



Først i løypa

Hundeløp eller hjemmesykepleie -
for Birgitte Næss Werner handler det
om det samme: Omsorg. **30**

Helsedirektoratet anbefaler mer bruk av
langtidsvirkende prevensjon!¹

Faktisk størrelse:
4cmx2mm

En prevensjonsstav i armen kan være løsningen!

Tilby henne langtidsvirkende, østrogenfri og
brukeruavhengig prevensjon i **opp til 3 år!**

Nexplanon må bli fjernet etter 3 år og kan da samtidig bli erstattet av et
nytt Nexplanon implantat, hvis ønskelig.

Helsesøstre og jordmødre kan sette inn p-stav som en delegert oppgave
fra legen, basert på helsepersonelloven §5. Kun lege har forskrivningsrett.²

For mer informasjon og video se nettside: www.nexplanon.no

*Før forskrivning av Nexplanon®
vennligst se preparatomtalen*

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsetnings- og uttaksprosedyrer
før metoden tas i bruk. Slik opplæring kan gis i regi av MSD.
- Det er viktig å informere om at blødningsmønsteret vil kunne
endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Nexplanon «Organon»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, bariumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subkutan mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Administrering:** Settes inn s.c. Bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetnings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Lege som har liten erfaring med teknikken rådes til å tilegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartede tilstander. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtrykksmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på antihypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endinger i blødningens intensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidsbehandling med legemidler som induserer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, nefinavir, nevirapin, efavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbamet, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet

oppstår skal implantatet fjernes. **Amming:** Utskilles i morsmelk i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amming. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet) må forventes. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginal infeksjon. Kjønnsgener/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Hørdetokter. Hud: Alopeci. Kjønnsgener/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksjoner: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Genital utflod, vulvovaginal ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskelskjelettsmerter. Neurologiske: Migræne, søvnproblemer. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, søvnløshet. Øvrige: Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arrdannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbart, bøydlig implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forholdsvis i en steril engangsappikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervisekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og reduisering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsappikator) kr 1141,10. **Sist endret:** 16.08.2013

WOMN-1081649-0000(apr-2013)

1) Statusrapport juni 2012. Handlingsplan Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010 - 2015 strategier for bedre seksuell helse. Utgitt av Helsedirektoratet juni 2012.

2) LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www.lovdata.no/all/hi-19990702-064.html>



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.

 **Nexplanon®**
68 mg etonogestrel

NorskeSerier  alltid ekte leseglede

NY norsk romanserie!

NY ROMANSERIE!

Eidsvoll, 1814: Den ukjente historien om hverdagsheltene i skyggen av Grunnloven.



Ambrosia 1814 er en storslått romanserie med lidenskap og drama.

I SALG I DAGLIGVARE OG KIOSK NÅ!

Nettside: norskeserier.no **Blogg:** serielev.no **Facebook:** facebook.com/norskeserier

CAPPELEN DAMM

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: Teknologi og helse

20 Varm teknologi

- 22 – Teknologi trenger verken være kald, upersonlig eller farlig.
- 27 – Teknologien er ikke problemet
- 27 – En myte at sykepleierne er skeptiske



20

Innhold

6 2014 Sykepleien

«Å hjelpe heroinavhengige med heroin er åpenbart å gå for langt.» Barth Tholens, side 6.

Hva skjer

- 6 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 Vi bare spør Solvor Småkasin
- 13 Lunge-app for ambulansesykepleiere
- 14 – Faren for streik øker
- 15 Flere vil bli sykepleier
- 16 Høy temperatur på ambulansen
- 18 Ny rettssak for filippinerne
- 19 Gode lesertall for Sykepleien
- Forskning

Der ute

- 28 Småstoff fra utlandet
- 30 Et hundeliv
- 36 Norges eneste heltidssykehjem
- 39 Erstatte ikke sykepleiervakter
- 40 Øyeblikket
- 42 Risikerte livet ved fronten
- 46 Min jobb: Petter Elstrøm

