

3 2014

27. februar 2014
102. årgang

Sykepleien

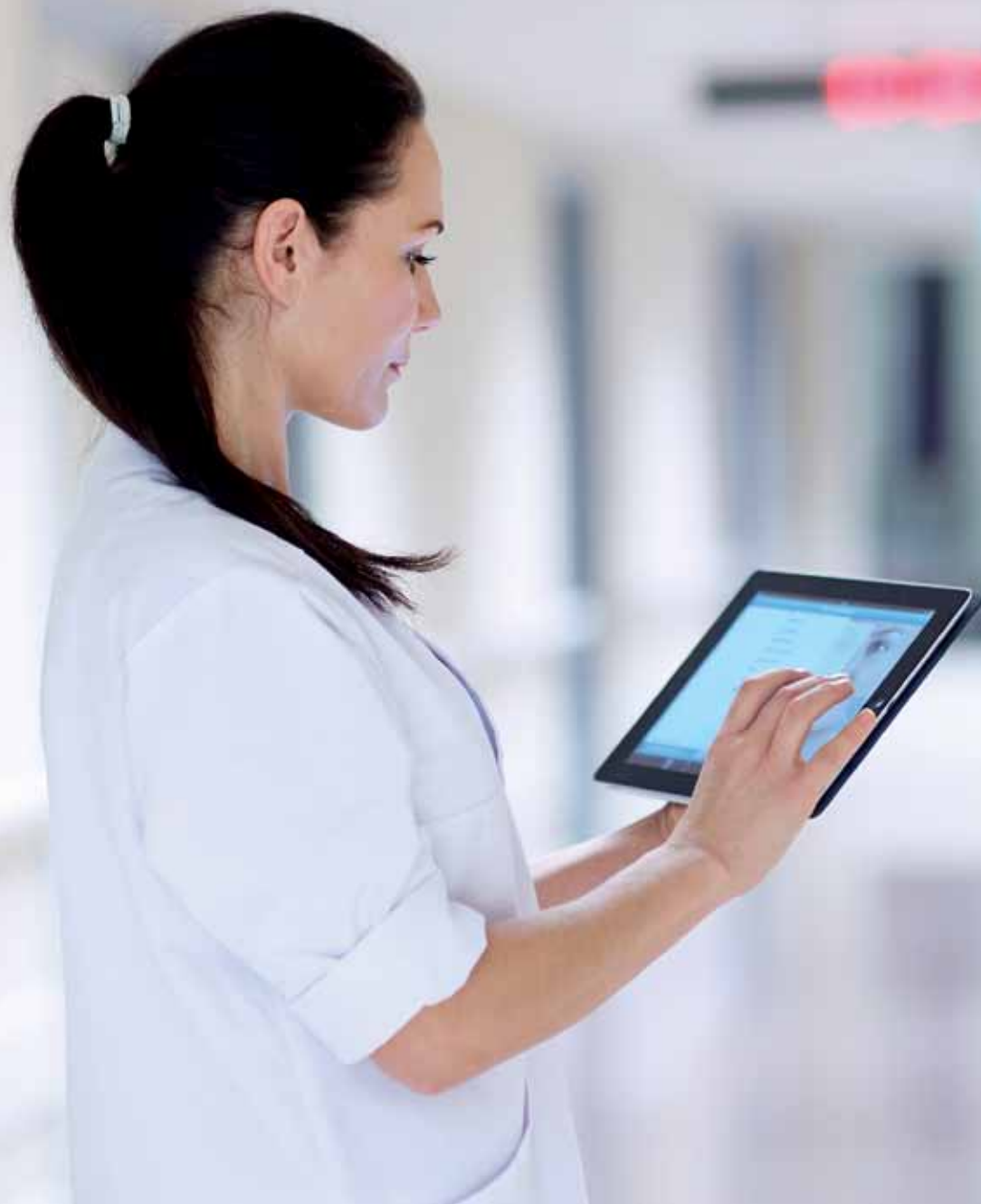
Kjemper for flere senger **14**
Operasjon gir motivasjon **32**
Tett på Erikstein **80**



Dop rett hjem

På akuttmottaket er sykepleierne bekymret. Nytt syntetisk dop gjør pasienter uberegnelige. **16**

Tiden vil du bruke på pasientene. Ikke på å lete etter de rette prosedyrene.



Få informasjonen der du trenger den, når du trenger den.

Sykepleiehåndboka er et digitalt verktøy som gjør det enkelt å finne den riktige og oppdaterte prosedyren, på skjerm eller mobil. Det sparer tid og kvalitetssikrer pleie og behandling. Sykepleiehåndboka er organisert som et oppslagsverk med prosedyrer og en omfattende del om sykdomslære, i tillegg til jus og etikk. Det er rikt illustrert med filmer, foto og tegninger.

Fra 1. januar 2014 er det Norges ledende akademiske forlag som utvikler Sykepleiehåndboka.

Nye

Uracyst®

– 2% løøsning kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk indusert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

**"47 % respondere etter 6 instillasjoner,
60 % etter 10 instillasjoner"**

**"96 % av pasientene opplevde noen form
av forbedring"**

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com



Føl deg trygg og sikker

MED VÅRE HURTIGST ABSORBERENDE BIND NOENSINNE



En revolusjonerende innovasjon - TENA Lady Extra Plus og Maxi med InstaDRY™:

- NY InstaDRY™ sone – absorberer væsken umiddelbart.
- Superabsorberende kjerne – holder deg tørr og sikker hele dagen.
- Kroppsformet fasong og tynne kanter - overlegen funksjonalitet i et diskret bind.

Med TENA Lady Extra Plus og Maxi med InstaDRY™, kan du føle deg trygg, spontan og fortsette å leve livet akkurat som du vil - uten å måtte bekymre deg for uventede lekkasjer.

Bestill gratis prøve på
www.tena.no





Tema: Syntetisk narkotika

16 Syntetisk trøbbel
20 Dør av PMMA



Foto: Erik M. Sundt

Innhold

3 2014 **Sykepleien**

«Spontane utbrudd fra sykepleiere er sjeldne.» redaktør Barth Tholens på side 6.

Hva skjer

- 6 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 Lønnsgapet øker
- 11 Vi bare spør Bjarne Jota
- 12 Får ikke være ansvarlig på vakt
- 14 Kjemper for flere senger

Der ute

- 24 Smånytt fra utlandet
- 26 Jobber i verdens farligste land
- 32 Operasjon gir motivasjon
- 36 Øyeblikket
- 38 Rettssaken ingen ønsket
- 42 Min jobb: Anne Ekren

Fag og bøker

- 44 Aktiv mestring i hjemmesykepleien
- 48 Sykehusfusjoner gir økt sykefravær
- 50 Samhandling i praksis
- 53 Inhalasjonsmedisiner må brukes riktig
- 56 Fagnyttig
- 58 Forfatterintervju: Laila Sognæs Østhagen
- 60 Bokanmeldelser
- 62 Kartlegger smerte
- 66 Etik: Kurt Lyngved
- 68 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 70 Eli Gunhild By om sykepleieforskning
- 71 Meninger fra leserne
- 73 Innspill: Øyvind Moksness
- 74 Helseaksjonen: Senger til alle!
- 78 Kronikk: Anne-Marit Langås
- 80 Tett på Bjørn Erikstein
- 85 Stillingsannonser
- 90 Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 02409

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

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: Anners Lerdal.
Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.
Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

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



På kreftavdelingen i verdens farligste land.

53

Sykepleiere må vite hvordan inhalasjonsmedisiner brukes.

80

Rydder opp i et rufsete OUS.

26



AKSJONISTEN

Barth Tholens

Stillings: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Snakk ut!

Uten frimodige ytringer stopper Norge.

Jeg tror ikke jeg tar mye feil hvis jeg sier at helsepersonell flest kan gå grundig lei av negative presseoppslag. De spør seg hvorfor journalister alltid fokuserer på det som er galt når det samtidig skjer så mye bra i helsetjenesten. Folk som er slitne av pressens krigsoverskrifter, peker helt legitimt på at det negative fokuset gjør det enda vanskeligere å rekruttere sykepleiere og leger til de sektorene som nettopp har størst behov for å få tilført kompetanse. Kritikken treffer av og til også herværende tidsskrift. Den er forståelig.

Ingen liker å jobbe i en bransje som stadig får gjennomgå. Derfor kan noen bli fristet til å mene at sykepleiere og leger helst bør «snakke opp» yrket sitt. Eller arbeidsplassen sin. At positive og blide fagfolk vil skape positive vibber utad, mens eventuell kritikk gjør seg bedre internt. Det høres kanskje klokt ut, men etter min mening er det helt på jorden.

mentere undersøkelsen i fagbladet Journalisten.

– Vi bruker mye tid på å overbevise folk om at de både har lov og at det er bra at de deltar i offentlig debatt, sa Naustvik. – Sjukepleiere er opptatt av å ha lojaliteten hos pasienten. Det kan være vanskelig å overbevise dem om at det lojale noen ganger er å si fra.

Sykepleiernes eget fagforbund sliter altså med å få folk til å stå fram med kritikk mot det bestående. Mitt inntrykk er at det ikke er slik at leger og sykepleiere enten er fornøyde eller misfornøyde. Som oftest er de begge deler på en gang. De kan være både glade i arbeidsplassen og stolte av yrket sitt, og samtidig føle at «systemet» ikke er på lag med dem når de skal utøve sitt fag til beste for pasienten. Når de føler begge deler, velger mange å holde tett med misnøyen. Det er det mest behagelige.

Det er også andre årsaker til at ansatte kvier seg for å gå ut med sin frustrasjon. Redaktørforenin-

denne oppskriften: «Det er ingen fordel å snakke ned arbeidsplassen sin».

Slike uttalelser av arbeidsgivere er ukloke og farlige. De bidrar til å så kimer av frykt for hva som kan skje hvis man sier noe på en måte som arbeidsgiver ikke liker. Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter har lagt listen enda lavere. I arbeidsretts-saken mot Sykepleierforbundet i februar hadde Spekters advokater saumfart tillitsvalgte likes og heiarop på sosiale medier og kopiert dem inn i sine dokumenter. De ble brukt som bevismateriale for at forbundet manet til ulovlige aksjoner mot helgejobbingen på Ahus.

La oss for guds skyld håpe at retten slår ned på slike forsøk på å senke takhøyden for det offentlige ordskiftet. Men det spørs om skaden allerede har skjedd. I sin ytterste konsekvens kan slike forsøk bidra til at ansatte i helsetjenesten selv setter bremsene på når de skal formulere sine tanker i formelle og uformelle fora. Uansett hvor overarbeidet og sint man er, ønsker de færreste sykepleiere å bli assosiert med noe som kan brukes i en rettssal etterpå. Da vil grasrotdebatten dø hen.

Men selv om arbeidsgiverne gjerne vil få oss til å tro noe annet, må vi ikke glemme at ytringsfriheten faktisk er en forutsetning for at den moderne staten i det hele tatt kan fungere. Filosofen Baruch Spinoza slo allerede på 1600-tallet fast at i et samfunn basert på et fornuftig styresett «kan ethvert menneske tenke hva det vil, og si hva det tenker». Ytringsfriheten er en nødvendig forutsetning for at vi skal kunne delta i og ha innflytelse over beslutningsprosessen i samfunnet. Det igjen er en forutsetning for at de beslutningene som fattes, har legitimitet. Ytringsfrihet gjør at vi i neste omgang kan leve med beslutninger vi ikke konkret er enige i. Slik kan det fornuftige samfunnet styres uten for store konflikter. Frimodige ytringer truer ikke den offentlige orden, men er tvert om nødvendig for å sikre denne orden.

«Statens mål er frihet», konkluderer Spinoza.

Kjekt å huske på når du er ansatt i helsetjenesten. ■■■

Barth Tholens

«Ethvert menneske kan tenke hva det vil, og si hva det tenker.»

Nylig kom det fram at halvparten av sykepleierne i mellomlederposisjoner som deltok i en undersøkelse for Norsk Redaktørforening (NR), svarte at de hadde vegret seg for å delta i den offentlige debatten. Årsak: De følte at å delta i debatten stred mot kravet til lojalitet til arbeidsgiver. Bare 1 av 12 mellomledere svarte at de lar ytringsfriheten veie tyngst når de er uenige med sine arbeidsgivere. De andre syntes lojaliteten veide tyngre.

Silje Naustvik, NSFs fylkesleder i Oslo, bekreftet denne tendensen da hun ble spurt om å kom-

gen mener at framveksten av kommunikasjons-avdelingene truer den frie meningsbrytningen. For mediene er det blitt stadig vanskeligere å få snakke direkte med ansatte, og ansatte blir møtt med stadig flere interne regler for hvordan de skal opptre utad. Spontane utbrudd hører dermed til blant sjeldenhetene. Det meste er regissert.

Spesielt alvorlig blir det når helsepersonell etter hvert mister en bevissthet om at det faktisk er fullt mulig å ytre seg uten å bryte noen regel av betydning. Ytringsfriheten er nemlig grunnlovsfestet og gjelder dermed også ansatte i helseforetak og kommuner. Som NR-leder Arne Jensen så trefende sier: – Man må skille mellom sykehusets mediestrategi, som bedriften fritt kan utforme, og den enkeltes ytringsfrihet. Den er forankret et annet sted.

Arbeidsgiverne har en lei tendens til å gjøre dette viktige skillet utydelig. I denne utgaven forsikrer for eksempel OUS-direktør Bjørn Erikstein at han forstår dem som varsler «når de føler at ressursene på sykehuset er for knappe». Men i samme slengen formaner han dem som følger

Sagt & ment

Antallet sykepleierstudentene ved HiOA som stryker på eksamen i legemiddelregning, har sunket fra 50 prosent i 2012 til 32 prosent i 2013. Etter to konteeksamener er det fremdeles 35 studenter som ikke har bestått faget, skriver Khrono.



Illustrasjon: Marie Bunderheim



FULL KONTROLL: Har du tid, kan du få med deg alt som skjer på det nye sykehusbygget.

Se, de bygger!

Har du god tid og er over gjennomsnittet interessert i sykehusbygging? Da kan du rigge deg til foran skjermen og se både pasienthotellet og den nye A-fløyen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge bli til – i real time. Hvis du har dårlig tid, kan du gasse opp utbyggingen ved å klikke på «timelapse», som setter sammen bildene til en rask film. Grunnarbeidet for A-fløyen startet i fjor høst, flyttinger og ombygginger skal være ferdig 1. mai, og hele nybygget skal være ferdig til januar 2017.

Adressen er: <http://unn.a-floya.livecam360.net/>

Nesten ferdig akutt

Det nye akuttbygget ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, er nå åpnet.

Helt ferdig er det ikke før til sommeren, da vil bygget huse både akuttmottak, røntgenlab, operasjonsstuer, intensivsengpost, et eget vaskerom for pasienter som er utsatt for farlige kjemikalier og to intensivrom i luftsmitteisolater. Det er 3700 kvadratmeter nybygg og rundt 1000 kvadratmeter ombygging. Prislappen kommer på nesten 400 millioner kroner.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Muskler = livskvalitet

Demenspasientene med best muskelstyrke og balanse hadde bedre livskvalitet sammenlignet med dem som hadde dårligere ytelse. Det kommer frem i en studie utført av fysioterapeut og forsker Elisabeth Wiken Telenius ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

– Mange av dem som har demens er jo faktisk ganske friske til beins, men har blitt innlagt på grunn av svikt i hjernens høyere funksjoner. Cirka 80 prosent av sykehjemsbeboerne har en demensdiagnose, sier Wiken Telenius til forskning.no.

Cecilie Olsen, leder for faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens, tror beboere med demens ikke har blitt prioritert fordi de ikke blir vurdert som å ha det samme rehabiliteringspotensialet.

Hva skjer

Les mer om:

- 12** Danske jordmødre får ikke være ansvarlig på vakt ›
- 14** Kjemper for flere senger ›
- 17** Lønnsgapet øker ›

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**
aknbh@sykepleien.no

sykepleien.no

Følg debatten om Helse-
tjenesteaksjonens utspill.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Åker inte hem

Det skal langt mer enn bedre lønn til før svenske sykepleiere i Norge «åker hem», sier sykepleier Felicia Karlberg til nettavisen E24. Bakgrunnen er at et svensk vikarbyrå nå lokker med at svenske sykepleiere skal få samme lønn i Sverige som i Norge. Men det er ikke nok, mener Karlberg, som i dag jobber i Norge:

– Jeg jobbet i Sverige i to år etter jeg var ferdigutdannet, startlønnen var på 20 000 kroner før skatt. På en dagvakt hadde jeg 7–8 pasienter, og på en kveldsvakt 14. Det er mye, her har jeg høyest 4–5 pasienter. I Sverige er det lengre dager, og en langt mer stressende arbeidshverdag, sier hun til E24.



Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers

Fra helseminister til rådgiver

Tidligere helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen har nå fått ny jobb. Etter atten år som heltidspolitiker går hun nå over til det nordiske rådgivings-selskapet Rud Pedersen, hvor hun skal være rådgiver og partner.



1 av 3 strøk i legemiddelregning

En av tre sykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus strøk på eksamen i legemiddelregning i høstsemesteret i fjor, ifølge khrono.no. Etter to kon-teksamener er det fremdeles 35 studenter som ikke har bestått. Neste sjanse blir i august.

Foto: Colourbox

Kan bli ett traumesykehus i Agder

En arbeidsgruppe ved Sørlandet sykehus ser nå på muligheten for at det kun skal være ett traumesykehus på Sørlandet. Det melder NRK. I dag er det traumeteam ved tre sykehus i regionen. Innstillingen fra arbeidsgruppa skal være ferdig i mars.

– Ytring uten frykt

Helseminister Bent Høie måtte i Stortingets spørretime slå fast at ytringsfriheten til ansatte i helsevesenet skal være reell:

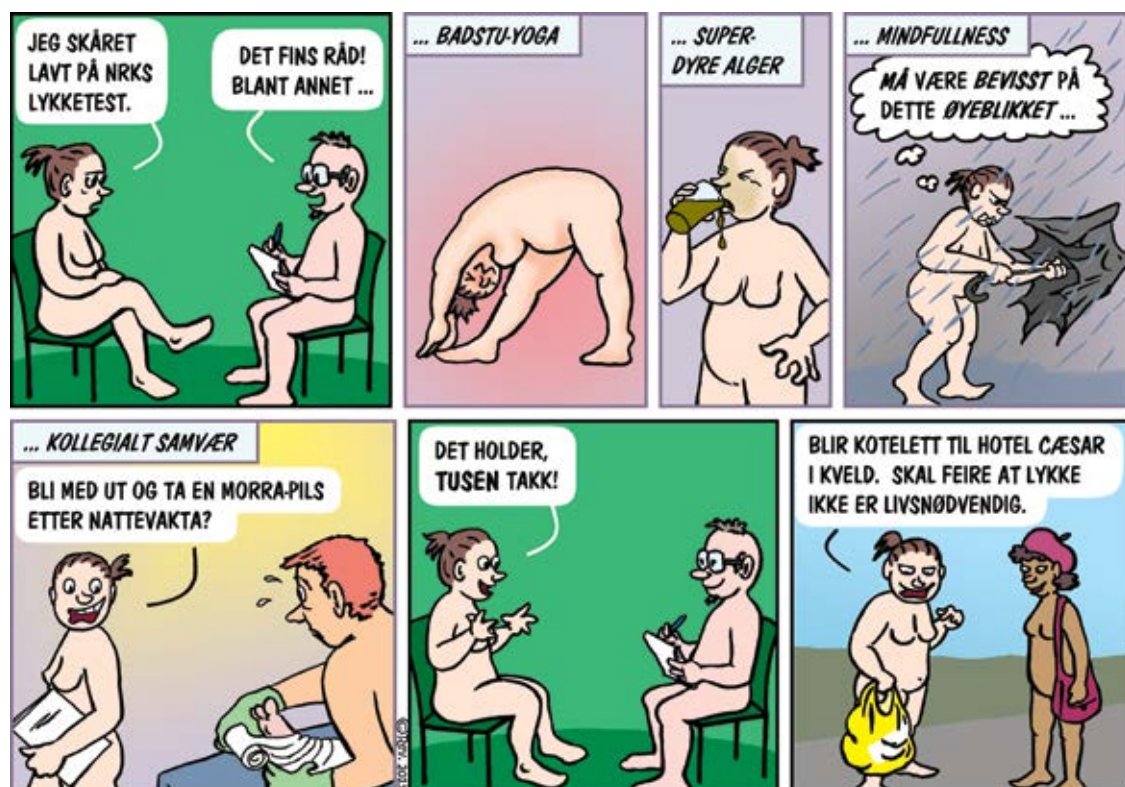
– Retten til ansatte til å ytre seg fritt og uten frykt for konsekvenser er grunnleggende, og jeg vil understreke at ansatte i helsevesenet har en særdeles viktig stemme i helsedebatten.

Bakgrunnen er en undersøkelse utført av Norsk Redakstørforening, hvor 50 prosent av sykepleierne sier at de vegrer seg for å delta i offentlig debatt på grunn av lojalitetsplikten.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

TERAPI av Bodil Røvhaug



308 trøndere i gang med kjernejournal

Trønderne var først ute med å teste ut kjernejournal. En opptelling St. Olavs hospital har gjort, viser at til nå har 308 helsepersonell bestått godkjenningssprøven og kan bruke kjernejournal i sitt daglige arbeid. Legevakta, Akuttmottaket, AMK og enkelte klinikker ved

St. Olav, samt 17 fastlegekontor, har tatt i bruk kjernejournal. 395 registreringer av kritisk informasjon er lagt inn av leger i pasienters kjernejournal. Dette er opplysninger om pasienten har alvorlige kritiske lidelser som er viktig for helsepersonell å kjenne til.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Meninger fra www.sykepleien.no



Klinisk forskning i sykepleien

” Har selv en mastergrad i klinisk sykepleie. Det bør finnes egne fagutviklingssykepleierstillinger ved hvert sykehus, helst innen hver seksjon. Dette bør pålegges de enkelte sykehus.

Kari V.

Flere helger?

” Kan hende noen sykepleiere synes det er uproblematisk å jobbe annenhver helg, så det bør kunne åpnes for dette. Men for egen del håper jeg ikke arbeidsgiver får mulighet til å sette opp turnus med arbeid annenhver helg.

Kruttappen

Lønnsgapet øker

Mens en funksjonær i industrien fikk en gjennomsnittlig årlig lønnsøkning på 26 500 kroner i fjor, fikk en kommuneansatt en lønnsøkning på 15 000 kroner.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Det går fram av de foreløpige tallene fra Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene 2014 (TBU).

Tallene viser at årlig lønnsøkning for 2013 i gjennomsnitt er 3,9 prosent. Lønnsveksten mellom ulike grupper og tariffområder varierer imidlertid fra 3 prosent til 6,7 prosent for ansatte i finanstjenester. Tallene for ansatte i helseforetakene er ennå ikke ferdige.

Selv om vi i snitt fikk nesten 4 prosent høyere lønn, ble halvparten spist opp av prisstigning. Det vil si at vi fikk omtrent 2 prosent mer å rutte med i 2013.

Frontfaget svikter

I avtalen mellom Norsk Industri og Fellesforbundet – de såkalte frontfagene – i fjor ble det lagt til grunn at lønnstillegget i industrien ville bli 3,4 prosent. Nå viser TBUs tall at tillegget for industrifunksjonærene ble 4,5 prosent.

Unio-leder Anders Folkestad mener NHO misbruker sin posisjon som frontfag og presser offentlig sektor nedover.

– NHO har brukt lav lønnsvekst for funksjonærer i industrien som argument for å holde lønna til ansatte i offentlig sektor nede. Vi ser nå at forskjellene mellom privat og offentlig sektor fortsetter å øke. For eksempel fikk en industriarbeider ett prosentpoeng mer i tillegg enn en lærer. Det utgjør over 1 000 kroner mer i måneden, sier Folkestad.

Han mener det nye frontfaget har snublet i starten.

TBU-tallene fra 2013 viser om gjennomsnittlig økning i årlig grunnlønn at:



KRITISERER: Unio-leder Anders Folkestad mener NHO misbruker sin posisjon som frontfag og presser offentlig sektor nedover. Foto: Stig Weston.

- » funksjonærer i industrien fikk 26 500 kroner
- » kommuneansatte fikk 15 000 kroner
- » undervisningspersonell fikk 13 500 kroner

Større moderasjon

For ett år siden fastslo TBU at timelønnskostnadene i norsk industri i 2012 lå 69 prosent høyere enn hos handelspartnerne i EU. Dette er flittig brukt av NHO for å vise behovet for lønnsmoderasjon. Nå viser nye tall fra TBU at timelønnskostnadene i Norge i 2013 kun var 55 prosent høyere enn i EU.

Frontfagene – representert med Norsk Industri og Fellesforbundet – starter forhandlingene 10. mars. Frist for forhandlingene er 1. april.

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Color4care
makes your patients smile

10% RABATT
Angi koden: SYKEPLEIEN

199kr

99 kr

fr. 149 kr

29 kr

149 kr

199 kr

www.color4care.no

Bjarne Jota

Aktuell som: Mannlig helsesøster i Lødingen

Alder: 56 år

BAKGRUNN:

Ingen menn på helsesøsterutdanningen, meldte NRK tv i februar. Gutter vil helst gå til mannlige helsesøstre, var et poeng. I landsgruppen for helsesøstre er det bare fem menn. Tittelen «helsesøster» skremmer menn fra å ta videreutdanningen, fortalte en av helsesøsterstudentene.

Guttene kaller ham helsebror

Mann og helsesøster – føler du deg som en ensom svale?

– Det gjør jeg faktisk. Men jeg er også ensom i kommunen, her er få helsesøstre.

Bare damer som videreutdanner seg nå. Hva synes du?

– Skralt. Det bør absolutt være flere menn som utdanner seg både til sykepleier og helsesøster. Et fantastisk yrke, spesielt å være helsesøster.

Trengs det menn som helsesøstre?

– Ja, men først og fremst fordi det trengs flere helsesøstre, uavhengig av kjønn. Men det er fint for de unge å ha en valgmulighet.

På tide å skifte navn?

– Tittelen har aldri plaget meg. Men kan det få flere menn i yrket, er det på sin plass.

Hva kunne dere hete?

– Sunnhetssykepleier, som er tittelen i Danmark, er beskrivende, men føles kunstig. Helsesøster er så inngrodd. Fint å få fram at vi er sykepleiere.

Ikke alle vet det?

– Nei. Men de eldre vet at søster står for sykepleier.

Hva kan ellers gjøres for å rekruttere menn?

– Hvis flere sykepleierstudenter fikk praksis på helsestasjon, kunne interessen vekkes allerede da. Mange sykepleiere vet ikke hvor flott jobb vi har – med stor grad av selvstendighet.

Kommer guttene lettere til deg?

– De har ikke noe valg. Jeg er alene, både på skolen og på helsestasjonen. Noen kaller meg helsebror, forresten. Da jeg var ny, hadde jeg en kvinnelig kollega. Da så vi fordelen med begge kjønn. Det gir mer troverdighet når en mann veileder gutter om puberteten. Vi så også at flere fedre kom til helsestasjonen.

Kommer jentene til deg?

– Ikke noe problem. De har jo hatt meg siden de var født. Det viktigste er at de har noen å gå til.

Hvorfor ble du helsesøster?

– Tilfeldig. Etter 16 år på sykehjem her i Lødingen, søkte jeg en ledig stilling som helsesøster. Jeg fikk jobben, og fikk tre år på meg til å videreutdanne meg. Det ble to år deltid i Tromsø, jeg var ferdig i 2000. Jeg har ikke angret en dag. Slipper vakter gjør jeg og.

Var du alene som mann på utdanningen?

– Det var jeg. Vi var vel 35 studenter.

Kjenner du de andre helsesøstermennene?

– Jeg kjenner Steinar Fredriksen, som er i Bodø. Har truffet noen av de andre.

Nok å gjøre som helsesøster i Lødingen?

– Utvilsomt. Kunne gjort masse mer, men bruker mye tid til administrasjon. Kommunen har bare 2 300 innbyggere, men spredt over store avstander. Den ene skolen tar det en time å kjøre til.

Er du fra Lødingen?

– Opprinnelig fra Trysil, men det er det ingen som hører lenger. Jeg gikk sykepleierutdanningen i Hammerfest og traff dame på studiet. Hun er fra Lødingen, og er psykiatrisk sykepleier her. Vi fikk fire barn, og tre barnebarn, det fjerde er på vei. Sånn kan det gå – når man er heldig.

Har du sett noe til de 180 helsesøstermillionene?

– Nei. Vi prøvde å få en ekstra deltidsstilling på asylmottaket. Kommunestyret var positivt, men de 100 000 kronene alle skulle få, har gått i det store sluket. Vi er ikke alene om det.

Ikke det?

– Jeg er med i et nettverk her i Vesterålen. Det er akkurat det samme for alle: Ingen har fått ekstra stilling. Det må øremerkes hvis det skal ha noe for seg. ■■■

Tekst Marit Fonn

marit.fonn@sykepleien.no

Foto Svein Rist



Får ikke være ansvarlig på vakt

De fleste danske jordmødre mangler sykepleierutdanning. Er det et problem når de skal ta seg av syke gravide og barselkvinner i Norge? Tekst **Eivor Hofstad**



GOD ERFARING: Enhetsleder Christine Hoyer-Sørensen ved fødeavdelingen ved Sørlandet Sykehus i Kristiansand ser ikke så stor forskjell på de danske og norske jordmødrene de har ansatt. Foto: Privat

De danske jordmødrene som kommer hit kan ha problemer med å håndtere de sykeste barselkvinnene siden de har en jordmorutdanning som ikke bygger på en sykepleierutdanning, sier Linn Holberg, jordmor ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

Hun er landsstyremedlem i Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og forteller at i Danmark jobber de fleste jordmødrene på barselhotell med de friskeste og ukompliserte barselkvinnene. På barselavdelingene derimot jobber det for det meste sykepleiere med de patologiske syke barselkvinnene.

Krever ekstra opplæring

På fødeavdelingen ved Sørlandet sykehus i Kristiansand frilanser cirka fire danske jordmødre regelmessig i perioder av året, spesielt i forbindelse med ferier og sykdom blant ansatte. På barselavdelingen har to-tre danske jordmorvikarer trådt til ved behov de siste fem årene.

– Vår erfaring med danske jordmødre på fødeavdelingen har vært veldig bra. På barselavdelingen kan det være en større utfordring ettersom jordmødre i Danmark generelt ikke jobber på barsel. Men jeg vil ikke si at det er et problem hos oss. Vi gir de danske jordmorvikarene ordentlig opplæring når de kommer for første gang. Det er også en fordel at de kommer igjen slik at de blir godt kjent i avdelingen, sier Christine Hoyer-Sørensen.

Hun er enhetsleder på fødeavdelingen og har tidligere vært leder på barselavdelingen.

Opplæringen Hoyer-Sørensen sikter til, består av at de danske nyansatte både på føden

og barsel får en turnus der de går «på topp» de første to ukene og følger en erfaren jordmor. Deretter får de to uker med dagvakter ettersom det er bedre bemanning på dagtid. I tillegg får de en «nyansatt mappe» der de blant annet må gjennom en sjekkliste avdelingen har laget. De får også opplæring i bruk av prosedyreverktøyet og it-systemer. Alle nyansatte på føden får også tilbud om kursing i fosterovervåkning (STAN).

Ser liten forskjell på danske og norske

– Til tross for at jeg mener det er nødvendig med sykepleierutdanning i bunnen av en jordmorutdanning, opplever vi faktisk ikke så mye forskjell på de vi ansetter fra Norge og Danmark. Vi har derimot lært litt av danskene, ved å utveksle erfaringer, sier Hoyer-Sørensen.

– *Hvorfor er det viktig med sykepleie i bunnen da?*

– Det kommer veldig an på hvilken sykepleiepraksis de har fra før. Det er helt klart en fordel hvis vedkommende har jobbet ved en akuttavdeling, og har solid trening i intravenøs behandling, kateterisering og å legge inn venefloner, sier Hoyer-Sørensen.

Vanligere med tilleggssykdommer

Linn Holberg ser flere grunner til at sykepleien bør ligge i bunnen:

– De gravide i dag lider i økende grad av tilleggssykdommer. Det er ikke mange år siden kvinner med diabetes sjelden fikk barn. Nå er det hverdagslig. Men disse kvinnene

krever ekstra kunnskap av jordmødrene, sier hun og legger til:

– Vi som jordmødre må ikke kvie oss for å ta fatt på vekten når det viser seg at kvinnen vi skal yte omsorg for har innlagt cvk, må få utført ekg eller annen sykepleie som ikke er standard for føde/barselavdelingene.

Kan bli tilsynssak

Hos NSF Oslo sier seniorrådgiver Wenche Jensen at de danske jordmødrene i utgangspunktet kun har autorisasjon som jordmor, ikke sykepleier, og derfor ikke skal ha sykepleieroppgaver. Det gjelder for eksempel medisinhåndtering, alt intravenøst, sjekke utvikling av infeksjon, blødning, mangel på væske og svipt i grunnleggende behov som ikke direkte er relatert til selve fødselen.

En jordmor utdannet i Danmark kan heller ikke settes opp som ansvarlig på en vakt.

– En leder som setter opp en dansk jordmor som ansvarlig, kan risikere tilsynssak hvis noe skjer, sier Jensen.

Hun understreker at enkelte danske jordmødre også kan ha autorisasjon som sykepleier. Det bør derfor gjøres en individuell vurdering av den enkeltes autorisasjon og realkompetanse ved ansettelse.

– Vi planlegger aldri en turnus med en dansk jordmor som ansvarlig hos oss. Jeg kjenner ikke til om noen andre føde- eller barselavdelinger gjør det, sier Christine Hoyer-Sørensen. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

Effektiv oral 1. linjebehandling av attakkvis MS (RRMS)¹⁻⁴

Nå endelig i Norge!

- Attakkratereduksjon på opptil 53 % vs placebo¹⁻³
- Reduksjon av handikappprogresjon (EDSS) på opptil 38 % vs placebo¹⁻³
- Godt tolerert og god sikkerhetsprofil²
- Enkel administrasjon og monitorering²



Tecfidera
(dimetylfumarat)

biogen idec

¹ Gold R et al. N Engl J Med. 2012;367(12):1098-1107
² Tecfidera preparatomtale 2014
³ Fox et al., N Engl J Med. 2012 Sep 20;367(12):1087-27
⁴ Bar-Or et al. J Neurol. 2013;260:2297-2305

Pivotalstudiene, DEFINE¹ og CONFIRM³, viste statistisk signifikant reduksjon i årlig attakkrate på henholdsvis 53 % og 44 %, sammenlignet med placebo. Tecfidera[®] ga også en signifikant reduksjon i handikaputvikling i DEFINE (reduksjon i EDSS 38 % vs placebo), mens CONFIRM viste en positiv trend (reduksjon i EDSS 21 % vs placebo) selv om denne ikke var signifikant³

Reseptplikt, gruppe: C
Preparatnavn: Tecfidera

Firma: Biogen Idec

Underoverskrift: **Middel mot multipel sklerose.**
ATC-nr.: N07X X09

Legemiddelform: ENTEROKAPSLER, harde
Styrke: 120 mg og 240 mg

Deklarasjon: Hver kapsel inneholder: Dimetylfumarat 120 mg, resp. 240 mg, hjelpestoffer: Fargestoff: Brillantblå FCF [E 133], gult og svart jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].
Indikasjoner: Behandling av voksne pasienter med relapserende-remitterende (attakkvis) multipel sklerose (se SPC pkt. 5.1 for viktig informasjon vedrørende populasjoner der effekten har blitt klarlagt).

Dosering: Behandling bør initieres under tilsyn av lege med erfaring i behandling av sykdommen. Startdose: 120 mg 2 ganger daglig. Etter 7 dager økes dosen til anbefalt dose på 240 mg 2 ganger daglig. Midlertidig dosereduksjon til 120 mg 2 ganger daglig kan redusere forekomsten av flushing og gastrointestinale bivirkninger. Anbefalt dose 240 mg 2 ganger daglig bør gjenopptas innen 1 måned. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Barn 10-18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Barn <10 år:** Ingen relevant bruk. **Eldre:** Begrenset mengde data. Dosejustering anses ikke nødvendig. **Administrering:** Kapselen eller innholdet bør ikke knuses, deles, løses opp, suges eller tygges. Bør tas sammen med mat. Svelges hel.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.
Forsiktighetsregler: Preparatet kan gi redusert lymfocytaltall. Det er ikke undersøkt ved allerede lave lymfocytaltall og forsiktighet bør utvises i slike tilfeller. Før behandlingsoppstart bør fullstendig blodcelletelling (fra siste 6 måneder) være tilgjengelig. Vurdering av fullstendige blodcelletellinger anbefales også etter 6 måneders behandling og deretter hver 6.-12. måned og når klinisk indisert. Vurdering av nyrefunksjon (f.eks. kreatinin, blodureanitrogen og urinalyse) og leverfunksjon (f.eks. ALAT og ASAT) anbefales før behandlingsstart, etter 3 og 6 måneders behandling, deretter hver 6.-12. måned og når klinisk indisert. Preparatet er ikke undersøkt ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon eller alvorlig, aktiv gastrointestinal sykdom, og forsiktighet bør utvises. Ved alvorlige flushing-reaksjoner bør forskrivning og pasient være oppmerksom på at dette kan være overfølsomhets- eller anafylaktiske reaksjoner. Det var ingen økt insidens av alvorlige infeksjoner hos pasienter med lymfocytaltall <0,8x10⁹/liter eller <0,5x10⁹/liter. Ved utvikling av alvorlig infeksjon bør seponering vurderes, og fordelene/risikoen bør vurderes før behandlingen gjenopptas. Pasienter bør anmodes om

å rapportere infeksjonssymptomer til lege. Ved alvorlige infeksjoner bør ikke behandling initieres før infeksjonen(e) er borte.

Varselrekant: Nei

Interaksjoner: Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med antineoplastisk eller immunsuppressiv behandling, og forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering. Samtidig behandling av anfall med en kort kur med i.v. kortikosteroider er ikke forbundet med klinisk relevant økning i infeksjoner. Vaksiner under behandling er ikke undersøkt. Det er ikke kjent om behandling kan redusere effektiviteten av enkelte vaksiner. Levende vaksiner kan gi økt risiko for klinisk infeksjon og bør ikke gis ved behandling med mindre det anses at potensiell risiko oppveier risiko for den enkelte av ikke å vaksinere seg, og bare i unntakstilfeller. Samtidig bruk av andre faryngale derivater (topisk eller systemisk) bør unngås. I.m. interferon beta-1a og glatirameracetat endrer ikke farmakokinetikken til dimetylfumarat. Acetylsalisylsyre (ASA) 325 mg uten enterodrasjering gitt 30 minutter før preparatet i 4 dager, endret ikke den farmakokinetiske profilen, og reduserte forekomst og alvorlighetsgrad av flushing hos friske, frivillige. Langtidsbruk av ASA til behandling av flushing anbefales ikke. Potensiell risiko ved ASA-behandling bør vurderes før samtidig administrering. Samtidig behandling med nefrotoksiske legemidler (f.eks. aminoglykosider, diuretika, NSAID, litium) kan øke potensialet for nyrebivirkninger (f.eks. proteinuri). Inntak av store mengder ufortynnet, sterke, alkoholholdige drikker (>30 volum% alkohol) kan føre til raskere oppløsning av preparatet og økt hyppighet av gastrointestinale bivirkninger. Selv om interaksjon med perorale antikonseptiva ikke forventes, bør ikke-hormonelle antikonseptiva vurderes under behandling.

Graviditet, amming og fertilitet:

Graviditet: Ingen/begrenset mengde data. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet, og preparatet anbefales ikke under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker egnet prevensjon. Skal bare brukes under graviditet hvis strengt nødvendig, og dersom potensiell fordel av behandlingen oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes. Det må avgjøres om ammingen skal opphøre eller behandlingen skal avsluttes. Fordelene av amming for barnet og fordelene av behandling for moren bør tas i betraktning. **Fertilitet:** Prekliniske studier tyder ikke på økt risiko for redusert fertilitet.

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene, flushing og gastrointestinale bivirkninger, begynner vanligvis tidlig i behandlingen (1. måned), og kan hos noen gjenta seg under hele behandlingen. De fleste tilfellene er av mild eller moderat alvorlighetsgrad. Tolerabiliteten kan økes ved samtidig matinntak. Preparatet ble seponert pga. flushing hos 3% og pga. gastrointestinale bivirkninger hos 4%.

Svært vanlige (>1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, smerter i øvre del av magen, magesmerter. Hjerter/kar: Flushing. Undersøkelser: Ketonuri. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Blod/lymfe: Lymfopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, gastritt, gastrointestinale sykdom. Hjerter/kar: Høyt blodtrykk, utslett, erytem. Infeksjoner: Gastroenteritt. Nevrologiske: Svie. Nyre/urinveier: Proteinuri. Undersøkelser: Albuminuri, økt ASAT, økt ALAT, redusert antall hvite blodceller. Øvrige: Varmefølelse. **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Immunsystemet: Overfølsomhet.

Egenskaper:

Klassifisering: Middel mot multipel sklerose med antiinflammatoriske og immunmodulerende egenskaper.

Virkningsmekanisme: Ikke fullstendig klarlagt. Prekliniske studier indikerer at farmakodynamiske effekter hovedsakelig er mediert gjennom aktivering av transkripsjonsveien via Nr12 (erytroid transkripsjonsfaktor 2). Dimetylfumarat oppregulerer Nr12-avhengige antioksidantgener hos pasienter (f.eks. NAD(P)H-dehydrogenase, kinon 1, INO1). Dimetylfumarat og hovedmetabolitten monometylfumarat forårsaker en betydelig redusert immuncelleaktivitet og påfølgende frigjøring av proinflammatoriske cytokiner som respons på inflammatoriske stimuli i prekliniske modeller. Hos psoriasis-pasienter påvirket dimetylfumarat lymfocyttenotyper ved nedregulering av proinflammatoriske cytokinprofiler (T_H1, T_H17), og i retning antiinflammatorisk produksjon (T_H2). Terapeutisk aktivitet er vist i flere modeller av inflammatorisk og neuroinflammatorisk skade. Lymfocytall ble redusert med gjennomsnittlig 30% det 1. året, med et påfølgende platå. Alle farmakokinetiske analyser er utført ved måling av monometylfumarat i plasma.

Absorpsjon: T_{max} 2-2,5 timer. Etter 240 mg 2 ganger daglig var C_{max} 1,72 mg/liter og AUC 8,02 timer·mg/liter. Samlet økte C_{max} og AUC ca. proporsjonalt med dosen i området 120-360 mg.

Proteinbinding: 27-40%.

Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum ved peroralt inntak av 240 mg er 60-90 liter.

Halveringstid: Ca. 1 time. Vanligvis ikke noe gjenværende monometylfumarat i sirkulasjonen etter 24 timer.

Metabolisme: Dimetylfumarat metaboliseres i stor grad. Gjennomgår rask presystemisk hydrolyse via esteraser og omdannes til den aktive hovedmetabolitten monometylfumarat. Videre metabolisme via trikarboksylsyresyklus.

Utskillelse: 60% elimineres ved ekspirasjon av CO₂. Ca.16% via nyrene, 0,9% via feces. <0,1% uendret i urin.

Pakninger og priser: 120 mg: 14 stk. (blister) 39 24 38. 240 mg: 56 stk. (blister) 40 05 74.

Kjemper for flere senger

Helsetjenesteaksjonen angriper på nytt. De vil overtroen på det sengeløse sykehuset til livs.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M. Weston**

Norge har halvert antall sengeplasser på 30 år. Det skriver Torgeir Bruun Wyller og sykepleierne Marie Aakre, Heidi Haukelien og Liv Sigrun Engebretsen i kronikken «Senger nok til alle» på side 74. De mener at færre senger i både somatikken, psykiatrien og sykehjemmene ser ut til å ha blitt et mål i seg selv, og at det går ut over de sykeste av de syke.

Abdiserte politikere

– Hvem er egentlig denne store stygge ulven som ikke vil ha senger i sykehusene og hjelpe de sykeste?

– Det er et mangelhoder troll, sier Torgeir Bruun Wyller, overlege og professor ved geriatrisk avdeling på Oslo universitetssykehus.

de ukritisk «snakker om DRG som om det var en måte å skrive ut sjekker til egen avdeling på».

Men rabalder ble det først i fjor, da han og ni andre leger skrev kronikken «Ta faget tilbake» i samme tidsskrift. Det var en kraftig salve mot New Public Management (NPM)-organisering, dette at helsetjenesten drives etter markedsprinsipper, og samtidig en påminnelse om at helsearbeidere ikke må løpe fra sitt ansvar for den enkelte pasient. Helsetjenesteaksjonen ble født, og flere sykepleiere sluttet seg til. Siden har de deltatt i debatter i alle kanaler.

– Hvorfor tok det ni år før du fikk respons?

– Tiden var overmoden etter at flere yrkesgrupper hadde fått føle effekten av helseforetaks-

– De viser en høflig interesse, men ingen alvorlig vilje.

– Er det ingen endring med ny regjering, heller?

– Nei, det er påfallende å se hvordan Bent Høie faktisk likner mer på Jonas Gahr Støre som statsråd enn Bent Høie som opposisjonspolitiker. Det er et av de problemene vi peker på: At det er forvaltningen som leverer premissene til politikerne.

Vil ikke tilbake til 70-tallet

– Hvilken finansieringsform i stedet for ISF, ønsker dere?

– Vi ser godt at det er komplisert og at mange modeller vil få uheldige vridningseffekter. Men en start ville i hvert fall være å slutte å bruke DRG feil. Det skulle egentlig være et styrings-system på sykehusnivå, ikke et effektivitetsmål på avdelingsnivå.

Tidligere lå pasientene i ukevis på sykehus fordi finansieringssystemet stimulerte til det. Og fordi fylkeskommunene hadde ansvaret, måtte sykehusene slåss om midler mot andre prosjekt som utbygging av veier. Foretaksmodellen og ISF med sine DRG-poeng skulle være løsningen på disse problemene.

