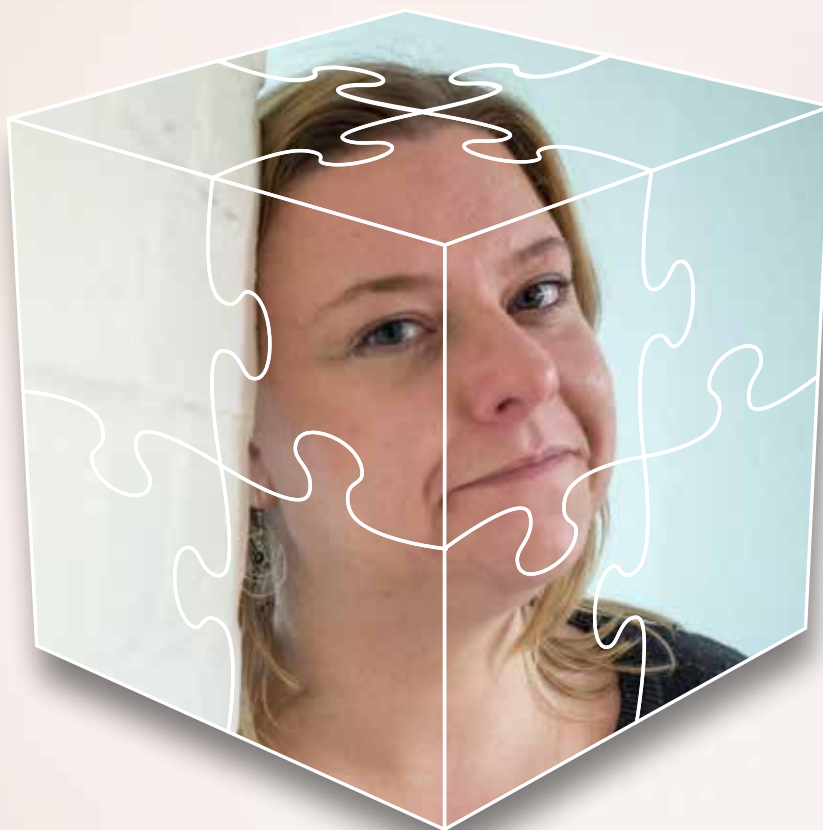




Er pakkeforløp for psykisk syke en god idé?

Trang ramme. Bedre plan for behandling er et pluss, men for danske Katrine Meiner ble det en skuffelse. **24**

● **Hva skjer**
Fødselsskader skyldes menneskelige feil. **32**

● **Sykepleie**
ME-syke lever på siden av livet. **50**

● **Påfyll**
Felles nettverk for fagprosedyrer. **68**

● **Meninger**
Brasetvik: - Kortvakter, nei takk! **74**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,30 %

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

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

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,38 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 646 667.

Boliglån: Effektiv rente 2,48 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 676 584.

Rammelån: Effektiv rente 2,48 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 676 584.

Prisene er per 23.11.2015 for nye lån og kan bli endret.





Avreise Oslo 28/7 & 4/8 2015
17 dager fra **16 998 kr**



NYHET
Se prisen!



Essensen av Bali

Kombinert rundreise og badeferie til eksotiske Bali – til drømmepris

Her får du det aller beste av den paradisiske øya Bali. Vi har nøye valgt ut de stedene som fanger inn essensen av stemningen og livet på den berømte øya. Ubud er øyas hjerte, og her bor vi på et skjønt feriested litt utenfor byen blant lysegrønne risterrasser og drar på vandring langs de frodige markene. Det blir tid til å utforske den hyggelige byen og avlure balineserne et par tricks på et matlagingskurs.

Turen fortsetter opp i fjellene til landsbyen Munduk, der vi har funnet et sjarmerende sted som ligger på en fjellside. I området drar vi ut på vandringer i regnskogen til brusende fosser og små fjellandsbyer. Strandlivet venter deretter på Sanur Beach, og du innkvarterer deg på et godt hotell som ligger direkte på stranden. Det er helt opp til deg om du vil bruke tiden på avslapning på stranden og dykking, eller om du vil utforske mer av Gudenes Øy.



Avreise Oslo 30/7 2016
10 dager fra **15 498 kr**

Et kroatisk skjærgårds-eventyr med Dubrovnik

Bli med på Albatros' eget skip til Adriaterhavets krystallklare vann

Dette hyggelige cruiset i Kroatia starter og slutter i Split. Dessuten venter behagelig klima, middelalderbyer, Dubrovniks UNESCO-fredede gamleby og ytterligere 3 vakre skjærgårdsøyer, blant andre den lavendelduftende Hvar. Vi reiser med MS Cicero med bare 15 lugarer, alle utvendige.



Avreise Oslo 2/3, 23/10 & 2/11 2016
10 dager fra **27 998 kr**

Peru – på sporet av Machu Picchu

Andesfjellene, inkaenes hellige dal, Titicaca-sjøen, markeder og byene Cuzco og Lima

Vi begynner i Lima og fortsetter til Den hellige dalen og sagnomspunne Machu Picchu. I Ollantaytambo og Pisac opplever vi markeder og indianerkultur, og i Cuzco ser vi den UNESCO-vernedede gamlebyen, Coricancha-tempelet og Sacsayhuamán, før vi drar til Titicacasjøens dypblå vann.

albatros.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros

Reis med hjerte, hjerne & holdning

Dobbel bronkodilatator til symptomlindrende vedlikeholdsbehandling av kols³



ANORO[®] **ELLIPTA[®]**
umeklidinium/vilanterol

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



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



Større fysisk utholdenhet med muligheter for et mer aktivt liv²



Klar-til-bruk Ellipta inhalator³



1 inhalasjon daglig³

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

ANORO ELLIPTA er utviklet i samarbeid med  **Theravance**



©2015 GSK group of companies. All Rights Reserved.

For mer informasjon - besøk helse.gsk.no

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

▼ Anoro «GlaxoSmithKline»

C Adrenergikum + antikolinergikum.

ATC-nr.: R03A L03

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

Sist endret: 03.12.2015

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

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

* I den største av tre studier (n=905). Primært endepunkt: gjennomsnittlig endring fra baseline i trough FEV₁ på dag 169: Spiriva 93 ml, Anoro Ellipta 205 ml, forskjell 112 ml (p<0.01).

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

C Fragmin Pfizer

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

INJEKSJONS/VÆSKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneh.: Dalteparinnatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzyalkohol, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering:** Tromboseprofylakse ved kirurgi: Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 dogn eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjon og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis i 5-7 dogn eller lenger. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi: 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. Behandling av akutt dyp venetrombose: Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

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

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert tromboesykdome eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsette i minst 5 dogn, eller inntil nivåene av protrombinkompleksets faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombosar. *Behandling av lungeemboli:* Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. *Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:* Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået må ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk: 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinversjon (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revaskularisering, kan Fragmin gis frem til dagen før det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med dosen 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner ≤80 kg og menn ≤70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom: 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppegående, maks. 14 dager. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter: 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangssprøyter (se tabell 2). *Pasienter med kjemoterapiindusert trombocytopeni:* Ved blodplattetall <50 000/μl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattetallet er >50 000/μl. Ved blodplattetall 50 000-100 000/μl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattetall ≥100 000/μl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombocytopeni (50 000-100 000/μl):

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

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangssprøyte og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. *Spesielle pasientgrupper:* Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCr <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, må det sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. *Overvektige:* Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte sprøyter som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. Tilberedning/Håndtering: Fragmin injeksjonsvæske er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for Fragmin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombocytopeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombocytantistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødsel er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsvæsken som inneholder benzyalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler: Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematom. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralyse. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural eller spinalpunksjon. Innsetting eller**

fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og etter minst 24 timer hos personer som får høyere dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og foretas hyppig overvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggmerter, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blæredysfunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematom vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargsdempresjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gis til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombocytopeni og blodplatefunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetesretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasient, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allmenn sirkulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingslengden, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombocyter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller rettbarn. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombocytopeni er tilstede. Slik trombocytopeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombocyter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombocytopeni og alvorlig trombocytopeni (<100 000/μl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemmingen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, ufraksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzyalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gasping syndrom». Benzyalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og dekantran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrøm og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfapyrazon, probenecid, etakrynsyre, cytostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrazykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematom skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdanning eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzyalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. *Amming:* Små mengder med dalteparinnatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Fordelene av amming for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. *Fertilitet:* Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Mild trombocytopeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematom og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsytemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudnekrose, forbigående alopesi. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Immunologisk mediert heparin-indusert trombocytopeni (type II), med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner. Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utslett. Immunsytemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematom. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoaldosteronisme som kan føre til økt kalium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinnatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Fragmin injeksjonsvæske oppbevares i romtemperatur. Etter fortynning høyst 12 timer. **Pakninger og priser: 12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 241,40, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 546,90. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 376,80, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 880,00, (0,3 ml = 7500 IE) 10 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 577,70, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 372,20, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 450,60, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 522,60, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 613,70. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kreft. **Refusjonskode:** ICPC/ICD –20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), ICPC/ICD –90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), ICPC –51 Organtransplantasjon (vilkår 136), ICD 294 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), ICPC B83 Koagulasjonsdefekt INA (vilkår 136), ICD D68.9 Spesifisert koagulasjonsdefekt (vilkår 136), ICPC B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, ICD D68.8 Andre spesifiserte koagulasjonsdefekter, ICPC B74 Angina pectoris ustabil, ICD 120.0 Ustabil angina, ICPC K75 Akutt hjerteinfarkt, ICD I21 Akutt hjerteinfarkt, ICD I22 Påfølgende hjerteinfarkt, ICPC K93 Lungeemboli, ICD I26 Lungeemboli, ICPC K94 Dyp venetrombose, ICD I82 Annen emboli og trombose i vener, ICPC U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse, ICD I80 Flebitt og tromboflebitt, ICD Z99.2 Avhengighet av nyredialyse.

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

Sist endret: 07.05.2015



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

Fragmin doseringsveileder



Send Fragmin

til 2242

QR-kode:



App Store



Google Play

“ Her får du god praktisk erfaring, og muligheten til å lære hvordan forskning foregår. Du finner også ut mye om seg selv.

Anders Benteson Nygaard
Master i biomedisin.
Holder på med en doktorgrad om inneklima.

FOTO Hampus Lundgren REDINK

Klar for å gjøre en større forskjell?

Velg blant flere enn 30 masterstudier. Med mer utdanning åpner det seg nye muligheter i arbeidslivet, enten du søker nye oppgaver eller dypere spesialisering. På HiOA møter du lærere og forelesere som brenner for faget sitt, og du kommer tett på forskningsmiljøene våre. Velger du master eller videreutdanning hos oss, kan du studere på hel- eller deltid. Vi tilbyr 14 helsefaglige masterstudier*:

Anestesisykepleie • Barnesykepleie • Biomedisin • Ergoterapi • Fysioterapi • Helse og empowerment • Intensivsykepleie • International Social Welfare and Health Policy • Jordmorfag • Læring i komplekse systemer • Psykisk helsearbeid • Rehabilitering og habilitering • Samfunnsernæring • Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling.

Du kan lese mer om våre masterprogrammer på hioa.no/videre



Søk masterstudier ved HiOA innen 1. mars

* Noen av studiene kan ha en annen søknadsfrist

Innhold



01 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 14. januar

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 14** Smånytt
- 16** Solveigs sak til Høyesterett
- 18** Utbredt overbehandling truer folkehelsen
- 24** Tema: Pakkeforløp for psykisk syke
- 32** Fødselsskader oftest menneskelig svikt
- 36** Nylaget eller oppvarmet mat?



Kjøl/frys vs. kjøll/server på Hedmark. **36**



Sykepleie

- 42** Pårørende trenger støtte
- 46** Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk
- 50** Forskerintervju: Anette Winger
- 52** Lungesyke trenger planlagt stell
- 56** Etik: Nytt etisk råd
- 58** Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt



Tung pust hemmer lungesyke ved stell. **52**



Påfyll

- 62** Bokomtaler
- 63** Liv laga
- 64** Forfatterintervju: Stein Kyrre Sørensen
- 66** Bokanmeldelser
- 67** Hva leser du nå?
- 68** Fakta: Nytt nettverk for prosedyrer
- 70** Quiz og kryssord



Havnet på riktig side av loven. **64**



Meninger

- 72** Eli Gunhild By om sykehusmeldingen
- 73** Lesermeninger
- 74** Innspill: Karen Brasetvik om kortvakter
- 75** Innspill: Inger-Marte Andersen om arbeidstid
- 76** Kronikk: Steinar Moen om spesialsykepleiermangel
- 78** Tett på Rebekka Ljosland
- 83** Stillingsannonser og kunngjøringer



Ung helsebyråd i Bergen. **78**

Forsidefoto: Alf Ove Hansen/illustrasjon: Nina Hauge

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. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ingvald Bergsagel, Ole Morten Vindorum.

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





Reform. Om pasienter med psykiske problemer vil få nytte av såkalte pakkeforløp, vil vise seg først når helseministeren åpner pakkene.

Den unike pasienten og systemet



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Like før jul fikk jeg en e-post fra en psykiater. Han har jobbet i mange år på en psykiatrisk poliklinikk, en jobb han har hatt mye glede av. En av de tingene han gjør seg ekstra flid med, forteller han, er å skrive utførlige brev til leger som henviser pasienter til ham for behandling.

«Jeg har alltid lagt listen høyt når det gjelder disse rapportene. Jeg vil at de ikke bare skal informere om hva som feiler pasienten, men at legen skal få et så skarpt bilde som mulig av hele pasienten. Det koster mye tid å gå i dybden på denne måten, men jeg tror at kommunehelsetjenesten har stor nytte av det. Det har banet vei for en helhetlig oppfølging rundt pasienter med utfordrende lidelser», konkluderte min venn.

SØMLØST. Den sømløse helsetjenesten – det er pasientens, behandlerens og politikernes store, våte drøm. En helsetjeneste for personer med psykiske lidelser som ikke er fragmentert og tilfeldig; hvor pasienter ikke må oppleve å måtte vente unødvendig, for så å bli sendt hit og dit som en pakke mellom forskjellige nivåer. Kort og godt, en tjeneste som ser det unike ved hvert syke menneske, og som syr et behandlingstilbud som en hanske rundt pasientens behov – i stedet for å tre pasienten inn i en ferdigstøpt form.

Et fromt ideal, men virkeligheten er dessverre en annen. Antallet personer med psykiske plager eller lidelser her i landet øker, ikke minst blant unge mennesker. Både blant brukerne og blant de ansatte i psykisk helsevern er det mye frustrasjon over alt man ikke får til. Flere helseministre på rad har sverget sin troskap til feltet og lovet tunge satsinger. Men det har liksom ikke monnet. Fortsatt er det mye rot, ventetidene er for lange og altfor mange pasienter blir overlatt til seg selv.

AMBISIØST. Så skulle man kanskje forvente at en ny helseminister skulle høste stor applaus når han – med Ernas velsignelse – annonserer at regjeringen nå ønsker å innføre såkalte pakkeforløp, både for diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. Riktignok er det for tidlig å si om reformen vil ledsages av økte midler, og vi vet ennå lite om hvilke diagnoser

som vil bli omfattet av systemet. Angst og bipolare lidelser vil nok være blant disse.

Men intensjonene er uansett ambisiøse: Gjennom tidfestete, standardiserte forløp skal pasienten sikres den beste behandling, uansett hvor i landet man befinner seg. I likhet med såkalte pakkeforløp for kreft, som er blitt en suksess, må behandlere innen psykisk helsevern levere kvalitetssikrede opplegg innenfor bestemte frister. Det skal gi større forutsigbarhet og bedre kvalitet.

Flere aktører i feltet har berømmet Bent Høie for planen, blant dem Sykepleierforbundet. Men ideen om å tilby pasienter «pakker» har også utløst mye arg kritikk. Reaksjonene gjenspeiler to forskjellige kulturer innenfor psykisk helsevern, slik psykolog Birgitt Valla beskrev i en artikkel i Morgenbladet: «Den ene kulturen, den humanvitenskapelige, er opptatt av å forstå mennesker og hvordan vi tolker verden rundt oss. Den andre kulturen, den naturvitenskapelige, har som ambisjon å forklare atferd (diagnoser), med sikte på prediksjon og kontroll. Dette skaper en kunnskapsmessig motsetning som fører til mye strid i feltet, og fagmiljøene klarer ikke å håndtere disse motsetningene».

TOYOTA. Fra ståstedet til den humanvitenskapelige tradisjonen fortøner pakkeforløp for utvalgte diagnoser seg nærmest som en slags vaskerhall hvor det tilbys et begrenset antall «behandlinger». De tar avstand fra en slik «industriell» samlebåndstilnærming der reparasjon av mennesker skjer ved utskiftning av dårlige deler. Blant disse kritikerne er det en innbitt skepsis mot å gjøre diagnoser til eneste inngangsport for adekvat behandling. De frykter at «pakkene» vil undergrave behandlerens selvstendige skjønn som kan sikre pasienten den beste hjelpen selv når symptomene skifter og/eller er uklare. De mistenker også myndighetene for å tale med to tunger: Hvordan skal det hellige prinsippet om brukermedvirkning egentlig kombineres med fiks ferdige behandlingsopplegg?

På motsatt banehalvdel, i den naturvitenskapelige leiren, har man lenge sett seg lei på at pasienter havner hos behandlere som «leker Gud», uten at behandlingen de gir nødvendigvis



Illustrasjon: Marie Rundereim

er basert på den nyeste forskningen og/eller best practice. De mener at den psykiske helsetjenesten må ta innover seg at behandling ikke skal være «føleri», men kunnskapsbasert og systematisk. Bare da kan pasienten være trygg på å få den mest adekvate hjelpen, uavhengig av om man treffer en behandler i Brumunddal eller Bodø. Riktig diagnostisering er, i denne tankegangen, nøkkelen som skal sikre at hver pasient kommer på et riktig spor som sikrer det beste utfallet. Her er pakkeforløp nærmest for en slags togstasjon å regne, der diagnose-stillerne sitter med full kontroll over signalanleggene.

HISSIG. Den til dels hissig debatten har foreløpig ikke tatt motet fra helseminister Bent Høie. Han forsøker å holde seg inne med begge fløyer, og har forsikret om at pakkeforløp ikke vil gjøre slutt på individuelt tilrettelagte behandlingsforløp. Han medgir også at det må lages mer sammensatte og kompliserte forløp enn dem vi har sett for kreft.

Personlig mener jeg at fagfeltet i dag lider av en litt schizofren tilstand som til syvende og sist også kan gå ut over pasientene. Noen av vrangforestillingene på begge fløyene er mildt sagt unødvendige. Ikke all standardisering av tjenester er «blå-russ», og behandlerens faglige autonomi er vel heller ikke å forakte?

«Fagfeltet lider av schizofreni.»

Det kan godt hende at det psykiske helsevernet rett og slett vil være tjent med den nye medisinen som helseministeren nå foreskriver, fordi den i større grad ser ut til å ta utgangspunkt i pasientens behov. Som alle nye medisiner, gjenstår det likevel også her å se om innføringen av pakkeforløp klarer å bringe oss nærmere den ideelle, sømløse tjenesten. Det får vi ikke svar på før vi får se innholdet i Høies pakker. ●

Kom i form & ha det gøy sammen på jobben!

I samarbeid med



Få med deg kolleger og venner på Norges store aktivitetsutfordring – Den Store Nyttårsmarsjen. Målet er å sette fokus på hverdagsaktivitet på en morsom og motiverende måte. Med 10 000 skritt om dagen skal dere sammen virtuelt gå DNT ruten «MASSIV» på 6 uker, alle aktiviteter teller!

04. februar –
17. mars



Hør om din arbeidsgiver betaler påmeldingsavgiften for deg. Dette gjelder bl.a. for alle ansatte i Vestre Viken som er medlem av Velferdsforeningen.

Les mer i brosjyren eller på www.dytt.no/nyttar



Friskere og Gladere medarbeidere



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 01 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema

Fornøyd: Beboer Marit Torp sier seg godt fornøyd med maten hun får servert på Løten Helsetun.



Smak og behag

Servering. To hedmarkskommuner har valgt hver sin kjøkkenløsning. **36**



Tema. Passer pakkeforløp for psykisk syke? **24**



«Dette er et yrke hvor vi blir mer ydmyke etter-som årene går.»

Ingeborg Høiskar, jordmor. **32**



Rike land. – Overbehandling koster milliarder. **18**



Uønsket: Kompresser og tamponger er det som oftest glemmes igjen inne i pasientene.

Obs! Har du glemt noe?

GJENGLEMT: Tamponger, bor, kompresser, wire, nål, skrue, skiver, bor, plater og metallklips. Dette er noen av de 77 gjenstandene som helsepersonell har glemt igjen inne i pasienter de siste ti årene.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har gått igjennom saker som gjelder gjenglemte gjenstander inni pasienten.

– Vi har hatt 77 medholdssaker

fra 2005–2014. Totalt er det utbetalt 11 millioner kroner i erstatning, sier kommunikasjonsdirektør Øydis Ulrikke Castberg til sykepleien.no.

I over halvparten av sakene (43) er det gjenglemte kompresser og tamponger som er årsak til klage fra pasienter. I 19 av sakene er metallgjenstander glemt igjen. For eksempel spatel, wire, nål, skrue, skiver, bor og plater.

– I øvrige saker er det blant annet dren, stent, plastbit, tråd og sårstifter som er gjenglemte, forteller Castberg.

– Vi registrerer ikke hvilken type helsepersonell som er involvert. Men slik jeg har forstått det, er det sykepleier som i praksis har ansvaret for å telle opp under operasjonen og holde oversikten over alt utstyr som brukes, sier hun.

sykepleien.no

Spiseforstyrrelser bagatelliseres

Sykdom. – Det er et problem at helsepersonell ofte bagatelliserer spiseforstyrrelser, sier professor ved Norges idrettshøgskole, Jorunn Sundgot-Borgen. Dagbladet

Private sier nei til Høie

Pasienter med henvisning kan i prinsippet gå til hvilken som helst godkjent privat aktør for å bli behandlet. En rekke aktører sier nei til å bli med fordi betalingen Helsedirektoratet tilbyr er for lav. Sjefflege Christian Loenneken i Volvatgruppen sier at prisene ikke engang dekker materiellkostnader og lønn.

DN.no



Utakt i Helse-Norge

Sintef-forsker Solveig Osborg Ose mener Helse-Norge er i utakt med seg selv.

– Nedgangen i antall døgnplasser i psykisk helsevern er en frukt av politiske føringer og samhandlingsreformen. Men nedbyggingen er ikke fulgt opp kommunalt. Antallet kommunale årsverk knyttet til psykisk helse og rus har stått på stedet hvil siden 2008, sier hun.

forskning.no



Uvær stopper pasienter

NRK har undersøkt hvor ofte været innvirker på pasientfrakten i nord. Ifølge operativ rådgiver ved Luftambulansetjenesten ANS, Roy-Inge Jenssen, blir mellom 10 og 15 prosent av forespørselene om bruk av ambulanseshelikoptrene i Nord-Norge avbrutt eller avvist på grunn av dårlig vær.

NRK



Fakta og tall. Ventetider

68

I snitt ventet somatiske pasienter 68 dager før de fikk helsehjelp i 2. tertial 2015.

5 %

Rundt 15 000 flere startet med fikk oppstartet helsehjelp sammenliknet med 2. tertial i 2014, en økning på fem prosent.

1302

I november 2015 var det 1302 pasienter som ikke fikk behandling innen fristen. Det er 1098 færre fristbrudd enn i november 2014.

1,2 %

I november 2015 var andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste 1,2 %. Det er en nedgang fra samme periode i 2014 på 2,6 %.

Helsedirektoratet



Vikar-slutt: Helsebyråd i Oslo, Inga Marte Thorkildsen, varsler at hun vil fase ut bruken av vikarbyrå i sykehjem.

– Klarer oss ikke uten vikarer

OSLO: – Vi er positive til alle tiltak som sikrer stabile tjenester. Men å kutte ut vikarer totalt, er urealistisk, sier Line Orlund, fylkesleder i NSF Oslo.

Før jul ble det kjent gjennom oppslag i Dagsavisen at det ved Oslos sykehjem ble ført over 4500 avvik i årets åtte første måneder.

– En gjennomgang viser at vikarer var involvert i mange av avvikene, sier Line Orlund.

Dette er en av årsakene til at helsebyråd i Oslo, Inga Marte Thorkildsen, nå varsler at hun vil fase ut bruken av vikarbyrå.

– I dag kjøper vi tjenester for 60 millioner kroner, men jeg vet at det finnes alternativer. Hvis vi utforsker dem og jobber enda mer systematisk med sykefravær, så har vi mulighet til å spare inn, sier Thorkildsen til nrk.no.

Line Orlund mener det er viktig å skille mellom kortvarige vikarer som

kommer inn uten opplæring og tar noen få vakter, og de langvarige vikariatene.

– Det sier seg selv at vikarer som kommer inn på en arbeidsplass uten opplæring, verken kjenner personalet, rutiner på arbeidsplassen eller pasientene. Da øker sjansene for at feil oppstår. At byråden vil kutte i bruken av bemanningsbyråer er bra. Men det er ikke gjort i en fei, sier Orlund.

Sykepleien.no

Hastverk er lastverk

Kunnskapsdepartementets utkast til ny forskningsetikklov er ikke bra, ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK).

– Utkastet er preget av hastverksarbeid og utilstrekkelig forståelse av hva utfordringene i norsk forskningsetikk er, mener Bjørn Hvinden, leder i Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), som er en del av FEK.

etikkom.no

Sleivdal sykehøus

Av Sveen og Emberland





Prinsippsak. Sykepleier påberopte seg retten til utvidet stilling. Hun har fått medhold i tre instanser.

Solveigs sak til Høyesterett

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

Solveig Brattgjerd var ansatt som spesialsykepleier i en 75 prosent fast stilling ved Sosial og Ambulant Akuttjeneste (SAA) ved Legevakta i Oslo.

Da det på nyåret i 2012 ble utlyst en ny ledig 75 prosent-stilling ved SAA, kontaktet Brattgjerd arbeidsgiver på e-post. Hun ønsket å benytte seg av fortrinnsretten som deltidsansatte har etter arbeidsmiljøloven § 14-3 for å få full stilling. Bestemmelsen gir arbeidstakere fortrinnsrett til utvidelse av eksisterende stilling framfor nyansettelser.

TVISTELØSNINGSNEMNDA.

Spesialsykepleieren har hele tiden vært klar overfor arbeidsgiver på at hun ønsket 100 prosent stilling. Men Oslo kommune mente Brattgjerd ikke hadde krav på fortrinnsrett fordi det ville medføre «vesentlige ulemper» å dele opp stillingen slik at Brattgjerd kunne få full stilling. Begrunnelsen var at det ville være vanskelig å få fylt «reststillingen».

Da stillingen ble gitt til en annen, ble saken brakt inn for Tvisteløsningsnemnda. Nemnda støttet sykepleieren og mente hun hadde fortrinnsrett til utvidet stilling. Brattgjerd trodde saken dermed var avsluttet og at hun ville bli tilbudt hel stilling.

Det gikk flere måneder før hun

hørte fra kommunen. Tilbakemeldingen fra arbeidsgiver var at de ville ta Tvisteløsningsnemndas avgjørelse til etterretning og i framtida gjøre grundigere vurdering av fortrinnsrett ved utlys-

«Spørsmålet har betydning langt ut over den foreliggende sak.»

Magnus Bufold

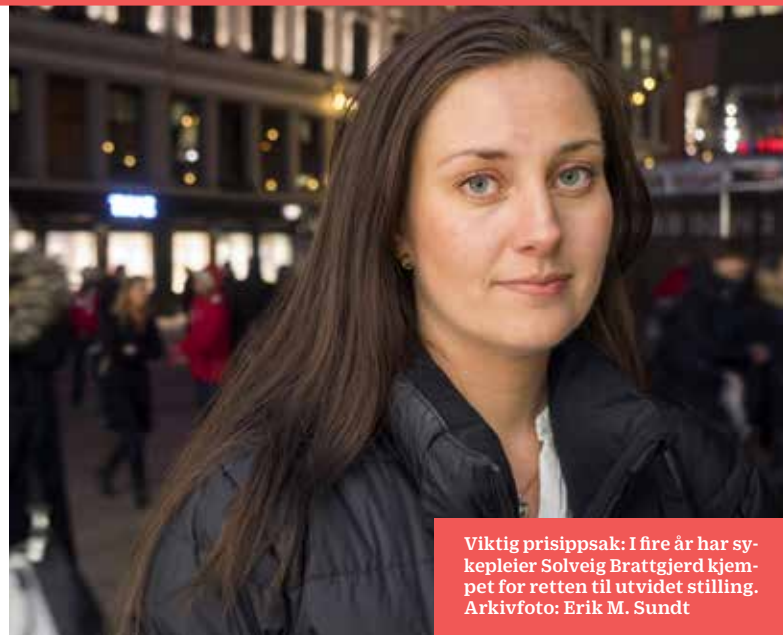
ning av faste stillinger. Men det var ikke aktuelt å utvide Brattgjerds stilling.

TINGRETTE. Da valgte Brattgjerd, med støtte fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), å ta saken til retten.

Retten støttet nemndas vurdering i at fortrinnsretten var brutt, og at kommunen ikke hadde lagt fram dokumentasjon på hvilke konkrete ulemper det ville medføre å tilby Brattgjerd full stilling.

I dommen fra april 2014 ble kommunen dømt til å betale erstatning for tapt arbeidsfortjeneste.

LAGMANNRETTE. Oslo



Viktig prinsipp: I fire år har sykepleier Solveig Brattgjerd kjempet for retten til utvidet stilling. Arkivfoto: Erik M. Sundt

kommune valgte å anke tingrettens dom inn for lagmannsretten. Den mente det ikke var rettslig grunnlag for Brattgjerds krav om erstatning. Kommunen gjentok at en fortrinnsrett ville medføre «vesentlige ulemper». Dom falt i juli 2015. I dommen heter det blant annet at «det ikke uten videre skal anses som vesentlig ulempe å måtte dele opp en stilling».

Oslo kommune ble igjen dømt til å betale Brattgjerd erstatning for brudd på deltidsansattes fortrinnsrett til utvidet stilling.

Fakta

Retten til utvidet stilling

Deltidsansatte har fortrinnsrett for utvidet stilling fremfor nyansettelser.

Fortrinnsretten er betinget av at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen. Utøvelse av fortrinnsretten må ikke innebære vesentlige ulemper for virksomheten.

«Se meg lærer!»

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

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

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

«Se meg lærer!» består av:

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



KREFTFORENINGEN



KREFTFORENINGEN

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

Kommunen ble også dømt til å betale sakskostnader for tingretten og lagmannsretten.

TIL HØYESTERETT. Oslo kommune anket lagmannsrettens dom inn for Høyesterett. I begrunnelsen skriver kommunen at den ønsker en avklaring om forståelsen av vilkårene for å kunne utøve fortrinnsrett når det innebærer «vesentlige ulemper for virksomheten». Kommunen ønsker også en rettslig avklaring av Tvisteløsningsnemndas vedtak.

Magnus Buflod, advokat i Norsk Sykepleierforbund, er ikke overrasket over at saken havner i Høyesterett:

– Dette er første sak i rettssystemet om hvordan ulempevilkåret i loven er å forstå. Uenigheten er av prinsipiell karakter, og spørsmålet trenger avklaring.

Domstolen skal også ta stilling til om Tvisteløsningsnemndas vedtak er bindende dersom spørsmålet ikke bringes inn for domstolen innen fristen på åtte uker.

– Dersom vedtaket ikke blir bindende, mister nemnda sin rolle som konfliktløser. Spørsmålet har således betydning langt ut over den foreliggende sak, sier Buflod.

PARTSHJELP FRA NSF. På styremøtet i oktober 2015 vedtok NSF å erklære partshjelp for sitt medlem Solveig Brattgjerd. Noe hun har akseptert.

I begrunnelsen vises det til at NSF skal arbeide for å ivareta medlemmenes arbeidstakerrettigheter. En av disse rettighetene

er rett til utvidet stilling. Over halvparten av forbundets medlemmer er kvinner i deltidsstillinger, og mange medlemmene ønsker utvidet stilling.

– Rett til full stilling er viktig for alle sykepleiere. I tillegg til at forbundets advokat taler medlemmets sak, får vi muligheten til å fremme synspunkter på vegne av hele medlemsmassen, uttaler forbundsleder Eli Gunhild By.

Høyesterett vil behandle saken i løpet av april. ● bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Velstandsproblem. Milliardbeløp sløses bort på unødvendige diagnoser og prøver. Dette er et problem vestlige land blir mer og mer klar over.

Utbredt overbehandling truer folkehelsen

● Tekst **Ulrika Eriksson og Eivor Hofstad**

Overdiagnostikk og overbehandling er blitt et problem i mange land. Det er ikke bare dyrt. Det kan til og med være farlig.

– Overbehandling er tungt akseptert internasjonalt. Selv om norske politikere ikke liker å snakke om det, er det etter hvert også her relativt bred enighet om at overbehandling er et problem, sier Olav Helge Førde, professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Tromsø.

I 2013 var han med å skrive rapporten «Overdiagnostikk og overbehandling» for Helsedirektoratet på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Jeg tror overbehandling er en langt større trussel mot folkehelsen enn underbehandling, sier han.

CT GIR ØKT KREFTFARE. I kjølvannet av rapporten ble det diskutert at for mange oppsøker legen unødvendig og at det er en overdiagnostisering og medikalisering av personer med psykiske helseplager. Det fjernes for mange mandler og opereres for mange menisker og skuldre. Screening for prostata- og brystkreft har for lav nytte, og pasienter med mulig risiko for hjerte- og karsykdom overbehandles fordi grenseverdiene er satt på et for lavt nivå. Det tas for mange

unødvendige røntgenbilder og CT-undersøkelser.

Norge utfører dobbelt så mange CT-undersøkelser per innbygger sammenliknet med Sverige.



«Jeg tipper at alle unødvendige CT-undersøkelser gir større kreftfare enn konsum av kjøtt».

Olav Helge Førde

– Det er betenkelig når man vet at CT-strålingen gir økt kreftfare. Jeg tipper at alle unødvendige CT-undersøkelser gir større kreftfare enn konsum av kjøtt, sier Førde.

MYE DISKUSJON. – Har det skjedd noe mer siden rapporten kom?

– Det har vært veldig mye diskusjon rundt problemet. Særlig artroskopi ved meniskskader og skulderoperasjoner har vist seg unyttige i studier.

Førde forteller at et «helseatlas» ble publisert i januar. Det tok for seg dagkirurgi i en fireårsperiode og viste at de omdiskuterte operasjonene for kne og skulder

forekommer fire ganger så ofte enkelte steder i landet sammenliknet med andre steder

Det er også kommet et helseatlas for barna som viser at det er så mange konsultasjoner av barn for bagateller i spesialisthelsetjenesten at det kan gå ut over alvorlig syke barn. Departementet har nå bedt helseforetakene svare på hvilke tiltak de kan sette i verk for å motvirke disse ujevnhetene som helseatlasene viser.

AUSTRALIA: ET TV-PROGRAM. I det undersøkende journalistiske tv-programmet «Four Corners» på den statseide kanalen ABC, ble helsevesenet nylig kritisert for å sende pasienter til for mange røntgenundersøkelser, MR og ulike blodtester, som ikke alltid er nødvendige.

Lege Paul Glasziou, sjef på Senter for forskning og evidensbasert praksis ved Bond University, sier dette om sløseriet i helsevesenet:

– De stigende kostnadene i helsevesenet har økt noe fordi befolkningen har blitt eldre og fordi de teknologiske kostnadene har økt. Men de økte kostnadene skyldes i stor grad overdiagnostisering og overbehandling, og det kommer bare til å bli verre.

RISIKOSONEN. Paul Glasziou mener helsevesenet med sine nye

Fakta ●●●●

Ord-forklaring

Overdiagnostikk: Tilfeller av sykdom som, dersom de forble uoppdaget, ikke ville gi plager eller kortere liv. Med andre ord: Tilstander man dør med, ikke av. Overdiagnostikk fører til overbehandling.

Overbehandling: Behandling basert på et uvitenskapelig grunnlag. Det har vært et problem siden tidenes morgen.

Omstridt operasjon: Noen steder i landet utføres fire ganger flere ar-troskopier for meniskskader enn andre, selv om kunnskapsoppsum-meringer viser at opptrening gir like godt resultat som operasjon.



muligheter for bilde- og screening-teknikk, som brukes for å definere sykdommer, klassifiserer flere mennesker som syke enn det vi gjorde tidligere.

– Det er ikke den eneste årsaken til overbehandling, men det er en av de viktigste årsakene som vi tidligere ikke har identifisert. Jo større teknologiske fremskritt som gjøres innen genetik og biomarkører, desto flere mennesker vil havne i risikozonen som betyr at vi vil ønske å behandle dem. Vi er på vei mot en tsunami med overflødige diagnoser om vi ikke begynner å følge en evidensbasert tilnærming i helsevesenet.

FEIL TEST. Vi gjør alle en reise når vi får vondt i kroppen. Vi får en diagnose, behandling og etterpå får vi forhåpentligvis tilbake den gode helsen. I Australia begynner reisen hos fastlegen, en allmennlege. Besøket hos fastlegen kan være starten på en ferd som tar oss til feil endestasjon, med feil diagnose.



**«Fast-
legen
er ikke
villig**

**til å leve med
usikkerheten
og henviser
pasienten til
en spesialist.»**

Jenny Doust,
professor

Professor Jenny Doust, en kollega av Paul Glasziou, arbeider halve tiden som fastlege og den andre halve tiden med et femårig forskningsprosjekt der hun blant annet undersøker hvordan man kan forhindre at fastlegen sender en pasient på en reise med for mange diagnoser.

– En del av problemet er at fastlegen ikke alltid kjenner seg klinisk



sikker på hva som feiler pasienten. Fastlegen er ikke villig til å leve med usikkerheten og henviser pasienten til en spesialist, eller sender pasienten videre for ulike tester.

Jenny Doust mener også at det er et problem at legen av og til utsettes for press fra pasienten som forventer en henvisning eller blodprøve.

VOND I KNEET. I tv-programmet «Four Corners» undersøkte journalistene fire diagnoser som overbehandles i Australia. Det var kneproblemer, smerter i nedre del av ryggen, stent og PSA-prøver.

Et vondt kne er en av de vanligste plagene i Australia. De fleste i alderen rundt 40 til 50 år har slitasje i leddene, som er en naturlig del av det å bli gammel. Det finnes ofte abnormaliteter i kneskålen

og i brusken som man kan se med MR.

– At man har slitasje i et kne, behøver ikke nødvendigvis å skyldes smerten. Det er derfor unødvendig å ta MR for et vondt kne, sier professor i ortopedisk kirurgi, Ian Harris.