Fag og bøker

- 48 Anal inkontinens kan behandles
- 52 Mer effektiv legemiddel-håndtering
- 56 Dårligere behandling til minoriteter
- 58 Kvalitetssikrer omsorg til døende
- 62 Fagnyttig
- 64 Forfatterintervju: Morten Borgersen
- 66 Bokanmeldelser
- 68 Avdekket fødselsdepresjon
- 72 Fagkronikk om ambulanse: Jahn Ingebrigtsen
- 74 Etik: Lillian Lillemoen
- 76 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 78 Eli Gunhild By om helsepolitikk
- 79 Meninger fra leserne
- 82 Minneord
- 83 Innspill: Tonje Kristin Storhaug-Jensen
- 84 Kronikk: Jesper W. Simonsen
- 86 Tett på Hege Gjessing
- 91 Stillingsannonser
- 94 Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no
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



13 Sjekker lunger med app.



86 Hege Gjessings mor frarådet henne å bli sykepleier.



Anestesi + fjellklatring
= Solvor Småkasin

11



AKSJONISTEN

Barth Tholens

Stillings: Ansvarlig redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Nullvisjonen

Er det fornuftig å ha en visjon om at ingen skal dø av overdoser i Norge?

Hvert år dør rundt 260 personer av overdose i Norge – like mange mennesker som sitter på økonomiklassen i Norwegians nye Dreamliner. Om et slikt fly hadde styrtet hvert år, hadde myndighetene satt himmel og jord i bevegelse for å stanse de gjentakende katastrofene. Men å få overdoseutsatte ut i livreddende behandling ser ut til å være vanskeligere. I gjennomsnitt dør fem mennesker i uken. De fleste bor i Oslo eller Bergen, og bruker heroin med sprøyte.

Antallet overdosedødsfall har vært konstant, med en topp rundt 2000-tallet. Relativt flere dør i Norge enn i andre land, og det skyldes ikke at dopet er farligere her til lands. Stortinget sluttet seg i fjor til en målsetting om at «ingen

rusarbeidet. Eller som helsedirektoratet formulerer det: Visjonen klargjør at det er «moralisk og etisk uakseptabelt» at folk i Norge skal dø av overdose.

Helseminister Bent Høie ønsker nå å finne tiltak som hjelper. Han vil legge til rette for at heroinbrukere skal få inhalere stoffet i stedet for å bruke sprøyte. Naloxon nesepress, som kan redde liv i en akutsituasjon, skal gjøres mer tilgjengelig. Mer ustrakt behandling med substituttopiater metadon og subutex skal gi brukerne en ny sjanse. Viktigst av alt er trolig at myndighetene vil ha en særlig satsning i de ni hardest rammede kommunene, med en bedre og mer helhetlig oppfølging av rusmiddelavhengige som mål.

Utfordringen med alle disse tiltakene er at det er vanskelig å se et markert linjeskifte i myndighetenes ruspolitikk, selv om de gamle tiltakene åpenbart ikke har hjulpet. Økt fokus, og ikke minst mer penger til lavterskeltilbud, vil selvfølgelig kunne gi positive bidrag, særlig hvis man lykkes med bedre oppfølging av personer som allerede har en overdose bak seg. De utgjør en høyrisikogruppe for å havne i dødsstatistikkene.

Overdosestrategien har gode hensikter, men jeg har vanskelig for å se at de skisserte tiltakene har muskler nok til å bringe oss særlig nærmere idealet om at ingen skal dø på grunn av rus i Norge. En slik visjon – hvor flott og riktig det enn høres ut – kan i verste fall være med på å fjerne oss fra selve målet nettopp på grunn av dens moralske dimensjon. Her må vi ikke glemme at Norge opprinnelig havnet på Europas versting-liste på grunn av en annen moralsk nullvisjon: Den om at Norge skulle være et «narkotikafritt samfunn». Strenge straffer for narkotikabesittelse og avrusing på institusjoner var oppskriften, formulert for bare 30 år siden og vedtatt av Stortinget. Men den førte bare til at de tyngste misbrukere, som aldri lyktes i behandling, havnet helt utenfor hjelpeapparatet. Stigmatiseringen førte til flere dødsfall, ikke færre.