– Det er ingen som ønsker seg tilbake til 70-tallet hvor man lå 14 dager ekstra for å sjekke senkningen. Vi må tenke nye løsninger. Det viktigste er ikke hvem som er eiere, om det er stat eller regionale helseforetak. Det viktige er hvilke prinsipper det styres etter. Det som er galt med de regionale helseforetakene er ikke at de er regionale, men at de styres etter markedsprinsipper som om sykehuset var en aksjebedrift.

– NPM har blitt et skjellsord

– Kritikerne hevder at dere sparker inn en åpen dør når dere fyrer løs mot New Public Management.

«Politikerne har abdisert.» Torgeir Bruun Wyller

– Det handler om tenkningen og ideologien i store deler av administrasjonen, både i sykehus, kommuner og i deler av det helsepolitiske miljøet.

– Hvem er verst – politikerne eller byråkratene?

– Det er delt. Byråkrater har gått langt i å opptre som politikere, slik vi ser det ved store sykehusfusjoner. Der tilpasser byråkratene sine argumenter for å legge ned lokalsykehus etter de føringene den til enhver tid sittende statsråden har gitt. Helsetjenesteaksjonen mener at politikerne langt på vei har abdisert fra de viktige beslutningene. De har vedtatt foretaksmodellen og synes det er greit å slippe ansvaret for det de har bestemt, for da risikerer de å tape velgere.

Mer rabalder

Allerede i 2004 skrev Wyller lederen «Tilbake til faget» i Tidsskriftet for den norske legeförening. Der angrep han legestandens omfavnelse av ISF (innsatsstyrt finansiering). Han mente

modellen. I tillegg fikk vi denne gangen god drahjelp i voldsom mediedekning.

Nå er de 23 stykker som utgjør et slags styre i aksjonen. De har rundt 2000 navn som får e-post et par ganger i uken i tillegg til følgere på Facebook og Twitter.

Vil ikke prioritere for politikerne

– Dere ramser opp en masse dere vil avskaffe i dagens organisering. Men hva vil dere egentlig ha i stedet?

– Det spørsmålet har vi fått mange ganger, men det ville grense til det arrogante hvis vi trodde vi skulle kunne lage nye styringsstrukturer over kjøkkenbenken.

– Hva ønsker dere i stedet for helseforetak og sykehusstyrer?

– Vi ønsker å redusere de administrative ledene og at politikere ikke delegerer prioriteringene nedover i systemet til byråkratene og til yrkesutøverne.

– Hvordan stiller politikerne seg til Helsetjenesteaksjonen?

At flere er enige i ulempene ved systemet, men at man mangler bedre løsninger?

– Jammen ingen forsøker å ta en seriøs diskusjon om alternativer! Tvert imot så akselererer utviklingen. Responsen fra grunnplanet til oss har vært «Takk for at dere setter ord på det vi føler». NPM har blitt et skjellsord ingen vil vedgå at det styres etter.

– Ledelseseksperten Lars Erik Kjekshus mener NPM er en samlebetegnelse som tilslører mer enn den avdekker fordi den inneholder så mange elementer og reformer, og at dere heller bør diskutere de enkelte elementene?

– Det er jeg enig i, og det er nettopp det vi gjør nå med denne kronikken om sengeredukasjonen. Men jeg synes fortsatt NPM er et godt stikkord for det vi mener er overordna feil med helsevesenet.

Småkonger breier seg

– Hvis systemet skal gi mer makt til profesjonene, vil vi ikke nødvendigvis få mer demokrati. Derimot kan det bli mer teknokrati?

– Det kommer an på hva du mener med makt. Den overordna styringen med prioriteringer hører hjemme på politisk nivå. Profesjonene kan si hva vi kan oppnå med våre behandlingstiltak og sammenlikne effekt og prognose mellom ulike metoder. Men vi må motsette oss å få delegert de overordnete politiske beslutningene, som hvem og hvor mye vi skal behandle. Gjør vi ikke det, blir vi teknokrater.

– Men hvis dere skal bestemme mer, kan det vel lettere oppstå småkonger som sitter på hvert sitt lille lokalsykehus hvor ymse kulturer får utvikle seg i fred og helsetilbudet i Norge kan bli mer tilfeldig, uoversiktlig og urettferdig?

– Tvert imot: De store sykehusene vi har nå har gjort at det blir lettere for småkongene å breie seg. Revirkampene har blitt verre. Denne måten å styre på fremmer det verste i folk. Organisasjonene blir rett og slett for store og uoversiktlige.

Legenes adelsmerke

– Hva skal alle de arbeidsledige byråkratene gjøre hvis Helsetjenesteaksjonen får det som den vil?

– Velkommen tilbake til pasientene! Det gjelder ikke minst mange sykepleiere som har tatt helt farvel med faget for å være ledere.

– Men det er jo fordi flere sykepleiere enn leger tar lederoppgaven alvorlig og ikke sniker seg unna kjedelige oppgaver som å sette opp vaktlister og avholde medarbeidersamtaler. Halvparten av legelederne bruker mindre enn 50 prosent av sin tid til ledelse, mens det kun er 5 prosent av sykepleierlederne som gjør det samme, ifølge Kjekshus?

– Det er jo det som er legenes adelsmerke! Leger har til nå i større grad villet lede innenfor sin fagtradisjon og vil i hvert fall sette av tid til pasientene. Dessverre er disse idealene i ferd med å forsvinne blant legene, men sykepleierprofesjonen har et enda større problem ved at den så lett glir inn i en ledelsesutøvelse som gir slipp på fagprofesjonen. Jeg har lest at på den anerkjente Mayo-klinikken i USA får ingen være leder på noe nivå uten praktisk pasientarbeid ved siden av. ■■■



Les kronikken på side 74.



KOMMER MER: – Overtroen på det sengeløse sykehuset er bare ett eksempel på de negative effektene av at helsetjenesten er organisert etter markedsprinsipper, mener Torgeir Bruun Wyller.

Tema Designet dop

18 På ett sekund klikket det fullstendig for ham ›

20 Dør av PMMA ›

MED BARE HENDER:

Jakten på narkotika er også manuell. Brev blir sett, luktet og kjent på.

Syntetisk

A photograph of a cluttered workspace. In the background, a dark grey cabinet has several small, colorful stickers on its door. A computer monitor is on the left. The desk is covered with various items: a white mug, a pair of orange-handled scissors, a green box, a white box, and a large roll of yellow tape with red and blue patterns. A blue plastic bin in the foreground contains papers. The overall scene suggests a busy, perhaps makeshift, office or workshop environment.

Her gjør tollerne på Gardermoen snart
dagens 16. beslag. Sannsynligvis er det
en type syntetisk narkotika. Det er en
voldsom vekst i slike stoffer på vei til
Norge. Det skaper nye utfordringer for
sykepleiere. Tekst Nina Hernæs Foto Erik M. Sundt

trøbbel



«På ett sekund klikket det fullst

UKJENT INNHOLD:
Dette brevet vekker
mistanke. Det er sendt
til tollaboratoriet for
analyse.



Syntetisk narkotika tvinger norske sykepleiere til å tenke nytt. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

Gardermoen: SK 802 fra London har nettopp landet. Mens passasjerene går gjennom vanlig tollkontroll, er en del av flylasten kjørt hit. Her, i en hangar-liknende hall, går Tollvesenets etterretningstjeneste gjennom pakker og brev, med skanner og bare hender. Sju ansatte jobber fulltid med å jakte på narkotika. Det er særlig det syntetiske som bekymrer dem.

– De som tar syntetisk narkotika aner ikke hva de putter i seg, sier Runar Kristiansen tørt.

Etterlikner

«Spice», «legal high» eller designerdop er syntetisk framstilte stoffer som likner på vanlig narkotika, men med ørsmå justeringer i kjemien som gjør at de ikke alltid omfattes av narkotikalongivningen. De kan være opptil hundre ganger sterkere enn dopet de etterlikner og svært avhengighetsskapende.

Man vet lite om bruk og utbredelse i Norge, men beslagene gir stor grunn til bekymring.

I 2013 gjorde Tollvesenet 437 beslag av syntetiske stoffer. Det er dobbelt så mange som året før.

Magefølelse

– Der har vi nummer 16.

Runar Kristiansen holder opp en liten, firkantet pose med hvitt pulver. Det er dagens sekstende beslag og sannsynligvis syntetisk.

– Ser nesten ut som amfetamin, kommenterer kollega Arild Øverby.

«Smelly proof» står det på posen. Avsenderen har gjort sitt for at tollere og hunder ikke skal lukte seg til innholdet. Kristiansen tok den på magefølelsen.

– Et enslig brev fra et utenlandsk firma til en privat mottaker i Norge, forklarer han.

– Den måtte jeg sjekke.

Den hvite vinduskonvoluttten som påstår at den kommer fra et seriøst firma, er trolig en moderne doplanger. På vei fra England til et ungdomsrom et sted i Norge.

Nytt

Oslo universitetssykehus, Ullevål: Rett innenfor akuttmotaket ligger obs-posten. En av spesialitetene her er overdoser og forgiftninger. Noen av rommene langs postens ene korridor er nesten strippet for alt inventar og kan huse utagerende pasienter.

– Vi er vant til rus, sier seksjonsleder Kristine Listou.

endig for ham.

■ Ole André Lied, sykepleier



DAGENS FANGST:

16 så langt, men Runar Kristiansen vet det kan bli flere.

– Men rus framkalt av syntetisk narkotika er nytt for oss. Det gjør at vi må tenke annerledes.

Internett

Syntetiske cannabinoider og syntetiske katinoner er to hovedgrupper syntetisk narkotika. Virkningen av cannabinoide likner på hasj, katinoner på khat. Men virkningen er mye sterkere og ofte helt uforutsigbar. Nye varianter av stoffene kommer stadig til.

I 2010 registrerte European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 500 ulike syntetiske stoffer. Det reelle tallet er antakelig mye høyere. I EU anslår man det er 700 nettbutikker som selger dem. Alt man må gjøre, er å bestille noen milligram på nett, og så kommer det hjem i posten. Man trenger ikke oppsøke kriminelle, henge på Plata eller deale i mørke smug. Flere av nettbutikkene opererer med leveringsgaranti. Kommer ikke stoffet frem til postkassen, fortsetter de å sende til det er mottatt. Prisen er også overkommelig for de fleste: Noen kroner for en brukerdose.

Uro

– Han var snill og samarbeidet bra, forteller Camilla Siljehaug, sykepleier på obs-posten på Ullevål.

– Men jeg merket at han ble mer og mer urolig.

Det var før jul de tok imot en pasient som kan ha tatt syntetisk narkotika. Han hadde vært innlagt flere steder på sykehuset før han kom til dem for en somatisk vurdering. Siljehaug var fastvakt for den 1,95 meter høye mannen. Den andre natten hun hadde ham, ble han mer og mer urolig. Han ville gå i gangen, og han ville ut og røyke. Han kom med trusler som «ingen må være med meg, for da kan det skje noe med dem».

Siljehaug varslet portvakta, slik hun pleier når pasienter er veldig urolige. I lommen hadde hun alarmknappen



MÅ BESKYTTE SEG:

Ove Andre Lied og Camilla Siljehaug har pleiet en pasient som gikk til angrep.



VANT TIL RUS: Men Kristine Listou sier syntetiske stoffer er noe annet.

sykepleierne på posten går med i slike tilfeller.

Mannen ble mer og mer agitert, og til slutt pakket han sakene sine og stormet ut av rommet.

Ble slått etter

Siljehaug hadde fått beskjed om at mannen skulle holdes tilbake. Det kan legene gjøre dersom pasienter mistenkes for å være til fare for seg selv eller andre. Alt gikk så fort at Siljehaug handlet på impuls og fulgte etter ham.

- Det burde jeg ikke gjort, sier hun i dag.
- Men jeg hadde jobbet tett med ham i to netter og ville prøve å snakke ham fra det.

I lommen hadde hun sin private telefon og ringte opp portvakta.

Mannen endte opp på parkeringsplassen utenfor sykehuset. Der sto hun og snakket med ham lenge. Hun følte de hadde en god tone, men vet man aldri kan være sikker. Til slutt sa hun at

han enten måtte bli med tilbake frivillig eller bli hentet av vakta. Da begynte han å slå etter henne. Fordi hun hadde portvakta på telefon, kom de raskt til assistanse.

- Jeg var jo redd, sier hun.
- Samtidig var han så sløv at han ikke ville klart å slå ordentlig til meg.

Ristet i veggen

Kollega Ove Andre Lied var mannens fastvakt på dagtid. Han fikk merke aggresjonen den andre dagen. Det hadde vært mange undersøkelser, og pasienten begynte å bli urolig. Da legen informerte om at det ble spinalpunksjon, ble det for mye.

- På ett sekund klikket det fullstendig for ham. Han ble helt svart i øynene, forteller han.

Lied fikk legen ut av rommet og lukket døren. Der inne slo og sparket pasienten så de kunne kjenne det i veggen utenfor.

- Vi sto og tenkte på hvor lenge vi skulle holde i døren, forteller Lied.
- Han var nesten til fare for seg selv. Jeg lurte på om han sto og skallet hodet i døren. Jeg var redd vi ville finne ham i en blodpøl.

Da portvakta kom, roet han seg.

Forholdsregler

Det var legene på posten som satte dem på tanken om at det kunne være syntetisk narkotika med i bildet.

Lied, som har jobbet med rusmisbrukere, sier opplevelsen er annerledes enn hva han har opplevd før.

Seksjonsleder Listou forteller at de også har hatt andre pasienter som har vært samarbeidsvillige før de plutselig ble truende.

– Jeg har aldri opplevd å være redd på jobb, men disse opplevelsene viser at vi må ta forholdsregler. Er det riktig at en sykepleier er fastvakt for en sånn pasient? Er det sykepleiere som skal være fastvakter? Vi har ikke erfaring med å legge folk i bakken, og vi skal heller ikke gjøre det.

- Overdoser har vi mye av, sier Siljehaug.
- Vi er forberedt på det uforutsigbare, men dette er på et helt nytt nivå.

Ante ikke

Om mannen hadde tatt syntetisk narkotika, får de aldri vite. Men historien stemmer godt overens med andre erfaringer med pasienter som har tatt syntetiske stoffer. Det bekrefter Anna-Lena Westbye Pedersen, høyskolelektor ved Høgskolen i Hedmark med erfaring fra rusfeltet.

– Å skli ut og inn av bevissthet og å ha hallusinasjoner er typisk, sier hun.

- Det samme er plutselig aggressivitet.

Alt dette kan henge igjen i dager og uker. Noen får varige personlighetsforstyrrelser.

Pedersen hørte første gang om syntetisk narkotika i 2010. På en konferanse i Sverige snakket politiet om «spice» og «mefedron». Hun, som kunne narkotika, ante ikke hva de snakket om. «Det må være legemidler», tenkte hun.

– Det var en verden jeg aldri hadde hørt om. Jeg begynte å utforske den og fant bare mer og mer. Og alt var dårlige nyheter.

Hun så konturene av et enormt marked som få visste om, selv om alt tydet på at det foregikk betydelig handel der. Også fra

Dør av PMMA

Mellom 2010 og 2013 døde 29 mennesker av PMMA (parametoksymetamfetamin) i Norge. Stoffet er et syntetisk ecstasylignende rusmiddel.

En gjennomgang av 12 av dødsfallene viser at 8 ble funnet døde. 4 hadde alvorlige symptomer som store pustevansker, ekstremt forhøyet kroppstemperatur, plutselig kollaps, hjertestans, kramper eller samtidig funksjonssvikt i flere vitale organer. De fleste var menn og gjennomsnittsalder var 27 år.

Stoffet selges ofte som ecstasy eller amfetamin og fins som pulver eller tablett. Det likner metaamfetamin, men har en ekstra stoffgruppe koplet til metamfetaminmolekylet.

Man antar at stoffet dukket opp på mar-

kedet i et forsøk på å omgå lovgivning som forbyr mer tradisjonelle rusmidler eller råstoffene disse framstilles fra.

Stoffet er kjent for å gi mye bivirkninger og lite rus. Rusvirkningen kommer langsomt, slik at noen tar flere doser før rusen slår inn for fullt.

Ifølge Merete Vevelstad, overlege og spesialist i klinisk farmakologi ved Folkehelseinstituttet, ble stoffet mye brukt i 2010 og 2011, men bruken ser ut til å ha gått ned. Hun tror det kan skyldes at myndighetene gikk ut og advarte mot stoffet og at det begynte å gå rykter blant brukerne om at det er farlig. Men det er fortsatt i bruk, det viser blodprøver tatt av bilførere og innsatte i fengsler.

Kilde: Folkehelseinstituttet



BEKYMRET: Fridtjof Heyerdahl sier de syntetiske stoffene er vanskelige å dosere.

«Jeg lar meg fortsatt forbløffe over hva folk er villige til å ta i seg.

Fridtjof Heyerdahl, lege.

Norge. Nå ser hun det som en viktig oppgave å spre kunnskap blant sykepleiere og annet helsepersonell.

Ingen motgift

Fridtjof Heyerdahl, overlege ved akuttmedisinsk avdeling på Oslo universitetssykehus Ullevål, er også opptatt av å samle og spre kunnskap.

– Disse pasientene er urolige og kan utagere. Noen få ganger så ille at de må sederes, sier han.

De fleste klarer de å roe med beroligende midler som benzo-

diazepiner.

– Men pasienter som skremmer eller skader ansatte er en stor utfordring.

I tillegg til stor uro, har mange rask puls og respirasjon, høyt blodtrykk og høy temperatur. Det fins ingen motgift, så det legene gjør er å se etter enhver ting som påvirker fysiologien og behandle det.

Han sier de syntetiske stoffene har ulik effekt fra person til person. De er også svært vanskelige å dosere, fordi dosene er så små.

– Jeg lar meg fortsatt forbløffe over hva folk er villige til å ta i seg, sier han.



PÅ JAKT ETTER SVAR:
Arild Øverby «skyter»
en pose dop.



Returnerte

Gardermoen: Siden 2000 har rapporter fra utlandet fortalt hva som var i vente. I 2008 tok de de første syntetiske cannabinoidene på Gardermoen. De kom i spiceform fra USA.

– Vi trodde først det var urter, forteller Runar Kristiansen.

Frem til februar 2013 var det en utfordring at stoffene ikke var klassifisert som narkotika. Men tollerne tok dem likevel. Løsningen ble å returnere dem til avsender. De opplevde det som en lite heldig løsning.

– Vi hindret dopet i å komme inn i landet, sier Kristiansen.

– Men vi hindret det ikke i å bli brukt. Om noen dør her eller i et annet land er det like ille.

Ulovlig

Fra februar 2013 ble hele grupper av syntetiske stoffer satt på narkotikalistene. Det betyr at de er ulovlige selv om de som lager dem finjusterer kjemien for å omgå lovverket.

Mefedron er et eksempel på et stoff som er tatt fra markedet og justert. Mefedron er et katinon, og det kjemiske navnet er 4-MMC. Da det ble forbudt i 2010, forsvant det for å dukke opp i en litt annen variant, som 3-MMC. I land som forbyr ett og ett stoff, innebar det at 4-MMC var ulovlig, mens 3-MMC ikke var det. Med lovendringen i 2013 ble både 3-MMC og 4-MMC ulovlig i Norge, fordi hele gruppen stoffer ble ulovlig.

Effekten kom umiddelbart. Mens det i 2011 ble beslaglagt over seks kilo syntetisk cannabis på Gardermoen, ble det i 2013 tatt i underkant av 500 gram.

Tollerne her gjør nesten ikke store beslag lenger, bare små. Men de øker i omfang. Og å kalle dem små er kanskje ikke helt presist. Ett gram av det syntetiske cannabinoidet AM-2201 gir 500 brukerdoser. Det står i skarp kontrast til vanlig cannabis, hvor én brukerdose er på ett til to gram.

På freak.no, et forum der man diskuterer ulike former for rus, er det mange som advarer mot AM-2201 og andre syntetiske stoffer. «Livsfarlig» er en kommentar. «Det syntetiske drittet» en annen.

Ifølge Kristiansen er de nye stoffene ikke en erstatning for de gamle, de kommer i tillegg.

– Mange av de gamle brukerne holder seg til det gamle fordi de er redde for det nye, sier han.

Unge gutter

Når Tollvesenet beslaglegger narkotika, skriver de en rapport og så tar politiet over. Deres oppgave er å hindre at stoffet kommer inn i Norge. Men de ser hvor det er på vei. Ifølge Kristiansen er det til hele landet, gjerne utenfor de store byene. Og det er unge folk som venter på det.

– Særlig unge gutter mellom 16 og 25 år, sier Anna-Lena Westbye Pedersen.

– Men også jenter.

Hun sier mange av brukerne er atypiske rusmisbrukere.

– De er ressurssterke, bevisste og gode på data. Mange kan kjemi, erfarer hun.

– Og de flørter med narkotika.

Dopet røykes, sniffes, injiseres eller drikkes som te. Hennes inntrykk er at en del også kommer i pilleform.

«Dette produseres ikke akkurat under fabrikkforhold. Arild Øverby, toller

Vet ikke hva de får

– Skal vi skyte den?

Arild Øverby holder en pose med hvitt pulver foran noe som likner en bankterminal. Det er et analyseinstrument utlånt fra leverandøren. Den har et innebygd kartotek på 11 000 stoffer og kan analysere hva dopet inneholder uten at tollerne trenger å åpne posen.

– Dette er litt spennende, innrømmer han.

Han ser først på instrumentet og så på lappen som følger med dopet.

– Det står at det er methylenedioxypropylvalerone, sier han.

– Men det er alpha-pyrrolidinovalerophenone. Den som har bestilt har ikke fått det den bad om, og det er ikke sikkert avsender vet hva som er oppi. Det kan være en guttunge som har blandet stoffene på rommet sitt. Dette produseres ikke akkurat under fabrikkforhold.

Kartlegger

At ingen, verken de som lager det eller de som tar det, vet hva dopet akkurat inneholder er en stor utfordring både for tollvesen og helsevesen.

– Å holde seg oppdatert er nesten klin umulig, det er så mange stoffer, sier Fridtjof Heyerdahl.

– En utfordring er at vi ikke rutinemessig analyserer blodprøver fra disse pasientene. Vi har sjelden nytte av det, fordi svarene kommer etter at pasienten er ferdig behandlet. Det er heller ikke alle stoffer som er enkle å påvise.

Men fordi virkningen av syntetisk narkotika er så uforutsigbar, trengs det mer kunnskap om stoffene for å gi bedre behandling. Derfor skal det nå analyseres flere blodprøver.

– Det kommer ikke den aktuelle pasienten til gode, for han må behandles der og da, men det kan kanskje hjelpe neste pasient, forklarer Heyerdahl.

Samlet urin

Han har vært på festival og samlet urin, i forsøk på å danne seg et bilde av hvilke stoffer som tas i Norge. Urinen ble tatt, med tillatelse fra regional etisk komité og arrangøren, fra fellestanken til urinalet og var umulig å spore tilbake til enkeltpersoner. Fordi festivalen var på vinterstid innebar innsamlingen at han måtte stå og hakke i frosset urin.

– Dette feltet krever at vi gjør forskning, sier han, som også har tatt andre utradisjonelle metoder i bruk. Som nettmøte på freak.no.

– Det er vel første gang et universitetssykehus er på freakforum, sier han og smiler skjevt.

– Men jeg synes det er en god måte å få til dialog med brukerne på. Vi må erkjenne at stoffene blir brukt og så velge om vi vil snakke med brukerne eller ikke. Jeg ser ingen ting i veien for å gi gode medisinske råd, men går aldri i dialog om hvordan stoffene skal brukes eller hvilke som er minst farlig. Utgangspunktet er at dette er farlig og ulovlig.

Skal han plukke ut et stoff han frykter, blir det mefedron.

– Det har vist seg å gi mye kardiovaskulære problemer. Det har en tendens til å gi høyt blodtrykk samtidig som de perifere karene strupes, noe som gjør at det sentrale trykket øker enda mer. Det kan føre til hjerneslag og ischemi perifert, noe vi er veldig lite glad for.

Det er usikkert hvor mye mefedron er brukt i Norge. Men på

freak.no blir stoffet diskutert, og det er dem som opplyser at de har bestilt det.

– Vi har heldigvis ikke sett mye til det ennå, sier Heyerdahl.

Usikkert

Gardermoen: – Skal se om vi klarer å finne ut av det.

Arild Øverby «skyter» beslag nummer 16. Instrumentet klarer ikke å finne ut hva som er i posen, så den går videre til tollaboratoriet. Den som venter på brevet, er foreløpig uvitende om at det er blitt politisak.

16 beslag er mye på en dag. Normalt er det 7–8. Det er en jevn flyt. Rundt en tredjedel av posten som kommer til Norge, kommer hit til Gardermoen. Det er snakk om 12–13 000 tonn i året. Hva de finner mest av, varierer. Nå er det mye ecstasy og methylenedioxypropylvalerone (MDPV), men også «gammeldagse» stoffer som amfetamin og LSD.

– Det som er sikkert, er at vi finner narkotika, men det er ikke alltid vi vet hva det er, sier Runar Kristiansen. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



Symposium på Ullevål

For å møte problemene med utagerende og voldelig atferd etter bruk av syntetisk narkotika, har Oslo universitetssykehus arrangert et tverrfaglig møte for å skolere sine ansatte.

– Interessen er stor også utenfor sykehuset, sier professor og overlege Dag Jacobsen ved akuttmedisinsk avdeling på Ullevål.

– Slike pasienter er ikke lenger bare et «Oslo-problem», sier han.

– Salget over nettet gjør at slike pasienter ses på sykehus over hele landet.



Der ute

Les mer om:

26 På jobb i Honduras ›

32 Operasjon gir motivasjon ›

38 Rettssaken ingen ønsket ›

Tekst **Eivor Hofstad** Illustrasjoner **Colorbox**
eivor.hofstad@sykepleien.no



Korrupt helsepersonell i **VIETNAM**

Helsedepartementet i Vietnam har opprettet 1 400 akutt-telefonlinjer over hele landet, knyttet til sykehus og medisinske sentre. Etter to måneders drift har tjenesten blitt evaluert, og det viste seg at mer enn 140 av 894 telefoner dreide seg om pasienter som rapporterte om bestikkelsesforsøk, uansvarlighet eller autoritær behandling av leger. Mange hadde blitt bedt om å betale for å få raskere behandling, og noen klagde på at sykepleiere krevde bestikkelser i form av penger mens pasientene fikk sprøyter eller sårskift.

Kilde: Viet Nam news

Underskriftskampanje for blinde i **INDIA**



ENGASJERER: Blinde og svaksynte i Uttar Pradesh på et møte arrangert av FIAN i 2011. Foto: FIAN

Organisasjonen FIAN (Food First Information and Action Network) har startet en underskriftskampanje for å støtte blinde og svaksynte rett til arbeid i India.

FIAN har jobbet siden 2005 for å sikre denne utsatte gruppens rettigheter. India har forpliktet seg til å ansette blinde og svaksynte i 1 prosent av alle offentlige stillinger, og FIAN Norge samarbeider spesielt med delstaten Uttar Pradesh for å legge til rette for at loven følges.

Fram til 2012 forble disse stillingene ubesatt, men etter at FIAN har presset på, fikk 19 blinde og svaksynte arbeid i løpet av året.

– Det tolker vi som et skritt i riktig retning, men det er fremdeles en lang vei å gå, sier styremedlem Mia V. Henriksen i FIAN Norge.

– Jeg oppfordrer alle til å signere i underskriftskampanjen for å vise sin støtte til blinde og svaksynte rett til arbeid, og med det rett til å brødfø seg selv, sier Henriksen, som også er HR-rådgiver ved Oslo universitetssykehus.

Hun forteller at FIAN var i India i 2011 for å samle dokumentasjon på hvordan blinde og svaksynte har det i landet.

Oppropet kan signeres på www.fian.no

Støttegruppe for **DANSKE** sykepleiere

For to år siden dannet sykepleiere i København et nettverk for sykepleiere med varige begrensninger i arbeidsevnen. Gruppen består av 55 medlemmer som holder rundt ti møter i året. Her utveksler de erfaringer og får råd fra likesinnede. De har en lukket nettverksportal hvor informasjon deles, og de får også undervisning arrangert av kretsen de tilhører innen Dansk Sygeplejeråd.

– Mange sykepleiere som ikke kan arbeide mer får en stor faglig og personlig knekk. Sykepleiere er så utrolig pliktoppfyllende, og plutselig kan de ikke være det mer, sier lederen, Merete Lelund.

Medlemmene i gruppen følte seg ensomme i den lange prosessen som kommunal avklaring kan være. De var lei og stresset av det, forteller Lelund. De ante ikke hvor de kunne få hjelp eller støtte til å finne ut av lover og regler, og til hvordan de skulle komme gjennom livskriser som oppsigelse, sykdom og lignende.



BEGRENSET ARBEIDSEVNE: Merete Lelund leder nettverksgruppen. Hun kan selv bare jobbe 10 timer i uken.



DANSKE leger tullinger akuttnummer

De 1,7 millioner innbyggerne i Københavnsområdet har siden 1. januar fått et nytt akuttnummer å ringe når de skader seg eller blir syke når fastlegen deres holder stengt. Nummeret er 1813,

OPPRØRT: – Det er simpelthen forferdelig og totalt uakseptabelt at legene på denne måten tar verdifull tid som sykepleierne skulle brukt til å hjelpe syke pasienter, sier Vibeke Westh, kretsleder i Dansk Sygeplejeråd. Foto: Eivor Hofstad

og det er sykepleiere som svarer. Tidligere ringte man en lege på legevakten. Ordningen har møtt mye motstand hos legene som mener at sykepleierne ikke er kvalifiserte nok til å gi råd på telefon. Sykepleierne på sin side, hevder at Dansk Sundhetsinstitut har slått fast i en rapport at leger ikke er flinkere enn sykepleiere til å rådgive over telefon.

I januar kom det fram at enkelte leger har drevet telefonsjikkane ved å ringe 1813-nummeret og så enten legge på,

eller spørre sykepleierne om hva de kan.

– De har ringt systematisk med korte intervaller, og nå er det påvist at fire av numrene tilhørte leger i fagforeningen PLO, mens 13 numre ennå ikke er identifisert, sier Vibeke Westh, Dansk Sygeplejerråds kretsleder for København-området, til Sykepleien.

Avisen Politiken skriver at motstanden skyldes at legene taper inntekter på det nye systemet.



Annenhver sykepleier i UPPSALA sier opp

17 av 30 sykepleiere på en av Akademiska sjukhusets hjerteavdelinger i Uppsala har sagt opp i protest mot lave lønninger og stresset arbeidsmiljø. I desember leverte de inn en kravliste til ledelsen om en minimumslønn på 25 000 kroner i måneden, lik lønnen de nyutdannede som tilsettes ved sykehuset får. Men de fikk ikke gehør for kravet.

– Det er kjempeflott at nyutdannede sykepleiere får 25 000 kroner i måneden. Men vi har 18 sykepleiere på avdelingen med en månedslønn på under dette, til tross for at mange av dem har jobbet i flere år, sier Per-Ola Blomgren, sykepleier på avdeling 50 F, til Uppsala Nya Tidning.

På sosiale medier florerer støtten til sykepleierne i Uppsala, blant annet hos Facebook-aksjonen Sjuksköterskor ryter ifrån: «Vi sier det igjen – nå er det slutt på billigsalget!», skriver de.

Digitale penner til SKOTSKE hjemmesykepleiere

På øyene i Vest-Scottland (Western Isles), har hjemmesykepleierne fått opptil 50 prosent mer tid til sine pasienter etter at de gikk over til å bruke digitale penner.

Disse ser ut som vanlige penner, men har teknologi som gjør at det man skriver kan overføres til digitale

format, som så kan bli lagret og delt. Det vil si at hjemmesykepleierne kan notere hjemme hos pasienten uten å måtte gå tilbake til kontoret for å føre det inn på datamaskinen.

Kilde: Nursing Standard



Booster av meningitt-vaksinen i Lothian, SKOTTLAND

Helsesøstre i Lothian-distriktet i Skottland tilbyr tenåringer en booster-dose av meningittvaksinen for første gang. Den såkalte «Men C»-vaksinen beskytter mot meningokokker gruppe C, som kan forårsake hjernehinnebetennelse og blodforgiftning. Forskning har vist at beskyttelsen av vaksinen varer lenger dersom en boosterdose gis i begynnelsen av tenårene.

Kilde: Nursing Standard



BRITISK avis kårer filmsykepleiere

I januar kåret avisen The Guardian de ti sykepleierne på film og tv som kommer mest under huden på sitt publikum. Du finner bilder av alle sykepleierne og begrunnelsen på nettsiden www.theguardian.com. Her er listen:

1. Jackie Peyton fra tv-serien Nurse Jackie, spilt av Edie Falco. Hun får førsteplassen fordi hun fornyer alle de sexy/moderlige stereotypene av sykepleiere vi er vant til å møte på film.
2. Nurse Ratched i filmen Gjøkeredet fra 1975, som Louise Fletcher fikk en Oscar for.
3. Nurse Gladys Emmanuel fra tv-serien Open all hours, spilt av Lynda Baron.
4. Ellie Driver med kodenavnet California Mountain Snake i filmen Kill Bill, spilt av Daryl Hannah.
5. Nursie fra tv-serien Blackadder II, spilt av Patsy Burne.
6. Annie Wilkes i filmen Misery, spilt av Kathy Bates.
7. Nurse Alex Price i filmen An American werewolf in London, spilt av Jenny Agutter.
8. Nurse Mills i tv-serien The Singing Detective, spilt av Joanne Whalley.
9. Matron i filmen Carry on Matron, spilt av Hattie Jacques.
10. Charlie Fairhead i tv-serien Casualty, spilt av Derek Thompson.



NUMMER 1: Karakteren Nurse Jackie, spilt av Edie Falco, er motsetningsfylt og engasjerende. Sesong 3 går på NRK3 på torsdager. Foto: CBS Paramount

Riskhospitalet



Sykepleien har møtt helsepersonell i Honduras, et land som er i ferd med å kollapse.

Tekst **Helene Skjeggstad** Foto **Anette Karlsen**

Jobber i verdens farligste land

Fakta om Honduras:

- » Har litt over 8 millioner innbyggere.
- » 70 prosent lever rundt fattigdomsgrensen.
- » Over halvparten er arbeidsledige.
- » En av fem har ikke tilgang til primærhelsetjenester.
- » Landet sliter økonomisk, og har pådratt seg en gjeld på over 6 000 millioner dollar.

Klokken har så vidt passert sju en fredag morgen i Tegucigalpa, hovedstaden i Honduras. Selv om kalenderen viser sommertid i det lille, fjellrike landet i Mellom-Amerika, er det usedvanlig kaldt og vinden blåser rett inn på venteværelset i den lille helseklinikken i sentrum av byen.

Venteværelset er strengt tatt ikke et værelse, men en gang, og selv om det er tidlig på morgenen er alle seter opptatt. Derfor halvveis sitter det, halvveis står det mennesker langs alle veggene og trappene. Plutselig høres en bestemt, men litt rusten stemme ut i gangen. Ana Luz Favala (51) står bak to store oppstilte oppslagstavler og roper på pasientene.

– Jeg jobber her på preklinikken hvor jeg veier pasienten, måler blod-

Det er Favalas jobb å sørge for at pasienter blir sendt videre til rett lege, og hennes organisering trengs på den lille klinikken. Hver dag har de opptil 150 pasienter i tidsrommet 7–12. For å betjene mengden pasienter, har de vanligvis fem leger og femten sykepleiere. I dag er imidlertid to leger på ferie.

– Hvis jeg hadde alle pengene i hele verden, ville jeg ha kjøpt en ny bygning til klinikken. Denne er laget for kaos, sier hun.

Frykter utviklingen

Favala har vært sykepleier i 25 år og elsker jobben sin. Hun liker å snakke med pasienten, lytte, bli kjent med dem. Men hun er bekymret for hvilket helsesystem som møter de syke og

Inne i en nedadgående spiral

Hundrevis av Honduras' leger, sykepleiere og psykiatere er oppgitte og irriterte. Noen av dem har ikke fått utbetalt lønn på flere måneder. Andre har ikke fått lønn siden 2012. I tillegg har ingen fått inflasjonsjustert sine utbetalinger. Mens prisene har steget på mat og bolig, har altså helsepersonellens lønninger stått stille.

– Nå er det kommet i havn en avtale med legene, men for eksempel mange renholdere har ikke fått betalt på over et år, sier Bertrand Rossier, koordinerende sjef for Leger uten grenser i Tegucigalpa.

Organisasjonen har vært i landet siden tidlig 1970-tallet, og har i dag både prosjekter i hovedstaden Tegucigalpa og voldsherjete San Pedro Sula, regnet som to av verdens farligste byer. Han er ikke optimistisk med tanke på fremtiden i det lille landet i Mellom-Amerika.

– Problemene i helsesektoren vil ta tid å løse, og systemet kollapse mer og mer. Det er vanskelig å være optimistisk med tanke på fremtiden, sier Rossier.

Militærkupp og vold

Ved første øyekast ser Tegucigalpa ut som en koselig Kardemommeby med smale gater og fargerike hus. Ved nærmere øyesyn er det imidlertid klart at noe ikke er som det skal. De fleste bygninger skriker etter vedlikehold,

«Hvis jeg hadde alle pengene i hele verden, ville jeg ha kjøpt en ny bygning til klinikken.»

Ana Luz Favala, sykepleier

trykket, sjekker temperaturen og andre helt elementære ting. Så bestemmer jeg hvor pasienten skal sendes etterpå, sier hun bak oppslagstavlene.

– Laget for kaos

Hun veier en mann og måler blodtrykket. Det er for høyt, og hun sørger for at han får møte en av legene som har ekspertise i kroniske sykdommer.

svake i Honduras.

– Det blir verre og verre dag for dag, og mange pasienter får ikke den behandlingen de trenger, sukker hun, og legger til:

– Helsevesenet henger jo sammen med resten av landet. De siste årene har ikke politikken vært god, og økonomien er blitt mye verre. Det samme gjelder helsevesenet.



og med sine sotete vinduer og gitter er det tydelig at det gjelder å holde folk ute, ikke å invitere dem inn. Inntrykket forsterkes av de mange piggråd-gjerdene som forseglar hustakene fra omverdenen.

I 2009 ble den sittende presidenten kastet i et militærkupp, det første kuppet på et kvart århundre i regionen. Honduras har vært et formelt demokrati siden 1986, men har i lang tid slitt med en sammenblanding av politikere, militæret og den økonomiske eliten. Landet har lenge vært regnet som det fattigste i Latin-Amerika.

Med kuppet ble landet også rammet av en boikott som førte til midlertidig stopp i det internasjonale narkosamarbeidet. Det, i tillegg til at Mexico startet en blodig kamp mot sine narkokarteller, har ført til at Honduras de siste årene har blitt hovedveien for kokain

fra Colombia til USA. I dag regner amerikanske myndigheter med at 79 prosent av all kokain som blir fraktet ut av Sør-Amerika, har sitt første stopp i Honduras. Som et resultat av all volden som følger med, har landet klatret opp på topp av listen av land med flest drap per innbygger, gjennomsnittlig 20 drap per dag i 2012.

Svak mental helse

Konsekvensene av volden i samfunnet vises ikke bare igjen i bybildet. For å leve i et så farlig samfunn får også konsekvenser på folks mentale helse.

– Dessverre får ikke majoriteten hjelp. Mental helse anerkjennes ikke her i landet, sier Erick Romero inne på den store helseklinikken Alonso Suazo.

Han har jobbet som psykolog i fem år og er fortvilet over situasjonen. I

2012 hadde landet verdens høyeste drapsrate per innbygger, og i 2011 ble det registrert 3 150 seksuelle overgrep. 90 prosent av ofrene var jenter, flesteparten mellom 14 og 20 år. Av de resterende 10 prosentene, var flest små gutter mellom fem og ni år, ifølge Leger uten grenser.

Erick Romero forteller at landet bare har 54 psykologer på nasjonalt nivå.

– Vi skal ta oss av et samfunn herjet av vold og seksuell vold. Hele tiden ser jeg pasienter som lider av posttraumatisk stress og som sliter i hverdagen. Flere har også gått så lenge med psykiske problemer at det påvirker deres fysiske tilstand. Resultatet er at befolkningen blir sykere og mer isolerte, sier han, og trekker frem tallene:

På seks måneder behandlet de 2 500 mennesker. 80 prosent av disse

En liten helseklinikk, Tegucigalpa

TREKKFULLT: Sykepleier Ana Luz Favala har bare en plate mellom seg og de ventende pasientene når hun jobber på den lille klinikken i Honduras hovedstad Tegucigalpa.







Det ene av Honduras' to offentlige sykehus, Tegucigalpa

AU: Lille José Antonio har leukemi og liker ikke blodprøven sykepleier Miriam Jesus Moncada må ta på det offentlige sykehuset i Tegucigalpa. Kreftavdelingen har fått private sponsorer og har en bedre standard enn de andre avdelingene på sykehuset.

«Mental helse anerkjennes ikke her i landet.»

Erick Romero, psykolog

Alonso Suazo helseklinikk, Tegucigalpa

PSYKISK HELSE: I et kott under trappen som går videre opp til klinikken tar psykolog Erick Romero imot pasienter med traumer fra seksuelt misbruk og vold.

var tilknyttet voldsproblematikken. Av disse 80 prosentene hadde 60 prosent også en psykisk lidelse.

– Mange slutter å jobbe og studere. De slutter å leve det livet de burde ha levd fordi de ikke får hjelp, sier han.

Store mangler

Volden gjennomsyrrer nå hele det honduranske samfunnet, som er fanget i en nedadgående spiral. I tillegg har myndighetene pådratt seg en gjeld på over 6 000 millioner dollar og rundt 70 prosent av befolkningen lever rundt fattigdomsgrensen og må derfor lene seg på det offentlige helsetilbudet om ulykken er ute. Det som møter dem er imidlertid et skakkjørt helsevesen med store mangler.

– Helsekøene vokser hele tiden fordi systemet ikke har nok kapasitet til å ta unna for etterspørselen. I tillegg er det store mangler på medisiner, utstyr og personell, sier Joel Durón, lege og sjef for Røde Kors' nasjonale helseprogram.

– Krisen kan ikke løses om ikke landet får orden på økonomien. Her henger alt sammen med alt, sier han.

Rømte til kreftavdelingen

Honduras har bare to offentlige sykehus i hele landet. Et av disse ligger i hovedstaden Tegucigalpa og er nøye tilknyttet de medisinske utdanningene på universitetet i byen. Sykehu-

set har vært i hardt vær de siste årene med både beskyldninger om dårlig behandling av pasienter, manglende lønninger til ansatte og sist som tilholdssted for dopsmuglere.

Står en på akuttmottaket, skjønner en raskt hvorfor kritikken har haglet. I et salig kaos fyker unge medisinstudenter forbi skuddofre og gamle bestemødre. På stålvogner kjøres hardt skadete og lik gjennom smale dører. Medisinene må kjøpes av pasientene selv. Det det lille sykehuset har å tilby av medisiner oppbevares i pappesker langs veggene. De bruker gummihansker til å stanse blødninger og bomull fra bleier.

Miriam Jesus Moncada (53) har sett alle avdelingene på det offentlige sykehuset i Tegucigalpa. Nå har hun rømt bak veggene til en delvis sponset avdeling.

– Det er ikke bra der nede, og det har bare blitt verre, sier Moncada.

Hun har på seg munnbind, men en kan se på øynene hennes at hun er bekymret når hun snakker om tilstanden på akuttmottaket. Bekymringen forsvinner like raskt som den kom, smilerynkene er tilbake igjen på avdelingen for kreftsyke barn.

Oase i kaoset

Avdelingen ligger i annen etasje på det offentlige sykehuset, og det er som å komme inn i en stille oase et-

ter kaoset på akutten. Her er det tegninger på veggene og alle beveger seg langsomt. Til høyre er det et fellesrom med ti senger, til venstre er det en korridor med 11 enkeltrom. Moncada har 27 års erfaring som sykepleier, og har valgt avdelingen med omhu.

– Vi er 50 prosent sponset av organisasjonen for kreftsyke barn. Her inne er vi derfor veldig fornøyd med den tilgangen vi har på utstyr og medisiner. Men hadde jeg fått masse penger ville jeg ha brukt dem til å kjøpe inn mer, til hele sykehuset, sier hun, mens hun forbereder blodprøve av José Antonio (4).

Han hater sprøyter og et skrik skjærer gjennom luften på den ellers rolige avdelingen. Han har leukemi, og Moncada er fast innstilt på å gjøre hverdagen hans litt lettere.

– De trenger mye kjærlighet på denne avdelingen. Her har vi heldigvis det vi trenger slik at vi har overskudd til å gi nettopp det.

Må prioritere pasienter

Klokken er 7.46 lørdag morgen da det lyser gult på Røde Kors-sentralen. Samuel Florez (33) vet hva det betyr – ikke veldig alvorlig, som er kode rød, men heller ikke et enkelt oppdrag, som har fargen grønn. Han og sjåfør Ascensión Cruz Lopez kaster seg inn i Røde Kors-ambulansen mens de får beskjed om at det er en motorsykkelulykke. Det er den vanligste formen for meldinger de får. Faktisk får Røde Kors melding om 8–10 trafikkulykker hver eneste dag. I 80 prosent av tilfellene er motorsyklister involvert.

Etter sju minutter i ambulansen ankommer Florez stedet. En motorsyklist har krasjet med en trailer. Til Florez' store frustrasjon har noen flyttet på motorsyklisten, men han starter det arbeidet han har gjort så mange ganger før: får oversikt, sjekker pasienten, starter behandling. Han klipper opp buksen på motorsyklisten og bandasjerer ankelen. Motorsyklisten, som er mann på 33 år, er hardt skadet og må på sykehuset. Mens ambulansen kjører sikksakk mellom biler som ikke vil flytte seg, setter Florez en sprøyte med smertestillende.