Harris mener altså at de fleste MR-undersøkelser av kne er unødvendige. Men de siste ti årene har australiere med privat helseforsikring lagt ut nesten 486 millioner australske dollar (ca. 3 milliarder norske kroner) på MR-undersøkelser av knær, som inkluderer egenandelen som pasientene må betale selv. Dette er bare tall fra den private helseforsikringssektoren. Tallet blir mye høyere om man inkluderer de offentlige sykehusene. Frem til 2012 var det kun spesialister som hadde lov til å bestille MR-undersøkelse av kne. Nå får også

fastleger sende pasientene sine til MR. Bare det siste året har fastleger sendt henvisninger til 150 000 MR-undersøkelser.

– Det er helt klart at minst halvparten av disse ikke hadde vært nødvendig å gjennomføre, sier Ian Harris.

INGEN EFFEKT. Professor Ian Harris' forskning fokuserer på i hvilken grad ortopediske inngrep fungerer. Han har gjort noen overraskende funn om artroskopi, som er en av de mest brukte knebehandlingene for pasienter med osteoartritt.

– For en pasient med osteoartritt kan man gjøre rent i kneet. Man kan se over meniskskader og ta bort ødelagt meniskvev. Det høres bra ut, men det har ingen effekt.

Konklusjonen hans støttes av professor Rachelle Buchbinder,

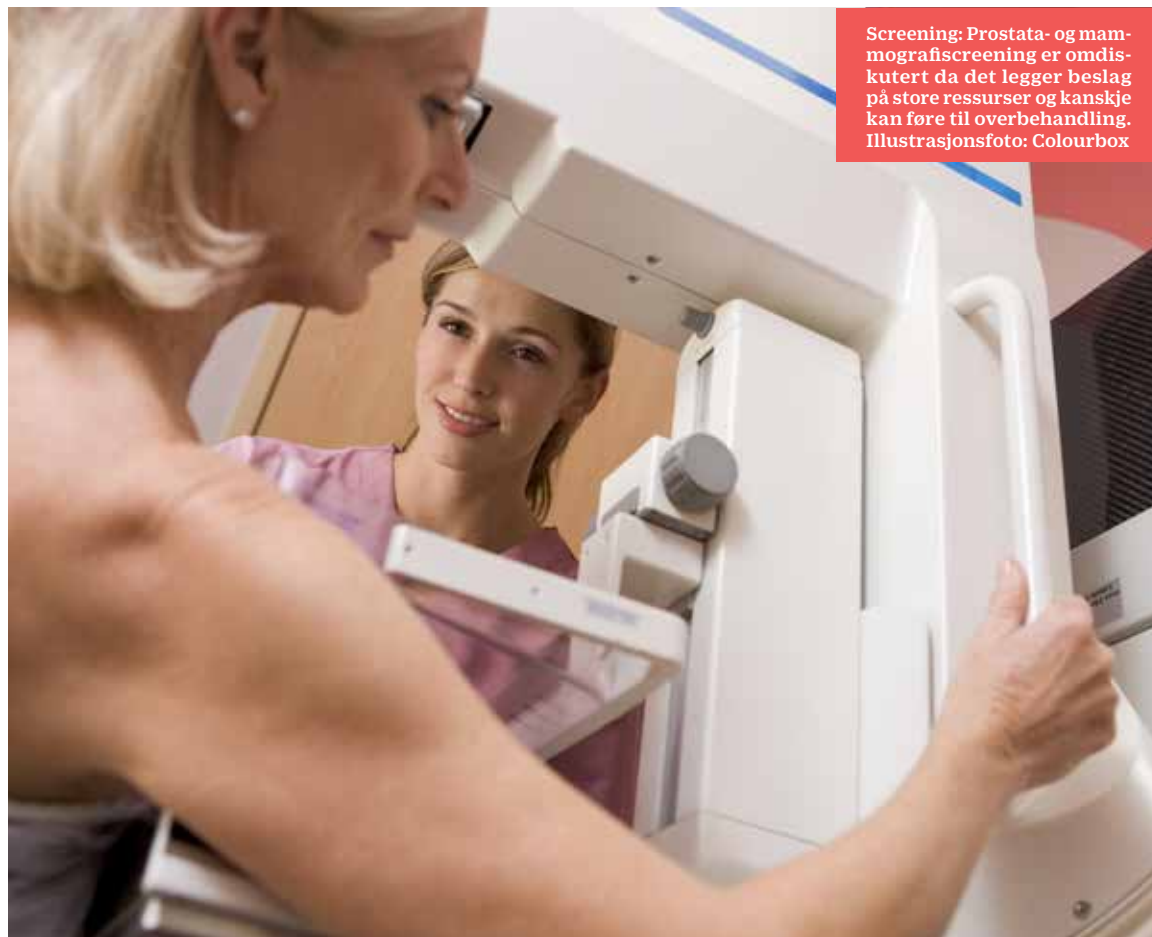
revmatolog og sjef på epidemiologiavdelingen ved Cabrini sykehus.

– Det finnes forskningsresultater som viser at folk som lider av osteoartritt og som har gjennomgått artroskopi hvor kirurgen rensket leddet eller pusset bort vev, ikke har bedre effekt enn en placebo-operasjon.

At ressurser sløses bort i helsevesenet er ikke et australsk fenomen. Det forekommer i mange land. Utfordringen er å finne løsninger på hvordan helsevesenet kan effektiviseres.

LEGER MED INTERESSEKONFLIKTER. Også i Norge blir legenes rolle og praksis diskutert.

Lege og statistiker Per Henrik Zahl ved Folkehelseinstituttets avdeling for helseovervåking og selvmordsforebygging har spesielt sett på prostata- og



Screening: Prostata- og mammografiscreening er omdiskutert da det legger beslag på store ressurser og kanskje kan føre til overbehandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Fakta

Bond University

Bond University, Gold Coast, er Australias første private universitet som drives ikke-kommersielt.

Senter for forskning og evidensbasert praksis (Centre for Research and Evidence-Based Practice) ble startet i 2010.

Senteret er med på å arrangere en konferanse der man fokuserer på hvordan man kan forhindre overflødig diagnoser. Konferansen finner sted i september 2016 i Barcelona.

Kostnadene i helsevesenet i Australia er beregnet til å ligge på rundt 155 milliarder australske dollar i året. Nye rapporter viser at rundt 30 prosent av disse kostnadene, 46 milliarder australske dollar, er ineffektive helsetjenester eller til og med farlige for pasien-

mammografiscreening, i tillegg til bruk av antidepressiver, som han mener det et stort overforbruk av.

– Men det er jo anslått at så mye som 40 prosent av depresjon hos menn er uoppdaget eller ubehandlet?

– Det kan hende at depresjon er underdiagnostisert hos menn. Men nordmenn bruker antidepressive legemidler i gjennomsnitt sju år i løpet av livet. Jeg tror at veldig mange flere blir overbehandlet enn underbehandlet.

Zahl mener overbehandlingsproblemet i stor grad skyldes legene.

– Hvis de ikke diagnostiserer og behandler pasienter, tjener de mindre penger. Dette er ikke bare et problem i USA eller for private aktører, men også for offentlige leger i et system med stykkprisbehandling.

– **OVERBEHANDLER KREFTPASIENTENE.** Den nordiske kreftdatabasen NORDCAN viste i 2014 at i løpet av 50 år har det blitt dobbelt så mye kreft i Norge. I dag får mer enn halvparten av befolkningen en kreftdiagnose i løpet av livet, mens dødeligheten er uforandret.

– Siden det ikke har skjedd noen stor revolusjon i kreftbehandlingen, og eksponeringen for virus, bakterier og andre ytre faktorer som kan gi kreft i dag er mindre enn for 50 år siden, vil jeg påstå at økningen hovedsakelig skyldes overdiagnostikk, hevder Zahl.

– For andre sykdommer som ADHD og depresjon er overbehandling et enda større problem. Her er mer enn halvparten overbehandlet, legger han til.

– **ULEMPENE SKAL AVGJØRE BEHANDLING.** Zahl råder legene å velge den beste behandlingen basert på kunnskapsoppsummeringer og ta hensyn til både mulig positiv effekt og eventuelle negative effekter, som for eksempel bivirkninger, før behandling velges.

– Men hva skal pasienter og helsepersonell gjøre når det finnes flere behandlingsalternativer og kunnskapsoppsummeringene



«Overbehandler du 1000 kvinner med strålebehandling for brystkreft, vil kanskje 50 av dem dø av hjerteinfarkt forårsaket av stråleskader». Per Henrik Zahl

bare konkluderer med at her trengs mer forskning for å kunne si hvilken behandling som fungerer best?

– Hvis man ikke vet hvilken behandling som er best, er det ulempe ved behandling som avgjør hva man bør velge. Pasientene må selvfølgelig være med å bestemme valg av behandling i en slik situasjon.

STRÅLING KAN SKADE. – Har du et eksempel?

– Vi vet at det kan oppstå stråleskader ved overbehandling av brystkreft. Hjertets kransarterier kan få skader som kan føre til hjerteinfarkt. Overbehandler du 1000 kvinner med strålebehandling for brystkreft, vil kanskje 50 av dem dø av hjerteinfarkt forårsaket av stråleskader. Dette er en risiko legene må bli flinkere til å informere pasientene om før behandling. Ved mammografiscreening av friske kvinner er det ekstra viktig med slik informasjon, sier Zahl.

Hen mener det er en viktig etisk og juridisk forskjell i om kvinner selv velger å gå til screening eller om staten ber dem om det.

– Hvor mange kvinner dør i året i Norge av denne overbehandlingen?

– Det vet ingen fordi ingen har forsket på det.

– Hvor lett er det å se om brystkreften vil gå over av seg selv eller ikke – og dermed vite om man skal sette i gang behandling eller ikke?

– Det er i dag umulig å si hvilke infiltrerende brystkreftsvulster som ville gått over av seg selv. Man vet mye mer hvis det gjelder forstadier til brystkreft. I dag velger mange kvinner å vente og se om de går over av seg selv. Dette må

selvfølgelig gjøres i samarbeid med leger som vet hvilke typer som går over av seg selv.

DOKUMENTASJON. Noe som de australske pasientene oppfordres til i programmet «Four Corners», er å tenke at det som legen sier ikke er den eneste måten å bli bedre på.

Dette anbefaler også professor Christine Bennett ved University of Notre Dame i Sydney. Hun har ledet en kommisjon som kom med en rapport om Australias fremtidige helsevesen. Christine Bennett mener at ett av flere tiltak kan være at ulike helseinstanser deler informasjon, slik at legen kan hjelpe pasienten med å ta en beslutning om hvor vidt pasienten vil gjennomgå en operasjon eller en annen prosedyre. Dette er spesielt viktig når det er flere behandlingstilbud og man mangler forskningsbevis. Pasienten bør alltid spørre legen sin: «Hvor finnes det dokumentasjon på at denne behandlingen vil hjelpe meg?» ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



OPPTRENING OG REHABILITERING AV TRAUMATISKE HJERNESKADER

Høyenhall Helse og Rehabilitering AS har gjennom flere år opparbeidet sin særlige kompetanse og erfaring innen rehabilitering av alvorlige hjerneskader. Pasienter som er rammet av hjerneblødning, slag, eller traumatisk hjerneskader etter fallulykker, trafikkulykker og vold er vår primære målgruppe. Vi kan ta imot og behandle komplisert medisinske tilfeller og har tilrettelagt spesialutstyr i form av avanserte tredemøller og terapi-bad, respiratorbehandling, mv

Høyenhall Helse og Rehabilitering aser et unikt tilbud for målgruppen og har oppnådd svært gode resultater og hvor gjenvinning av pasientens funksjonstap har vært betydelige. Tilbudet er derfor ressursbesparende for kommunene samtidig som den

gir store livskvalitetsfremmende tiltak for pasienten.

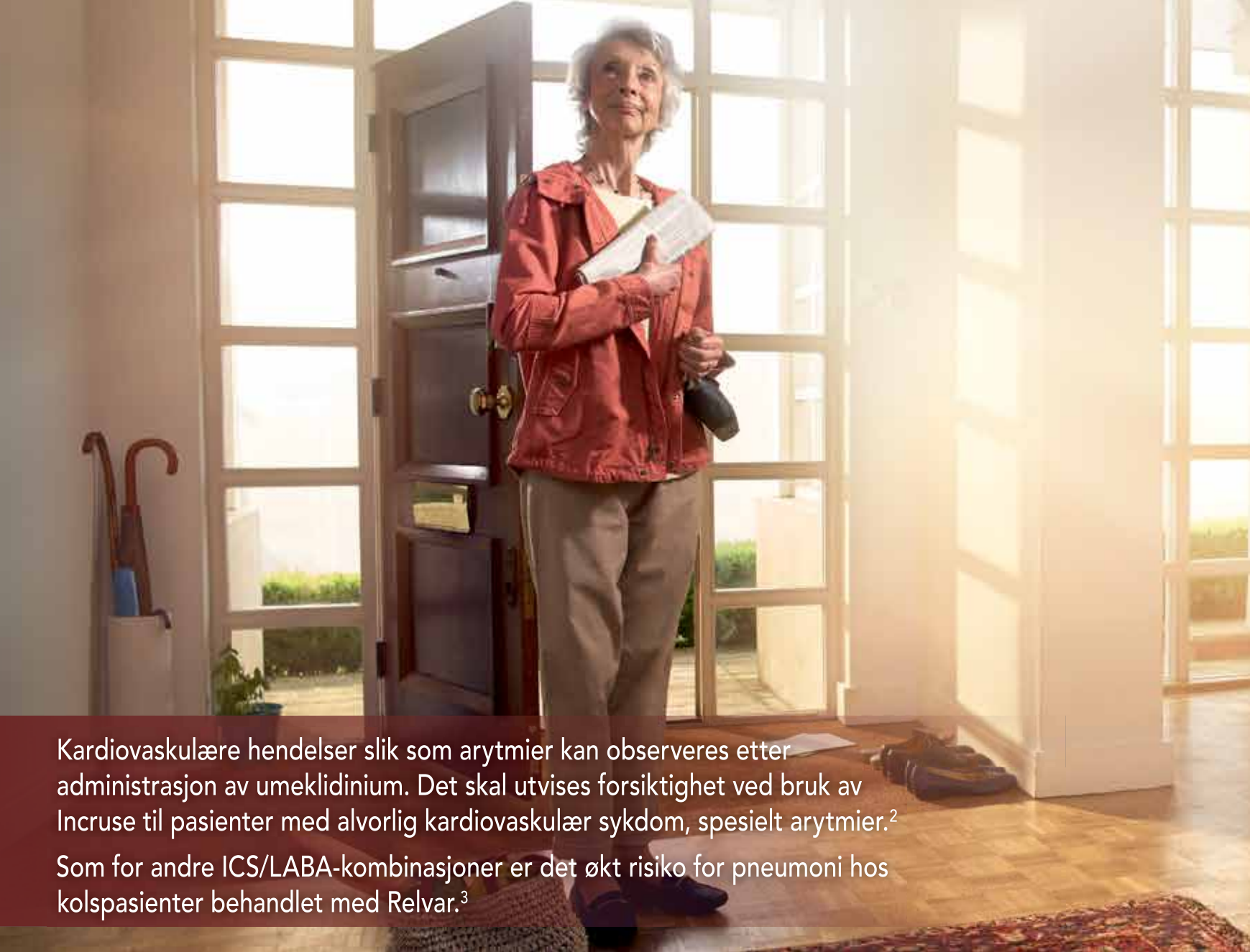
Vårt tilbudet er en mellomstasjon fra når pasienten skrives ut fra sykehus til de skal inn i tilrettelagte hjem i bostedskommunen. Oppholdet brukes til systematisk trening og gjenerverv av tapte funksjoner og vurdering av drifts- og funksjonsoptimale løsninger. Oppholdet resulterer ofte i langt enklere og kvalitativt bedre løsninger en opprinnelig tenkt.

Vi kan i samarbeid med inn-søkende instans vurdere søknader og ta imot pasienter på relativt kort varsel. For nærmere informasjon vises det til vår hjemmeside www.hoyenhall.no eller ta kontakt med daglig leder på tlf 952 92938.



Høyenhall Helse og Rehabilitering AS • Adresse: 3 • 3500 Høyne • Tlf: 952 929 929 • Faks: 952 929 929 • E-post: hoyenhall@hoyenhall.no

hoyenhall.no



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

▼ Incruse «GlaxoSmithKline»

C Langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (antikolinergikum).

ATC-nr.: R03B B07

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

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

mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser kr 437,20, 3 x 30 doser kr 1229,00. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig kols (FEV₁ mindre eller lik 65% av forventet verdi). Refusjonskoder: ICD J43-Emfysem, J44-Annen kronisk obstruktiv lungesykdom, ICPC R95-Kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkar: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 28.04.2015

▼ Relvar Ellipta «GlaxoSmithKline»

C Adrenegikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

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

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

Incruse & Relvar forenkler trippelbehandling for dine kolspasienter¹⁻³



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

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

INCRUSE[®]
umeklidinium



RELVAR[®]
(flutikasonfuroat/vilanterol)

TRIPPELBEHANDLING VED KOLS DOSERT 1 X DAGLIG

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

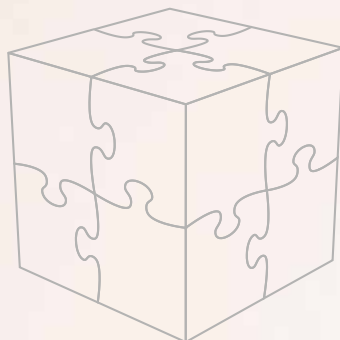
laktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For uttømmende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveide 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 potensierte 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 (≥1/100 til <1/10): Lufteveier: Nasofaryngitt. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksjoner: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Lufteveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, ryggsmerte, frakturer. Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Ekstrasystoler. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerte/kar: Hjertebank, takykardi. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria. 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 adenylyklase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaxering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. **Proteinbinding:** Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd_{0.5}: 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-fluormetylkarbatoatgruppen 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 390,40. 3 x 30 doser kr 1088,70. 184 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 443,60. 3 x 30 doser kr 1248,20.

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: 13.10.2015.

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



Er det plass til hele Katrine i én pakke?

Planlegges. Pakkeforløp for psykisk helse er på trappene i Norge, etter
inspirasjon fra Danmark. Katrine Meiner har prøvd å være pakke.

Tekst **Ann-Mari Gregersen og Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Alf Ove Hansen**





**«Jeg etterlyser et
mer helhetlig syn
på mennesket.»**
Katrine Meiner



Friheten utfordres

«Pakkeforløp kan bli en tvangstrøye»

Kurt Lyngved, leder for sykepleiere i psykisk helse og rus

Tekst **Ann-Mari Gregersen og Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Alf Ove Hansen**



Aalborg, Danmark: – Hei og velkommen!

Katrine Meiner lukker oss inn i en koselig leilighet i Aalborg sentrum. 36-åringen har bodd her siden 2000. Det er nesten like lenge som hun har vært syk.

– Et pakkeforløp kan ha sine gode sider, men det har også mange svakheter, sier hun og setter på tevaan.

SPRÅKLIGE NYANSER. Pakkeforløp, ja. Fjorårets buzz-ord i helsevesenet. Pakkeforløp ble innført for ulike kreftdiagnoser i løpet av 2015 – 28 pakker ble rullet ut i stor fart og over hele landet – og til relativt stor applaus.

Så det var ikke tilfeldig at statsminister Erna Solberg (H) under høstens valgkamp lanserte forslaget om pakkeforløp også for en annen pasientgruppe: Psykisk syke.

Men denne gangen uteble applausen. I alle

fall ble den overdøvet av kritikeres sterke røster. Men intensjonene var jo gode. Alle får like god behandling, og pasientene får større forutsigbarhet og kommer raskere til utredning og behandling. Argumenter for at det er en god idé er kort sagt: Pakkeforløp for kreft har vært vellykket, og pakkeforløp for psykisk helse fungerer i Danmark. Burde ikke det holde?

MOTSTAND MOT «PAKKE». Først ulmet det litt



Pakkeforløp i den danske modellen for: **Bipolar lidelse**

Hver diagnose har et standardisert behandlingsforløp i den danske pakke-modellen.

Innledende
samtale og
helsesjekk

2 timer

Samtaletid med
psykiater om
medisinbruk
og behandling

4 timer

Utdanning
i egen
sykdom

7 timer

Gruppetimer,
pårørende-
samtaler og helse-
messig **støtte**
og veiledning

2 timer

under overflaten, men så, utpå høsten, tok diskusjonen fyr.

I det ene debattinnlegget etter det andre ble ordet «pakke» tolket: «Pasienten kan glede seg til å åpne denne (gave)pakken!» eller «Pasienten er ikke en pakke!» Statsminister Erna Solberg refererte til en sykepleier som skal ha sagt det slik: «Det er ikke pasienten som er en pakke, men pasienten får en pakkereise, med egen reiseleder.»

Begrepet «drittpakke» har også forekommet i debatten.

Solbergs pakkeidé har videre blitt beskrevet som industribeslektet: «Hun bruker en logikk som er hentet fra industrien. Tankegodsmessig har dette mer å gjøre med taylorisme, Toyotas LEAN-filosofi og såkalt scientific management enn humanistisk psykiatri,» uttalte Henrik Vogt, som er lege og stipendiat ved allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU til Adresseavisen.

TO LIDELSER BLIR DOBBELTPAKNINGER. To danske psykiatere og en psykolog gikk ut i Morgenbladet med sine erfaringer med pakkeforløp.

De kunne fortelle at det sammen med innføringen av pakkeforløp hadde skjedd noe med det såkalte humanspråket i institusjonene, måten pasientene ble omtalt på. De opplevde at det i Danmark var blitt slik at pasienter ble omtalt som «dobbeltpakninger», dersom de hadde to lidelser. «Det hedder ikke lenger «patienter», men «cpr-numre», skriver de på dansk i en norsk avis.

De tre artikkelforfatterne har erfaring med pakkeforløpene siden de ble innført i 2013, og ber den norske helseministeren ta innover seg følgende: «Kundskab om psykiatriske tilstande følger ikke de gængse naturvidenskabelige love.»

DISKUSJON OM FAGET. Valgkamputspillet til

statsministeren har ført til folkemøter i både Trondheim og i Oslo. Selve grunnlaget for faget har blitt satt på dagsorden. Hva kan egentlig standardiseres innen psykiatrien? Er psykiatri et fag i det hele tatt? Finnes det diagnoser? Om de finnes, når skal de brukes – og til hva? Hvem kan bestemme over en følelse, et liv og en historie?

FEIL DIAGNOSE I 10 ÅR. Tilbake til Aalborg og Katrine Meiner. «Hygge is a feeling you can't translate», står det på en telysholder i vinduskarmen. Den lune stemningen i leiligheten står i skarp kontrast til hennes historie.



«Jeg følte meg skuffet og sviktet.» Katrine Meiner, dansk pasient

Mot slutten av studier i 2003 blir hun deprimert og får behandling hos en psykiater.

Her går hun i 10 år med diagnosen schizofreni. For å gjøre en lang historie kort, blir psykiateren

i 2013 anmeldt av mange for systematisk feilbehandling. Noen diagnoser satte han på få minutter, og han hadde opptil 1000 pasienter årlig.

En ny psykiater kommer på banen, og Meiner kommer til Klinikk for mani og depresjon ved Aalborg Universitetshospital.

– Mot slutten av 2013 får jeg diagnosen bipolar affektiv sinnslidelse. Pakkeforløpet innføres ikke lenge etter, og jeg blir en del av dette, forteller Katrine Meiner og tenner en e-sigarett.

Pakkeforløpet for bipolar lidelse inneholder 18 timer.

Det er fordelt på innledende samtale og helse-sjekk (2 timer), samtale med psykiater om medisinerbruk og behandling (4 timer), utdanning i egen sykdom (7 timer) gruppetimer, pårørende-samtaler og helsemessig støtte og veiledning (2 timer), kontakt med lege og kommune for oppfølging (1 time), psykometri (1 time) og tilbakefallsforebyggelse og avsluttende samtale (1 time).

SAVNER HELHETEN. – Jeg fikk opplyst at det nå var et standardisert opplegg for hele landet. En psykiatrisk sykepleier ble min kontaktperson. Hun fortalte hva pakkeforløpet innebar. På den tiden hadde jeg vanskeligheter med å forholde meg til selve pakkeforløpet, og det at jeg var i et pakkeforløp. Jeg var mest opptatt av å få hjelp.

Behandlingen ble ikke som hun hadde trodd. Ingen timer var satt av til å snakke bare med henne om helhetssituasjonen.

– Jeg ønsket meg individuell terapi. Jeg hadde 4–5 møter med psykiater, og da handlet det om medisin. Jeg etterlyser et mer helhetlig syn på mennesket. Mine kognitive vansker, som å huske, planlegge og konsentrere, ble neglisjert og avfeid som bivirkninger. Jeg savnet å få mer hjelp til å forstå



Kontakt
med lege og
kommune for
oppfølging

1 time

Psykometri

1 time

**Tilbakefalls-
forebyggelse
og av-
sluttende
samtale**

1 time



**TOTALT
18 t**



hva som skjer, slik at jeg kan håndtere det.

MISTER FAGLIG FRIHET. Katrine Meiners største ankepunkt mot pakkeforløpet er at det ikke er individuelt nok. Folk er ulike, også de med psykiatriske diagnoser. Hun ser at det kan være bra for noen å få struktur på hva som skal skje, men for de fleste vil 18 timer uansett være altfor lite.

– Jeg hadde vært syk i 10 år før jeg fikk pakkeforløpet, så jeg kjenner sykdommen og triggerpunkter. For noen som får en diagnose for første gang, og så skal rett i pakkeforløpet, kan det bli for hektisk og skjematisk. Det er egentlig ikke realistisk.

Meiner mener også at pakkeforløpet heller ikke er bra for psykiaterne og sykepleierne.

– De skal jo vurdere oss individuelt, men nå legges jo hele forløpet opp i en pakke. De mister sin faglige frihet. Det er heller ikke nok ressurser. Flere skal behandles hurtigere, men ting tar tid og koster penger. En kan ikke gjøre mer for de samme pengene.

SKUFFET. Katrine Meiner avsluttet sitt pakkeforløp høsten 2015.

– Jeg fikk nesten hver gang vite at «neste gang er siste gang». Det hjalp ikke i en situasjon hvor en trenger ro og stabilitet. Til slutt sa kontaktsykepleieren at de ikke kunne gjøre mer for meg rent medisinsk. På grunn av pakkeforløpet var behandlingen nå avsluttet. Dersom jeg ble syk igjen, kunne jeg ringe fastlegen eller akutten og bli re-henvist. Jeg fikk inntrykk av at det ville vært bra. For da ville statistikken på pakkeforløp gå opp, og politikerne ville se at dette var en dårlig idé.

Katrine Meiner følte det som et nederlag da hun ble skrevet ut. Psykiateren hadde også sagt at hun var langt fra frisk, og fortsatt måtte være sykemeldt.

– Jeg følte meg skuffet og sviktet. Det kommer nok av at jeg hadde for store forventninger. Jeg gjorde alt de sa, fra å ta medisin og passe sengetider til å spise fiskeolje. Hadde de kombinert behandlingen med både medisin og en psykolog jeg kunne snakket med, ville jeg vært på et bedre spor, sier hun.

– Det hadde også vært fint å ha en videre kopling til arbeidsmarkedet. Det er få ressurser og mye som skal inn i et pakkeforløp, så ingen tenker på at en del av rehabiliteringen er at vi skal ut i samfunnet etterpå. Både for meg og samfunnet er det jo bra å komme i jobb, sier hun.

LÆRTE OM EGEN SYKDOM. Ikke alt var negativt i pakkeforløpet. Det ene gruppetilbudet ga henne mye. Både fordi innholdet var rett og gruppekjemien god.

– I empowerment-gruppen skulle vi lære oss å motvirke håpløshet. Vi ble undervist i vår egen sykdom, og jeg lærte flere mestringsstrategier. Det

ble veldig konkret, og for første gang opplevde jeg at jeg klarte å speile meg i andre og lære noe. Det var veldig positivt, forteller Katrine Meiner.

ØSTMARKA, TRONDHEIM: Pål Sandvik er overlege og avdelingssjef ved Østmarka, St. Olavs Hospital. I det snart hundre år gamle gråhvite bygget på Lade i Trondheim er det både akuttseksjon og psykoseseksjon.

Ved psykoseseksjonen har de allerede prøvd ut pakkeforløp for psykoser i om lag ett år. Erfaringene er gode, ifølge Pål Sandvik. Rundt 200 pasienter med psykoser er i dag inne i et pakkeforløp.

Sandvik mener det er en god idé å innføre nasjonale pakkeforløp for flere psykiatriske diagnoser. Han kan faktisk ikke se for seg at det er noen diagnoser som ikke skal ha et tilpasset pakkeforløp. Men ordet pakkeforløp har han problemer med:

– Jeg synes begrepet er uheldig, og det er noe av grunnen til at debatten har tatt den retningen den har. Mange ser for seg en orwellsk behandlingsmetode, noe fabrikkaktig, hvor pasienten er en pakke som raskest mulig skal gjennom systemet. Det er det motsatte av hva jeg tenker.

TILFELDIG BEHANDLING. Sandvik vil heller kalle det standardiserte pasientforløp. Problemet i dag, mener han, er at pasienter ikke alltid får den beste behandlingen ut fra hva som er god klinisk praksis. Det er til en viss grad tilfeldig og opp til hver enkelt behandler.

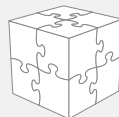
– Hvis vi ikke kan beskrive hva vi har tenkt å gjøre, kan vi heller ikke etterprøve behandlingen. Ved standardisering kan behandleren stilles til ansvar, sier han.

– Hva er egentlig forskjellen på dagens praksis og pakkeforløp?

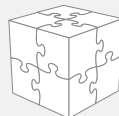
Andre pakkeforløp i den danske modellen:



Angst og sosial fobi
= 15 timer



Depressiv
enkeltepisode
= 18 timer



Posttraumatisk
stresssyndrom
= 29 timer

Fakta

Pakkeforløp på planen

Pakkeforløp for psykisk helse skal innføres innen 2020. Det er Helsedirektoratet som skal utarbeide pakkeforløpene, i samarbeid med fagmiljø og brukerorganisasjoner.

Erfaringer fra pakkeforløp med psykisk helse i Danmark og erfaringene fra pakkeforløp for kreft blir viktig når forløpene lages i Norge.

– Standardiserte forløp fokuserer på lengde på behandling og på avslutning av polikliniske løp. Husk at standardiserte pasientforløp ikke er annet enn god klinisk praksis satt i system. Det verken bør eller skal avvike vesentlig fra dagens praksis hvis den er god, sier han.

AVSLUTTETE LØP. De danske pakkeforløpene presenteres med et antall timer for hver diagnose.

I pakkeforløpet for angst og sosial fobi er det for eksempel en ramme på 15 timer. For PTSD er samlet tidsforbruk satt til 29 timer, og for depressiv enkeltepisode er rammen 18 timer.

I hvert pakkeforløp er det presisert at pakkeforløpet som hovedregel er avsluttete forløp, og at eventuell etterbehandling foregår hos «lege, spesiallege eller hos relevant instans i kommunen».

Psykoseløpet hos Pål Sandvik i Trondheim har ikke konkretisert et visst antall timer.

– Mener du det er hensiktsmessig å sette opp et konkret antall timer i de andre pakkeforløpene – etter dansk modell?

– Jeg tror det er greit å forholde seg til en ramme. Det gjør polikliniske behandlere i dag også. Likevel er det bedring som må være kriteriet for avslutning. Det må likevel være mulig å forvente at en viss andel av pasientene er bra etter et visst antall timer, der en gir «kurativ» behandling. Noe helt annet er det med pasientgrupper hvor en stor andel har vedvarende symptomer og funksjonstap, som for eksempel psykoselidelser.

– Hva med dem som ikke blir friske etter tilmålt tid?

– Et godt pasientforløp må kunne revideres når det er behov for det. Det må pakkeforløpene ta hensyn til. Det må ligge en plan for de pasientene som ikke responderer som forventet på behandlingen.

– Hvordan måler dere om pakkeforløp for psykoser er vellykket?

– Vi har noen parametere, sier han og ramser opp:

– Ventetid for utredning, og at utredningen



Sentrumsliv: Katrine Meiner tenker tilbake på tiden i pakkeforløpet fra vinduskarmen i Aalborg sentrum. Erfaringene er delte.

sker i henhold til nasjonale retningslinjer, er ett parameter.

Videre måler de ventetid til behandling, og at pasienten har en detaljert behandlingsplan som er i henhold til god klinisk praksis, slik det er beskrevet i nasjonale retningslinjer.

– Vi registrerer systematisk mål for be-
dring: Skåringer av symptomtrykk og funk-
sjon, registrering av uønskete hendelser og
medikamentbivirkninger.

Men, erkjenner han:

– Etter ett år er målinger fortsatt mangelfullt implementert, og dette er noe vi jobber med.

STUDIETUR. I midten av november var han i Danmark for å se hvordan de jobbet med pakkeforløpene der.

– Det danske systemet er mer fleksibelt enn hva jeg trodde, ut fra debatten som har gått i Norge.

– På hvilken måte?

– De danske pakkeforløpene er fleksible både når det gjelder behandlingsmetode, innhold og varighet i behandlingen. Det gjøres altså individuelle tilpasninger til hver enkelt pasient. Det er bra. Jeg mener vi kan ha alle de samme diagnoser som er i danske pakkeforløp også i Norge.



«Mange ser for seg noe fabrikkaktig.»

Overlege Pål Sandvik

Men han har også noen innvendinger:

– Det danske systemet virker å være svakere utbygd når det gjelder kommunale omsorgssystemer og ambulante team. I Danmark er det for eksempel ikke pakkeforløp ved psykoser ennå,

men dette jobbes det konkret med.

Sandvik ønsker at det i Norge blir et eget forløp både for psykoser og for psykisk rehabilitering for pasienter som har kronisk funksjonstap.

– Jeg tror at standardiserte pasientforløp for pasienter med kronisk funksjonstap kunne ha sikret at flere fikk strukturerte rehabiliteringstiltak, for eksempel arbeidstrening, hjelp til skole eller andre aktiviteter som et samarbeid mellom psykiatri, kommune og NAV, sier han.

– Bør pasienten kunne velge pakkeforløp?

Pål Sandvik må tenke litt:

– Valget må skje i samhandling med behandleren. I siste instans må behandleren kunne rådggi pasienten hva han eller hun mener er best behandling. Spørsmålet om hva som er forsvarlig må hele tiden være med, men all behandling bør i utgangspunktet skje i samråd med pasienten. Behandling mot pasientens vilje skal selvsagt skje i så liten grad som mulig og på strenge indikasjoner, sier han.





NEGATIV MERKELAPP. Kurt Lyngved, leder i faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus, liker ikke ordet «pakke».

– Innen psykiatrien har pasientene gjennom historien måtte forholde seg til så mange negative merkelapper. Vi trenger ikke innføre pakkebegrepet i tillegg. Så, punkt 1: Kall det noe annet.

Når det kommer til innholdet, mener han det er positivt med noe standardisering, men at det må være helt sikkert at standardiseringen er et gode for pasienten.

– Dersom det faktisk blir en rettighet som er til nytte for den som trenger hjelp, er det bra. Men vi må være veldig bevisst i den fasen vi er i nå. Pakkeforløp kan bli en tvangstrøye for hele fagfeltet. For oss som sykepleiere er det viktig å passe på at vi fremdeles har det rommet vi trenger for å hjelpe mennesker som sliter.

Han sier at for mange handler det om å bli fulgt over tid, kanskje gjennom hele livet.

– Vi skal kunne fange opp om de grunnleggende behov dekkes og se etter endringer i disse grunnforutsetningene. Dette fanges nødvendigvis ikke opp i løpet av et standardisert pakkeforløp.

– Det er åpenbart forskjell på et kreftforløp og ved psykisk lidelse. Psykiske helseproblemer og bearbeidingen av disse krever noe annet og mer enn et fast behandlingsforløp. Alt tar utgangspunkt i det unike mennesket, med dets unike historie. Generaliseringer i denne sammenhengen blir særdeles krevende.

– Vi må passe godt på så annerledesheten blir ivaretatt, sier han.



TRENGER Plass. Her er Lyngved helt på linje med pasient Katrine Meiner i Danmark.

Når hun tar på andre briller enn sine egne, ser hun at pakkeforløpet også kan ha gode sider. Meiner mener det er bra at en nå er garantert hjelp innen viss tid, og at det er struktur på behandlingen som venter.

– Det er de som har det verre enn meg, og det er ikke bra å vente for lenge på hjelp, sier hun, og understreker:

– Noen områder i helsevesenet har godt av å

bli ryddet opp i.

– Men, det må være plass til enkeltmennesket! ●

aknbh@sykepleien.no



Sykepleien APP
og Sykepleien.no

Se mer:

Se flere pakkeforløp på Sykepleiens app og på sykepleien.no

Dansk sjeflege: – Må ikke bli for rigid

LIK BEHANDLING: – Pakkeforløpet skal være med på å sikre at behandlingen som gis på tvers av regionene er lik. Det gode ved pakkene er at de gir en systematikk. Utfordringen er at de kan bli for rigide, sier Morten Kjølbye, sjeflege for psykiatri i Region Nordjylland.

Han sier at pakkene er under utvikling, og allerede er forløpet for personlighetsforstyrrelser endret ved at det er lagt til mange flere timer.

– Pakkene er ikke en absolutt ramme. Er en pasient i et pakkeforløp for depresjon og blir suicidal, får jo pasienten selvsagt behandling ut over timeantallet. Et forløp med et visst antall timer kan også deles opp på ulikt vis. Noen steder brukes mest timene til individuell kontakt, andre ganger er det mest hensiktsmessig med gruppeterapi. Det kommer an på hva som er best for pasienten, sier Kjølbye.

Det har vært snakk om at psykiatere mister sin faglige frihet.

– En må passe på at en ikke blir for rigid, da er jo ikke pakkeforløpet lenger hensiktsmessig. Er en pasient i et forløp og får det dårligere,



«Det må være rom for frihet.»

må timeantallet økes. Her må det være rom for frihet. Vi er nå i starten på pakkeforløpene, og vi skal løpende revidere pakkene. Nå har vi fått på plass pakkene, og så må

vi nå se om de virker slik de skal.

På spørsmål om hvor mange som har tatt et pakkeforløp i Region Nordjylland, er Kjølbye svar skyldig.

– Jeg kan ikke gi et godt svar på hvor mange som er i pakkeforløp. Det er utfordringer med registrering. Vi vet at det er flere som er i pakkeforløp enn det som er registrert, så det vil gi et feil inntrykk å si et tall. Men alle som skal ha et pakkeforløp har det. ●

aknbh@sykepleien.no

HOD: – Behandling skal tilpasses

FORUTSIGBART: Målet med pakkeforløpene er at de skal gi mer forutsigbarhet for pasienter som venter på utredning og behandling og for deres pårørende.