Mens andre land forlot ideen om at de kunne utrydde narkotikamisbruk helt, og heller satset på å redusere skadene, var Norges nullvisjon med på å isolere taperne i rusmarkedet. Morgenbladet siterte nylig en avdelingsdirektør i Sosialdepartementet som tidlig på nittitallet uttalte seg kri-

tisk om å behandle rusmisbrukere med opiatater: «Metadon i Norge? Over mitt lik».

Svært sent (1998) innså også Norge at visjonen om null narkotika bare gjorde vondt verre for de i samfunnet som ikke klarte å leve opp til dette idealet. Vi snudde, og innførte først metadonbehandling, med strenge inntakskriterier, og senere subutex-behandling og sprøyterom i de største byene. Men det var heller ikke nok. Folk fortsetter å dø, til politikernes fortvilelse. Et flylass hvert år.

Nå skal den nye visjonen – ingen skal dø – hjelpe oss, men den gir meg igjen en vond bismak. Vi vil nå, som andre land, utvikle en ruspolitikk som ikke bygger på at vi skal utrydde «ondet», men heller redusere skadene hos dem som likevel bruker tunge stoffer. Men vi nøler med å rulle ut det virkelige tunge «materiellet» fordi det støter mot eller flytter på samfunnets normer.

Ett av disse er heroinassistert behandling, som ble innført i Sveits så tidlig som i 1992, og deretter både i Nederland, Tyskland, Storbritannia, Danmark, Spania og Canada. Stoltenbergutvalget (2010) anbefalte å gjøre det samme, men politikerne rygget. Forslaget er heller ikke tatt med i den nye overdosestrategien. Å hjelpe heroinavhengige med heroin er åpenbart å gå for langt her til lands, selv om det har vist seg som et effektivt tiltak i utlandet: Misbrukere kan leve et bedre liv når de ikke tvinges ut i kriminalitet. Hjelpeapparatet har mer kontroll på de tyngste brukerne. Færre dør.

Morgenbladet skriver at Arbeiderpartiet nå er på gli i denne saken, men helseminister Bent Høie holder igjen. Han mener at man gjør «et marginalt spørsmål» (heroinassistert behandling) til et stort. Han vil heller prioritere bedre behandlingstilbud og oppfølging, og «få ting til å henge bedre sammen».

La oss håpe at han lykkes. Lavterskeltilbud med høy faglig kompetanse og nok ressurser vil være et første steg. Men selv om hvert liv reddet er verdt alt strevet, frykter jeg at et nytt fly vil gå i bakken også neste år. Og året deretter. ■■■

Barth Tholens

«Norge nøler med å rulle ut det virkelige tunge materiellet.»

i Norge skal dø av overdose». Denne visjonen blir gjentatt i regjeringens overdosestrategi for perioden 2014–17, som ble lansert ved påsketider. Her har man hentet inspirasjon fra arbeidet med trafiksikkerhet. I motsetning til forebygging av overdoser, har arbeidet med å redusere dødsulykkene på veiene resultert i mer enn en halvering av antallet døde. Helsedirektoratet vil nå lære av dette. Visjonen om null dødsulykker, formulert i Nasjonal transportplan i 2002, skal også inn i

Sagt & ment

– Det er vel ingen som ønsker jobben som «fyrbøter i helvete», mente lege-tillitsvalgt Åge Husby om Ahus for bare noen måneder siden. Nå er tidligere politidirektør Øystein Meland ansatt som ny administrerende direktør på sykehuset.



Illustrasjon: Marie Runderem



KRONSTAD: Sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen flytter inn på Kronstad i august. Illustrasjon: Høgskolen i Bergen

Samler historien

Høgskolen i Bergen (HiB) flytter inn i nytt samlet høyskolebygg på Kronstad i august. Sykepleierutdanningen ble stiftet i 1908, og var den første treårige sykepleierutdanning i Norge.

I anledningen skal det skrives historie som muligens vil ende opp i bokform. Nå etterlyses tidligere ansatte, sykepleierelever og sykepleierstudenter som har jobbet eller studert i Haukelandsbakken 45. Har du noe du vil dele? Send en mail til Historieprosjekt.sykepleie@hib.no

Har du spørsmål kan du kontakte Astrid M. Borge: ambo@hib.no

Frist for å sende inn er 1. juni.