Samuel Florez elsker jobben sin, men av og til blir han så oppgitt at han ikke vet hva han skal gjøre. For eksempel da han undersøkte en fattig kvinne med blindtarmbetennelse





som ikke ble videre behandlet på det offentlige sykehuset. Eller når han møter andre syke mennesker som ikke har råd til de mest nødvendige medisiner. Eller når han frykter at han har prioritert feil.

– Vi i Røde Kors har tre ambulanser som fungerer til enhver tid, hver har en sjåfør og en paramedic. Selv om vi

får litt støtte fra det lokale brannvesenet er det vi som er hovedleverandøren av ambulansetjenester for hele byen. Det betyr at vi har ansvaret for over én million innbyggere, sier han.

Florez har jobbet fem år som betalt ambulanspersonell hos Røde Kors. Før det hadde han sju år som frivillig. Han forteller at de i gjennomsnitt

fire ganger i uken ikke har nok ambulanser, og at det vranger seg i han hver gang han er nødt til å vurdere et tilfelle som ikke alvorlig nok til en ambulanse.

– Det kunne jo ha vært min mor, sier han. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no

Røde kors-sentralen, Tegucigalpa

MÅ PRIORITERE: Ambulansemedarbeider Samuel Florez hater det når han må velge å ta med bare den som er mest skadet og la andre ligge igjen. Her har en mann falt på motorsykkelen og blir tatt med.



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

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

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, post@finn-senioradvokat.no - innen 01.04.2014

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

Klarer stordrikkere som brekker ankelen å kutte alkoholen ved operasjon?

Tekst og foto **Eivor Hofstad**



Operasjon gir motivasjon

Alkohol og operasjonskomplikasjoner

- ▶ Alkohol har negative bivirkninger på leveren, bukspyttkjertelen og nervesystemet.
- ▶ Høyt alkoholforbruk påvirker også hjertefunksjon, immunkapasitet, hemostase (dannelse av blodpropper) og kirurgisk stress-respons.
- ▶ Hjertesvikt og arytmier er vanlige blant dem som drikker mye, og er viktige risikofaktorer for utvikling av postoperative komplikasjoner som: Infeksjoner, hjerte- og lungekomplikasjoner, blødningsepisoder og dårligere sårheling.
- ▶ 3-4 alkoholenheter per dag gir 50 prosents økning i komplikasjoner.
- ▶ 5 enheter per dag gir opptil 300-500 prosent økning i komplikasjoner.

Kilder: Cochrane Summaries
og Hanne Tønnesen.

Vinden kaster seg gjennom Københavns gater, så sykeklustene må trække som om de er halvveis til Galdhøpiggen. Medisinstudent Erika Charlotte Wernheden søker ly innenfor glassdørene på Bispebjerg hospital mens hun venter på Nicolaj Møller.

Han skal til sin siste kontroll i Scand-Ankle-studien, et år siden han sloss med tre dørvakter på en av byens nattklubber. Det endte med ankelbrudd som krevde skruer og kirurg. Med et alkoholforbruk på godt over 21 enheter i uken passerte han det trange nåløyet for studiedeltakelse med glans.

Endringsmotiverte pasienter

Pasienter med høyt alkoholforbruk er overrepresentert på sykehusene. Særlig henger alkohol og ankelbrudd ofte sammen. Mye av den problematikken sykepleiere og leger kommer borti på akuttmottak eller kirurgiske avdelinger representerer det livsstilsforskerne liker å kalle et «window of opportunity». Studier har vist at 80 prosent av pasienter henvist til planlagt kirurgi faktisk ønsker at sykehuset støtter dem i å senke alkoholforbruk, kutte ut røyking og begrense overvekt før operasjon. Pasienter som gjennomgår kirurgi er også

spesielt motivert til å endre livsstil, men sykehusene tar sjelden ansvar for det.

Dette ønsket forskerne bak den skandinaviske ankelstudien å gripe fatt i.

33 år gamle Møller ankommer i dro-sje. Wernheden løper ut for å betale sjåføren. Hun mangler et år av medisinstudiet før hun blir lege, men har et såkalt «pregraduate» forskningsår. Det bruker hun på den skandinaviske ankelstudien i regi av Verdens helseorganisasjons Collaborating Centre (WHOC).

Senteret står bak tidligere banebrytende studier innen kirurgi og røykeslutt (omtalt i Sykepleien nr.13,

Nybrotsarbeid

Men hva med dem som må opereres akutt? Kan de minimere risikoen for komplikasjoner ved å slutte å drikke etter operasjonen? Hva med å tilpasse det undervisningsopplegget (se faktaboks) som brukes på dem som vil slutte å røyke? Tanken er å la dem gå gjennom opplegget på kortere tid, mens bruddet gror, sammen med antabus og B-vitaminer og eventuelt benzodiazepiner. Det er det ingen som har forsket på effekten av det før nå.

Scand-Ankle-studien inkluderer danske pasienter med ankelbrudd som krever operasjon, og med et al-

«Det er tabu å innrømme at man drikker mye alkohol i Norge og Sverige.» Hanne Tønnesen

2013), som viser at røykere kan mer enn halvere risikoen for komplikasjoner etter ortopedisk kirurgi hvis de slutter å røyke åtte uker før og etter operasjon. Det samme ser ut til å gjelde for alkoholbruk.

koholforbruk på over 21 enheter i uka. En enhet tilsvarer et glass øl (3,3 dl) eller et lite glass vin (1,25 dl). Pasienter skulle etter planen hentes inn fra Norge og Sverige også, men det gikk tregt med rekrutteringen. Ytterst få

av ankelbruddspasientene i de to nabolandene oppga at de drakk så mye.

– Det er tabu å innrømme at man drikker mye alkohol i Norge og Sverige. For det er ikke slik at dere ikke gjør det. Jeg har vært vikar som fastlege mange steder i Norge, og har sett hvor vanlig det er med et høyt forbruk, sier professor Hanne Tønnesen, direktør ved WHOCC.

Kontrollgruppen

Pasientene er delt i en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe. Nikolaj Møller er med i kontrollgruppen og har ikke fått noen annen oppfølging etter operasjonen enn en halv times fysioterapiøvelser. Han har heller ikke fått antabus eller andre legemidler, og har fortsatt sitt høye alkoholforbruk etter operasjon. Nå går han sammen med Wernheden gjennom sykehuskorridorene. En sort sekk er slengt over den ene skulderen. Han er frilansfotograf og beveger seg lett til beins med det tunge utstyret uten antydning til halting. Ikke har han hatt noen komplikasjoner heller, selv om han har fortsatt å drikke som før.

Wernheden ber ham fortelle hvordan det går med ankelen. Møller sier det går fint. Meget bra, faktisk. Wernheden krysser av på beste alternativ i skjemaet sitt.

– Jeg går mye. Minst en time hver dag. Jeg var i amazonasjungen på jobb i hele november, og det gikk greit, forteller han vel plassert i stolen på undersøkelsesrommet, etter først å ha tatt et siste røntgenbilde av ankelen.

Wernheden spør om alkoholforbruk den siste uken og de tre månedene siden han var der sist.

– Det varierer veldig.

Møller forteller at det ble en del alkohol og mer til i amazonasjungen. En sjaman ga ham den hallusinogene drikken ayahuaska. Det endte med oppkast selv om han ikke går på antabus ...

– I gjennomsnitt drikker jeg nok minst 21 enheter i uka. Men jeg har ikke drukket i dag, sier han og blåser i det digitale alkometeret som ikke gir utslag.

– Røyker du?

– Nei, bare når jeg drikker. Da kan det gå tre pakker i uka.



PREGRADUATES: Erika Charlotte Wernheden (til venstre) og Marianne Wejlgaard Aalykke er de to medisinstudentene som jobber med Scand-anklestudien.



Utdanningsprogrammet:

Programmet består av fem møter over seks uker. Undervisningen har følgende temaer:

- 1. møte:** Identifikasjon, ambivalens og motivasjonsgrad
- 2. møte:** Abstinenser
- 3. møte:** Risikosituasjoner og fristelser
- 4. møte:** Fordeler ved alkoholstopp på kort og lang sikt
- 5. møte:** Alkoholstopp eller lavt forbruk fremover i tid

– Veldig effektivt program

Fire doktorgradsstudenter fra både Danmark, Sverige og Norge er rullet inn i prosjektet. I tillegg jobber to medisinstudenter med hver sine delstudier.

Kristian Oppedal er fastlege og spesialist i allmennmedisin ved Kokstad medisinske senter i Bergen, og er den norske phd-stipendiaten som er med. Han ser på hvor mange som klarer å slutte å drikke alkohol i den seks ukers oppfølgingsperioden, samt hvor mange som har et ikke-rikkelig alkoholforbruk opptil ett år etter operasjon. Tallene baserer seg både på selvrapportering og biokjemiske analyser av urin- og blodprøver.

– Det viser seg at programmet er veldig effektivt ved seksukers-kontrollen. Tallene for langtidsoppfølgingen har jeg ikke ennå, sier Oppedal.

– Hvorfor gir dere ikke legemidler i kontrollgruppen også, for virkelig å få testet effekten av undervisningsprogrammet?

– Studien er designet for å teste hele

pakkeløsningen, siden tidligere forskning har vist at rådgivning og legemidler har best effekt når de kombineres.

Motstand i helsepersonnellets hoder

Kristian Oppedal venter på publisering av de første funnene i Scandinavian Journal of Orthopedics, slik at kunnskapen først og fremst når kirurgene, ikke bare helsepersonellet som jobber med rus.

«Det er i hodet på helsepersonellet motstanden sitter.»

Kristian Oppedal

– Hva bør konsekvensen være hvis programmet viser seg å ha effekt?

– Da bør det implementeres, men vi vet at det finnes mange barrierer for

det. Den største er hos helsepersonellet selv. De opplever at dette er litt på siden av deres arbeidsoppgaver, og tror feilaktig at pasienten ikke vil ha noen innblanding. Men pasientene vil oftest gjerne ha hjelp til å endre livsstil, så det er i hodet på helsepersonellet motstanden sitter.

Oppedal ønsker seg også mer oppmerksomhet rundt temaet fra myndighetenes side, og mener dette er så konkret at det lett bør kunne kommuniseres.

– Det er ikke nok med brief intervensjon, altså at legen eller sykepleieren bare rådgir pasienten om å unngå alkohol før og etter operasjonen. Det har ingen effekt. Det er kun intensiv rådgivning over lang tid som er evidensbasert innen både røyke- og alkoholstopp, sier Oppedal.

Komplikasjonsfri kontrollpasient

På Bispebjerg hospital fyller Nikolaj Møller ut et skjema om alkoholbruken. Så fortsetter Erika Wernheden kontrollen. Sjekker vekten, balansen, muskelstyrken og bevegelighet i ankelen. Deretter blodprøver. Møller kikker med stivt blick ut av vinduet mens den høyre armen årelates. Det blir flere glass. De fleste av dem skal analyseres i Stockholm på Karolinska Institutet sammen med urinprøven. Til slutt er det å vrenge av seg på overkroppen, ta av sokkene og legge seg ned på brisken for EKG. Alt vel. Det hele tar en knapp time.

– Forkluder han hypotesen din når han har så gode resultater selv om han både drikker og røyker?

– Nei, tre av fire pasienter som drikker får ikke komplikasjoner. Nikolaj er ung og har ingen samtidige sykdommer, så da er det bedre sjanser til et godt forløp, sier Wernheden. ■■■



KOMPLIKASJONSFRI: Nikolaj Møller er til ettårskontroll med ankelen sin hos forskerstudent Erika Charlotte Wernheden. Selv om han drikker som før, har han sluppet komplikasjoner. Han passer på å holde øynene langt unna nåla når blodprøvene skal tas.

eivor.hofstad@sykepleien.no

Scand-Ankle-studien

Måler effekten av et intervensjonsprogram for alkoholstopp hos personer som drikker mer enn 21 enheter alkohol i uka og får akutt ankeloperasjon. De måler blant annet postoperative komplikasjoner, alkoholforbruk og omkostninger.

66 av 120 pasienter er rekruttert.

Kontrollgruppen får ikke noe ekstra i tillegg til sedvanlig behandling, bortsett fra opplysninger om studien de har godtatt å være med i og prosjektets

hotline-telefonnummer. De kan også bruke kommunens vanlige alkoholveiledning dersom de ønsker det.

Intervensjonsgruppen får i tillegg intensiv undervisning over fem ukentlige møter. Modellen er «oversatt» fra gullstandardprogrammet som brukes på pasienter som vil slutte å røyke (Sykepleien nr. 14, 2013). Dessuten får de den minste anbefalte dosen antabus (disulfiram) og B-vitaminer. De som har behov, får også benzodiazepiner mot abstinenser. ■■■



Foto: Colourbox

Ankelbruddet snudde livet

– Det var universets plan at jeg skulle brette den ankelen, sier Thorleif Olausen. Nå tenker han klarere, er litt gladere og får gjort mer. Tekst **Eivor Hofstad**

Thorleif Olausen ramlet ned fra en lekehest i august og brakk ankelen. Akkurat som Nikolaj Møller hadde han et ukentlig forbruk av alkohol på godt over 21 enheter i uken, og takket ja til å være med i Scand-anklestudien da han ble spurt.

Men til forskjell fra Møller, havnet han i intervensjonsgruppen og gikk til fem ukentlige møter hvor han lærte blant annet om alkoholens virkning og hva han skal gjøre når han blir fristet til å drikke. I tillegg fikk han B-vitaminer og disulfiram (antabus).

Sykepleien får snakke med ham på telefon. En dyp bassrøst kommer i andre enden, han høres mye eldre ut enn sine 29 år.

Lett å la være

– Lærte du noe på disse møtene du ikke visste fra før?

– Njaa, kanskje litt om konsekvensene av alkohol i forhold til organene. Jeg kan ikke gjenta det her og nå, men

jeg har lært en annen ting.

– Jaha?

– Jeg har lettere for ikke å drikke enn jeg hadde trodd. Det er ikke noe problem å la være. Jeg kunne klart det uten antabus også.

– Virkelig?

– For noen kan nok medisinen være med på å kickstarte det hele. Det kommer an på hvor mye tålmodighet og hvilket sinnelag man har.

– Du fikk antabus i seks uker?

– Opprinnelig var det tilbudet, ja. Men jeg fikk utvidet det til ti uker, så antabus var nok en god idé. Det gjør det kanskje lettere å si nei noen ganger når jeg er fristet.

Vil starte spisested

Olausen er kokk og vikarierer som assistent for funksjonshemmete. Han forteller at han har mange prosjekter på gang som han nå har fått mer tid til å drive med. Han og en kamerat har planer om å starte eget spisested nord

for København. De skal dyrke egne grønnsaker i avanserte hageløsninger, servere muslinger og ha gode løsninger for energi- og avfallshåndtering.

– Det har vært meget oppløftende å slå den ankelen. Jeg får gjort riktig mye nå. Er mindre smådeprimert. Jeg tenker klarere og blir litt mer glad.

– Hva gjør du når du får lyst på en øl?

– I utgangspunktet har jeg ikke så lyst. Jeg har ikke tid. Men hvis det virkelig er en spesielt god øl eller rom, kan jeg ta det en sjelden gang.

– Har du erstattet drikkingen med noe?

– Meditasjon.

Brakk en skru

– Vil du fortsette å være nesten avholdende etter studien?

– Ja, helt klart. Jeg er rastafari og har alltid bestrebet meg på ikke å drikke. Jeg var helt avholdende i to måneder på denne tiden i fjor, for eksempel.

– Har du hatt noen komplikasjoner etter ankeloperasjonen?

«Jeg har lettere for ikke å drikke enn jeg hadde trodd.»

Thorleif Olausen, ankeloperert

– Jeg slo foten i skapet åtte uker uti forløpet. Det resulterte i at en av skruene brakk litt, men det er ikke noe større problem. Jeg går uten smerter, men kan ikke løpe.

Olausen mener helt bestemt at det var universets plan at han skulle brette ankelen.

– Det er godt at man kan få det positive ut av det negative. Jo mer positiv man er, jo mer overskudd får man! ■■■ eivor.hofstad@sykepleien.no

TO KIRURGER OG EN SYKEPLEIER: Syr en pasient som nettopp er blitt operert ved Banadir Hospital i Mogadishu, hovedstaden i Somalia.

Etter mange år med borgerkrig som la landets helse-tjenester i ruiner, er det nå en viss optimisme i landet på Afrikas østkyst. Nye private og offentlige sykehus blir etablert, det er flere leger enn før og forventet levetid er på vei opp.

Landet har nå én jordmor per 1000 levende fødsler. Utdanningen er regulert av statlige myndigheter, og 180 nye jordmødre utdannes hvert år.

Så sent som i 2005 ble nesten alle somaliske kvinner omskåret. Økt bevissthet har gjort at dette tallet har falt til ca. 25 prosent i noen områder. Somalia er for øvrig blant de landene i Afrika med lavest forekomst av hiv, ca. en prosent av den voksne befolkning. Dette blir tilskrevet sterke muslimske tradisjoner og moralske standarder i landet.

Foto **AFP Photo/AU UN IST photo/Tobin Jones**





De har slåss lenge om helga – Spekter og Norsk Sykepleierforbund. Men hadde de sett for seg at striden skulle havne i Arbeidsretten?

Tekst Bjørn Arild Østby

Rettssaken

Stevningene

Spekter, Ahus og Vestre Viken stevnet i september i fjor Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Unio for Arbeidsretten for å få kjent «arbeidskampiltak» fra NSF og deres tillitsvalgte tariffstridig og ulovlig. Spekter hevder NSF har brutt fredsplikten. NSF har gått til motsøksmål. Forbundet mener sykepleierne ved Ahus og Vestre Viken har tariffestet rett til ikke å jobbe oftere enn hver tredje helg. Ahus har opptrådt tariffstridig og brutt fredsplikten ved blant annet å ville innføre arbeid inntil tre ekstra helger, ifølge NSF.

Tirsdag 4. februar 2014. Partene møter hverandre i Arbeidsretten. Særdomstolen fra 1915 skal i sju dager være den nye stridsarenaen for Spekter og Norsk Sykepleierforbund (NSF). Tvisten står om hvor mange og ofte sykepleiere skal jobbe helg: Har sykepleierne en tariffestet rett til arbeid hver tredje helg? Eller har arbeidsgiver styringsrett til å pålegge sykepleiere flere helger?

De kommende dager skal Spekter og NSF overbevise Arbeidsrettens sju medlemmer om at akkurat de har rett.

To dager etter stortingsvalget 9. september 2013 mottar NSF en bunke dokumenter fra Spekter. Arbeidsgiverorganisasjonen, sammen med Akershus universitetssykehus (Ahus) og Vestre Viken helseforetak, har stevnet NSF for Arbeidsretten. Det arbeidsgiverne vil Arbeidsretten skal ta stilling til er «Spørsmål om tariffstridig og ulovlig arbeidskamp». Selve stevningen er på

16 sider. Sammen med stevningen ligger vedlegg på til sammen 391 sider.

For å understreke alvorret i saken ber Spekter om Arbeidsrettens klargjøring så snart som mulig. «Det bes om at saken berammes ved første anledning.»

Samme dag uttaler direktør for kommunikasjon og samfunnskontakt i Spekter, Gunnar Larsen, til dagbladet.no:

– Vi mener det pågår en ulovlig landsomfattende aksjon blant NSF's tillitsvalgte og medlemmer. De har prøvd å presse arbeidsgiver, noe vi mener er brudd på fredsplikten i henhold til hovedavtalen.

Konkret dreier saken seg blant annet om vedtak fattet av administrerende direktør ved Ahus sommeren 2013. At sykepleiere i turnus kan arbeide inntil tre ekstra helger i året. Reaksjonene fra sykepleierne var hørbar.

Men aksjoner? Stevningen kommer overraskende på NSF. Forbundet er ikke kjent med Spekters påstander om landsomfattende aksjoner. Hektiske uker

venter advokatene i NSF's forhandlingsavdeling. Forbundet må skrive tilsvaret til Arbeidsretten.

Driver sykepleierne arbeidskamp knyttet til arbeid oftere enn hver tredje helg? Svaret mener forbundet å ha funnet i tidligere inngått avtaler og protokoller. I sitt 31 siders lange tilsvaret til Arbeidsretten 14. oktober 2013 er konklusjonen klar: Sykepleierne har tariffestet rett om arbeid hver tredje helg. Det er arbeidsgiver, ikke NSF, som bryter fredsplikten. Som dokumentasjon legges ved bilag på til sammen 472 sider.

Neste møtested er Arbeidsretten – tirsdag 4. februar.

Spekter starter

Det er ingen ledig stol i Arbeidsrettens lokaler i 5. etasje, adresse Grensen 3 i Oslo. Klokka nærmer seg 09.00. Et trettittalls tilhørere sitter bakerst i rettssalen. Partene har fordelt seg på hver sin side. Noen sitter med store dokumentbunker. Andre



ingen ønsket

har tydeligvis bare kommet for å høre.

På den motsatte siden av rettslokalet står sju svarte, tomme stoler. Over henger Norges riksvåpen.

En kvinne kommer inn. Hun nikker til forsamlingen. Alle reiser seg. Inn fra sidedøren kommer sju personer, med hendene fulle av dokumenter.

– Vær så god sitt. Arbeidsrettens administrator er i ferd med å åpne sak nr.: 28/2013 «Spørsmål om tariffstridig og ulovlig arbeidskamp».

– Da gir jeg ordet til Spekters advokat Tarjei Thorkildsen.

Advokaten fra advokatfirmaet BA-HR DA takker. Hever bordet til stående stilling. Det er tid for Spekters hovedinnlegg knyttet til stevningen.

Dommere, motpart og tilhørere får en kort innføring i rettstvist og/eller interessetvist, før advokaten konkret begynner på sin dokumentasjonsrekke som skal vise at det har vært og fortsatt pågår arbeidskamp.

– Så vil jeg henvide oppmerksomheten til side 1068 i den rosa boka.

Dommere, og motparten på den andre siden, finner fram rett farge og side.

Fra Facebook

Advokaten siterer fra et Facebook-innlegg. Her blir det oppfordret til ikke å ta jobb på Ahus. Meninger på Facebook, e-poster, referat fra medlemsmøter og

til grå og så gul bok. Heldigvis er det på forhånd delt ut en disposisjon med henvisninger på hele 15 sider. Det skal være mulig å følge med.

Utsagnene handler om behovet «for å stå sammen» og «å vise makt». Og på sidene 889, 933 og 935 i den grå boka blir det oppfordret til å gjøre seg utilgjengelig for arbeidsgiver ved å slå av mobilen eller ta et glass vin.

«Når sykepleierne aksjonerer, ja, da merkes det.»

NSFs advokat Magnus Buflod.

ytringer i media står sentralt i Spekters dokumentasjon av ulovlige aksjoner blant NSF's tillitsvalgte og medlemmer, aksjoner mot å jobbe oftere enn hver tredje helg.

Advokaten fortsetter å sitere ytringer fra NSF Ahus sin Facebook-side. Dommere og motpart blar. Bytter fra rosa,

Henvisningene følger i rask rekkefølge. Dommere og motparten fortsetter å bla. Etter hvert kommer konklusjonen, som ikke overrasker noen.

– Dette viser at det er snakk om en bred aksjon fra NSF's tillitsvalgte og medlemmer mot å arbeide oftere enn hver tredje helg.



Arbeidstidsreduksjonen 1987

I tariffoppgjøret 1986 ble LO og NHO enige om forkortelse av den alminnelige arbeidstiden. Arbeidstidsreduksjonen gjaldt der ukentlig nettoarbeidstid var mer enn 35,5 timer. Ansatte som hadde betalt spise-pause fikk ikke redusert arbeidstid. Samme prinsipp ble lagt til grunn i det etterfølgende tariffoppgjøret mellom NSF og Norske Kommuners Sentralforbund (i dag KS). Det var enighet om at gjennomføringen skulle avtales lokalt. En modell som ble foreslått av NKS var arbeid hver tredje helg.

MOTPARTER: Spekters fagsjef Cathrine Henning og Norsk Sykepleierforbunds forhandlingssjef Harald Jessnes representerte motpolene i Arbeidsretten. Foto: Elin Høyland/Dagens Næringsliv.

– Pågår det fortsatt aksjoner? spør Arbeidsrettens administrator.

– Det oppleves slik. Magefølelsen sier det, svarer advokat Thorkildsen. Han er ferdig med sitt hovedinnlegg.

To dager til tilsvar

NSFs advokat Magnus Buflod ser ut vinn-duet i femte etasje. Nervøs? Nepp. Men tydelig konsentrert. De to neste dagene skal han, sammen med advokatkollega Oskar Nilsen, presentere NSF's tilsvar på Spekters stevning. NSF har i tillegg stevnet arbeidsgiverne for tariffstridig opptreden, knyttet til forhold som ble avdekket i forbindelse med arbeidet med tilsvar til Spekters stevning.

Tilhørerne er ikke blitt færre på retts-sakens dag to. Blant dem er NSF's fylkes- leder i Akershus, Ragnhild Hegg. På plass er også hennes kollega i Buskerud, Linda Lavik. De er fylkesledere for henholdsvis Ahus og Vestre Viken helseforetak. Her er også Einar Vik Andersen, tidligere NSF-fylkesleder i Buskerud, i dag til stede i egenskap av rådgiver i Vestre Viken.

Arbeidsrettens administrator gir ordet

til advokat Buflod. I går var oppmerk-somheten rettet mot nær fortid og nåtid. NSF's advokat går nesten 30 år tilbake i tid. Utgangspunktet hans er arbeidstids-reduksjonen i 1987.

Under arbeidet med tilsvar til Spek-ters stevning, kom NSF's advokater over en rekke lokale avtaler og protokoller som var inngått i forbindelse med gjen-nomføringen av arbeidstidsforkortelsen den gang for 27 år siden.

Arbeidsretten står foran en ny lang seanse. Disposisjonen for innlednings-foredraget til NSF er på ikke mindre en 16 sider. Mens det dagen før ble henvist til sitater fra NSF's tillitsvalgte og med-lemmer, er stikkordene i dag B-rundskriv fra NKS (i dag KS) datert 1986 og lokale avtaler og protokoller om arbeid hver tredje helg inngått i 1987.

– Avtalene fra 1987 er aldri sagt opp og gjelder fortsatt, er hovedbudskapet til Buflod.

Arbeidsrettens administrator lurar på hvorfor NSF kommer med dette nå. Hvorfor har forbundet ikke brukt avta-lene de oppfatter som en rett til arbeid

hver tredje helg tidligere?

– Vi kjente ikke til dem. De var rett og slett gått i glemmeboka. Flaut kanskje, men det betyr ingenting i denne sam-menheng.

NSF er ferdig med første dag.

Kontroll over standpunkt

Stemningen er mer avslappet neste mor-gen. Det virker som om partene er tryg-gere på hvor de har hverandre. At det nepp vil komme nye eller overraskende innspill fra noen av dem. De er tilsyne-latende enige om hva de er uenige om:

NSF mener sykepleiere i turnus har tariffestet rett til arbeid kun hver tredje helg. Nei, mener Spekter. Arbeidsgivers styringsrett gjelder også helgearbeid.

Der står saken.

NSF's advokat får ordet for å fortsette sitt hovedinnlegg fra dagen før. Han set-ter raskt dagsorden.

– Med sin beslutning i fjor sommer om at sykepleiere i turnus kan pålegges inntil tre ekstra helger i løpet av året, brøt administrerende direktør ved Ahus allerede inngåtte avtaler. Det er et klart brudd på fredsplikten.

Den samme beslutningen står også sentralt i Spekters stevning. Men på en helt annen måte. Det er i kampen mot denne beslutning det er oppfordret til tariffstridige og ulovlige aksjoner.

Hva mente de?

De nærmere 200 sidene med Facebook-innlegg, som Spekter har lagt ved stevningen, kommer igjen i sentrum.

«Kanskje på tide å vise muskler». «Oppfordrer alle til å passe på egen helse og verne om fritiden». Utsagnene er kjente. Gjennomgangen går raskere denne gangen.

Konklusjonen fra NSF's advokat er som ventet.

– Helt naturlige reaksjoner som ikke bør overraske noen. Beslutnin-gen om mer helgearbeid kom på et tidspunkt hvor de ansatte på Ahus i lang tid har stått på for å holde driften ved sykehuset i gang.

Buflod er ikke imponert over Spekters dokumentasjon.

– Snakker vi her om arbeidskamp? Er dette oppfordring til aksjoner? Eller



er det kun snakk om meningsytringer?
Retoriske spørsmål. Svaret ligger foran spørsmålet.

– Spekter kan ikke vise til at noen av utsagnene har medført konsekvenser for driften ved sykehuset. Jeg opplever dette som et slag i løse luften. Når sykepleierne aksjonerer, ja, da merkes det.

Påfølgende dag er utgangspunktet det samme: Rett til arbeid kun hver tredje helg eller arbeidsgiver styringsrett over helgearbeidet?

Spekters advokat Tor Olav Carlsen svarer på NSF's stevning av Ahus for brudd på tidligere inngått avtale. Den fra 1987. Argumentasjonen er den samme. Det er også konklusjonen: Å pålegge sykepleiere i turnus ekstra arbeid inntil tre helger ligger innenfor arbeidsgivers styringsrett.

Ingen er i tvil om hvor partene står.

Gamle kjente

Så er det dag for partsforklaring. Nye personer står i sentrum. Ikke advokatene denne dagen.

– Lykke til.

Atmosfæren er endret. Dagen virker litt mindre forutsigbar enn tidligere dager.

Fagsjef Cathrine Henning i Spekter

og NSF's forhandlingssjef er hovedpersonene denne dagen. Nå står de gamle kjenningene på hver sin side. Slik har det ikke alltid vært. For bare tre år siden kom Henning fra åtte år i NSF, der hun attpåtil hadde forbundets forhandlingsjef Jessnes som sjef.

Spørsmålene fra partenes respektive advokater til de to er som ventet. Det virker som det hele er avtalt på forhånd.

Arbeidstidsreduksjonen i 1987. Tidligere lokale avtaler. Rett til arbeid kun

oppsett kjøreplan. Det er tid for partenes avsluttende prosedyrer. En ny reprise på tidligere dager. For dem som ikke har fått det med seg.

NSF's tillitsvalgte og medlemmer har gjennomført tariffstridig og ulovlig arbeidskamp, gjentar Spekter. Det er ikke lagt fram noe dokumentasjon for påstanden, gjentar NSF.

Sykepleiere har tariffestet rett til arbeid hver tredje helg, gjentar NSF. Det har aldri vært aktuelt for arbeidsgiver å

Arbeidsretten

En særdomstol som behandler tvister knyttet til tariffavtaler. Det vil si avtaler mellom en fagforening og en arbeidsgiver eller arbeidsgiverorganisasjon om arbeids- og lønnsvilkår eller andre arbeidsforhold. Spesielt for Arbeidsretten er at dommene som hovedregel ikke kan påankes. Retten er i den enkelte sak sammensatt av en fast dommer og seks tilkalte meddommere. Tre er jurister. Fire er lekdommere.

«Arbeidsgivers styringsrett gjelder også helgearbeid.»

Spekters advokat Tarjei Thorkildsen

hver tredje helg.

Svarene kjenner dommere og tilhørere: Det er kun snakk om lokale, individuelle avtaler, ingen tariffestete rettigheter. At NSF ikke tidligere har påberopt seg denne retten til arbeid hver tredje helg, skyldes at ingen husket de inngåtte avtalene.

Avslutning

Siste dag kommer en dag tidligere enn

gi fra seg styringsrett over helgearbeid, gjentar Spekter.

Ingen av partene ønsker å si noe om hva de tenker om utfallet.

Nå er det opp til Arbeidsretten. Dom faller 3. mars. Følg saken på sykepleien.no. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Daglige referat fra Arbeidsretten perioden 4. til 13. februar finnes på sykepleien.no.



Lær inhalasjonsteknikk av Felleskatalogen

Se Felleskatalogens instruksjonsfilmer for bruk av inhalatorer på
www.felleskatalogen.no/medisin/bruk-av-inhalatorer



Anne Ekren

Alder: 52

Stilling: Prosjektsykepleier i SAMAKS

Arbeidssted: Sykehuset Innlandet, alderspsykiatrisk avdeling

Veileder i eldreomsorg

– Alle trenger et blikk utenifra nå og da.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

Jobben min består i å reise ut på sykehjem for å veilede personalet der. SAMAKS er en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale sykehjem. Målet er å bedre utredningen og behandlingen av pasienter på sykehjem.

På sykehjemmene har jeg faste prosjektmedarbeidere. Disse har gjennomført et todagers kurs om demenssykdommer og bruk av kartleggingsverktøy. Når vi holder disse kursene, er vi gjerne to kollegaer sammen. Prosjektet har også en forskningsdel; alle nye pasienter – og deres pårørende – skal kartlegges ved innkomst, og hver sjetten måned til de har vært på sykehjemmene i tre år. Jeg veileder også i utfordrende atferd hos pasienter med demens. Da bruker jeg en veiledningsmodell som heter TID – en god måte å komme fram til nyttige tiltak for pasienter med utfordrende atferd på. Jeg besøker sykehjemmene på faste dager. Av og til oppstår det akutte og utfordrende situasjoner som de ansatte trenger å diskutere der og da. Derfor er det viktig at vi er tilgjengelige. Det jobber mange kunnskapsrike og flinke folk på sykehjem, men alle trenger et blikk utenifra nå og da.

Jeg har også internundervisning på sykehjemmene. De ansatte kan komme med bestillinger etter behov og interesseområder. I den forbindelse er det viktig med gode kolleger som er flinke på hvert sitt felt. Hvis det etterspørres et tema jeg ikke kan så mye om, har jeg mange å rådføre meg med.

Jeg har også en 20 prosent stilling i et demensteam i Stange. På den måten får jeg jobbet direkte med pasienter, noe jeg er veldig glad i. Jeg reiser ut til hjemmeboende og vurderer grad av demens og hvilket tilbud de trenger. Her er samarbeidet med pårørende en stor og viktig del av arbeidet.

Jeg trives godt i begge jobbene, og har dyktige og inspirerende ledere. Jeg synes noe av det mest spennende ved jobben er å ha TID-veiledning, fordi jeg ser at det faktisk gjør en forskjell. For en tid siden kom jeg til en avdeling med en pasient med utfordrende atferd, som blant annet stengte seg mye inne. Vi samlet personalet som hadde mest med pasienten å gjøre til en TID-veiledning. Vi ble enige om enkle tiltak, som at alle ansatte skulle møte pasienten på samme måte. Det var fint å komme tilbake etter bare noen uker og høre at det gikk bedre.

En krevende del av jobben er å «mase» på de ansatte på sykehjemmene om at de skal gjøre ferdig kartleggingsskjemaer til forskning. Jeg er klar over at personalet har mye å gjøre og lite tid. Men det er veldig viktig å få inn dataene hvis vi skal kunne gjøre tilbudet til pasientene bedre og planlegge en god eldreomsorg i fremtiden. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:
Hverdagsrehabilitering i
hjemmesykepleien. Side 44

FAGNYHET:
Sykehusfusjoner gir sykefravær
hvis leder er fraværende. Side 48

FAGARTIKKEL:
Samhandling
i praksis. Side 50

Alternativt
ettersyn
**Se bokan-
meldelser**
side 60

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
– Jeg så mennesker
med historier som
ble borte. Side 58

KREVER KUNNSKAP:

Riktig bruk av inhalasjons-
medisiner krever opplæ-
ring fra helsepersonell.
Derfor er det viktig at
helsepersonell har til-
strekkelig kunnskap om
slike medisiner. Illustra-
sjonsfoto: Colourbox

Side
53

Side
66

«Oppbygging av nye tjenestetilbud gjør at
miljøer brukeren kjenner oppløses og nye
relasjoner må bygges.»



FAG

Rehabilitering

Arvid Birkeland, førstelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund

Aktiv mestring i hjemmesykepleien

Hverdagsrehabilitering gjør brukerne mindre avhengige av hjelp samtidig som de ansatte opplever jobben som mer meningsfylt.

Rehabilitering i hjemmet har stått på agendaen i flere kommuner de seineste årene. Bakgrunnen for dette er ikke minst erfaringer fra Östersund Kommune i Sverige og Fredericia Kommune i Danmark (1–3). Resultatene derfra viser at ved å fokusere mer på rehabilitering blir mottakere av hjemmesykepleie mindre avhengig av hjelp, og de ansatte opplever at de gjør en mer meningsfull jobb. I tillegg blir det frigjort ressurser i form av tid og penger (1–3).

Hverdagsrehabilitering

I kjølvannet av dette har det oppstått en ny form for rehabilitering; hverdagsrehabilitering.

Dette dreier seg primært om rehabilitering i hjemmet i tilknytning til den hjelpen som ytes av hjemmetjenesten. Det som særkjenner hverdagsrehabilitering er at de som mottar hjelp selv bidrar aktivt til å opprettholde eller bedre egen funksjon. For de ansatte innebærer det en dreining fra stor grad av kompenserende tiltak til vektlegging av aktivisering og egen mestring av hverdagen i eget hjem (1,4–7). Man må derfor i større grad ha en rehabiliterende holdning med vekt på en støttende, heller enn bare en hjelpende innstilling. En slik tilnærming involverer og ansvarliggjør mottaker i større grad, og man kan vekke interesse for egne muligheter og ressurser og oppmuntre til egen problemløsning og handling (8). I stedet for stadig å være på tilbudssiden ved å spørre om hva den enkelte trenger hjelp til, spør man heller: «Hva er viktige aktiviteter for deg nå?» og om hvordan den eldre hjemmeboende kan trene for å opprettholde og bedre egen funksjon (7). Sann sett er hverdagsrehabilitering både et tankesett og en arbeidsform. Tidlig tverrfaglig kartlegging og intervensjon er sentralt, samt kravet til at rehabiliteringen skal være planlagt i form av en plan med klare mål og tiltak (9). Hverdagsrehabilitering vektlegger både nye brukere og ny eller løpende vurdering av de som har hatt hjelp over tid (2,3).

Samhandling

I Norge har fokuseringen på hverdagsrehabilitering skutt fart med innføring av samhandlingsreformen i 2012. Reformen har også ført til at det har blitt gjennomført og pågår en rekke rehabiliteringsprosjekter (10–13). I Helse Fonna-området, som er en del av Helse Vest, har det blant annet foregått flere rehabiliteringsprosjekter som samarbeid mellom helseforetaket, Høgskolen Stord/Haugesund og noen kommuner. Det første prosjektet, som var et kartleggingsprosjekt i et sykehus og i en større kommune, viste at rehabiliteringsaktiviteten både i hjemmetjenesten og i de vanligste medisinske og kirurgiske avdelingene, var svært lav (Birkeland 2012). Også graden av undervisning i rehabilitering på bachelorutdanningen i sykepleie i høyskolen var lav. Flere andre prosjekter viser imidlertid at det er mulig å øke rehabiliteringsaktiviteten i hjemmetjenesten hvis man fokuserer på rehabilitering (11–13). Mye tyder på at pasientene kan få betydelig høyere funksjonsnivå og en opplevelse av å delta mer, forutsigbarhet og tettere oppfølging.

Barrierer

Selv om betydningen av hverdagsrehabilitering er vel dokumentert, er likevel sykepleiere beskrevet som den yrkesgruppen som har hatt

Hovedbudskap

Flere forhold har ført til større fokus på rehabilitering i hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering lanseres derfor som en ny type rehabilitering spesielt for rehabilitering i pasienters eget hjem. Det vil imidlertid kreve mer tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Hjemmesykepleie ► Rehabilitering ► Tverrfaglighet



Rehabiliteringsprosjekt

Artikkelen bygger på:

Teori: 80 %

Praksis: 20 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2014.0023



SELVHJELP: Hverdagsrehabilitering innebærer at de som mottar hjelp selv bidrar aktivt for å opprettholde sitt eget funksjonsnivå. Illustrasjonsfoto: Colourbox



størst vansker med å tilpasse seg hverdagsrehabilitering i praksis (1-3). I Fredericia Kommune i Danmark hadde hjemmesykepleien så store holdningsmessige barrierer at de etablerte en egen enhet som utelukkende arbeider med rehabilitering (3). Man skal heller ikke underslå at det er andre yrkesgrupper, spesielt ergoterapeuter og fysioterapeuter, som har vært mest aktive i å dreie tjenester i hjemmet mot aktivering og selvhjelp. Det reiser spørsmål om i hvilken grad rehabilitering kan knyttes til sykepleie som fag og profesjon, og ikke minst til hjemmesykepleie som eget fagområde.

Må motiveres

Rent juridisk sett er rehabilitering tungt begrunnet. Forskriften er sentral og krever avgrensing i tid, klare mål, tiltak og tverrprofesjonelt samarbeid. Det kreves også at pasienter og eventuelt pårørende samarbeider og deltar for at vi skal kunne definere et opplegg som

pasienter med å ivareta sine grunnleggende behov. Men hun sier også at hjelpen skal gis på en slik måte at pasienten kan, hvis mulig, gjenvinne uavhengighet så snart som mulig (17). Det ligger derfor i sykepleiens grunnfunksjon å arbeide rehabiliterende (18). Man skal hjelpe og kompensere for funksjonssvikt, ja, men implisitt i dette ligger å hjelpe pasienten til å kunne hjelpe seg selv. Det er også veldokumentert at spesielt eldre er opptatt av å være uavhengige av hjelp så lenge som mulig (19, 20). Å si at hjelp til selvhjelp i mange henseender kan være det beste for dem som mottar hjemmesykepleie er derfor velbegrunnet.

Omsorg

Spørsmålet er imidlertid om å utøve hjemmesykepleie i for stor grad har blitt å hjelpe og kompensere, på bekostning av å bidra til at brukere kan hjelpe seg selv i størst mulig grad. En del forhold kan tyde på det, og det kan ha ulike årsaker. For eksempel kan det være et resultat av en delvis misforstått omsorg der det å hjelpe så mye som mulig blir et mål i seg selv. Men omsorg handler om den gode og vennlige kontakten og at den praktiske utførelsen skal være preget av respekt. Ifølge Kari Martinsen har omsorg også en moralsk dimensjon ved at de som trenger mest hjelp, inkludert rehabilitering, også blir prioritert (21,22). På den måten vil omsorg være en viktig etisk rettesnor også for rehabiliteringsarbeidet. Omsorg handler derfor nødvendigvis ikke om å frata pasienter eller brukere muligheter for at de skal kunne greie seg mest mulig på egen hånd. En artikkel fra Dansk Sundhetsinstitutt (3) bærer tittelen: «Fra pleie og omsorg til rehabilitering». Man kan spørre seg om sykepleiere skal slutte å drive med pleie og omsorg og erstatte det med rehabilitering? Det er i så fall ikke aktuelt. Omsorg står ikke i noe motsetningsforhold til rehabilitering i og med at rehabilitering også skal utøves på en omsorgsfull måte i tråd med helsepersonelloven (23). Omsorg er fortsatt en rettesnor for morgendagens helsetjenester (5,6). For eksempel sies det i verdighetsgarantien at «omsorgen skal bidra til rehabilitering» (16). Når det hevdes at man må bevege seg fra pleie og omsorg til rehabilitering, så mener man nok at man må fokusere sterkere på rehabiliteringselementet. Hvis ikke står man i fare for å gi mer pleie og omsorg enn det som er nødvendig. Det er dette som også kalles overpleie eller «hjelpfelle» (3, 24). Vi kan også notere oss betegnelser som «hemmelige tjenester» (25) som beskriver at noen

ansatte i hjemmetjenesten gir hjelp langt utover det som er avtalt og innvilget, og som kan bidra til passivitet, hjelpeløshet og avhengighet.

Økonomi

Andre årsaker til at Norge noen steder ligger litt etter Sverige og Danmark når det gjelder hverdagsrehabilitering, kan være at den økonomiske situasjonen i Norge har vært bedre enn i disse landene. Kombinert med økt bevissthet om de rettigheter og krav man har på hjelp, kan dette ha ført til at hjemmetjenesten ikke har hatt dekning for å kreve mer egentrening og egenaktivitet av brukerne sine. Sykepleiere har også uttalt at når en person får innvilget hjemmesykepleie, forventes det nærmest at pleierne skal overta mest mulig (24). Det blir på en måte et press fra lokalsamfunnet om at hjemmetjenesten skal overta og utøve praktisk hjelp og pleie. På den måten kan det oppstå en ond sirkel med stadig større krav om «å hjelpe» og medfølgende tidspress.

Tverrfaglighet

Skal det bli mulig å drive med rehabilitering i egentlig forstand, krever det tverrfaglighet (9). I så fall må ikke minst fysio- og ergoterapeuter i større grad involveres i det daglige arbeidet. Ikke fordi selve sykepleien nødvendigvis har vært og blir utført på en dårlig måte, men fordi endringer på ulike nivåer av og til krever at vi endrer og tilpasser den praksisen vi står i til daglig. For eksempel har hjemmesykepleien over tid blitt tilført både flere brukere og mer kompliserte arbeidsoppgaver (6). Den sykepleien som har vært utøvd i hjemmene må i store trekk fortsette som før. Men i noen tilfeller vil det i tillegg være behov for spesiell tverrfaglig vurdering, oppfølging og trening, der for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter har en mer framtrædende rolle. Samtidig ser vi at kommunene ofte er organisert slik at leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og hjemmesykepleiere er organisert i egne separate avdelinger eller enheter som kan gjøre samarbeidet utfordrende. Når noen har behov for rehabilitering tar man gjerne en telefon eller sender en søknad til fysioterapeuten, som så gir individuell behandling et visst antall ganger i uken. Men saken er at det ikke er rehabilitering. Rehabilitering er når ansvarlig sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt flere, sammen med pasient eller bruker, lager en plan for rehabiliteringen der det går fram hva som er den enkelte oppgave og ansvar. Hjemmesykepleiens

«Omsorg står ikke i noe motsetningsforhold til rehabilitering.»

rehabilitering (9). Rehabilitering er å betrakte som helsehjelp og er dermed en rettighet jamfør pasientrettighetsloven og helse og omsorgstjenesteloven (14, 15), og framheves ellers i verdighetsgarantien (16). Hjemmesykepleien, og dermed de sykepleierne som arbeider der, er underlagt alle disse lovene og forskriftene. Dersom den som mottar hjemmesykepleie har et rehabiliteringsbehov, har de også rett på rehabilitering. Hjemmesykepleien kan for eksempel ikke unnskyldes seg med at de ikke har tid. Det viser seg dessuten at rehabilitering på sikt frigjør tid, noe som gjør tidsaspektet lite holdbart som argument mot rehabilitering. Andre argumenter mot rehabilitering kan for eksempel være at pasienten ikke er motivert for å trene eller gjøre noe selv, men nettopp derfor er motivasjon et viktig element i all rehabilitering. Rehabilitering er derfor i stor grad noe man må motiveres til, og manglende motivasjon kan derfor i utgangspunktet ikke brukes som et argument mot rehabilitering.