– De skal få vite hva som skal skje og når det skal skje. Det skal også gi mindre forskjellsbehandling av pasientene ved at det kommer standarder for hva utredning og behandling skal inneholde, skriver statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Anne Grethe Erlandsen, på e-post til Sykepleien.

– Det er ikke bare innen kreftbehandling vi har erfaringer og forskning som sier noe om hva

som er best behandling for de ulike kreftformene. Vi har også mye forskning og lang erfaring når det gjelder hva som fungerer best som behandling for ulike psykiske lidelser, ifølge Erlandsen.

Sammen med de nasjonale retningslinjene skal dette være kunnskapsgrunnlaget for pasientforløpene.

– Så må selvsagt behandlingen tilpasses den enkelte. Om en behandling av en eller annen grunn ikke passer pasienten eller viser seg å ha liten effekt, velger man selvsagt en annen, skriver Erlandsen.

HOD har fått spørsmål om det vil være noen diagnoser innen psykisk helse som ikke er aktuelle for pakkeforløp, og om det vil være

«Det skal gi mindre forskjellsbehandling.»

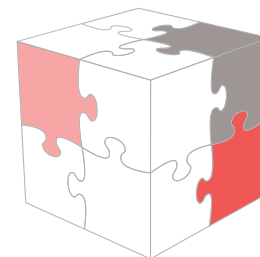
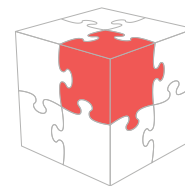
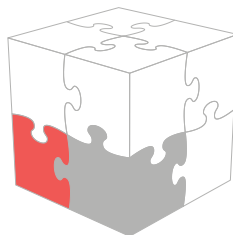
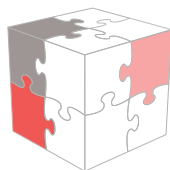
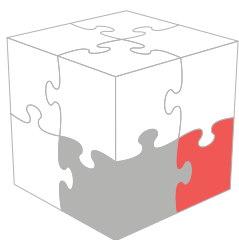
Anne Grethe Erlandsen

aktuelt å bestemme et gitt antall timer for hver diagnose i pakkeforløpene. Erlandsen svarer at det er Helsedirektoratet sammen med fagmiljøene og brukerorganisasjoner som skal utarbeide forløpene:

– Flere av problemstillingene som Sykepleien tar opp vil også være relevante å se på i dette arbeidet.

– Målet er ikke å sørge for at alle får samme behandling, men at alle får like god behandling og at pasientene får større forutsigbarhet og kommer raskere til utredning og behandling, svarer hun. ●

aknbh@sykepleien.no



Psykolog: – Minstemålet blir ofte standarden

NYANSER: Andreas Høstmælingen er psykolog og fagsjef i Norsk Psykologforening.

– Det er uro og misnøye hos helsemyndighetene over at gode behandlingsmåter ikke blir brukt i psykisk helsevern, sier han.

Slik han har oppfattet det, er dette hovedmotivasjonen for å innføre pakkeforløp:

– Men det er svært viktig å balansere dette riktig. Det er regelstyring på den ene siden og tilliten til den enkelte behandler på den andre siden. På vårt fagfelt er det ikke et 1:1-forhold mellom diagnose og pasientens behov.

– Er du for eller mot å sette opp et visst antall timer per diagnose i et pakkeforløp?

– Jeg er mot, dersom det ikke er

mulig å endre timeantallet underveis. Man må ikke se seg blind på én virksom metode, sier han og viser til at det ifølge amerikanske Society of Clinical Psychology er 13 forskjellige behandlingsmetoder som det er belegg for at er virksomme



«Hva som passer for den enkelte pasient, kommer an på en rekke faktorer.»

for depresjon. Blant de 13 er det alt fra parterapi til psykodynamisk terapi.

– Hva som passer for den enkelte pasient, kommer an på en rekke faktorer, og det blir derfor ikke riktig å ha ett standardisert pakkeforløp med et gitt antall timer ved for eksempel depresjon.

– Det vi trenger er en kunnskapsbase med en palett av kvalitetssikrede behandlingsformer, samt en standardisert måte å få feedback fra pasienten på om behandlingen virker, sier han.

Han er også bekymret over det å sette opp et visst antall timer per diagnose som en minstandard for hva pasienten har krav på.

– I utgangspunktet trenger det ikke være fryktelig galt om man

setter opp standarder som minstandarder i et faglig perspektiv. Problemet her er driverne som kan komme etterpå, sier han:

– Når økonomi og effektivitetsmål koples på, blir minstemål i helsetesenet i virkeligheten ofte til standarden, sier han.

Høstmælingen mener også at sammenlikningen med Danmark må nyanseres:

– I Norge fikk vi gjennom opptrappingsplanen på plass et relativt godt tilbud for mennesker med psykisk sykdom. I Danmark var utgangspunktet et annet før de innførte pakkeforløpene. At det har vært en stor forbedring der, betyr ikke nødvendigvis at det vil utgjøre like stor forbedring i Norge. ●

aknbh@sykepleien.no



– Umulig å unngå menneskelige feil

Bodø/Oslo. Rundt 90 prosent av fødselsskader i Norge skyldes menneskelig svikt. Det kom fram da forskere gikk gjennom 871 klager.

Tekst **Hanna Aanerud** • Foto **Erik M. Sundt**

Det fødes rundt 60 000 barn i Norge hvert år, og det meldes inn om lag 100 fødselsskader årlig.

Et prosjekt for å kartlegge årsaken til fødselsskader i Norge var bakgrunnen for forsker Stine Andreasens doktorgradsavhandling. Andreasen jobber til daglig som overlege på kvinneklinikken i Bodø.

Prosjektet ble ledet av Andreasen sammen med overlege og professor Pål Øian. Målet var å finne ut hva som ble gjort feil. De gikk gjennom 871 klager fra perioden 1994-2008, og kategoriserte sakene systematisk. Her fant de altså ut at 90 prosent av skadene som oppsto skyldtes menneskelig svikt.

Andreasen og Øian leste gjennom rapporter og all dokumentasjon til hver skadesak, og

fokuserte på de klagenes som hadde fått medhold. De gikk ofte gjennom mange hundre sider med saksdokumenter.

– Vi så på alle detaljer, alt ifra barnets lengde og vekt til mors alder og problemer i svangerskapet, sier Andreasen.

– Vi så også på hvem som var involvert i skaden, og om det for eksempel hadde vært en feiltolkning under fosterovervåkingen.

På denne måten fikk de en oversikt over hvor mange tilfeller det var av hver hendelse.

STUDENT MATERIALE. De fant ut at det like ofte var jordmor som lege til stede, og at de fleste skadene rammet barn, og ikke mor. I de fleste av tilfellene kom skadene som følge av oksygenmangel under fødsel. Skader på barn i

forbindelse med fødsel utgjør hele 17 prosent av pasientskadeutbetalinger.

– Vi liker å tro at det er systemet som feiler, at det skyldes prosedyrer som ikke er kjent i avdelingen, det har også tidligere studier vist, sier Andreasen.

– Det vi så var at det var hos den enkelte person feilen lå.

– Hva har dere gjort annerledes enn tidligere forskere, som gir dere et annet resultat?

– Det er nok et spørsmål om metode. Vi benytter oss av materiale som allerede er innhentet av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), men vi besøker ikke avdelingene. At det er en stor andel som mer eller mindre skyldes personlig svikt er det liten tvil om, sier Andreasen.



Ullevål: Ingeborg Høiskar, Åse Paulsen, Synnøve Sert erfarer at nye rutiner og systematisk jobbing senker risikoen for skader.

I STADIG FORBEDRING. På Norges største fødeavdeling ved Oslo universitetssykehus er det i overkant av 7000 fødsler i året. På en slik arbeidsplass er ingen dager like.

– Selv om alt går ut på det samme, så arter det seg forskjellig fra par til par. Man vet aldri hvem man møter på eller hvordan dagen blir, sier jordmor Åse Paulsen.

På Ullevål kan jordmødrene fortelle at det er mye som har endret seg de siste årene.

Jordmødre har en variert arbeidshverdag, og det er stadig nye rutiner og prosedyrer som innføres. Blant annet har det at avdelingen har begynt å bruke CTG (fosterovervåkning) gjort at antallet fødselsskader har gått ned.

– Dette er et yrke hvor vi blir mer ydmyke ettersom årene går. Vi tror kanskje at vi er

«Jeg har respekt for jobben, men jeg går ikke og er redd. Da kunne jeg ikke vært jordmor.» Åsa Jernetz Nordahl, jordmor

verdensmestre i starten, men så blir vi stadig overrasket, sier jordmor Ingeborg Høiskar.

– Det vil alltid kunne skje feil når det er mennesker involvert, sier jordmor Åsa Jernetz Nordahl.

Norge har hatt høy forekomst av riftskader, men halverte antall tilfeller ved å ta tak i

problemet. Norske jordmødre fikk opplæring i «jordmorgrepet» av jordmødre fra Finland.

– Det var ikke nok opplæring i det, men når fokuset ble endret, reduserte det antall tilfeller, sier Høiskar.

Et prosedyreutvalg ved sykehuset lager og videreutvikler prosedyrer til bruk i klinisk fødsels hjelp. På denne måten er jordmødrene bedre rustet til å forebygge og avdekke avvik.

TRYGT MILJØ. Ønsket om å utdanne seg til jordmor har flere av jordmødrene hatt siden de var små. De mener det er en mykere overgang fra å være student til yrkesaktiv nå enn det var før i tiden. Å jobbe i team har blitt standarden, og ingen står alene på fødestua i dag.

– Det var vanlig med lukkede dører,





→ sånn er det ikke lenger nå, sier Høiskar. Det er en ansvarshavende jordmor på hver vakt. Hvis det lar seg gjøre, skal hun være uten pasienter, klar til å gripe inn når det trengs.

Studentene må gjennom øvelser og sertifisering og blir godt forberedt på arbeidslivet.

– Det er alltid en overgang fra å være student til å stå ansvarlig inne på en fødestue. Men det er en del av treningen, sier Høiskar.

RESPEKT FOR YRKET. I et yrke med stort press, er det viktig å finne støtte i hverandre.

– Vi veit at det får store konsekvenser om vi gjør feil, men vi er en del av et miljø, og hjelper hverandre, sier Nordahl.

– Jeg har respekt for jobben, men jeg går ikke og er redd. Da kunne jeg ikke vært jordmor, sier Nordahl.

Det er mange fødende, og tidsklemma er det som bekymrer jordmødrene mest, spesielt å overse noe fordi man ikke har god nok tid til pasienten. Skjer det noe feil, er retningslinjene klare.

– Vi har prosedyrer, så det er ikke sånn at vi finner på noe etter eget initiativ. Vi følger prosedyrene, det er ikke et tilfeldig valg, sier jordmor Synnøve Sert.

På kvinneklinikken i Bodø jobber forsker Andreassen selv som overlege, og vet hvor viktig prosedyrer og rutiner er i jobben.

– Man vil alltid være opptatt av å kvalitetssikre og ønske å gi pasientene en helhetlig behandling, så godt det lar seg gjøre, sier Andreassen.

TOPPEN AV ISFJELLET. – Hvordan er statistikken i forhold til andre land?

– Det er gjort liknende studier i Sverige, og det fins en del likhetstrekk blant funnene, sier Andreassen.

Studier fra Sverige har vist at det gjøres feil i to av tre tilfeller med dårlig resultat. Til sammenlikning ble det gjort feil i ett av tre tilfeller med bra resultat. Det å gjøre feil i et behandlingsforløp kan skje, men det betyr ikke nødvendigvis at det er årsak til pasientens skade.

– Altså er det noen ganger vanskelig å si om skader skyldes feilbehandling eller noe annet, sier Andreassen.

– Erstatningssystemet som fins i Norge er ikke vanlig utenfor Skandinavia, og det er derfor heller ingen oversikt over sakene fra andre land.

I USA må pasientene selv gå til domstol eller eventuelt søke om erstatning med hjelp fra sykehusets forsikringsselskap. Dette er både dyrt og en vanskelig prosess, hvor pasientene må hente inn alle opplysningene selv.

– Det norske systemet fungerer bra, fordi en

Fakta

Feil ved fødsler

De tre vanligste årsakene til pasientskader er:

- manglende kvalifikasjoner og ferdigheter
- retningslinjer ikke fulgt
- uoppdaget tegn til fosterstress

Oksygenmangel under fødsel med påfølgende hjerne-skade er den vanligste komplikasjonen.



Tidsklemma: Mange fødende på kort tid bekymrer jordmødrene.

«Vi vet ikke om vi ser toppen av isfjellet eller om vi ser den reelle situasjonen.»

Stine Andreassen, forsker

veldig liten del av sakene havner i domstol, sier Andreassen.

Likevel er det vanskelig å vite om sakene som er i arkivet, gir et realistisk bilde av de skadene som har skjedd.

– Vi vet ikke om vi ser toppen av isfjellet eller om vi ser den reelle situasjonen, sier Andreassen.

MÅ MELDE IFRA. Det er noen skader som rammer oftere enn andre, og statistikken viser at det vanligvis er på grunn av manglende ferdigheter eller at retningslinjene ikke har blitt fulgt. Å følge rutiner er ikke noe jordmødrene tar lett på.

– Vi vet hvordan vi skal handle når ting avviker fra det normale, det har vi klare retningslinjer på. Alle de involverte blir informert, sier Paulsen.

Åpenhet er viktig, og skjer det noe uventet, går alle de involverte nøye gjennom det.

– Jeg føler ikke at vi skjuler noe, og sykehuset melder fra hvis det skjer noe uventet. Hvis man ikke har gjort riktig, så får man tilbakemelding på det, sier Nordahl.

Fødeavdelingen jobber aktivt for å forebygge feil. Simuleringstrening, obligatoriske tverrfaglige drilløvelser og sertifiseringer, samt tverrfaglige systematiske gjennomganger av situasjoner med uønskete hendelser er en av del av arbeidshverdagen.

Mye har blitt standardisert de siste årene. I fosterovervåkingen brukes den samme terminologi for lege og jordmor for å klassifisere en CTG. Dette har ført til bedre utfall for barnet.

– Tidligere var det kanskje mer «jeg tror» eller «jeg føler», nå er det mye mer konkret, sier Sert.

MÅ LIKE Å TA ANSVAR. Ikke alle passer til å være jordmor. Det er jordmødrene ved Ullevål sykehus enige om.

– Du må like å ta ansvar, og du må like å møte mennesker i ulike situasjoner, sier Høiskar.

– Du må også like å jobbe selvstendig, mye av faget handler jo på mange måter om å være kvinnens advokat. Vi må være tydelige, og våge å ta den rollen, sier Høiskar.

Jordmødrene påpeker at de er en selvstendig yrkesgruppe med mange sterke personligheter.

– Det er en veldig spesiell situasjon å være så nært et annet par. Det er nesten som å være inne på soverommet til folk, sier Nordahl.

FORNØYD MED JOBBen. – Hva er det beste med å være jordmor?

– At kvinnene sitter igjen med en god fødselsopplevelse, sier Paulsen.

De er alle enige om at de har en jobb som gir mange gleder og utfordringer.

– Jeg finner en tilfredsstillelse i at man kan geleide kvinner gjennom en normal fødsel, det er jo primært det vi er der for, sier Nordahl.

– Vi møter et snitt av samfunnet, det gjør man ikke i mange andre yrker. Nesten alle føder barn, på godt og vondt, og det er den beste jobben som fins, sier Nordahl. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@flexnesa

Når du er to dager inn i juleferien og det er ganske godt å ha fri, men du samtidig gleder deg til å være tilbake på skolen



@markonordmann

Hvordan man vet at han er en nerd... Reise på ferie, finne først museum, og ta bilde med blodsirkulasjon i menneskekroppen!



@lykkeligkaos

It's a wrap! Endeleg var siste eksamenskarakteren i boks. Og eg kan glede meg over å endelig vere ferdig utdanna intensivsjukepleiar



@lofotrakel

Operasjonssykepleier i Lofoten!



@siricav

Da var min første dag på jobb som anestesisykepleier vel overstått! Triives!!



@camilla.hk

Topp stemning på nattevakt!



@ickant

#nurselife#yrkesykepleier#enpustiheisen#lørdagkveld
#saturdayevening#instatørke



@gurorl

Når jul- og nyttårsturnus er overstått og man kan gå hjem fra nattevakt



@ingajoss

...and a happy new year to all of you from all of me! Tar feiringa på jobb i år!



Nylaget eller oppvarmet?

Hedmark. Nedkjølt middag som kan varmes når det passer, eller nylaget varmmat til faste tider? Stange og Løten har valgt hver sin løsning.

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

En gnistrende desembermiddag inntas det fiskemiddager med stor appetitt i Hedmark.

– Nydelig, skryter beboer Marit Torp på Løten Helsetun, før hun lirker nok en bit fiskegrateng over på gaffelen.

Pleiere går rolig rundt og spør om maten smaker. Det gjør den åpenbart. Bordene er pyntet med levende lys og blomster. Det er de også i nabokommunen Stange.

På Stange helse- og omsorgssenter står det i dag fiskeboller i hvit saus på menyen.

– Jeg har ikke noe å klage på. Det er like godt alt sammen, sier en dame, som er her på korttidsopphold.

– Jeg er ikke så glad i å lage mat sjøl, skjønner du, og da er det jo greit å få den servert, ler hun.

ULIKE LØSNINGER. Mye i matveien er likt på de to institusjonene, inkludert det meste av råvarene og mange av rettene på de rullerende ukemenyene.

Stange og Løten har nemlig, sammen med Hamar, Elverum og Ringsaker, inngått felles innkjøpsavtaler med store leverandører. Det blir gjerne billigere når man er flere.

Om vi ser bort fra størrelsene på kjøkkene – Stanges er vesentlig større – finner vi derimot én faktor som er svært ulik, nemlig hvordan varmmat tilberedes og serveres – både på sykehjemmene, i andre boenheter og hos brukere av hjemmetjenester.

I Løten serveres varmmaten samme dag som den lages – såkalt kok/server. Stange gikk på sin side, som så mange før dem, over til sentralt produksjonsskjøkken med kok/kjøl-løsning i 2014. Det var

et politisk vedtak etter en lengre prosess og mange diskusjoner. Avstemmingen skal ha vært svært jevn.

SER FORDELER MED KOK/KJØL. Nå blir altså middagsrettene på Stange laget så godt som ferdige og raskt kjølt ned i spesialemballasje. Så holdes de kalde i inntil tre uker, før de varmes opp, tas ut av plastposene og danderes før servering.

Fordelene er mange, mener kjøkkenleder Tone Hansen.

– Kok/kjøl gir langt større fleksibilitet overfor brukerne, som i større grad kan spise når de er sultne, sier hun.

– Særlig for de hjemmeboende kan dette være en stor fordel. De slipper å sitte klare når maten blir kjørt ut.



Fornøyd: Beboer Marit Torp sier seg godt fornøyd med maten hun får servert på Løten Helsetun.

En annen fordel, ifølge Hansen, er at næringsstoffer i råvarene blir bedre ivarett med kok/kjøl og i mindre grad forsvinner ut i kokevannet.

MAT SOM MEDISIN. Løten har, som den eneste av de fem ovennevnte samarbeidskommunene, holdt fast ved en kok/server-løsning, der middag og annen varmmat tilberedes samme dag som den skal fortæres.

- God mat er medisin, sier styrer Hanna Berget.
- Det ligger mye både helse og trivsel i god, næringsrik mat og hyggelige måltider.

Kjøkkensjef Lise Merete Solli Bakke har jobbet seks år på Løten Helsetun.

- For oss er det viktig at det lukter godt av mat i huset. Vi mener dessuten kok/server gjør at vi raskere kan tilby ønskekost og tilpasse maten til

individuelle behov, sier hun.

Kjøkkensjefen forteller at hun og kokkene er mye ute på avdelingene for å prate med beboere,

«Vårt kjøkken er i realiteten fredet.»

Hanne Berget, styrer
Løten Helsetun

pårørende og personell. Høre hva de lurte på, hva det ønskes mer eller mindre av.

- Veien er kort for å gi litt ekstra fløte eller smør i sauser og supper til dem som trenger det her, sier styrer Berget.

På Stange-hjemmet er de ikke enige i at kok/server gir enklere individuell tilpassing og mer appetittvekkende dufter i lokalene.

- Det lukter like mye av mat her som andre steder, mener virksomhetsleder Linda Kristin Hemma.

- Fylkesmannen selv kommenterte hvor godt det luktet da han var her i forbindelse med konkurransen «Gylne måltidsøyeblikk».

Kjøkkenleder Hansen sier det er like lett å tilby tilpasset kost med kok/kjøl som med kok/server, og at de er opptatt av at alle brukere skal bli møtt ut fra sine behov.

HARDE FISKEBITER. Alle er derimot ikke like tilfredse med kjøkkenendringene i Stange.





Take-away: Kjøkkenpersonalet på Løten helsetun porsjonerer ut nylaget fiskegrateng, som kjøres ut varm av frivillige til hjemmeboende og andre brukere.



– Jeg mener det har vært en klar forringelse av kvaliteten på maten etter at de gikk over til kok/kjøøl.

Det sier Jan Sigmund Jensen, som er leder i venne- og pårørendeforeningen for Stange helse- og omsorgssenter.

– Det er mulig det som settes frem er fullgodt rent ernæringsmessig, men maten må også lukte godt, være innbydende og smake godt.

Han minnes spesielt en fiskesuppe der terningene med fisk skal ha vært så harde at enkelte eldre måtte gi opp, og spyttet dem ut.

– Jeg synes også det er så stusslig at maten

kommer i plastposer, som betjeningen står og klemmer ut på tallerkenen.

Potetene som serveres, har ifølge Jensen en hinne på seg.

– Det finnes ikke noe dårligere å spise enn vakuumpakkete poteter.

VILLE GÅTT I DEMONSTRASJONSTOG. Tonen er noe annerledes hos venne- og pårørendeforeningen til Løten Helsetun.

– Vi er fornøyd. Maten er god, den, sier foreningens leder Solveig Nybakken.

Hun har personlig lite til overs for kok/

kjøøl-metoden, og håper det aldri vil bli snakk om å innføre den i Løten.

– Jeg har aldri gått i noe demonstrasjonstog, men det ville jeg gjort dersom de skulle finne på å skifte til kok/kjøøl her også.

Nybakken forteller at hun selv har jobbet som kokk på helsetunet.

– Av erfaring vet jeg at all mat blir best når den kommer nylaget rett fra kjøkkenet.

FRIVILLIGE KJØRER UT VARMMAT. Styrer ved Løten Helsetun, Hanna Berget, mener det å få et varmt måltid på døra hver dag er viktig for mange av kommunens hjemmeboende.

– For mange kan det være det eneste besøket de får den dagen. De frivillige som kjører ut, er ofte eldre selv som gjerne slår av en prat. De kan dessuten raskt gi beskjed til hjemmetjenesten dersom de skulle se at noen trenger oppfølging.

Ut fra kjøkkenet på Løten Helsetun går det daglig tre biler med varm mat, som leverer til cirka 30 hjem hver. Den lengste ruta tar en times tid, og maten holdes varm i spesielle beholdere.

VANSKELIG Å HOLDE MATEN VARM. For Stange kommune, som er omtrent dobbelt så stor i areal, var det ikke like lett.

– Vi klarte ikke å holde maten på de foreskrevne 60 gradene for brukerne som bodde lengst unna, sier kjøkkenleder Hansen.

Denne utfordringen skal være nok en årsak til at kok/kjøøl ble valgt.

Nå kjøres middager til hjemmeboende ut av en sjåfør to ganger i uka.

– Hjemmetjenesten rapporterer til oss at brukerne spiser mer, nå som de selv kan velge når de skal varme maten og spise, sier Hansen.

INGEN ENDRINGSPLANER. Verken Stange eller Løten går med planer om å bytte kjøkkenløsning. Riktignok har enkelte lokalpolitikere i Stange ønsket omkamp i saken, men sjansen for å gå tilbake anses som liten.

I Løten er det ingen som snakker om å skifte.

– Jeg har absolutt ingen tro på at vi kommer til å gå over til kok/kjøøl her. Det måtte i så fall være om vi blir tvunget til det etter en kommunesammenslåing, sier kjøkkensjef Bakke på Løten Helsetun.

Hun viser til at kjøkkenet har vunnet kommunens arbeidsmiljøpris og at helsetunet var fylkesvinner for Hedmark i den landsdekkende konkurransen «Gylne måltidsøyeblikk».

Kjøkkenet er dessuten catering-leverandør til mye av Løtens offentlige virksomhet, inkludert kommunestyremøter.

– Vårt kjøkken er i realiteten fredet. Den gode maten her på Løten Helsetun har et godt omdømme i bygda, sier styrer Berget.





Dekket og klart: Rammene rundt måltidet har mye å si, og på Stange helse- og omsorgssenter er bordet dekket med blomster, levende lys og duk.



Varmeskap: På Stange helse- og omsorgssenter varmes ferdiglaget middagsmat opp i dertil egnete skap, før den tas ut av emballasjen og serveres.

Fakta

Løten kommune

- 369 km² – 7550 innbyggere.
- Kjøkkenet på Løten Helsetun produserer cirka 200 varme middagsmåltider per dag.
- Varmmat produseres daglig etter kok/server-metoden og kjøres ut av frivillige til hjemmeboende og andre brukere.

Stange kommune

- 724 km² – 20 000 innbyggere.
- Etablerte større produksjonskjøkken på Stange helse- og omsorgssenter i 2014. Kjøkkenet produserer middagsretter for cirka 400 brukere.
- Lager varmmat etter kok/kjøl-metoden fire dager i uka. Maten kjøres ut kald til hjemmeboende og andre brukere to ganger ukentlig.

Kok/kjøl versus kok/server

DÅRLIG RYKTE: En ikke ubetydelig del av maten som tilbys eldre, lages i dag på sentraliserte storkjøkken etter kok/kjøl-metoden.

Etableringen av slike kjøkken rundt om i landet vekker ofte sterke reaksjoner, og skepsisen har til dels vært stor fra både brukere, pårørende, politikere og personell.

VARMES OPP FEIL. Leder i Kost- og ernæringsforbundet, Arnt Steffensen, mener kok/kjøl har et ufortjent dårlig rykte.

– Problemet er ikke nødvendigvis metoden som sådan, men at dette ikke gjøres riktig, sier han.

Steffensen mener maten kan holde høy kvalitet når den forlater kjøkkenet, men at den varmes opp feil.

– Oppvarmingen og serveringen ute på de ulike avdelingene utføres gjerne av sykepleiere og helsefagarbeidere, som skal gjøre dette innimellom alle andre

arbeidsoppgaver. Ofte har de ikke god nok tid. Jeg har hørt skrekkeksimpler på grønnsaker som blir satt på to timer før servering, fordi det er da personalet har tid.

Steffensen understreker derfor at dersom man velger kok/kjøl, må man også være trygg på at det finnes ressurser og kompetanse i siste ledd.

– Der man tar kjøkkenet ut av selve sykehjemmet, blir det større avstand mellom dem som lager maten og dem som skal spise den. Matlukt i gangene skaper forventning. Husk også at sykehjem er hjemmet til dem som bor der, og hva er vel et hjem uten kjøkken?

KONSISTENS OG STEKESKORPE. Det finnes begrenset med forskning og dokumentasjon på fordeler og ulemper med ulike løsninger.

I sin masteroppgave i samfunnsnærings fra Høgskolen i Oslo og Akershus i 2014, sammenliknet Sissel Steinsland mattilbudet

ved fem sykehjem som hadde valgt ulike kjøkkenløsninger.

En markert forskjell hun fant mellom kok/kjøl og kok/server, var at hjemmene som brukte førstnevnte metode, hadde større utfordringer med å gi maten riktig konsistens og stekeskorpe

«Hva er vel et hjem uten kjøkken?»

Arnt Steffensen

der dette var ønskelig. Appetittvekkende matlukt var dessuten langt mer fremtredende på sykehjem som brukte kok/server.

Steinsland registrerte også at plasten kok/kjøl-maten kom i ble sett på som noe negativt, noe som måtte gjemmes bort for ikke å gi beboerne assosiasjoner til industrimat. Hun understrekte likevel at andre faktorer enn valg av

kjøkkenløsning i stor grad påvirket kvaliteten på tilbudet og mulighetene for individuelt tilpasset kosthold.

BER POLITIKERE SJEKKE KVALITETEN. I forbindelse med konkurransen «Gylne måltidsøyeblikk» tidligere i vinter, spurte Sykepleien initiativtakeren, daværende landbruks- og matminister Sylvi Listhaug, om hennes syn på de ulike løsningene.

– Jeg registrerer at det er ulike meninger om kok/kjøl, men jeg har ikke grunnlag for å si at det ene er bedre enn det andre.

Listhaug påpekte at flere av deltakerne i «Gylne måltidsøyeblikk» hadde sentralkjøkken med kok/kjøl.

– Kok/kjøl kan gi vel så god kvalitet rent ernæringsmessig, men det er viktig at lokalpolitikere ikke bare ser på tall og rapporter, men faktisk sjekker kvaliteten på tjenestene selv, mente den daværende statsråden. ●



Ny tid - nye roller

INVITASJON TIL INNSENDING AV ABSTRAKTER TIL POSTER OG FOREDRAG

Norsk Sykepleierforbund arrangerer den tiende sykepleierkongressen i kongressenteret, The Qube, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport 27. og 28. september 2016. Temaet er Ny tid - nye roller. I løpet av kongressen ønsker vi å vise mangfoldet i sykepleiernes fagutvikling og forskning innen temaene:

- *Fag og funksjon* - finansiering, prioritering og organisering av helsetjenesten
- *Pasientenes helsetjeneste, ansvar og muligheter* - sykepleierprofesjonen i utvikling
- *Kompetanse og karriere* - kompetanse og kunnskap gjennom utdanning og forskning
- *Gode arbeidsplasser, god sykepleie* - arbeidsliv og arbeidsforskning
- *Kunnskap i praksis* - sykepleieforskningens bidrag til helsetjenesten

ABSTRAKTER PÅ NORSK TIL POSTERPRESENTASJON

Vi inviterer til innsendelse av sammendrag/abstrakt på kvalitets- og forskningsprosjekter innen kommune- og spesialisthelsetjenesten og innen utdanning. Innsendte abstrakter vil bli vurdert for posterpresentasjon. Noen vil bli utvalgt for muntlig presentasjon i parallellsesjon.

Frist for innsendelse: 1. mars 2016 kl. 12:00.

Abstraktet sendes til: PosterK2016@nsf.no

Fullstendig informasjon om innsending av abstrakter på www.nsf.no

ABSTRAKTER PÅ ENGELSK TIL VITENSKAPELIG FOREDRAG

The Norwegian Nurses Organisation invites the submission of abstracts for a scientific and international parallel session entitled *Knowledge in Practice - The Contribution of Nursing Research to the Health Care Services* at The 10th Nursing Congress, September 27th and 28th 2016.

Deadline for submission is March 1st 2016 12:00 A.M.

Acceptance notifications will be sent to the authors by e-mail in May 2016. The abstract will be judged according to the *STROBE-criteria* if relevant in relation to the nature of the research project. The presenter must be one of the authors of the abstract and the registration fee must be paid before June 15th.

Submission

Send a word file formatted according to the guidelines to the following e-mail:

PosterK2016@nsf.no

Guidelines and more information:

www.nsf.no

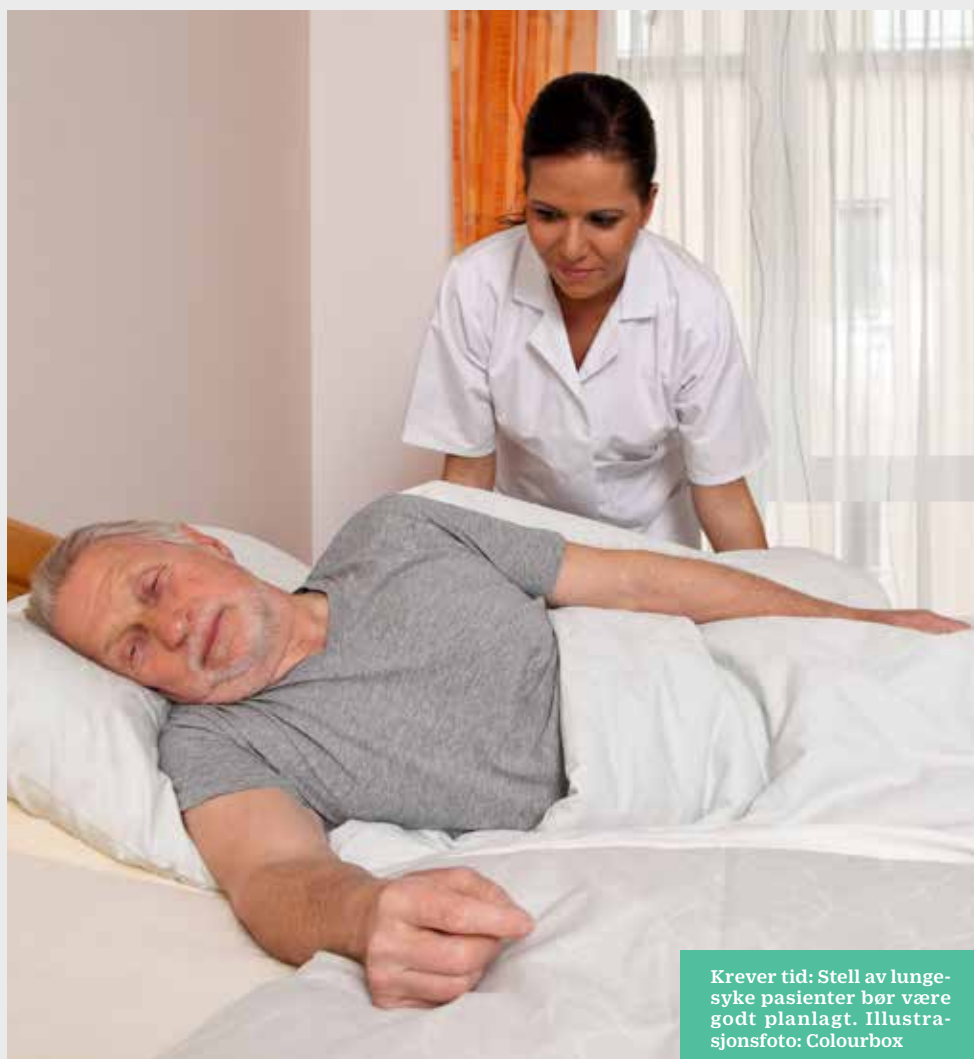




Sykepleie

Del 2 Sykepleien 01 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Krever tid: Stell av lungesyke pasienter bør være godt planlagt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Stell av lungesyke

Hensyn. Det er viktig at den lungesyke pasientens intergritet opprettholdes under stellet. **56**



Kreft. Kurs til pårørende ga økt mestringsfølelse. **42**



«Mange ungdommer føler de ikke blir trodd når de sier de er syke.»
Anette Winger. **50**



Konflikt. I skvis mellom økonomi og etikk. **56**



Simulering. Gir mindre tvangsbruk i psykiatrien. **46**



PÅRØRENDE TRENGER STØTTE

Kurshjelp. En studie tyder på at kurs for pårørende til kreftpasienter kan lette livssituasjonen.

DELSTUDIE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56188



Kari Blindheim,
universitets-
lektor, NTNU i
Ålesund



Sigrid Lerstad Thorsnes,
førstelektor,
NTNU i Ålesund



Hildfrid V. Brataas,
professor, Nord
universitetet

På grunn av stadig bedre behandlingstilbud lever personer med kreftsykdom lenger. Økende poliklinisk behandling har medført at stadig flere bor hjemme under behandling. Dette er en krevende situasjon for den syke, men også for pårørende, spesielt når pasientens funksjonsnivå reduseres (1). Pårørende til kreftpasienter lever over lang tid med psykisk stress, og de rapporterer om høyere stressnivå, angst og depresjon enn den syke (2). De bør få kunnskap, støtte og veiledning som kan hjelpe dem til å forstå og takle situasjonen og redusere belastningen (3).

Det finnes en del studier som har undersøkt hvordan pårørende til kreftpasienter i palliativ fase beskriver sin situasjon (1,4). Derimot er det lite forskning på pårørende til kreftpasienter som lever med et alvorlig sykt familiemedlem over lang tid, og på hvordan denne belastningen går ut over deres mestring og livskvalitet.

Harding, List, Epiphaniou og Jones (5) har gjennomført en oversiktsartikkel for å se på hvilke intervensjoner pårørende til kreftpasienter fikk tilbud om og hvilken effekt det hadde. De fant at tilbudene til pårørende har blitt flere de siste årene. Av gruppetilbud fant de at tilbud basert på kognitiv teori hadde svært positiv effekt. Kurs for

pårørende med pedagogisk-psykologisk vinkling har også vist seg å være nyttige for deltakerne, og kan være en buffer mot negative psykiske faktorer (6,7).

Studier har også vist positiv effekt av psykososiale intervensjoner og støttegrupper for pasienter og familier (8). Effekten gjelder spesielt for angst, emosjonell tilpasning og livskvalitet. Å delta i grupper med andre pårørende i samme situasjon gjør at de kan se på angsten sin og det de opplever som normalt (6). Støttegrupper er nyttig i forhold til å bedre mestringsevnen og øke livskvaliteten til de som deltar (9).

FORSKJELLIGE STØTTEPERSONER. Pårørende til kreftpasienter er ikke en ensartet gruppe. Det kan være barn, ektefelle eller samboer, søsken eller foreldre, og de vil ha behov for støtte og hjelp fra helsepersonellet de møter. For barna kan en helsesøster på skolen være denne støttepersonen. For voksne kan kreftsykepleieren i kommunen eller på sykehuset være en støtte. I samhandlingsreformen beskrives samhandling mellom de ulike nivåer av helsetjenesten og vekt på hva som fremmer helse og livskvalitet hos pårørende som viktig (10). Dette er en utfordring for helsepersonell og det krever gode sykepleiepedagogiske kunnskaper (11).

Hvordan pårørende takler den

krevende situasjonen de står i er avhengig av deres opplevelse av sammenheng (heretter kalt OAS) og livskvalitet. Man har sett at OAS er nært knyttet til opplevd helse, særlig mental helse. Jo sterkere OAS er, desto bedre er opplevelsen av helse (12). OAS består av tre ulike komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (13). Generelle motstandsressurser som god økonomi, ego-styrke, kulturell stabilitet og sosial støtte er faktorer som kan fremme utvikling av en sterk OAS og øke den enkeltes mestringmuligheter (13).

Det er nær sammenheng mellom OAS og livskvalitet. I en helsefaglig sammenheng kan livskvalitet forstås på tre nivåer:

- global livskvalitet knyttet til livet som helhet
- helserelatert livskvalitet i betydning opplevelse av generelle helseforhold
- opplevelse av forhold knyttet til en spesifikk sykdom eller plage

De tre nivåene virker gjensidig inn på hverandre, og hvert nivå omfatter fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner (14). Selvrapportering synes å være en egnet måte å få kunnskap om personers opplevelse av livskvalitet på (14).