Lyser ut deltidsstillinger

Bare halvparten av sykepleierstillingene som lyses ut er heltidsstillinger.

Det går fram av en undersøkelse over 1 645 utlyste sykepleierstillinger i norske aviser i løpet av årets tre første måneder.

Hele 43 prosent av de utlyste stillingene var deltidsstillinger, 33 prosent var heltidsstillinger og 19 prosent av stillingene hadde ingen spesifisert stillingsbrøk. Vider går det fram av undersøkelsen at kun 54 prosent av stillingene var faste stillinger.

Undersøkelsen er utført av Intermedium for Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Når arbeidsgiverorganisasjonene kritiserer sykepleierne for å jobbe deltid, så må de i alle fall begynner med å lyse ut flere hele stillinger, sier forbundsleder Eli Gunhild By.



GRÅDIGE MENN: Manglende grådighet hos kvinner gjør at det vanker lite bonuser og høy lønn i deres retning. Foto: Colourbox

Kan takke seg selv

Kvinner har langt på vei seg selv å takke for at de ikke får nytte godt av bonuser og høye personlige tillegg, skriver Dagsavisen.

– Gutta er nok tøffere enn de fleste jentene når det kommer til forhandlinger om både lønn og bonuser, sier Gro Møllerstad, daglig leder i selskapet Hodejegerne AS.

Hun mener mangelen på grådighet blant kvinner kan forklare at de i for stor grad tar til takke med arbeidsgiverens første og beste tilbud.

Hva skjer

Les mer om:

- 13** Lungeapp i ambulanser ›
- 14** – Faren for streik øker ›
- 15** Flere vil bli sykepleier ›
- 16** Høy temperatur i ambulansen ›
- 18** Ny rettsrunde for filippinerne ›
- 19** Gode tall for Sykepleien Forskning ›

Tekst **Kari Anne Dolonen**
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

sykepleien.no

Følg med på tariffforhandlingene



Foto: Colourbox

Aksjon mot deltidsjobbing

I Gjesdal kommune jobber bare 28 prosent av sykepleierne heltid.

– Det å være stabilt på jobb på heltid gjør at de kjenner brukerne bedre, får med seg all opplæring og viktig informasjon som de kanskje hadde mistet dersom de hadde jobbet i små stillinger, sier leder for helse og velferd i Gjesdal kommune Lillian Ydstebø til NRK Rogaland.

For å få flere til å jobbe heltid starter kommunen en heltidsaksjon.

Tiltaket tas godt imot av Sykepleierforbundet (NSF). Nestleder i NSF Rogaland, Solfrid Fuglseth, sier imidlertid at det er flere tiltak som må på plass for å få sykepleiere til å jobbe 100 prosent stillinger.

– Det er viktig at arbeidsgiverne legger betingelser som gjør at sykepleierne ønsker å selge fritiden sin til arbeidsgiveren. De må heve lønnen, bygge solide fagmiljøer, øke grunnbemanningen, tilby kompetanseheving, utvikle gode ledere som ser og ivaretar sine ansatte og har hovedfokus på fag og kvalitet og ikke på økonomi, sier Fuglseth til NRK Rogaland.

Hvilke tiltak som skal settes i gang i Gjesdal kommune er foreløpig ikke avklart.

Milliardplan for OUS

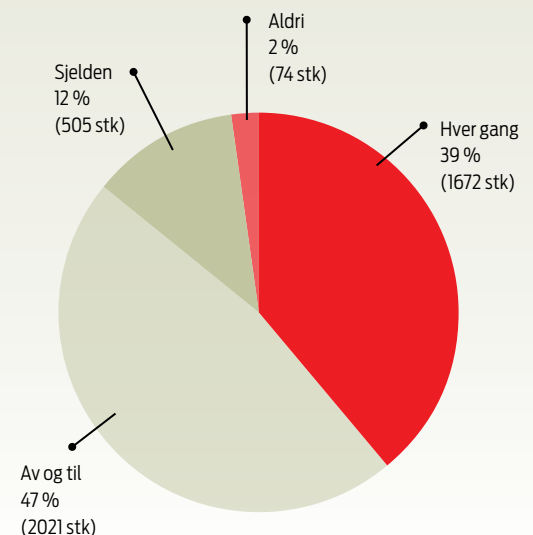
Sykehusdirektør Bjørn Erikstein mener et nytt OUS-bygg til flere titalls milliarder er svært nødvendig. Bare i år vil det bli brukt to milliarder kroner for å sikre forsvarlig drift ved sykehuset, sier Bjørn Erikstein til VG Nett.