Grunnfunksjon

Hvis vi går tilbake til sykepleiens grunnprinsipper må vi heller ikke glemme at Virginia Henderson poengterer viktigheten av å hjelpe

oppgave vil være å vurdere hva slags sykepleie pasienten trenger. Det vil si å vurdere hjelp til grunnleggende behov og alt det medfører, behov for undersøkelser, observasjon og behandling i form av blant annet medisiner. Deretter må man, sammen med pasient eller bruker og andre faggrupper, finne fram til hvordan sykepleien skal innpasses i det totale rehabiliteringsopplegget.

Kjernekompetanse

Hjemmesykepleie har tradisjonelt vært forbundet med stor faglig selvstendighet, der hjemmesykepleiere og annet pleiepersonell mer og mindre har rådet grunnen alene. Økt nærvær av andre fagprofesjoner kan føre til at faglig selvstendighet og styring av eget fagområde oppleves som truet. I et tverrprofesjonelt samarbeid snakker vi om felleskompetanse, overlappende kompetanse og fellesoppgaver. Det er altså en del oppgaver som flere fagprofesjoner har kompetanse til å kunne utføre, men så er der en del oppgaver, såkalte primær oppgaver, som krever såkalt kjernekompetanse som kun den enkelte faggruppe kan og bør utføre (26). Rehabilitering er avhengig av at ulike profesjoner blir enige om en arbeidsfordeling tilpasset hver enkelt pasient eller bruker. Det kan medføre at sykepleiere og annet pleiepersonell i en viss grad utfører treningsoppgaver, og det kan medføre at fysioterapeuter og ergoterapeuter i en viss grad utfører pleieoppgaver. Vi ser at fysioterapeuter og ergoterapeuter ikke har kapasitet til å utføre all trainingen det etter hvert er behov for i hjemmetjenesten. Slik sykepleiere samarbeider med hjelpepleiere, helsefagarbeidere

«Skal det bli mulig å drive med rehabilitering i egentlig forstand, krever det tverrfaglighet»

eller andre i utøvelsen av klinisk sykepleie, vil også fysioterapeuter ha behov for å samarbeide med hjelpepleiere eller helsefagarbeidere som «hjemmetrenere». Dette vil imidlertid kreve tid og nødvendig opplæring.

Etiske utfordringer

Hverdagsrehabilitering er et område som har fått fornyet fokus basert på forskning, utviklingsarbeid og erfaring. Dette kan innebære organisatoriske, metodiske, holdningsmessige

og tankemessige endringer i utøvelsen av hjemmesykepleie. Noen kaller det et paradigmeskifte, altså en helt ny måte å forholde seg til og utøve arbeidet på (2,3,6). Men det er neppe grunn til å hevde at dette representerer noe helt nytt. Man kan heller si at man av ulike grunner har fokusert for lite på rehabiliteringsaspektet, på tross av at rehabilitering er og skal være en integrert del av hjemmesykepleien. Det er derfor ikke snakk om å innføre noe helt nytt, men å fokusere mer på en del av hjemmesykepleien som kanskje ikke har blitt vektlagt nok. Man må sånn sett spørre seg selv om vurderingen av rehabiliterings- og hjelpebehov er grundig nok. Blir vurderingen for eksempel gjort tverrfaglig når det er behov for det? Og har man et systematisk samarbeid med pasient eller bruker og pårørende? Får brukerne alltid den opptreningen eller rehabiliteringen de trenger? Har hjemmetjenesten tilstrekkelig tilgang til fysioterapi- og ergoterapitjenester i møte med kompliserte og sammensatte problemstillinger ute i hjemmene? Gjør hjemmetjenesten jevnlig, og ved behov; tverrfaglige evalueringer av hjelpen hver enkelt pasient mottar? Svarene på dette vil variere fra virksomhet til virksomhet, men det er viktig at spørsmålene blir stilt.

Avslutning

Hverdagsrehabilitering kan begrunnes økonomisk ved at det kan bidra til at flere ikke trenger hjelp eller trenger mindre hjelp, men det er viktig at økonomi ikke blir den eneste begrunnelsen for hverdagsrehabilitering. Hvis ansatte i hjemmetjenesten nå skal prøve å få brukerne til å gjøre mer selv, er det også viktig at den det gjelder er medvirkende på en systematisk og tverrfaglig måte. I motsatt fall blir rehabilitering gjort til noe den enkelte ansatte gjør med den enkelte pasient eller bruker, men det er ikke rehabilitering. Rehabilitering kan være et godt tiltak for mange, men hverdagsrehabilitering er ikke et gode i alle sammenhenger (4). Hjemmesykepleie er et mangfoldig fagfelt med varierte arbeidsoppgaver der den unike pasient eller bruker i sitt hjem er i sentrum. Samtidig er det mange som opplever et funksjonsfall eller som står i fare for å få det. Nettopp disse kan være i behov for rehabilitering bygget på tverrfaglig innsats der den det angår selv medvirker. Hverdagsrehabilitering går ut på å oppdage slike pasienter og iverksette rehabilitering slik at de kan fungere optimalt ut ifra sine egne forutsetninger. Rehabilitering er derfor en viktig del av fagfeltet hjemmesykepleie og bør få større oppmerksomhet. ■■■

REFERANSER

1. Månsson M. Hemrehabilitering: vad, hur och för hvem? Stockholm: Fortbildning AB/Tidningen, eldreomsorg, 2007.
2. Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen LT. Hverdagsrehabilitering i praksis: Erfaringer fra Fredericia 2008–2010. Ergoterapeuten 2012; 55: 24–8. Tilgjengelig fra <http://www.ergoterapeuten.no/content/download/50625/188923/file/Fredericia.pdf>
3. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleie og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune. http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/DSL_evaluering_-_rapport_september_2011.pdf. (Nedlastet: 29.01.14).
4. Haarr KH. Etiske dilemmaer ved hverdagsrehabilitering. Ergoterapeuten 2013;2:24–8.
5. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201101010000DDPDFS.pdf>
6. St.meld. nr. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDPDFS.pdf>
7. Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaaag L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund. Oslo, 2012. <http://www.netf.no/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012.pdf>. (Nedlastet: 29.01.14).
8. Lindkvist V. Det er i hemmet det skal börja. <http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2004-2002/Nr-42002-Samverkan/Det-ar-i-hemmet-det-ska-borja-/>. (Nedlastet: 29.01.14).
9. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lides?doc=/sf/sf/sf-2011216-1256.html>. (Nedlastet: 29.01.14).
10. Birkeland A, Bakkeveld S, Hausken E, Kvinnesland R, Nicolaisen S, Rossebø B. En kartlegging av rehabilitering i Karmøy kommune og Helse Fonna, herunder pasientgruppene og framtidig behov og ansvarsfordeling. http://brage.bibsys.no/hsh/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_40613 (Nedlastet: 29.01.14).
11. Aasebø K, Rørlien K, Hauken JA, Kupca A, Lindås L, Myklebust S. Delprosjekt i Slagbehandlingsskjeden i Karmøy kommune og Helse Fonna, Dag og oppsøkende rehabilitering. Bergen kommune, 2009–2012. https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00127/Evalueringssrapport_127205a.pdf (Nedlastet: 29.01.14).
12. Hustoft M. Stavanger Kommune. Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjekt – Hverdagsrehabilitering. Stavanger kommune: Avdeling oppvekst og levekår, 2013.
13. Jakobsen IW. Prosjekt hverdagsrehabilitering i bydelene Vestre Aker og Ullern, 01.10.12–30.09.13. Prosjektrapport Oslo kommune. Bydel Vestre Aker og bydel Ullern, 2013. [http://www.bydel-vestre-aker.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20vestre%20aker%20\(BVA\)/Internett%20\(BVA\)/Dokumenter/Prosjektrapport%20Hverdagsrehabilitering%200%20Vestre%20Aker%20og%20Ullern%20bydel%2001102013.pdf](http://www.bydel-vestre-aker.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20vestre%20aker%20(BVA)/Internett%20(BVA)/Dokumenter/Prosjektrapport%20Hverdagsrehabilitering%200%20Vestre%20Aker%20og%20Ullern%20bydel%2001102013.pdf). (Nedlastet: 29.01.14).
14. Helse- og omsorgsdepartementet 1999. Lov om pasient og brukerrettigheter. <http://www.lovdata.no/all/hl/19990702-063.html>. (Nedlastet: 29.01.14).
15. Helse og omsorgsdepartementet 2011: Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. 2011. <http://www.lovdata.no/all/hl/20110624-030.html>. (Nedlastet: 29.01.14).
16. Lovdata. Forskrift om en verdig eldreomsorg, 11 des 2010; nr. 12 (Verdighetsgarantien). <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20101112-1426.html>. (Nedlastet: 29.01.14).
17. Henderson V, Mellby S, Munkeby AM. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
18. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. Oslo: Akribes, 2011.
19. Hinck S. The Lived Experience of Oldest-Old Rural Adults. Qualitative Health Research 2004;6:2004:779–91.
20. Haak M, Fange A, Iwarsson S, Dahlin S. Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2007;4:16–24.
21. Martinsen K. Omsorg sykepleie og medisin: historisk filosofiske essays. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
22. Alvsåvåg H, Gjengedal E. Omsorgstenkning: en innføring i Kari Martinsens forfatterskap. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
23. Helse og omsorgsdepartementet 1999: Lov om helsepersonell. <http://www.lovdata.no/all/hl/19990702-064.html>. (Nedlastet: 29.01.14).
24. Hegli T. Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet. Balanse mellom avhengighet og uavhengighet hos hjemmeboende eldre pasienter. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2006;8:4:51–60.
25. Ness NE. Blogg. Ergoterapeutenes nestleder Nils Erik Ness. Ergoterapeutene. Tilgjengelig fra: <http://erganen.wordpress.com/> (Nedlastet: 29.01.14).
26. Willumsen E. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I: Willumsen E, red. Tverrprofesjonelt samarbeid. Oslo: Universitetsforlaget, 2009:24–7.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Sykehusfusjoner gir

Men nærmeste leder kan påvirke positivt, viser forskningen til Vilde Hoff Bernstrøm og hennes kolleger.

Tekst og foto **Susanne Dietrichson**

Grunnlaget for å forske på helsemessige konsekvenser av sykehusfusjoner er spesielt godt i Norge, påpeker Vilde Hoff Bernstrøm.

– Over 90 prosent av alle offentlige sykehus i Norge har fusjonert minst én gang de siste 15 årene.

Bernstrøm er forsker med master i organisasjonspsykologi og har nylig disputert med en avhandling om organisasjonsendringer og sykefravær i norske sykehus. Sammen med sine kollegaer fant hun at organisatoriske endringer ga økt sykefravær.

– I tillegg til at fusjonsfrekvensen i norske sykehus har vært særdeles høy, har helse- og sosialsektoren samlet sett størst sykefravær i Norge, samtidig som arbeidsgruppen er relativt heterogen.

At organisatoriske endringer kan være skadelig for de ansattes helse og dermed fører til økt sykefravær er godt dokumentert av tidligere forskning.

– Vi har derfor fokusert på endringer som det ikke er forsket så mye på hittil, sier Bernstrøm.

«Der lederen ble opplevd som spesielt lojal mot sine overordnede, var sykefraværet litt høyere.»

– Sykehusfusjoner og interne strukturelle endringer; det vil si sammenslåinger og splitting av mindre enheter og flytting av ansatte innad i sykehus.

Interne endringer

Et enkelt sykehus kan gjennomgå mange endringer i løpet av et år. Bernstrøm og hennes medarbeidere fant at sannsynligheten for langtidsfravær blant de ansatte økte med antallet endringer.

– Vår studie er en av de første som ser på sammenhengen mellom hyppigheten av interne

strukturelle endringer og sykefravær, forteller hun.

De har også sett på pasientrelaterte endringer og hvordan disse påvirket sykefraværet blant de ansatte.

– Her så vi på endringer knyttet til organisering av pasientbehandlingen, sier Bernstrøm.

Slike endringer hadde ikke samme effekt på sykefraværet.

– Dette tolket vi som at endringer knyttet direkte til de ansattes oppgaver med å ivareta pasienter, ga mer mening og dermed var mindre belastende.

Dette underbygges i andre studier, som viser at sykehusansatte er mer motvillige til å engasjere seg i endringer som tar oppmerksomheten bort fra pasientbehandlingen.

Leder viktig

Bernstrøm så også klare sammenhenger mellom sykefravær og de ansattes forhold til sin nærmeste leder.

– Vi fant at de ansattes vurderinger av nær-

meste leder kunne forklare en god del av variasjonene mellom de forskjellige avdelingene når det gjaldt sykefravær, sier hun.

– På de avdelingene hvor leder var flink til å følge opp de ansatte, for eksempel ved å hjelpe dem til å prioritere arbeidsoppgaver, var sykefraværet lavere.

Også lederes grad av lojalitet mot sine overordnede, spilte inn.

– Der lederen ble opplevd som spesielt lojal mot sine overordnede, var sykefraværet litt høyere, forteller Bernstrøm.



MELLOMLEDERNE VIKTIG: Vilde Hoff Bernstrøm mener mellom

økt sykefravær



– Det kan bety at ledere som ikke er 100 prosent lojale muligens tar seg litt flere friheter når det gjelder å skjerme sine ansatte eller tilrettelegge for dem ved endringer.

Bernstrøm synes det er interessant hvordan lederens lojalitet oppover, slår ut på de ansattes sykefravær.

– Jeg synes dette sier noe om at mellomledere i sykehussektoren bør få litt mer spillerom i forbindelse med strukturelle endringer, påpeker hun.

– Det er jo de som vet best hva de ansatte trenger og som ser hvilke konsekvenser endringene får i avdelingen.

– *Fant du noe som overrasket deg?*

– Jeg ble overrasket over at der lederne var mest sosialt støttende mot sine medarbeidere var sykefraværet litt høyere, noe som kan bety at de ansatte sykmelder seg litt oftere under omstillinger hvis de opplever støtte fra leder.

Denne sammenhengen mellom støttende leder og høyt sykefravær så man derimot ikke der leder i tillegg var flink til å ta opp problemer med de ansatte og ikke unngikk vanskelige samtaler.

Jobbskifte positivt

Bernstrøm har også sett på sykefravær hos sykehusansatte i forbindelse med jobbskifte.

– Jeg fant at sykehusansatte som bytter jobb har redusert risiko for langtidssykefravær i halvannet år etter jobbskiftet.

Dette er sammenfallende med andre studier som viser at jobbytte gir økt tilfredshet.

Bernstrøm tror at slike endringer virker motiverende og åpner nye muligheter for læring og vekst hos den ansatte.

– Samtidig viser dette at endringer i seg selv ikke medfører sykefravær, men at det er noe spesifikt ved organisasjonsendringer som gjør dem skadelige, mener hun.

– *Og hva er det som gjør at de ansatte opplever organisatoriske endringer som spesielt vanskelige?*

– Blant annet at det skaper usikkerhet hos de ansatte, de opplever å miste kontroll, rolleforvirring og risiko for tap. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

ledere bør ha større påvirkningskraft ved interne strukturelle endringer i sykehus.



Solveig Tørstad, forsker, Vestre Viken HF



Liv Halvorsrud, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus



Berit Skjerve, prosjektleder, Bærum kommune



Kari Kongshavn, faglig rådgiver, Bærum kommune



Margrete Thorstad, studiesjef, Høgskolen Diakonova

FAG

Praksisstudie

Samhandling i praksis

Praksismodellen gir studentene innsikt i samarbeid om pasientbehandling på ulike nivåer i helsetjenesten.

Høgskolen Diakonova, Bærum sykehus og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Akershus har sammen utviklet «Samhandlingspraksis». Dette er en praksismodell hvor tredje års sykepleiestudenter har praksis vekselvis i kommune- og spesialisthelsetjenesten, enten innenfor rehabilitering eller kreftbehandling og palliativ omsorg. Praksismodellen er utviklet i tråd med samhandlingsreformen (1) og Stortingsmelding nr. 13; Utdanning for velferd (2) som vektlegger at helsearbeidere må ha forståelse og innsikt i samhandling mellom velferdstjenestene. Praksismodellen har som mål at studentene får økt innsikt i samhandling og samarbeid om pasientbehandling mellom sykehus og kommune, samt kunnskap om helheten i tjenestene og innsikt i hvordan ulike instanser utfyller hverandre.

Innledning

Utdanningsinstitusjonene skal bidra til å utdanne kompetent helsepersonell til alle deler av tjenestene (2,3). Spesialisthelsetjenesten (4) og kommunehelsetjenesten (5) skal sørge for å dekke høyskole og universiteters behov for praksisplasser. Samhandling vektlegges som ett av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover (1). Dette sammen-

faller med sykepleierutdanningens overordnede mål om å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum og som kan planlegge og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere (6). Nyutdannede sykepleiere skal blant annet kjenne forvaltningsnivåene og beslutningsstrukturer i helse- og sosialsektoren, bakgrunn for helse- og sosialfaglige prioriteringer og konsekvenser av slike prioriteringer, samt rammene for egen faggruppe og oppgavefordeling mellom helse- og sosialfaggruppene (6,7). Sykepleiere har ansvar for å lede og organisere sykepleietjenesten på ulike nivåer innenfor egen virksomhet og på tvers av ulike helsetjenestetilbud. Forståelse og kunnskap for helsetjenestens oppbygning og fordeling av oppgaver er en av forutsetningene for faglig forsvarlig utøvelse. Denne kunnskapen tilføres gjennom teoretisk kunnskap, deltakelse i et praksisfellesskap og i samarbeid med pasienter. Læring er et grunnleggende sosialt fenomen (8). Vi lærer gjennom å handle sammen med andre mennesker i et handlingsfellesskap. Interaksjon er avgjørende for hva som blir lært. Gjennom å diskutere og reflektere med erfarne yrkesutøvere gjør studenter kunnskapen til sin egen. Aktiv læring skjer gjennom problemløsning, rettleiding, oppmuntring og tilbakemelding. For studenten handler læring om å bruke informasjon og erfaringer til å forstå sammenhenger og mestre ferdigheter innenfor den virksomheten studenten befinner seg (7,8).

Tenke nytt

På bakgrunn av denne forståelsen ble vi inspirert til å tenke nytt rundt praksistilbud til sykepleiestudenter. Det var også et behov for å skape nye praksisplasser, samt skape forutsigbarhet for helsetjenestene når det gjaldt antall studenter i fordypningspraksis. Over en toårsperiode ble det utviklet og etablert 16 praksisplasser per studieår, fordelt på fire perioder. Da vi ikke har funnet lignende praksismodell noe annet sted, er modellen utviklet på bakgrunn av våre felles erfaringer innenfor feltet.

Praksismodellen

Fire sykepleierstudenter i tredje året får en sju ukers praksis vekselvis i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Studentene blir fordelt parvis mellom pasientforløp enten innen rehabilitering eller kreftbehandling og palliativ omsorg. Første og siste uke er studentene på tildelingskontoret i kommunen. To uker er studentene på sengepost i spesialisthelsetjenesten med hospitering på relevante dagenheter og i akuttmottak. Deretter er de tre uker i hjemmesykepleie, institusjon og ambulerende team i kommunehelsetjenesten. Studentene deltar i arbeidet på praksisstedet, men har fokus på pasienters forflytning mellom enheter internt og mellom institusjonene, inn- og utskrivelse av pasienter, nettverksmøter og så videre. Ved å delta på dette både når de er på tildelingskontoret, hjemmebaserte tjenester og i sykehuset, får studentene innblikk i de ulike institusjonenes fokusering i samhandlingen. På tildelingskontoret får studentene innblikk i hvordan vedtak fattes og tjenester tildeles.

Mål

Studentenes læringsutbytte for praksisen er nedfelt i åtte kunnskapsmål, ni ferdighetsmål og sju holdningsmål. Disse er oppsummert i tre overordnede mål:

- ▶ **Kunnskapsmål:** Studenten har kunnskap om og kan beskrive tiltak og aktiviteter som fremmer samhandlingen mellom nivåene i helsevesenet
 - ▶ **Ferdighetsmål:** Studenten anvender kunnskap om fag, lover og rammebetingelser i et samhandlingsperspektiv
 - ▶ **Holdningsmål:** Studenten er oppmerksom på pasient/brukers samt pårørendes reaksjoner og reflekterer over samhandling i og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Hovedveileder og koordinator er samme person og jobber på tildelingskontoret. Vedkommende møter studentene første og siste uke, er kontaktperson underveis og deltar i sluttevalueringen. Koordinator utarbeider en detaljert plan for begge praksisforløpene, er kontaktperson for



Hovedbudskap

Gjennom samhandlingspraksis får studenten erfaring og kunnskap om samarbeidet mellom ulike forvaltningsnivå i helsetjenesten. Dette er et viktig område som vanligvis ikke innbefattes i sykepleiestudenters praksisutdanning. Samhandlingspraksis gir antakelig nyutdannede sykepleiere bedre forutsetning for forståelse for helsetjenesten som helhet og for samarbeid om pasientbehandling på tvers av institusjons- og forvaltningsgrenser.



Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Sykepleierutdanning
- ▶ Samhandling



NY PRAKSIS: Modellen innebærer mange korte utplasseringer slik at studenten stadig må forholde seg til nye mennesker og i stor grad ta ansvar for egen læring. Arkivfoto: Bo Mathisen

skolen og alle avdelingene. Studentene har i tillegg en daglig veileder ved hvert praksissted. Lærer møter studentene før de går i praksis, har praksisgruppe med studentene, deltar på heltidsvurderingen og mottar og gir respons på studentens ukentlige individuelle logger og refleksjonsnotater over loggene.

Læringserfaringer

I prosjektperioden samles erfaringer med praksismodellen inn gjennom samtaler med studentene, samlinger med involverte ledere i helse-tjenesten og lærere i høyskolen. Studentenes erfaringer kan oppsummeres gjennom et utsagn fra en av studentene: «Jeg har fått en mye bedre oversikt over det systemet vi som sykepleiere er en del av.» Studentens uttalelse bekreftes av ledere som har rekruttert nyutdannete som har hatt samhandlingspraksis. De erfarer at disse har med seg et overblikk over helsevesenet fra

denne praksisperioden som andre nyutdannete ikke har.

Samarbeid

Praksismodellen utfordrer studenten i å yte sykepleie og samtidig fokusere på samhandling. Vektlegging av systemnivå kan oppleves nytt for studenten. Tidligere praksis har ofte vært rettet mot oppfølging av den enkelte pasient og deres pårørende. Det er også større oppmerksomhet på brukerstyring i denne praksismodellen. En student oppsummerer det slik: Jeg har sett hvor viktig det er at vi samarbeider. Vi jobber med mennesker, og for et menneske er det ikke uvesentlig hvor lenge man må vente for å få plass på et rehabiliteringsopphold etter et benbrudd. Det er heller ikke uvesentlig for et menneske å vite at ens demente ektefelle ikke er alene mens man selv er på sykehus med lungebetennelse.» En annen student sier: «Mye gjenstår i forhold til gode kom-

munikasjonssystemer mellom sykehus og kommune, men jeg tror det aller viktigste er at folkene som jobber med dette gjør en grundig jobb på sitt område slik at det er lett for neste ledd å gjøre sin

«Jeg har fått en mye bedre oversikt over det systemet vi som sykepleiere er en del av.»

jobb. Det krever at hver enkelt blir bevisstgjort nettopp dette, og det har vi blitt gjennom disse sju ukene!» Studentenes utsagn underbygger at de gjennom samhandlingspraksis blir bevisste på viktigheten av å gjøre en god jobb der de er, også for pasientens videre behandling. Dette er en av grunntankene i ideen om behandlingslinjer (9, 10). Å se sin egen innsats som et ledd i en kjede, kan bidra til bedre flyt i pasientbehandlingen.



Korte utplasseringer

I samhandlingspraksis må studenten hele tiden forholde seg til nye mennesker. Ofte møter de ansatte de må forklare hvem de er, hva slags praksis de er i og hvilke mål de har. Dette er ikke helt ulikt hva pasienter kan erfare, at de stadig må gjenta informasjon til nye mennesker (11). Praksismodellen forutsetter at studentene i stor grad tar ansvar for egen læring. Det forventes at studenten er delaktig, engasjert og aktiv hver dag gjennom hele perioden. Perspektivet i praksisen er uvant, og studentene må ofte ha veiledning fra veiledere og lærere både i forkant, underveis og i etterkant, til å se læresituasjoner og forstå hva de har deltatt i.

Lederne i sykehuset påpeker en utilsiktet læring ved at studentene blir vant med korte utplasseringer. Dette kan gjøre det lettere som framtidig sykepleier å arbeide ved en annen enhet enn den de er til daglig. Det blir mer og mer vanlig å ha en turnus hvor sykepleiere arbeider på forskjellige enheter, for eksempel ved at sykepleiere på sengepost har vakter på poliklinikk, og omvendt.

«I samhandlingspraksis må studenten hele tiden forholde seg til nye mennesker.»

I sum er studentenes erfaringer positive etter gjennomført samhandlingspraksis i møte med mange ulike aktører i helsetjenesten. Dette underbygges i litteraturen om at læring skjer gjennom å handle sammen med andre mennesker i et handlingsfellesskap (8).

Prosjektet har vært en av flere faktorer som har bidratt til å sette samhandling på dagsorden i høyskolen, både i teori og praksisundervisningen, og har bidratt til en endring av høyskolens rutiner ved fordeling av fordypningspraksis.

Organisering

Prosjektgruppa har bestått av representanter fra sykehus, kommune og høyskole. Det er gjennomført to til tre møter per kvartal, i tillegg til kontakt per e-post og telefon. Mange ledere og ansatte har bidratt i prosjektperioden, både i konkret oppfølging av enkeltstudenter og i utvikling av praksisløpet.

Prosjektet er finansiert via samhandlingsmidler fra Høyskolen Diakonova og arbeidsinnsats fra deltakerne. Første søknad ble sendt i mars 2009. Midlene har i hovedsak gått til å lønne en koordinator ved tildelingskontoret i 20 prosent stilling i de periodene studentene har vært ute i

praksis. Våren 2011 sendte prosjektgruppen en ny søknad for et delprosjekt, hvor hovedvekten var på å utforme læresituasjoner.

Første praksisperiode ble gjennomført høsten 2010. Vi erfarte at det å innarbeide en ny praksisform krevde tid. Gjennom arbeidet med å beskrive læresituasjoner ble det blant annet tydeligere at studentene skulle følge pasientgruppers behandlingslinjer. Dette gjorde det lettere å organisere praksisperiodene og tydeliggjorde læringsmålene for studentene. Prosjektets siste og åttende praksisperiode gjennomføres oktober 2012. Fra januar 2013 er samhandlingspraksis et ordinært tilbud til studentene ved Høyskolen Diakonova.

Erfaringer

Det har vært en utfordring at studentene skal innom mange steder. Sju ledere i kommunehelsetjenesten og fire i sykehuset tar imot studentene. Det har vært arbeidet mye med å informere ledere og ansatte, slik at studentene opplever at ansatte vet hvorfor de dukker opp. Felles samlinger og workshops for ledere og veiledere er benyttet for å informere, forankre og involvere dem i utviklingen av samhandlingspraksis. Avklaring av forventninger og god informasjon i forkant til både studenter, ledere og ansatte, er med på å skape trygghet for studenten og bevisstgjøring i avdelingen. For å skape forutsigbarhet for studenter og ansatte har lederne på sykehus valgt å lage en turnus som studentene skal følge. Gjennom prosjektperioden har vi erfart at studentene har blitt bedre forberedt på hva de skal møte.

Vurderinger

Siden studentene er kort tid på hvert praksissted, har det tidvis vært en utfordring å veilede og vurdere dem. På initiativ fra ledere og veiledere i sykehuset er det derfor utarbeidet et vurderings- og oppmøteskjema. Skjemaet har en tallskala fra 0–4 hvor 0 står for at prestasjonen er: «mye dårligere enn forventet» og 4: «mye bedre enn forventet» på hvert av de overordnede læringsutbyttemålene. Det er også et felt for fritekst. Studenten gjør en egenvurdering, i tillegg gir den daglige veilederen en vurdering. Skjemaet skal signeres daglig av veileder, for å dokumentere oppmøte. Skjemaet benyttes i forventningssamtale i uke 1 med studentene og hovedveileder, ved de daglige vurderingene og i midtvurderingen i uke 3 med student og veileder på sykehuset. Lærer og student benytter skjema i praksisgruppe i uke 4 og i refleksjonsnotater og tilbakemeldinger.

Konklusjon

I en oppstartsfase anbefaler vi tett kontakt mellom helsetjenestene og høyskolen. Studenten bør gjennom selvstudium og undervisning fra høyskolen gjøre seg kjent med de ulike nivåene i helsevesenet før de starter i samhandlingspraksis. Overordnet ukeplan, beskrevet læringsutbytte og fastlagt koordinering og veiledning fra høyskole, kommune- og spesialisthelsetjenesten kan overføres til andre distrikter i Norge og dels til andre helsefagutdanninger. Imidlertid må læringsutbytte tilpasses den enkelte helsefaglige utdanning. Man kan forsøke å prøve ut praksismodellen sammen med andre helsefaggrupper. Man antar at studentene vil få en bredere kunnskap om hverandres profesjon, noe som på sikt vil gi en nytteeffekt i helsetjenesten generelt.

Samhandlingspraksis er utviklet for å møte den nye og forsterkede politiske og faglige anbefalingen om samhandling mellom forvaltningsnivåene. Utdanning av framtidens sykepleiere bør til enhver tid avspeile samfunnets behov for sykepleie. Vi antar at sykepleiere som har deltatt i samhandlingspraksis gjennom sin utdanning, har bedre forutsetninger til å ha innsikt i samhandling og samarbeid om pasientbehandling på ulike nivåer i helsetjenesten. En systematisk evaluering av denne praksismodellen i et helhetlig perspektiv er derfor ønskelig.

Vi takker studentene som har deltatt, involverte ledere, sykepleiere og andre helsearbeidere og kolleger som har gjort det mulig å gjennomføre prosjektet. ■■■

REFERANSER

1. St.meld.nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis Oslo: Kunnskapsdepartementet.
3. Universitets- og høyskoleloven. LOV-1986-07-11-53 Lov om universiteter og høyskoler. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
4. Spesialisthelsetjenesteloven. LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
5. Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Kunnskapsdepartementet. Rammepå for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008 Oslo: Kunnskapsdepartementet.
7. Høyskolen Diakonova. Fagplan for sykepleierutdanning, Bachelor i sykepleie. www.diakonova.no 2007.
8. Dysthe O. (2001) red. Dialog, samspel og læring. Oslo: Abstrakt forlag.
9. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010:1–123.
10. Reiner LM. Behandlingslinjer reduserer komplikasjoner for pasienter i sykehus. Sykepleien Forskning. 2010;5: 92–3.
11. Skudal KE, Holmboe O. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2011. Resultater for regioner og foretak. PasOpp rapport nr. 4–2012 Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Espen Kolberg, farmasøyt, farmasøytiske tjenester, Sykehusapoteket Oslo



Heidi Marie Holt, farmasøyt, farmasøytiske tjenester, Lørenskog Sykehusapotek

Inhalasjonsmedisiner må brukes riktig

Riktig bruk av inhalasjonsmedisiner krever opplæring. Derfor må helsepersonell ha tilstrekkelig kunnskap.

Inhalasjonsterapi ved astma og andre lunge- sykdommer har en lang historie. De tidligst dokumenterte tilfellene finner vi for 4000 år siden i India, hvor man røykte blader fra planten Atropa Belladonna for å dempe hoste (1). Denne tilnærmingen hadde man fortsatt til midten av 1900-tallet, hvor de såkalte astmasigaretene ble solgt over disk i apotekene. Disse inneholdt en blanding av tobakk og stramonium som var innholdsmessig beslektet med Atropa Belladonna. Rent farmakologisk hadde denne behandlingen noe for seg, både Atropa Belladonna og stramonium inneholder alkaloider med antikolinerg aktivitet. Effekten er blant annet hemmet bronkokonstriksjon (1). Men med tanke på vår kunnskap om de patologiske mekanismene bak blant annet KOLS, er selve administrasjonsformen mer betenkelig. En fordel hadde den for øvrig; det er lett å lære å røyke, og det var derfor implisitt lett å lære seg korrekt inhalasjonsteknikk.

Dårlig inhalasjonsteknikk

Teknologien og vitenskapen har i dag lagt astmasigaretene bak seg, og vi har nå langt sikrere inhalasjonsmetoder. I tillegg har vi et bredere og bedre spekter av virkestoff til å lindre ubehaget ved obstruktive lungesykdommer. Dessverre er ikke bruken like intuitiv, og internasjonale studier har vist at svært mange pasienter sliter med å bruke sin inhalator på en korrekt måte (2). Dette omfatter både dårlig inhalasjonsteknikk og dårlig etterlevelse av forskrevet dosering (2,3). Konsekvensen er suboptimal behandling av både underliggende sykdom og lindring av symptomer og anfall (4).

Informasjon viktig

God inhalasjonsteknikk og god etterlevelse av behandlingen forutsetter at pasienten er godt informert om både riktig bruk, hvordan legemidlene virker og hvorfor det er viktig å ta dem som forskrevet. Dette fordrer igjen at pasienten får en

grunnleggende god opplæring fra helsepersonell. En slik pasientundervisning kan gis på apoteket, men en annen viktig arena er sykehusene. Sykepleiere, leger og farmasøyter har i denne settingen en unik mulighet til å snakke med pasienten om riktig legemiddelbruk, inkludert bruk av inhalasjonsmedisin. Helsegevinsten ved å ta seg tid til en slik gjennomgang vil kunne bidra til et bedre kontrollert sykdomsforløp, med bedre livskvalitet for pasienten og potensielt færre innleggelses som følge av astma/KOLS-forverring (2,4).

Opplæring

God opplæring er avhengig av at den som underviser selv er godt kjent med bruken av legemidlet og inhalatoren. En norsk studie publisert i 2006 viste at det var et klart behov for å bedre kunnskapsnivået blant leger og sykepleiere på dette området (5). Hensikten med denne artikkelen er å gå gjennom de grunnleggende prinsippene for god inhalasjonsteknikk, samt informere om hvilke elementer et pasientundervisningsopplegg bør omfatte.

Bivirkninger

Fordelen ved å gi legemidler som inhalasjon, er rask innsettende effekt, få systemiske bivirkninger og fravær av farmakokinetiske problemstillinger rundt firstpass metabolisme og opptak i mage-tarmkanalen (6). Problemet med administrasjonsmåten er imidlertid at lungene er utformet for nettopp å beskytte kroppen mot inntak av uønskete stoffer. Luftveienes geometri, fuktighet og renselsesmekanismer bidrar alle til filtrering av partikler, noe som i sum reduserer mengden inhalert legemiddel som faktisk når fram dit det skal (6). Ved inhalasjon av en dose, vil kun partikler som har en diameter mindre enn 5 µm nå fram, resten vil avsettes i munn og svelg (1). En annen variabel som påvirker lungeavsetningen er hastigheten partiklene har idet de inhaleres. For høy hastighet medfører at flere partikler, også de med optimal størrelse, vil

Hovedbudskap

Riktig inhalasjonsteknikk er grunnleggende for optimal og effektiv behandling av astma og KOLS. Dette må sikres gjennom god pasientopplæring, noe som igjen forutsetter at helsepersonell som skal gi veiledning har god kunnskap om temaet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

➤ Medisinhåndtering ➤ Legemidler ➤ Lungesykdom

fanges i munnhulen og i svelget. Dette kan medføre flere bivirkninger både lokalt og systemisk, fordi pasienten risikerer å svelge virkestoffet og dermed i større grad blir eksponert systemisk (1). Det ideelle inhalasjonsapparatet genererer derfor flest mulig partikler med optimal størrelse og hastighet. For at legemiddelet skal virke er det også viktig at lungene eksponeres for det lenge nok til at virkestoffet får tid til å binde seg til sine respektive reseptorer. Pasienten skal derfor holde pusten i fire til ti sekunder etter inhalasjonen. Hvis det pustes ut umiddelbart, vil legemiddelet bli med ut igjen uten å gi den ønskete effekten (1).

Riktig inhalasjon

De klassiske sprayaerosolene består av en beholder med legemiddel i løsning og drivgass i flytende form, samt en ventil og et munnstykke. Når ventilen åpnes, presses legemiddelet ut i aerosolform ved hjelp av drivgassen. Av opprinnelig utløst dose, vil kun 10–20 prosent avsettes i lungene (1). Denne lave prosentvis effektiviteten skyldes at apparatet avgir en stor andel partikler som er større enn 5 µm, i tillegg til at den gassdrevne spraydosen har stor hastighet ut fra munnstykket (1). Det er derfor viktig at pasienten inhalerer sakte etter å ha utløst dosen for ikke å øke hastigheten på par-

tiklene ytterligere, og dermed samtidig redusere mengden virkestoff som når fram til luftveiene (1). To engelske studier fra 2007 avdekket at 60 prosent av KOLS-pasienter (7) og 92 prosent av astmapasienter (8) inhalerte for raskt.

Sprayaerosolene oppfattes generelt som vanskelig å bruke, også etter at man har fått opplæring (9). Et sentralt problem, ved siden av for rask inhalasjon, er at pasienten må koordinere innpust med utløst dose (1). I en studie fant man at så mange som 70 prosent hadde problemer med dette (10). Det er også vist at problemene knyttet til feilaktig bruk øker med alderen (11).

Inhalasjonskammer

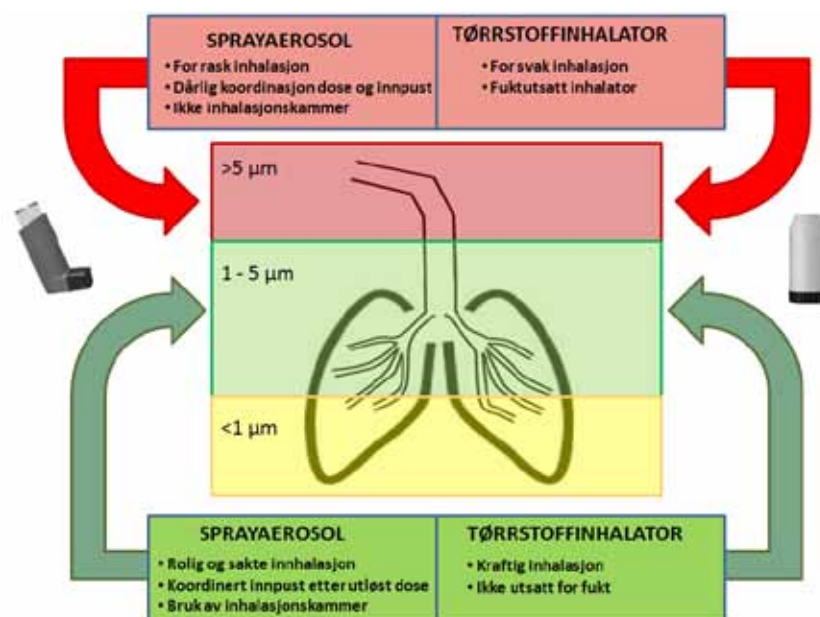
Bruk av inhalasjonskammer sammen med sprayaerosol kan avhjelpe mange av problemene som er nevnt over (1). Kammeret fungerer som et reservoar for legemiddelet etter at dosen er utløst, og pasienten slipper dermed å måtte koordinere innpust med utløst dose. I tillegg medfører bruk av kammer at både hastighet og gjennomsnittlig størrelse på partiklene går ned, noe som også bidrar til å forbedre leveransen av legemiddel til lungene (1). Samtidig vil bivirkningsprofilen bli bedre fordi mindre av virkestoffet blir sittende fast i svelg og munn (1).

«Sprayaerosolene oppfattes generelt som vanskelig å bruke.»

Det finnes også sprayaerosoler som aktiveres på innpust (autohaler), og som på denne måten omgår koordinasjonsproblemet. Studier har vist at personer med dårlig inhalasjonsteknikk på konvensjonelle sprayaerosoler har fått økt lungedeposering av virkestoff fra 7,2 prosent til 20,8 prosent ved bruk av autohaler (1). En større studie viste også at pasienter fikk signifikant forbedret astmakontroll ved å skifte til autohaler (12). Ankepunktet mot denne typen inhalator er at pasienten må inhalere med nok kraft til å utløse dosen.

Tørrestoffinhalatorer

Tørrestoffinhalatorer finnes i mange varianter. Noen må lades med en ny kapsel for hver dose, for eksempel handihaler og breezhaler. Andre er utstyrt med et flerdosereservoar, for eksempel diskus og turbuhaler. Hovedprinsippet bak levering av dosen til lungene er for øvrig det samme. Her utløser pasienten dosen selv ved hjelp av egen innpust, og legemiddelet leveres som tørre partikler, snarere



FIGUR 1: God inhalasjonsterapi forutsetter en partikkelstørrelse som sikrer deponering der vi ønsker at legemiddelet skal virke. I de fleste tilfeller dreier dette seg om partikler i intervallet 1–5 µm. Figuren viser hvordan riktig inhalasjonsteknikk bidrar til å øke andelen partikler med gunstig størrelse.

enn dråper med væske (1). Dette eliminerer koordinasjonsproblemet forbundet med sprayaerosoler (1). Andelen virkestoff som deponeres i lungene varierer fra apparat til apparat og ligger i intervallet 12–40 prosent (1). Tørrestoffinhalatorene er spesielt følsomme for fukt, da dette medfører dannelse av større agglomerater og en økt andel partikler som har en diameter høyere enn 5 µm, hvilket igjen kan medføre redusert mengde legemiddel som når frem til lungene (1). Det er derfor svært viktig at pasienten ikke puster inn i inhalatoren, eller på annen måte eksponerer den for fukt, for eksempel ved ikke å sette på beskyttelseshette etter bruk. Pasienten må også være i stand til å trekke pusten kraftig nok fordi dannelsen av partikkelaerosoler er avhengig av turbulent luftstrøm i inhalasjonsapparatet (1). Dette i motsetning til sprayaerosolene hvor pasienten må trekke pusten langsomt. Hvor kraftig innpust som er nødvendig varierer for de ulike inhalatorene og henger sammen med apparatets interne motstand (1). For turbuhalervarianten har undersøkelser vist at en ved å øke inhalasjonshastigheten fra 35 L/min til 60 L/min samtidig økte deponering i lungene fra 14,8 prosent til 27,7 prosent av nominell dose (1).

Barn og eldre

Enkelte pasientgrupper kan ha problemer med å generere en stor nok inhalasjonskraft til effektivt å benytte tørrestoffinhalatorer med høy intern motstand. Dette gjelder for eksempel eldre og barn, og en studie viste at 30 prosent og 20 prosent av pasienter over 70 år hadde problemer med henholdsvis turbuhaler og diskus (13). Resultatene var uavhengig av om de hadde obstruktive lungelidel-

ser eller ikke (13). Dette er derfor viktig å ta med i betraktning når man skal velge inhalator for pasienten. Studier viser at turbuhaler har størst intern motstand, etterfulgt av diskus og handihaler, mens breezhaler har minst motstand av apparatene som er sammenliknet (1,13,14).

Andre inhalasjonsapparater

RespiMAT fra Boehringer-Ingelheim kan på sett og vis betegnes som en håndholdt forstøver. Apparatet genererer en aerosolsky ved at en oppløsning med virkestoff presses gjennom et finporet filter. Aerosolskyen inneholder partikler med lav hastighet og lav diameter, noe som gir en større fraksjon av nominell dose som leveres til lungene (15). I tillegg avgis aerosolen som utløses over et lengre tidsrom, som gjør at pasienten slipper koordinasjonsproblemer mellom utløst dose og innpust (15).

Pasientundervisning

Man må først og fremst sikre at helsepersonellet som skal gi veiledning i inhalasjonsteknikk har god kunnskap om temaet (5). Grydeland og kollegaer viste at det også for helsepersonell er behov for jevnlig oppfriskning av kunnskapen om inhalasjonsmedisin. Helsepersonells alder spiller inn og behovet øker jo lengre tid det er siden eksamen (5).

Undervisningsmaterialet bør utvikles tverrfaglig, gjerne i samråd med farmasøyt, og baseres på informasjon fra pakningsvedlegg og produsentenes egne pasientguider. Det er viktig at man etablerer en grunnleggende forståelse av hvordan de ulike medikamentene og inhalatorene virker. Dette gjelder veileder så vel som pasient. Placeboapparater er tilgjengelig ved henvendelse til produsenten og er



RIKTIG BRUK: Mange pasienter sliter med å bruke inhalator på riktig måte og trenger opplæring. Arkivfoto: Bo Mathisen

et nyttig redskap i forbindelse med pasientveiledning, men også ved opplæring av helsepersonell.

En gjennomgang av inhalasjonsteknikk bør begynne med at pasienten selv viser hvordan han eller hun håndterer medisinen. Veilederen går deretter igjennom riktig bruk punkt for punkt og veileder der pasienten har utfordringer eller ikke bruker inhalatoren korrekt. Et godt hjelpemiddel kan være informasjonsark som stegvis forklarer bruken, og hvor veilederen ved hjelp av markeringstusj kan vise på hvilke punkter pasientens bruk er problematisk. Dette gir et grunnlag for oppfølging ved senere besøk og gjør at pasienten lettere motiveres for å korrigere seg selv. Denne tilnærmingen har vist seg å bedre bruken av inhalatorer (16).