KURS FOR PÅRØRENDE. Hensikten med studien var å se på om kurs basert på kognitiv teori for

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Pårørende til kreftpasienter lever over lang tid med stor belastning. Å delta på pårørendekurs kan bidra til at de treffer andre i samme situasjon, lærer å håndtere den krevende pårørendesituasjonen og opplever økt mestring og livskvalitet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- kreft
- pårørende
- mestring
- opplevelse av sammenheng
- livskvalitet



Krevende rolle: Pårørende til kreftpasienter utsettes ofte for en tung belastning over tid. Illustrasjonsfoto: Colourbox

pårørende til kreftpasienter kan fremme motstandsressurser og øke livskvalitet.

Studien er en del av et større prosjekt som la hovedvekt på mestring og helse hos pårørende til kreftpasienter. Studien ble gjennomført i Midt-Norge. Gjennom prosjektet har vi gjennomført tre pårørendekurs, og i denne delstudien ønsket vi å se på effekten av kurset gjennom å måle OAS og livskvalitet. Det er interessant å se om disse faktorene er stabile eller om de øker hos pårørende som deltar på kurs for å mestre pårørendesituasjonen.

Effekten og kvalitetsevaluering av kursopplegget kan ha overføringsverdi for utvikling av kurstilbudet for andre grupper.

Som kurskonsept fikk vi tillatelse fra Kreftforeningen til å bruke deres

kurs «Livslyst når det røyner på» for voksne pårørende (15,16). Kurset har kognitiv teori (17) og mindfulness (18,19) som teoretisk fundament, samt vekt på mestring av pårørendesituasjonen.

Hensikten med kurset var å:

- gi pårørende til kreftpasienter kunnskap om metoder og teknikker for bedre å kunne håndtere hverdagen i pårørendesituasjonen
- skape rom for erfaringsutveksling med andre i sammenliknbare situasjoner

Kursholderne var kreftsykepleiere som ble opplært i å holde disse kursene. Kursene gikk over seks kvelder, den sjette kvelden ble holdt etter tre–fire måneder.

Kurset omhandlet temaer som: Kunnskap om hvordan tanker kan

påvirke opplevelsen av hverdagen, hvordan takle bekymringer, presentasjon av ulike verktøy eller tankemodeller, stressregulering og avspenning, oppmerksomhetstrening, tankesortering; «meg

«Tilbud basert på kognitiv teori hadde svært positiv effekt.»

selv i vanskelige situasjoner» (egenomsorg), hvordan bruke det dere har lært «videre i livet». Den sjette kvelden handlet om hvordan tiden hadde vært for deltakerne etter siste kurskveld.

METODE. Prosjektet er en komparativ studie med tverrsnittdesign. Kursdeltakerens opplevelse av sammenheng (OAS) og global livskvalitet før og etter kursdeltakelse ble undersøkt og sammenliknet med pårørende som ikke deltok i kursopplegget.

Ved hjelp av den norske kortversjon av spørreskjemaet OAS-13 og den norske versjonen av globalt livskvalitetsskjema QOLS-N, ønsket vi å måle kursdeltakernes opplevelse av sammenheng og global livskvalitet før og etter kursdeltakelse. Global livskvalitet inkluderer personens tilfredshet, lykke, mening eller realisering av mål knyttet til livet som helhet. Deretter sammenliknet vi resultatene med en gruppe som ikke hadde gått på kurs.





Tabell I. Program for kurset «Livslyst – når det røyner på» (LNRP)

Kurskvelder	Innholdet i kurset:	Trening mellom kurskveldene
	Hvert møte besto av kunnskapsformidling, praktiske øvelser og erfaringsutveksling.	
1	Informasjon om kurset Mestring av stressfylte situasjoner, stress-regulerings teknikker	Mindfulness-trening
2	Kognitiv teori; ABCD-modellen: Sortering av tanker, følelser og reaksjoner	Trening på ABCD modellen i hverdagen
3	Mestring, mindfulness, avspenningsøvelser	Trening: Avspenningsøvelser
4	Egenomsorg og selvaksept, og hvordan pårørende kan ta vare på både seg selv og familien	Mindfulness trening
5	Veien videre: Hvordan benytte det de har lært i hverdagen som pårørende	
6 (Tre måneder etter 5. kurskveld)	Hvordan har tiden vært etter siste kurskveld: Repetisjon av stressreguleringsteknikker, dialog og utveksling av erfaringer	

I tillegg ble det samlet inn noen få bakgrunnsvariabler om deltakerne, slik som alder og kjønn.

Original versjonen av OAS-13 ble valgt i denne studien (20). OAS-13 viser god validitet og reliabilitet (21). OAS alene forklarer ikke opplevelse av livskvalitet (12). Vi valgte derfor å bruke et eget skjema for måling av livskvalitet. Valget falt på den norske versjonen av spørreskjemaet global livskvalitet (QOLS-N). Dette er tidligere benyttet i studier av pårørende til kreftpasienter (22) og er validert for norske forhold (23,24). Det at global livskvalitet kan måles med anerkjente instrumenter gjør det mulig å sammenlikne resultater mellom grupper (14).

UTVALG OG UTVALGSMETODE.

Utvalget var pårørende til kreftpasienter som deltok på kurs. De fylte ut skjema ved kursstart og ved avslutning av intervensjonen sjette kurskveld. I tillegg har vi hatt en sammenlikningsgruppe rekruttert fra en kreftavdeling ved et annet sykehus i Midt-Norge. Deltakerne i sammenlikningsgruppen fylte ut

skjema på samme tidspunkt som kursdeltakerne, men fikk ikke noe kurstilbud. Inklusjonskriteriene for begge gruppene var at de skulle ha vært i en pårørendesituasjon i mer enn seks måneder. Utvalget var voksne pårørende til kreftpasienter: ektefelle, foreldre eller barn oppført som pårørende i den medisinske journalen, fra 19 til 70 år.

Avdelingsledere ved to kreftavdelinger i Midt-Norge ga pårørende muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Pårørende ved det ene sykehuset fikk informasjon om prosjektet og ble spurt om å delta på kurs for pårørende, samt om å delta i en vitenskapelig undersøkelse, ved å svare på to spørreskjemaer. Pårørende ved et annet sykehus i Midt-Norge fikk muntlig og skriftlig informasjon fra avdelingsleder med forespørsel om å delta i en vitenskapelig studie. De skulle svare på de samme spørreskjemaene som kursgruppen.

Noen pårørende deltok bare på kurset noen få ganger. Grunnen til frafallet var at kurset ikke passet for deltakeren, eller at de ikke

hadde anledning til å være borte fra hjemmet på grunn av den krevende hjemmesituasjonen.

VARIABLER. OAS-spørreskjema (OAS-13) har 13 spørsmål på en skala fra 1–7, der 7 er høyeste verdi. Vi deler det inn i fire variabler. Før analysen av OAS-13 ble fem punkter snudd (1–3,7 og 10). Totalskåren av OAS-13 er summen av de 13 punktene. De tre OAS-komponentene er summen av fire til fem punkter: meningsfullhet (punkt 1,4,7 og 12), begripelighet (punkt 2,6,8,9 og 11) og håndterbarhet (punkt 3,5,10 og 13) (13).

Skjemaet for global livskvalitet (QOLS-N) har 16 spørsmål om livsområder som materielle goder, helse, arbeid, uavhengighet (14). Her kan man kan svare fra 7 (svært fornøyd) til 1 (svært misfornøyd). Jo høyere skårverdier, jo bedre opplevd livskvalitet.

For å kunne undersøke forskjellene mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppene ble det benyttet deskriptive statistiske analyser med SPSS-versjon 21. Signifikansverdien er satt til $p = 0,05$ (25).

Forskningsetiske forhold ble ivarettet gjennom hele prosjektet. Prosjektet er godkjent hos NSD og REK. Deltakerne fikk informasjon både muntlig og skriftlig om at deltakelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Alle dataene ble behandlet anonymt.

RESULTAT OG DISKUSJON. Jo sterkere OAS man har, jo bedre vil livskvaliteten generelt være (26). I denne studien valgte vi å se på opplevelse av sammenheng (OAS) og den helserelaterte livskvaliteten (QOLS) til pårørende til kreftpasienter. Når mennesker kommer i utfordrende livssituasjoner viser det seg at OAS ikke er stabil. Spesielt vil de som i utgangspunktet har lav OAS få en nedgang i OAS i slike situasjoner (27). Det var derfor interessant å undersøke om et kurs for pårørende til kreftpasienter som lever i krevende livssituasjoner, hadde innvirkning på deres OAS og dermed livskvalitet.

OAS-verdier i spørreskjemaet går

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

fra 13, som er den laveste verdien, til 91 som er den høyeste. Nilsson et al. (27) fant at OAS hos normalbefolkningen gikk fra 70,0 til 68,9 på to målinger med fem års mellomrom uten at alderen kan være forklaringen.

Hos våre pårørende var OAS betydelig lavere, i både kurs og sammenlikningsgruppen, enn hos normalbefolkningen. Det kan ha sammenheng med den stressende situasjonen de lever i. Det er derfor viktig at man tilstrebet å få stabilisert situasjonen deres og sette dem i stand til bedre å kunne håndtere sin situasjon, på egen hånd eller med hjelp av andre i nettverket sitt (håndterbarhet). Det handler om å øke de pårørendes egne mestringsressurser og i hvilken grad de får støtte, eller om det blir lagt til rette for at de skal kunne håndtere situasjonene de står i.

Det er også viktig at pårørende finner mening i den krevende situasjonen de står i (3). Å se mening i situasjonen kan bidra til at pårørende blir motivert til handling. Faktorene meningsfullhet gikk mer ned hos de pårørende som ikke hadde de kurs-tilbud enn hos de som deltok på kurs. Det å forstå den situasjonen man står i og sine egne reaksjoner, kan også være med på lette situasjonen (begripelighet). Begripelighet er den eneste av de tre komponentene i OAS som har økt, og bare hos dem som har deltatt på kurs. Ved å delta på kurs kan disse tre komponentene bli styrket, og pårørende kan hente frem og styrke sine mestringsressurser.

Vi ser at i vår undersøkelse holder OAS seg stabil hos dem som har deltatt på kurs, selv om det ikke er signifikante forskjeller. Samtidig har det hos sammenlikningsgruppen skjedd en nedgang i OAS, og de har også en stor nedgang på spørsmålet som handler om «følelsen av at daglige gjøremål har liten mening», selv om nedgangen ikke er signifikant.

Det er en sterk sammenheng mellom opplevd helse, særlig mental helse, og OAS. Jo sterkere OAS er, desto bedre er opplevelsen av helse (26). Det er også en sterk sammenheng mellom lite sosial støtte, emosjonell støtte, dårlig subjektiv

helse og lav OAS (28). De pårørendes som gikk på kurs fikk støtte gjennom kurset. De ble også oppmuntret til å delta i sosiale aktiviteter og ta imot hjelp fra venner og familie. De ble gjort bevisste på å bruke mestringsstrategier som kan ha medført at de taklet sin tilværelse bedre. Dette kan også være en årsak til at de har stabilisert sin OAS.

«Når mennesker kommer i utfordrende livssituasjoner viser det seg at opplevelse av sammenheng (OAS) ikke er stabil.»

QOLS-verdier i spørreskjemaet går fra en totalskår på 16 som den laveste verdien man kan ha, til 112 som er den høyeste (14).

Undersøkelsen viser lavere QOLS hos våre pårørende både i kurs- og sammenlikningsgruppen enn hos normalbefolkningen, som hos Burckhardt og Andersen (29) var på 90. Hos pårørendegruppen som deltok på kurs, viste QOLS en svak økning etter kurset, men den er ikke signifikant. Samtidig målte vi en svak nedgang på QOLS hos de pårørendes som ikke hadde noe kurstilbud. Denne nedgangen er heller ikke signifikant.

De områdene hvor vi ser signifikant økning hos kursdeltakerne, er på spørsmålet om «egenforståelse: Å kjenne sine sterke sider og begrensninger – vite hva livet dreier seg om» og spørsmålet om «uavhengighet: Å gjøre noe på egenhånd». På spørsmålet om «å hjelpe og oppmuntre andre, delta i frivillig engasjement» er det også en økning, men den er ikke signifikant. Øknin-gen kan ha en sammenheng med at vi arbeidet spesielt med dette på kurset. De pårørende diskuterte,

støttet og utfordret hverandre til å bli bedre på disse områdene.

Vi ser også at OAS virker signifikant inn på QOLS. Det er derfor viktig å ha en stabil eller høy OAS for å oppleve at man har god livskvalitet. Kurskonseptet handlet om mestring og styrking av de tre ulike komponentene i OAS, og dermed også de pårørendes mestringsressurser i vid forstand.

KONKLUSJON. Man kan stille seg spørsmålet om det er mulig å lære seg å håndtere krevende pårørendesituasjoner gjennom et pårørende-kurs. Ut fra de dataene vi har kan man ikke trekke noen sikker konklusjon, til det er datagrunnlaget for lite. Det ser imidlertid ut til at de som har deltatt på kurs har en mer stabil OAS og at deres skåre for komponenten «begripelighet for situasjonen» er høyere enn før kurset. Samtidig ser vi at OAS-verdiene til alle pårørende som deltok i vår studie, ligger betydelig under normalpopulasjonens. Dette viser at de er en risikogruppe. De trenger oppfølging og støtte for å kunne stå i de krevende situasjonene over tid og samtidig bevare sin helse.

Vi ser ellers at de som har deltatt på kurs har en signifikant økning på noen områder av QOLS. Områdene har med «egenforståelse» og «uavhengighet» å gjøre, og disse temaene blir omtalt i kurspakken. Det kan derfor se ut som om det har vært nyttig for dem at disse temaene ble tatt opp på kurset.

Pårørende er styrket i lov om pasient- og brukerrettigheter (30). Medvirkning og selvbestemmelse blir fremhevet i loven, og for å følge opp pårørendes rettigheter og behov kan et kurstilbud være svært nyttig. Dersom man gjennom et pårørendekurs kan styrke eller stabilisere pårørendes OAS, og dermed deres livskvalitet, vil det være et viktige helsefremmende tiltak for den gruppen. ●

(En fylldigere versjon av resultatkapittelet er publisert i den digitale utgaven av tidsskriftet, på sykepleien.no.)

REFERANSER:

1. Grov E, Fosså S, Sørebo Ø, Dahl A. Prim caregivers of cancer in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine* 2006; 63(9):2429-2439.
2. Schmid-Büchi S, van den Borne B, Dassen T, Halfens RJG. Understanding the needs and experiences of families. Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 20:1115-1124.
3. Blindheim K, Thorsnes SL, Brataas HV, Dahl BM. The role of next of kin of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22:681-689.
4. Munck B, Fridlund B, Mårtensson J. Next-of-kin caregiver in palliative home care – from control to loss of control. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 64(6): 578-586.
5. Harding R, List S, Epiphaniou E, Jones H. How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine* 2011; 26(1):7-22.
6. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, Cockayne M. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine* 2008; 22: 770-80.
7. Thorsnes SL, Blindheim K, Brataas HV. Challenges in the situation and experiences from a next of kin course. *European Journal of Oncology nursing* 2014; 18: 578-584.
8. Enesby T, Dyregrov K, Landmark B. Å treffe andre som virkelig forstår. *Sykepleien forskning* 2008; 3(8): 118-127.
9. Rindal GI, Dulin R. Støttegrupper for krefttrammede og deres partnere / pårørende i Midt – Norge – deltakernes evaluering av nytteverdien av støttegrupper. Rapport: Den Norske Kreftforening 2003.
10. St.meld.nr 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2008.
11. Brataas H. Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentret sykepleie på ulike arenaer. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, 2011.
12. Erikson M. Unravelling the mystery of salutogenesis. Åbo Akademis Tryckeri: Åbo, 2007 2nd edition.
13. Antonovsky A. Helsen mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2012.
14. Wahl AK, Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
15. Rønning AB, Böhler A, Marjala K. Kreftforeningens kreftfaglige mestringstilbud – et utviklingsprosjekt i 2009. Rapport fra arbeidsgruppen, våren 2009.
16. Rønning AB, Marjala K, Böhler A. Kreftforeningens kursperm: Livslyst – når det røyner på. Kreftforeningen 2008.
17. Beck JS. Kognitiv terapi – teori, utdøvelse og refleksjon. København: Akademisk forlag, 2009.
18. Kroese A. Oppnå mer eller mindre stress – en håndbok i oppmerksomhetstrening (OT). Oslo: Hegnar Media as, 2005.
19. deVibe M, Karem R. Nå – tilstedeværelse i hverdagen. www.yogaundervisning.no 2007.
20. Snekkvik H, Anke AG, Stanghelle JK, Fugl-Meyer AR. Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clin Rehabil* 2003; 17(4):443-53.
21. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health* 2005; 59: 460-466.
22. Grov EK, Dahl AA, Fosså SD, Wahl AK, Moum T. Global quality of life in primary caregivers of patient with cancer in palliative phase staying at home. *Support Care Cancer* 2006; 14:943-951.
23. Wahl AK, Rustøen T, Hanestad BR, Lerdal A, Moum T. Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research* 2004; 13:1001-1009.
24. Wahl A, Burckhardt C, Wiklund I, Hanestad BR. The Norwegian Version of the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1998; 12:215-222.
25. Polit DE, Beck CT. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott: Williams & Wilkins, 2012 9nd edition.
26. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health* 2007; 61:938-944.
27. Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, Westman G. Sense of coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31: 297-304.
28. Nilsson B, Holmgren L, Westman G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden – Gender and psychosocial difference. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000; 18: 14-20.
29. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1(60).
30. Lov om pasient og brukerrettigheter (1999). Lovdata.no



SIMULERING DEMPER URO OG GIR MINDRE TVANGSBRUK

Psykisk helsevern. Personalet på en psykiatrisk døgnavdeling opplever simulering som en nyttig øvelse.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56183



Erling Moldal,
spesialrådgiver,
psykiatrisk
klinikk Lovisen-
berg Diakonale
Sykehus

Denne artikkelen viser hvordan medisinsk simulering kan brukes til å bedre kommunikasjon og samhandling mellom ansatte ved en psykiatrisk døgnavdeling i uro-/utageringssituasjoner. Vi vil også vise hvordan treningsformen gjør at man reflekterer over handlingsalternativer for å redusere bruk av tvang.

Medisinsk simulering har i flere år vært brukt i somatiske avdelinger for å sette personalet bedre stand til å håndtere kriser og komplekse hendelser. Boet m.fl. (1) viser at treningsformen påvirker klinisk praksis positivt.

Medisinsk simulering har inntil nylig i hovedsak blitt brukt innenfor somatiske helsetjenester. Sykepleien har tidligere publisert artikler om medisinsk simulering ved blant annet intensivavdelinger (2). I 2013 arrangerte SIM-senteret ved Oslo universitetssykehus det første instruktørkursset spesielt beregnet på ansatte innen i psykisk helsevern.

BEDRET PASIENTSIKKERHET. Simuleringstrening gir deltakerne mulighet til å øve på ferdigheter som bidrar til å øke pasientsikkerheten. Opprinnelig ble simuleringstrening brukt i flybransjen. Her hadde man sett at et stort antall uønskete hendelser skyldtes

dårlig kommunikasjon og manglende prioritering av oppgaver i krisesituasjoner. Metoden ble senere adoptert av medisinske avdelinger.

Gaba m.fl. (3) har beskrevet 15 nøkkelpunkter for å utnytte ressursene i teamet best mulig for å forebygge og håndtere en krise: Crisis Resource Management (CRM). Målet med CRM er å utnytte tilgjengelige ressurser best mulig for å få optimal pasientsikkerhet og -behandling. Hensikten er, i tillegg til å bli bedre til å håndtere akutte kriser, å forebygge kritiske situasjoner (3).

Psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus består av sju lukkede sengeposter. Antall innleggelser årlig er cirka 1000, og en stor andel av pasientene behandles for psykose-lidelser, ofte i kombinasjon med rusbruk. Pasientens symptomer varierer, men bærer i noen tilfeller preg av paranoide vrangforestillinger. Dette kan føre til mistenksomhet og aggresjon rettet mot personalet. En del av pasientene mottar dessuten behandling mot sin vilje, noe som innebærer innskrenkning av personlig frihet. Det kreves gode kommunikasjonsferdigheter og evne til samhandling for å kunne ivareta pasienten best mulig ved denne type behandling.

HAR ARBEIDET SYSTEMATISK.

Psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har arbeidet systematisk på flere områder for å forebygge og håndtere aggressiv atferd ved avdelingen. Det arrangeres regelmessige samhandlingskurs og trening for å bedre kommunikasjon og samarbeid blant personalet. Man bruker standardiserte skjemaer for å kartlegge voldsrisiko (V-Risk-10/HCR-20) og iverksette aggresjonsforebyggende tiltak.

I tillegg har man startet et prosjekt for rutinemessig å snakke med pasientene om mulig voldsrisiko (4). Da Helse Sør-Øst startet opp med utdanning av instruktører i medisinsk simulering våren 2013, så klinikken dette som et nyttig supplement til det eksisterende kurstilbudet. Avdelingen har nå utdannet seks instruktører som rullerer på å ha ansvar for klinisk simulering i klinikken.

HVA ER MEDISINSK SIMULERING?

Den medisinske simuleringen ledes av en utdannet instruktør. Instruktøren har forberedt et scenario som skal ligge så nært en reell situasjon i klinikken som mulig. Det kan for eksempel være behandling av en pasient med paranoide vrangforestillinger og problemer med aggresjon.

I en del tilfeller kan det være

Fakta ●●●●

Hovedbudskap:

Psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har de siste to årene tatt i bruk medisinsk simulering for å øve ferdigheter ved håndtering av uro- og utageringssituasjoner. Vi har erfart at metoden er et nyttig supplement til tradisjonell samhandlingstrening.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Simulering
- Psykisk helsevern
- Kommunikasjon
- Samhandling



Scenario: I simuleringssenteret kan ansatte i psykisk helsevern trene på scenarier basert på ting som kan skje i hverdagen. Dette er fra Sannerud sykehus, fra en tidligere artikkel på sykepleien.no. Foto: Hanna Aanerud

aktuelt at deltakerne får tilsendt relevant fagstoff for å forberede seg, såkalt pre-briefing. Simuleringstreningen foregår i et lokale som er tilrettelagt for å likne mest mulig på en sykehuspost. Ved psykiatrisk klinikk bruker man et stort møterom som kurs-lokale. Rommet deles av med mobile skillevegger og møbleres med senger, stoler og så videre. Man har dessuten en eller to markører som spiller rollen som pasient. Markøren(e) har på forhånd fått instruksjoner om hvordan de skal agere i situasjonen og hvordan de skal reagere på ulike intervensjoner fra personalet.

Antall deltakere varierer fra fire til åtte. Instruktøren påpeker at deltakerne ikke deltar i et rollespill, men at de i størst mulig grad skal være seg selv som fagperson på egen arbeidsplass.

Deltakerne på simuleringene kommer som oftest fra flere sengeposter, og dette gjenspeiler virkeligheten når personale fra flere poster skal hjelpe hverandre i tilspissete situasjoner.

Selve treningen består av tre faser:

1) Briefing: Personalet som er til stede på treningen får en innføring i dagens tema samt prinsippene for medisinsk simulering. Deltakerne orienteres om dagens læringsmål og rammene for treningen, for eksempel tilgjengelig tid.

2) Gjennomføring: Scenarioet gjennomføres ved at markøren(e) spiller rollen de har fått gjennomført og personalet håndterer situasjonen i fellesskap på best mulig måte. Instruktøren er i denne fasen observatør og spesielt oppmerksom på ferdigheter som

«Vi har ikke nok erfaring med medisinsk simulering til å vite hvordan det har påvirket klinisk praksis.»

kommunikasjon mellom personal og pasient, kommunikasjon mellom personalet, prioritering av oppgaver, oppgavedeling og ledelse. I noen tilfeller vil gjennomføringen filmes slik at man i fase tre kan se nærmere på enkelte sekvenser i forløpet.

3) Debriefing: I denne fasen skal

deltakerne først beskrive så objektivt så mulig hva som skjedde i scenarioet, uten å vurdere hva som var bra eller mindre bra. Hensikten er å skaffe en felles forståelse av hendelsesforløpet. Neste trinn er å analysere gjennomføringen av scenarioet: Hva var den enkeltes rolle og oppgaver? Hva gikk bra? Hva ville man gjort annerledes i en tilsvarende situasjon? Hva var det kritiske punktet (vendepunktet) i scenarioet? Hvilke valg tok man, og hva var handlingsalternativene? Siste trinn er å diskutere overføringsverdien til arbeidet i klinikken. Hva har man erfart i dagens simulering som kan anvendes i en reell situasjon? Debriefingen ansees å være den viktigste i simuleringstreningen. Ved refleksjon i teamet kan man rette oppmerksomheten





mot hvordan personalet kan forbedre praksis for bedre å ivareta den enkelte pasient.

BRUK OG ERFARING. Psykiatrisk klinikk er lokalisert på tre steder sentralt i Oslo. Denne erfaringsoppsummeringen baserer seg på simuleringstreninger ved et av stedene som består av tre psykiatriske intensivposter.

I tillegg til regelmessige dagskurs i sikkerhet og samhandling, avviker avdelingen ukentlig treninger for å vedlikeholde personalets kompetanse i å håndtere uro og utagering. Foruten handlingskompetanse i «skarpe» situasjoner, legges det stor vekt på å forebygge uro. Sentrale temaer er kommunikasjon og tidlig intervensjon for å dempe situasjoner.

Man veksler mellom å la den ukentlige treningen bestå av ordinær samhandlingstrening og medisinsk simulering. Erfaringene man deler her, er tilbakemeldinger fra 22 deltakere som deltok på fire simuleringstreninger vinteren 2014/15. Det er benyttet et spørreskjema som fylles ut anonymt.

Deltakerne som fylte ut skje-maet, jobber nesten utelukkende i sykepleietjenesten, og det er god spredning mellom «nyansatte» og mer erfarne medarbeidere. Nesten halvparten av deltakerne hadde deltatt i simuleringstreninger tidligere, i gjennomsnitt på 2,67 ganger. 18 av 22 respondenter svarte at de i stor eller svært stor grad kjenner til hensikten med medisinsk simulering. Samtlige svarte at de i stor eller svært stor grad mener medisinsk simulering er nyttig for eget arbeid.

Tretten av respondentene svarte at det bare i noen grad var satt av nok tid til simuleringstreningene, og da respondentene ble bedt om å foreslå forbedringer av simuleringstreningene hadde tre deltakere foreslått «mer tid» og «mer tid til debriefing». Halvparten av deltakerne mente at lokalene i stor eller svært stor grad er egnet til denne type trening, mens

resten mente lokalene i liten eller noen grad var egnet.

OPPLEVES SOM NYTTIG. Vi har ikke nok erfaring med medisinsk simulering til å vite hvordan det har påvirket klinisk praksis. Imidlertid tyder både de skriftlige og muntlige tilbakemeldingene fra deltakerne på at deltakerne opplever treningene som nyttige for

«Deltakerne opplever treningene som nyttige for eget arbeid.»

eget arbeid. En utfordring ser ut til å være å tilpasse scenarioene slik at det blir mer tid til refleksjon, eventuelt øke tiden som brukes til trening. Psykiatrisk klinikk har så langt brukt simulering for å trene på å håndtere uro og utagering, men klinikken ser for seg å utvide bruksområdet for å øke de kliniske ferdighetene også på andre områder. ●

REFERANSER:

1. Boet S, Bould MD, Fung L, Qosa H, Perrier L, Tavares W, Reeves S, Tricco AC. Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: a systematic review. *Canadian Journal of anaesthesia* 2014; 6: 571-582.
2. Karlsten T, Ballangrud R, Haugom VT, Mæhlum EH, Mæhlum K. Trener på virkeligheten. *Sykepleien* 2009; 15: 31-34.
3. Rall M, Dieckmann P. Crisis resource management to improve patient safety. Vienna: Euroanesthesia, 2005.
4. Veland M, Jacob A. Jobber på mindre tvang. *Sykepleien* 2014; 09: 50-51.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Trasoppklinikken

Trasoppklinikken er en stiftelse som inngår i tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor Helse Sør-Øst RHF. Målgruppen er alkohol- og medikamentavhengige/ blandingmisbrukere og deres familier/pårørende. Klinikken består av poliklinikk med vurderingskompetanse, dagbehandling for ruspasienter og familiemedlemmer, døgneklinikk med 35 plasser hvorav 6 plasser til elektiv avgiftning

TRASOPPKLINIKKEN SØKER AVDELINGSLEDER TIL POLIKLINIKKEN - NY UTLYSNING

Har du lyst til å jobbe som leder, men ikke miste kontakten med pasientene? Da kan det hende at Trasoppklinikken har lederjobben for deg.

Som avdelingsleder for poliklinikken vil du ha personalansvar for en tverrfaglig sammensatt personalgruppe på 10 behandlere. Behandlergruppen består av leger, psykologer, sykepleiere og sosionomer, de fleste med spesialisering eller videreutdanning relevant for rusfeltet. Du vil ha delansvar for måloppnåelse og rapportering jf. produksjonsavtale med Helse Sør-Øst, og samarbeide med faglig nestleder om det faglige ansvaret for poliklinisk drift. I tillegg vil du beholde kontakten med pasientgruppen ved at du har en mindre andel pasientkontakt individuelt, og som leder av terapeutiske grupper. Som avdelingsleder inngår du i klinikkens ledergruppe, og fag- og kvalitetsteam.

Du må ha minimum 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning eventuelt psykolog/lege. Erfaring fra Tverrfaglig spesialisert behandling er en fordel (TSB). Erfaring og/eller videreutdanning innen ledelse vektlegges. Du må trives med å jobbe både selvstendig og i team. Personlig egnethet er en forutsetning. Du må kunne snakke og skrive godt norsk.

Tiltredelse: snarest

Vi har også ledig svangerskapsvikariat på Dagbehandling-rus – 100 % stilling med oppstart 1. mai 2016.
For nærmere informasjon se www.trasoppklinikken.no

Vi kan tilby

- En engasjerende arbeidsplass
- Ledelse av tverrfaglig personalgruppe
- Mulighet for videre-/etterutdanning og faglig oppdatering
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter avtale

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til faglig nestleder Henning Meling eller klinikkssjef Kari Nådland på tlf. 23 34 82 00

Søknad sendes: Trasoppklinikken, Trasopptherassen 25, 0672 Oslo.

Søknadsfrist for begge stillingene: 22. februar 2016



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:



Vurdering av smerte hos voksne respiratorpasienter

Bakgrunn: Pasienter som behandles med invasiv respiratorbehandling blir sedert og smertelindret for å tolerere behandlingen. Tidligere forskning viser at pasientene rutinemessig utsettes for ubehagelige og smertefulle prosedyrer. Det er intensivsykepleierens oppgave å vurdere pasientens smerter.

Hensikt: Undersøke hvordan intensivsykepleiere beskriver vurdering av smerte hos voksne pasienter som mottar respiratorbehandling.

Metode: Studiens design er kvalitativ deskriptiv med fokusgruppeintervjuer. Intensivsykepleiere ble intervjuet i tre fokusgrupper, data er analysert ved induktiv innholdsanalyse.

Hovedresultat: Tematiseringen viser at smertevurdering av respiratorpasienter er utfordrende og komplekst. Analysen resulterte i tre hovedkategorier: Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap i smertevurdering, fokus på smertevurdering i daglig yrkesutøvelse, og kvalitetssikring av smertevurdering.

Konklusjon: Vurdering av smerte hos voksne sederte pasienter som mottar respiratorbehandling bygger på intensivsykepleierens teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap. Studien viser imidlertid at graden av oppdatering på forskningsbasert kunnskap er varierende. Intensivsykepleierens holdninger, oppmerksomhet og prioriteringer i en travel hverdag kan påvirke bruken av klinisk kompetanse og dømmekraft. Økt bevisstgjøring på smertevurdering og det moralske ansvaret på avdelingsnivå kan bidra til å utvikle den klinisk kompetansen i intensivsykepleien.

Forfattere:

Tone Kristine
Amundgaard og
Ingrid Landgraff Østlie



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Bruk av varmepute som smertelindring etter gynekologiske operasjoner

Bakgrunn: Mange sykehusavdelinger, spesielt gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger, bruker varmekpakninger for å lindre milde til moderate smerter.

Hensikt: Sammenlikne bruk av varme puter på magen med ikke oppvarmede puter etter gynekologiske operasjoner. Hovedmålet var å undersøke om varmeputer har smertelindrende effekt. Det primære endepunktet var kumulert bruk av fentanyl ved postoperativ seksjon. Sekundære mål var pasientens smerteopplevelse i ro, pasientens tilfredshet med smertebehandlingen, opplevelse av puten og bivirkninger.

Metode: Prospektiv randomisert kontrollert og dobbel blindet studie. Pasientene ble randomisert i to grupper. Den ene gruppen fikk varm pute, og den andre gruppen fikk pute som ikke var oppvarmet.

Resultat: 94 av 100 inkluderte pasienter fullførte studien. Kumulert fentanylforbruk var lavere i varmeputegruppen. Når det gjelder postoperativ smerte, var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Av de 94 pasienter var 80 svært fornøyd med smertebehandlingen. Alle de 47 pasientene som fikk varm pute, syntes den var behagelig, mens bare 25 av de 47 pasientene som fikk vanlig pute, syntes at den var behagelig ($p < 0,001$). Varm pute var ikke forbundet med bivirkninger som kvalme eller brannskader.

Konklusjon: Varmepute reduserte behov for smertestillende medisiner etter gynekologiske operasjoner og opplevdes som behagelig.

Forfattere:

Kari Jansson,
Anne Kath Knudsen
og Ulrich Spreng



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Anette Winger

ME-syke lever på siden av livet

● Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

Doktorgrad. – Vi forventet at livskvaliteten blant ungdommene ville være lav, men ikke så lav.

Anette Winger jobbet som kontaktsykepleier for barn og ungdom med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encephalomyopati (CFS/ME) da det ble utlyst et doktorgradsstipendiat på smerte og livskvalitet hos barn ved Høgskolen i Oslo.

Hun har gjennomført en kartleggingsstudie med 120 ungdommer i alderen 12–18 år med diagnosen CFS/ME om deres smerte og helserelatert livskvalitet. Hun har også gjennomført 17 intervjuer av disse ungdommene om deres opplevelser av å leve med sykdommen.

– Det er et høyt antall når vi tenker på at det er vel 600 ungdommer under 18 år som har diagnosen.

HVA CFS/ME ER. Hovedsymptomet hos personer som får diagnosen, er en følelse av utmattethet som ikke lar seg hvile bort.

– Tilleggsymptomer er svekket hukommelse, nedsatt konsentrasjonsevne, sår hals, muskel- og leddsmarter, hodepine og søvnforstyrrelser, sier Winger.

– *Hvordan vet man at ungdommene ikke bare er deprimerede?*

– Studier viser at dersom de deltar i aktiviteter, så blir de uforholdsmessig utmattet. Ved

depresjoner har aktiviteter stort sett positiv effekt, forklarer Winger.

Selv etter lette anstrengelser blir pasienter med CFS/ME uforholdsmessig slitne og utmattet.

Så langt er det ikke enighet om hva som er årsakene til lidelsen, men både infeksjoner og psykiske belastninger kan være utløsende faktorer. Hvorfor sykdommen opprettholdes og varer så lenge vet man ikke.

HAVNER UTENFOR. – *Hva fant du i din studie?*

– Ungdommene hadde mye smerter. Jeg fant også at de hadde lavere smerteterskel enn friske ungdommer. Da jeg gjennomførte intervjuene, forventet jeg at det var smertene de kom til å snakke mest om. Det stemte ikke, sier Winger.

Det ungdommene opplever som ekstra tøft, er at de ikke klarer å delta sosialt.

– Livet blir helt annerledes med sykdommen.

«Språket vi bruker stigmatiserer og gir sykdommer forskjellig status.»

De har gjerne vært aktive og flittige på skolen og skoleflinke før de ble syke. Å være borte fra skole, venner og fritidsaktiviteter gjør at de føler seg utenfor. De sier de lever «på siden av livet.»

Ungdommene går med mange tanker som de grubler over uten at de får luftet dem med andre.

– De føler de blir glemt eller ikke regnet med lenger av venner fordi de ikke lenger deltar i sosiale aktiviteter på skolen og etter skoletid, sier hun.

I tenårene skjer det mye.

– De gjennomgår hormonelle endringer, overgangen fra barn til voksen, de skal løsrive seg fra foreldre og utvikle egen selvstendighet og identitet. Det får store konsekvenser for ungdom som får en langvarig og komplisert sykdom som CFS/ME i disse årene, sier Winger.

Svært lav livskvalitet. – Vi forventet at livskvaliteten blant ungdommene ville være lav, men ikke så lav, selv når ungdommene sammenliknes med ungdommer som har andre langvarige sykdommer, sier hun.

Men alt er ikke helsvart. Det finnes lyspunkter.

– Ungdommene jeg har vært i kontakt med ser ikke for seg at de skal leve med sykdommen for alltid. De forventer at de skal bli friske. De har både håp og drømmer om utdanning og jobb, sier Winger.

– *Hvordan skal de klare det?*

– Hvordan de skal bli friske, er et tema jeg ikke har snakket med dem om. Vi må bygge opp under de positive tankene de har om at de kommer til å bli friske, sier hun.

ME/CFS er for mange vanskelig å forstå.

– Det at vi ikke finner sykdommen gjennom objektive tester, gjør at mange ungdommer føler de ikke blir trodd når de sier de er syke. Omgivelsene kan mistenke dem for bare å være late.

Et slikt sykdomshierarki fører til en ekstra belastning for ungdommene.

– Vi liker fakta og fasiter, og vi har vanskelig for å tro på det vi ikke kan se eller bevise, sier hun.

SPRÅK OG HIERARKI. En annen ting Winger er opptatt av er måten helsevesenet deler inn kroppen i fysiske og psykiske sykdommer.

– Språket vi bruker stigmatiserer og gir



ME: – Vi liker fakta og fasiter, og vi har vanskelig for å tro på det vi ikke kan se eller bevise, sier Anette Wenger.

sykdommer forskjellig status. Jeg savner et felles språk slik at vi unngår det. Selv om det er konsensus om at vi ikke skal forskjellsbehandle psykisk og fysisk sykdom, ser vi at når det kommer til praksis, er det bedre å ha en fysisk lidelse. Psykiske lidelser ligger lavere på sykdomshierarki-stigen, sier hun.

– **HØR HVA DE SIER.** Winger har gjort en kartleggingsundersøkelse, så det er ikke så lett å komme med klare råd og tips til helsepersonell som kan hjelpe disse ungdommene. Men noen råd har hun:

– Vi må legge egne fordommer til side og lytte til hva de forteller. Det de sier er reelt for dem, uansett hva vi som helsepersonell måtte tenke og mene. Det er det aller viktigste, sier Winger.