Det planlagte Oslo universitetssykehus vil koste rundt 40 milliarder kroner. Planene har fått mye kritikk, men sykehusdirektøren forsvarer sin sykehusdrøm. Erikstein innrømmer at prislappen på 40 milliarder kroner er en utfordring.

– Men vi bruker altså minst halvparten, altså 20 milliarder i samme periode, bare på vedlikehold av dagens ganske dårlige bygningsmasse og infrastruktur.

Hvor ofte leser du Sykepleien Forskning?

Sykepleien sendte tidligere i vår ut en leserundersøkelse knyttet til Sykepleien Forskning. Totalt deltok 4 273 lesere. Svarene tyder på at mange leser Sykepleien Forskning. Les mer på side 19. Hele spørreundersøkelsen er publisert på sykepleien.no



Provoserte elever

– Skandaløst! Slik oppsummerer Elevorganisasjonen helsesøsterdekningen i Drammen, ifølge Drammens Tidende. Her må nesten 3 000 elever dele på én helsesøster.

VG skrev i et oppslag at Drammen er den av landets ti største kommuner som har lavest helsesøsterdekning på videregående skole. 2 965 elever deler på ett helsesøsterårsverk. Normen er 800.

– Det betyr at hver elev i gjennomsnitt har 20 minutter med helsesøster i løpet av et skoleår. Dette er altfor dårlig, sier Joachim Jørgensen, politisk nestleder i Elevorganisasjonen i Buskerud til Drammens Tidende.



Mer enn halvparten av danske gutter får bryster

En dansk undersøkelse tyder på at opp mot 60 prosent av alle gutter utvikler bryster i puberteten. For de aller fleste forsvinner brystene igjen. Lege og doktorgradsstudent Mikkel Grønnet Mieritz sier at de små guttebrystene som oftest er ufarlige.

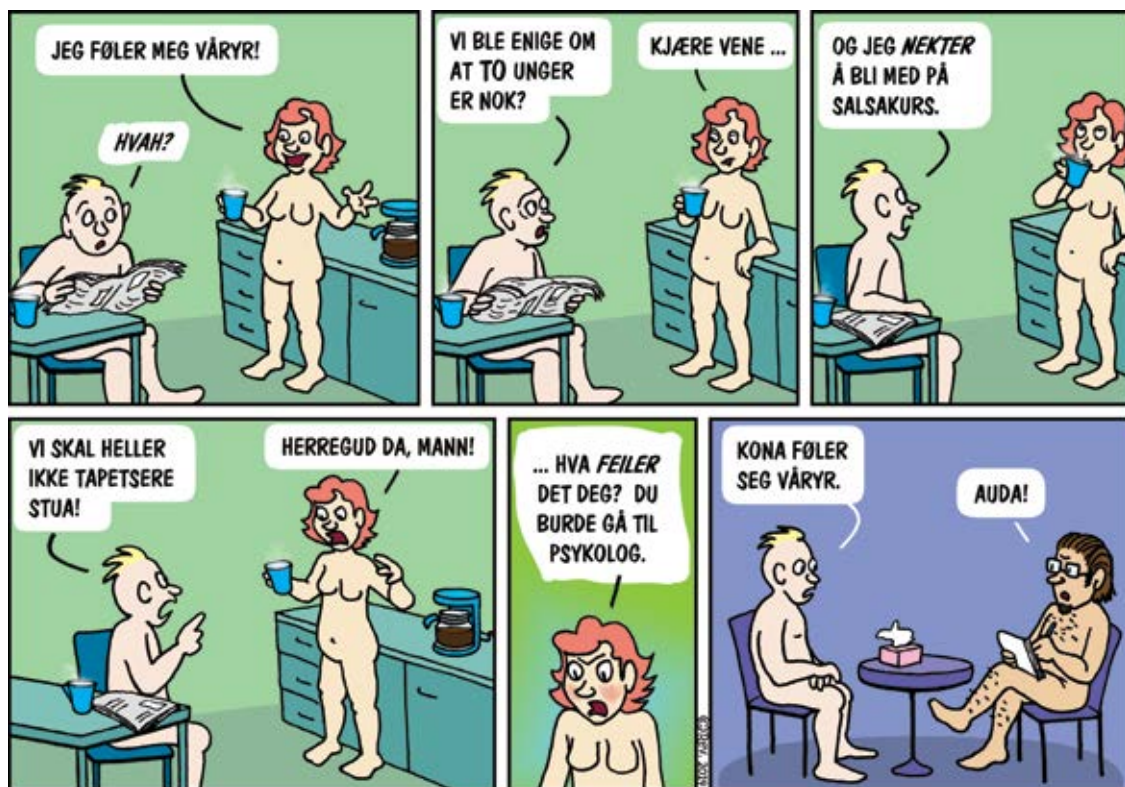
Mannlig brystutvikling forekommer også blant