Undervisningen kan med fordel inneholde opp-

lysninger om legemiddelets virkningsmekanisme. Denne kan beskrives i informasjonsarket i et lett-fattelig språk, gjerne med illustrasjoner som viser effekten (17). For pasienter som bruker kortikosteroider skal hensikten med daglig bruk presiseres, da man har funnet at noen pasienter unnlater å bruke inhalasjonskortison jevnlig på grunn av manglende umiddelbar effekt (3). Man bør også gjennomgå viktigheten av munnskyll ved bruk av kortikosteroider, samt riktig rekkefølge ved bruk av både bronkodilatorer og kortikosteroider.

Avslutning

Hvorvidt den aktuelle inhalator er den mest optimale for pasienten bør alltid vurderes, basert på den teoretiske gjennomgangen over. Det er

mange alternativer på markedet og små forskjeller kan være avgjørende for pasienten. Feilaktig bruk av inhalatorer er vanlig og kan medføre dårligere sykdomskontroll (2). Det opplagte tiltaket er bedre opplæring av pasienten. Naturlige settinger for denne typen undervisning

«Undervisningsmaterialet bør utvikles tverrfaglig.»

er både i apotek, på poliklinikk eller under sykehusopphold. Her må man sikre at helsepersonell har fått adekvat opplæring, og at det er etablert rutiner på avdelingene for å sikre gjennomgang av pasientens legemiddelbruk. ■■■



Se film om riktig bruk av inhalasjonsmedisin på: sykepleien.no.

Scan qr-koden og kom direkte til filmen.

REFERANSER

1. Labiris NR, Dolovich MB. Pulmonary drug delivery. Part II: the role of inhalant delivery devices and drug formulations in therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2003;56: 600–12.
2. Melani AS. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respiratory Medicine* 2011;5:930–8.
3. Cecere LM. Adherence to long-acting inhaled therapies among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *COPD* 2012; 9:251–8.
4. McFadden Jr ER. Improper patient techniques with metered dose inhalers: clinical consequences and solutions to misuse. *Journal of allergy and clinical immunology* 1995; 96:278–83.
5. Grydeland TB, Methlie P, Bakke PS. Opplæring av pasienter i riktig bruk av inhalasjonsmedisiner. *Tidsskr nor legeforen* 2006; 126:312–314.
6. Labiris NR, Dolovich MB. Pulmonary drug delivery. Part I: Physiological factors affecting therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2003; DEC 56:588–99.
7. Al-Showair RA et al. Can all patients with COPD use the correct inhalation flow with all inhalers and does training help? *Respiratory Medicine* 2007; Nov 101:2395–401.
8. Al-Showair RA et al. The potential of a 2 Tone Trainer to help patients use their metered-dose inhalers. *Chest* 2007; Jun 131:1776–82.
9. Lenney J et al. Inappropriate inhaler use: assessment of use in patient preference of seven inhalation devices. *Respiratory Medicine* 2000;94:496–500.
10. Van Beerenndonk I, et al. Assessment of the inhalation technique in outpatients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease using a metered-dose inhaler or dry powder device. *Journal of Asthma* 1998;35:273–9.
11. Goodman DE, et al. The influence of age, diagnosis and gender on proper use of metered dose inhalators. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1994;5: 1256–61.
12. Giraud V, Allaert FA. Improved asthma control with breath-actuated pressurized metered dose inhaler (pMDI): the SYSTER survey. *European Review for medical and pharmacological sciences* 2009;13:323–30.
13. Janssens W, et al. Inspiratory flow rates at different levels of resistance in elderly COPD patients. *The European Respiratory Journal* 2008;31:78–83.
14. Chapman KR, et al. Delivery characteristics and patients' handling of two single-dose dry-powder inhalers used in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2011;6:353–63.
15. Kilfeather SA, et al. Improved delivery of ipratropium bromide/fenoterol from Respimat Soft Mist Inhaler in patients with COPD. *Respiratory Medicine* 2004;98:387–97.
16. Basheti IA, et al. Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique. *Patient Education and Counseling* 2008;72:26–33.
17. Ivnik M, Jett MY. Creating written patient education materials. *Chest* 2008;133:1038–40.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Ungdomsråd på Sørlandet

Sørlandet sykehus har fått et eget ungdomsråd. Rådet skal sikre ungdom og unge voksne medvirkning i hvordan de blir ivaretatt som pasienter på sykehuset. Rådet, som har medlemmer fra 13 til 25 år fra ulike brukerorganisasjoner i Agder, bestemmer selv hvilke saker de skal ta opp.

Ungdomsrådet på Sørlandet opprettes etter modell av ungdomsrådene ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.



Kilde: Sørlandet sykehus

Regning i ny utgave

Praktisk medikamentregning av Lars André Olsen er ute i fjerde utgave. Denne læreboken skal gi grunnleggende kunnskaper og ferdigheter for å bestå eksamen i medikamentregning. Appen med regning bygger på boken og fins for iPhone og Android.



Foto: NTBScanix

Tar senabort i utlandet

Fra 2008 til 2012 reiste 67 norske kvinner til Sverige og England for å ta abort, ifølge NRK. De fleste abortene skjedde etter 13. uke.

Grensen for selvbestemt abort er 24 uker i England og 18 i Sverige. I Norge er grensen 12 uker. Ønsker man abort etter det, må man søke en abortnemnd.

Det er stort sett kvinner som får avslag i Norge som på eget initiativ får utført abort i utlandet, opplyser Sturla Eik-Nes, professor ved Nasjonalt senter for fostermedisin ved St. Olavs, til NRK. Ifølge Eik-Nes har fostrene ikke hatt avvik som er alvorlige nok for en abort i Norge. Et eksempel er leppeganespalte,

ifølge en anonym lege.

Kristina Gemzell Danielsson, professor i obstetikk ved Karolinska Institutet i Stockholm, synes det er dumt at kvinner ser seg nødt til å reise utenlands for å ta abort.

– Hvert land burde ta hånd om sine egne abortsøkende kvinner.

Hun synes valget om abort bør tas av kvinnen eller paret.

Flere organisasjoner i England hjelper kvinner som ønsker å ta abort før uke 24.

– De er ofte desperate, uttaler en ansatt til NRK.

Kilde: NRK

Om elektrolytter

Elektrolyttveileder er ute i ny utgave. Lege Kiarash Tazmini har skrevet den for å hjelpe helsepersonell til å behandle elektrolyttforstyrrelser riktig. Boken er i lommeformat.

Den nye utgaven er oppdatert og har blant annet prosedyrer for alle elektrolyttforstyrrelser.

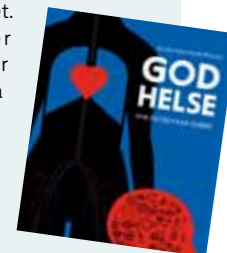
Boken kan kjøpes via Diakonhjemmet sykehus.



For best mulig helse

God helse handler om om livsstil. Lege Anette Hylen Ranhoff er redaktør for boken, der spesialister og forskere forteller hva en selv kan gjøre for å få best helse og livskvalitet.

Boken er skrevet for dem på 40–50 og oppover og har mange konkrete råd.



Psykiateren i sentrum

I motsetning til de fleste lærebøker som går gjennom ulike lidelser, konsentrerer Per Vaglum seg om behandlingen. I boken *Psykiateren* beskriver han faglige og praktiske spørsmål. Ifølge omtalen egner boken seg også for andre type helsearbeidere enn psykiateren.



Går til helsesøster for abort

Mange av de yngste jentene går til helsesøster med spørsmål om graviditet og abort, skriver Aftenposten. Helsesøster Kristine Hartvedt sier hun snakker grundig med jentene om alternativene og opplyser dem om hvilke muligheter de har.

Regjeringen vil la fastleger få mulighet til å reservere seg mot å henvise til abort. Norsk Sykepleierforbund er imot forslaget, som har skapt stor debatt de siste månedene. Det har vært pekt på at mange kvinner henvender seg direkte til sykehuset når de ønsker abort. Helseminister Bent Høie har presisert at sykehusene skal gjøre dette. Men det mener Astrid Grydeland Ersvik, leder i Lands-

gruppen av helsesøstre NSF, er en dårlig løsning.

– En viktig del av veiledningen er også å sørge for at jentene i fortsettelsen unngår ny uønsket graviditet. Det arbeidet vi gjør i skolehelsetjenesten er komplekse problemstillinger som krever tid, god dialog og gode relasjoner, sier hun til Aftenposten.

Hun mener det er god forebygging å ta seg tid i de tidlige fasene. Da unngår man kanskje reaksjoner etter inngrepet eller ny, uønsket graviditet.





Oppdatert matvaretabell

Matvaretabellen oppgir hva de vanligste matvarene i Norge inneholder av energi og næringsstoffer. I tabellen for 2014 er det 62 nye matvarer og 57 er oppdatert.

At flere spiser sushi, har gjort at det er flere varianter av sushi i tabellen. Det er også flere oster og energisupper.

Matvaretabellen oppdateres hvert år og er et samarbeid mellom Mattilsynet, Helsedirektoratet og Universitetet i Oslo. Den er gratis tilgjengelig på nett.

Kilde: Mattilsynet



Usikre tall om demens

Hvor mange som har demens i Norge er usikkert. Vanligvis anslår man at det er 70 000. Men tallene man har i dag bygger på en undersøkelse som ble gjort i en forstad til Rotterdam i Nederland for over 20 år siden.

I Norge vil antall eldre over 65 stige betraktelig, og det forventes stor økning i demenssykdommer. Demens koster samfunnet mye, og det er viktig med bedre tall for å kunne planlegge hvor mye ressurser som trengs til blant annet sykehjem og helsepersonell.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Deprimerte mødre

Mellom 10 og 15 prosent av nybakte mødre har depressive symptomer. Å screene for fødselsdepresjon kan være et godt tiltak, ifølge en kunnskapsoppsummering. Men det trengs flere studier for å måle effekten av slik screening.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Rusproblemer blant eldre

Med en raskt voksende eldre befolkning med økende alkoholforbruk og lett tilgjengelighet til rusmidler, er det grunn til å tro at forekomsten av rusproblemer blant eldre vil øke. Det er

derfor behov for økt oppmerksomhet og mer forskning rundt eldre menneskers rusproblem, skriver Randi Ervik og Hege Bøen i siste utgave av tidsskriftet Geriatrik sykepleie.



FLERE MISBRUKERE: En raskt voksende eldre befolkning med økende alkoholforbruk, vil trolig føre til at det blir flere eldre med rusproblem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Problemet har vært ignorert og fått liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet. Blant mennesker i denne aldersgruppen kan et rusproblem ofte bli mistolket, oversett, underbehandlet eller ikke behandlet. I artikkelen peker forfatterne på behovet for økt oppmerksomhet og kunnskap om rus i alle deler av helse- og omsorgstjenesten med tanke på å skulle nå fram med nødvendig hjelp. Tidlig identifisering av rusproblemer vil ha stor betydning. Samtidig retter forfatterne oppmerksomheten mot de store variasjonene det vil være i hjelpebehov og sosial situasjon blant eldre som har et rusproblem. Noen eldre har hatt et rusproblem gjennom store deler av voksenlivet. Andre har først og fremst utviklet problemet som eldre. Artikkelen drøfter også sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenesten overfor eldre med tanke på å avhjelpe rusproblemer.

Forfatterne påpeker at det er stort behov for mer forskning innen tematikken eldre og rusproblemer i Norge. Man ønsker å vite mer om hva som er god hjelp, og på hvilke områder det er

VITENSKAPELIG TIDSSKRIFT:

Geriatrik Sykepleie er et vitenskapelig tidsskrift. Det er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.



behov for særskilte tiltak for eldregruppen.

Begge forfatterne av artikkelen er utdannet sykepleiere. Siri Ytrehus er professor ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo, hvor hun er faglig ansvarlig for et masterprogram i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre. Ytrehus har doktorgrad i sosiologi. Hege Bøen er førsteamanuensis, ph.d. ved Diakonhjemmet høgskole. Hun er tilknyttet masterprogrammet i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre og bachelorutdanningen i sykepleie ved høyskolen.

Bokhyller

Bokhyller er mitt favorittmøbel. Det er ikke noe som kler en vegg så godt som solide bokhyller i tre. Bokhyller er bøkens rammer. Jeg liker best de kraftige hyllene. Helst av eik eller mørkt tre der bøkene står tett og skaper skjønnhet i fargespillet – gjerne i dyprødt – slik at rommet føles varmt og godt når flammene fra peisen kaster skygger inn i rommet.

Dette er min romantiske forestilling om bokhyller. Det er ikke så mange som vil ha det slik lenger. Nå fylles bokhyllene helst med nips og tekniske duppeditter. Bokhyllene på IKEA er dypere enn de var før og ikke på samme måte tilpasset bøkens størrelse. Smaken til designerne til IKEA bestemmer hvordan bokhyller skal se ut i mange land. Bokhyllen Billy holder imidlertid fortsatt stand. Så vidt jeg vet er det den eneste bokhyllen som har sin egen index på nettet, *Ikea Billy Bookshelf Index*. Her viser markedsanalysefirmaet Bloomberg prisutviklingen på Billy i ulike land. Det er prisen på den hvite varianten som gjelder. I 2014 er bokhyllen billigst i Slovakia og Nederland med en US-dollarpris på \$46.48. Dyrest er den i Den dominikanske republikk med en katalogpris på \$94,72.

Forhåpentligvis er dette uinteressant, men morsomme opplysninger. Det viktigste er jo at bøkene får en plassering i hjemmet som framhever både bøkene og eiernes hyllest til bøkene ved å gi dem en verdig plass.



KH Mygaard

Når tiden glipper

Laila Soggnæs Østhagen bruker litteratur for å forstå demens.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Vi er vår historie. Men hvem er vi når vi ikke har historien vår lenger?

Laila Soggnæs Østhagen prøver å gi et svar med romanen *I morgen forsvinner jeg litt til*. Den handler om Signe, som er 80 år og bor på sykehjem. Hun kjenner ikke lenger igjen sin egen datter. Bevisstheten flyter mellom nåtid og fjern fortid.

– Jeg ville skrive historien til en som ikke har historien sin lenger, forklarer Østhagen.

Hun sitter på kafé i Gamlebyen i Oslo. Ferdig med en nattevakt i psykiatrien og snart klar for neste. Hun har jobbet som pleieassistent, aktivitør, musikkterapeut, journalist og visesanger og det er ikke så lenge siden hun slapp tanken om å bli sykepleier.

I morgen forsvinner jeg litt til er hennes andre roman. Signe kom frem fra ulike tekster hun skrev etter debutromanen *Konglehjerte*. Etter hvert ble Signe veldig nær.

– Hun er en blanding av mange jeg har møtt og også en helt genuin Signe, sier hun.

Østhagen har selv jobbet på sykehjem. – Der så jeg mange mennesker med store historier som bare ble borte. De hadde opplevd kjærlighet, sorg, de hadde jobbet og skapt familier og hjem, og så endte de der, uten historien sin. Det satt seg veldig fast.

Signe vil ut, hjem. Hun vil klippe gresset og hun vil til moren. Men blir stadig korrigert. Bedt om å gå på

rommet, sette seg, spise. Ikke gå inn her, men der. Hun blir utsatt for det Østhagen kaller uberegnelig omsorg.

– Hun har ikke noe valg lenger. Hun er fratatt myndighet og innflytelse. Hun vet ikke hvilke mennesker som kommer på jobb eller hva som skal skje. Samtidig er det mye som ikke skal skje. Hun skal ikke sitte på vaktrommet, hun skal ikke stikke seg bort med en mannlig medpasient, hun skal ikke gå ut når hun føler for det.

«Jeg ville skrive historien til en som ikke har historien sin lenger.»

Østhagen sier boken ikke er en kritikk av sykehjem som institusjon.

– Man må ha rammer og systemer og disse pasientene trenger forutsigbarhet. Samtidig er det utrolig viktig å være bevisst på at vi jobber med mennesker. Vi må se den enkelte. Det er en som har brukt begrepet hjerteøyne, det liker jeg.

En som har hjerteøyne, er ekstravakten Lars. Han som går med bare føtter i sandalene og tar seg tid til å sette seg i trappen og snakke når Signe er på rømmen. Som legger seg ned i gresset med henne selv om bakken kanskje er litt kald.

– Det er mange fantastiske mennesker som jobber på sykehjem. Men man kan bli sliten og blind for den enkelte. Det ser jeg også i psykiatrien. Men det er superviktig å se bak symptomene og se hele mennesket.

Hvordan det er å ha demens, vet ingen.

– Men jeg har tillatt meg å prøve ut fra en tro på at jeg kjenner rammen. Jeg har jobbet på ulike institusjoner og vet noe om hvordan rammene er. Hvordan demens oppleves, kan jeg selvfølgelig ikke vite, men jo mer jeg har gått inn i Signe, jo lettere er det å forstå henne. Å skrive er å utfordre meg til å forstå noe helt nytt.

Signe lever tett på moren sin. I tan-

kene er hun i huset hun vokste opp i, alene med moren og hennes kvaler. I denne fortiden ligger noe uoppgjort, en evig dårlig samvittighet for alt hun ikke gjorde.

– Jeg ville skape en gjenklang til her og nå, forteller hun.

– Mange med demens går tilbake til barndommen, og jeg ville fortelle om hvordan hun er fanget i en tidsfelle, hvordan hennes barndom har blitt hennes nåtid. På en måte er familien også litt som en institusjon. Barn velger ikke sin familie, og er også utsatt for en uberegnelig omsorg.

Signe er fanget i barndommen og kastes tilbake til nåtiden. Det som var mellom er borte, selv om alt tyder på at det var lykkelige år der hun var fri. Et bilde på veggen viser en kjekk mann, som hun skal ha vært gift med i 50 år.



Hun har barnebarn og oldebarn. Hun har hatt en jobb. Men selv om alt det er borte, er ikke hun helt borte.

– Demens er så forskjellig og hva som blir igjen varierer. Jeg har forsøkt å vise at Signe også er romantisk. Det er så mye trist og fælt med sykdommen, men alt forsvinner ikke. Hun har følelser og et driv i seg.

Følelsene blir særlig vekket av Kåre, en medpasient med et godt øye til henne. Han sier hun er vakker og prøver flere ganger å få henne med på rommet. Hver gang blir de avbrutt av pleiere.

– Hun er en fargerik blomst som visner litt i miljøet hun er i, sier Østhagen.

Hun tror omsorgen til eldre alltid kan bli bedre, og innrømmer at hun har sett mye som ikke er bra. Bra er heller ikke all omsorgen Signe får. Den kan oppleves som teknisk. Det er harde, effektive hender. En latter som ikke ler med. Hvitkledd som feier forbi. Men det er også noe mer. Noe som er bra.

– Dette er også en bok med humor og håp i seg, sier Østhagen og smiler.

– For Signe blir også sett. Hun får lov til å gjøre noe hun ønsker.

Og hun forsvinner ikke helt.

– Hun har vært i hjertet mitt og er det fremdeles, sier Laila Sognnæs Østhagen. ■■■

Laila Sognnæs Østhagen

Aktuell med: I morgen forsvinner jeg litt til



Placebodefekten

Hvorfor alternativ behandling virker som den virker
Av Gunnar R. Tjømliid
339 sider
Humanist forlag, 2013
ISBN 978-82-82-82051-6
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjons-
sykepleier og master i sykepleievitenskap

«Det virker for meg!»

ANMELDELSE: Frasen i tittelfeltet hører vi titt og ofte, både fra venner, i diskusjonsforum på nettet og i reklamer. Hvorfor opplever folk at diverse metoder fungerer for dem, når vitenskapelig forskning viser at det ofte slettes ikke virker? Dette er ett blant flere viktige spørsmål Gunnar Tjømliid stiller i sin bok om alternativ behandling.

Han går i dybden på menneskelig psykologi og vitenskapelig forskning for å forklare hvor lett vi mennesker lurer oss selv. Boka er blant annet fylt med aktuelle anekdoter som tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssens påstand om at Snåsamannen helbredet hans sønn. Fra Tjømliids egen eksperimentering for å avsløre sin laktoseintoleranse, til ganding av norske fotballspillere og politikere.

Tjømliid skal ha ros for å ta ulike alternative metoder i ettersyn, og han

etterlater leseren med en opplevelse av å ha blitt bevisstgjort hvilke farer det faktisk er med ulike alternative behandlingsmetoder, som har få, om noen, selvkorrigerende mekanismer. Særlig interessant lesning er kapittelet *Kan det skade?* Her skildres både skader på enkeltindivider og skader på samfunnet. I boka vil leseren lære om både hvorfor «naturlig» ikke alltid er sunt, hvorfor alternativ medisin kan være skadelig samt hva placeboeffekten er – og ikke er.

Enkelt språk og en rik referanseliste gjør at denne boken appellerer både til menigmann og fagpersoner. Tjømliid anerkjenner betydningen av å redusere stress, føle at man mestrer tilværelsen og få en følelse av at man har kontrollen over eget liv. Men samtidig er ikke dette alternativbransjens eiendom, fordi de fleste oppegående leger vil

komme til å si det samme. Disse legene vil peke på at det foregår en økt medikalisering av samfunnet, og at livsstil er sentralt for å opprettholde en god helse. Enkle råd for å opprettholde god helse som å ikke røyke, spise riktig og mosjonere. Og skulle helsen likevel svikte, er det vel bedre å oppsøke en dyktig lege de gangene man er syk, få effektiv medisin dandert på en seng av placeboeffekt, enn å betale for en overpriset placeboeffekt dandert på en seng av bedrageri, slik Tjømliid beskriver det.

Boken gir en enkel innføring i vitenskapelig metode og går grundig gjennom de kjente alternative behandlingsformene akupunktur, homøopati og kiropraktikk. Gjennom spennende historier og enkle forklaringer utstyres leseren med en verktøykasse for kritisk tenkning. ■■■



Pappa'n min er syk i tankene sine

Av Anne Kristine Bergem
49 sider
Fagbokforlaget, 2013
ISBN 978-82-450-1549-2
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier

Viktig for barn som pårørende

ANMELDELSE: «Så bra og så viktig» er det første jeg tenker når jeg leser denne boka. Psykiater og gruppeterapeut Anne Kristine Bergem skriver om hvordan man kan snakke med barn med pårørende som er psykisk syke. For hvordan forklare for en femåring hva som skjer med pappa når han begynner å oppføre seg rart, sier merkelige ting og blir sint uten grunn? Eller bare vil ligge i senga hele dagen og ikke ser ut til å bry seg med noen ting lenger?

Pappa'n min er syk i tankene sine er ment for barn i barnehage- og småskolealder, og tar først og fremst for seg psykose, men kan med litt omskriving like gjerne handle om depresjon eller andre psykiske lidelser.

Bokas hovedperson Daniel opplever at far blir mye sint helt uten grunn og at han stenger seg inne på soverommet

der han snakker med seg selv. Daniel er litt redd for pappa, og skjønner ingenting når han en dag er lagt inn på sykehuset. Mammaen hans klarer ikke, eller vet ikke, hvordan hun skal snakke med ham om pappas sykdom, men får hjelp av en hyggelig dame på institusjonen der pappaen er lagt inn. Når Daniel blir forklart litt om hva som skjer inne i hodet på pappa og hvordan de skal hjelpe ham til å bli friskere, så får Daniel det veldig mye bedre med en gang.

Dette er en veileder der den voksne kan sitte ned med barnet, lese historien og snakke rundt barnets egen situasjon. Den har fargerike, søte tegninger som kan skape en trygg og gjenkjennelig ramme, og ved hjelp av snakkebobler kan man stille barnet spørsmål som: «Har du opplevd å få sånne ekle og vonde følelser inni deg noen gang?». De

voksne får råd og tips om hvordan de kan bruke disse snakkeboblene overfor barnet bakerst i boka, der er det også samlet en oversikt over hvordan boka kan brukes og litt om psykoser. Barn har stort behov for informasjon og ivaretakelse. De opplever kanskje omsorgssvikt på grunn av foreldrenes sykdom og står i fare for selv å utvikle sykdom som voksne. Derfor trenger de å bli sett og fulgt opp.

Selv mennesker uten kunnskaper om psykiske lidelser vil ved hjelp av veiledningen kunne snakke med barn om temaet, så derfor burde boka bli gitt som gave til alle barnehager og barneskoler landet rundt. Det vil være et viktig forebyggende tiltak. Jeg er overbevist om at alle barn som får hjelp via denne boka vil få det bedre inni seg etterpå. Og det er det det handler om. ■■■

«Jeg skriver bøkene slik jeg selv ville likt
å lese dem, ganske enkelt.» Margit Sandemo

Utvider horisonten

ANMELDELSE: Kristin Solberg har reist rundt på bygda sammen med jordmødre og vært på flere besøk på jordmorskolen i Wardak i Afghanistan for å skrive denne boken. Hun har selv observert kvinnene, gjort dybdeintervjuer og fått noen av kvinnene selv til å skrive sin historie.

Solberg er født i 1982, er journalist og forfatter og har tidligere skrevet den prisbelønte boka *Gjennom de reines land: Rapport fra Pakistan*.

I *Livets skole* ønsker hun å fortelle de afghanske kvinnene sin historie og hvilke utfordringer de har. Boka viser oss hvordan det er å være kvinne under Taliban. Den forteller om kvinners manglende rettigheter, om hvorfor de fleste ikke lærer å lese og skrive og hvorfor de ikke kan gå ute på gaten alene. Den forteller også blant annet om tvangsgifting. Det å få en jente blir i boken beskrevet som en fortvilelse for familien. En gutt blir feiret med gaver.

Jordmorskolen er sentral i boken. Mye av handlingen i boka foregår rundt den. Der treffer vi blant an-

net doktor Khadija, som i tillegg til å lære kvinnene jordmorfaget gir dem undervisning i kvinneverettigheter og fred. Doktor Khadija ønsker å endre synet til studentene. «Kunne de ta det med seg. Kunne de spre det videre. Slik kunne de spre fred nedenfra og opp», sier hun.

Dette er også en bok om krig. Slik beskriver doktor Khadija det: «Jeg ble født i krig, jeg vokste opp i krig og jeg vil trolig dø i krig. Derfor jobber jeg for fred.»

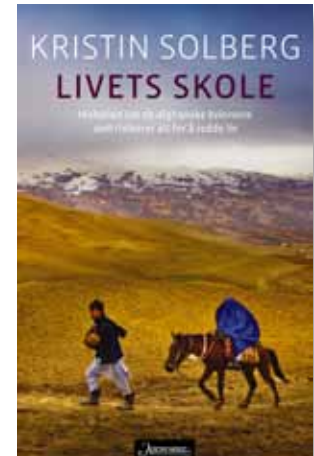
Boken forteller mye om hvordan det er å være jordmor i Afghanistan. Det å utdanne jordmødrene er viktig for å få ned barnedødeligheten. Afghanistan er et av landene i verden med størst barnedødelighet. Som jordmor er man svært utsatt. Hvis mor eller barn dør, er det jordmor sin feil og hun kan bli straffet. «Noen ganger ønsker jeg at jeg hadde valgt et annet yrke, da hadde jeg kunne sovet godt om natten», sier en av kvinnene i boken.

Å bli jordmor eller lege er kvinnes mulighet for å få utdanning,

fordi afghanske kvinner ikke kan bli behandlet av en mann.

Dette er en bok som åpner sinnet og utvider horisonten. Ved å lese boka kjenner man hvor godt man egentlig har det. Vi blir gjennom boka mer kjent med afghansk kultur og leve-måte. Kanskje kan vi møte afghanere i Norge på en bedre måte når vi vet mer om hvordan de lever. Boka kunne kanskje gitt en innføring om folkeslagene, for eksempel hazaraene, kuchiene og nomadene. Det er gjennomgående i boka at det er en konflikt, men den sier ikke noe om hvilken.

Livets skole er skrevet som er en roman, men er en dokumentar fra virkeligheten. Når man leser boken lurer man mange ganger på om dette er nå-tid. Dette er en verden som er ganske uvanlig for oss og som er preget av et eldgammelt kvinnesyn. Hendelsene strekker seg ikke lengre enn to år tilbake i tid. Dette er historier om kvinner som risikerer livet for å redde liv og som lever under en konstant trussel. De vet aldri når bomben faller. ■■■



Livets skole

Av Kristin Solberg

304 sider

Aschehoug, 2013

Forfatteren har mottatt støtte fra Det faglitterære fond og institusjonen

Fritt Ord

ISBN 978-82-03-29341-2

Anmelder: Laila Solli Reitan, intensiv-sykepleier

Hva leser du nå?



Må ha bok

– Jeg leser Herbjørg Wassmos *Disse øyeblikk*, sier **Lisbeth Rudlang**, fylkesleder i NSF Vestfold.

Hun er helt avhengig av å ha en god bok på nattbordet og utveksler bøker med tre døtre som alle er glade i å lese.

– Jeg leser mange nye bøker, gjerne bestselgere og de som kommer i bokklubb.

Disse øyeblikk liker hun godt, og Wassmo er en forfatter hun har lest mye av.

– Hun skriver om aktuelle saker, men det er kanskje ikke så veldig lystbetont.

Huset med den blinde glassveranda og *Hundre år* sitter sterkest i.

– Mannen min pleier å si jeg liker sånne bøker med menneskeskjebner, og han har nok rett.

Skal hun trekke frem en favorittbok, blir det *Den lukkede bok* av Jette Kaarsbøl.

– Jeg vet ikke helt hvorfor, men den

gjorde veldig inntrykk. Den handler om menneskeskjebner, samtidig som den trakk opp noen historiske hendelser. Det liker jeg.

Når hun er ferdig med Wassmo, vet hun ikke hva som venter.

– Det bekymrer meg litt. Jeg må rett og slett snakke med en av døtrene mine eller gå i bokhandelen og se hva som appellerer til meg, sier Lisbeth Rudlang. ■■■

Tekst **Nina Hernæs**

Karin Torvik, Avdeling for Helsefag og Senter for Omsorgsforskning, Midt-Norge, HiNT, Liv Kirsti L. Hårstad, Åshild By Berdal, Aud Frønes, Ellen Ommedal Strøm, Marie Helleren Gunn Karlsaunet, alle ansatt i Åfjord kommune og Kirsti Torjuul, Avdeling for sykepleierutdanning og Senter for Omsorgsforskning, Midt-Norge, HiNT.

Kartlegger smerte

Innføring av felles smertekartleggingsverktøy i Åfjord kommune har ført til bedre smertebehandling.

Alfjord kommune har cirka 3250 innbyggere og ligger på Fosenhalvøya i Sør-Trøndelag. Kommunehelsetjenesten består blant annet av legetjeneste, sykehjem, rehabiliteringstjenesten og hjemmetjeneste. Mange av kreftpasientene i kommunen har oppfølging fra kreftpoliklinikken i Rissa, og det er et godt samarbeid mellom pasient, fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem og poliklinikken.

Lindrende behandling

Det har i flere år eksistert en tverrfaglig ressursgruppe for kreftomsorg i kommunen. Hjemmetjenesten i Åfjord ble tildelt status som utviklingssenter for hjemmetjenester i Sør-Trøndelag i august 2009. Ressursgruppen fikk da ansvar for å utvikle og kvalitetssikre lindrende behandling i kommunen. Gruppen

ble utviklet til en prosjektgruppe for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Bakgrunnen for prosjektet var at helsearbeiderne hadde møtt mange brukere med smerte, forårsaket av kreft eller andre uhelbredelige lidelser. De så hvordan smerter i stor grad innvirket på deres hverdag og livskvalitet og ønsket derfor å gjøre noe for å lindre smertene.

Smerte

Smerte er det symptomet både pasient og pårørende frykter mest (1,2). Smertebehandling er selve hjørnesteinen i lindrende behandling. Ubehandlet smerte gir mange sekundærproblemer som eksempelvis kvalme, angst, depresjon, anoreksi og søvnproblemer (2). Lykkes man ikke med smertebehandlingen, vil de fleste av disse problemer forbli uløst (1,2). Vellykket smertebehandling krever systematisk, tverrfaglig tilnærming både i diagnostikk og behandling, og en anbefaler derfor bruk av standardiserte kartleggingsverktøy (1). Den optimale kartleggingen oppnås når pasienten er i stand til å rapportere sine smerter selv, da smerter er en subjektiv opplevelse (1,2).

Definisjon

Smerte er definert som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade» (3). Smerte er både en universell og en personlig opplevelse; universell i den forstand at de fleste har en eller flere ganger opplevd smerte, personlig i den forstand at det er bare den som opplever smerte som kjenner smertens karakter og intensitet. International

Association for the Study of Pain (IASP) påpeker at smerte er et sammensatt fenomen som inneholder både en sanselig (sensorisk) og en emosjonell komponent (3). I tillegg har den en kognitiv komponent; personens evne til å forstå og tolke smerteopplevelsen (4). IASP hevder også at smerte ikke er avhengig av at personen kan uttrykke sin smerte verbalt. Smerterapportering kan være både verbal og nonverbal, og det er helsepersonellens ansvar å observere og tolke den verbale og nonverbale smerterapporteringen (3,4). Det kan være mange grunner til at mennesker ikke selv kan uttrykke smerten sin verbalt, for eksempel slag- eller demenssykdom. Studier viser at 80 prosent av norske sykehjemspasienter har en demenssykdom (5).

Det beste for smertepasienten er at alle yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten samarbeider tett om diagnostikk og behandling. Prosjektgruppen ønsket derfor å ta i bruk et instrument for smertekartlegging som skulle brukes av alle ansatte i hele kommunen. Ved å bruke det samme instrumentet på samme pasient kunne de sammenlikne og dokumentere pasientens smerte over tid.

Kvalitetssikring

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre smertebehandlingen til brukere og pasienter i Åfjord kommune ved å innføre et felles smertekartleggingsverktøy og gjennomføre opplæring av ansatte i smerte og smertebehandling. Prosjektgruppen besto av seks helsearbeidere fra hjemmetjenesten, sykehjemmet, rehabiliteringstjenesten og legekontoret. Prosjektet

Hovedbudskap

Smertebehandling er hjørnesteinen i lindrende behandling. Innføring av felles smertekartleggingsverktøy, fører til en kvalitetssikring av smertebehandlingen til brukere og pasienter i Åfjord kommune. Innføring av et felles system for kartlegging av smerter, vil bidra til et felles språk og bedre kommunikasjon, mellom ulike faggrupper og pasienten, og mellom de ulike tjenestemåtene i Åfjord kommune.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Smerte » Kartlegging » Kommunehelsetjeneste

TABELL 1: Utvalgte artikler for granskning

Forfatter, tittel, tidsskrift, år.	Hensikt / Formål	Metode	Resultat	Kommentar
Payen, Bru, Bosson, La-grasta, Novel, Deschaux, Lavange, Jacquot. «Assessing pain in critically ill sedated patients by using a bahavioral pain scale.» Crit Care Med 2001;12:2258–2263	Kartlegging av smerter hos kritisk syke pasienter, som har fått beroligende, ved hjelp av atferdmessig smerteskala. Målet er å etablere et nytt BPS (behavioral pain scale) som er gyldig og pålitelig, for voksne pasienter som er kritisk syke. Begrunnet i at mange opplever smerter mens de er innlagt på en intensivavdeling.	Kvantitativ studie. Kartlegging av smerter hos 30 pasienter i respirator, som mottok smertestillende og beroligende. BPS ble vurdert ut fra ansiktsuttrykk, bevegelser i øvre kroppsdelt, i samsvar med ventileringen. De ble inndelt i 3 ulike grupper ut ifra hvilke prosedyrer de skulle gjennom og hvor mye beroligende og smertestillende som ble gitt (ble gitt fast 3x dgl.). 6 sykepleiere og sykepleierstudenter foretok kartleggingen. 269 kartlegginger ble gjennomført.	Det er gyldig og pålitelig å bruke atferdsmessige smerteskala for å bedømme smerter hos pasienter som ligger i respirator. Smer-tefulle prosedyrer resulterte i betydeligere høyere BPS enn hos gruppen som ikke hadde behov for smertestillende på forhånd. Det er en sammenheng mellom dosering av beroligende/smertestillende og BPS: jo høyere dosering jo lavere BPS-resultat. BPS endres ved smertefull stimulering.	Studien bekrefter at det har en hensikt å bruke BPS hos intensivpasienter. I vårt arbeid møter vi terminale pasienter som ikke er i stand til å gi uttrykk for smerter verbalt. Da kan BPS være aktuell, hvor vi som hjelpere må kartlegge gjennom observasjon.
Rhodee dan Herk, Monique van Dijk, Frans P. M. Baar, Dick Tibboel, Rianne de Wit. «Observation scale for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communication difficulties» Nursing Research 2007;1:34–43.	Få et overblikk over smerteskalaer som blir brukt hos eldre mennesker med kognitiv svikt, kommunikasjonsproblemer eller en kombinasjon av kognitiv svikt og kommunikasjonsproblemer.	Litteraturstudie. Databasene PubMed, Medline, PsycInfo, Cinal og Picarta. Søkeord: pain (measurement) and dementia or alzheimer or (aged, 80 and over/frail elderly) and communication disorders. Referanselistene til artiklene som ble hentet fram ble også gjennomført. Artiklene som var aktuelle hadde brukt smerteobservasjonsskala i en empirisk studie.	13 forskjellige smerteobservasjonsskalaer ble utvalgt. Ansiktsuttrykk, lyd, kroppsspråk, væremåte og humør er kategorier som ble presentert i de fleste studiene. De fleste studiene ble vurdert som for begrenset og uferdige til å kunne brukes i klinisk praksis. De mest aktuelle observasjonsskalaene som det bør forskes videre på er: FACS, DSDAT, PAINAD, og PACSLAC.	
Rodriguez, McMillan, Yarandi. «Pain measurement in older adults with head and neck cancer and communication impairments» Cancer Nursing 2004;6:425–433.	Denne studien sammenligner effektiviteten av tre smerte-kartleggingsverktøy (NRS, Ansiktskala, VAS) for å bedømme/måle smerteintensiteten hos eldre voksne med hode/hals kreft med kommunikasjonsvekkelse (verbal).	Kvantitativ studie. Studiens deltakere var klar og orienterte med overnevnt diagnose (MMS over 24).	Funnene i denne studien viser at både FPS (ansiktskala), NRS og VAS er gyldige/gode for å kartlegge smerter hos voksne med hode-/halskreft med verbal kommunikasjonsvekkelse. Studiens funn gir tillit til å bruke disse verktøyene. Selvrapportering av smerte er mulig ved kommunikasjonsvekkelse ved hode-/halskreft. Deltakerne av studien foretrakk NRS for å måle smerteintensitet.	Aktuell artikkel for oss. Studien er foretatt i en bestemt diagnose gruppe, men anvendelse av verktøyet må være mulig ved smerter hos pasienter med andre diagnoser.
Ning Wu, Susan C. Miller, Kate Lapane, Jacou Roy, Vincent Mor. «Impact of cognitive function on assessments of nursing home residents pain» Medical Care 2005; 9:934–939	Å undersøke hvilken innvirkning sykehjemsbeboernes kognitive funksjon har på kvaliteten av Minimum Data Set (MDS) smertedata.	Kvantitativ studie. 3736 sykehjemsbeboere fordelt på 209 sykehjem ble vurdert av sykehjemsansatte og opplærte sykepleierstudenter. De ble oppdelt i grupper: beboere med ingen/lett, moderat og alvorlig kognitiv svikt. Det laget modeller for å undersøke betydningen av beboernes kognitive funksjon på målestokken brukt for å gradere smerte.	40,4 % ingen/mild, 35,9 % moderat, 23,7 % alvorlig kognitiv svekkelse. Både ansatte på sykehjem og sykepleierstudenter registrerte mindre hyppige og mindre sterke smerter for beboere med mer alvorlig kognitiv svikt. De ansattes og studentenes kartlegging samsvarte godt. Litteraturen antyder at smerterelaterte forhold er felles hos alle og at smerte er under-vurdert hos beboere med kognitiv svikt.	Vi ønsker å forbedre smertekartlegging. Denne artikkelen tyder på at det er nødvendig. Det er viktig med god smertebehandling uavhengig av kognitiv funksjon.



besto av litteratursøk for å velge smertekartleggingsverktøy, utprøving av felles kartleggingsverktøy i kommunen og undervisning for alle ansatte om smerte og smertebehandling.

Litteratursøk

Prosjektgruppen valgte først å gjennomføre en allmenn litteraturstudie (6) og søkte i databasene Svemed og Medline med tilgang fra Helsebiblioteket. Gruppen fant 11 aktuelle forskningsartikler som ble fordelt mellom deltakerne i prosjektgruppen og vurdert med hensyn til om smertekartleggingsverktøyet var klinisk relevant for bruk i Åfjord kommune. (Se tabell 1). Etter gransking av artiklene, satt vi igjen med følgende kartleggingsskjemaer som vi ønsket å undersøke nærmere:

- ▶ Smertekart/smertejournal og Edmonton symptom assessment system (ESAS)
- ▶ Verbalskala
- ▶ Doloplus 2
- ▶ Mobilization observation behavior intensity dementia (MOBID 2)
- ▶ Pain assessment in advanced dementia (PAINAID)
- ▶ Behavioural pain scale (BPS)
- ▶ Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI)

«Smerte er en subjektiv opplevelse.»

Våren 2011 hadde prosjektgruppen valgt ut to kartleggingsverktøy som de ønsket å prøve på pasienter med smerte i kommunen: Smertejournal/ESAS (7,8) til pasienter som selv kan rapportere smerte og Doloplus-2 (4,9,10) til pasienter som ikke selv kan rapportere smerte. Det ble gitt opplæring i bruk av disse kartleggingsverktøyene til alle helsearbeiderne i kommunen.

Informasjon og opplæring

Gruppen informerte alle helsearbeidere og ledere i kommunen om prosjektet. Det ble særlig vektlagt å informere ansatte ved sykehjemmet, i hjemmetjenesten og legene i kommunen, da det var disse gruppene som hadde ansvar for smertekartlegging av pasientene. Videre ble det arrangert en fagdag med temaet smerte og helhetlig smertebehandling i 2010. Forelesere var medlemmer av prosjektgruppen, diakon i kommunen, leger og sykepleiere ved Fosen Kreftpoliklinikk og en forsker på smerte hos eldre, ansatt ved Senter for Omsorgsforskning,

Midt-Norge. Helsearbeidere fra hele Fosen ble invitert og deltok på fagdagen. I januar 2012 fikk alle helsearbeiderne internundervisning om smertebehandling. Denne undervisningen ble gjennomført av tilsynslegen ved sykehjemmet.

Resultater og drøfting

Pasienter som selv kan rapportere smerte

Til denne pasientgruppen ønsket vi å teste ut ESAS og smertejournal utarbeidet ved universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). En studie viste at nummerskala (NRS) var valid for å kartlegge smerter hos voksne med kreft i hode-/ eller halsregion (11). Studien ble gjennomført i en diagnosegruppe; voksne med kreft i hode-/ halsregion. Vi mente at nummerskalaen (NRS) kunne anvendes til voksne palliative pasienter, fordi diagnosen ikke nødvendigvis har sammenheng med personens evne til å tallfeste smerteintensitet. Rundt årsskifte 2011/2012 kom den norske oversettelsen av ESAS-r. Prosjektgruppa ønsket imidlertid å gjennomføre prosjektet med ESAS og bytte til ESAS-r når prosjektet ble avsluttet og kartleggingsverktøyene eventuelt skulle implementeres i ordinær drift.

ESAS kartlegger flere symptomer enn smerte: slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tung pust, depresjon, angst og velvære. Dette er symptomer som henger sammen med smerte, spesielt hos pasienter i en palliativ fase (2). Kartleggingsskjemaet har også vist seg å være et godt redskap for kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og kan benyttes for alle pasienter med langtkommet sykdom og som har evne til selv å rapportere smerte (8). ESAS og ESAS-r brukes flere steder i landet og Norsk forening for palliativ medisin har tatt initiativ til at ESAS-registrering skal innføres som standard i lindrende behandling i Norge.

Smertejournal med kroppskart utviklet ved Universitetet i Nord-Norge (7) ble valgt fordi den var rask å bruke samtidig som den kartla andre områder enn ESAS. Smertejournal kartla i tillegg hvordan smerten ble opplevd, hva som forårsaket og lindret smerten, variasjon gjennom døgnet samt smertens påvirkning på andre områder som for eksempel søvn og smertelokaliserings.

Pasienter som ikke kan rapportere smerte selv

Til pasientgruppen som ikke kan rapportere selv ønsket vi å prøve ut Doloplus 2 fordi skjemaet er oversatt til norsk, samt lett å forstå og gjennomføre med litt trening (12). Det er viktig med god smertebehandling uavhengig av kognitiv funksjon. Undersøkelser har vist at

smerte relaterte forhold er felles for alle, og at smerte er undervurdert hos pasienter med kognitiv svikt (13). Doloplus 2 er basert på observasjoner av pasientatferd i ti ulike situasjoner som kan avsløre smerte; somatiske, psykomotoriske og psykososiale reaksjoner på smerte. Kartleggingsskjemaet er testet ut i tre ulike studier på sykehjemspasienter i Norge, med ulikt resultat (4,9,10).

Utprøving

Prøveperioden varte fra våren 2011 til januar 2012. Pasientene ble informert og forespurt om de ville være med og prøve ut smertekartleggingsverktøyene. Pasienter og helsepersonell kunne skrive egne kommentarer på smertekartleggingsverktøyene, for eksempel problemer med bruk av verktøyet, smertestillende medikamenter, nye tiltak og så videre. Prosjektgruppen var selv aktiv i utprøvingen for å skaffe seg erfaring med bruk av skjemaene. Utprøvingen viste at skjemaene var brukervennlige, samt enkle å forstå og fylle ut.

De fleste pasientene som var med på utprøvingen var i stand til selv å rapportere smerte. Når det gjelder palliative pasienter erfarte vi at det var viktig å ta i bruk kartleggingsverktøyet i en tidlig fase av sykdommen, før pasientene ble for dårlige. Helsepersonell opplevde at det var vanskelig å lære opp pasienter i livets slutfase og kartlegge smerte. I tillegg følte noen at det ble et etisk problem å bruke tid på kartlegging i stedet for direkte hjelp til smertelindring.