Hun mener det er viktig at ungdommen får synliggjort hvor ille de faktisk har det.

«For mange av disse ungdommene er helsesøster gull verdt.»

– Det gir helsepersonell viktig innsikt som vi kan bruke når vi møter dem og skal prøve å hjelpe, sier Winger.

HELSESØSTER GULL VERDT. Helsesøstre i skolehelsetjenesten har en viktig rolle.

– For mange av disse ungdommene er helsesøster gull verdt. Tilstedeværelse av helsesøstre i skolehelsetjenesten er et viktig lavterskeltilbud for barn og unge. Terskelen for å ta kontakt er lav.

Winger tror at dersom helsesøstre kan nøste opp i hva som skjuler seg bak smerter og symptomer på et tidlig tidspunkt, kan det være til god hjelp.

– Det ville vært interessant å få gjort en intervjuundersøkelse på det, sier hun.

Det er gjort forholdsvis lite forskning på ungdom med CFS/ME til nå, men flere prosjekter er på gang.

– *Er funnene dine kontroversielle, eller i strid med annen forskning?*

– Dette er den første kartleggingsundersøkelsen av ungdom med CFS/ME som er gjennomført i Norge. Sånn sett er det lite kontroversielt. Det er fint at det kommer mer forskning på området, og at folk leser den. Slik det er nå, er det for mye «synsing», sier Winger. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



LUNGESYKE TRENGER PLANLAGTE STELL

Blir ofte et strev. Sykepleier bør ta seg god tid til stell og la pasienten få pauser for å unngå anfall av tungpustethet.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56193



Trine Oksholm,
sykepleier og
PhD student,
Haraldsplass
diakonale høy-
skole og Lunge-
avdelingen,
Rikshospitalet,
OUS

Pasienter med alvorlig lungesykdom er ofte tungpustet både under aktivitet og hvile (1). De opplever det å bli tungpustet som svært slitsomt og planlegger ofte dagen slik at de unngår dette (2). Resultatet er at de utsetter aktiviteter som kroppsspleie, hårvask og dusj, selv om de egentlig kunne tenke seg dette, fordi de føler at de ikke orker (3).

Lungesyke pasienter trenger mye hjelp for å utføre daglige rutiner som kroppsvask. Å skulle hjelpe lungesyke pasienter med stell kan være en utfordring for sykepleiere. På den ene siden ønsker sykepleier at pasienten skal få den hjelpen han har behov for. På den andre side vil man gjerne at han skal gjøre det han klarer selv, for å stimulere ham til aktivitet.

Vi er to sykepleiere med lang erfaring som har arbeidet mye med lungesyke pasienter. Vi har møtt flere pasienter som forteller om dårlige opplevelser med å få hjelp til stell. En pasient valgte heller å bruke to timer på å stelle seg selv fremfor å få hjelp. Begrunnelsen var at sykepleierne alltid hadde det så travelt, noe som førte til anfall med tungpustethet som ødela hele dagen hennes. Pasienten var underernært og i dårlig form og burde kanskje heller brukt kreftene på å spise og trene og ikke på å stelle seg i timevis.

HAR DET TRAVELT. Et argument sykepleieren ofte bruker for å forsvare måten de utfører stellet på er at de har det travelt. Imidlertid har vi erfart at dårlig planlagte stell, der pasienten gjerne får flere anfall med tungpustethet, ofte tar mye lengre tid enn godt planlagte stell.

En måte å måle pasientens subjektive opplevelse av tungpustethet på er å bruke Borg CR10-skala. Den er konstruert for å måle en persons subjektive opplevelse av noe, for eksempel dyspne (4). Det er en skala fra 1–10, hvor 1 er ingen tungpustethet og 10 er ekstremt tung pust. Denne brukes underveis i stellet for å måle pasientens tungpustethet.

HVA SOM SKJER VED STELL. Forskning om hvordan pasienter opplever å leve med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) viser at hverdagen ofte er preget av pusteproblemer, angst, utmatting og isolasjon (5–7), særlig i siste del av livet (8,9).

Om selve stellet finnes det få studier. Vi har bare funnet tre artikler fra en dansk studie utført av Kirsten Lomborg på temaet (3,10,11). I studien observerte hun stell av tolv pasienter med diagnosen kols innlagt på sykehus. Etterpå hadde hun intervju med sykepleier om hva som hadde skjedd i stellet. To timer etter stellet gjorde

hun intervju med pasienten. I intervjuet ble de spurt om egen erfaring med å leve med kols, erfaring med å motta pleie og omsorg fra helsepersonell og stellesituasjonen som var observert. Til slutt ble det utført et dybdeintervju med de fire sykepleierne som deltok i studien, der man vektla deres forståelse av pleie og omsorg og om kolspasienter generelt.

Funnene fra studien stemmer mye overens med det vi selv har erfart ved stell av alvorlig lungesyke. I denne artikkelen blir først resultatene fra studien presentert. Deretter blir de drøftet ut fra praktisk erfaring og relevant litteratur. Hensikten med denne artikkelen er å gi ideer til hvordan stellet kan gjøres på en god måte.

PASIENTENS OPPLEVELSE. Pasientene i Lomborgs studie (3,10,11) syntes det var svært viktig å få stelt seg jevnlig, men ønsket at det ble gjort på en måte som bevarte deres integritet. De var redde for å bli tungpustet under stellet fordi de tidligere hadde hatt skremmende opplevelser av å miste kontrollen. Enkelte pasienter observerte oksygenslangen kontinuerlig. Pasienten satte pris på forutsigbarhet under stellet, for eksempel ved at sykepleier ga beskjed om hva som skulle skje i god tid.

Pasientene var bekymret for sin

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Det er viktig at sykepleier fokuserer på pasientens opplevelse av tung pust når de hjelper alvorlig lungesyke pasienter i stellsituasjoner. Sykepleierne må forsikre pasienten om at de forstår deres behov for å få hjelp underveis i stellet. En felles forståelse av pasientens tilstand vil gjøre stellet lettere for både pasient og sykepleier. Det er viktig å unngå unødvendige elementer, som pasientundervisning og mobilisering, underveis i stellet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Lungesykdom
- Kronisk sykdom
- Undervisning
- Mestring



Samarbeid: At sykepleier snakker om noe annet enn det som gjelder stellet, kan oppleves forvirrende for pasienten. Illustrasjonsfoto: Colourbox

«skjulte sykdom» og redde for at sykepleieren undervurderte alvorlighetsgraden av sykdommen. De bekymret seg for om de var en «god pasient», noe som gjorde at de legitimerte sitt behov for hjelp ved stadig å demonstrere hvor tungpustet de var. Ønsket om å være en «god pasient» kolliderte med ønsket om å spare på kreftene. Det første ble prioritert og pasientene tok derfor ikke pauser i stellet eller brukte den tiden de trengte. Ingen sykepleiere spurte pasienten direkte om deres opplevelse av tung pust. Pasienten opplevde sykepleierne

som travle og mente at travelheten hindret en felles beslutning.

Pasientene i studien foretrakk egentlig å dusje, men ønsket stell i seng under innleggelsen fordi det var mindre anstrengende. Stellet ble oppfattet både positivt og negativt. Det var positivt å bli berørt, massert og å være sammen med sykepleieren. Det negative var at det var slitsomt, ubehagelig, at de ble tungpustet og at de følte seg sårbare fordi de ikke klarte å stelle seg selv.

Pasienten satte pris på at sykepleieren var serviceinnstilt og gjorde enkle ting som litt massasje,

«Pasientene følte ofte at de måtte mase om hjelp.»

ristet puten eller dekket til pasienten slik at de ikke ble kalde. Dette ble satt pris på både av praktiske årsaker og som et bevis på sykepleierens omsorg. Når sykepleieren tilbød hjelp, så viste de at de så på pasientene som verdifulle mennesker, men pasientene følte ofte at de måtte mase om hjelp.

SYKEPLEIERS UTFORDRING.

Lomborgs studie (3,10,11) viser at når sykepleier skal hjelpe en pasient med kroppspleie, avhenger pasientens opplevelse mye av sykepleierens mellommenneskelige kompetanse og kommunikasjons-evne. Selv om sykepleierne mente at pasientens kroppspleie var viktig, hadde de problemer med å prioritere dette på en travel avdeling. Studien viste at kun i ett av de tolv stellene hadde sykepleieren hatt ansvaret for pasienten dagen før. Dette vanskeliggjorde stellet.





Hvordan stellet påvirket pasientens dyspné varierte. Noen fikk økt dyspné på grunn av aktivitet eller stress. Andre merket reduksjon av dyspné, blant annet når sykepleier var rolig.

Sykepleierne hadde en tendens til å undervurdere hvor tungpustet pasienten var. Når sykepleier ble bedt om å vurdere hvor tungpustet pasienten var før og etter stellet, oppga hun eller han lavere verdi på BORG-skala enn pasienten i syv av tolv tilfeller. I de øvrige fem tilfellene var pasienten og sykepleierens vurdering den samme.

Da forsker observerte stellet av pasienten, viste det seg at det var to hovedmønstre av stell. I den ene typen stell var de ulike delene av stellet klart atskilt. I den andre typen stell ble også andre aktiviteter gjort parallelt. I dette tilfellet brukte sykepleier tiden under stellet til også å undervise, mobilisere og oppmuntre pasienten. Av og til stilte de pasienten spørsmål når de tydelig var opptatt med andre ting, som å pusse tenner. Noen pasienter svarte høflig, mens andre ignorerte spørsmålene. Forsker stilte spørsmål ved om det er riktig å blande så mange aktiviteter inn i stellet.

Sykepleierne satte ikke opp mål for stellet på forhånd, men ventet for å se hva som skjedde. Dette begrunnet de med at tidligere erfaring tilsa at tilstanden for pasienter med kols var uforutsigbar. Sykepleierne i studien uttrykte at selv om de visste hvordan et godt stell skulle gjennomføres, så fikk de av ulike grunner ikke alltid det til. Det ble ikke gjort noen felles evaluering etter noen av stellene.

PASIENT – SYKEPLEIE-INTERAKSJON. Studien viste at både pasient og sykepleier anstrengte seg for å gjennomføre stellet på en slik måte at pasientens behov ble møtt (3,10,11). Begge så verdien av et rolig, forutsigbart og effektivt stell og var opptatt av å bli enige om hva som skulle gjøres. Slik enighet forutsatte en felles forståelse av pasientens sykdomstilstand, klargjorte roller og felles mål for stellet. Selv om forsøk på å oppnå enighet ble

gjort, viste studien at pasient og sykepleier ofte hadde ulike forventninger og mål under stellet.

Ulikheten var opphav til tre hovedproblemer:

- Manglende forståelse for pasientens nåværende pleiebehov gjorde at sykepleieren ble nølende.
- Sykepleierens forsøk på å fremme pasientens egenaktivitet feilet, fordi målet med stellet ofte var uklart og at stellet hadde en rotete struktur.
- Uklare rolleforventninger vanskeliggjorde pasientens mestring av det å være avhengig av andres hjelp og av å være tungpustet.

SYKEPLEIER VILLE DISKUTERE.

I stellet var pasienten oppgaveorientert, mens sykepleier var opptatt av det psykososiale aspektet og fremming av pasientens egenomsorg på lang sikt. Et slikt framtidig initiativ fra sykepleier førte ofte til vanskeligheter. Under stellet tok sykepleier initiativ til en diskusjon om hvordan pasienten ville klare seg hjemme etter utskrivning. Etterpå vurderte sykepleier dette som en konstruktiv samtale med pasienten. Pasienten var derimot helt uforstående til hva sykepleieren mente med å ta opp et slikt spørsmål og husket ikke helt hva de hadde snakket om i ettertid.

PASIENTEN TOK IKKE INITIATIV.

Alle pasientene hadde en formening om hva de ville skulle skje under stellet, men tok initiativ kun i to av tolv tilfeller. Det vanlige mønstret var en passiv pasient og en dominerende sykepleier. Det virker som om sykepleieren var ukomfortabel med dette, og hun inviterte stadig pasienten til å være med og ta bestemmelser. Pasienten så på en aktiv rolle som slitsom og ubehagelig, og opplevde det som negativt og stadig måtte be om hjelp. De foretrakk at sykepleier overtok på eget initiativ, men opplevde at sykepleieren overså en rekke av deres behov. Dette førte til at pasienten stadig måtte be om hjelp.

Uklar ansvarsfordeling mellom pasient og sykepleier gjorde at det av og til oppsto en maktkamp. I

diskusjonene som oppsto virket det som om pasienten opplevde sykepleieren som stresset og lite villig til å hjelpe. Sykepleieren tolket pasientens innstilling som motvilje og oppfattet dem som ganske krevende.

TRENGTE PAUSER. Fordi pasienten var tungpustet var det viktig med pauser under stellet. Det var ofte uklart hvem som skulle ta initiativ til pausene, hvor lenge de skulle vare og hvem som skulle avslutte dem.

Mangelen på pauser kan ha flere årsaker: 1. En travel atmosfære i avdelingen gjorde det vanskelig. 2. Sosiale regler kunne få sykepleieren til å begrense dette fordi det ikke er vanlig å være til stede

uten å tilby hjelp. 3. Pasienten klarte ikke å vurdere sin egen dyspné og ga derfor ikke uttrykk for når han eller hun trengte pauser og hvor lenge. Pausene underveis i stellet ble ofte avbrutt av snakking, enten av pasient eller sykepleier. Dette gjorde at pasienten ikke fikk anledning til å «få igjen pusten».

TIL DISKUSJON. Hvordan gjennomføre et godt stell av lungesyke?

Lomborgs studie har gitt ny innsikt og forståelse av hvordan lungesyke pasienter opplever å bli stelt. Når pasienten er alvorlig syk, er deres evne til å vurdere og diskutere seg fram til hva som skal gjøres begrenset. Sykepleier er derfor ansvarlig for å finne ut hvor mye pasienten klarer og på hvilken måte de skal delta i stellet. En felles forståelse av pasientens tilstand vil gjøre stellet lettere for begge, mens manglende forståelse ofte fører til at sykepleier blir nølende. Hjelp til kroppspleie fører til nær fysisk kontakt mellom pasient og sykepleier, noe som kan være starten på et nært og omsorgsfullt pasient – sykepleier forhold.

Fordi tung pust er et svært sentralt problem for lungepasienter, må sykepleieren veie dette opp mot aktivitetene som må utføres. Stellet bør gjøres på en måte som

«Sykepleiere har en tendens til å undervurdere hvor tungpustet pasientene er.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

hjelper pasienten til å beholde sin integritet, samtidig som det fremmer egenaktivitet og velvære.

Flere studier påpeker at pasienter med alvorlig kols er i en sårbar situasjon der de er avhengig av andre. Hvordan de blir møtt og opplever hjelp vil derfor påvirke deres livskvalitet, mestringsevne og sosiale forhold (3,10–13). Å møte pasientens sårbarhet og avhengighet med omsorg krever at sykepleier er sarselig til stede i situasjonen og bruker faglig skjønn (14–16). Ofte trenger pasienter hjelp til deler av stellet, som for eksempel hårvask, selv om de klarer resten av stellet selv. Pasienten blir ofte veldig takknemlig for å få tilbud om hjelp til dette, slik at de slipper å be om det. En pasient beskrev det på følgende måte: «Jeg skulle ønske jeg ble tilbudt hjelp istedenfor at jeg må be om hjelp. For da fikk jeg tid istedenfor at jeg måtte ta av andres travle tid» (17).

Før oppstart bør man sette opp mål for stellet. Studier viser at pasienter med kols er eksperter på egen kropp relatert til sykdommen, og at de har utviklet egne mestringsstrategier for å regulere tung pust (18,19). Tidspunkt for stell er også viktig å bli enige om. Lungesyke er ofte mest tungpustet om morgenen og trenger ofte å hvile etter stellet (20). En stund etter frokost er ofte et bra tidspunkt. Da har pasienten spist mat, tatt morgenmedisiner og er ikke for sliten. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om behov for ekstra medisiner før stellet,

og ekstra oksygentilførsel under stellsituasjonen for å unngå fall i oksygenmetning.

God tid og ekspertise er viktig for at stellet skal bli bra (21). Slik ekspertise utvikler man ved å gjennomføre stell og snakke med pasienten om deres opplevelser. Et godt stell krever god timing med begrenset bruk av informasjon og instruksjoner. Pasientene opplever både travelhet og nøling som slitsomt og det bør derfor unngås. Det er viktig å lytte til kroppens rytme og tilpasse farten på stellet til den (17). Pasientens sengeleie har stor betydning for lungekapasiteten under stellet, ofte foretrekkes høyt toraksleie. Pasienten kan oppleve økt tungpustethet når de ligger på siden. Vår kliniske erfaring er at mange pasienter foretrekker å stille seg på sengekanten fremfor å bli snudd fra side til side. Hvilken stilling pasienten ønsker bør diskuteres før stellet starter.

Sykepleier bør spørre pasienten underveis i stellet om hvor tungpustet de er, slik at sykepleier og pasient får en felles forståelse av pasientens tunge pust og når han eller hun trenger pauser. Man kan bruke BORG-skala for å vurdere endring og alvorlighetsgrad av tungpustethet.

Flere studier viser at sykepleiere har en tendens til å undervurdere hvor tungpustet pasientene er (3,22). Enkelte pasienter trenger flere, lange pauser for å klare å gjennomføre stellet. Sykepleier bør unngå for mange unødvendige

elementer, som pasientundervisning og mobilisering underveis i stellet. Pasienten vil ofte ikke oppfatte dette og bli unødvendig sliten. Er pasientene svært dårlige er det å få nok luft det vesentlige (23).

Det er viktig at sykepleier er oppmerksom under stellet, slik at pasienten unngår å bli for tungpustet, samtidig som sykepleier forsikrer pasienten om at de forstår deres behov for å få hjelp. Etter stellet bør sykepleier og pasient sammen evaluere stellsituasjonen. Dette kan styrke pasientenes opplevelse av medvirkning og være viktig for sykepleierens læring (24).

OPPSUMMERING. Det kan være en god opplevelse for pasienter å få hjelp med stell, men Lomborgs studie viser at dette ikke nødvendigvis skjer. En positiv opplevelse av stellet forutsetter god planlegging og at det oppstår en felles forståelse mellom pasient og sykepleier. Pasientens integritet og velvære, samt å støtte opp under pasientens mestringsstrategier, må prorerteres. Det viktigste under stellet er: 1. Planlegg stellet sammen. 2. Skap en omsorgsfull atmosfære. 3. Ta hensyn til pasientens tunge pust. 4. Økonomiser med pasientens energi. ●

REFERANSER:

1. Gysels M, Bausewein C, Higginson IJ. Experiences of breathlessness: a systematic review of the qualitative literature. *Palliat Support Care* 2007; 5(3): 281–302.
2. Andersen R, Kalfoss MH, Wahl AK. Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung* 2006; 35(1):46–57.

3. Lomborg K, Bjørn A, Dahl R, Kirkevold M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *J Adv Nurs* 2005; 50(3): 262–271.
4. Borg G. *Borg's perceived exertion and pain scales*. Champaign IL US: Human Kinetics, 1998.
5. Nicholls DA. The experience of breathlessness. *Physiotherapy Theory and Practice* 2003; 19: 123–136.
6. Fraser DD, Kee CC, Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *J Adv Nurs* 2006; 55(5):550–8.
7. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2005; 14(7):805–12.
8. Gysels M, Higginson IJ. Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36(5):451–60.
9. Ek K, Ternstedt BM. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 2008; 62(4): 470–8.
10. Lomborg K, Kirkevold M. Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 148–156.
11. Lomborg K, Kirkevold M. Achieving therapeutic clarity in assisted personal body care: professional challenges in interactions with severely ill COPD patients. *Journal of clinical nursing* 2008; 17(16): 2155–2163.
12. Nicolson P, Anderson P. Quality of life, distress and self-esteem: a focus group study of people with chronic bronchitis. *Br J Health Psychol* 2003; 8(3): 251–70.
13. Williams V, Bruton A, Ellis-Hill C, McPherson K. What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. *Chron Respir Dis* 2007; 4(2):77–85.
14. Martinsen K, Eriksson K. The hidden and forgotten evidence. *Scand J Caring Sci* 2012; 26(4): 625–626.
15. Martinsen K: *Løgstrup og sykepleien (Løgstrup and Nursing)*. Oslo: Akribe AS, 2012.
16. Martinsen K. *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe as, 2006.
17. Ellingsen S, Roxberg Å, Kristoffersen K, Rosland JH, Alsvåg H. «Entering a world with no future: A phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease.» *Scand J Caring Sci* 2013; 27(1): 165–174.
18. Kerr A, Ballinger C. Living with chronic lung disease: an occupational perspective. *J Occup Sci* 2010; 17(1):34–9.
19. Gullick J, Stainton MC. Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *J Adv Nurs* 2008; 64(6):605–14.
20. Roche R, Chavannes N, Miravittles M. COPD symptoms in the morning: impact, evaluation and management. *Respir Res* 2013; 14(1): 212–224.
21. Jeon YH, Essue B, Jan S, Wells R, Whitworth JA. Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry. *BMC Health Serv Res* 2009; 9(1):182.
22. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2008; 58(557):844–9.
23. Torheim H, Kvangarsnes M. How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit? *Scand J Caring Sci* 2014 Dec; 28(4):741–8.
24. Kvangarsnes M, Torheim H, Hole T, Ohlund LS. Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study. *J Adv Nurs* 2013; 69(2):425–434.

Patienten først – tillsammans skapar vi den bästa vården

2016 – ÅRET DÅ DET HÄNDER!

2016 blir ett intensivt år på Karolinska. Mycket av det som planerats inom ramen för Framtidens hälso- och sjukvård kommer att bli verklighet. Vi ska genomföra flytten till det nya toppmoderna sjukhuset i Solna samtidigt som ett nytt hus för operation och intervention byggs i Huddinge!

Vill du vara med på vår resa till ett centrum för högspecialiserad vård?

Gå in på www.karolinska.se/framtida-karolinska för mer information och lediga tjänster!

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset



Nya Karolinska Solna
Illustration: White Tengbom Team

Läs mer på www.karolinska.se/framtida-karolinska





Nyvalgt råd. Rådet for sykepleieetikk vil kjempe for etikken i en tid hvor andre verdier stadig tar større plass.

I skvis mellom økonomi og etikk



Fakta

Elisabeth Sveen Kjolsrud

Ny leder av Rådet for sykepleieetikk

Kjære alle dere som leser etikkspalten i dette bladet. Dette er min første artikkel som nyvalgt leder i Rådet for sykepleieetikk. Det er med stor ydmykhet jeg tiltrer i dette viktige vervet, og jeg takker for tilliten landsmøtet gav meg den 11. november.

Jeg vil de neste fire årene kjempe hardt for at etikken skal vektlegges. Sammen på «laget» ble det valgt åtte motiverte og verdige kandidater med stor kompetanse fra forskjellige felt innen sykepleie. Vi skal treffes første gang medio januar for å stake ut kurs for de neste fire årene.

MARKEDSIDEOLOGI. På landsmøtet pekte jeg særlig på to store utfordringer som også de neste årene vil skape etiske dilemmaer og utfordringer for dere sykepleiere ute i felten. Det ene er markedsideologien, som jeg vil fokusere på i denne artikkelen.

Vi vet at markedstenkningen med vekt på økonomi og effektivitet utfordrer profesjonsetikken. Men vi vet også at dere sykepleiere og ledere der ute gjør deres ytterste for å tilfredsstille de krav og forventninger dere står overfor når dilemmaene oppstår. Antikkens ideal, hvor medmenneskelighet og kunnskap står sentralt, er fremdeles våre kjerneverdier. Det moral-

«Det moralske ansvaret oppstår i møte med den andre, og sykepleiere tar dette ansvaret på alvor.»

ske ansvaret oppstår i møte med den andre, og sykepleiere tar dette ansvaret på alvor. Så skjer det ganske ofte at strukturene og rammene sykepleiere handler i, for å si det sånn, setter begrensninger for sykepleiernes idealer. Idealene og realiteter blir to forskjellige ting.

VELKJENT DILEMMA. Denne problematikken er for øvrig ikke ny. Den norske sosiologen Yngvar Løchen foretok studier

allerede på 1960-tallet omkring behandling i et psykiatrisk sykehus og beskrev kjerneproblematikken i all behandling; rettferdighetsspørsmålet og ivaretagelse av enkeltmennesket. «I den ene leiren talte en om at forholdet til pasientene måtte være rettferdig, og at en ikke måtte gjøre forskjell og at disiplin var nødvendig. I den andre leiren ble det sagt at all behandling må ta hensyn til hvordan den enkelte pasient skiller seg fra andre pasienter», skriver Løchen i boken «Idealene og realiteter i et psykiatrisk sykehus» som første gang kom ut i 1965.

Med markedsideologi hvor krav til effektivitet er skjerpet, har problemstillingen en fornyet interesse, ikke minst på grunn av tidspress og standardisering av tjenestene slik vi ser i dag. Profesjonsetikk handler om hva som er rett og hva som er galt for et menneske i rollen som profesjonsutøver. Men markedsreformene kan endre sykepleiernes profesjonsnormer fordi denne tankegangen i svært liten grad er tilpasset det vi kaller helsevesenets egenart. I ytterste konsekvens vil en slik tankegang (og derav praksis) kunne medvirke til faglige, etiske og verdimesse endringer.

DAGLIGE KOMPROMISSER. Alle som arbeider ute i felten i dag forteller om et økende tidspress. I min egen forskning, fra to psykiatriske akuttposter i et helseforetak, forteller en av sykepleierne om utfordringer med å prioritere, og mener han må bli «tøffere til å prioritere hva en går inn på og hva en ikke går inn på». Sykepleieren forteller at han daglig må kompromisere med sine egne idealer og sier: «Vi får kortere og kortere tid til å gjøre en masse oppgaver, og da kan en jo stille spørsmål ved hvordan den egentlige sykepleiefaglige omsorgen vi skal gi her skal være – for det sier seg selv, vi kan ikke være som blekk-spruten å gjøre en god jobb alle steder på en gang». En annen sykepleier forteller at hun «må løpe så fort at det trengs god kondis og gode rutiner for å klare å utføre jobben».

FAGLIGHETEN ER TRUET. I dette tidspresset oppstår de etiske og moralske dilemmaene. Sykepleieren har ikke bare den ene pasienten å forholde seg til, men også den andre og tredje som trenger hjelp. Å møte pasienten enkeltvis, ansikt til

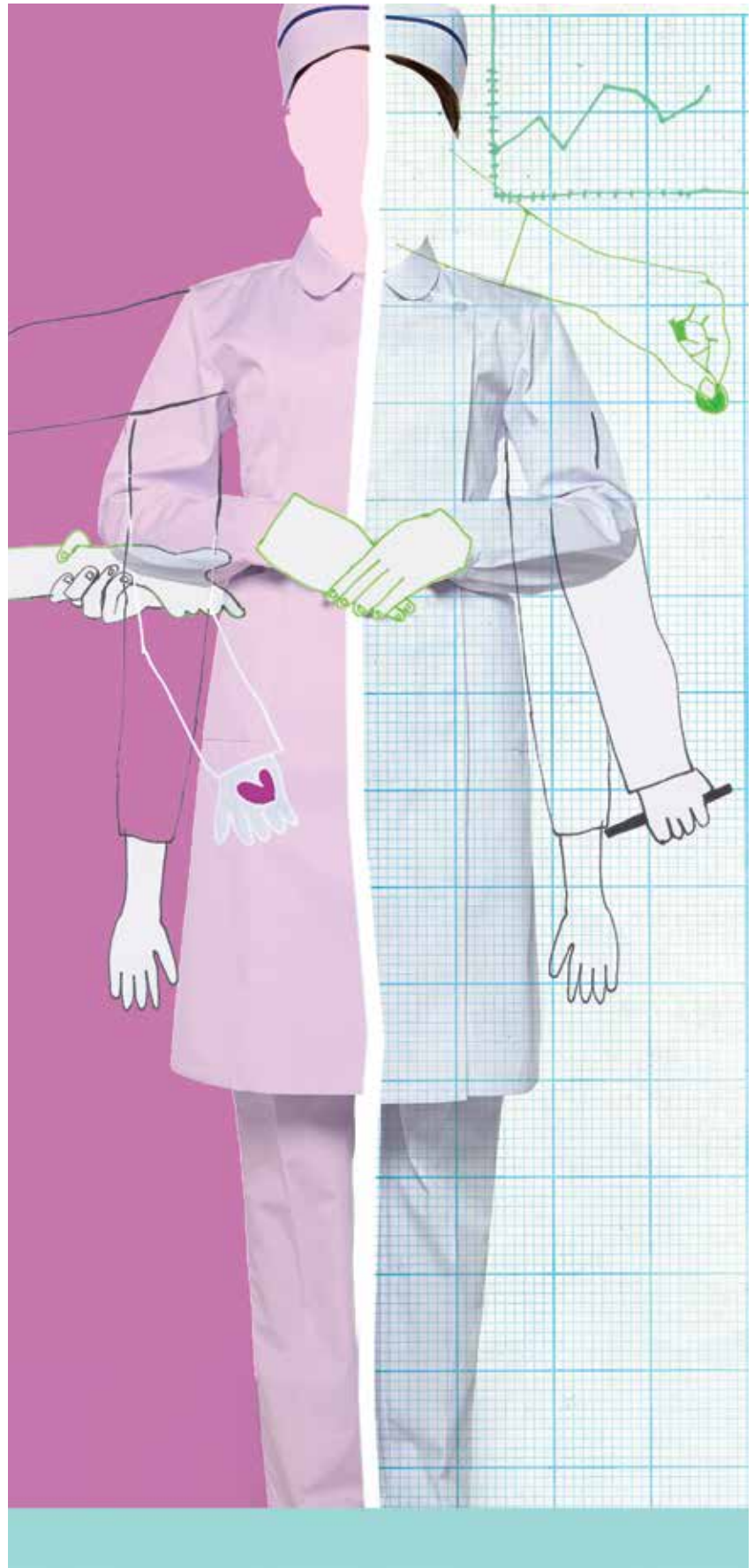
ansikt, er etisk utfordrende, fordi det også er flere som har behov for hjelp, og rettferdighet er også en høyverdig moralsk egenskap. Sykepleierne kommer i en dobbeltrolle. På den ene siden som pasientens hjelper og på den annen side som lojal medarbeider.

BARMHJERTIGHET ELLER RETTFERDIGHET. Hvordan komme til rette når idealer og realiteter stanger mot hverandre? Og når barmhjertigheten må vike for rettferdigheten og sykepleiere melder fra om moralsk stress?

Betydningen av trygge møteplasser hvor man tar seg tid til refleksjon kan ikke understrekes nok. En refleksjonsmodell kan være nyttig å bruke. Hva er fakta i saken, hvem er involverte parter? Hvilke argumenter blir det viktigste for handling og hvilke konsekvenser innebærer valgene vi gjør?

Ofte er det liten tid til slike overveielser når en står overfor situasjoner i praksis. En må handle raskt. Desto viktigere blir det med refleksjon over praksis på et senere tidspunkt sammen med leder og kolleger, slik at læring kan finne sted.

BRUK RÅDET FOR SYKEPLEIEETIKK. Rådet for sykepleieetikk ønsker fremdeles å være den naturlige adressen dere henvender dere til når vanskelige spørsmål og dilemmaer oppstår. Rådet bruker refleksjonsmodell i sine svarbrev og «verktøykassa» vår er yrkesetiske retningslinjer, etisk teori, forskrifter og lovverk. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



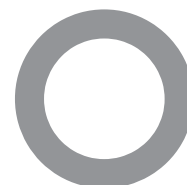
HVERDAGSREHABILITERING BYR PÅ LITE NYTT

Hjemmesykepleie. Konseptet hverdagsrehabilitering innebærer en underkjenning av de ansattes erfaring og kompetanse.

FAGDEBATT:

Artikkelen bygger på

100% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56162



Stein Erik Fæø,
2. års master-
student i syke-
pleievitenskap,
Universitetet i
Bergen

Hverdagsrehabilitering er et konsept som har blitt svært populært innenfor kommunale hjemmetjenester de siste årene.

ENTUSIASME. På hjemmesidene til de fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester kan vi lese om hvordan prosjekter startes opp med stor entusiasme rundt om i hele landet (1). I 2014 ga KS ut en rapport basert på erfaringer gjort i 18 kommuner og to Oslo-bydeler, som inneholder en rekke anbefalinger for hvordan konseptet kan implementeres videre (2).

Konseptet omtales som forholdsvis nytt, med røtter fra Östersund i Sverige og, ikke minst, fra Fredericia i Danmark (2,3). Og så fra departementshold roses konseptet og betegnes som et paradigmeskifte i hjemmesykepleien (4). Men hva er det egentlig som er så nytt med dette konseptet? Hvordan kan det ha seg at konseptet hverdagsrehabilitering har blitt så populært i de kommunale hjemmetjenestene, og hvordan påvirker det tjenestene?

TANKEN BAK. Som nevnt står den danske kommunen Fredericia sentralt i utviklingen av konseptet. «Fredericia-modellen» åpner for mange måter å anvende

konseptet på, noe som kommer tydelig frem i den nevnte rapporten fra KS (2). Grunntanken bak hverdagsrehabilitering er imidlertid klar. I de kommunale hjemmetjenestene har man kommet i et uføre der man, heller enn å hjelpe pasientene til å mestre dagliglivets oppgaver, har hjulpet dem med selve oppgavene. Dette har ført til en passivisering av pasientene der manglende aktivitet og ivaretagelse av fysisk funksjon fører til stadig økt hjelpebehov over tid, med påfølgende økt ressursbruk fra kommunens side.

Filosofien bak hverdagsrehabilitering går ut på at man heller setter inn økte ressurser i begynnelsen av hjelpeforholdet. Mestring, ivaretagelse og bedring av fysisk funksjon skal vektlegges. Målsettingen er at pasientens hjelpebehov etter hvert skal reduseres og aller helst falle bort (5). På denne måten kan pasientene oppleve økt uavhengighet og kommunene kan unngå unødvendig ressursbruk. I tillegg kan pleierne oppleve økt arbeidsglede ved å se at pasientene blir bedre og opplever mestring (2).

Man hevder at pleiere i tradisjonell hjemmesykepleie er fanget i «hjelpellen», noe som bidrar til «passivitet, hjelpeløshet og avhengighet» (2). Ness et al. (6) mener omsorgstjenestene er preget

av stereotypiske bilder av eldre og at dette fører til aldersdiskriminering og standardisering av tjenestene. Hverdagsrehabilitering innebærer imidlertid å fokusere på enkeltindividets evner og ønsker (5).

GJENNOMFØRING. Hvordan konseptet organiseres varierer fra kommune til kommune. Imidlertid presenteres det en rekke suksesskriterier; som forankring i ledelsen, tverrfaglig samarbeid, kompetanseheving, holdningsendringer og dokumentasjon av resultater (2,6,7). Hvorvidt man oppretter egne team eller engasjerer hele tjenesten, fokuserer på bestemte diagnoser, «nye» eller «gamle» pasienter og så videre, ser ut til å variere.

Hovedtrekkene slik de presenteres i «Fredericia-modellen» er imidlertid at pasientens funksjonsnivå kartlegges av ergo- eller fysioterapeut, eventuelt sykepleier med særskilt opplæring (7). I samarbeid med pasienten og i tråd med dennes ønsker og uttalte behov legger man en plan for måloppnåelse. Den daglige hjelpen utøves, som før, av pleiere med ulik fagkompetanse. Pleierne har særskilt opplæring i hverdagsrehabilitering, ofte med en egen tittel som «hjemmetrener» eller liknende.

Fakta



Hovedbudskap:

Pleiere i hjemmesykepleien går i «hjelpellen» og forårsaker redusert funksjonsnivå og økt hjelpebehov. Hverdagsrehabilitering lanseres som en innovativ løsning på problemet, både for pasientene og kommuneøkonomien. Hva er det som egentlig er så innovativt med hverdagsrehabilitering, hvordan har det blitt så populært og hvordan påvirker det hjemmesykepleien for øvrig?

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Rehabilitering
- Sykepleie
- Hjemmesykepleie

Et viktig punkt er at planene følges nøye og metodisk; alle må jobbe sammen for at pasienten skal nå sine mål. Tiltakene vurderes og justeres jevnlig av ansvarlig terapeut eller sykepleier for å følge pasientens progresjon. Varigheten av innsatsen varierer også, fra noen uker til noen måneder, men det er mulig å utvide dersom effekten er god. Manglende progresjon kan i motsatt ende føre til at man avslutter tidligere. Rapporten fra KS presenterer videre en rekke skjemaer som anbefales for å registrere og vurdere alt fra funksjonsnivå, progresjon, tidsbruk, tilfredshet og så videre (2).

IDEALSYKEPLEIE. Er disse tankene nye? Tanken om selvhjelp har ligget til grunn for utøvelse av sykepleie siden yrkets spede start, selv om begrunnelsen for dette har endret seg fra anstendighetsårsaker (8) eller manglende ressurser (9) til at uavhengighet og egenomsorgsevne er et behov i seg selv (8,10). Sykepleieteoretikere har gjennom tidene vært opptatt av å hjelpe pasienten til å ivareta og styrke funksjonsnivå (11). Beslutningsprosessen i sykepleie, slik den presenteres i lærebøker i sykepleie på grunnnivå, angir redskaper for jevnlig evaluering og justering av sykepleietiltak med vekt på mestring og å gjenvinne egenomsorgsevne (12). Hvor sterkt man fokuserer på pleie som fremmer egenomsorg i praksis kan selvsagt diskuteres, men idealene og verktøyet er like fullt til stede. Prøveordninger med ergo- og fysioterapeuter ble integrerte tjenester i hjemmesykepleien allerede på slutten av 70-tallet (13).

HJEMMESYKEPLEIEN I PRAKSIS. Vi kan imidlertid finne noen indikatorer på hvorfor disse idealene ikke har fått fotfeste i de kommunale hjemmetjenestene. Kari Wærness (14) advarte på 80-tallet mot sentralisering og profesjonalisering av tjenestene. Hun fryktet tjenester bygget på

kalkulerende rasjonalitet, preget av rutiner og fastlagte prosedyrer etter økonomiske hensyn, med lite fleksibilitet og vekt på individet.

En rekke undersøkelser som er gjort på feltet viser at profetien til en viss grad har gått i oppfyllelse: Tidspress, rigide vedtak, få ansatte med høy grad av ufaglærte, lite kontinuitet, strenge dokumentasjonskrav. Stadig nye pasienter for pleierne og tilsvarende stadig nye pleiere for pasientene vanskeliggjør målrettet arbeid

«Skal den kompetente pleier utføre annen hjelp enn den som er vedtatt må det skje i «det skjulte».

for å hjelpe pasientene til å ivareta og gjenvinne egenomsorgsevne (8,15–18).