voksne menn. Legene skiller mellom mannebryster som utelukkende består av fettvev – og som typisk skyldes overvekt – og tilfeller hvor det dannes brystkjertler.

– Vi vet fra utenlandske undersøkelser at brystene forsvinner hos over 90 prosent av guttene, i løpet av et til halvannet år, sier Mieritz til forskning.no.

Forskerne vet fortsatt ikke nøyaktig hvorfor tenåringsgutter har brystutvikling, men teorien er at det på en eller annen måte oppstår en ubalanse i kjønnshormonene.

TERAPI av Bodil Rønhovd



GRENSER: Hva er sykepleieren komfortabel med å snakke om, og hva er det nødvendig å snakke om? Foto: Colourbox

Kan det bli for privat?

Sykepleier og stipendiat, Jeanette Varpen Unhjem, håper at hun i sin doktograd vil kunne gi bedre og mer konkrete råd om hvor privat sykepleieren bør være overfor pasienten. Sykepleieren skal være personlig, men ikke privat. Men nøyaktig hva den frasen betyr i praksis, finnes det ikke noe godt og allmenngyldig svar på.

Varpen Unhjem tar utgangspunkt i tre begrep som hun forsøker å fylle med innhold: Profesjonell, personlig og privat.

– I klinisk praksis kan du nettopp få høre at

du kan være personlig, ikke privat, men ikke så mye konkret om hva det egentlig vil si, sier hun til forskning.no.

– Forteller du hvor du bor? Hvor mye forteller du om ungene dine? Du forteller kanskje at du er gift, men du forteller ikke hvordan det står til i ekteskapet. Hva er sykepleieren komfortabel med å snakke om, og hva er det nødvendig å snakke om? Det blir kunstig i endel situasjoner hvis du ikke forteller noe, sier Jeanette Varpen Unhjem til forskning.no.

Meninger fra www.sykepleien.no

Følger ikke uniformsregler

” Hvorfor betaler ikke arbeidsgiver for full «uniform»? Byr meg imot å bruke egne penger på skotøy som kun kan benyttes på jobb. Betale for å jobbe? Skulle tro sykepleie var et kall gitt.. Oooog å sammenligne kabinpersonell og sykepleiere er usmakelig.

anonym

” Bruker man uregelmessige sokker på jobben, skal man altså risikere advarsel. Og prøver man å markere individualitet på fritiden, dukker Bratten opp og synes det er umoralsk å sitte på kafe istedetfor å jobbe. Smykker, ringer etc. burde vel de fleste ha fått med seg at er en stor smittekilde, og derfor ikke bør bæres på jobb. Sokker derimot, synes jeg blir litt for detaljpirking. Kan de vaskes på 60 grader, er det vel det samme om de er fargerike eller ikke.