Ba om hjelp

Noen pasienter hadde problemer med å sette tall på smertene og ba derfor om hjelp til dette. Smerte er en subjektiv opplevelse, og ingen andre enn den som kjenner smerten kan i prinsippet tallfeste den. Helsearbeidere må derfor bruke andre verktøy og veilede pasientene i hvordan de kan tallfeste opplevd smerte (1). Det ble også diskutert om helsepersonellet burde læres opp til å veilede pasienter så likt som mulig eller tilrettelegge arbeidet slik at samme person kunne kartlegge samme pasient over tid. Dette vil vi diskutere videre.

Legene var i utgangspunktet skeptiske til å innføre smertekartleggingsverktøy. De mente det kunne føre til økt bruk av smertestillende medikamenter. For å kunne si noe om dette må man bruke kartleggingsverktøyet i kommunen over en lengre periode. Under utprøvsperioden kom det forespørsel fra en lege om å prøve ut selvrapporteringsverktøy på en pasient hvor

man var svært usikre på personens smerteopplevelse. Det var ønskelig at kartleggingen ble gjort i forkant av legetimen. Dette sparte tid for legen og ga vedkommende et bedre og bredere bilde av pasientens smerte som legen kunne bruke til videre utredning og behandling.

Mer helhetlig

Det ble valgt ut åtte pasienter med ulike smertebilder i samarbeid med tilsynslege eller fastlege til utprøving av de valgte smertekartleggingsverktøyene. I tillegg til smerte kartla ESAS andre plager som ofte opptrer samtidig med smerte. Helsepersonellet opplevde at de fikk kartlagt pasienten bedre med ESAS enn med bare et enkelt smertekartleggingskjema, fordi pasientens plager var sammensatte. Ved hjelp av ESAS fikk de et mer helhetlig bilde av pasientens opplevelse og kunne gi bedre behandling.

Erfaringen med bruk av smertejournal var god. Den ga ansatte et godt bilde av pasientens smerte, men kartla ikke symptomer som for eksempel kvalme eller trøtthet som ofte opptrer samtidig med smerte. Mange opplevde kroppskartet i smertejournalen som nyttig, og en avdeling for personer med demens prøvde kroppskartet på flere pasienter. De fikk god erfaring med dette og syntes det var et nyttig hjelpemiddel både for pasienter som selv kunne rapportere smerte og de som ikke kunne.

Implementering

Helseregion Vest gjennomførte et utviklingsprosjekt (2001–2006) om systematisk registrering av symptomer hos pasienter med behov for lindrende behandling, ved hjelp av ESAS. Dette prosjektet viste at det var mulig å innføre systematisk symptomregistrering i et større geografisk område, men at prosessen krevde tid, motivasjon, systematisk oppfølging og gjentatt informasjon og undervisning (13).

«Erfaringen med bruk av smertejournal var god.»

Åfjord kommune bruker dokumentasjonssystemet Profil og ønsker å få til en god smertedokumentasjon på grunnlag av kartleggingskjemaene direkte inn i dokumentasjonssystemet Profil. Vi jobber for tiden med dette. Når prosjektperioden er ferdig kan det være en viss fare for at bruken av smertekartleggingsverktøy reduseres fordi man anser det som merarbeid og tungvint. En løsning kan være å bruke

små håndholdte datamaskiner og legge inn resultatene fra smertekartleggingen på disse. De kan være enklere å bruke både på sykehjemsavdelinger og i hjemmetjenesten og kan føre til økt bruk av smertekartleggingsverktøy. Ved å legge data direkte inn på en håndholdt computer, slipper man et ekstra mellomledd ved at man først må skrive dataene manuelt og deretter legge dem inn i datamaskinen.

En fordel med dette prosjektet har vært forankringen i utviklingssentret for hjemmetjenester i Sør-Trøndelag. Åfjord har inkludert både hjemmetjenesten og sykehjemmet i utviklingssenteret som har støttet prosjektet ved å fristille tid for personalet til prosjektarbeidet. Utviklingssenteret var i tillegg godt forankret i både kommunens, sykehjemmet og hjemmetjenestens ledelse.

Vi håper at det å innføre et felles system for kartlegging av smerter vil bidra til et felles språk og bedre kommunikasjon mellom ulike faggrupper og pasienten, og mellom de ulike tjenesteområdene i Åfjord kommune.

Avslutning

Utfordringen framover blir å innføre smertekartleggingsverktøyene i kommunens kvalitetssystem. I tillegg blir det viktig å endre ansattes holdninger til systematisk bruk av

smertekartleggingsverktøy. Ved å integrere verktøyene i kommunens kvalitetssystem, vil kommunens internkontroll kunne fange opp svikt i bruken av smertekartleggingsverktøy. ■■■

REFERANSER

1. Universitetet i Nord-Norge (2012). Håndbok i Lindrende behandling. www.unn (Lastet ned: 26.03.2013)
2. Kaasa S. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.
3. International Association for the Study of Pain, 2008. <http://www.iasp-pain.org> (Lastet ned 26.03.2013).
4. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliative medicine 2009;23:8–16.
5. Bergh S. Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjems pasienter i Nord-Trøndelag. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132:1956–9.
6. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur, 2013.
7. Universitetet i Nord-Norge. Smertejournal. www.unn (Lastet ned: 26.03.2013)
8. Oslo-universitetssykehus. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/kompetansesenter-for-lindrende-behandling/esas/Sider/side.aspx> (Lastet ned: 08.05.2013).
9. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjønnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S. The Norwegian Dolopius-2 a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. Palliat Med 2005;19:411–17.
10. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Hjermstad MJ, Loge JH, Kaasa S. Dolopius-2 a valid tool for behavioural pain assessment? BMC Geriatr 2007;7:7–29.
11. Rodriguez C, McMillan S, Yarandi H. Pain measurement in older adults with head and neck cancer and communication impairments. Cancer Nursing 2004;6:425–33.
12. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Saltvedt I, Hølen JC, Fayers P, Rustøen T. Validation of Dolopius-2 among nonverbal nursing home patients – an evaluation of Dolopius-2 in a clinical setting. BMC Geriatr 2010;10:9.
13. Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (2006). Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling – ved hjelp av ESAS. Et driftsmessig utviklingsprosjekt i Helseregion Vest. Rapport.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Nydelig indisk mat

Velkommen til et hyggelig måltid
på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt 18 c
Telefon 22 42 53 11
www.jaipur.no



JAIPUR
Indian Restaurant/Bar
Family operated since 1996





ETIKK

Kurt Lyngved om tjenesteutvikling

Kurt Lyngved, Medlem av
Rådet for sykepleietikk

Redd for endringer

Når behandlingstilbudene endres, gjør det brukerne utrygge.

Endringer kan være dramatisk for oss alle, men spesielt tror jeg endringer er krevende når mennesker står i vanskelige livssituasjoner som utfordrer vår psykiske helse. Trygghet er og blir en essensiell faktor i våre liv. I denne situasjonen ser jeg at endringsprosesser kan påføre menneskene ytterligere store plager som må håndteres i en ellers utfordrende livssituasjon. En fra før utrygg verden blir enda mer utrygg når behandlingstilbud og menneskene relatert til dem forsvinner.

En endringsprosess

Jeg har fulgt en slik prosess det siste halve året og sett hvordan dette har engasjert brukergruppene. Hvordan de har søkt å påvirke beslutningstakerne gjennom massivt mediaarbeid og direkte påvirkning. Det som slår meg i alle leserbrev og andre innlegg i denne sammenheng, er hvordan redselen for å miste det man opplever som trygt og meningsfylt, blir en stor belastning for helsesituasjonen til mennesket når det trues. Mellom linjene ser man frykten for å miste noe man kjenner.

Frykten for det som skal bygges opp som nye tjenestetilbud, men som ikke er klart på en annen måte enn som noe diffust. Miljøer brukerne kjenner, oppløses og nye skal oppstå. Relasjoner mellom brukerne og dem som jobber i systemene brytes og nye skal bygges. Dette gjør at de utfordringer en står i oppleves som enda en kompleksitet å forholde seg til i eget liv.

Føler seg overkjørt

I denne situasjonen ser jeg at etikken utfordres, og når jeg går til våre yrkesfaglige retningslinjer får jeg dette bekreftet. Det står blant annet at «vi som sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» Men når jeg leser alle leserinnlegg og andre henvendelser vedrørende denne saken, er det vel nettopp dette det rokes ved? Brukerne av tjenestene opplever seg krenket og ikke ivare tatt i de prosessene som går forut for endringen, men også relatert til selve endringen. Derfor føler mennesket seg overkjørt og ikke som en aktiv dialogpartner

når organisatoriske endringer skal skje. Mennesket kan oppleve at det er et offer for et system det ikke rår over.

Et godt verktøy

Jeg mener at vi som sykepleiere har et særskilt ansvar for å være aktive i denne type prosesser for å ivareta brukerne i disse situasjonene. Vårt etiske fundament og vårt faglige ståsted fordrer dette av oss. Omsorg bærer trygghetsskapende

«Vi må aldri være redde for å snakke brukernes sak.»

forhold i seg og er en sentral faktor i utøvelse av sykepleie. Vi kan bidra på flere måter for å skape verdige situasjoner for enkeltmenneskene som står i disse utfordrende situasjonene. Vi må aldri være redde for å snakke brukernes sak, sammen med dem, men også for dem når de ikke er der. Vi må sammen med dem bidra til å skape stadig



bedre tilbud innenfor det psykiske helsevesenet.

Endringen må alltid ha kvalitet og forbedring av eksisterende tilbud som sitt hovedanliggende. Det ligger i sakens natur at når brukerne i så stor grad opplever en endring som en trussel i disse situasjonene, må det jobbes svært seriøst med dette. Ytre forhold kan bidra til å bli helseskadelige faktorer i en situasjon hvor mennesker har behov for det motsatte. De etiske utfordringene i dette ansvarliggjør oss i alle ledd av prosessene, og som sykepleiere er vi en stor gruppe innenfor det psykiske helsefeltet.

De yrkesetiske retningslinjene er gode læresetninger med tanke på å ivareta den enkelte og grupper av mennesker som vi står i en relasjon til. Sykepleie, som et omsorgsfag, bærer i seg sentrale grunnelementer som trygghet som en nødvendig faktor i alt godt helsearbeid. Når mennesket opplever at systemene i seg selv bidrar til å skape det motsatte, har vi noen utfordringer. Disse utfordringene må vi sammen med brukerne gå inn i. Ved disse prosessene er våre yrkesetiske retningslinjer et godt verktøy. ■■■

Randis hypokonderkryssord

	STOPP	UVEN- NER	DRIKK	▼	ART.	ORGAN- ER META- BOLISME	▼	SKRIT- TET	▼	SLEKT- NING	VEKST		BIBEL- NAVN	TRAN- SPORT- MIDDEL	NERVØS UVANE	PREP.	GNOM	ANFALL	
BUTIKK	▶				▶					▶			▶		▶		▶	▶	PLASS
D.Y	▶		MYNT ANTAR	▶				FUGL	▶			FORF. REDSK.	▶			ORG. GUD	▶		▶
GENUIN	▶				LIKE	▶		INTERJ. NESTE	▶		DECU- BI- TUS	▶							
ORDNER NED- OVER	▶				LUND	▶					KVISE		SYKD.	BE- SKYLDE	▶				
▶					SKADE	▶							▶			VO- KALEN SØLV	▶		
GUD	▶			DYR SIES	▶			ORGAN	BIBEL- NAVN	ENS		POPGR. STREVER	▶				STJELE UTHUS	▶	
TITTE BRUK!	▶				REISE	BLOD- FATTIG	▶							BOLIG	▶				VÆSKER
▶						INSTRU- MENTET	▶				OFTE DIKT	▶				REDSK. NESTE	▶		▶
ADV.	▶		HVILE GL. GRIS	▶		NAV- DOKU- MENT	▶							FROS- SENT	▶				
ORGAN KRY- STALL	▶								UTGI!	▶				OR- GAN- ER	▶				
▶						KAL- KULER- ER	▶						KONJ.	▶			GUD	▶	

Se løsning på kryssord side 71.

Quiz

Tekst: Eivor Hofstad, Svein Roald Olsen, Barth Tholens, Marit Fonn

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor mye øl (4,6 % vol) er én enhet alkohol?

- A 3,3 dl
- B En halvliter
- C 6,2 dl

2 Hvor mye vin (12 % vol) er én enhet alkohol?

- A 1,25 dl
- B 2,25 dl
- C 3,25 dl

3 Hva skjer med operasjonspasienter med et høyt alkoholforbruk?

- A De får færre komplikasjoner hvis de drikker rødvin
- B De får tre til fire ganger så mange komplikasjoner
- C De får kun flere komplikasjoner hvis de røyker i tillegg

4 Hva betyr det engelske begrepet «binge drinking»?

- A Et glass vin eller tilsvarende alkoholmengde per dag
- B Minst fem øl, en flaske vin eller en kvart flaske sprit ved samme anledning
- C Å ta seg en fest i grisebingen

5 Hvor stor andel av operasjonspasienter ønsker at sykehuset støtter dem i å endre livsstil?

- A 30%
- B 50%
- C 80%

6 Hvor mange sykepleiere utdannes hvert år?

- A Ca 3500
- B Ca 5000
- C Ca 6500

7 Når fikk norske sykepleiere lov til å være gift og i jobb?

- A 1913
- B 1948
- C 1963

8 Hvem het Florence Nightingale (Graham) før hun ble en kosmetikk-gigant?

- A Estee Lauder
- B Coco Chanel
- C Elizabeth Arden

9 Hvem tok første gang initiativ til å arrangere en nasjonal kvinnedag?

- A Sanitetsforeningen i Hønefoss
- B Den Sovjetiske Bondekvinneorganisasjonen Kom-Busha
- C Det Amerikanske Sosialistpartiet

10 Hva var ingrediensene i arbeidsrettssaken mellom Spekter og NSF foregikk i februar?

- A Facebook og helgejobbing
- B Instagram og ferieavvikling
- C Mobil og smykker på jobb

**10 POENG:** Imponerende.

Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

**6-9 POENG:** Lovende.

Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje

på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A, 2A, 3B, 4B, 5C, 6A, 7B, 8C,

Kilder: WHO Collaborating Centre, KORFOR

Det er en myte at færre
senger er mer effektivt. Side 74

Tar ikke sykepleierens
trygghet på alvor! Side 73

Sykepleieforskning er en
voksende disiplin. Side 70

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ BJØRN ERIKSTEIN

«Mange ansatte
ønsker mer fleksi-
bilitet. Det tvinger
seg fram.»

80

KRONIKK ANNE-MARIT LANGÅS

«Behovet for selvmedisinering kan
være et behov for medisinerings av
russug eller abstinensplager.»

78



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Sykepleieforskning: Avgjørende for gode helsetjenester

Kravene til sykepleiernes kompetanse øker i takt med endringene i helsevesenet. Skal vi følge med på utviklingen og gi god sykepleie også i fremtiden, må sykepleieforskningen i større grad vise vei.

Sykepleie er en viktig og anerkjent profesjon i alle deler av helsetjenesten. Sykepleierne kartlegger og iverksetter tiltak for å imøtekomme pasienter, pårørende og brukeres behov ved sykdom og skader. Vi lindrer smerter, bidrar til å opprettholde naturlige funksjoner, gir råd og informerer. Vi styrker pasientmedvirkning og mestring og bidrar i akuttbehandling, i tillegg til at vi forebygger, behandler, lindrer eller rehabiliterer i alle livets faser.

Helsevesenet er i endring: pasienter og brukeres behov og ønsker forandres, flere eldre med større sykdomskompleksitet forventes, og stadig mer avansert behandling kan tilbys, også hjemme. Kravene til sykepleiernes kompetanse endres i takt med utviklingen i samfunnet. For å imøtekomme behovene kreves det at sykepleierne øker sine kunnskapsområder. Vi trenger forskning av god kvalitet for å kunne dokumentere, planlegge og drive tilpassede helsetjenester av høy kvalitet til beste for pasienter, brukere og pårørende. Syke-



FERSK: Sykepleieforskning er en forholdsvis ung, men voksende disiplin, skriver Eli Gunhild By. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Fra 2000 til 2012 avla 52 sykepleiere sin doktorgrad bare i Bergen.»

pleiere er den største personellressursen i helse- og omsorgstjenesten, og effektene av denne tjenesten bør i større grad enn i dag underlegges studier og dokumenteres ved forskning.

Kliniske og praksisnære studier kjennetegner mye av sykepleieforskningen. Doktoravhandlingene som er avlagt de siste årene, gjenspeiler en

bredde som omfatter mange av sykepleiernes områder: Svangerskap og fødsel, helsesøster-tjenester, omsorgstjenester og ulike problemstillinger knyttet til spesifikke sykdommer, akuttmedisin, etiske problemstillinger og IKT, for å nevne noen.

Sykepleieforskning er en forholdsvis ung disiplin, og det tar tid å bygge opp robuste og sterke forskningsmiljøer. Samtidig er sykepleieforskning en voksende disiplin, og stadig flere tar doktorgrader. I løpet av de siste ti årene har det vært avholdt mer enn 160 disputaser av sykepleiere ved de fire største universitetene i Norge. Fra 2000 til 2012 avla 52 sykepleiere sin doktorgrad bare i Bergen.

NSF satser på forskning og har blant annet utformet en politisk plattform for forskning som skal bidra til forståelse og engasjement for vår politikk på sykepleieforskning. Plattformen har fire satsingsområder: rammebetingelser for forskning, styrking av forskningsmiljøer, dokumentasjon av effekt av sykepleiernes bidrag i helsetjenesten og forskningsformidling.

Nylig vedtok NSF at Norsk Selskap for sykepleieforskning skal bli en ny faggruppe i forbundet. Dette er et viktig bidrag i sykepleieforskningen, og det skal også satses på et tettere samarbeid med etablerte forskere i form av et forskningsnettverk. Den første forskningskonferansen ble avholdt i fjor, og en ny er under planlegging i oktober. Dette er en fin mulighet for sykepleieforskere til å møtes, formidle forskning og etablere nettverk. I tillegg arrangerer NSF et rekrutteringsseminar i august for å stimulere flere sykepleiere til å ta forskerutdanning.

NSF ønsker at resultater for sykepleierforskningen gjenspeiles i nasjonale retningslinjer for behandling og pleie og at forskningen skal skape helsegevinster for pasientene, pårørende og brukere. For å nå dette målet må forskningsresultatene anvendes i daglig arbeid og danne grunnlag for kunnskapsbasert praksis. Refleksjoner og kvalitetsforbedring av tjenesten bør inngå som en naturlig del av det daglige arbeidet og på alle nivå av helsetjenesten. NSF vil jobbe hardt for at politikere og helseledere skal satse på sykepleieforskning. ■■■

Eli Gunhild By

Lær medikamentregning før gitarspill!

I Sykepleien nr. 1/14 var det en artikkel om det nye nasjonale kompetansesenteret for kultur og helse i Levanger, som Odd Håpnes er pådriver for.

Nei, nei, nei, var min reaksjon. Ikke engang snakk om å skulle innføre flere «kvasifag» i grunnutdanningen, som går på bekostning av de naturvitenskapelige fagene! Vi trenger nyutdannede sykepleiere som kan sykdommer, medisiner, anatomi. Norge trenger ikke

sykepleiere som sier: «Nei dessverre, jeg er ikke så god på sånn kateterisering og venefloner, og jeg kan ikke symptomene på hjertesvikt. Jeg strøk tre ganger på medikamentregning og måtte søke om en fjerde prøve på en annen skole. Dessuten ga jeg pasienten insulin ved hypoglykemi da jeg ble testet før jeg var ferdig utdannet – og drepte pasienten. MEN jeg er veldig flink å spille gitar, og kanskje den terminale

pasienten med intense smerter på rom 27 kan nyttiggjøre litt rytmisk stimulering?». Nei, vær så snill, øk kunnskapen vi faktisk må ha for å gjøre jobben vår på en forsvarlig måte med tanke på det enorme ansvaret vi har, og la musikkterapi og seler komme som en valgfri etterutdanning når alt det andre er på plass.

Tiril Nygren

Jeg VIL jobbe!

Jeg er sykepleier i 75 prosent stilling, i et vikariat. Jeg skjønte lite da det ble sagt at vi sykepleiere må komme oss ut fra kafeene og begynne å jobbe. Jeg VIL jobbe! Men i disse sparetider er det vanskelig å få ekstravakter, i tillegg er vi mange om beinet.

Når den nye loven kom som skal sikre høyere stilling som står i samsvar med faktisk arbeid, ble jeg glad. Men jeg tror de som laget den kunne spart seg bryet. For det første så har vi jo en turnus som egentlig går opp i antall vakter, men så blir folk syke i kortere eller lengre perioder. Og da trengs det ekstravakter. Men når de kommer tilbake, kan arbeidsgiver dokumentere at det ikke er behov lenger for ekstravakter, ergo, jeg kan ikke få økt stilling. Man må også ha jobbet ekstra på en jevnlig basis, og det kan ikke kreves ut ifra å ha jobbet mye i en friperiode. Og dette vet arbeidsgiver å utnytte. Når jeg ser på grunnturnusen jeg går i jobber jeg ganske intensivt i perioder, så har jeg en uke fri i mars, i mai, i august og i oktober. Jobber jeg ekstra disse ukene kan jeg ikke kreve økt stilling basert på denne jobbingen. Også får jeg e-post fra min tillitsvalgt, da jeg etterlyste handling i forhold til loven, om at dette kun gjelder faste ansatte, altså en liten del av landets sykepleiere. Gratulerer til dem! Får vente i to år til. Heldigvis går tiden fort, da kan jeg kreve fast ansettelse. Men har jeg noe å glede meg til? Får loven noe som helst virkning?

Hilsen frustrert sykepleier, som vil jobbe.
Per-Oddvin Stormes

Man må følge reglene

Samvittighet og verdighet er viktig for mennesker i vårt samfunn og bør møtes med respekt. Dette skrev Hege Frøyen i Sykepleien 2/2014 side 71.

Jeg er enig, men samfunnet har allerede laget regler og lover for å ivareta de elementene. Tenk en lege som ikke ville behandle mørkhudet menneske ut fra dyp ideologi/samvittighet. Hva hadde vi sagt da? Eller en lærer som er overbevist om at fysisk avstraffelse er det som trengs på skolen, kunne han påberope seg at dette er hans samvittighet?

I sjukeheimet der jeg jobber, var en gang en hjelpepleierelev som var utlending. Hun ville ikke stille en mann. Det var hennes samvittighet, kulturelt betinget. Jeg som er født og oppvokst i Midtøsten, forstod henne

fullstendig, men hun måtte forlate yrket og jobbe i et annet yrke fordi i norske sjukeheim er reglene slik.

Det er lov å ta abort i Norge. Det er fastlegen som formidler abort videre til spesialistene. Slik er reglene. Hvis fastlegen ikke kan utføre sin jobb, eller ikke kan holde reglene, ut ifra samvittighet, kan han/hun gå og jobbe i en annen stilling der han/hun ikke kommer i konflikt med sin samvittighet.

I sykepleien får jeg stadig konflikter med min samvittighet, men jeg må fullføre prosedyrene slik det er påkrevd. Jeg forandrer ikke mine meninger, men jeg handler etter mine beste evner. Fordi slik er reglene.

Rafael Najdorf, sykepleier

	PLEIER	VE	SVI	SALVE	STING	SJARM	É	TALL (MAGE)	KUTTET	JERN (FOR)	SENDAU (NUSSE)	É	SOLE ORGAN ER	ØKE	TONER	Ø	ØKSE SU	KARAK- TER	POSTE	UVEN- NER
PLAGE	B	R	E	K	N	I	N	G	S	F	Ø	R	N	E	M	M	E	L	S	E
GIFTEN GREET	E	I	T	R	E	T	DOCTOR ER	A	N	E	S	T	E	S	I	L	E	G	E	R
Ø	K	MØTES	S	E	S		YTRE	S	I	FIK	T	E	V	E	DRABR UT- JESSENG ER	E	M	NEST- SJEF	N	K
HØST TITTE	K	R	E	M	T	TILBANE	A	T	T		E		R	KONJ.	Ø	G	Ø	D	E	
S	E	SAR	OFRE	TOLKET		KAV	ART. DRIPP	E	T	SANGER PLASS	Ø	N	O	R	G	T	ORG.	E	F	
ORGAN	N	Å	V	L	E	S	T	R	E	N	G	PINES	N	A	G	E	S	HULL	PREF STUPT	I
ØST	B	R	I	E	TALL TITTEL	T	I	ØVE	T	R	E	N	E	SAL STADION	A	R	TANKE	I	D	E
MORD	E	R	E	S	D	R	A	P		N	ØKSE RØDDE	R	U	S		PRON.	S	I	N	
E	R	DYR	TALL SKIPS- FOR	T	R	E	OBS!	KLOKE	FISK ØYR	U	E	R	DRABR	N	M	NVA RYKTE	G	R	A	D
LEVER PREF.	E	K	S		ØKSE SINDEL PREF	S	N	U	S	REISER	S	E	R	I	E	R	KAR	Å	R	E
NARKO- MAN	R	U	S	M	I	S	B	R	U	K	E	R	HULPS- VIGLAR	K	R	Y	K	K	E	R

Løsning på kryssord i nr. 3/2014. Se side 68.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker
på sykepleien.no





Lik oss på Facebook!



På Facebook-siden vår får du tilgang til diskusjoner blant sykepleiere, nyheter, faglige artikler og nyheter. Her kan du også tipse oss om saker.

Lik oss på Facebook innen 1. april og **bli med i trekningen av 2 gavekort** på 2.500 hver. Vi offentliggjør vinnerne i blad nr 5.

Dersom du ikke har Facebook kan du bli med ved å sende en e-post til ingunn.roald@sykepleien.no (merk meldingen med konkurranse).

Sykepleien



INNSPILL

Psykisk helsevern

Øyvind Moksness, psykiatrisk sykepleier, Sykehuset Østfold, Veum

Velkommen inn!

Tenker Helsedirektoratet mer på pasienten enn den ansatte i psykisk helsevern?

I mai/juni 2013 fikk psykiatriske akuttmottak i alle helseforetakene klar beskjed om ikke å gjennomføre rutinemessige gjennomganger av klær og eiendeler på pasienter ved innleggelse. Helseforetakene får heller ikke lov til å be om samtykke fra pasientene. Det skal gjøres individuelle vurderinger av hver enkelt – og en psykiater skal gjøre en faglig vurdering av bruk av § 4-6 i Lov om psykisk helsevern.

Det er sykepleieren som skal foreta vurdering av hver enkelt pasient, uavhengig av hvor lang arbeidserfaring man har. Det tas heller ikke hensyn til sykepleierens bakgrunn eller kompetanse. I forhold til psykiateren, som skal gjøre en «faglig vurdering», har de ulike bakgrunn. Det vil si at de vil ha ulike oppfatninger av hva som er grunnlaget for en slik vurdering. Med dette er risikoen for at «trynefaktoren» spiller inn – og faren for stigmatisering av enkeltgrupper er høyst reell.

Lov om psykisk helsevern sier ingenting om sykepleiers rett til et trygt arbeidsmiljø, men den sier at alle pasienter skal ivaretas når de er innlagt i psykisk helsevern. Og det gjelder uansett hvilken årsak som er forutgående for innleggelsen. Alle pasienter har krav på trygghet!

Arbeidsmiljøloven sier at alle arbeidstakere har krav på et trygt arbeidsmiljø, og at arbeidsgiver har ansvar for å legge til rette for dette. Men arbeidsmiljøloven sier ingenting om pasientenes rettigheter.

Hverdagen for meg som sykepleier ved et akuttpsykiatrisk mottak har endret seg. Trusler om vold, vold og krenkelser har økt i omfang de senere årene. Jeg er opptatt av å ha en trygg arbeidsplass, hvor jeg på en trygg og profesjonell måte kan ivareta alle de som måtte ha behov for å komme til min seksjon.

Gjennom de senere årene har beslag av både rusmidler og våpen økt i omfang. Ikke bare fordi alle pasienter rutinemessig har blitt undersøkt, men også fordi pasienter som henvises til psykiatrien har sammensatte utfordringer med psykiatri og rus, og med psykososiale utfordringer.

Det finnes statistikk for hvor mange som legges inn i spesialisthelsetjeneste psykiatri, og det finnes statistikk for bruk av tvang – alt tilgjengelig og åpent og sikret i forhold til doku-

mentasjonssystemene som er bygd opp.

Det finnes også tall på ansatte som har blitt skadet, utsatt for trusler og krenkelser. Disse tallene er ikke reelle. Det er en betydelig underrapportering – mørketallene er store. Hvorfor? Det er mange grunner. Flere opplever at disse meldingene ikke fører til noe, det er for travelt – og terskelen for opplevde krenkelser, trusler og vold har endret seg. Jeg selv reagerer ikke lenger på å bli spyttet på, eller føler meg ikke like truet av drapstrusler, og jeg har blitt flinkere til å sikre meg mot vold.

I tillegg har jeg jobbet på en seksjon som har rutinemessig beslaglagt farlige gjenstander, fysisk sikret miljøet og hatt mye fokus på trening i terapeutisk konflikthåndtering. Nå som vi ikke lenger rutinemessig kan gjennomgå pasient og eiendeler, ifølge Lov om Psykisk Helsevern, så vil disse truslene om drap og vold straks være sterkere opplevd. Hvis vi ikke tar vare på gjenstandene som utgjør en trussel for ansatte og andre pasienter, så vil hendelsene straks bli mer alvorlige.

«Terskelen for opplevd krenkelser, trusler og vold har endret seg.»

Helsedirektoratet har kun tatt hensyn til helselovgivningen for pasienten som blir lagt inn, ikke om hvorvidt sykepleieren som er på jobb er trygg på sin arbeidsplass. Jeg vil anta at de forutsetter at arbeidsgiver gjør de tiltak som er nødvendig for å ivareta disse rettighetene.

Arbeidstilsynet har etter forespørsel fra NSF Østfold uttalt at det er arbeidsgivers ansvar å ivareta de ansattes sikkerhet – og at arbeidsmiljøloven er likestilt helselovgivningen.

Jeg utfordrer dere til å tenke igjennom hva som kan gjøres, både for å ivareta pasientenes rettigheter for de pasientene som allerede befinner i avdelingen, og de som er på vei til å legges inn. Men også å ivareta sykepleierne som skal jobbe med disse pasientene. ■■■



Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri, Universitetet i Oslo



Heidi Haukelien, sykepleier og sosialantropolog, phd, Telemarksforskning, Bø



Liv Sigrun Engebretsen, sykepleier, Kongsberg



Marie Aakre, sykepleier, St. Olavs Hospital, Trondheim

KRONIKK Helsepolitikk

Senger til alle!

Antallet senger i norske sykehus er halvert siden 1980. Dagbehandling, polikliniske tilbud og innsatsteam i hjemmet skal løse oppgavene. Men utviklingen har gått for langt.

Lenge var helsetjenester tett forbundet med senger til de syke. For bare få tiår siden måtte man holde sengen i ukevis etter et hjerteinfarkt eller en fødsel. Psykisk syke var i store asylr med mange sengeplasser.

Det er mange gode grunner til at helsetjenesten i dag har færre senger. Men det har oppstått en myte om at jo færre senger det er i et sykehus, desto mer effektivt er det. En myte om at «lengst mulig i eget hjem» alltid er et gode. Denne myten er knyttet til målstyringsideologien. Den fortrengr de humanistiske idealene og undergraver det tradisjonelle verdigrunnlaget for helseprofesjonene. Ideologien pregr både helsetjenesten og store deler av offentlig sektor i altfor stor grad.

Somatiske sykehus

I 1980 var det 21 883 somatiske senger i norske sykehus.

Tretti år senere er sengeantallet mer enn halvert, til 10 814 senger. Mens vi i 1999 hadde 3,0 senger per 1000 innbyggere, er tallet 2,1 i dag.

Endrete arbeidsformer og pasientforløp forklarer en del av dette. I 1980 var liggetiden om lag 10 døgn. I dag er gjennomsnittlig liggetid

for akutte somatiske innleggelser 4,5 dager. Bare Israel og Tyrkia har hatt kortere liggetid enn Norge de seneste årene.

I 1980 var gjennomsnittlig belegg i norske sykehus på 78 prosent. I 2000 hadde det steget til 85 prosent, og nå har det økt ytterligere til 93 prosent (se figur 1). I samme periode har gjennomsnittlig belegg i OECD-landene vært relativt konstant rundt 78 prosent.

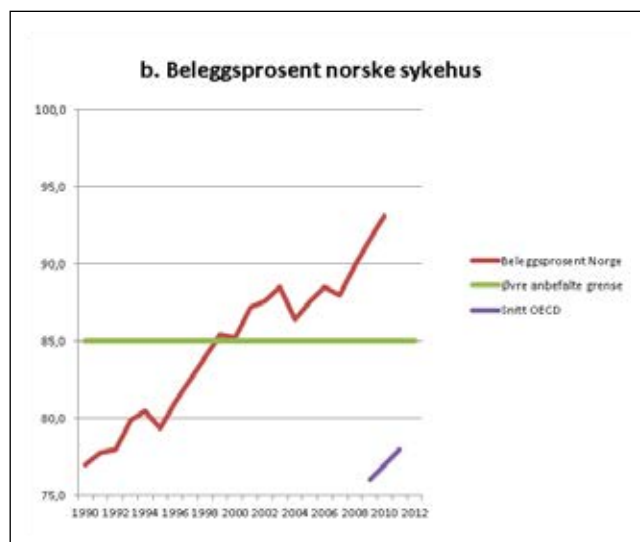
Betydelig underkapasitet

Alt i 2001 vurderte Statens helsetilsyn sengemangel som årsak til overbelegg. De konkluderte med at det var underkapasitet i norske sykehus.

Rapporten «Health at a Glance 2013» viser at lavt sengetall er en forklaring på høyt belegg i norske sykehus. Britiske helsemyndigheter setter ifølge OECD 85 prosent belegg som øvre grense for forsvarlig beleggsprosent. Dette er i tråd med Helsetilsynets anbefalinger fra 2001.

I avdelinger der en stor andel av innleggelsene skyldes øyeblikkelig hjelp, fører sykdomsvariasjoner i løpet av årstidene til perioder med stor belastning. Derfor får man ofte problemer med overbelegg når den gjennomsnittlige beleggsprosenten er høy. Følgen er redu-

FIGUR 1: I 1999 hadde vi 3,0 senger per 1000 innbyggere, i dag er tallet 2,1. Tall fra SSB. Til høyre: Beleggsprosent, basert på tall fra OECD.



sert kvalitet i behandling og pleie, i tillegg til forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttinntak, økt sykkelighet blant ansatte, økt forekomst av sykehusinfeksjoner og økt dødelighet.

I NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt», står det: «Utvalget er bekymret for utviklingen ... som kan tyde på at norske sykehus nærmer seg en forsvarlighetsgrense. Spesielt er det behov for å analysere om eldre pasienter, definert som utskrivningsklare, faktisk er tilstrekkelig undersøkt, utredet, behandlet og/eller rehabilitert». Likevel ser utviklingen ut til å fortsette.

Psykiatrien

I psykiatrien har utviklingen vært enda tydeligere (se figur 2). I perioden 2005–12 ble sengetallet redusert med cirka 1 000, altså en reduksjon på cirka 20 prosent. Straffedømte som vurderes som sinnslidende, blir nå i økende grad dømt til tvungent psykisk helsevern. De dømte må være på lukkede avdelinger. De plassene som er igjen, er i stor grad skjøvet ut av sykehusene og over i distriktpspsykiatriske sentre (DPS).

Dette var lenge en ønsket utvikling. Man ville bort fra de store asylene med preg av oppbevaring. Behandlingen skulle skje nærmere stedet pasientene faktisk skulle leve. Men det ser ut som kutt i antallet senger gradvis er blitt et mål i seg selv. I økende grad advarer både fagfolk og pasienter mot det som skjer. Vi har fått en ideologisk og økonomisk styrt utvikling i psykiatrien som neglisjerer at det finnes mennesker med så sterke psykiske plager at et asyl (i ordets egentlige betydning som et stabilt, trygt og forutsigbart tilfluktssted) er det beste tilbudet over en lengre periode.

Sykehjemmene

Antall sykehjemsplasser er redusert når man tar hensyn til endringen i alderssammensetningen i befolkningen. Dette blir ofte maskert i offentlig statistikk. En rapport fra forskningsstiftelsen Fafo viser trenden svært tydelig (se figur 3, side 85). Antall personer over 80 år med langtids plass i sykehjem sank fra 198 per 1 000 i 1992 til 143 per 1 000 i 2006. Nedgangen har fortsatt også i perioden 2006–2011.

Også dette startet som en ønsket utvikling. Slagordet «lengst mulig i eget hjem» uttrykte et genuint ønske om å lytte til pasientenes egen stemme, la dem få bo hjemme så lenge de ønsket, og ikke stue dem inn på upersonlige institusjoner. Men også her har hensynet til pasientene svingt fra å være reell til å bli et skalkeskjul for andre agendaer. Daglig ser vi at pasienter i sykehus som har vært grundig vurdert til å få det best med permanent sykehjemsplass, blir skrevet ut til korttids plass. Så sendes de hjem etter 2–3 uker. Etter få dager blir de lagt inn i sykehus igjen fordi de nok en gang har falt og er funnet ynkelige og hjelpeløse på gulvet.

Boliggjøring av eldreomsorgen

I mange år har statlige finansieringsordninger gjort det mer økonomisk gunstig for kommunene å satse på omsorgsboliger enn på sykehjemsplasser. Dette er en del av en trend som er kalt «boliggjøring av eldreomsorgen». Kommunene har lagt vekt på at selv om eldre trenger hjelp i det daglige, må de tilbys et oppholdssted som tar hensyn til at det faktisk er deres bolig, trolig for resten av livet.

Dette er en sympatisk idé. Men man har oversett at når svikten i helse og funksjon blir stor nok, er kvaliteten på den helsefaglige behandlingen og omsorgen enda viktigere enn kvaliteten på boligen.

Man er ikke i stand til å nyte en god bolig dersom man er meget syk, den sykepleiefaglige oppfølging er minimal og uten kontinuitet, og fastlegekontakten har degenerert til et telefonbasert farmakologisk supermarked med hjemmesykepleien som kurér.

Dessverre er det situasjonen for mange av de skrøpeligste beboerne i omsorgsboliger. «Døgntilnærmet tilsyn» er ofte basert på at hjemmesykepleien skal løpe innom et visst antall ganger per døgn. Omsorgsboliger er et flott alternativ for mange av dem som bodde i aldershjem før i tiden. Men de aller sykeste er ofte best tjent med å være innlagt i en god helseinstitusjon, nemlig et sykehjem.

Kaster pasienter til hverandre

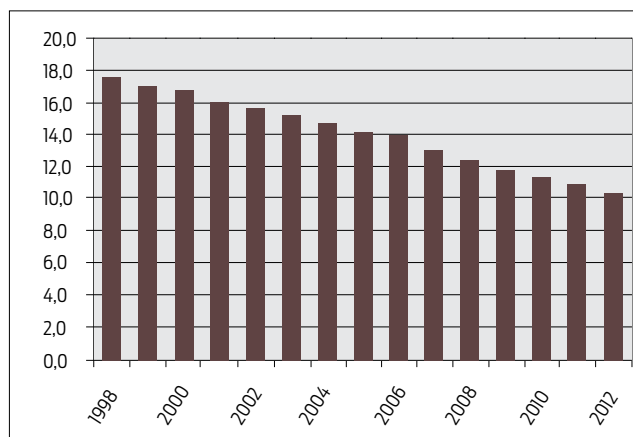
Samhandlingsreformen seiler under falskt flagg. I virkeligheten har den svært lite med samarbeid å gjøre. Tvert imot har begge parter (sykehus og kommuner) skjerpet våpnene i krigen om å kaste pasientene inn i «motpartens» budsjett og ut av sitt eget. Reformen er først og fremst en serie virkemidler som skal gjøre det mulig å

«Fastlegekontakten har degenerert til et telefonbasert farmakologisk supermarked med hjemmesykepleien som kurér»

redusere sengetallet i sykehus ytterligere.

Det er vanskelig å redusere forbruket av sykehussenger blant unge pasienter. Når unge først må legges inn, er de gjerne så alvorlig syke eller skadede at behovet for sykehusbehandling er åpenbart. Derfor er det de gamle som i større grad må holdes utenfor. Myten om de mange unødvendige innleggelsene blant de eldste er lett å selge fordi eldre med alvorlige og behandlingstrengende sykdommer ofte har vage og ukarakteristiske symptomer, preget av sviktende funksjon.

I første stortingsmelding om samhandlingsreformen påsto man at i én av sju sykehussenger ligger det pasienter som ikke skulle vært der. Dette er grundig imøtegått, også i departementets egne grunnlagsdokumenter. Likevel fortsatte arbeidet med reformen med de samme forutsetningene. Vi har sett stygge eksempler på hvordan kommunebyråkrater forsøker å hindre at syke eldre skal komme på sykehjem.



FIGUR 2: Døgnplasser per 10 000 innbyggere i det psykiske helsevesenet for voksne 1998–2012. Basert på Samdata 2012.

Stygge eksempler

Myten om de mange unødvendige innleggelsene har ført til at man nå med stor hastighet etablerer en helt ny tjeneste med usikker nytteverdi; de kommunale akutte døgnseengene (KAD). Her skal akutt syke, hovedsakelig eldre, legges direkte inn i en slags sykehjemsavdeling for ikke å belaste sykehuset. Problemet er at hos nettopp disse pasientene er symptombildet ofte særlig diffust, og sykehusets diagnostiske hjelpemidler særlig nyttige. Det er godt dokumentert at i akutsituasjoner er det vanskelig å velge ut de pasientene som kan ha nytte av tilbud på henholdsvis kommunalt nivå og i sykehus. Allerede kort etter at KAD ble opprettet, har man sett stygge eksempler på at gamle pasienter med akutte, alvorlige sykdommer er blitt lagt inn der, og dette har forsinket nødvendig og nyttig sykehusbehandling.

Det er en øvre grense for hvor lenge et KAD-opphold kan vare. Derfor er KAD en dårlig løsning for pasienter som trenger permanent sykehjemsplass. Vi har allerede sett scenariet der den skrøpelige gamle som ikke klarer seg hjemme, blir lagt inn i KAD når det blir akutt krise. Pasienten blir i KAD til tiden er ute, og først da sendes hun til sykehuset fordi hun fortsatt ikke kan klare seg hjemme. I sykehuset blir hun raskt meldt utskrivningsklar, får et korttidsopphold ved en annen kommunal institusjon, og sendes så hjem igjen inntil neste krise oppstår. Den store satsingen på KAD-plasser vi ser nå, er en dårlig erstatning for de gode langtidsplassene vi burde fått.

Helsedirektoratet har publisert forbløffende tall for hvor mange KAD-senger landets kommuner skal ha. Svært mye tyder på at kravet til KAD-senger per kommune er satt altfor høyt i forhold til behovet.

Lokalsykehusenes rolle

Diskusjonen om sykehussenger henger også sammen med lokalsykehusenes rolle. Når lokalsykehus legges ned, fører det nesten aldri til at de gjenværende sykehusene får flere senger.

Ethvert lokalsykehus bør ikke bestå for enhver pris. Noen lokalsykehus er nok for små eller for faglig sårbare til at pasientene får god behandling. Men mange helsebyråkrater har en ideologi om at «jo større dess bedre». De ønsker seg få og store sykehus med industriell driftsprofil der klart definerte «maskinfeil» rettes opp på kort tid. Deretter sendes pasienten ut igjen.

Sammenslåingen av sykehus til svære helseforetak er inspirert av denne tenkningen, og fører ofte til at de minste av sykehusene blir slaktet. Sørkelige resultater av denne tenkningen ser vi blant annet i Vestre Viken, Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus, der etableringen av for store enheter har ført til klart svekket kvalitet, som forventet ut fra internasjonal forskning.

Det er grunn til å tro at mindre sykehus har kvaliteter som forsvinner når de blir større: Nærhet, oversiktighet, korte kommunikasjonslinjer, enklere samarbeidsforhold. Pasienter med kompliserte eller sjeldne tilstander må selvsagt sendes til større sentre, men lokalsykehusene gir et godt tilbud til mange med vanlige sykdommer, forutsatt at de holder en viss minstestandard. Også «vanlige» sykdommer kan endre seg fort, så pasientene blir ustabile. Sykdommene kan maskere seg som noe annet enn de er. Derfor må et fullverdig sykehus ha døgnberedskap for indremedisin, kirurgi og anestesi, intensivavdeling, akuttmottak og tilgang til de viktigste indremedisinske og kirurgiske grenspesialitetene.

Siden mange pasienter med alminnelige sykdommer ønsker seg til et sykehus i nærheten, er politikere og byråkrater blitt forledet til å tro at disse pasientene er så «enkle» at de kan behandles på sykehus uten akuttfunksjon og intensivavdeling. Dermed har man lansert «distriktsmedisinske sentre» (DMS) som erstatning for nedlagte lokalsykehus. Igjen ser man for seg at særlig de gamle skal være pasienter der.

Kanskje er DMS et godt tilbud for visse pasientgrupper, men de er ingen erstatning for lokalsykehus. Det er en aldersdiskriminerende misforståelse å tro at de gamle kan behandles et sted der det ikke er så nøye med utstyr, beredskap og kompetanse. Legger man ned sykehus, legger man ned sykehus, og man får færre senger til disposisjon. Ofte mister man et godt tilbud. Oppretter man DMS, får man noe helt annet, og det erstatter ikke det sykehuset man mistet.

Politisk lureri

Helseminister Bent Høie har bestemt at ingen lokalsykehus skal legges ned hvis det ikke kan begrunnes i kvalitet og sikkerhet. Det er skremmende, men lærerikt, å se at lederne i helseforetakene tilpasser argumentene til disse signalene. Konklusjonen er klar: Lokalsykehusene skal vekk, og bare begrunnelsen må endres slik at den ikke kolliderer med statsrådets føringer.