Boge (8) viser til hvordan den omfattende bruken av ufaglærte i sykehjem fører til at hjelpen standardiseres for å sikre at basale behov dekkes. Ifølge Tønnesen og Nortvedt (19) vet sykepleierne i hjemmesykepleien hvordan de skal jobbe for at pasientene skal ivareta funksjonsnivå, men de mangler ressurser til å gjøre det. Skal pasientene få dekket sine grunnleggende behov, må de enten klare det helt selv eller la pleierne gjøre det for dem.

Kirchhoff (16) viser til hvordan bestiller-/utførermodellen med sine rigide vedtak og tiltaksbeskrivelser, kan føre til at alle avvik fra de forhåndsdefinerte oppgavene regnes som «ulovlig». Skal den kompetente pleier utføre annen hjelp enn den som er vedtatt, må det skje i «det skjulte». Faglig erfaringsutveksling i formelle fora blir dermed vanskelig ettersom

det innebærer å innrømme «ulovlig» atferd.

DET FENGSELSAKTIGE. Michel Foucault (20) avslutter boken «Overvåkning og straff» med å skrive om «det fengselsaktige» i samfunnet: Omhyggelig kartlegging av den enkelte borger, utført av de ansatte; «normalitetsdommere» i samfunnet som gir makt-haverne kontroll over enkeltindividen og mulighet til å overvåke virksomhetene. Gjennom kartlegging og kategorisering av alt som kan kartlegges og kategoriseres, får man en nøye oversikt over hver enkelt og hvilke muligheter og utfordringer som følger eller kan komme til å følge med vedkommende.

I «Klinikkens fødsel» (21) viser Foucault hvordan sykehusene ikke først og fremst oppsto som behandlingsinstitusjoner, men som utdanningsinstitusjoner der målet var å sikre seg kunnskap og kontroll over menneskekroppen. Alt for å sikre best mulig utnyttelse av enkeltindividet i en sterk og effektiv stat.

SKJEMAENES FORTREFFELIGHET. Så hvordan kan det være at et konsept som hverdagsrehabilitering har blitt så populært i de kommunale hjemmetjenestene, både på departementshold og på «gulvet»? Konseptet bærer, som nevnt, med seg et omfattende skjemavelde. På denne måten kan man sikre seg at de frigjorte ressursene anvendes mest mulig effektivt. «Hvert eneste øyeblikk av livet kan anvendes til noe, forutsatt at man forstår å differensiere øyeblikkene og kombinere dem med andre øyeblikk» (20).

Gjennom krav om kontinuerlig rapportering av kvantifiserte data for hver enkelt pasient kan man sikre at ingen ressurser går til spille. Man får hurtige indikatorer på hvorvidt tiltaket rundt den enkelte er lønnsomt, i form av redusert hjelpebehov. Man kan derfor kjapt vurdere om tiltaket bør avsluttes eller om pasienten kvalifiserer for videreføring. Målet er

at «gevinsten er større enn rehabiliteringsinnsatsen» (2).

NORMALISERINGSEFFEKTEN. Det er kanskje først og fremst denne kvaliteten ved hverdagsrehabilitering som skiller det fra tradisjonell sykepleiefaglig tenkning. Skjemaene kontrollerer at pasienter så vel som pleiere utøver sine oppgaver kostnadseffektivt og gjør at den økte ressursbruken som ligger i hverdagsrehabilitering kan forsvares økonomisk. Videre fører skjemaenes oppbygning til at de er enkle å kvantifisere og analysere statistisk. De kan forskes på og gjør det mulig å sammenlikne ulike metoder og tilnærminger slik at konseptet kan effektiviseres ytterligere. På denne måten har hverdagsrehabilitering også en normaliserende funksjon. Selv om sentrale dokumenter presiserer at hverdagsrehabilitering ikke egner seg for alle, er det tydelig et ønske om at dette på sikt skal bli «det normale». I Bydel Gamle Oslo ble for eksempel stillingsbeskrivelsen for hjemmehjelperne i 2013 endret til hjemmetrenere (2). Prosjekttitler som «Aktiv deltaker i eget liv» og «Leve HELE LIVET» vitner om at alternativet ikke er å trakte etter. Konseptet selges inn med at det er «veldokumentert at spesielt eldre er opptatt av å være uavhengige av hjelp så lenge som mulig» (3).

MARGINALISERING. Marginaliseringen av dem som ikke «passer inn» i konseptet er påfallende. Pleierne og terapeutene som skal vurdere hvem som er egnet eller ikke, blir dermed «normalitetsdommere» slik Foucault (20) beskriver. De «normale» som passer inn, geleides inn i et strengt overvåket system, der alle sider av livet kartlegges omhyggelig. Slik får man oversikt over alle pasientens ressurser og utfordringer. De som ikke passer inn henvises til tradisjonell hjemmesykepleie. En skjebne, skal vi tro for kjemperne for hverdagsrehabilitering, vil helst vil



unngå. Konseptet sies å være preget av fleksibilitet, men bare til en viss grad. For å oppnå målene må alle, som vi har sett, følge oppsatte planer nøye. Det er ikke den kompetente pleier, som kjenner pasienten, som fra dag til dag vurderer hva pasienten kan klare selv eller ikke. Den ansvarlige for pasientens plan legger føringene for hvordan den daglige rehabilitering skal utføres. Tiltakene blir dermed ikke mer fleksible, snarene tvert imot; de blir enda mer rigide og detaljstyrte. Forskjellen er bare at de endres oftere.

VINN-VINN? Mye av argumentasjonen legger skylden for uføret i hjemmesykepleien på pleierne. Et siste aspekt ved hverdagsrehabilitering som nok kan oppleves tiltalende for bevilgende myndigheter. Det er pleierne som er lite fleksible og standardiserer hjelpen, fordi de er for fastlåst i rutiner og ser på eldre som «svake, isolerte, initiativløse, uproduktive, syke og avhengig av hjelp» (6). Det er pleierne som går i «hjelpellen». De bevilgende myndigheter slår dermed to fluer i en smekk. De unndrar seg ansvaret for situasjonen som har oppstått samtidig som de kan ta æren for å innføre «et paradigmeskifte» (4) innenfor hjemmesykepleien. Pleierne på sin side får dra på kurs og konferanser. De får endelig ressurser til å jobbe etter egne faglige idealer, og de får se at pasientene blir bedre. Alle er fornøyde. At konseptet bygger på en underkjenning av den innsatsen ansatte i hjemmesykepleien har gjort de siste 30–40 årene, og ikke minst den kompetansen disse bærer på, synes mindre viktig.

HVORDAN VIRKER DET? Når man leser om erfaringene med hverdagsrehabilitering, eller ser solskinnshistorier på YouTube om eldre som har fått et nytt liv med tiltaket, er det vanskelig å være kritisk. Hvorvidt tiltaket er positivt, både for pasientene som har gått gjennom det og for budsjettene til kommunene som har

innført det, stiller vi ingen spørsmål ved. Det heter seg imidlertid at «There is no such thing as a free lunch». Økte ressurser og frigjøring av kompetente pleiere må komme fra et sted.

Så hva blir til overs til de pasientene som ikke passer inn i hverdagsrehabiliteringens strenge inklusjonskriterier? De som ikke kan bli bedre, de som av ulike grunner ikke lar seg motivere, de som er de aller svakeste? Når prosjektmidlene er over og hver-

«Mye av argumentasjonen legger skylden for uføret i hjemmesykepleien på pleierne.»

dagsrehabiliteringen skal ha sin del av det samlede helse- og omsorgsbudsjettet? Når de flinkeste og mest engasjerte ansatte er trukket inn i hverdagsrehabiliteringsteamet? Eller når pleierne bærer tittelen «hjemmetrener» og signaliserer at de som ikke trener egentlig burde fått hjelp av noen andre?

Med Kari Martinsen (22) kan man si at innføringen av hverdagsrehabilitering for alvor markerer vekstomsorgens inntreden på det som tidligere har vært vedlikeholdsomsorgens domene. Hjemmesykepleien blir nok en arena der det viktigste ikke først og fremst er å ivareta og møte pasientene i deres behov fra dag til dag. Det å jobbe mot et på forhånd fastlagt og målbart resultat blir drivkraften.

KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER. La oss si at hverdagsrehabilitering skal være «normalen» og inkludere flest mulig pasienter. I så fall blir det interessant å se om skjemaveldet og konseptualiseringen tar inn over seg alle de komplekse problemstillingene hjemmesykepleieren ofte står overfor. Kan hende ender det som

en videreføring av de rigide vedtakene fra tidligere; med hyppigere endringer, men enda mer rigide beskrivelser av tiltak. Når alt kommer til alt ser det jo egentlig ikke ut til at det er så veldig mye som er nytt med hverdagsrehabilitering. Bortsett fra ordet. ●

REFERANSER:

1. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester 2015. <http://www.utviklingssenter.no/index.php?cat=179634> (21.05.2015).
2. Lilland Høverstad RF. Fra passiv mottaker til aktiv deltager – Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Oslo: KS-FoU, 2014.
3. Birkeland A. Aktiv Mestring i hjemmesykepleien. Sykepleien 2014;3:44-7.
4. Morgendagens omsorg. St.meld. nr. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.
5. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg viden og anbefalinger. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
6. Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevang L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund, 2012.
7. Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen LT. Hverdagsrehabilitering i praksis. Ergoterapeuten 2012;1:5-9.
8. Boge JH. Kroppsvask i sykepleie: eit politisk og historisk perspektiv. Oslo: Akribe, 2011.
9. Schjøtz A, Skaset M. Folkets helse – landets styrke 1850–2003.
10. Wahl AK, Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
11. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1998.
12. Skaug EA, Andersen ID. Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: Bind 1:184–214.
13. Bølstad J. Hjemmesykepleien – Kommunehelsetjenestens grunnpill. Otta: TANO, 1985.
14. Wærness K. The rationality of caring. Economic and industrial democracy 1984;5:185–211.
15. Moland LE. KS forskning, Kommunenes sentralforbund, Norge. Sosial- og helsedepartementet. Suksess og nedslag i pleie- og omsorgstjenestene: kvalitet, effektivitet og miljø. Oslo: Fafo, 1999.
16. Kirchhoff J. De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner. Karlstad: Karlstad University, 2010.
17. Østby BA. 17 ulike pleiere på fire uker. Sykepleien 2014. <https://sykepleien.no/2014/06/17-17-uker-pleiere-pa-fire-uker> (21.05.2015).
18. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen – Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA, 2013 Contract No.:8.
19. Tønnesen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning 2102;7:280-5.
20. Foucault M, Østerberg D. Overvåking og straff: det moderne fengsels historie. Oslo: Gyldendal, 1999.
21. Foucault M. Klinikens Fødsel. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
22. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historiske filosofiske essays. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 01 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



Alter ego: Personen i romanen er Stein Kyrre Sørensen alter ego. Sørensen selv jobber 50 prosent som sykepleier og 50 prosent som forfatter.

Skrivende sykepleier

Gangstere. Stein Kyrre Sørensen hørte at en barndomsvenn hadde havnet skikkelig «utpå». **64**



Vanskelig. Noen spørsmål bør stilles tidligere. **63**



«Vi ønsker færre prosedyrer i omløp.» Sissel F. Oftedal. **68**



Bok. Underholdende om egen angst. **67**



Dikt



Sorgnotatet i 3de person entall, ubestemt form

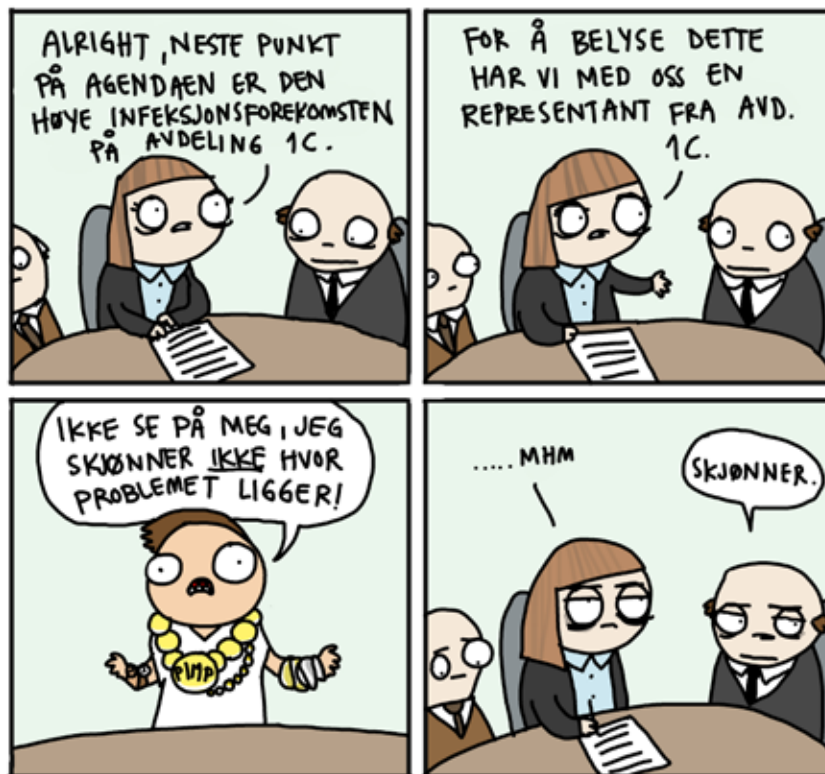
Man står opp man
står opp og åpner kanskje
en gammel rose
Man trekker gardinet fra
man trekker gardinet fra
og åpner kanskje
en gammel rose
Man lar solen stråle inn
og man lar solen stråle inn
Så åpner man kanskje
sin gamle rose
så åpner man kanskje
sin gamle rose
Den som ble stående
den som ble stående
Så åpner man kanskje
sin gamle rose
i en vase fra Delft
så åpner man kanskje
sin gamle rose
i vasen fra Delft
i karmen i karmen
i vinduskarmen
så åpner man kanskje
sin gamle rose
etter den som ble hentet
etter en som ble hentet
så åpner man kanskje
en gammel rose
fra den som ble hentet
man åpner og åpner
en gammel rose
fra den som blir hentet
og hentet og hentet
og kjørt bort i en bil
og kjørt bort
og kjørt bort
i en bil

Om forfatteren



Torgeir Schjerven

Schjerven debuterte i 1981 med diktsamlingen *Vekk* og har siden det utgitt både romaner og diktsamlinger. I årets diktsamling *Harrys lille tåre* er tapet av en gammel mor sammen med livets andre små tap og savn et gjennomgående tema.



Håndhygiene: Haukeland bruker Tegnehanne for å visualisere pasientsikkerhet.

Vil ha det smittefritt i Bergen

BEDRE VERKTØY: Smittefritt skal hjelpe helsepersonell med å holde bakterier og virus unna.

– Smittevern krever kontinuerlig oppmerksomhet, og vi vet at kampanjer har kortvarig effekt, sier smittevernrådgiver Merete Gjerde ved Haukeland universitetssykehus.

Derfor har ledelsen i foretaket tatt initiativ til å sette smittevernet i sys-

tem. Initiativet heter Smittefritt. Avdelingene skal få bedre verktøy så systematisk smittevern på en enkle måte skal bli en del av hverdagen. De skal også få mulighet til å måle effekt av tiltakene.

Det er ikke snakk om å lage så mye nytt, men bruke det man allerede har mer systematisk. Retningslinjer er på plass, og data om for eksempel for-

bruk av håndhygienemidler og antibiotika og antall postoperative sårinfeksjoner blir allerede samlet inn.

Merete Gjerde forteller at det er fem innsatsområder: Håndhygiene, postoperative sårinfeksjoner, influensavaksiner, antibiotikabruk og smittevernvisitt. Hver avdeling skal i starten velge minst to områder og utvide etter hvert.



Gift og forgiftninger i Norge

Giftmord, naturgifter og hemmeligheter fra norsk forgiftningshistorier er hva som venter den som leser *Gift og forgiftninger i Norge*. I tillegg gis en innføring i akutte forgiftninger før og nå.

Forfatter er Erik Andrew.

Doping og kroppskultur

Fortellinger om doping og kroppskultur tar opp doping i lys av prestasjonskultur og som middel for å bygge identitet.

Forfatter Bjørn Barland ser doping som del av et rusproblem, og presenterer blant annet observasjoner, intervjuer og feltarbeid.

Lærebokprisen 2016

Universitetsforlaget lokker med 100 000 kroner til fremragende fagformidling. Prosjektbeskrivelse og prøvekapittel må til for å være med i konkurransen. Den som vinner prisen for beste lærebok for høyere utdanning får også boken utgitt av forlaget. Søknadsfrist er 18. april 2016.

Bøker. 3 om organer

De små grå

HJERNEN: I Universitetsforlagets lille grå Hva-er-serie er det hjernen som står for tur. Nevrolog, professor og sjef for Nevrologisk avdeling ved OUS Espen Dietrichs har skrevet en lettfattelig innføring i hjernens anatomi, fysiologi og funksjon. Hva er bevissthet, hvordan dannes personligheten og hvor sitter sjelen?



Medisinsk feminisme

HJERTET: Det er en etter hvert kjent sak at kvinners hjerteproblemer skiller seg fra menns. Det gjelder både risikofaktorer, symptomer og utbredelse. En overvekt av medisinsk litteratur legger menns sykdomsbilde til grunn. Maja-Lisa Løchen og Eva Gerds har skrevet den medisinske fagboka *Kvinnehjertet* som spesifikt beskriver de vanligste hjertesykdommene som rammer kvinner.



Forstå luftveiene

LUNGENE: Petter Giævers *Lungesykdommer* ble utgitt i 2002 som første lærebok i faget. Nå har den kommet i oppdatert 3. utgave som inkluderer nye diagnostiske verktøy og behandlingsformer. Boka beskriver fysiologien, undersøkelsesmetoder, vanlige og sjeldnere sykdommer og behandlingen av disse. Den er gjennomillustrert og lettfattelig.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Bare et lite spørsmål ...

– **Hei, mamma, det er Liv. Jeg ringer bare for å spørre deg om noen småting.**

Hvis du skulle få en omfattende hjerneskade, slik at du verken har taleevne, svelgefunksjon eller kontroll over kroppen din, vil du da at vi sondeernærer deg, slik at du kan leve videre, eller er festen slutt da? Eller hvis skaden er så stor at livet ikke er til å redde, vil du da donere bort organene dine? Selv om det vil forlenge dødsprosessen ved at du blir lagt på respirator? Hvis du blir dement, da? Hva tror du du vil foretrekke; tryggheten på et sykehjem, eller vil du bli boende hjemme så lenge det lar seg gjøre? Selv når du mater nabos katt med avisapapir og går deg bort på vei til postkassa? Jeg bare lur, for en dag er det kanskje meg de spør om alt dette, og det bør jo helst være ditt valg, ikke sant?

Har du tatt den samtalen? Ikke jeg heller. Men hver gang jeg stiller pårørende disse spørsmålene på jobb, og de klør seg i hodet og ser i gulvet, da tenker jeg at jeg skal gjøre det. Snart. For selv om døden er det eneste vi med absolutt sikkerhet vet at vi skal gjennom, så er det ikke noe jeg har lyst til å bli minnet om. Jeg ønsker heller ikke å minne mine nære på at dette også er noe som angår dem. Det passer liksom aldri helt. Så jeg venter litt til.

Disse spørsmålene omhandler våre innerste tanker om hva vi er, hva det er å være menneske og om hva som er verdifullt med livet. Det er ikke valg som er

gode å gjøre for andre, for vi er forskjellige. Ofte mer enn vi tror. Selv vil jeg heller få sovne inn i en lun morfinrus enn å leve videre som språkløs pleiepasient uten noen som helst kontroll over livet mitt. Mannen min, derimot, mener at en solstripe på nesa, litt omsorg, verdens daglige sanseinntrykk og et besøk i ny og ne

«Selv vil jeg heller få sovne inn i en lun morfinrus enn å leve videre som språkløs pleiepasient.»

er meningsfullt nok til at han heller vil leve enn ikke leve. Jeg ville aldri valgt det for ham om jeg ikke visste det.

Du behøver ikke å være sykepleier så veldig lenge før du lærer at det er en hel del ting vi aldri får tid til å forberede oss på. Livet og døden har en tendens til å ramle ned fra himmelen når vi minste venter det. Så spør! Spør foreldrene dine, partneren din, pasientene dine, vennene dine. Spør, slik at når det er du som sitter og holder sykehuskaffen i skjelvende hender mens anestesilegen nennsomt og forståelsesfullt forsøker å sirkle seg inn på temaet organdonasjon, da vet du svaret. Og du kan være enig eller uenig, men det var ikke ditt valg å ta. ●



Stein Kyrre Sørensen

Jobber som sykepleier, skriver om gangstere

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Debutant. Hvorfor han og ikke meg, undret Stein Kyrre Sørensen da han oppdaget at det hadde gått dårlig med barn-
domsvennen.

På Litteraturhuset i Oslo er skyggene lange. Det er også skyggene i livet til Stein Kyrre Sørensens fiktive alter ego Kyrre Tanding, hovedpersonen i debutromanen 4.

INNHEMTET AV FORTIDEN. Kyrre Tanding lever til å begynne med et fredsommelig liv, med forfatterens ord «i rutinert nøysomhet», på Oslos beste vestkant. Kyrre Tanding studerer jus, med en solid dose idéhistorie i bagasjen. Han har en idealistisk og vakker kjæreste og tilsynelatende høy moral. Så blir han oppsøkt av fortiden. Og dratt inn i kaos.

TAPTE DIKT. Før Stein Kyrre Sørensen begynte på sykepleien, hadde han gitt opp skrivingen. Selv om han hadde skrevet skjønnlitterært fra han var 16.

– Jeg sendte inn et manus med dikt da jeg var 17, sier han og smiler skjevt.

– Og de fikk gode tilbakemeldinger. De var bra, men måtte jobbes litt med.

De havnet i skuffen, og i dag vet han ikke hvor de er.

FORLØST AV MAPPEVURDERING. Sørensen begynte på Blindern. Studerte idéhistorie og

historiske fag og tok en master. Ved siden av tok han ekstravakter på Ullevål

Han så at folk med humanistiske fag slet med å komme inn på arbeidsmarkedet. Han hadde ikke lyst til å bli fattig og likte følelsen av å gjøre noe praktisk. Så han endret kurs.

– Som sykepleier gjør man noe veldig meningsfylt, sier han.

Og med sykepleie løsnet skrivingen.

– På skolen drev de med mappevurdering, og den formen hjalp meg til å skrive på en helt annen måte.

Nå jobber han 50 prosent som sykepleier på infeksjonsmedisin på Ullevål, resten av tiden skriver han.

TO HISTORIER. 4 var egentlig to manus. Det ene en gangsterhistorie, det andre en historie om 4-tallet brukt til å klassifisere verden. På et tidspunkt begynte de å fungere sammen.

Rammefortellingen i 4 handler om gangstere og veien fra å studere loven til å bryte den, men en slags kjernefortelling er en idéhistorie i miniatyr. Sammen med dypdykket i Oslos underverden følger blant annet innføring i de fundamentale aggregattilstander, Galenos væskelære, Thomas Aquinas og Hannah Arendt. Alle med tilknytning til tallet 4.

– Gangsterhistorien er en måte å få sagt de andre

«Jeg er nysgjerrig på hvordan jeg ville reagert på voldsstress.»

Stein Kyrre Sørensen

tingene på, forklarer Sørensen og tar en slurk kaffe.

Rundt han høres et jevnt surr av stemmer. Det siger stadig inn folk på Litteraturhusets kafé, rett ved slottet.

– Jeg hadde egentlig tenkt å bruke tallet 5, men så var det så mange 4-tall. Jeg er fascinert av denne firedelingen. Hvorfor akkurat 4?

Å pakke det inn i gangstergenren er en dristig måte å fortelle på, men så tok det også 4 år å jobbe fram.

ULIKE VEIER. Gangsterrammen er inspirert av et innslag han så på tv. Der så han gamle barndomsvenner som hadde havnet skikkelig utpå. Og det slo ham: Hvorfor dem og ikke meg? Hvor var det de gikk så fundamentalt forskjellige veier?

Eller er veiene ikke så langt fra hverandre? Det lurte man på etter å ha fulgt fiktive Kyrre Tanding gjennom 525 fartsfylte sider. Det krever ett ring på døren, én gammel venn som ber om en tjeneste. Og så Kyrre som lar seg lokke.

IKKE TRYGG. Arfan er en sentral karakter i historien. En klassisk gangster, en Kyrre kaller en gammel bekjent, fordi venn er for sterkt. Arfan er en han aldri har vært helt trygg på. Og som er rask til å få taket på ham.

Sørensen husker typer som Arfan fra ungdomsskolen. De sjarmerende, hyggelige som plutselig kunne snu.

Han tror ikke deres hverdag hadde passet ham.

– Jeg har tenkt på hvordan de lever, og er nysgjerrig på hvordan jeg ville tålt det. Hvordan jeg ville reagert på det jeg kaller voldsstress. Ikke særlig bra, tror jeg.

IKKE LIKHET FOR LOVEN. Under historien ligger også jussen og et essay Kyrre Tanding aldri



Stein Kyrre
Sørensen

Aktuell med:
4

får avsluttet. Om Peter Øhrebech og torske-resolusjonen av 1989, og hvordan loven kan brytes av dem som sitter på topp i samfunnet uten at det får konsekvenser.

Stein Kyrre Sørensen sier han er opptatt av hvordan vi håndhever demokratiet vårt.

– Hvordan det bare er de mest folkelige forbrytelser som straffes med fengsel. At man blir arrestert for å gå med 1 gram hasj, men slipper unna med skattesvindel.

Kyrre Tanding har lenge også sin egen tolkning av loven, som kanskje er litt drøy. Men Sørensen tror ikke han er eksepsjonell.

– Jeg ble intervjuet av Tom Egeland, og han spurte om jeg trodde alle kan bli kriminelle. Jeg svarte ja, og det tror jeg faktisk jeg mener.

HISTORIER FRA JOBBEN. Sørensen påberoper seg ikke direkte kjennskap til Oslos kriminelle underverden. Men han hører om den på jobben. På infeksjonsmedisin ligger folk fra alle lag av samfunnet.

– Jeg har en indirekte forståelse av hvordan de lever, sier han.

– Jeg hører jo mange historier fra pasienter, og noen filtreres over i det jeg skriver.

FLYTER IKKE SAKTE. Fiktive Kyrre Tanding er ikke lett å klassifisere. I begynnelsen av boken sier han om seg selv at han er en sakteflytende person og liker stabiliteten i et forutsigbart system. Det karakteriserer ikke helt handlingen, godt blandet opp med vold, sex, dop og ran hos en vulgært rik kunstsamler. Den som leser får se hvor det ender.

– Forleggeren mener det er en happy ending her, men jeg har aldri tenkt på det på den måten, sier Stein Kyrre Sørensen. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Nye VIPS-boken

Av Margareta Ehnfors, Anna Ehrenberg og Ingrid Thorell-Ekstrand, 218 sider Cappelen Damm, 2015 Akademisk, norsk utgave ISBN: 978-82-02-45629-0

Anmelder: Ingrid Jahren Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

Og VIPS, så har vi sykepleie!

ANMELDELSE: Redselen for at IT-geeks blir hjernene bak elektronisk sykepleierfaglig dokumentasjon er kanskje ikke så fjernt fra virkeligheten som en skulle tro? VIPS-modellen setter sykepleiernes dokumentasjonsarbeid i tydelig sammenheng med forsvarlig praksiskultur.

Etter mange år med svensk tekst og veiledning, har VIPS-modellen blitt tilrettelagt for norske forhold. VIPS står for Velvære-Integritet-Profylakse-Sikkerhet. Boka er naturlig nok bygd opp rundt VIPS-modellens struktur og begrepsapparat. Først introduseres historikk og sykepleiefaglig kontekst (sykepleieprosessen,

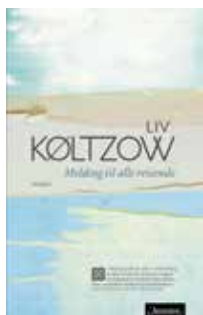
refleksjon og pasient-/personsentrert pleie), deretter detaljer om VIPS: Søkeord, sykepleieanamnese, helsestatus, sykepleiediagnostisering, mål, plan, tiltak, resultat og epikriser. Avsluttende beskrives gråsonen mellom systematisk kvalitetsarbeid og forskning som krever etiske avklaringer (bør man søke REK ved journalgranskning?).

Følelsen av at boka ikke inneholder noe særlig nytt eller ny dybde, må for min del sees i lys av at modellen for denne leseren er kjent fra praksisfeltet. Forfatterne legger vekt på at modellen er forskningsbasert, utprøvd og oppdateres i forlengelsen av kunnskapsutviklingen

og praksisfeltet. Kan vi tenke oss noe bedre? Tja, VIPS trenger koplinger mot det uunnvikelige ledersjiktet: Finansieringskalkyler og bemanning.

Modellen domineres av terminologi vi forbinder med legespråket, og det blir overload av standardiserte skjemaer som sykepleiere skal kjenne til: NIDCAP, MUST, MNA, SGA, KMI, SGA, MNA, VAS, ROAG, RAPS, DFRI, RAI-PC (full versjon av forkortelsene i boka).

Den praktiske og pedagogiske stilen er allikevel gjennomgående for boka og VIPS-folderen som følger med. Obligatorisk, vil jeg si, for alle som befatter seg med VIPS! ●



Fakta

Melding til alle reisende

Av Liv KoltzowForlag: Aschehoug, 2015 283 sider ISBN: 978-82-03-35934-7

Anmelder: Liv Bjørnhaug Johansen

Fryd og frustrasjon

ANMELDELSE: Liv Koltzow har siden debuten i 1970 vært en sentral skikkelse i norsk litteratur. I 2002 fikk hun diagnosen Parkinsons sykdom og med den en skrivesperre som nå, 13 år senere, ettertrykkelig er overvunnet. Dette er ikke en bok om parkinson; det er på alle måter en roman som står støtt på egne ben. Men det er like fullt et uvurderlig innsideglimt inn i et sinn preget av en sykdom som er vanskelig å forstå fra utsiden.

Hovedpersonen Kaja Baumgarten er en forfatter som en januar dag i 2001 står utenfor nevrologens kontor i Sandvika med en uventet parkinsondiagnose. Koltzow er en fjellstø og

erfaren forteller, og på under 50 sider maler hun frem hovedpersonens liv fram til dette tidspunktet. Og det er et strålende grep, for det gjør at vi, som lesere, stiller spørsmålet som Kaja selv bare iblant berører; hvem er man når man har en sykdom som i så stor grad former følelseslivet og dømmekraften? Når den borgerlige, intellektuelle Kaja Baumgarten kaster seg hodestups ut i en romanse med den upålitelige, uføretrygdete lastebilsjåføren Vegard Vinnsnes, spør vi oss hva som driver henne. Er det et autentisk oppgjør med sine borgerlige omgivelser, eller er det den svekkete dømmekraften og hyperseksualiteten parkinsonsmedisinene

fører med seg som trekker henne mot ham? Eller begge deler?

Strukturen i boka speiler svingningene vi kjenner fra sykdommen. Det er full fart, åpen lommebok og raske avgjørelser avløst av bråstopper med stillstand, mistenksomhet og anger. Også språket er det noe utålmodig og skjodesløst over, uten at det svekker bokas litterære kvalitet. Koltzows utropstegn, forkortelse og ukvemsord skaper en intens og autentisk fortellerstemme. Det gir frustrasjonen og fryden, kampen og leken plass i en fortelling som åpner for refleksjoner om barrierer, relasjoner og livsvalg. Dette kan vi alle ha godt av å tenke litt på. ●

Hva leser du nå?

Inger Frogg
Jørgensen

Nattleseren

LITTERATUR: – Akkurat nå leser jeg 2. bind av Elena Ferrante, hvor vi følger to venninner i Napolis fattigstrøk fra tidlig barndom og ut i voksenlivet. Fortellingen er fjeltrende, og for en som er over gjennomsnittet interessert i den italienske mafiaens historie, er det en ny opplevelse å få den gjennom disse jentenes blikk.

Inger Frogg Jørgensen er en nattleser og unngår derfor rendyrket krim. Men det finnes unntak: Feberfremkallende Raskolnikov av Dostojevskij og Patrick Modianos forfatterskap har elementer av krim i seg.

– Hvilke bøker har betydd mye for deg som sykepleier?

– Å, det er mange! Skall jeg velge en, må det bli Babels hus av P. C. Jersild. Den leste jeg under grunnutdanningen, og hovedpersonen følte seg ikke særlig trygg i helsevesenets hender. Det var lærerikt å lese om hvilke konsekvenser mangelfull kommunikasjon stelte i stand for vår stakkars mann. Jeg tror den lærte meg mye om å være tydelig i informasjonen og å forsikre meg om at den ble forstått. *LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no*



Yrke: Psykiatrisk sykepleier, skribent og bokanmelder i Sykepleien
Alder: 57

Underholdende om egen opplevd angst

ANMELDELSE: *Min angst er skrevet av den angstherjete, men utad vellykkete sjefredaktøren for aktualitetsmagasinet The Atlantic, Scott Stossel. Det er en stor personlig og intellektuell bragd å skrive så morsomt om et så alvorlig tema. Boken inneholder en gjennomgang av den enorme mengden faglitteratur forfatteren har lest om lidelsen han selv har, og det er hans egne anekdoter som gjør det så underholdende.*

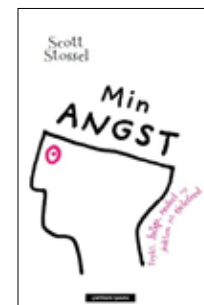
Filosofers syn på saken, fra Hippokrates til Spinoza, er med, og Stossel spør seg om sistnevntes påståtte sinnsro skrev seg fra filosofien hans eller fra biologien. Den evige problemstillingen arv/miljø blir grundig drøftet på både generelt og personlig grunnlag. Forskjellen på psykodynamisk og kognitiv tenkning satt inn i en filosofisk sammenheng gir givende lesning, og det er ingen bombastiske enten/eller-konklusjoner her.

Selv har forfatteren prøvd ut de fleste cocktailer av angstdempende medikamenter gjennom årtier, og han gir en utførlig oppskrift på egen dosering av diazepam/alkohol for å dempe prestasjonsangst, og han forklarer virkningsmekanismen plausibelt nok. Skrivningen er motivert av ønsket om å forstå angstlidelsene og å finne en lindring for dem, eller kanskje bli befrikket fra dem. Det vektlegges dog at moderat angst også har en funksjon, og at

begrunnet frykt er en overlevelsesmekanisme. Eller som Freud siteres: Frykt er sunt. Angst er ikke det.

Delene om legemidler er viet stor plass, og leseren får en grundig historisk gjennomgang. Stossel later til å kunne sin biokjemi til fingerspissene. Også hans nevrologikunnskaper er egnet til å imponere. Trolig kunne vår mann vunnet en diskusjon om legemidler mot angst overfor mang en allmennlege. En kostelig anekdote er beskrivelsen av hvordan diagnosene panikkangst og generell angstlidelse oppstod. David Sheehan, som jobbet i arbeidsgruppen for DSM-III, minnes hvordan arbeidsgruppen spiste middag på Manhattan på 1970-tallet. Mens vinen fløt snakket komitémedlemmene om hvordan Donald Kleins forskning viste at imipramin blokkerte angstanfall. Dette syntes å utgjøre farmakologisk belegg for en panikkklidelse som var forskjellig fra andre typer. Panikkklidelsen var født. Og mens stadig mer vin kom på bordet, begynte psykiaterne å snakke om en kollega som ikke led av panikkanfall, men var generelt engstelig. Hva med generalisert angstlidelse? Slik skal to nye diagnoser ha blitt skapt under en fuktig middag, for så å bli inkludert i DSM med et ganske vilkårlig sett kriterier.

Det er mye trøst i at forfatteren har kommet så langt og klart seg så godt som han har. *Min kamp* kunne like gjerne vært bokens tittel. ●



Fakta

Min angst.
Frykt, håp,
redsel og
jaken på
sjelefred

Av Scott Stossel
396 sider
Cappelen Damm, 2015
ISBN 978-82-02-47151-4

Anmelder: Inger Frogg
Jørgensen, psykiatrisk
sykepleier

«Vel, etter å ha prøvd i over tretti år å skjule angsten min, legger jeg den nå frem slik at både kjente og fremmede kan ta den i skue.» Scott Stossel



Dele kunnskap. Felles nettverk for fagprosedyrer kan spare tid, penger og gi bedre pasientbehandling.

Færre, men bedre prosedyrer

● Tekst **Susanne Dietrichson**

Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer er et nettsted for ansatte i helsetjenesten. Målet er felles prosedyrer basert på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Det skal bidra til å sikre pasienter i hele Norge best mulig behandling.

BAKGRUNN. Prosedyrer har tradisjonelt blitt utviklet i hver enkelt avdeling eller sykehjemspost, og man har i liten grad delt informasjon eller samarbeidet om prosedyrer på tvers av nivåer eller etater. Karin Borgen, prosjektleder for Prosedyrenettverket i Kunnskapssenteret, har selv 25 års erfaring som sykepleier fra akuttmedisinsk avdeling og har følt den manglende koordineringen av prosedyrer på kroppen.

– Jeg opplevde mange ganger å lete etter en prosedyre for så å ende opp med flere som ikke stemte overens, både på avdelingsnivå og mellom de forskjellige faggruppene, som fysioterapeuter, leger og sykepleiere, forteller hun.

KARTLEGGING. En kartlegging som ble foretatt av Kunnskapssenteret i alle norske helseforetak våren 2009, viste blant annet at prosedyrene ikke lå på nett, at det ikke fantes noen systemer for å koordinere prosedyrene og at de ikke fantes noen tverrfaglige metoder for å utarbeide dem.

– I starten ringte vi rundt til de forskjellige helseforetakene for å prøve å få en oversikt over hvilke prosedyrer som fantes. Ett foretak hadde for eksempel 39 forskjellige prosedyrer om sentralt venekateter, sier Borgen.

REORGANISERING. Kartleggingen underbygget behovet for en reorganisering av prosedyrearbeidet i hele helsetjenesten. Målet er et felles prosedyrenettverk for alle landets helseforetak.

– Prosedyrenettverket er en måte å kommunisere den beste kunnskapen i alle faggruppene på, understreker Borgen.

– Slik kan vi bidra til likere behandling av pasienter og sikre at prosedyrene er i tråd med kunnskapsbasert praksis.

FÆRRE PROSEDYRER. Sissel Frostad Oftedal, rådgiver i Prosedyrenettverket, mener hovedmålet med et nasjonalt nettsted for fagprosedyrer er å dele prosedyrer av god kvalitet.

– Vi ønsker færre prosedyrer i omløp. Ved å dele gode og kvalitetssikrede fagprosedyrer kan man redusere både arbeid og kostnader som i dag brukes på å utvikle prosedyrer ved hvert enkelt arbeidssted, understreker hun.

RELEVANTE ARBEIDSGRUPPER. Prosedyrene som i dag foreligger i nettverket er utformet av fagfolk fra hele landet, basert på internasjonalt anerkjente anbefalinger, faglig erfaring og skjønn,

«Vi vil at fagfolk skal se på sine egne prosedyrer og kvalitetssikre disse.»
Sissel F. Oftedal

helst i samarbeid med brukere. Helsebiblioteket ønsker flere bidragsytere i arbeidet med å utforme prosedyrer.

– Vi vil at fagfolk skal se på sine egne prosedyrer og kvalitetssikre disse, og få dem publisert i prosedyrenettverket.

Arbeidsgruppen som utformer prosedyrene består av personer fra alle faggrupper som prosedyren er relevant for. Det vil si at en gruppe som skal lage en prosedyre om blødning etter fødsel består av jordmor, gynekolog, anestesilog og operasjonssykepleier. Prosedyrene sendes ut på høring i fagmiljøene i løpet av arbeidsprosessen.

TVERRFAGLIG. Det er en styrke at arbeidsgruppene i størst mulig grad er tverrfaglig sammensatt, sier Oftedal.

– På den måten unngår vi at legen sitter med en prosedyre og sykepleier en annen for de samme arbeidsoppgavene.

Oftedal viser til at det tverrfaglige samarbeidet om å utvikle prosedyrer samtidig bidrar til å styrke tverrfaglige nettverk og fagmiljøer som ellers kanskje ikke ville samarbeidet.

– Å lage prosedyrer krever at man gjør systematiske litteratursøk og kritisk vurderer forskning, og på dette området tilbyr Helsebiblioteket undervisning og metodestøtte. I tillegg arrangeres det kurs i prosedyreutarbeidelse med jevne mellomrom over hele landet, informerer hun.

Når prosedyren er ferdig sendes den til formell høring i helseforetaket, før den blir publisert på fagprosedyrer.no.

EKSEMPLER. Eksempler på nye prosedyrer som ble publisert i prosedyrenettverket i november og desember 2015 er:

- Luftveier – pleuratapping, praktisk gjennomføring
- Rehabilitering – Samvalg i målavklaringsprosessen
- Hemostase – Vaskulær lukkeinnretning (Angio-Seal™), observasjon og tiltak

Rådgiver: Sissel Oftedal i Seksjon for primærhelsetjenesten og fagprosedyrer. Arkivfoto: Susanne Dietrichson



Eksempel: «Avnavling av nyfødte» er eksempel på en prosedyrene som er publisert i nettverket. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Kunnskapsgrunnlag: Slik beskrives kunnskapsbasert praksis (KBP). Illustrasjon: Helsebiblioteket.

- Dagkirurgiske pasienter – oppfølgingssamtale via telefon første postoperative dag
- Blodprøvetaking – kapillær

FÅR MED NY FORSKNING. Prosedyrene blir også oppdatert med jevne mellomrom, slik at de gjenspeiler ny forskning på området.

– Vi oppdaterer prosedyrene når litteratursøket de er basert på er mer enn tre år gammelt, forteller Oftedal.

– Da sender vi en påminnelse til arbeidsgruppen om å oppdatere prosedyren.

ØNSKER SAMARBEID. Helsebiblioteket arbeider for å gjøre www.fagprosedyrer.no stadig mer nyttig for flere i helsetjenesten.

Oftedal og Borgen ber alle som er interesserte i å samarbeide eller bistå i arbeidet med prosedyrenettverket om å henvende seg på e-post: fagprosedyrer@kunnskaps-senteret.no.

Nettstedet er fritt tilgjengelig på Helsebibliotekets nettsider: www.fagprosedyrer.no. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fakta

PROSEDYRE: En angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess

FAGPROSEDYRE: En prosedyre som omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten.

KUNNSKAPSBASERT FAGPROSEDYRE: Er utarbeidet etter minstekrav for fagprosedyrer som er definert av nettverket og som er tilgjengelig fra: www.fagprosedyrer.no

FLERFAGLIG PROSEDYRE: En prosedyre der arbeidsgruppen som har utarbeidet prosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper.

HISTORIKK: Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer ble etablert i februar 2009 som et resultat av at Sykehuset Innlandet HF og Oslo universitetssykehus HF ønsket å lage gode fagprosedyrer som kunne deles og formidles fritt på internett.

NASJONALT KUNNSKAPSENTER for helsetjenesten ble med i arbeidet, og Helsebiblioteket.no startet jobben med å etablere delingsnettsted for nettverket.

I 2011 BLE HELSEFORETAK i Norge invitert til å delta aktivt i arbeidet med å produsere, publisere og dele fagprosedyrer og utvikle prosedyreprosjektet til beste for helseforetakene.

STATUS: I dag inneholder delingsstedet 110 fagprosedyrer. Samtidig lages det nå 102 kunnskapsbaserte prosedyrer i helseforetakene. Disse blir snart supplert med 50 nye fra Oslo universitetssykehus som har vedtatt å lage en ny kunnskapsbasert prosedyre i hver avdeling i 2015 og 2016.

Kilde: Helsebiblioteket



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er kolostrum?

- A Et verktøy for tarmundersøkelse
- B Den første avføringen etter fødselen
- C Den første morsmelken

2 Hva er mokolavirus?

- A Afrikansk virus som gir rabies-liknende sykdom

- B Virus som setter seg på balansenerven
- C Influenzavirus, opprinnelig påvist i mongolsk Cola

3 Hva heter melkespreng på engelsk?

- A Exploding boobs
- B Milk pain
- C Breast bursting

4 Hva er polyonyki?

- A En gruppe bakterier
- B For mange negler
- C Flere nys etter hverandre

5 Hva viser prefikset splankno til?

- A Gjeller
- B Framfallen livmor
- C Innvoller

6 Hvordan unngå arr-skrumping etter operasjon?

- A Smøre operasjonssåret med Spenol
- B Ta omega 3-tilskudd
- C Gjør et S-format operasjonssnitt

7 Hva er det latinske ordet for tvilling?

- A Gemini
- B Virgo
- C Libra

8 Har eneggete tvillinger samme morkake?

- A Som oftest
- B Ja
- C Nei

9 Er toeggete tvillinger like viktige for forskningen som eneggete?

- A Nei
- B Ja
- C Det trengs det mer forskning på

10 Hvor stor andel av innlagte på akutt-mottaket ved OUS hadde promille i julebordsesongen i 2009?

- A 35 prosent
- B 20 prosent
- C 10 prosent



Exploding boobs: Hva heter egentlig melkespreng på engelsk?

- 😊 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: 1C, 2A, 3B, 4B, 5C, 6C, 7A, 8A, 9B, 10A

Randis hypokonderkryssord

😊	PLASS HINNE	▼	KRAFT- FULL	PREF.	LIKE	GUD DYR	▼	GEN ORGAN	▼	HINNE	TRISTE	VEI- FORK.	UTTALE	SAM- MEN- VOKS- NING	VEKST BIB.- DEL	▼	TULL	VALG VOK.	▼	DØDS- SYKE
KLINIKK	▶		▶	▶	▶	▶		▶		▶	▶	▶	▶	▶	▶		▶	▶		▶
▶																				
BLAD- TITTING		LEVER	▶		UNDER- LIGE	▶									BRUK- KET GUD	▶		LEVER	▶	
PREP.		FRED	▶		KONTO- DIFFE- RANSE		AVIS WC	▶		SÅR		LY	▶				EKST- REMI- TET	▶		
BRA	▶			VEI PRON.	▶								GAVMILD INNMARK	▶				TALL	▶	
▶		DAGES	VASSE	▶		RUS- MIDDEL		LEVER	RYDDE FUGL	▶		TAGG	▶		HEL- GEN		TALL	ADV.	▶	
YTRET	ELV		VARME TALL	▶			ORGAN FASE	▶				HÅPE MÅL	▶					EROB- RE YTRET	▶	
ST- ROPP	▶			GIVER	▶					S	▶		KOPI	▶						
DÅNE	▶									FUGL	▶						BØNN	▶		

Se løsning på kryssord side 73.



Meninger

Del 4 Sykepleien 01 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



KrF-politiker:
Rebekka Ljos-
land vil tilbake
til sykepleier-
jobben, en gang.

Rebekka den unge

Helsebyråd. Sykepleier Rebekka Ljosland har jobben med å kutte. Slik blir hun ikke «Queen of Bergen». **78**



Ressursbruk.

Sier nei til kort-
vakter. **74**



«Med skikkelig
betaling hadde
det kommet
så nært opp til
perfekt som
overhodet
mulig.» Steinar
Moen. **76**



Gammel idé. Vil
snakke mer om kor-
tere arbeidstid. **75**



Helse- og sykehusplanen. Nå er det mulig med en samlet gjennomgang og diskusjon om den videre utviklingen av sektoren.

Vi er bærebjelken i fremtidens helsetjeneste



Fakta

**Eli
Gunhild By**
Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

I slutten av november la regjeringen frem den lenge varslete helse- og sykehusplanen. Norge er et langstrakt land med varierende geografi, kommunikasjon og fremkommelighet med hensyn til vær og føreforhold. Det må tas hensyn til disse variasjonene når sykehusstrukturen legges. Norge har som nasjon over flere tiår investert i lokalsykehus og fagmiljøer, og dagens lokalsykehusstruktur er et resultat av langsiktige investeringer i personell, bygg og utstyr. Disse verdiene bør forvaltes videre på en god og fremtidsrettet måte.

I våre innspill til helse- og sykehusplanen har vi lagt vekt på at kravet til faglig forsvarlighet, nødvendig beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst når sykehusstrukturen legges og funksjoner mellom sykehus fordeles. NSF mener at det må sikres en helhetlig akuttmedisinsk kjede og tilgang til fødetilbud, der det er sammenheng i tilbud og kompetanse på tvers av sykehus og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En fremtidsrettet sykehusstruktur må være fleksibel og legge til rette for et nødvendig antall lokalsykehus.

MÅ SIKRE REKRUTTERING. Sykepleietjenesten er selvfølgelig sentral i våre innspill. Sykepleiere utgjør en betydelig ressurs i alle norske sykehus og er avgjørende for kapasitet og kvalitet i tilbudet. Denne kompetansen vil være bærebjelken i utviklingen av fremtidens sykehus.

«For NSF er det viktig å være involvert i disse prosessene både nasjonalt og lokalt.»

Vi vet at rekruttering kan bli en utfordring i fremtiden, og har derfor meldt tilbake om hvor viktig det er å opprettholde og videreutvikle fagmiljøer som sørger for god rekruttering. Det må sikres rekruttering av både sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere for å ivareta et godt tilbud ved det enkelte sykehus. Stortingsmeldingen om planen varsler også en

gjennomgang av videreutdanningene for sykepleiere for å sikre at innholdet er i samsvar med sykehusenes behov, og at det skal ses på muligheter for offentlig spesialistgodkjenning for enkelte mastergradsutdanninger i sykepleie. Dette er i samsvar med NSF's politikk og derfor godt nytt.

FOR DÅRLIG ORGANISERT. I den videre oppfølgingen av helse- og sykehusplanen ønsker jeg økt oppmerksomhet om ledelse, faglig innhold og kvalitet i sykehusene. Planen slår fast at sykepleiere er den tallmessig største personellgruppen i sykehusene, og at vår kompetanse er svært viktig for kvaliteten på tjenestene. Det må legges til rette for at denne ressursen brukes til beste for pasientene. Sykepleietjenesten i sykehusene er i dag for dårlig koordinert og organisert, og mangler innflytelse. Tjenesten mangler også systemer for dokumentasjon som legger til rette for et kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og utvikling.

OVERORDNET. Det er viktig å huske at det ikke er Stortinget som skal bestemme hvor mange sykehus vi skal ha i Norge, hvor de skal ligge og hvilke funksjoner de skal ha. Dette er også meldingen tydelig på. Stortinget skal trekke opp de overordnede rammene for utviklingen av sykehusstrukturen, som så skal legges til grunn for planarbeidet lokalt. For NSF er det viktig å være involvert i disse prosessene både nasjonalt og lokalt.

Som forbundsleder er jeg opptatt av å sikre at vår politikk er mest mulig omforent i organisasjonen, og balansere viktige hensyn på en god måte. På nyåret skal meldingen behandles i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Vi er klare. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Hr. Hansen ønsker å leve. Skal han få lou?

AVSLUTTE LIVET: I Sykepleien nr. 11–2015 har Lillian Lillemoen og Per Nortvedt, Senter for medisinsk etikk ved UIO, en artikkel («Fru Hansen vil ikke mer. Eller?») der de ser på tilfellet «fru Hansen». Fru Hansen bor ved et sykehjem og har fått lungebetennelse. Den siste tiden har det vært vanskelig å få henne til å spise og drikke. Pleiepersonell oppfatter dette som et mulig ønske om å avslutte livet. Pårørende ønsket en fortsatt behandling. Ingen vet imidlertid hva fru Hansen mener om saken.

Jeg har lyst til å løfte fram en annen side av samme tematikk. For noen uker siden døde en eldre slektning av meg. Han hadde da bodd på et alders- og sykehjem et par års tid etter at beina begynte å svikte. Kognitivt var han imidlertid oppegående. Han hadde et klart hode, og kommuniserte greit med omgivelsene. Så fikk han lungebetennelse. Første dagen klarte han både å spise og å ta medisiner, men deretter klarte han ikke å svelge. Sykehjemslege bestemte at det ikke skulle gis intravenøs næring, væske eller medisiner. De pårørende ba om at han i det minste burde få væske, men dette ble avslått med henvisning til at man ikke la ned så stor innsats for å holde gamle folk i live.

Medisinsk vitenskap har nådd langt, og vi kan i dag behandle langt flere sykdomstilstander enn for noen år siden. Enkelte behandlingsformer er arbeidskrevende og kostnadskrevende. Det er derfor forståelig at behandling nå vurderes ut fra kost/nytte, og slike vurderinger må sikkert i enda større grad gjøres i framtiden. Ett vurderingskriterium er alder. Man vil sette inn mer ressurser

for å helbrede yngre folk. Men hva er aldersgrensen for å få behandling? Jeg vil tro at en ressurs og kostnadskrevende behandling ikke vil bli gitt til folk langt oppi åttiårene, men hvor går grensen for å få en forholdsvis lite kostnadskrevende behandling for en infeksjon?

Da søsteren min, som er intensivsykepleier, kom tilbake på jobb etter bisettelsen, var hennes første pasient en 95 år gammel mann som hadde fått pacemaker. Sett i lys av prosessen rundt vår slektning virker det tilfeldig hvem som blir tilbudt livreddende behandling. Bør det være helt opp til behandlende lege hvilke tiltak som skal iverksettes?

Et vurderingskriterium for om behandling skal gis er også pasientens livskvalitet. Har det livet man behandler en pasient tilbake til en så god kvalitet at det er verdt å leve?

Hva er god livskvalitet? De fleste av oss er slik skrudd sammen at vi foretrekker det livet vi selv lever. Kriteriene for god livskvalitet vil derfor forandre seg igjennom livets faser og er ulike for forskjellige personer. Hvem skal da bestemme om pasienten har en god livskvalitet?

Min slektning ønsket selv å leve. Han gjentok dette ønsket flere ganger de siste dagene. Han hadde et sterkt hjerte og sterke lunger, men etter fem døgn uten væske, næring og medisin, og stadig økende doser med morfin, måtte selv han gi tapt. Jeg tror mulighetene for at han hadde kommet seg gjennom lungebetennelsen hadde vært gode hvis intravenøs antibiotikabehandling hadde startet tidlig. Slik dette utviklet seg, er jeg svært usikker på om han døde av lungebetennelse eller om han døde av uttørring. Mangel på

medisinsk hjelp ligger i grenselandet mot aktiv dødshjelp til en som ikke ønsket å dø.

Som Lillemoen og Nortvedt påpeker, hadde en forberedende samtale med beboer på et tidligere tidspunkt vært på sin plass. Lillemoen og Nortvedt påpeker samtidig at ansvar og endelig avgjørelse om behandling ligger hos ansvarlig behandler. Jeg er også enig i at ansvarlig behandler bør ta den endelige avgjørelsen, men ansvarlig behandler bør samtidig ta hensyn til beboers ønsker.

En gang vil kanskje jeg også flytte inn på et alders- og sykehjem. Jeg vil da vite at dette etter all sannsynlighet er endestasjonen. Jeg håper sykehjemmet, lenge før det blir min tur til å flytte inn, innfører rutiner med «bli kjent»-samtaler, der temaet behandling ved eventuell sykdom også blir tatt opp. Sykehjemmet kan da orientere om hvilken behandling beboer kan forvente å få, og han eller hun kan selv velge hva de ønsker å mota av behandling. Livssituasjonen kan forandre seg mens man bor på et alders- og sykehjem, så det må være lov å forandre ønsker eller ta temaet opp på nytt, men alders- og sykehjemmet vil da vite hva som er beboers ønske om behandling hvis man kommer i en situasjon der behandling kreves for å opprettholde livet. Endelig beslutning om behandling vil fortsatt ligge hos ansvarlig behandler, men hvis beboers ønsker avviker fra ansvarlig behandleres beslutninger, burde beslutningen også blitt sett på av en annen lege.

Denne innflytelsen ønsker jeg å ha over eget liv og død. Hva ønsker du?

Laila Fodnes Sidselrud

Løsning på kryssord i nr. 01/2016 (se side 70)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Feil tittel i nr. 12, 2015

MIN JOBB: Da vi presenterte intervjuet med Carola Karl Urvik i spalten «Min jobb», kom vi i skade for å presentere henne som sykepleier i faktarammen. Hun er jordmorutdannet, altså uten sykepleierutdanning i bunnen, fra Tyskland, slik det er beskrevet i artikkelen. Sykepleien beklager feilen.

Redaksjonen



Arbeidsgivere. Kreativiteten er stor for å tyne ressursene i helsetjenesten maksimalt.

Kortvakter – nei takk!

Nå vil arbeidsgivere bruke kortvakter for å dekke over for knapp bemanning. Det er en kynisk og kortsiktig arbeidsgiverpolitikk. Den rammer kvinnedominerte arbeidsplasser. Og den bidrar ikke til å rekruttere de 30 000 sykepleierne Norge vil mangle om 15 år.

ARBEIDSMILJØLOVEN. For et knapt år siden var det generalstreik i Norge for å bevare Arbeidsmiljøloven. Da handlet det blant annet om vern mot å jobbe for lange vakter. Likevel endret regjeringen loven slik at det ble lettere å innføre langvakter på 12,5 timer eller mer. Det skulle være et tiltak for å fremme heltid, ble det hevdet. Mens etterspørselen etter langvakter har falt, opplever vi i stedet stort press på å ta i bruk kortvakter. Og flere jobber deltid – stikk i strid med ønsket samfunnsutvikling.

NORMALARBEIDSDAGEN. Ett kvarter her og en time der ... er det så farlig? Det er det. Bruk av kortvakter forutsetter en stor andel deltidsansatte. Og det holder ansatte i deltidsstillinger, enten de vil eller ikke.

Normalarbeidsdagen for dagan-satte er 7,5 timer. Turnusarbeidere har gjennomsnittsberegning av sin arbeidstid; nattevakter på 10 timer, seinvakter på 8 timer og dagvakter

som hovedregel på 7,5 timer. Nå vil noen arbeidsgivere redusere disse vaktene til 6 eller 7 timer. Da kan ansatte dekke opp for flere vakter uten at man øker bemanningen.

Kortvakter gjør at ansatte må møte oftere på jobb enn stillingen skulle tilsi. Det betyr en reallønnsnedgang for den enkelte; økte utgifter til transport og barnepass og reduserte muligheter til å jobbe ekstra. Det er også belastende for arbeidsmiljøet, fordi presset øker på dem som er igjen på jobb, etter at kortvaktene er over.

BELASTENDE ARBEID. Turnusarbeid er belastende for helsa, men helt nødvendig i helsetjenesten. Hyppig skifte av ulike vakttyper, særlig nattarbeid, gjør turnusarbeidere utsatt for hjerte/kar-lidelser, søvnproblemer og brystkreft. Gode arbeidstidsordninger er turnusarbeidernes «vernesko». Det er ikke god arbeidsgiverpolitikk å tilby turnusarbeidere «rushtidsarbeid» i form av kortvakter der man er på jobb i høyaktivitetsperioden.

HELTIDSERKLÆRING. Nylig har KS og Delta, Fagforbundet og Sykepleierforbundet signert en ny heltidserklæring. Det er stor enighet om at flere må jobbe heltid. Da må det være hele stillinger å søke på. Full stilling og full vakt er hovedregelen i arbeidslivet. Slik er det ikke i helsesektoren. 60–70 prosent av de ledige stillingene i denne sektoren er deltidsstillinger. Den vanligste grunnen til at nyutdannede sykepleiere jobber deltid, er mangel på hele stillinger.

SYKEPLEIERMANGEL. Stadig flere sykepleiere jobber deltid. Og det er sykepleiermangel. Da kan vi ikke ha arbeidstidsordninger som opprettholder deltid. Bruk av kortvakter er en kynisk og kortsiktig arbeidsgiverpolitikk. Den svekker helsetjenestens omdømme og bidrar ikke til å styrke rekrutteringen. Sykepleierforbundets tillitsvalgte kan ikke inngå turnusavtaler der kortvakter brukes for å dekke over sykepleiermangelen.

Så kortvakter: Nei takk! ●



Fakta

**Karen
Brasetvik**

Leder for NSF i Østfold

«Kortvakter gjør at ansatte må møte oftere på jobb enn stillingen skulle tilsi.»



Arbeidstid. Hva tenker NSF om en normalarbeidsdag på 6 timer eller alternativt 30-timersuke?

En tanke som nekter å dø

Tanken om 6-timersdagen/ 30-timersuken lar ter til å være en tanke som nekter å dø.

KANSKJE TIDEN ER INNE.

Jeg leser at Fagforbundet har tatt opp spørsmålet om 6-timersdagen igjen. Noe jeg finner interessant. Hva tenker NSF og sykepleierne om å innføre en normalarbeidsdag på 6 timer eller alternativt 30-timersuke? Med full lønnskompensasjon?

NSF har i alle år arbeidet for å bedre lønns- og arbeidsvilkår for sine medlemmer, kanskje tiden er inne for å gå videre?

30-TIMERSUKE. Personlig tenker jeg det er lettere å arbeide frem mot 30-timersuke enn 6-timersdager i helsesektoren, slik at det fortsatt vil være tre skift i løpet av et døgn. Tror det skal bli vanskelig å få noen til å møte opp til en 6-timers nattevakt klokka 01, eller noe sånt.

En normal arbeidsuke på 30 timer – med full lønnskompensasjon – må ikke nødvendigvis innføres i ett jafs. Det kan gjøres med en halv time om gangen over tre tariffperioder. Disse endringene i arbeidslivet vil gi større

sykepleiermangel på kort sikt, men betale seg på lengre sikt. De vil gi flere i full stilling, flere år i arbeidslivet, færre sykmeldinger og redusere antallet sykepleiere som forlater yrket for å jobbe med noe annet. Det må da være økonomisk fordelaktig for arbeidsgiver, og god samfunnsøkonomi?

VIL JOBBE LENGRE. Det er noen fordeler med 30-timersuke: Det kan innføres lengre tid mellom vakter, noe som gir mindre sykefravær. Sykepleierne på gulvet kan sannsynligvis også jobbe lengre. Slik det er nå, blir altfor mange uføretrygdet når de er 50–55 år, ganske enkelt fordi de er utslitt.

Det er hardt arbeid å være sykepleier – eller annet pleiepersonale – på mange arbeidsplasser. Sykepleiere i administrative stillinger blir ikke fysisk utslitt på sammen måten, men det er ikke administrative stillinger til alle som får vondt i ryggen og like fullt må jobbe videre i flere år for å få en pensjon som det er mulig å overleve på. Alle har heller

ikke lyst på noen kontorjobb. Bør de ikke ha en reel mulighet for å jobbe ved sykesengene hele yrkeslivet?

PENSJONSALDER. En annen ting er pensjonsalderen. Kanskje den burde settes ned, nå når all erfaring viser at mange avslutter arbeidslivet som sykepleier med å søke uføretrygd?

Politiet og hæren har lavere pensjonsalder enn resten av samfunnet da deres arbeidsforhold ansees som krevende. Hvorfor ikke sykepleierne? Og da mener jeg først og fremst de som jobber i pleien, ikke de som har administrative stillinger.

KREVENDE JOBBER. Ideen om 6-timersdagen/30-timersuken lar ter i alle fall til å være en tanke som fremdeles er høyst levende. Det er interessant i seg selv, da det kan tolkes som uttrykk for et behov blant arbeidstakere som har krevende jobber og mye å henge fingrene i med arbeid, familie og fritid. Mange mennesker har travle liv. ●



Fakta

Inger-Marie Andersen

Sykepleier

«Sykepleierne på gulvet vil sannsynligvis klare å stå lenger i jobben.»



Sykepleiermangel. Helsetopper og politikere har et fremtidsperspektiv omtrent til nesetippen.

Skrikenende behov for spesialsykepleiere!



Fakta

Steinar Moen

Anestesi-spire

Nei, sier dere det? Dette var noe nytt! Ble skikkelig overrasket da jeg leste denne overskriften igjen, nesten like overrasket som når jeg leser en overskrift med ordet «eldrebølgen» i seg.

Ja, det vil bli et sabla rabalder når dagene kommer og pasienter dør fordi operasjonssykepleierne har blitt neglisjert i så mange år og blitt for få til å ta seg av den akutt syke pasienten. Eller når han eller hun som trengte traumekirurgi ikke blir dypt nok og nok smertelindret under operasjonen fordi det ikke er lønnsomt nok til at det blir utdannet nok anestesisykepleiere. Eller når familien Nordmannsen må se sin syke far dø i smerter og uro fordi den palliative sykepleieren ikke finnes. Faktisk har hele sykehistorien til Nordmannsen vært et helvete da han på tross av sin metastaserende cancer coli aldri har fått møte den onkologiske sykepleieren eller den psykiatriske sykepleieren som har sin spisskompetanse på hans problemfelt. De fantes en gang...

Jeg er selv en helt vanlig sykepleier på medisinsk sengepost, men når lønnsforhandlingene i 2016 starter, er jeg i gang med min videreutdanning.

Hvorfor velger man en videreutdanning? For mitt vedkommende har det ene og alene med faget i seg selv å gjøre. Jeg ønsker å få jobbe med det feltet innen sykepleien jeg synes virker mest spennende, som gir de største utfordringene og som jeg tror vil bidra til å utvikle meg selv til en bedre sykepleier. Det er ikke noe kall, det er ingen religiøs overbevisning eller en skyldfølelse som er årsaken, men selve faget.

Jeg er så heldig at jeg får støtte av arbeidsgiver (fremtidig) til å ta en videreutdanning. Uten det hadde det nok vært vanskelig å kunne forsvare det å ta et dypere dykk innenfor fagfeltet jeg skal bli knakende god i. Økonomien hadde vært bremsen.

VIDEREUTDANNING. Norsk Sykepleierforbund (NSF) kommer stadig med varskoer om at det vil være mangel på det og mangel på det. De setter i gang kampanjer å la «et

pennestrøk er nok». Det diskuteres å endre navn på spesialtitler. En kan endre navn på jordmor eller helsesøster til det en vil. Jeg tror ikke det er det som hindrer menn i å søke. De prater om lønn og utjevning av lønn. Lik lønn for likt arbeid, og den tralten der. Men det har ikke båret så veldig mange frukter ennå, selv om NSF skal ha kreditt for at de klarte å få gjennom at sykepleiere får 80 prosent lønn under videreutdanning (sett at en får avtale med arbeidsgiver).

Det er mange tiår siden folk tok utdanning som sykepleier fordi de hadde fått et kall. Dette må forbundet fortelle norske politikere og styrer i helseforetakene. Norske sykepleiere må også slutte med å nikke, neie og logre så fort et spa-

«Velferdsstaten knekker ryggen om sykepleieren blir borte.»

retiltak blir foreslått. Vi må opp, vi må gi beskjed og vi må fortelle allmennheten at vi er lei av å bli tatt for gitt.

Den viktigste personen på et sykehus er pasienten. Den nest viktigste er sykepleieren. Vi er uerstattelige, men selv om en milliard sykepleiere utenfor våre grenser skulle drømme om norsk autorisasjon, vil ikke pasientene våre få den helsehjelpen de har krav på, forventer eller fortjener uten at utenlandske sykepleiere har eminente språkkunnskaper.

En må faktisk innse at vi kommer til å måtte få mange flere sykepleiere hentet inn til våre helseforetak fra utlandet fremover. Dette fordi vi har helsetopper og politikere med et fremtidsperspektiv omtrent til nesetippen. På tross av advarsler og stadige oppslag er det sparing, sparing og sparing som er hovedfokus i den norske helsepolitikken i 2015. Det er hele tiden et spørsmål om hvordan ting kan gjøres mere effektivt, mer økonomisk forsvarlig og helst så hurtig som mulig.

VIKTIG JOBB. Det første som må gjøres er at nyutdannede får faste jobber i fulle stillinger. På denne måten vil også tiden fra man er ferdig utdannet sykepleier til man kan starte på en videreutdanning gå ned.

Det er ikke brått sikkert at det er dumt med mange år på baken før en tar en videreutdanning, men det blir ikke akkurat lagt opp til at det skal være mulig. MEN jeg mener bestemt at man må ha jobbet en viss tid for å opparbeide seg basisferdigheter, klinisk blikk og kommunikasjonskompetanse for i det hele tatt å kunne bli vurdert som skikket til å ta en spesialisering.

Det andre som må gjøres er at samfunnet faktisk forteller oss som er sykepleiere, spesialsykepleiere, eller de av oss som tenker å bli det, at «dere gjør en utrolig viktig jobb, og vi er fullstendig avhengig av dere for at vi skal kunne opprettholde gode helsetjenester her i landet». Dette gjør en ikke ved å drukne oss i innsparingstiltak, midlertidige ansettelser eller en lønn som er til å emigrere til de private av.

Vi står på for pasientene hvert bidige minutt hver eneste dag, året gjennom. Det er mange tusen av oss som ikke får feiret jul med våre kjære i år heller, vi er på jobb når andre har fri.

BLI VERDSATT. Men vi er sykepleiere, vi skal ha betalt for den jobben vi gjør, og vi skal ha betalt slik at det faktisk er fristende for dagens ungdom å velge det samme sporet som vi allerede har valgt. Lønnsforskjellen på en sykepleier med full ansiennitet og en spesialsykepleier med full ansiennitet er så lav og lite fristende at en skulle tro videreutdanningen var to helgeseminarer.

Lønna for spesialsykepleieren må opp! Om jeg ikke husker feil, lønner Sykehuset Innlandet sine spesialsykepleiere med cirka 469 000 kroner i grunnlønn. En sivilingeniør har 5 år på høyskole – hvor mange av dem har 469 000 kroner i grunnlønn med full ansiennitet?

Det genereres masse penger til den norske stat med trykkontroll av dyser innenfor oljenæringen, men hvem skal sørge for at ingeniøren og arbeidsgiveren hans er trygge på at han kan fortsette med dette om han skulle bli syk eller datter ned ei trapp og knekker ankelen? Hvor lønnsomt er det at ingeniøren må vente 8 måneder i kø, få sykepenger etc. i påvente av at han skal få den operasjonen som får ham tilbake i arbeidslivet? Hva med rehabiliteringen han trenger etter operasjon?

Ja, jeg skriver nå som om sykepleieren er den viktigste yrkesgruppen i samfunnet, og det er vi! Men vi er «dessverre» eller kanskje en skal si «heldigvis» bare det for den syke, for den døende, for den nyfødte og for den med ukontrollert tankespinn.

Vi er ikke det for helsetoppene og helsepolitikkerne. For dem er vi bare en av mange som møter pliktoppfyllende på jobb, utfører jobben vår på en eminent måte og går hjem igjen etter endt arbeidstid.

Er du frisk og rask og har en familie som også er det, reflekterer du ikke så mye over jobben som legges ned blant personell i hvitt, grønt eller blått. Men etter en tid på medisinsk sengepost har jeg mange ganger fått høre, spesielt av pasienter, men også av pårørende: «Dere som gjør en så god og viktig jobb, hvordan kan dere stå i dette med så dårlig betalt?»

TATT FOR GITT. Saken er vel den at vi får ingen anerkjennelse fra samfunnet, vi blir tatt for gitt, og det er jeg pisselei av! Jeg elsker allikevel jobben min og vet ikke om jeg ville byttet den ut for noe annet. Men jeg ønsker meg en lønn det går an å leve godt av. Jeg har 3-årig høyskoleutdanning for å kunne være i stand til å yte god helsehjelp til trengende. Jeg skal i gang med en 1,5 årig videreutdanning for å kunne yte dette til en ny pasientgruppe. Det er ramaskrik etter meg, både som mann og som spesialsykepleier, og da synes jeg jaggu meg jeg skal få igjen noe annet enn utrolig gode kolleger, pen omtale i diverse medier og det å føle at en har utgjort en forskjell for et medmenneske i dag.

Får spesialsykepleierne et fortjent og reelt lønnshopp, er

«Med skikkelig betaling hadde det kommet så nært opp til perfekt som overhodet mulig.»

jeg overbevist om at enda flere søker seg til grunnutdanning og derav flere som senere vil ta en videreutdanning i geriatri, psykiatri, onkologi, anestesi eller kardiologi, for å nevne noen spesialiteter. Lønn forteller om du blir satt pris på eller ikke. I mitt hode er det dette som må til. Noen mumler om eldrebølger og komplekse helsetilstander. Snart er vi der, og da er det for sent. Ting må gjøres, og det må gjøres NÅ.

Jeg stoler på at NSF vil være villige til å sette hardt mot hardt og sørge for at den politiske ledelse blir realitetsorientert og kommer seg ut av det deliriet den har gått i de siste ti årene. Vi kan ikke ha et helsevesen som har som hovedoppgave å gå med overskudd og stadig sette verdensrekorder i innsparing. Helse koster penger, det har alltid kostet penger og det SKAL koste penger. Det er tross alt menneskers ve og vel vi her har med å gjøre hver bidige dag, i enhver pasientkontakt, i enhver samtale med pårørende, hver gang en trekker opp en injeksjon. Det er ikke antall syltetøyglass eller aluminiumsfelger som kommer på rullebåndet hvert minutt vi håndterer. Det er et menneske i en eller annen form for krise, det er pårørende og venner til dette mennesket, og disse har krav på å bli tatt på alvor, ikke få en strekkode og beskjed om at «deg tjener vi så og så mye på, deg taper vi så og så mye på».

HELSE KOSTER. Innse at i dagens samfunn er det lønn, status og arbeidsvilkår som fører til rekruttering! Ei jente på 19 år som er ferdig med videregående og har tenkt å søke seg til universitet/høyskole, reflekterer nok en del rundt hva hun vil bruke de neste 40 årene av livet sitt til. Vil hun feire jul med kolleger eller vil hun feire med familien sin? Vil hun sove om natten eller vil hun være våken? Vil hun gå i 17. mai-tog med barnet sitt? Sjansen for at hun vil velge en grunnutdanning i sykepleie og deretter en spesialisering er nok mye større om hun faktisk føler hun får noe igjen for det hun må ofre: Tryggheten i en fast full stilling, gode arbeidsvilkår og en lønn hun kan leve av. Med dette hadde det kommet så nært opp til perfekt som overhodet mulig. Tross alt har vi et utrolig givende yrke! ●



Byråd som har troen

Historisk ung. Det er en grunn til at sykepleier Rebekka Ljosland, landets yngste byråd, går med munn-til-munn-maske i vesken. ● Tekst og foto Marit Fonn



Rebekka Ljosland

Hvorfor: Fordi hun er sykepleier og helsebyråd i Bergen

Stilling: Byråd for helse og omsorg (KrF) i Bergen

Utdanning: Sykepleier i 2012. Snart halvveis med klinisk master i kardiologisk sykepleie

Alder: 25 år



Ung: Da sykepleier Rebekka Ljosland sa ja til å bli helsebyråd i Bergen, ble hun historisk. Hun var 24.



Jo da, hun er ung, slik Bergens Tidende, Dagsrevyen og mange andre medier har gjort et nummer av. Men hun tenker lite på det selv.

Sykepleier Rebekka Ljosland ble historisk sist høst. Da sa hun ja til å være helsebyrå i Bergen, 24 år gammel. Aldri har en byrå i Norge vært så ung. Ljosland tar oppmerksomheten med ro. Hun bare registrerer at alder er en kvinnesak.

– Da to menn ble byråder i 2009, var de bare noen måneder eldre enn jeg er nå. Det ble ikke noe oppstuss rundt det.

Det er et par dager til jul. Byråden sitter med korslagte armer ved enden av møtebordet på kontoret i Bergen rådhus. Hun har permisjon fra sykepleierjobben på hjerteavdelingen på Haraldsplass diakonale sykehus.

– Kvinner får oppmerksomhet for andre ting enn menn, som alder og utseende. Men jeg har brukt det til å snakke om drømmer og politikk. Så jeg er glad for det.

«**DU ER SØT, MEN ...**». I valgkampen var hersketeknikker mot unge politikere et tema. Ljosland sa til NRK at hun har fått høre at «du er søt og ung, men du har ikke peiling på politikk».

Nå demper hun seg:

– NRK spritet opp den saken. Etter ti år i politikken kan jeg

«Troen lever i hjertet mitt.»

telle slike episoder på en hånd. I eget parti har jeg blitt heiet fram fra første stund.

Som 15-åring var hun aldri i tvil: Det måtte bli Kristelig Folkeparti.

– *Hvor gammel føler du deg?*

– Ikke eldre enn jeg er, heller yngre. Nå har jeg fylt 25, en perfekt alder.

Hun visste hva hun gikk til: Kutt.

– Fra dag én var det tøffe budsjettforhandlinger. Det er vondt å kutte. Jeg er opptatt av å lytte, samtidig som jeg må ta tøffe prioriteringer. Det er ikke for å bli «Queen of Bergen» jeg har valgt dette.

– *Hva har gjort mest vondt hittil?*

– Økningen i antall eldre er så voldsom i forhold til størrelsen på pengesekken. Men jeg vil gjøre eldreomsorgen bedre.

– *Hvordan kan eldre får det bedre når du kniper på kronene?*

– Mange frivillige og pårørende har signalisert at de vil bidra mer. Det blir lettere når flere får ensengsrom på sykehjem.

Hun løsner grepet så armene kan bevege seg fritt.

– Vi må bruke mer velferdsteknologi og smarte løsninger når vi ikke har nok folk. Det utdannes 2 000 for få sykepleiere i året.

Elektroniske nøkler, mobilomsorg, nye typer

trygghetsalarmer, det er mye å velge i.

– Det fins en helt genial sensor: Hvis en hjemmeboende pasient står opp om natten og ikke kommer tilbake til sengen, får hjemmesykepleien melding om det.