Dette ser vi tydelig i Sykehuset Innlandet. I redegjørelsen til styremøtet 19.12.2013 om saken «Omstillingsbehov somatikk» skriver direktøren:

«Regjeringens plattform gir ikke grunnlag for å foreta endringer i sykehusstrukturen uten at dette er begrunnet med kvalitet og pasientsikkerhet. De strukturmodellene som fagdirektør presenterte i styreseminaret den 28. oktober etter en grundig og god prosess, kan derfor ikke uten videre legges til grunn i det videre omstillingsarbeidet. ... I samråd med fagdirektør vil administrerende direktør derfor foreslå en ny inngang i omstillingsarbeidet som tar utgangspunkt i å definere kvalitetskrav/-kriterier.»

I klartekst betyr dette: «Vi har fortsatt tenkt å legge ned noen av de velfungerende sykehusene rundt Mjøsa for å spare penger til et fremtidig gigantsykehus, men vi vil begrunne det annerledes.»

Sykehusslakterne får hjelp av økende bruk av «kvalitetsindikatorer» i sykehusene. Noen av Mjøs-sykehusene skårer nemlig dårligere på enkelte av indikatorene enn landsgjennomsnittet. Dermed kan man ikke bli motsagt når man stripper sykehusstilbudet og påstår at det er til pasientenes beste. Men er disse kvalitetsindikatorene reelle mål på sykehuskvalitet?

Kvalitet eller pseudokvalitet?

Mange rapporteringskrav gir et svært indirekte uttrykk for tjenestetekvalitet. Man teller det som kan telles, men ikke det som ikke kan telles. Pasientnær omsorgskvalitet måles ikke. Lenge rapporterte sykehusene bare overbelegg, epikrisetid, ventetider og fristbrudd. Dette er ikke uinteressant, men sier lite om kvaliteten av helsetjenestene som gis. Epikrisetid er et godt eksempel. For å oppfylle kvalitetsindikatoren, skriver og godkjennes epikrisene raskere enn før. Men vi ser oftere dårlige hastverksepikriser.

Et ny og diskutabel kvalitetsindikator er 30 dagers overlevelse. Dødsfall innen 30 dager etter innleggelsen vurderes på grunnlag av diagnoser og prosedyrer som settes av sykehusene. Det er enkelt å manipulere tallene, både ved å unngå å ta imot pasienter med

høy risiko og ved å tøye diagnose- og prosedyrekodingen slik at man pynter på statistikken.

Ellers er helsetjenesten svært opptatt av å være evidensbasert, altså å bygge behandlingen på forskning av beste kvalitet. Der er det en selvfølge at alt som registreres er strengt standardisert og kontrollert. Men når man skal finne politisk akseptable grunner for å legge ned sykehus, blir man sjelden tatt for lurvete statistikkbruk og kvasivitenskapelige halvsannheter.

Sykehuset Innlandet er ikke noe unikt eksempel. Helt parallelle prosesser ser ut til å finne sted flere steder. I Kongsberg førte nedleggelse av akutt kirurgi til seks timers ventetid i akuttmottaket i Drammen sommeren 2012.

Det samme skjer i Nordfjord, der Helse Førde åpenlyst og med stor freidighet går stikk imot signalene fra begge statsrådene Støre og Høie om å opprettholde kirurgisk virksomhet (20).

Er det sant at senger er dyre?

Vedtak om å redusere sengetall blir ofte begrunnet med hva det koster å ha en pasient i en seng ett døgn. Sist så vi dette i Riksrevisjonens rapport om effektivitet i sykehus. Man bruker døgnprisen kommunene må betale for «ferdigbehandlede» pasienter for å se hva man kan «spare» om alle sykehus hadde like kort liggetid som de korteste.

Det er forbløffende at det organet som har ansvar for å overvåke Statens pengebruk, kan begi seg inn på et så primitivt resonnement. For det første er dette et administrativt fastsatt beløp som ikke avspeiler reelle kostnader. Dessuten vet alle som har arbeidet i et sykehus, at pasientene skaper mest arbeid ved innleggelse og utskrivning og relativt mindre i tiden imellom. Derfor øker ikke kostnadene ved et sykehusopphold lineært med liggetiden.

I tillegg er det en rekke utgifter ved å drive sykehus som ikke påvirkes av sengetallet. Jo færre senger, desto mindre blir nevneren i de ulike brøkene som brukes for å beregne «kostnader per seng». Alle slike brøker er varianter med sengetall i nevneren. Dermed fremstår hver seng som dyrere dess færre de er. Derfor fører sengetallsreduksjoner sjelden til de innsparingene man forespeiler, men derimot fremstår sengene som enda dyrere, og ytterligere reduksjoner som enda mer påkrevet.

Meningsløst resonnement

Riksrevisjonens rapport har også en rekke andre grunnleggende svakheter. Blant annet har man brukt pasienttilfredshetsundersøkelser hos pasienter med hoftebrudd som argument for at sykehus med kort liggetid har like bra behandlingsresultat som de med lengre liggetid. Men blant pasienter med hoftebrudd er minst halvparten så demente eller forvirret at de er ute av stand til å svare meningsfullt på et slikt spørreskjema. Dermed er Riksrevisjonens resonnement meningsløst. Det er også en feil når Riksrevisjonen generaliserer om sengebehov og effektivitet på grunnlag av fire avgrensede sykdommer som alle behandles kirurgisk (hofteprotese, hoftebrudd, korsbåndskade og tykktarmskreft). Problemet med sengemangel, overbelegg og for kort liggetid er størst i de medisinske avdelingene.

Det er på tide å tenke annerledes. Dagbehandling, polikliniske tilbud og innsatsteam i hjemmet er bra for mange, men vi trenger fortsatt en seng til den som er svært syk. Ikke en hvilken som helst seng, men en seng omgitt av tilstrekkelig kompetanse alt etter

pasientens behov. Det kan være rehabilitering, demensomsorg, psykiatrisk behandling, palliasjon eller et fullverdig lokalsykehus-tilbud med kirurgi, medisin og mulighet for intensivbehandling. Vi må slutte å tro at jo færre senger vi har, dess mer effektive er vi. Nå trengs et krafttak for å gjenopprette et tilstrekkelig antall plasser både i sykehjem, gode lokalsykehus, rehabiliteringsavdelinger og psykiatriske sykehusavdelinger.

Troen på «det sengeløse sykehus»

Blogger og tidligere Høyre- og Frp-politiker Anne Beth Moslet karakteriserte i Dagens Medisin i 2013 legene som en «antikommersiell sutregjeng», som har «merkelig og foreldet innstilling til helsevesenet – preget av antikommersielle og antiindustrielle holdninger til den høyteknologiske sektoren de selv jobber i». Forskjellen på Moslet og mange andre helsepolitikere og -byråkrater, er at hun åpenbart er en ærlig sjel som ikke pakker ordene inn i svada. Der andre snakker pliktskyldigst og uforpliktende om omsorg, trygghet og verdighet, lar Moslet alle slike begrunnelser åpenlyst ligge. Glem omsorg, glem trygghet, glem verdighet, det koster for mye! Helse-tjenestens oppgave er å reparere feilen, skifte delen, få samlebandet til å gå fortere, tjene DRG, sende pasienten ut igjen på timen. De som ikke greier seg, får kommunen ta seg av uansett om de på sin side har senger, folk og kompetanse nok til det.

Dette er de holdningene Helsetjenesteaksjonen gjør opprør mot. Vi behandler levende mennesker, ikke produkter. Dette krever individuell tilpassing, empati og omsorg. Og det krever også at vi har tilstrekkelig antall trygge senger til pasientene. ■■■

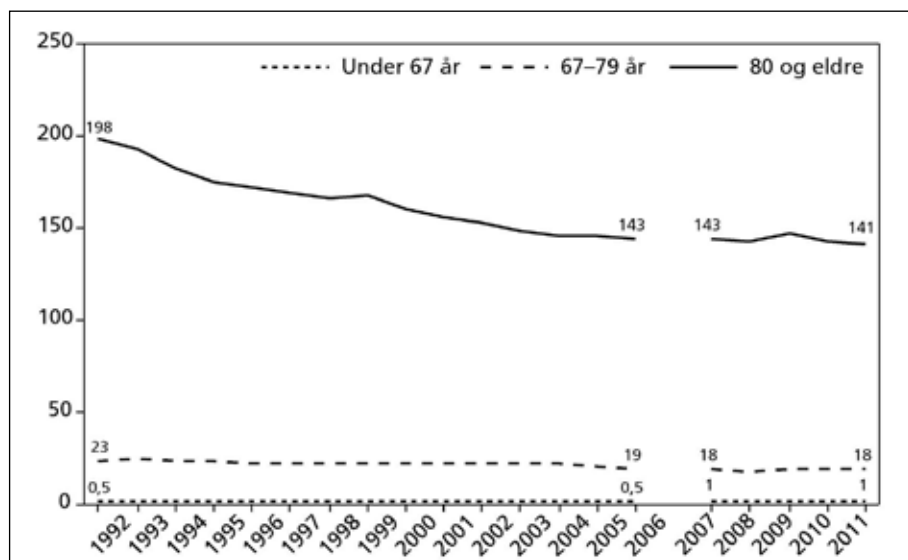
Hele artikkelen, sammen med referanser, ligger på sykepleien.no



Les også intervjuet med Torgeir Bruun Wyller på side 14.



FIGUR 3: Beboere på institusjon per 10 000 innbyggere i de aktuelle aldersgrupper 1992–2011. Gjengitt fra Gautein et al. med tillatelse fra FAFO.





Anne-Marit Langås, overlege ved Borgestadklinikken- Blå kors Sør, Bragernes. Spesialist i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, PhD.

Selvmedisinering er feil medisin

Selvmedisinering er uheldig i dobbelt forstand, både som behandling og som begrep.

Bruk av begrepet selvmedisinering som en forklaring på at mennesker blir avhengige av rusmidler, ser ut til å øke. Fagpersoner som behandler mennesker med rusmiddelproblemer, er bevisst på at pasientene skal behandles med respekt, empati og fagkunnskap. I beste mening omtales rusmiddelbruken som selvmedisinering. Man vil signalisere forståelse for at pasienten lider og har behov for å redusere lidelsen.

Begrepet gir imidlertid et feil signal overfor en person som står i ambivalensen mellom opprettholdelse av helseskadelig atferd eller endring. En ulempe ved begrepet selvmedisinering er at det kan oppfattes som en støtte til den rusmiddelavhengiges tanker om at rusmiddelet er medisin og at bruken er godt begrunnet.

Selvmedisinering er å tilføre seg selv et medikament uten å gå veien om lege eller annen fagperson. Når en substans både er et rusmiddel og et legemiddel (for eksempel en del smertestillende medikamenter, beroligende medikamenter eller midler mot søvnvansker), vil leger forskrive den etter faglige kriterier og ivareta pasientens helse og sikkerhet ved bruk.

En rusmiddelavhengig person vil imidlertid bruke substansen etter egne subjektive vurderinger, ofte på indikasjoner og i doser som er helseskadelige. Ofte kan det dreie seg om rusmidler som i liten grad har noen positive legemiddeleffekter. I Norge er helsetjenester lett tilgjengelige og forholdsvis billige. De som har et behov for behandling av fysiske eller psykiske smerter eller plager, har som regel mulighet

En av flere forklaringer

Selvmedisineringshypotesen er bare én av flere forklaringsmodeller på den hyppige forekomsten av samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser. Andre sammenhenger kan være at lidelsene kan ha felles bakenforliggende faktorer (for eksempel arvelig disposisjon, traumer, omsorgssvikt), rusmiddelbruken kan ha utløst den psykiske lidelsen (for eksempel amfetaminutløst psykose eller alkoholutløst depresjon) eller begge problemområdene kan ha en gjensidig negativ påvirkning på hverandre, slik at begge områdene utvikler seg til sykdom. Flere av disse faktorene kan foreligge hos samme pasient.

Vi vet også at noen psykiske lidelser som ikke medfører at pasienten selv opplever plagsomme symptomer (for eksempel dyssosial personlighetsforstyrrelse), er blant de hyppigste tilleggssproblemene ved rusmiddelavhengighet. Å fremholde selvmedisinering som hovedforklaringen på rusmiddelavhengighet, medfører derfor ofte en feiltolkning av den enkeltes problematikk.

Samme rusbruksmønster

Det er forsket en del på om pasienter med psykiske lidelser foretrekker rusmidler som virker spesifikt på symptomene ved den aktuelle psykiske lidelsen. Slike sammenhenger har i liten grad latt seg påvise. Pasienter med psykiske lidelser i en befolkning har i hovedsak samme rusbruksmønster som befolkningen generelt, bare i større grad. En stor andel av de som er avhengige av andre rusmidler enn alkohol, er avhengige av flere ulike rusmidler, ofte med ulik virkningsprofil. Mange med psykiske lidelser bruker rusmidler som har kjente negative effekter på symptomene ved grunnlidelsen. Pasienter med depresjon har ofte et overforbruk av alkohol selv om alkohol både kan utløse og forverre depresjoner. Pasienter med schizofreni bruker ofte cannabis selv om dette kan utløse nye psykoser og være til hinder for behandlingen.

Mange mennesker med rusmiddellidelser, spesielt de som ikke søker spesialistbehandling, har ingen psykiske lidelser. Mange av disse overvinner problemene uten spesialisthjelp. Selv om det er en stor overhyppighet av rusmiddelavhengighet ved psykiske lidelser, har de fleste pasienter med psykiske lidelser ingen rusmiddelavhengighet. Psykisk lidelse er dermed verken en nødvendig eller en tilstrekkelig betingelse for å utvikle rusmiddelproblemer.

Rusmiddelavhengighet oppstår etter høyt rusmiddelinntak over tid. Potensialet for å utvikle avhengighet ligger i egenskaper ved rusmiddelet. Imidlertid varierer mengden rusmiddel og tidsperspektivet før

«Psykisk lidelse er ikke en tilstrekkelig betingelse for å utvikle rusmiddelproblemer.»

til å få bistand fra helsepersonell. Når personer som selvmedisinerer seg, velger rusmidler i stedet for å søke profesjonell hjelp, er dette i seg selv en indikasjon på at det er rusmiddeleffekten som er viktig, og ikke behandlingseffekten på grunnlidelsen. Selv om rusmiddelbruk kan ha en umiddelbar positiv effekt på et symptom, for eksempel angst eller depresjon, er denne forbigående både etter det enkelte rusmiddelinntaket og etter lengre tids bruk (toleranseutvikling). Høyt rusmiddelinntak ved fysiske eller psykiske sykdommer forverrer både sykdommene og pasientens livssituasjon.

avhengighet oppstår med type rusmiddel og personlige ressurser og begrensninger hos den enkelte. Gjentatt rusmiddelinntak er en nødvendig og tilstrekkelig betingelse for å utvikle rusmiddelavhengighet.

En avhengig person føler seg ofte nedstemt, følelsesmessig avflatet eller opplever russug på bakgrunn av rusmiddelforårsaket endring i hjernens signalsubstanser. I tillegg medfører de fleste rusmidler at den avhengige personen opplever abstinensplager ved reduksjon i eller opphør av bruk. Uro, rastløshet, irritabilitet, engstelse, depressivitet, skjelvinger, hjertebank, svetting, kvalme og søvnproblemer er vanlige abstinensplager. Når først avhengighet har oppstått, er det vanskelig for den enkelte å skille plager forårsaket av rusmiddelet fra plager ved en eventuell psykisk lidelse. Behovet for selvmedisinering kan derfor i stor grad være et behov for medisinerings av russug eller abstinensplager.

Hinder for effektiv behandling

I undersøkelser der man spør rusmiddelavhengige personer om hvorfor de bruker rusmidler, er det alltid en stor andel som oppgir selvmedisinering som begrunnelse. I tillegg til at dette kan være basert på et behov for å dempe symptomer på psykisk lidelse, abstinensplager eller russug, kan svaret også være knyttet til et forsøk på å opprettholde et positivt selvbylde. Mennesker med rusmiddellidelser opplever fordommer og forakt fra andre, men lider også ofte under egen skam, skyldfølelse og selvforakt. Å omtales som en person som selvmedisinerer seg er mindre belastende enn å bli omtalt som rusmisbruker.

Mange pasienter har tatt i bruk uhensiktsmessige mestringsstrategier for å avlede seg fra eller unngå vonde minner, tanker eller følelser. Unnvikelsesstrategier kan for eksempel være aktive forsøk på å glemme traumer, avledning fra vonde følelser ved å skade seg, sulte seg eller overspise, overdreven aktivitet for ikke å ha tid til å kjenne på følelser eller å bedøve følelser ved hjelp av alkohol, medikamenter eller illegale rusmidler. Innen flere terapiformer utforsker pasient og terapeut sammen pasientens problemområder og arbeider systematisk med disse. I terapien blir det viktig at pasienten gir avkall på strategier som er blitt til hinder for en positiv utvikling. Unnvikelse eller dysfunksjonell mestringsstrategi er ofte en riktigere betegnelse på rusmiddelbruk enn selvmedisinering.

Å gi en uhensiktsmessig atferd en betegnelse som gir inntrykk av at den er behandling, er både faglig feil og etisk betenkelig. Det er interessant at begrepet selvmedisinering har fått så stor utbredelse nettopp ved rusmiddelavhengighet. Annen helseskadelig aktivitet som benyttes for å mestre helseplager, får for øvrig sjelden betegnelser som assosieres med behandling. Dersom den rusmiddelavhengige opplever å få bekreftelse på at han har behov for rusmiddelet som medisin så lenge de tilgrunnliggende psykiske plagene er til stede, vil den opprettholde rusmiddelbruken være til hinder for effektiv behandling av den psykiske lidelsen, og den negative spiralen fortsetter.

Dersom rusmiddelavhengighet enkelt kunne forklares med selvmedisinering, kunne man forvente at rusmiddelbruken ville opphøre dersom den psykiske lidelsen ble behandlet. Behandlingsforskning har imidlertid vist at det som regel er nødvendig med spesifikk behandling for begge typer lidelser. Etter som lidelsene ofte opprettholder hverandre, er det oftest hensiktsmessig å behandle begge lidelsene samtidig i et integrert terapitilbud. Det er viktig ikke å sette urealistisk høye krav til rusfrihet som en forutsetning for annen behandling.

Finner alternative tanker

Kognitiv terapi har vist seg å ha behandlingseffekt både ved rusmiddellidelser og ved en rekke psykiske lidelser. Denne terapiformen er derfor egnet som integrert behandling ved samtidige lidelser. Den kognitive modellen for forståelse av rusmiddelproblemer innebærer blant annet at pasient og terapeut sammen identifiserer pasientens positive antakelser om rusmiddelet og pasientens tanker som innebærer å gi seg selv tillatelse til å innta rusmiddelet. Å omtale rusmiddelet som medisin er et eksempel på en positiv antakelse om rusmiddelet. Å omtale rusmiddelbruken som selvmedisinering er et eksempel på en tillatende tanke. Terapien tar blant annet sikte på å problematisere de positive antakelsene om rusmiddelet og finne alternative tanker til de tillatende tankene som oppstår ved russug.

På bakgrunn av disse resonnementene ser vi at selvmedisinering er uheldig i dobbelt forstand, både som behandling og som begrep. ■■■



IKKE FRISK: Det er ingen logikk mellom hva som brukes av narkotiske stoffer og lidelsene som eventuelt skal dempes ved såkalt selvmedisinering med disse stoffene, forklarer kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

TETT PÅ Bjørn Erikstein

Alder: 61 år

Hvorfor: Fordi han leder landets største og mest turbulente sykehus der 7 000 sykepleiere er ansatt.

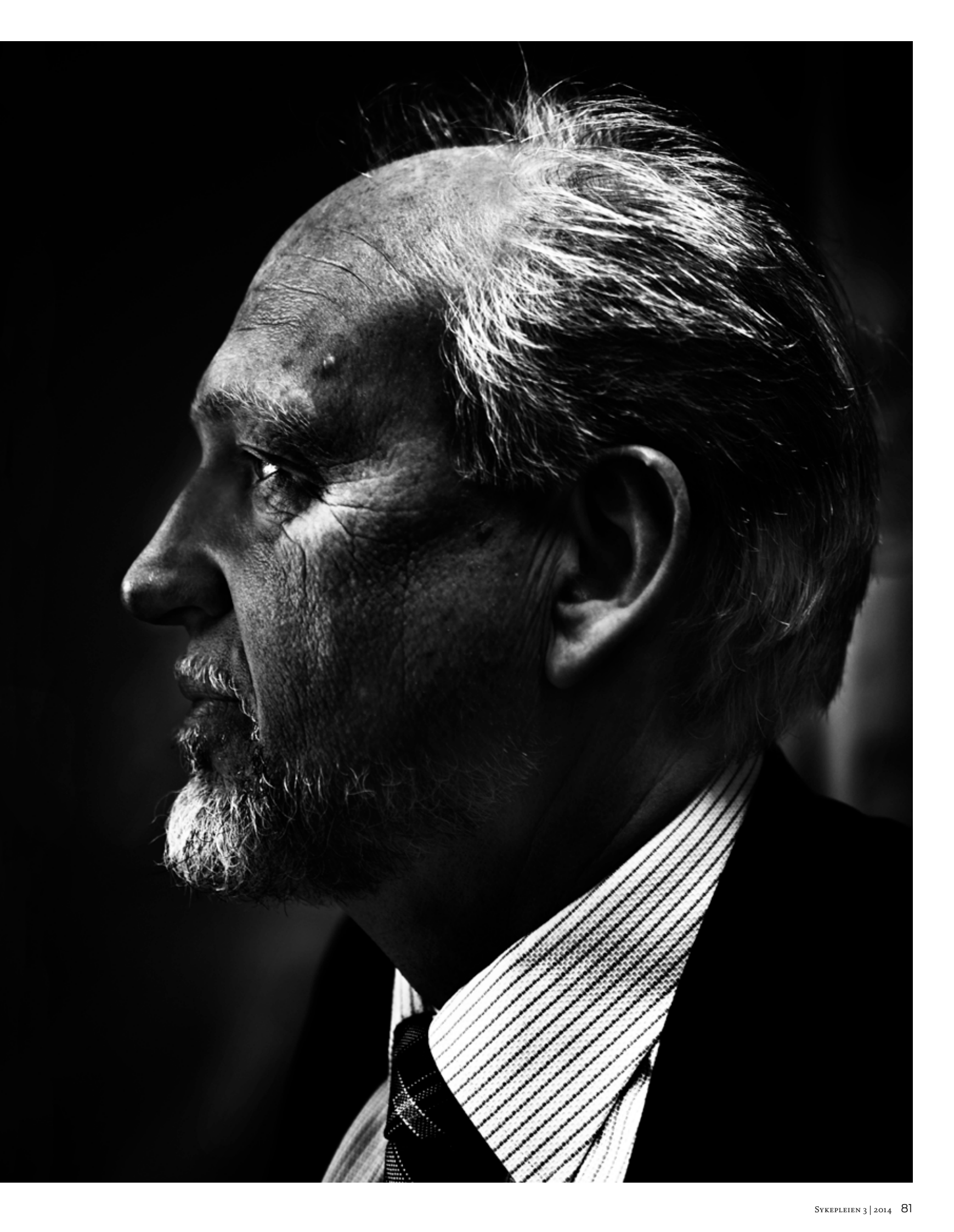
Stilling: Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus (OUS).

Utdanning: Lege, spesialist i onkologi, ledelse.

Direktøren for det hele

Han overtok et rufsete OUS. Men Bjørn Erikstein mener det går framover. Sakte.

Tekst og foto **Marit Fonn**



Døren er polstret med nagler og tjukt skinn. Mannsstemmer og kvinnelatter siver likevel gjennom. I tårnbygget på Ullevål sykehus, i første etasje, klint opp i den trafikkerte Kirkeveien, holder direktøren for landets største sykehus til. Nå er det muntre møtet over.

I to år har Bjørn Erikstein ledet Oslo universitetssykehus (OUS).

Sommerbrun setter han seg ved et romslig møtebord. For en uke siden var han om bord

på et skip i Karibia.

- *Hvordan var cruiset?*
- All right. Mye god mat.
- *Tenkte du på jobben?*
- Det gjør du alltid med en jobb som dette. Jeg fulgte med. Diskret. Det vil si at han sjekket e-post og medieomtaler.
- Jeg gledet meg over at det var rolig på alle fronter.
- Han retter seg selv:
- Det var en *relativt* rolig periode.
- Før jul var det verre. Da fikk OUS dommen: Flaskehals, ventelister, fristbrudd.
- *Var dette en ferie du trengte etter Riksrevisjonens herjinger?*
- På ingen måte. Det er en ferie vi pleier å ha.
- *Pleier du å reise på cruise?*
- Nei. Nei. Det var hun som ville.
- Han mener konen, hudlegen. De pleier å ta seg en tur på denne tiden. Til varmere strøk.
- D-vitaminer er viktig, konstaterer han.

HAN OVERTOK TOPPJOB BEN etter sivilingeniøren Siri Hatlen, som hadde tatt sin hatt og gått. Uforsvarlig lite penger, mente hun.

– *Hvordan har giganten endret seg siden du begynte?*

Han spoler tilbake. Det første han husker er alle lederne som ikke lenger var ledere. Tre sykehus var blitt til ett og klinikker var satt sammen på tvers. Horder av pasienter og personell ble flyttet til Ahus. Mange var usikre på jobbene sine.

– Det hadde vært tøffe tak. Det var viktig for meg ikke å rufse opp i organisasjonen nok en gang.

Han ville heller konsolidere. Gjøre OUS sterk og stabil.

– Vi måtte bygge om og flytte for å få det til.

– *Og så ble det rolig?*

– Det er ikke rolig hos oss.

– *Roligere?*

– Annerledes.

Mye handler om å prioritere. Han har gode eksempler, mener han, på hvor det må «dyttes inn mer ressurser»:

– Akuttbiten. Spesielt ortopedi og bløtkirurgi. Og vi har en kapasitetsutfordring.

– *Du mener mangel på spesialsykepleiere?*

– Mer det å skaffe til veie hele team og nok operasjonsstuer. Her på Ullevål er intensivbehandling en utfordring.

– *Manglende intensivsykepleierne er vel flaskehalsen?*

– Jo, én av dem. Areal er også en faktor. I 2014 vil vi øke antallet intensivsenger med seks. Det høres lite ut.

– *Veldig lite ...*

– Men tenk på at det krever 50–60 sykepleiere. Én intensivseng bemannes med ni sykepleiere. Så seks senger er ganske mye, konkluderer han.

SELVE PROSESSEN med å slå sammen sykehusene i hovedstaden fikk også hard medfart av revisjonen: Sviktende planlegging og mangelfull resultatstyring i alle ledd. Kritikerne fikk vann på mølla: «OUS er for svært, det var det vi sa.» Selv en direktør kan vel miste motet.

– *Like godt å dele opp sykehusene igjen?*

– Nei, det skal vi ikke. Det er å gå tilbake. Jeg vil gå framover.

For snart tre år siden måtte OUS kapitulere: Det pågående ikt-prosjektet ble stanset. Forsinkelsene og kostnadene ble for store. Fortsatt har ikke leger og sykepleiere på de ulike OUS-sykehusene tilgang til hverandres pasientjournaler og prøvesvar.

Men i oktober skal det skje: Nytt ikt-system skal lanseres.

– *Da er det å håpe på det beste?*

– Det kommer til å bli bra, sier han.

Kanskje er det en ønskedrøm. Men planen er ett journalsystem:

– Psykisk helse, rus, somatikk – legene skal kunne finne den samme pasientjournalen, uavhengig av hvor de er, reklamerer han.

Ett røntgensystem og ett laboratoriesystem skal det også bli.

– *Hvorfor ble du lege?*

– Åhh, det. Jeg vet ikke riktig. Jeg fikk lyst til det i niende klasse.

Jeg ville bli to andre ting.

En pirrende kunstpause.

– Jeg tenkte aldri på å bli brannmann eller politi.

– *Nei?*

Pause. Han må nødes:

– *Hva ville du bli?*

– Bygningsingeniør.

– *Den interessen får du jo nytte av her?*

Han kvikner til:

– Ja, vi bygger for hundrevis av millioner hvert år. 830 millioner i år. Vi bygger nytt og pusser opp.

– *Det andre du ville bli?*

– Jagerflyger.

Men han skjønte fort at han var for lang. Allerede på ungdomsskolen hjemme i Skien var han godt over snitt.

– Det ville bli problematisk å bli skutt ut på en god måte, sier han og kveiler de 195 centimeterne på stolen.

På legestudiet traff han damen som han giftet seg med. Hun fordyppet seg i hud, han i bryst.

– *Men så ville du ikke være lege mer?*

– Det var tilfeldig.

Sjefen på Radiumhospitalet, Jan Vincents Johannessen, ba ham reorganisere sykehuset. Det er 14 år siden. Onkologen fant fort ut at han selv kunne være sjeflege.

– Så fikk vi rasjonalisert bort den stillingen, minnes han.

Siden ble han fagdirektør og administrerende direktør i Helse Sør. Deretter ekspedisjonssjef i Helsedepartementet.

– *Kan du stille en brystkreftdiagnose i dag?*

– Det tror jeg. Diagnose, undersøkelse og samtale skal gå greit.

Men ikke behandling.

– *Hegner du ekstra om brystkreftkvinnene?*

– Det kunne sikkert vært sånn, men det er viktig å ha et bredt blikk.

I den første fasen som administrator konsentrerte han seg om alle andre:

– Folk skulle forstå at jeg også hadde greie på hjertebehandling, de måtte ikke tro at jeg bare var kreftlege. Det er fortsatt viktig.

– *Så brystkreftkvinnene har det som skomakerens barn på OUS?*

– Vi har flinke folk, jeg er ikke bekymret for det.



SENERE PÅ JOBB:

Flere kan starte klokken elleve eller tolv og jobbe til åtte, mener OUS-direktør Bjørn Erikstein.

LEGEYRKET KJENNER HAN.

– Sykepleie er vel mer diffust?
– Jeg har jo jobbet som pleiemedhjelper, og har jobbet tett sammen med sykepleiere, sier han en anelse forurettet.
– Hvordan tror du sykepleierne har det?
– Jeg tror mange har det veldig morsomt. De har et spennende yrke. Men klart at det er slitsomt. Kjære vene, de tar på seg stort ansvar. De gjør avanserte ting som mange doktorer ville kvie seg for å ta tak i. Pasienter er avhengig av flinke sykepleiere.

– Noen av dem er leder for 130. Hva syns du?
– Vi kan alltid diskutere hvor mange de kan lede. Jeg vet at Sykepleierforbundet er opptatt av dette. Men vi er ikke i en fase for å evaluere for tiden.

Han lener hodet i høyre hånd, mens den venstre fingerer med kop-pene på bordet.

– Inntil vi får nytt ikt-system, må det være som nå. Ellers blir det å tulle med ting. Til neste år kan vi se på organiseringen.

Erikstein går alltid i dress på jobben. Og liker det. Han liker til og med å ha på slips. Ellers trives han i treningsdress på ski, gjerne i Trysil, der familien har hytte. To voksne barn har han.

– Hvorfor heter sønnen det samme som deg?
– Det var ikke jeg som bestemte. Det var kona som ville det. Men det er bare hyggelig.

Bjørn junior har skaffet ham to barnebarn. Senior har ikke mer å si om den saken.

– Hvor urolig blir pasientene når ansatte varsler om uforsvarlige forhold?
– Av våre pasienter sier røflig ni av ti at de får god behandling. Men det er alltid noen som kjenner seg igjen i kritikken. Blant befolkningen for øvrig vil nok mange lure: Er det bare elendighet på OUS?

Jo da, han skjønner dem som varsler – «når de føler ressursene er for knappe». Men han foretrekker andre metoder:

– Vi har ikke Sareptas krukke når det gjelder penger. Jeg er opptatt av å løse ting sammen, ikke fordi noen har gått til Fylkesmannen.

– Hvordan opplever du det når noen varsler?

– Det er en rettighet du har. Jeg har ikke lagt bånd på noen. Men jeg ønsker at de som sier fra, gjør det på en ordentlig måte.

– Det er en del som ikke gjør det?

– Det vil jeg ikke si. Jeg holder foredrag for nyansatte. Vi har spurt dem om hva som er viktig for dem og laget en ordsky. Respekt ble veldig tydelig. Det er viktig når man jobber sammen.

– Å ha respekt for kollegene?

– Jeg var jo en del av det og vet at på individnivå er samarbeidet i Oslo godt. Men på systemnivå forsvarer man gjerne sitt sykehus mot et annet.

Han ramser opp de lange røttene: Riksen blir to hundre år i 2026, Ullevål og Aker er over hundre, Radium er åttito, Gaustad er fra 1860.

ERIKSTEN GÅR FORTSATT VISITT. Pasientsikkerhetsvisitt. Et par ganger i måneden snakker han med ansatte uten lederansvar på utvalgte avdelinger. Han spør hva de er bekymret for.

– Noe går igjen: Jo tettere de er på de sykeste pasientene, jo mer bekymrer de seg over om det er nok kompetanse og kapasitet. Alvorlig syke pasienter krever årvåkenhet. Får de nok væske? Antibiotika? Har de pusteproblemer? Blødninger?

På nyfødtintensiven på Rikshospitalet har sykepleierne bekymret seg lenge. Fylkeslegen ble varslet i fjor om mangelen på sykepleiere

«Inntil vi får nytt ikt-system, må det være som nå.»

for de sykeste små. Før jul kom refsen: Uforsvarlig drift.

– Hvordan går det nå?

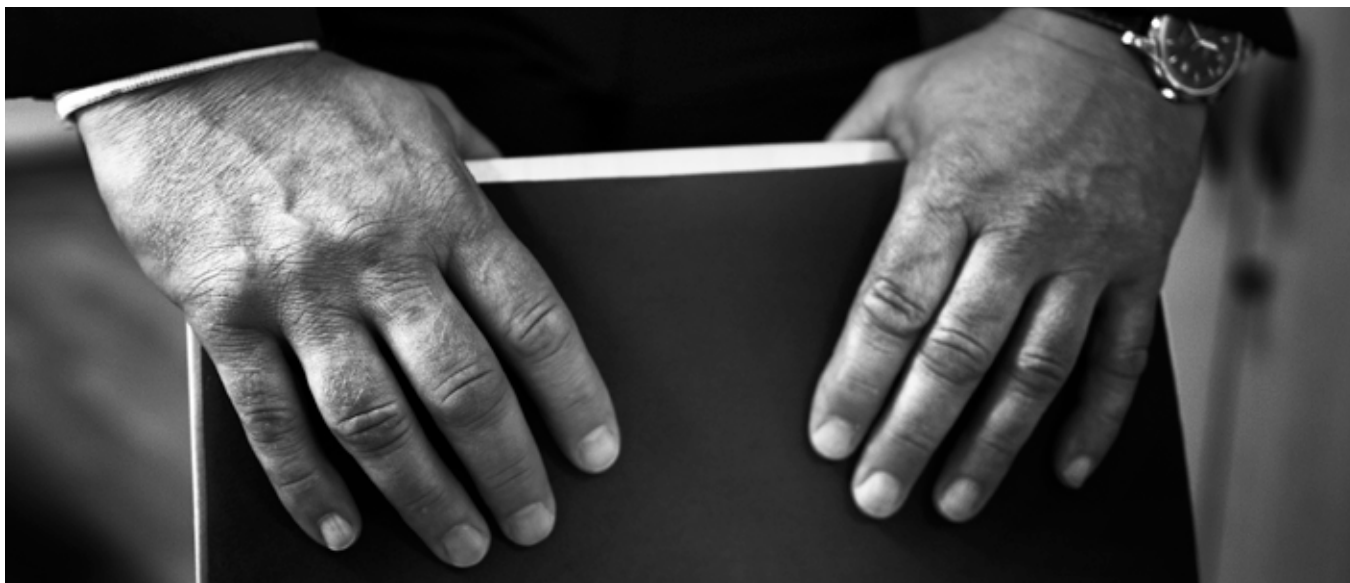
– Vi har lyst ut og besatt stillinger. Men det er ikke flust av nyfødtintensivsykepleiere. Mange må læres opp.

– Trangt om plassen er det og?

– Et evig tilbakevendende dilemma. Drammen har family care senter, fordi de har bygget nytt. Det kan ikke vi. Men det blir snart mer plass for noen av de nyfødte. På Ullevål.

– Når blir det flott og nytt i Oslo for de minste?

– Det klarer jeg ikke svare på. Mange bygg er over hundre år. Selv om de er pene å se på klarer vi ikke å tilfredsstille dagens krav til ventilasjon.



MEST RIS: OUS-sjefen blir stadig innkalt, for eksempel på teppet til helseministeren. Ris er vanligere enn ros.

Han våkner til igjen:

– I nye bygg tar det tekniske 30–40 prosent av arealet. Gamle bygg har ikke teknisk areal mellom etasjene.

Han lener seg tilbake. Legger et langt ben over det andre.

– Derfor planlegger vi nytt.

– *Det blir ikke i din tid?*

– Jo, for noen av de nyfødte, men ikke hele bunten.

SKUDDÅRS DAGEN 2012, på vei fra Riksen til Ullevål, fikk Erikstein en tekstmelding fra en tillitsvalgt. Halvannet år senere vitnet han i Oslo tingrett. OUS var tiltalt som medskyldig i å ha utnyttet tre filippinske sykepleiere.

– Saken var ukjent for meg da jeg fikk den sms-en. Jeg skjønte at sykepleierne var tatt inn på feil grunnlag.

Noen på OUS ville løse krisen på operasjonsstuen ved å hente arbeidskraft på Filippinene. En møbelhandler fikk oppdraget, og i 2010 kom de tre sykepleierne til Norge. Men inn på operasjonsstuen kom de aldri. I januar fortalte de om utrygghet og gjeld i Sykepleien. De tapte i retten, men dommen er anket. De klandrer ikke lenger OUS. Erikstein har ryddet opp, og de tre har fast jobb på sengepost.

– *Hvordan var det å vitne?*

«Folk måtte ikke tro at jeg bare var kreftlege.»

– Det er aldri lett å være i retten. Men jeg føler vi har tatt hånd om dem.

– *Personlig kan du ikke lastes. Pinlig likevel?*

– Ja. Det er ikke slik vi skal rekruttere sykepleiere.

– *Det ble gjort i nødens stund?*

– Jo, men det er overraskende at noen trodde at sykepleierne kunne gå rett på operasjonsstuen.

– *Har det fått konsekvenser for de ansvarlige?*

– Flere hadde allerede sluttet. Det er ikke lett å løpe etter dem.

– *Har alle sluttet?*

– Nå venter vi til saken er avsluttet i retten.

MENS VI SITTE HER, møtes Spekter og NSF i rettssalen.

– *Følger du med?*

– Ikke selv. Men jeg er interessert i resultatet.

– *Hva håper du på?*

– Et fornuftig resultat.

Temaet i arbeidsretten er hvorvidt sykepleierne har drevet kampanje via Facebook for å nekte helgejobbing oftere enn hver tredje helg.

OUS trenger arbeidskraft hele tiden. Men Erikstein innser at skal sykepleiere orke turnus, kan han ikke drive rovdrift på dem.

– Men jeg tror mange ønsker mer fleksibilitet. Det tvinger seg fram. Familielivet endres. Mange har for eksempel delt omsorg for barn.

– *Du vil vel ha mer helgejobbing?*

– Ikke nødvendigvis. Men flere kan starte senere på dagen. Klokken elleve eller tolv. Og jobbe til åtte.

– *Men det blir for få i helgen?*

– Om kvelden også. Men jeg er ikke så opptatt av det. Jeg er så enkel i hodet at jeg tenker at når vårt samfunn blir annerledes, så blir innsatsen til de ansatte annerledes.

– *Hvor irritert blir du på fagbevegelsen?*

– Den har kjempet for rettigheter for alle, det må vi ha respekt for. Men man må se hva som gagnar institusjonen. Det er ingen fordel å snakke ned arbeidsplassen sin.

ERIKSTEIN LAR SEG IKKE HISSE OPP av politikere som vil ha kvelds åpne sykehus. Han tror ikke folk har lyst til å gå til legeundersøkelse klokken ni om kvelden.

– Døgnrytmen er ikke sånn. Dessuten er det ikke gratis å ha folk i jobb om kvelden.

Derimot har han tro på undersøkelser via Skype og FaceTime.

– Systemene er der. Leger og sykepleiere kan snakke med og se pasientene: Var inngrepet vellykket? Har såret grodd? Mye kan gjøres via nettet.

Å ta imot kritikk er en del av jobben.

– *Noe av kritikken som tynger deg ekstra?*

– Vi har utrolig mange flinke folk. Når noen mistenker at våre ansatte ikke gjør jobben sin – det irriterer meg.

– *Et eksempel?*

– Hm, det var noe, men jeg har glemt hva det var.

Han lar seg ikke gnage og gleder seg til å gå på jobben hver dag.

– *Men en vakker dag er det ikke nok penger. Og så må du gå.*

– Nei, det skjer ikke. Vi har stort budsjett.

– *Du klager ikke på økonomien?*

– Jo, i mange situasjoner. Det er ingen bred autostrada fram til målet. Men vi kan investere. Lette på trykket. Kjøpe nytt utstyr, både MR og CT.

Dessuten hjelper det med godt humor.

– Jeg tror jeg ler mye i løpet av en dag. ■■■



sykepleien.no



Unicare er en ledende privat aktør innen helse og omsorg. Vi leverer bedriftshelse-tjeneste, har egen legevakt, drifter sykehjem, leverer hjemmetjenester, og tilbyr spesialist-behandling for sykemeldte arbeidstagere innenfor lettere psykiske lidelser, sammensatte lidelser og muskel- og skjelettplager.

Har du lyst til å arbeide i et aktivt miljø, hvor fag og omsorg er viktige faktorer?

Unicare hjemmetjenester er en spennende tjeneste i rask utvikling. Vi legger vekt på gode mellommenneskelige møter og mulighet til valgfrihet i hverdagen. Vi søker deg som er opptatt av det lille ekstra, brenner for kvalitet og ønsker å bidra i utviklingen av morgendagens hjemmetjenester som vi vil levere i dag.

Er du i tillegg kreativ og kan jobbe både selvstendig og i et team, så kan du være den vi ser etter.

Kvalifikasjonskrav:

- Stillingen krever norsk autorisasjon som sykepleier.
- Gode muntlige og skriftlige norskkunnskaper er en forutsetning.
- Førerkort klasse B

Vi tilbyr blant annet:

- En arbeidsplass preget av godt humør og fokus på et godt arbeidsmiljø
- Fagutvikling
- Kvalitetsråd
- Sykepleieforum
- Korte beslutningsveier og mulighet for påvirkning på egen arbeidsplass
- Et arbeidsmiljø som er opptatt av å finne gode løsninger og levere kvalitet.
- Gode pensjons- og forsikringsavtaler i KLP
- Lønn etter avtale

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

For spørsmål om stillingen kontakt: Irene Foss,
Daglig leder tlf 48 89 94 84
Søknad sendes: irene.foss@unicare.no

Vår hjemmetjeneste har sonekontorer på Lilleaker og Skullerud.
Alle søknader behandles fortløpende. Mulighet for tilpasning av stillingsprosent etter ønske.



Fylkesmannen i Telemark

Fylkesmannen er Kongens og Regjeringens fremste representant i fylket og skal medvirke til å samordne all statlig virksomhet, og har bl.a. omfattende tilsyns-, veilednings- og informasjonsoppgaver overfor kommunene. Embetet har 105 ansatte og er lokalisert i Statens Hus, Skien.

Se for øvrig vår hjemmeside www.fylkesmannen.no/telemark

RÅDGIVER/SENIORRÅDGIVER (SYKEPLEIER) I 100 % FAST STILLING

for tilsyn, rådgivning og klagesaksbehandling som gjelder helse- og omsorgstjenestene i fylket. Det henvises til fullstendig kunngjøring på NAVs nettsider og embetets hjemmeside.

Søknadsfrist: 14.03.2014

MODUMBAD

- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Nestleder

Avdeling for depressive lidelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % stilling som nestleder. Tiltredelse etter avtale.

KONTAKTPERSONER: Avd. leder Torben Bergland eller personalsjef Einfrid Petersen-Øverleir, tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 30. mars 2014

www.modum-bad.no



Nore og Uvdal kommune

Nore og Uvdal kommune ligger øverst i Numedal - Middeldalderdalen, med ca. 2.500 innbyggere. Store deler av Hardangervidda Nasjonalpark ligger innenfor våre grenser med gode muligheter for jakt, fiske og friluftsliv. Nore og Uvdal er en kraftkommune med fokus på reiseliv, tradisjoner og naturopplevelser. Vi har gode oppvekstvilkår; med full barnehagedekning, desentralisert skolestruktur og en videregående skole. Kommunen har et spennende og variert kulturskoletilbud, nytt hovedbibliotek og et rikt utvalg av lag og foreninger.

Bergtun Omsorgssenter ble ferdigstilt oktober-06. Det er bygget etter moderne prinsipper for drift og organisering. 35 sykehjemsplasser fordelt på institusjon, skjerma enheter og korttids-/rehabiliterings- plasser. I tillegg er 16 nye omsorgsboliger og 5 omsorgsenheter tilknyttet omsorgssenteret, disse har også 24-timers døgnbemannings og serves av hjembaserte tjenester.

Fagavdelingen har følgende stilling ledige:

100 % STILLING KOORDINATOR

knyttet mot yngre personer med funksjonshemming i skole og SFO. Stillingen vil få et viktig medansvar for å bygge opp avlastningstilbud i kommunen. Stillingen er et vikariat fra 01.04.14 inntil 1 år, med mulighet for fast tilsetting.

Kompetansekrav for stillingen:

Idrettspedagog / Fysioterapeut / Ergoterapeut/ Vernepleier / Sykepleier

Særskilte krav:

Søker må være initiativrik, tydelig, fleksibel. Tverrfaglig samarbeid og personlig egnethet vil bli særlig vektlagt. Søker vil ha et medansvar for det pleiefaglige

Politiattest må fremvises.

Spørsmål om stillingene kan rettes til Fagsjef for Pleie, rehabilitering og omsorg. Lis Berit Nerli tlf. 31 02 43 00.

Søknadsfrist 14.03.2014

Søknadspapirer m/CV og kopi av attester og vitnemål sendes til Nore og Uvdal kommune, Sentrum 16, 3630 Rødberg.