MAMMA ER MODELL. Ljosland snakker i vei på politikers vis. Mest om det som er bra. De to nye kreftkoordinatorene og trainee-ordningen i kommunen, for eksempel, og hvor mye hun beundrer dem som jobber på legevakten, i hjemmesykepleien og på sykehjem. Hun er glad for at mange videreutdanner seg i palliasjon, for både lungesykdommer og kreft krever sitt ute i kommunen.

– *Snakket du mye da du var liten og?*

– Jeg var tidlig ute med å gå i klinsj med guttene når de sa stygge ting om meg eller andre. Jeg kjempet for rettferdigheten.

Hun legger armene i kors igjen.

Da hun var ti, visste hun hva hun skulle bli. Hun ville jobbe med mennesker, og hjemme hadde hun en god modell: Mamma. Rebekka så intensivsykepleieren komme fornøyd hjem fra jobben i tredelt turnus. For det meste har hun jobbet full tid, og det gjør hun fortsatt, etter å ha passert 60 år.

– Jeg har bare hørt positivt om jobben hjemme, forteller datteren.

Å snakke ned yrket ved å klage over hvor travelt det er og hvor sliten man er, har hun ikke sansen for.

– Fortell heller hvor meningsfylt det er. Jeg har en enorm yrkesstolthet og tenker med glede på at jeg skal tilbake til sykepleien.

– *Kanskje du ikke skal tilbake?*

– Jeg tenker nå at jeg skal det.

Også storebroren er helsearbeider. Han er lege.

STØTTENDE MANN. Før het hun Rosslund. Da hun giftet seg, skiftet hun ut to bokstaver i etternavnet sitt. Tor André Ljosland traff hun som ungdomspolitikker, på landsmøter og konferanser. I noen år var det heftig pendling mellom Bergen og Notodden, der mannen hadde ulike KrF-verv. Så ble han politisk rådgiver i byrådet i Bergen.

Da Rebekka ble byråd, sa Tor André opp jobben som PR-rådgiver fordi en av kundene var et vikarbyrå brukt av Bergen kommune.

– *Er det nødvendig med støtte hjemme for å være politiker?*

– Det er helt avgjørende. Jeg hadde aldri sagt ja hvis Tor André ikke støttet meg. Vi tar beslutninger i fellesskap. Dette er en krevende jobb over flere år.

– *Er det du i familien som skal gå for en politisk karriere?*

– Jeg vil si at han er det største talentet. Etter åtte år i kommunestyret er han absolutt en ringrev med sine 33 år.

Utenom jobb bruker de heller tiden på å være sosiale og gå fjellturer enn å snakke om politikk.

– Men felles bakgrunn i politikken er en kjempefordel. Vi



Tester: Rebekka Ljosland prøver ofte ut politiske argumenter på sin rådgiver Reid Ivar B. Dahl.



Hobby: – Sport og musikk er mine hobbyer, sier Ljosland. Her underholder hun på julebord. Foto: Privat



2011: Som sykepleierstudent i Madagskar tar Ljosland imot et barn ved hjelp av keisersnitt. Foto: Privat

forstår hvorfor vi må jobbe lange dager. Politikk er ikke hobby. Musikk og sport er mine hobbyer.

Da hun var 16, var håret svart og hun var vokalist i et hardrockband.

FOR MYE RØLP. – Noe du er spesielt fornøyd med som byråd?

– Jeg er glad for at alkoholpolitikken har fått et tydelig helseperspektiv.

Det er ikke lenger næringsbyråden som har ansvar for skjenkeløyver og når barene skal stenge, det er Ljosland.

Leger og sykepleiere har stoppet henne, ringt og sendt mail. «Endelig!», sier de.

– Det er for mange legevaktinnleggelser og direkte skader av alkohol, det har jeg sett selv. Tre, fire-fem i promille – da er du fryktelig dårlig.

Ljosland refererer til at 36 prosent føler seg utrygge når de er på byen og at flesteparten av dem er kvinner.

– Når jenter er redde for voldtekter, trakassering og blind

vold på byen, må vi ta grep.

Hun var med politiet forrige helg.

– Mange som ikke er vant til å være ute på byen, går ut i julebordsesongen. En del kan oppleve å bli seksuelt trakassert.



«En tisset under bordet, andre spydde.»

– Har du opplevd det selv?

– Du trenger ikke være lenge på byen før du får uønsket oppmerksomhet. Det er kort vei fra å danse og ha det kjekt til det blir ugreit. For mange er overstadig beruset. På runden med politiet var det en som tisset under bordet, andre spydde.

– Du så det selv?

– Ja, og Tv2 filmet det. Det handler om trygghet og helse.

Til våren skal skjenketidsgrensen reduseres fra klokken 3 til 2.30.





– 14 prosent av korttidssykefraværet skyldes alkohol. Ifølge NRK foregår 40 prosent av alkoholkonsumet i jobbsammenheng.

Ljosland rører ikke alkohol selv.

– Er det ubehagelig når andre drikker?

– Nei, langt ifra. Men vår drikkekultur er krevende. Helgefylla kombineres med sydenvaner, det kan bli dobbelt opp. Alkohol er det største sosiale problemet med tanke på bo-

«Jeg så dem ta sine første skritt etter ulykken.»

stedsløse, barn som lider og rusavhengighet. Utgiftene er kjempestore.

– Kan du se noe positivt med alkohol?

– Man kan ha det hyggelig sammen og det kan gi gode matopplevelser. Jeg ønsker et rikt uteliv der alle føler seg trygge. Det er for mye rølp natt til lørdag og søndag. Vi ber turistene holde seg unna sentrum.

– Har du fått kjeft fra noen?

– Veldig lite. Men NHO Reiseliv har sagt de er litt bekymret. Ljosland sier hun vil følge politiets anbefalinger.

GÅR I TABERNAKLET. – Hvordan er det å være pinsevenn?

– Fint det. Troen er det viktigste i mitt liv. Men jeg er opp-tatt av å være politiker for alle. Derfor er jeg glad jeg er med i et parti som mener at alle er like mye verdt.

Hun vokste opp i et pinsevenn-hjem. Hun går i kirken, det vil si tabernaklet, på søndagen.

– Troen lever i hjertet mitt.

– Er det for lite åndelighet i sykepleien?

– Ja, pasientene får ikke dekket sine åndelige behov.

– Du er kanskje mindre redd for å spørre siden du er trygg i troen?

– Tror det, men det er alltid pasientens agenda som gjelder, enten du er kristen, muslim, hindu eller ikke-troende.

– Hva spør du om?

– Har du en tro? Hva er viktig for deg? Har du noen siste ønsker? Det åpner seg alltid noe. Av og til har de ingen ønsker. Eller de ønsker en prest, en imam eller katolsk prest.

– Blir du bedt om å be?

– Ikke ofte. Det har skjedd. Av og til ønsker pasienten bare å få ro og stillhet. Jeg har veldig god dialog med prestetjenesten.

Som sykepleierstudent hadde Ljosland praksis på nevrologi på Haukeland. Der traff hun mange trafikkskadete gutter på sin egen alder. Hun fikk være med og se når de lamme trenet i bassenget.

– Jeg så noen ta sine første skritt etter ulykken. De hadde

fått høre at de kanskje aldri ville kunne gå igjen. Det er en av få ganger jeg har fått tårer i øynene på jobb.

Hun fikk se det norske helsevesen på sitt beste. Kontrasten så hun da hun var i utveksling på Madagaskar.

– Hvis ikke pårørende var der, kunne de bli liggende i sin egen avføring. I Norge kan vi bli kjeftet på fordi vi tar bringebærsyltetøy på skiven i stedet for jordbærsyltetøy.

– Hvem kjefter?

– Pasientene, men en sjelden gang. Når de sier «jeg har sagt at jeg ikke skal ha Jarlsberg!», husker jeg raskt på Afrika.

HJERTESTANS PÅ GATEN. Ljosland har alltid med seg vesken. Oppi den har hun håndsprit, paraply, smertestillende og lesebrett. Og et nøkkelknippe med en munn-til-munn-maske.

Den er der ikke uten grunn. To ganger har hun opplevd hjertestans på gaten. En i Liverpool og en rett borti gaten her, midt på dagen.

Hun hadde baguette i den ene hånden, juice i den andre, treningsbagen over skulderen. Mannen var bevisstløs og pus-tet ikke. Det var bare å starte.

– Ble det munn til munn?

– Nei, hjertekompresjon. Munn til munn lot jeg være på grunn av risikoen.

Begge hjertestansene skyldtes overdoser.

– Da er det ekstra viktig med maske, men det hadde jeg ikke. Som sykepleier skal du alltid overveie risikoen.

Hun fikk høre at det gikk bra med begge.

– Skjer hjertestansen på sykehuset, kommer de løpende med en tralle. Det er noe helt annet på gaten. Da må du ringe 113, ha samtalen på høyttaler og gjøre kompresjon samtidig. Det er viktig å ha noen som avlaster deg. Hvis du komprimerer i ti minutter, blir det dårlig kompresjon av det. Og det er helt avgjørende at du kommer i gang med en gang.

På bord og hyller ligger halvskrevne julekort. Et møte utenfor huset venter. Ljosland forlater julekortene og stikker av gårde i rosa regnfrakk. Skuldervesken er med.

Igen står en politisk rådgiver med Sykepleien Forskning i hendene. Reid Ivar B. Dahl har fått i lekse å lese en artikkel om skolehelsetjenesten.

– Hun er veldig glad i forskning, bekrefter han.

– Hvordan vil du beskrive henne med tre ord?

– Energisk. Idealistisk.

Det tredje må rådgiveren tenke på. I mellomtiden viser han seks bilder som henger borti gangen. De er av Ljoslands forgjengere. Alle er damer. Tre av dem er sykepleiere, blant annet Trude Drevland, Høyre-ordføreren som trakk seg fra valgkampen og ble siktet for grov korrupsjon.

Dahl leter etter det tredje beskrivende ordet.

– Det må bli noe med at hun ikke er forutinntatt. Hun liker å få prøvd ut argumenter. Og kan snu før hun konkluderer. ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 01 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Gamvik kommune

Gamvik kommune med sine rundt 1142 innbyggere ligger på 71° N, helt inntil den arktiske klimasonen og gir en smak av arktisk magi. Er du tøff og eventyrlysten kan et opphold her være noe for deg. Her rår naturen med mye vær, og kan utfordre selv de tøffeste jenter og gutter. Her får du opplevelser du aldri vil glemme. Kommunen har egen flyplass, hurtigruteanløp og et godt utbygd servicetilbud som er lett tilgjengelig. Vi bor i et trygt og inkluderende samfunn. Er du eventyrlysten, kan du søke på våre ledige stillinger.

2.GANGS UTLYSNING. HELSELEDER 100 % FAST STILLING

Da vår helseleder er valgt til kommunens nye ordfører, trenger Gamvik kommune ny helseleder.

Helseleder sitter i rådmannens ledergruppe. Ansvarsområdet er den totale helsetjenesten i kommunen med sykehjem, sykestue, hjemmebaserte tjenester, helsesøstertjeneste og legetjenesten. Sistnevnte i et samarbeid med Lebesby kommune. Helse er den største sektoren i kommunen. Kommunen står overfor spennende utfordringer innen feltet, da befolkningsutviklingen innen kort tid gir en forholdsmessig større andel av eldre over 80 år enn vi har i dag.

Sentrale ansvars- og arbeidsoppgaver:

- Lede og koordinere kommunens helsetjenester i samarbeid med mellomlederne.
- Drive en kvalitativ god og kostnadseffektiv tjeneste.
- Ha sterkt fokus på utvikling av tjenestene da også velferdsteknologi
- Videreutvikle rutiner for-, samt koordinere og samordne tjenestene for helhetlig ressursutnytting i sektoren
- Ha det overordnede personal- og økonomiansvaret for sektoren
- Forberede saker for politiske organ og følge opp politiske vedtak

Vi søker en medarbeider som:

- har høyskoleutdanning med autorisasjon innen aktuelt helsefag
- har ledererfaring og gjerne lederutdanning
- kan vise til resultater fra lederarbeid
- har evne og vilje til å samarbeide med de andre sektorlederne om å nå felles mål for kommunen
- har kjennskap til lovverket knyttet til offentlig saksbehandling, særlovene og brukerrettigheter
- det forutsettes at søker har gode norskkunnskaper både skriftlig og muntlig og med god framstillingsevne

Vi tilbyr:

- gode arbeidsforhold
- fleksitid
- konkurransedyktiglønn
- flytteutgifter etter regulativ
- mulighet for å leie bolig
- det forutsettes at søker har gode norskkunnskaper både skriftlig og muntlig og med god framstillingsevne

Spørsmål vedr. stillingen rettes til rådmann Ellen Beccer Brandvold, tlf 95243788 eller ellen.beccer.brandvold@gamvik.kommune.no

Attester og vitnemål skal ikke legges ved, men medbringes ved eventuelt intervju eller etter forespørsel. Disse vil ikke bli returnert.

Søkere bes oppgi 2 referanser i søknaden.

Søknadsfrist: 25. januar.

Søknaden sendes elektronisk til postmottak@gamvik.kommune.no



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo, i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

PhD-stipend

Utlysning av PhD-stipend tilknyttet HelseVel prosjekt i samarbeid med UiO/avd for sykepleievitenskap (NFR prosjekt 239766)

Ett doktorgradsstipend tilsvarende tre årsverk i 100% stilling.

Det overordnede målet med prosjektet er å utvikle, beskrive og evaluere nye kommunale tjenestemodeller for syke eldre brukere i tett samarbeid med et utvalg kommuner. Hensikten er å bidra til bedre og mer omfattende kommunale tjenester og redusere behovet for mer kostnadskrevende og spesialiserte tjenester.

Søknadsfrist 1. februar 2016.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



Kirurgisk klinikk - Operasjonsavdelingen Operasjonssykepleier

Ledig 100 % fast stilling og vikariat

Operasjonsavdelingen er stor innen elektiv ortopedi med hovedvekt på protese- og artroskopiske skulderoperasjoner. Vi har også ønh med barn, nese- og bihulekirurgi, samt generell kirurgi med hovedvekt på laparoskopiske hernieoperasjoner.

Operasjonsavdelingen tilbyr dagstilling 100 % fast og vikariat. Vi har nye flotte lokaler, ordnede arbeidsforhold og positivt arbeidsmiljø i en velorganisert og effektiv avdeling. Opplæringsprogram følges med veiledning av kontaktsykepleier. Vi har 4 ukers fellesferie.

Vi søker ansvarbevisste medarbeidere som liker utfordringer og trives med å jobbe i et høyt arbeidstempo. Du må være faglig engasjert, fleksibel og ha gode samarbeidsevner.

Se full utlysningstekst på www.LDS.no

Søk via www.lds.no innen 30.01.2016



Lovisenberg Diakonale Sykehus

0440 Oslo, Tlf: 23 22 50 00, www.LDS.no

SYKEHUSET ØSTFOLD

Vi søker:

Seksjonsleder

Barne- og ungdomssenteret – Nyfødtintensiv

Søknadsfrist: 31. januar 2016

Mer info: www.sykehuset-ostfold.no/jobb



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.

Instituttledere

UiS søker leder til følgende institutt ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet:

- Institutt for helsefag
- Institutt for sosialfag
- Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag

Instituttleder er leder for den samlede virksomheten ved instituttet. Hun/han rapporterer til dekan og inngår i fakultetets ledergruppe. Instituttleder skal legge til rette for og stimulere til gode forskningsmiljøer og høy kvalitet i utdanningene, samt inspirere og motivere studenter og ansatte til faglig utvikling.



Utforsk jobbmulighetene
på www.uis.no

UTFORDRER. UTFORSKER.



Hjørdal kommune

Hjørdal kommune ligg i Aust-Telemark med grense til kommunane Notodden, Tinn og Seljord. Kommunen har ca. 1600 innbyggjarar og er ein triveleg kommune med gode og trygge oppvekstvilkår. Sauland er kommunesenteret og ligg ca 15 min frå Notodden.

SJUKEPLEIARAR

- 100 % fast stilling dag/kveld med arbeid kvar 3. helg.
- 70 % stilling natt med arbeid kvar 3. helg.

Hjørdal sjukeheim

Sjukeheimen har 28 plassar, 22 på sjukeavdeling og 6 på skjerma avdeling. Sjukeheimen har eit godt samarbeid med helse/legekontor som ligg nær inn til Sjukeheimen. På Sjukeheimen er det engasjerte tilsette som brenn for jobben sin og no treng vi fleire kollegaer.

Vi vil bidra med

- Sjukepleiarar får kr. 25000,- ekstra i heil stilling.
- Sjukepleiarar som jobbar natt mottar i tillegg kr. 20000,- ekstra i 75 % stilling.
- God pensjonsordning gjennom KLP
- Bakvakter innbakt i turnus. Medfører færre aktive vakter og meir fritid.
- Dyktige og engasjerte kollegaer.
- Stor mulighet til å påverke eigen kvardag.

Spørsmål kring stillingane kan rettast til: Einingsleiar Hjørdal Sjukeheim, Gro Vestmoen Bjørndalen, tlf 99 23 17 98.

Fullstendig utlysning finnast på www.hjordal.kommune.no

Søknadsfrist 29.01.16



Nøstret Bo- og Omsorgsenter søker SYKEPLEIERE eller VERNEPLEIERE til to stillinger

Nøstret er et langsiktig bo- og omsorgstilbud til mennesker med behov for oppfølging i forhold til psykisk helse. For mer info se våre hjemmesider www.nostret.no

- Oppstart oktober 2016, eller etter avtale.
- Stillingsstørrelse inntil 100 % etter avtale.

Søkeren må beherske norsk skriftlig og muntlig godt og ha gyldig sertifikat. Personlig egnethet, videreutdanning og erfaring vektlegges. Autorisasjon, cv og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:
Avdelingsleder Tove Jensen: 93201328
Virksomhetsleder Håvard Jakobsen: 91624395

Søknad merkes "Søknad 1/16" og sendes til: post@nostret.no
Eller pr. post til:
Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS
Bønsnesveien 171
3530 Røyse,

Søknadsfrist: 15.02.2016



AVDELINGSSYKEPLEIER

Vi har ledig stilling som avdelingssykepleier ved intermedieavdelingen virksomhet VLMS 01.02.2016. Vi søker nå etter deg som ønsker å være med å bygge opp et nytt og spennende tilbud for Valdresregionen.

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no ledig stilling. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Ønsker du ytterligere opplysninger om stillingen kontakt virksomhetsleder Toril Naustdal, tlf. 970 43 084 eller e-post: toril.naustdal@nord-aurdal.kommune.no

Søknadsfrist: 26.januar 2016

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

Kristiansund sykehus
Medisinsk avdeling

Sykepleiere - ferievikarar 2016

Har du anledning til å bidra med din kompetanse i sommer, ser vi frem til å høre fra deg. Vikariatene gjelder f.o.m. ca. uke 25 t.o.m. ca. uke 34

Kontaktinformasjon:
Carina Wollan Myhre, seksjonsleder, tlf. 71 12 22 86



STILLING I PSYKIATRITJENESTEN

Det er ledig stilling i psykiatritjenesten for deg med 3 årig relevant høyskoleutdanningen, gjerne med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Stillingen er et 100 % vikariat frem til høsten 2019.

Arbeidet består i samtaletterapi i forhold til barn/ungdom og voksne, og det er et tett samarbeid med andre kommunale tjenester, samt 2. linjetjenesten. Psykiatritjenesten består, i tillegg til poliklinisk virksomhet, av et dagsenter. Stillingen er på dagtid, arbeidssted er på Rjukan.

Lønn i h.h.t. tariffavtale, ellers gjelder vanlige kommunale vilkår i h.h.t. lover og regler. Nærmere opplysninger om stillingen kan rettes til fagleder Frøydis Miland på tlf. 35 08 29 98 eller enhetsleder Merethe Skui på tlf. 35 08 29 88

Benytt gjerne kommunens elektroniske søknadsskjema eller send søknad til postmottak@tinn.kommune.no. Eventuelt send søknad med attester og vitnemål merket med ID nr til Tinn kommune, Postboks 14, 3661 Rjukan. Ettersendelse av vitnemål og attester merkes med ID nr og sendes til Tinn kommune, Postboks 14, 3661 Rjukan.

Søknadsfrist: 25.01.2016

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**
- **VIKARSYKEPLEIER på kveld og helg.**

Vi ønsker oss dyktige medarbeidere som har

- kompetanse og erfaring fra fagfeltet geriatri
- gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- humør og evne til å arbeide i et miljø med omstilling

Vi kan tilby

- spennende og godt arbeidsmiljø
- gode kollegaer og utviklingsmuligheter
- lønns- og arbeidsvilkår

Nærmere opplysninger fås fra daglig leder Geir Karlsen 22510155
Søknad med CV sendes Kajalund sykehjem Sollerudveien 35 0283 Oslo innen **25.01.16**. Geir.Karlsen@kajalund.no



AVDELINGSLEDER 100 % FAST STILLING

Nesoddtunet sykehjem

Nesoddtunet sykehjem har pr i dag 118 plasser.

Stillingen som avdelingsleder er for 2 somatiske langtidsavdelinger med 32 plasser fordelt på 2 etasjer.

Avdelingsleder er underlagt virksomhetsleder sykehjem og vil inngå i avdelingsledergruppen.

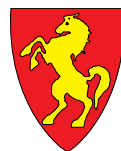
Arbeidsoppgaver ut i fra delegeringsreglement og lederavtale.

Vi til byr

- Et variert arbeid med spennende faglige og ledelsesmessige utfordringer
- Godt arbeidsmiljø, åpen kreativ og positiv personalgruppe.
- 37,5 t. uke/fleksitid

Full utlysningstekst finner du på nesodden.kommune.no/ledige-stillinger

Søknadsfrist: 24.01.2016



Nord-Fron kommune

- Midt i Peer Gynts rike -

Virksomhetsleder på institusjon

100 % fast stilling som virksomhetsleder på Institusjon, Sundheim Bo- og Treningssenter, er ledig frå 01.04.16.

Søknadsfrist 28.01.16

Gå inn på www.nord-fron.kommune.no for søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst, ev. spørsmål rettast til 61 21 61 00.

Kommunehuset, Nedregate 50 - 2640 Vinstra. Tlf. 61 21 61 00.
www.nord-fron.kommune.no - post: postmottak@nord-fron.kommune.no

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS) er en avdeling i Cappelen Damm Akademisk, med hovedkontor i Oslo og filial i Danmark. Cappelen Damm AS er Norges største forlag, med et utgivelsesprogram som omfatter lærebøker, digitale læremidler, fagbøker, skjønn- og generell litteratur, verk og kart. Cappelen Damm Akademisk er et eget forretningsområde i forlaget og en ledende utgiver av bøker og digitale produkter for høyere utdanning og profesjon, med ca. 40 ansatte i Oslo, Kristiansand og København.

PPS Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Vil du være med å videreutvikle en fremtidsrettet e-helsetjeneste? Norges første og største digitale prosedyreverktøy søker deg!

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten, PPS, ble etablert i 2001 og er pioneren innenfor feltet. PPS brukes ved alle sykepleierutdanninger, i 320 kommuner og en rekke sykehus og institusjoner i Norge, og har en ledende posisjon også i Danmark. Vi gjør ingen kompromisser på kvalitet, og vår ambisjon er å bidra til beste praksis i et helsevesen som er i stadig endring i Norge, Norden og internasjonalt.

PPS og Cappelen Damm Akademisk er Nordens største sykepleieforlag, og vil nå styrke redaktørteamet med enda en dyktig og ambisiøs medarbeider.

Les mer på vår hjemmeside, www.ppsinfo.no, eller på Finn.no (Finn-kode: 69346822).

Ta gjerne kontakt med oss:

Ann Kristin Rotegård, avdelingssjef i PPS, 414 77 113 / ann.kristin.rotegard@cappelendamm.no
 Birgit Skaldehaug, forlagssjef, 991 52 728 / birgit.skaldehaug@cappelendamm.no

CAPPELEN DAMM



LØDINGEN KOMMUNE



Lødingen er geografisk sentrum i Hålogaland, Nord-Norges mest folkerike område. E6 og E10 knyttes sammen i Lødingen og er innfallsport til Lofoten, Vesterålen og Harstadregionen. Evenes lufthavn, Harstad, Narvik, Sortland og Svolvær er 50-90 min. biltur unna. Lødingen tettsted har 1.800 innbyggere. Miljøet er småbypreg, med tjenester og servicetilbud nært oss. I gåavstand finner du forretninger, kafétilbud, skoler, barnehage, idrettsanlegg og båthavn. Jada, vi har digitalkino med 3D også. Badestranda Bankfjæra, lønnetrærne, parkområdene og trehusbyggelsen rammer inn et sosialt folkeferd. Vi lever det gode liv i Lødingen.

Avdelingsleder ved Lødingen sykehjem

Spennende og utfordrende lederstilling med ansvar for ledelse av Lødingen sykehjem, som har 32 beboere og 50 ansatte. Vi søker deg som vil og kan jobbe både med ledelse og fag. Er du med?

Vi har også ledige sykepleiestillinger, der vi tilbyr rekrutteringstilskudd.

Kontaktpersoner: kommunalsjef Monica Jacobsen, tlf. 953 62 648 og personlaksulent Judith Gundersen, tlf. 76 98 67 13.

Fullstendig utlysningstekst finner du på www.lodingen.kommune.no, under ledige stillinger.

Søknadsfrist: 10. februar 2016

Vi ønsker ikke henvendelser fra vikarbyråer.

... en god del av Norge

Postboks 83 - 8411 Lødingen - Tlf. 76 98 66 00 - postmottak@lodingen.kommune.no - www.lodingen.kommune.no

frantz.no

Sykepleien

Annonser i Sykepleien

Vi tilbyr produktannonser, kunngjøringsannonser, stillingsannonser og bilag i bladet.

Utgivelsesplan 2016

Nr	Utgivelse	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	6. januar	14. januar
2	Sykepleien	3. februar	11. februar
3	Sykepleien (Annonsetest)	2. mars	10. mars
4	Sykepleien	6. april	14. april
5	Sykepleien	9. mai	19. mai
6	Sykepleien	8. juni	16. juni
7	Sykepleien	3. august	11. august
8	Sykepleien	31. august	8. september
9	Sykepleien	28. september	6. oktober
10	Sykepleien	2. november	10. november
11	Sykepleien	30. november	8. desember

Priser, formater og mer om målgruppen finner du på

Sykepleien.no/om-sykepleien

Nasjonalt Diabetessymposium – Tromsø 14. – 15. April 2016

Diabetessykepleiergruppen i NSF arrangerer Diabetessymposium i Tromsø 2016 på Clarion Hotell The Edge

Siste nytt, gode foredragsholdere og spennende underholdning

Se program og Link for påmelding
<https://viaagencia.qondor.com/ParticipantWeb/Registration/44226>

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

Avansert klinisk sykepleie



Dagskonferanse, 7.mars kl 9-16,
Papirbredden, Drammen

Tema: Avanserte kliniske sykepleieres kliniske kompetanse, funksjon og oppgaver i kommunene og på sykehus – nasjonale og internasjonale perspektiv

Forelesere: Professor Petrie Roodbol fra University Medical Center Groningen, Nederland, forelesere fra NSF, Norden og representanter fra regionens helsetjeneste

Varmt velkommen!

Professor, studieleder for master i AKS // Lisbeth Fagerström

Påmelding sendes innen 29.02.2016 til konsulent
ann.katrin.pedersen@hvb.no

Program finnes på:

usn.no/aks2016

www.ntnu.no/videre

Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund tilbyr høsten 2016 MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER

MASTER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE

Mastergraden kvalifiserer for klinisk arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Heltid og deltid. Søknadsfrist: 15.april.

SYKEPLEIEFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

Anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie (fulltid), helsesøsterutdanning, videreutdanning i kreftsykepleie (deltid). Søknadsfrist: 1.mars. Videreutdanning i demensomsorg (deltid). Søknadsfrist: 15.april.

Videreutdanningene kan gi innpass i mastergrad.

ENKELTEMNER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE PÅ MASTERNIVÅ
Søknadsfrist: 1.august.

All undervisning er lagt til NTNU i Ålesund på dag- eller ettermiddagstid.
Kontakt: gunnhild.furnes@ntnu.no

NTNU



Klar for å gjøre en større forskjell?

Masterprogram

- Sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling
- Helse og empowerment
- Læring i komplekse systemer
- Psykisk helsearbeid
- Rehabilitering og habilitering

Videreutdanninger

- Kreftsykepleie
- Psykisk helsearbeid

Søknadsfrist 1. mars
Studiestart høsten 2016
www.hioa.no/videre

LDH tilbyr flere master- og videreutdanninger for sykepleiere

Styrk din handlingskompetanse

Masterstudium i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i **allmennsykepleie** eller **intensivsykepleie**

**3 år deltid eller 2 år heltid,
120 studiepoeng (sp)**

Videreutdanning:
Sykepleie til syke gamle

**1,5 år deltid,
45 sp**

Videreutdanning:
Operasjons-sykepleie

**1,5 år heltid,
90 sp**

Videreutdanning:
Palliativ omsorg (tverrfaglig)

**1 år deltid,
30 sp**

Les mer og **søk opptak**
 på **ldh.no**



LOVISENBERG
 DIAKONALE HØGSKOLE

Søknadsfrist: 1. mars



Forsvarets sanitet

KURS I TRAUMATOLOGI OG KRIGSKIRURGI

Arrangeres ved Forsvarets sanitetsskole
 på Sessvollmoen 9.- 13 mai 2016 (uke 19)

Målgrupper:

1. Kirurger, anestesileger og leger i slike utdanningsstillinger. Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere
2. Paramedics, ambulansearbeidere, medics og annet relevant helse-/ sanitetspersonell (til førstehjelpsteamene)

Godkjenning:

For sykepleiere er kurset godkjent med 20 timer til klinisk spesialitet/stige.

Undervisningsform:

Anesteserte forsøksdyr, klasseromsundervisning og praktisk trening i felt.

Gjeste forelesere og gjesteinstruktører:

Tidligere har gjeste forelesere og gjesteinstruktører som Kenneth Boffard, kirurg (Johannesburg,

Sør-Afrika), C William Schwab, kirurg (Philadelphia, USA), Donald Trunkey kirurg (Portland, USA), Duncan Parkhouse, Anestesiolog (Storbritannia) James Ficke, ortoped (San Antonino, USA) deltatt ved kurset, og vi håper å noen av disse igjen ved årets kurs.

Kursavgift:

- Kursavgift for kirurger og anestesileger er satt til 8000,-
- Kursavgift for Paramedics, ambulansearbeidere, medics og annet relevant helse-/ sanitetspersonell (til førstehjelpsteamene) er satt til 1000,-. (Kursavgift dekker kost og materiell.)
- Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere – Ingen kursavgift

For utfyllende info og søknadsskjema:
www.forsvaret.no/krigskirurgi

Påmeldingsfrist:

1.mars 2016

NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS KONTINGENT 2016

Medlemmer som er i arbeid skal betale 1,45% av bruttolønn, men minimums- og maksimumssatsene endres.

NB! Bruttolønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Nedenfor er de nye satsene oppgitt:



Type medlemskap:	Minimum pr. mnd	Maksimum pr. mnd.
Nyutdannede (de to første årene etter endt grunnutdanning)	Kr. 71,-	Kr. 239,-
Ekstraordinære medlemmer *	Kr. 71,-	Kr. 239,-
Andre medlemmer i arbeid	Kr. 71,-	Kr. 478,-
Ute av lønnet arbeid/studenter under grunnutdanning**	Kr. 56,-	

***EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 3 D**

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon, normalt inntil to år.

****UTE AV LØNNET ARBEID/STUDENTER UNDER GRUNNUTDANNING**

Medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid, medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer i 100% arbeidsavklaring, pensjon eller uførhet og studentmedlemmer (grunnutdanning).

OFFSHORE

Offshoresykepleiere betaler en kontingent på 150 kroner per måned.

NSF's LIVSFORSIKRINGSPAKKE (FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK)

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128,- per måned i premie for NSF's Livsforsikringspakke. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen. De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

INFORMASJONSSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes Medlemstjenester hos NSF, som sender informasjonsskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Livsforsikringspakke. **Informasjonsskrivet skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.**

Medlemmer i lønnet arbeid som **ikke** har mulighet til å delta i trekkordningen, må innbetale maksimumssats av kontingenten selv. Ved årsskifte må disse sende kopi av lønns- og trekkoppgave til NSF, slik at kontingenten kan etterberegnes og justeres i forhold til reell inntekt.

SELVANGIVELSEN 2015

Medlemmer som betaler kontingenten **via trekkordning** på arbeidsstedet får fradragsberettiget beløp for 2015 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

Kontingent innbetalt **direkte** til NSF blir innberettet til Skatteetaten i januar 2016.

For direkte betalende medlemmer er det mulig å kontrollere innberettet beløp ved å logge seg på NSF's hjemmesider, www.nsf.no. Under fanen "Min side" velges "Mitt medlemskap". Her vil det i løpet av februar måned fremkomme et felt; "Siste innrapporterte fagforeningskontingent" dersom det er innberettet til Skatteetaten.

SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET

Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller kontaktskjema på våre nettsider.

Telefon: 02409
 Internett: www.nsf.no
 Postadresse: Norsk Sykepleierforbund
 Medlemstjenester
 Postboks 456 Sentrum
 0104 OSLO

UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Videreutdanning i sykepleie

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet tilbyr:

- Anestesisykepleie (90 studiepoeng - fulltid på 3 semester) – Studiumkode 3031
- Barnesykepleie (90 studiepoeng - fulltid på 3 semester) – Studiumkode 3032
- Intensivsykepleie (90 studiepoeng - full tid på 3 semester) – Studiumkode 3033
- Kreftsykepleie (60 studiepoeng - deltid på 3 semester) – Studiumkode 3034
- Operasjonssykepleie (90 studiepoeng - fulltid på 3 semester) – Studiumkode 3035

Opptakskrav:

Norsk autorisasjon som sykepleier samt minst to års relevant praksis som sykepleier etter endt utdanning.

Det pågår et arbeid med å omgjøre videreutdanningene slik at de utgjør en del av mastergrad i sykepleie. Søkere som tas opp til videreutdanningene i denne omgang vil kunne få mulighet til å utvide sin utdanning med en masteroppgave knyttet til aktuell videreutdanning.

Studiestart: 16. august 2016
Søknadsfrist: 1. mars 2016

Det skal søkes via elektronisk søknadsvev på Universitetet i Tromsøs hjemmesider: <http://uit.no/sokweb>.

Spørsmål vedrørende opptakskrav rettes til opptak@uit.no – eller til tlf. 77 64 49 60.

Spørsmål vedrørende studiefinansiering/lønn under utdanning se: www.unn.no/utdanning eller kontakt Fag- og forskningssenteret ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) – tlf. 77 62 80 87 eller 77 75 58 61 eller e-post: Klinisk.utdanningsavdeling@unn.no

For flere opplysninger kontakt:

Førstekonsulent Anders Aarbø, tlf. 77 66 06 42 eller e-post: anders.aarbo@uit.no

UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ



VIDEREUTDANNING
I SYKEPLEIE

Sykepleie til pasienter med KREFTSYKDOM

Studiet kan tas på heltid over ett år eller på deltid over to år. Hvert semester inneholder både ukesamlinger og praksisperioder.

Hvor: Høgskolen Diakonova, midt i Oslo

Når: Studiestart høsten 2016

Hvordan: Send søknad innen 1. mars 2016

Les mer på www.diaconova.no/kreft



Høgskolen
DIAKONOVA

Høgskolen Diakonova
Fredensborgveien 24 Q
post@diaconova.no
Tlf. 22 98 63 00
www.diaconova.no

«Det gir en tyngde som sykepleier i å møte mennesker i dyp krise, og hjelpe alvorlig syke og pårørende til å finne håp i det håpløse.»

Camilla Ringsevjen

senzie akademiet

Mor og datter Solveig og Malin Thomsen fra Stavanger er begge utdannet sykepleiere. Sammen søkte de nye utfordringer innenfor sykepleierfaget, og har fullført videreutdannelsen kosmetisk dermatologisk sykepleier hos Senzie Akademiet og HBV i Drammen. Det angrer de ikke på - de fikk jobb hos Stavangers to største kosmetiske klinikker!



Høgskoleutdannelse for unge og voksne sykepleiere:

bli kosmetisk dermatologisk sykepleier

Solveig og Malin tok utdannelsen kosmetisk dermatologisk sykepleier hos Senzie Akademiet i 2014-2015. - Det var et veldig kjekt år på Senzie Akademiet! Kombinasjonen teori og praksis var spesielt bra, og vi fikk hele veien gode muligheter til å trene på prosedyrer. Dette har gjort at vi føler oss tryggere nå da vi er i arbeid og praktiserer faget, sier Solveig.

Etter endt studie hos Senzie og HBV fikk de arbeid i de to største klinikkene i Stavanger, Colosseum og Vital. De mener Senzies etterhvert godt kjente navn i bransjen var en avgjørende faktor da de søkte og fikk tilbud om jobb.

Om studiet sier Solveig: - I første halvdel lærte vi om alt fra hudens oppbygning, hudsykdommer, via ingredienser i hudpleieprodukter,

til salgsteknikk. Dette ga et godt grunnlag for å gå over i den kosmetiske delen. Her ble det lagt stor vekt på et naturlig resultat, noe vi likte spesielt godt. Foreleseren Dr. Kieren Bong hadde et utrolig bra opplegg for å lære oss riktig injeksjonsteknikk - "KB 3-step system" - noe vi har hatt mye nytte av i vår praksis. Foreleserne på Senzie er svært dyktige!

Senzie Akademiet holder til sentralt på Papirbredden i Drammen, kun 10 minutter gangavstand fra togstasjonen. - Skolen må være en av landets fineste! Flotte lyse rom, og den ligger nydelig til ved Drammenselva. Vi anbefaler dette studiet til alle sykepleiere som har lyst til å jobbe i kosmetisk klinikk eller starte for seg selv, sier Solveig og Malin.

Les mer på www.senzie.no, eller kontakt Senzie på tlf 911 007 99

Smittefritt miljø med kun et tastetrykk

arell.no

Deconx - for bedre smittevern og forebygging av resistens

Deconx har utviklet markedets beste løsning for fjerning av bakterier, virus og sporer fra inneklimaet. Metoden er skånsom, miljøvennlig og skader ikke møbler, tekstiler eller elektronikk. I tillegg er den svært enkel og sikker å bruke. Dette gjør metoden spesielt anvendelig for å skape et tryggere inneklima og arbeidsmiljø. **Deconx DX1 er svært effektiv i kampen mot store sykehjemsutfordringer som norovirus og multiresistente bakterier.**

Deconx-metoden har:

- Ingen giftige kjemikalier
- Ingen kunstige tilsetningsstoffer
- Godkjent av Statens Legemiddelverk

SPØR OSS OM
DOKUMENTASJON

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



 **Deconx**
BEST PÅ DESINFISERING