Søkere oppfordres til å benytte elektronisk søknadsskjema.

Dette finner du på kommunens nettside: www.nore-og-uvdal.kommune.no

MODUMBAD

- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykiatrisk sykepleier

Senter for familie og samliv

Ved avdelingen er det ledig nyopprettet stilling for psykiatrisk sykepleier / miljøterapeut - 100 %.

KONTAKTPERSONER: Avd. leder Bente Barstad eller behandlingskoordinator Gunvor Aarsland Lunde, tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 13. mars 2014

www.modum-bad.no

Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

Smertesykepleier

Akutt smerteteam (AST), Bærum sykehus

Referansenummer: 2067604773

Søknadsfrist 13. mars 2014

Vi har ledig en 80% dagstilling, 1 års vikariat, med tiltredelse 1. juni 2014.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Ulrik Spreng, avd. sjef, tlf. 67 80 96 64 eller Astrid Gjerland, ass. avdelingssjef, tlf. 67 80 96 23

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

AVDELINGSSYKEPLEIER OPERASJON, AIO

Bærum sykehus

Operasjon er en seksjon i avdelingen for anestesi, intensiv, operasjon og akuttmottak (AIO). Seksjonen består av operasjonssykepleiere og teknikere.

Vi har ledig fast 100 % stilling. Avdelingssykepleier har eget lederteam med ass.avdelingssykepleiere og fagutviklingssykepleier.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Ulrich Spreng, avdelingssjef, tlf. 984 99 184, e-post: ulrich.spreng@vestreviken.no eller Astrid Gjerland, ass.avdelingssjef, tlf. 414 20 558.

Søknadsfrist: 14. mars 2014

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no



Marker kommune

Marker kommune ligger i Indre Østfold og har ca 3.600 innbyggere. Administrasjonssenteret Ørje ligger ca 85 km fra Oslo og 6 km fra grensen til Sverige. Kommunen har attraktive friluft-, bolig- og tomtområder og et rikt foreningsliv.

VIRKSOMHETSLEDER OMSORG 100 % FAST

Marker kommune søker ny virksomhetsleder for omsorgstjenesten. Virksomheten består av ett sykehjem med totalt 42 sykehjemsplasser, hjemmetjeneste med ca 100 brukere, omsorgslønn, støttekontakt, avlastning og brukerstyrt personlig assistanse.

Stillingen har overordnet ansvar for den daglige driften innen omsorgstjenesten herunder budsjett-, økonomi- og personalansvar for tjenestoområdet.

Det er ønskelig med høyere utdanning innen økonomi og administrasjon samt kompetanse innen helse-/sosialfag.

Nærmere opplysninger om stillingene gis ved henvendelse til rådmann Espen Jaavall tlf. 98 21 21 72 eller kommunalsjef Per Øivind Sundell på tlf. 47 23 71 20.

For fullstendig kunngjøringstekst viser vi til kommunens hjemmeside: www.marker.kommune.no.

Søknadsfrist 15. mars 2014



Skjervøy kommune

— en uttakkilyst kommune

Skjervøy kommune med ca. 2.900 innbyggere hvorav 2.400 på tettstedet, er en øy kommune i Nord-Troms beliggende nær eksotiske havstrøk som Lopphavet og Fugløysbanken. Kommunen er ei naturperle med flott friluftsliv og turterreng sommer som vinter, og er en livlig sjøretta småby med industri og handelsvirksomhet. Tettstedet har avgiftsfri fastlandsforbindelse via undersjøisk tunnel, daglig hurtigruteanløp, hurtigbåt til Tromsø flere ganger pr uke og småflyplass i nabokommunen. Fra år 2000 ble nytt helsesenter tatt i bruk med lege- og fysioterapiavdeling, sykestue, sykehjem, skjermet enhet, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

FERIEVIKARIATER FOR OFF. GODKJENTE SYKEPLEIERE

Pleie- og omsorgstjenesten har behov for ferievikarer i tidsrommet 23. juni til 15. august 2014:

- Skjervøy sykestue og sykehjem
- Hjemmetjenesten
- Psykiatritjenesten inkl. Omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser

Vi driver med aktiv sykestue slik:

- Akutt medisinsk behandling m/legevaktfunksjon
- Behandling av barn
- Avansert medisinsk behandling
- Videreledning til UNN
- Postoperativ behandling etter utskrivelse fra UNN

Hjemmetjenesten og institusjonen er samlokalisert i det nye helsesenteret. Psykiatritjenesten er samlokalisert i Skoleveien 2.

Søkere til hjemmetjenesten må ha førerkort for bil. Lønn og arbeidsvilkår etter lov- og avtaleverk.

Vi tilbyr fri reise på billigste måte, og bolig for ferievikaren. I forhold til boliger kan flere dele på sammen i leilighet hvor boligen har flere soverom.

Ferievikarer som arbeider 4 uker og mer vil få et tilskudd med kr. 4.000 som stiger med 1.000 kr. pr. uke for inntil 8 uker. Det forutsettes at arbeidet utføres sammenhengende og at man ikke har fravær i denne perioden.

Nærmere opplysninger fås ved å kontakte leder ved Skjervøy sykestue og sykehjem tlf. 77 77 5742, leder av hjemmetjenesten tlf. 77 77 5732, leder i Skoleveien 2 tlf. 77 77 55 63 eller helse- og omsorgssjef tlf. 77 77 55 50.

Søknad med kopi av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og omsorgssjefen innen 24. mars 2014

Les mer om oss under helse- og sosialtjenestene på www.skjervoy.kommune.no



Ibestad kommune har ledig stilling som

Sykepleier

Se fullstendig utlysning på www.ibestad.kommune.no

Søknadsfrist: 2. mars 2014

frantz.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spesialkompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Anestesisykepleier, Longyearbyen sykehus

Har du lyst til å arbeide på Svalbard? Brenner du for faget og ønsker å kombinere jobben med mulighet for en aktiv fritid? Da er dette noe for deg!

Longyearbyen Sykehus er et lokalsykehus for ca. 2000 mennesker i Longyearbyen og for befolkning for øvrig på Svalbard og i tilstøtende havområder. Driften av sykehuset består i hovedsak av poliklinisk og kurativ allmennmedisin, men også øvrige funksjoner i den norske helsesystemet, slik som helsetestasjon, skolehelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste, helseerlandsarbeid (miljørebyggende virksomhet), tannhelsetjeneste og fysioterapi. Sykehuset har akuttmedisinsk beredskap og operasjonsstue for akutte og elektive operasjoner, samt eget laboratorium, røntgen og apotek. Det er høy akuttmedisinsk beredskap av hensyn til gruvedrift, lufttrafikk, turisme og fiskeriflåten rundt øygruppen.

Hovedarbeidsoppgavene er rettet mot allmennmedisinsk poliklinikk, legevakt, laboratorium og røntgen. I tillegg må en ivareta avdelingsoppgaver samt akuttmedisinsk beredskap. Utrykning med redningshelikopter inngår i tjenesten. Sykepleierne går i tredelt vakt.

Kontakt: Avdelingsleder John Aksel Bilić, tlf. 79 02 42 02.

Søknadsfrist: 15.04.2014.

Spesielle betingelser vedr. bolig, flytteutgifter, skatt, m.m. Se fullstendig utlysningstekst på www.unn.no/jobbsok.

Har du lyst til å tilbringe sommeren i Nord-Norge?

Vi har behov for sykepleiere, spesialisykepleiere, jordmødre, hjelpepleiere og annet autorisert helsepersonell til ferievikarier ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik.

Fullstendige utlysningstekster for hver enkelt klinikk og/eller avdeling/seksjon finnes på www.unn.no/jobbsok. Der finner du også lenke til elektronisk søknadsskjema. Se også info om de forskjellige avdelinger på www.unn.no.

Søknadsfrist: snarest!

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselskaper!



Fødeseksjonen sitt Vaksenter søker:

Avdelingsjordmor

Vi har ledig 100% fast stilling som Avdelingsjordmor. Vi søker jordmor med interesse for alle arbeidsoppgaver innenfor jordmorfaget, og med spesiell interesse for personaladministrasjon og leing.

Kontakt: Klinikkovertjordmor Gunn Sølv Gabrielsen, Tlf. 55974259.
Avdelingsjordmor Trude Knag Johannesen, Tlf. 55974277.

Referansenummer: 2076163563 - Søknadsfrist: 31.03.201

Interessert? Les meir og søk på stillinga: www.helse-bergen.no



Nøstret Bo- og Omsorgsenter søker ny sykepleier eller vernepleier til miljøarbeide innen psykiatri.

- Off. godkjent sykepleier eller vernepleier til full stilling med oppstart mai/etter avtale.

Søkeren må kunne beherske norsk skriftlig og muntlig.

Personlig egnethet, relevant videreutdanning og erfaring vektlegges

Søknadsfrist: 16.03.14

Autorisasjon, cv og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:

Avdelingsleder Elin B Braathen: 932 04 764

Søknad merkes «Søknad 2/14» og sendes til:

post@nostret.no

Eller pr. post til:

Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS

Bonnesveien 171

3530 Røyse



NYOPPRETTA STILLING FOR AVDELINGSSJUKEPLEIER

på sjukeheimen Skjåkheimen, Pleie og omsorgstenesta i Skjåk kommune.

Skjåkheimen er en sjukeheim med 35 plasser. I tråd med Samhandlingsreforma er vi i gang med ei omstilling der samhandling mellom Heimetenesta og sjukeheimen er i fokus. Vi har god sjukepleiedekning, og andelen tilsette med fagutdanning er høg.

Vi søker etter en sjukepleier med leiarutdanning og/eller leiarerfaring. Har du i tillegg erfaring med eldreomsorg, og har interesse for omstillingsarbeid, er dette stillinga for deg.

Vi vektlegg:

- Erfaring frå liknande arbeid
- Personlege eigenskapar
- Gode samarbeidsevner

Spørsmål kan rettast til Ingvild Mork eller Brit Oline Forberg Tlf. 61 21 71 70 (Pleie og omsorg Skjåk)

Søknadsfrist: 16. mars 2014

Elektronisk søknadsskjema (Teknisk hjelp kan du få hjå servicetorget, Skjåk kommune, tlf. 61217000)

Opplysningar om kven som har søkt stillinga kan bli gjort offentleg sjølv om søkeren har oppmoda om ikkje å bli ført opp på søkerlista.

Rådmannen



Fekjær psykiatriske (FPS) senter er tilknyttet Sykehuset Innlandet HF, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, og består av døgnhet og poliklinikk med ambulant team. FPS ligger i naturskjønne omgivelser og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær lengst sør i Valdres. Avstand til Oslo eller Gardemoen er ca. 120 km. Fekjær er en aktiv behandlingsinstitusjon med ulike profesjoner som arbeider i team.

Døgnhetens målgruppe er vesentlig voksen ungdom i aldersgruppen 18-35 år med ulike diagnoser innen personlighetsproblematikk og i noen grad psykoser. Noen pasienter har tilleggsproblem rus.

Pasienter og personell er inndelt i to ulike behandlingsgrupper, ute – og inngruppa. I tillegg til individual – og gruppesamtaler, vektlegges miljøterapi og fysisk aktivitet. Friluftsliv og aktiviteter utendørs er en viktig del av behandlingstilbudet ved Fekjær.

Fekjær har gjennom mange år vektlagt forsknings- og utviklingsarbeid.

Til vår døgnavdeling er det ledig 2 FASTE 100 % STILLINGER FOR PSYKIATRISK SYKEPLEIER

Autorisert sykepleier kan søke, men ved ansettelse forplikter vedkommende seg til å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid innen avtalt tidsperiode. Psykiatrisk sykepleiere har et stort ansvar i behandlingsopplegget – både i individual- og miljørettet behandling.

Vi søker etter sykepleiere helst med bred erfaring og med gode samarbeidsevner.

Personlig egnethet vektlegges.

Vi kan tilby:

- Aktiv arbeidsplass i en organisasjon i utvikling.
- Mulighet for mye utendørs aktiviteter.
- Varierte arbeidsoppgaver.
- Lønn og arbeidsforhold etter tariff og gjeldende overenskomster.
- Moderne bolig til rimelig leie, også familiebolig.
- Pensjonsordning gjennom KLP
- 6 mnd prøvetid.

Kontaktpersoner:

Psykiatrisk sykepleier, ass. enhetsleder
Tor Anders Perlestenbakken, tlf 915 13 484
e-post: tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Daglig leder Elling Fekjær, tlf 90591545
e-post: elling.fekjar@sykehuset-innlandet.no

Vil du vite mer om Fekjær besøk gjerne vår hjemmeside
<http://fekjar.com>

Søknad sendes:

Elektronisk til: **post@fekjar.com**, eller i posten til
Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen

Søknadsfrist: 20. mars 2014



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

LEDIG STILLING SOM SEKSJONSLEDER LOVISENBERG DPS, RUSPOLIKLINIKKEN, FAST, 100 %

Seksjonsleder, Ruspoliklinikken

Vi søker en målbevisst og ambisiøs leder som skal videreutvikle Ruspoliklinikken ved Lovisenberg DPS i tett samarbeid med de ansatte ved ruspoliklinikken og resten av DPS'et. Seksjonsleder har etter delegasjon fra avdelingssjef, personal-, fag- og resultatansvar. Seksjonsleders nærmeste leder vil være avdelingssjef ved LDPS. Tiltredelse 15.06.2014.

Søk via **www.LDS.no** innen **16.03.2014**

Referansenummer: 2014-025



Enhetsleder

Kvinne- og barnekliviken, barnemedisinsk sengepost 2

Enhetsleder rapporterer til seksjonsleder og inngår i seksjonens ledergruppe. Leder skal ta medansvar for seksjonens samlede utfordringer, herunder økonomiske resultatmål og være en aktiv bidragsyter i arbeidet med å videreutvikle seksjonen og avdelingen iht. til vedtatte overordnede mål- og strategier.

Kontaktinfo: Jorun Hillestad, Seksjonsleder,
tlf. 23 07 16 63 / 976 01 196, e-mail: lheyj@ous-hf.no

Ref.nr. 2017745695 Søknadsfrist: 07.03.2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Stryn kommune

Vikane omsorgssenter

LEDIG 75 % VIKARIAT SOM SJUKEPLEIAR

Svangerskapsvikariat frå 14.04.14 – 18.01.15

Sjå fullstendig annonse på **www.stryn.kommune.no**, under Ledige stillingar.

Søknadsfrist: 10.03.2014



Avdeling for nyfødt

Spesialsykepleiere

Ønsker du en spennende og meningsfull arbeidsdag?

Vi har ledig 100 % fast stilling. Vi er også interessert i spesialsykepleiere, sykepleiere eller studenter til ekstravakter/faste helgevakter.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Marianne Lien Bergan, avdelingssjef, tlf. 957 57 121 eller Mai Irene Austgulen, seksjonsleder, tlf. 67 96 43 41.

Referansenr: 2069566948

Søknadsfrist: 13. mars 2014

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Marker kommune

Marker kommune ligger i Indre Østfold og har ca 3.600 innbyggere. Administrasjonssenteret Ørje ligger ca 85 km fra Oslo og 6 km fra grensen til Sverige. Kommunen har attraktive friluftsliv-, bolig- og tomtelområder og et rikt foreningsliv.

AVDELINGSSYKEPLEIERE 100 % FAST

Marker kommune søker 2 nye avdelingssykepleiere til virksomhet omsorg. Virksomheten består av ett sykehjem med totalt 42 sykehjemsplasser, hjemmetjeneste med ca 100 brukere, omsorgslønn, støttekontakt, avlastning og brukerstyrt personlig assistanse.

Nærmere opplysninger om stillingene gis ved henvendelse til rådmann Espen Jaavall tlf. 98 21 21 72 eller kommunalsjef Per Øivind Sundell på tlf. 47 23 71 20.

For fullstendig kunngjøringstekst viser vi til kommunens hjemmeside: www.marker.kommune.no.

Søknadsfrist 15. mars 2014



Spesialsykepleiere/sykepleiere

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Thoraxkirurgisk avdeling, intermedisærnerhet og sengepost

Stillinger er ledig for rask ansettelse.

Søknader behandles fortløpende. Spesialsykepleiere vil bli prioritert til fast stilling. Ved opprykk internt, kan det bli ledige vikariat, med mulighet for forlengelse.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Ylva Husby, tlf. 23 07 07 78.

Ref.nr. 2037127088

Søknadsfrist: 01.04.2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Kom til Nyfødtintensiv Ullevål

Har du lyst til å jobbe ved en av Norges mest spennende nyfødtavdelinger?

Nyfødtintensiv Ullevål, Oslo universitetssykehus har ledige stillinger som spesialsykepleier/sykepleier

100 % faste stillinger

80-100 % vikariater

Vi tilbyr:

- Lønn etter gjeldende overenskomster
- 3 -delt turnus
- Aktivt fagmiljø som jobber kunnskapsbasert
- Vi har fagutviklingssykepleiere og praksisveiledere
- Vi har kompetanseprogram for ansatte
- Fagdager er i turnus
- Kjempetrivelig arbeidsmiljø!

Vi søker deg som har et brennende engasjement og ønsker å gjøre en forskjell for syke nyfødte. Vi kan tilby en spennende og interessant jobb, i et dynamisk og faglig utfordrende miljø.

Pasientgruppen består av ekstremt premature samt andre syke nyfødte som har behov for sykepleie i hele forløpet fra intensivbehandling til utskrivelse. Vi jobber med familiefokusert omsorg.

Avdelingen har 7 intensiv -, 10 intermedisær- og 10 sengepost senger. Totalt 27 senger.

Kontaktinfo for mer informasjon om søknad på stilling:

Seksjonsleder Sissel Mathisen tlf. 23 01 55 40, mail: sismat@ous-hf.no

Ass.seksjonsleder Liz Maloney tlf. 23 01 55 44, mail: UXELMA@ous-hf.no

VIKARIAT SOM OPERASJONSSYKEPLEIER I LONGYEARBYEN

Det er ledig et sommervikariat som operasjonssykepleier i turnus. Fra uke 20 til og med uke 33.

Arbeidet er variert og med mange andre oppgaver enn en operasjonssykepleier vanligvis har.

Kontakt avdelingsleder Aksel Bilicz på telefon 79 02 42 02 eller på e-post: john.aksel.bilicz@unn.no





STILLING LEDIG

AMBIO HELSE SØKER

PERSONALKOORDINATOR

Vi utvider vårt team og søker en ny personalkoordinator til vår avdeling for vikarformidling i Oslo for snarlig oppstart. Vi oppfordrer sykepleiere til å søke.

Arbeidsoppgaver

- Booking; formidling av helsepersonell til eksisterende kunder
- Noe rekruttering
- Salg mot potensielle oppdragsgivere
- Oppfølging av vikarer ute på oppdrag
- Administrasjon av reise og bolig for vikarene
- Personalansvar for ca 100 personer

Kvalifikasjoner

- Fordel med erfaring fra salg, kundebehandling og personalarbeid
- Fordel med erfaring innen helse og omsorg

Personlige egenskaper

- Må være strukturert, fleksibel og ha gode samarbeidsevner
- Gode kommunikasjons- og administrative evner
- Positiv innstilling og stor grad av selvstendighet
- Du er løsningsorientert og liker å arbeide i et hektisk miljø med mange utfordringer

Vi tilbyr

- Meget gode betingelser for rett person
- Gode pensjon- og forsikringsordninger
- Kursing gjennom NHO-Service
- En spennende og interessant jobb

Andre opplysninger

- Fast
- Heltid

Utdanningsretning

- Medisin / Helse / Sosialfag
- Salg / Markedsføring

Utdanningsnivå

- Høgskole / Universitet, Diplom / Bachelorgrad
- Fagskole / Fagbrev (2 år)

Språk

- Norsk
- Engelsk

GENERELL INFORMASJON

Søknadsfrist:

Snarest

Arbeidssted

Rådhusgata 9, 0151 Oslo

Kontakt

Kristian Monsen Aune
Daglig leder
907 93 725 / 22 41 17 02
KMA@ambiohelse.no

AMBIO Helse AS løser utfordringer innen helse og omsorg. Å ta vare på syke og pleietrengende er blant de aller viktigste oppgavene i samfunnet. Behovet for flere varme hender og høy kompetanse øker voldsomt. Vi i AMBIO Helse hjelper kommuner, sykehus, ansatte og brukere. Vi skaffer dyktige vikarer til kommuner som mangler personell, vi har ansatt erfarne spesialister som kan bistå i særlig utfordrende oppgaver og vi gir opplæring og overføring av kompetanse. Gjennom www.helsekursportalen.no tilbyr vi et mangfold av e-læringskurs til ansatte i helse- og omsorgssektoren.

VI BRYR OSS
ambio
HELSE



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

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. Høsten 2013 flyttet vi inn i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Førsteamanuensis/Førstelektor/ Høgskolelektor

Høgskolen har ledig 3,5 faste 100% stillinger og 2 vikariat fra 01.08.14. Stillingene vil i hovedsak være knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie.

Søknadsfrist 12. mars 2014.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger.



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - STAVANGER - BERGEN - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80



Ta en master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre.

Studiet er tverrfaglig.

Les mer på

www.diakonhjemmet.no/eldre


Diakonhjemmet
Høgskole



MANGFOLD I SYKEPLEIEFAGET

Vi har mye faglig å lære av hverandre

7. april arrangerer Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontorer i Oslo og Akershus gratis fagseminar for sine medlemmer i Oslo kongressenter, Folkets Hus.

Vi gjentar suksessen fra i fjor og lar noen av NSF's 33 faggrupper sette fokus på ulike sider av sykepleiefaget. Det vil være andre faggrupper i forhold til i fjor da vi ønsker å vise mangfoldet i sykepleien.

Vi håper dette vil være inspirerende, lærerikt og med overføringsverdi for sykepleiere som jobber i ulike deler av helsetjenesten.

Velkommen til et inspirerende fagseminar hvor sykepleiefaget løftes fram.

MELD DEG PÅ INNEN 24. mars på nsf.no. Gå så inn på enten Oslo eller Akershus sine sider. Deretter finner du fagseminaret under «Hva skjer hos oss». Du vil få en bekreftelse på mail som kan brukes som vedlegg til søknad om permisjon. Forfall som må meldes på selve seminardagen gjøres på tlf 913 97 813. Dersom du ikke melder forfall blir du belastet seminaravgift (lunsj/div. materiell) på kr 550,-



NORSK REVMATIKERFORBUND

NORSK REVMATIKERFORBUNDS FORSKNINGSFOND/STORTUENS LEGAT / PAHLES LEGAT

UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

Norsk Revmatikerforbunds Forskningsfond, Pahles legat og Stortuens legat vil i år 2014 etter søknad kunne gi økonomisk støtte til forskning vedrørende revmatiske sykdommer.

Forskningsfondet kan bidra med oppstart og avslutningsmidler både til drift og forskerlønn. Det er også et ønske å stimulere til forskning på effekt av fysikalsk behandling.

I tillegg til de ovennevnte fond og legater har Forskningsfondet mottatt arvemidler som skal øremerkes forskning innen følgende områder:

- Barn- og ungdomsrevmatisme.
- Lupus.
- Hjerteproblemer i forbindelse med Bekhterevs sykdom, på kr. 450 000,- ment til et prosjekt.

Søknadsskjema ligger på www.revmatiker.no eller fås ved kontakt med NRF, tlf. nr. 22 54 76 00.

Der forskningsprosjektet omfatter lønnsmidler, vedlegges erklæring fra arbeidsgiver som skal ha arbeidsgiveransvar.

Søknaden sendes til:

Norsk Revmatikerforbund, Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo, eller (epost.me@revmatiker.no)

Frist: 1. OKTOBER 2014



IGA INSTITUTT FOR GRUPPEANALYSE

Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse (IGA) tilbyr grunnutdanning i gruppepsykoterapi med et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn. Utdannings-programmenes målsetting er å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmene legger vekt på en integrering av gruppeanalytisk/-dynamisk teori, veiledning på egen praksis og egen erfaring i smågrupper og storgruppe.

I tillegg til treårig grunnutdanning kan det være mulighet for påbygging/fordypning i forskjellige retninger: kvalifiserende utdanning (to år) i gruppeanalyse (diplom), mentaliseringsbasert gruppepsykoterapi, gruppepsykoterapi ved rusavhengighet, eller andre spesifikke gruppepsykoterapeutisk relaterte former.

IGA starter høsten 2014 nye ettårige grunnleggende trinn på Voksenåsen kultur- og konferansehotell. Utdanningen består av fem delkurs à 3 dager pr.år. Mellom delkursene møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider www.iga.no Søknadsfrist 15. april 2014.

Institutt for Gruppeanalyse
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
Tel: 466 11 330, E-post: iga@iga.no

UNIKT, TVERRFAGLIG OPPLÆRINGSPROGRAM INNEN ELDTREOMSORG OG PALLIASJON MED VEILEDNING TIL EGEN ARBEIDSPASS:

OMSORG VED LIVETS SLUTT – EN VERDIG ALDERDOM?

Sjaff deg kompetanse og trygghet og bli en viktig ressursperson på din arbeidsplass. Undervisningen er fordelt på 3 samlinger, totalt 9 dager over 1 år.

Pris for hele programmet:

- 1 deltager 6.000,-
- 2 deltagere 10.000,-

Ytterligere deltagere 4.000,- per person.

Godkjente timer til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie NSF.

Godkjent for klinisk fagstige i Fagforbundet.

Kursledelse: overlege Stein Husebø og tverrfaglig team ved Verdighetsenteret i Bergen; ledende kompetansemiljø innen eldtreomsorg.

KULL 14 STARTER 2. SEPTEMBER 2014

www.verdighetsenteret.no

Ta gjerne kontakt:

sykepleier@verdighetsenteret.no
Olaug Finsrud tlf.: 55 39 77 35
Silje B. Eikemo tlf.: 55 39 77 27



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Videreutdanning

FOR DEG SOM ER I ARBEID

Ved Haraldsplass Diakonale Høgskole har vi tilpasset våre videreutdanninger spesielt for deg som er i arbeid og som ikke kan studere på heltid. Korte ukesamlinger gir deg fortløpende mulighet til å praktisere ny kunnskap i arbeidshverdagen.

Haraldsplass Diakonale Høgskole er en privat, akkreditert høgskole i Bergen med ca. 500 studenter hvor ca. 250 av disse er tilknyttet våre videreutdanninger. Høgskolen har drevet utdanning siden 1918 og ligger like ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Sykepleie

DELTID

2 år
60 Stp.

LEGEVAKT-sykepleie

Studiestart: 22. september 2014

For sykepleiere som arbeider med akutt syke og skadde mennesker på legevakt eller i annen virksomhet. Studiet har som mål å gi sykepleier økt kunnskap i møte med de svært varierte sykepleiefaglige, allmennmedisinske og akuttmedisinske utfordringene i legevakt. Det legges vekt på utvikling av både klinisk og organisatorisk/ledelsesmessig spesialkompetanse.

SØKNADSFRIST: 22. april 2014
PRIS PER SEMESTER: Kr. 15.000,-
BEKREFTELSESGEBYR: Kr. 3.000,-

HJEMME-sykepleie

Studiestart: 15. september 2014

Videreutdanningen er primært rettet mot sykepleiere, faglige ledere og mellomledere i hjemmesykepleietjenesten. Studiet gir økt kompetanse i forhold til komplekse situasjoner i den kliniske hverdagen, samt kunnskap om faglig og organisatorisk utvikling av pleie- og omsorgstjenesten. Videre vil studiet gi innføring i hvordan drive fag-, prosjekt- og forskningsarbeid i hjemmesykepleien.

SØKNADSFRIST: Fortløpende opptak
PRIS PER SEMESTER: Kr. 12.500,-
BEKREFTELSESGEBYR: Kr. 3.000,-

PALLIATIV sykepleie

Studiestart: 15. september 2014

En videreutdanning rettet mot sykepleiere som arbeider, ønsker å arbeide, med mennesker som har alvorlig, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Tilegnert kunnskap skal være integrert på en slik måte at studentene blir ressurspersoner på sin arbeidsplass og skal kunne påta seg leder- og utviklingsoppgaver innen fagfeltet palliativ sykepleie.

SØKNADSFRIST: Fortløpende opptak
PRIS PER SEMESTER: Kr. 12.500,-
BEKREFTELSESGEBYR: Kr. 3.000,-

OPPTAKSKRAV: Autorisert sykepleier og 1 års sykepleiererfaring.

DELTID

2 år
60 Stp.

VEILEDNING

Studiestart: 29. september 2014

Tverrfaglig videreutdanning i veiledning passer for alle som ønsker å utvikle sin relasjonskompetanse. Studiet gir svært nyttig kunnskap innen coaching og rådgiving med fokus på samspill og kommunikasjon. Veiledning handler om læring og utvikling gjennom refleksjon over erfaring, og bidrar til å styrke den enkeltes ressurser i samhandling med andre.

SØKNADSFRIST: Fortløpende opptak
PRIS PER SEMESTER: Kr. 18.750,-
BEKREFTELSESGEBYR: Kr. 3.000,-

MINDFULNESS

Studiestart: 15. januar 2015

På dette studiet lærer studentene å anvende mindfulness i sin profesjonsutøvelse. Utdanningen har fokus på å etablere den enkeltes mindfulnesspraksis, samt undersøke den forskningen som viser at mindfulness virker og hvorfor. Studenten skal videre bli i stand til å kritisk reflektere over mindfulness som perspektiv og tilnærming i dagens samfunn.

SØKNADSFRIST: Fortløpende opptak
PRIS PER SEMESTER: Kr. 12.500,-
BEKREFTELSESGEBYR: Kr. 1.500,-

Obs! Opptak starter september 2014

OPPTAKSKRAV: Treårig høgskole-/universitetsutdanning og 1 års relevant arbeidserfaring.

SØK OPPTAK I DAG

Søknadsskjema og ytterligere informasjon finner du på www.haraldsplass.no/hogskole.

Har du spørsmål – ta kontakt på telefon 55 97 96 30 eller e-post til videreutdanning@haraldsplass.no



Haraldsplass
DIAGONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

BODONI - Foto: istockphoto.com



VIDEREUTANNING I KLINISK SYKEPLEIE

60 STUDIEPOENG

Høsten 2014 starter Videreutdanning i klinisk sykepleie med fordypning i:
Gastrosykepleie – infeksjonssykepleie og smittevern – nevrosykepleie
– stomisykepleie – uroterapi.

BAKGRUNN

Helsevesenet har et økende behov for sykepleiere med spesialkompetanse innen ulike kliniske felt. Sykdoms-panorama og behandlingsmulighet endrer seg raskt og stiller økte krav til sykepleiertjenesten. Dette krever en type spisskompetanse utover det bachelorgraden i sykepleie kan gi. Institutt for Sykepleiefag tilbyr derfor videreutdanning i klinisk sykepleie innen flere felt.

MÅLGRUPPE

Studiet henvender seg til sykepleiere i sykehus, i primærhelsetjenesten eller fra andre relevante helsetjenestetilbud i Norge og Norden. Samhandlingsreformen vil medføre at det blir større behov for denne type kompetanse også i kommunehelsetjenesten. Det kreves tre årig sykepleierutdanning fra høyskole/universitet og minimum ett års relevant sykepleiepraksis. Søkere bør ha grunnleggende datakunnskap. Deler av litteraturen er engelsk.

MÅL

Målet er å kvalifisere sykepleiere til yrkesutøvelse i et av spesialfeltene. Studiet skal gjøre studentene i stand til

å kunne kombinere kliniske erfaring og ekspertise med beste tilgjengelig kunnskap fra forskning for å kunne møte samfunnets krav og brukerens rettigheter.

OVERSIKT OVER STUDIEFORLØPET

Emne 1: Klinisk spesialitet, generell del 20 stp. og helsepedagogikk 5 stp.

Emne 2: Forskningsmetode og kunnskapsbasert praksis 15 stp.

Emne 3: Klinisk fagledelse, fordypning i klinisk spesialitet 20 stp.

Deltidsstudier over 3 semester. Studiet er bygget opp med 10 ukesamlinger. I tillegg gjennomføres 150 timer kliniske studier innen spesialiteten (nasjonalt og/eller internasjonalt).

STUDIEAVGIFT

Kr. 13 000 pr. semester + SIB – avgift (p.t kr. 470,- pr semester)

OPPSTART

Høsten 2014: uke 44- 45, 50

Våren 2015: uke 10-11, 23-24

Høsten 2015: uke 37-38, 50

Det tas forbehold om at det melder seg tilstrekkelig antall deltakere.

SØKNADSFRIST: 15. MAI 2014

For mer informasjon om studiene og søknadsskjema: www.hib.no/studier/evu/

For faglige spørsmål kontakt: Instituttleder Sissel Tollefsen: sissel.tollefsen@hib.no

OPPTAKSKONTORET

☎ + 47 55 58 75 04 ✉ opptak@hib.no



HØGSKOLEN
I BERGEN



«Vi har bygget et nytt master-program tuftet på 100 års erfaring med hjemmesykepleie»

Kari Gran Bøe, Rektor

MASTERGRAD



NYHET

Master i sykepleie

Med kommunehelsetjenesteperspektiv

Fordypning i enten helsesøster-tjeneste eller hjemmesykepleie

- **Hvor:** Høgskolen Diakonova, midt i Oslo
- **Når:** Studiestart høsten 2014
- **Hvordan:** Send søknad innen 15. mars 2014

NB! Er du helsesøster?

Da kan du søke deg rett inn på andre året i mastergradsstudiet.
Les mer på www.diakonova.no/master



DIAKONOVA

Høgskolen Diakonova
Fredensborgveien 24 Q
post@diakonova.no
Tlf. 22 98 63 00
www.diakonova.no

Ønsker du en karriere innenfor
hudpleie og kosmetiske
behandlinger?



Vi tilbyr egen høgskoleutdanning for sykepleiere, med studiestart vår og høst. 15 studiepoeng pr studie.

Les mer på www.senzie.no
eller kontakt oss på tlf: 91 1 007 99

senzie
akademiet





SOMMEREN 2014

GÅ FERIEAVVIKLINGEN I MØTE MED NOK PERSONELL PÅ JOBB VI HAR LEDIGE SOMMERVIKARER!

Vi i AMBIO Helse er i full gang med sommerplanleggingen. Mange av dere har allerede reservert sommervikarer hos oss og det takker vi for. Som alltid anbefaler vi å reservere vikarer så tidlig som mulig og heller avbestille hvis behovet viser seg å bli mindre enn fryktet eller egen rekruttering går bedre enn håpet. Hos oss kan du kostnadsfritt avbestille

sommervikarer frem til og med 1. juni.

Vi har blant annet ledige sykepleiere, hjelpepleiere/ helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere, fysioterapeuter, legestudenter og sykepleiestudenter.

Vi har også vikarer som kan starte på kort varsel, i både korte og lengre oppdrag.

MER INFORMASJON

Få mer informasjon om våre sommervikarer:

www.ambiohelse.no
tel: 22 41 17 02
e-post: post@ambiohelse.no



E-læringskurs i legemiddelhåndtering

ØNSKER DU Å GJENNOMFØRE MEDISINKURS FOR DINE ANSATTE?

Vi tilbyr nettkurs i legemiddelhåndtering for alle typer helsepersonell. Våre kurs anvendes i over 100 kommuner over hele landet med over 6000 ferdig eksaminerte kandidater. Gode rabatter ved kjøp av flere kurs til ansatte.

I tillegg tilbyr vi blant annet e-læring innen områder som epilepsi og smittevern.



www.helsekursportalen.no
tel: 22 41 17 02
e-post: kurs@ambiohelse.no

AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering og vikarformidling. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

VI BRYR OSS
ambio
HELSE

Søknadsfrist 15. april

Master i avansert geriatrisk sykepleie



Styrk helsetilbudet for eldre i kommunen ved å ta en master i avansert geriatrisk sykepleie! Deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling.

- 3 år deltid
- 15 studieplasser
- 416 timer med varierte og veiledede kliniske studier

Vi samarbeider gjerne med arbeidsgivere i utviklingen av rollen som avansert geriatrisk sykepleier, slik at den er tilpasset lokale behov.

www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master/

Master i sykepleievitenskap



Vil du være med på å forme fremtidens helsetjeneste? Få kompetanse i faglig utviklingsarbeid og forskning ved å ta en master i sykepleievitenskap!

- 2 år heltid eller 3-4 år deltid
- 40 studieplasser
- Fordypningskurs om pasientopplæring, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, aldring og eldreomsorg. Du lærer også om innovativ praksisutvikling og teknologi.

www.uio.no/studier/program/sykepleievitenskap-master/

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Master i helsefagvitenskap

Søknadsfrist 15. april

Masterstudiet ved Avdeling for helsefag passer for deg som har helsefaglig profesjonsbakgrunn og interesse for fagutvikling innenfor klinisk praksis eller forskning i helsefagene.

Studiet gir deg solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt og tverrfaglig forskningsmiljø.

Vi har utviklet arbeidsmåter for studentene som sikrer tett oppfølging, god progresjon og kvalitet. Arbeidet resulterte i kunnskapsdepartementets utdanningskvalitetspris for 2011.

Målgruppe: Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og andre med helse- og samfunnsfaglig bakgrunn.

Karrieremuligheter: Du kan jobbe med utdanning og opplæring innenfor helsefagene eller drive med fagutvikling og forskning. Studiet gir kvalifikasjoner for faglige lederstillinger og videre studier på doktorgradsnivå.

Organisering: Heltid 2 år eller deltid 3 år

www.uio.no/studier/program/helsefagvitenskap-master/

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

MASTERSTUDIER VED INSTITUTT FOR HELSEFAG, Universitetet i Stavanger



For deg som vil bidra til å løse helsemessige utfordringer i dagens og morgendagens samfunn

Master i sykepleie med

- spesialisering i anestesisykepleie
- spesialisering i intensivsykepleie
- spesialisering i operasjonssykepleie

Master i helsevitenskap

- Selvvalgt spesialisering
- Spesialisering i psykisk helsearbeid
- Spesialisering i rusproblematikk
- Spesialisering i eldres helse

<http://www.uis.no/studietilbud/helse-og-sosialfag/master/>

Ved søknad om opptak skal det spesifiseres hvilken spesialisering en søker opptak på.
Søknadsfrist 15. april

PSYKOSOSIALT ARBEID MED BARN OG UNGE

Samlingsbasert deltidsstudium
over 2 år - 60 sp



MÅLGRUPPE

Studiet er tverrfaglig og målgruppen er fagfolk som arbeider med barn/unge (0 - 23 år).

OPPTAKSKRAV

Fullført bachelorgrad med relevant fagkrets, f. eks. sykepleier/ helsesøster. 2 års relevant yrkespraksis etter fullført grunnutdanning, eller være i arbeid med barn og ungdom i minimum 50% stilling under utdanning. Det søkes om opptak direkte til HiL gjennom lokalt opptak.

Søknadsfrist: 15. april 2014
Mer informasjon: hil.no



Høgskolen
i Lillehammer
Lillehammer University College - HiLno

Velg mediet som når alle sykepleierne!



Vi øker!
102 000
i opplag

PRISER STILLINGSANNONSER

Blad og nett	Nett
Koster 66,- kr per spaltemillimeter høyde. Bredden er 97,5 mm for en spalte (to spalter bred er 200 mm). Eksempel: En annonse på 10 cm høyde koster 6 600,-	5 400,- per stilling. Annonsen ligger til søknadsfristen utløper (maks 50 dager).

UTGIVELSESPLAN 2014

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
4	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	12. mars	20. mars
5	Sykepleien	2. april	10. april
6	Sykepleien	30. april	8. mai
7	Sykepleien	21. mai	28. mai
8	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	11. juni	19. juni
9	Sykepleien	6. august	14. august
10	Sykepleien	27. august	4. september
11	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	17. september	25. september
12	Sykepleien	8. oktober	16. oktober
13	Sykepleien	29. oktober	6. november
14	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	26. november	4. desember

PRISER KUNNGJØRINGSANNONSER

Størrelse	Høydeformat	Breddeformat	Pris inkl farger
Helside	200 x 260		25 000,-
1/2 side	97,5 x 260	200 x 127	13 000,-
1/4 side	97,5 x 127	200 x 60	7 000,-
1/8 side		97,5 x 60	5 000,-
Målene er i mm i bredde x høyde			

Prisene er oppgitt eks mva.

Medieplan 2014

En annonse i Sykepleien gir 267 000 eksponeringer (GEP som står for det antall en side i snitt genererer).

Kilde: TNS Gallup Offisielle lesertall blader/magasiner 2013/2

Bekreftet opplag:
94 446 eksemplarer!

Sykepleien blad og nett gir søkere. Det sier våre mange fornøyde kunder. Og skulle du ikke bli fornøyd byr vi på neste annonse.

Har du noe å kunngjøre, tilbyr vi rimelig annonse på kunngjøringsside.

Velg mellom blad og nett til en pris, eller kun nett.

Søkegaranti!

Vi garanterer deg søkere. Hvis ikke får du annonsen en gang til gratis.

Gjelder enten du velger blad/nett, eller kun nett.

Nettbanner

Vi tilbyr nettbanner for ekstra synlighet. Kontakt oss for et tilbud.

Avbestilling må skje skriftlig 2 uker før utgivelsesdato.

Kontakt oss!

Silje Marie Torper
Markedskonsulent
silje.marie.torper@sykepleien.no
Tlf 97 09 33 54



Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.roald@sykepleien.no
Tlf 91 60 38 12



Tlf. nr sentralbord: 02409

Sykepleien



Opplev Beijing
& Shanghai

FRA KR.

12.998,-

Kina fra nord til sør

Orientens dronning Shanghai, keiserbyen Beijing og spennende togreise
– med Albatros-reiseleder, 9 dager

Besøk Kinas to største og mest spennende byer.

I Beijing venter store opplevelser: Oppfyll drømmen om å gå på Den kinesiske mur, tre inn i Den forbudte by og stå på Den himmelske freds plass. Hils på Mao i Maos mausoleum. Stå ansikt til ansikt med de hellige Ming-gravene. Og gjør et kupp på de spennende kinesiske markedene. Opplev det ekte Kina på en spennende togreise. Ta pulsen på hypermoderne Shanghai. Speid utover byen fra 88. etasje i Jin Mao-bygningen. Seil på Huangpu-elva og besøk byens gamle fascinerende basar. La deg fortrylle av idylliske kanalbyer.

Avreise 8. november 2014

Kr. 12.998,-

Enkeltromstillegg kr. 1.898,-

DAGSPROGRAM

- Dag 1 Avreise fra Norge
- Dag 2 Ankomst til Beijing og Himmelsens tempel
- Dag 3 Beijing. Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Den forbudte by og Kullhøyden
- Dag 4 Beijing. Cloisonné-fabrikk, Ming-gravene og Den kinesiske mur
- Dag 5 Beijing – Shanghai. Hutong-besøk, Sommerpalasset og hurtig tog til Shanghai
- Dag 6 Shanghai. Jinmao, Yuyan-basaren, The Bund og sellas på Huangpu-elva
- Dag 7 Utflukt til tradisjonell kanalby og akrobatikkshow
- Dag 8 Tid på egen hånd og avskjedsmiddag
- Dag 9 Shanghai – Norge

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Beijing og Shanghai – Oslo med SAS, utflukter og entreer ifølge program, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, hurtig tog Beijing – Shanghai, hjelpersjon unntatt lunsj dag 8, skatter og avgifter.

Medl. DK RGF Med forbehold for trykfeil og utsolgte avganger.



Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Åpent man-fre 8:30–17:00, Helgeåpent jan-mar 10:00–15:00. Ring på tlf: 800 58 106

Albatros

VÅR BESTSELGER

MED 200,- VELKOMSTRABATT!

Kvalitet fra AtelierGS

Tunika

i en behagelig bomullsblending som kjennes deilig mot huden. Bekvem lengde til rundt hoftene og halsringning med lekker pynt. Modellen finnes i de klassiske fargene hvitt, rødt og sort.

50% bomull, 50% modal. Maskinvask

EKSKLUSIVT HOS AtelierGS

Tunikaen fås i to lengder; normal (66 cm) passer til deg som er over 165 cm. Kortmodellen (62 cm) passer til deg som er mindre enn 165 cm. For begge modellene er ermene og lengden tilpasset proporsjonalt for å oppnå best mulig passform.



Tunika

279,- førpris fra 479,-
+ FRI FRAKT
+ FRI RETURFRAKT om du ikke er helt fornøyd!

VÅRENS
MOTE

Bestill GRATIS katalog

Bestill på telefon:

37 25 16 00

Eller send kupongen til:
AtelierGS, Pb. 1726, 0061 Oslo

Tilbudet gjelder til den 30/6 2014 eller så lenge lageret rekker.

www.ateliergs.no



Følg oss på
Facebook



279,-
førpris fra 479,-

ATELIERGS
MOTE SKAPT FOR DEG

☒ **JA TAKK!** Jeg bestiller tunikaen for kun 279,- (førpris fra 479,-). AtelierGS betaler for frakt.

☐ Nei takk, men send meg gjerne sesongens nye katalog GRATIS!

0445/0446

Fornavn, etternavn: _____

Adresse: _____

Postnr., poststed: _____

☐ Mobil til sms-beskjeder: _____

JA TAKK, jeg ønsker å få tilsendt AtelierGS nyhetsbrev:

Min e-postadresse: _____

Velg din størrelse:

Normalstørrelse med lengde 66 cm for strikkejakke & 63 cm for genser:

☐ 38 ☐ 40 ☐ 42 ☐ 44 ☐ 46 ☐ 48 ☐ 50 ☐ 52 ☐ 54

Kortstørrelse med lengde 62 cm for strikkejakke & 59 cm for genser:

☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25

Velg din farge:

☐ hvit (4283-514) | ☐ rødt (4284-714) | ☐ sort (4282-413)

Våre komplette kjøpsbetingelser finner du på www.ateliergs.no. AtelierGS lagrer kundeopplysninger for å kunne oppfylle kunderelasjoner og sende tilbud om egne og andres produkter. For kontroll, rettelser eller sletting av kundeopplysninger, ta kontakt med AtelierGS, Pb. 1726, 0061 Oslo, tlf. 37 25 16 00.