Kruttlappen

Den første kombinasjonen av
antihistamin og kortikosteroid ved
moderat til alvorlig allergisk rhinitt¹

Dymista®

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid



Symptomlindring
i både nese og øyne²

Effekt innen
30 minutter³



C Dymista «Meda»

Lokalt antihistamin + kortikosteroid

ATC-nr.: R01A D58

NESESPRAY: 1 dose inneholdt: Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonpropionat 50 µg, dinatriumedetat, glyserol, mikrokrystallinsk cellulose, karmellosenatrium, polysorbat 80, benzaoniumklorid, fenyletyleanol, rensert vann. **Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt, hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Dosering: Voksne og ungdom ≥12 år:** Regelmessig bruk er viktig for full terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør være i overensstemmelse med allergeneksponeringsperioden. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Data foreligger ikke. **Barn <12 år:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. **Eldre:** Dosejustering er unødvendig. **Administrering:** Til nasal bruk. Flasken bør ristes forsiktig før bruk i ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned. Før første gangs bruk må sprayen klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe 6 ganger. Er det >7 dager siden bruk, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er pusset skal oppløsningen sprøytes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Spraytuppen tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Systemiske effekter av nasale kortikosteroider kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Mulige systemiske effekter kan omfatte Cushings syndrom, Cushinglignende trekk, adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og unge, katarakt, glaukom, og mer sjeldent, en rekke psykiske eller adferdsmessige effekter, som omfatter psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon og aggresjon (særlig hos barn). Ved alvorlig leversykdom er det sannsynlig at systemisk eksponering for flutikasonpropionat er økt. Dette kan medføre høyere forekomst av systemiske bivirkninger og forsiktighet bør utvises. Behandling med høyere doser enn anbefalt kan medføre klinisk signifikant adrenal suppresjon. Ved bruk av doser som er høyere enn anbefalt, bør det vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider i perioder med stress eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming hos barn som får intranasale kortikosteroider i godkjente doser. Det anbefales at veksten hos ungdom overvåkes regelmessig. Ved hemmet vekst, skal dosereduksjon vurderes. Nøye overvåkning er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Hvis det foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal det utvises forsiktighet ved overføring av pasienter fra systemisk steroidbehandling til Dymista. Hos pasienter med tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller som nylig har gjennomgått kirurgisk inngrep, eller fått skade på nese eller munn, skal mulige fordeler med behandling veies opp mot mulig risiko. Inneholder benzalkoniumklorid som kan forårsake irritasjon av neselinnen og bronkospasmer. **Interaksjoner: Flutikasonpropionat:** Det er rapportert klinisk signifikante interaksjoner ved samtidig bruk av ritonavir, med systemiske kortikosteroidbivirkninger som Cushings syndrom og binyrebarksuppresjon. Samtidig bruk med ritonavir skal derfor unngås, med mindre potensiell nytte oppveier risiko. Under normale omstendigheter er det lave plasmakonsentrasjoner av flutikasonpropionat etter intranasal dosering pga. omfattende first pass-metabolisme og høy systemisk clearance via CYP 3A4 i tarm og lever. Klinisk signifikante interaksjoner er derfor lite sannsynlig. Det tilrådes forsiktighet ved samtidig administrering av en potent CYP 3A4-hemmer (f.eks. ketokonazol), pga. potensielt økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat. **Azelastinhydroklorid:** Anbefalte nasale doser fører til svært lav systemisk eksponering. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sedativa, alkohol eller legemidler med virkning på sentralnervesystemet, da sedativ effekt kan øke. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Det er ingen eller begrenset data om bruk av azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat hos gravide. Bør bare brukes under graviditet hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Det er ukjent om nasalt administrert azelastinhydroklorid/metabolitter eller flutikasonpropionat/metabolitter utskilles i morsmelk. Bør bare brukes ved amming hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for den nyfødte/spedbarnet. **Fertilitet:** Begrensede data. **Bivirkninger: Svært vanlige (>1/10):** Neseblod. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Hodepine, dysgeusi (ubehagelig smak) og ubehagelig lukt. **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Ubehag i nesen (inkl. neseirritasjon, stikking, kløe), nysing, nesetørhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Munn tørrhet. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Hypersensitivitet, inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem (hevelser i ansikt eller tunge og hudutslett), bronkospasme, svimmelhet, søvnighet, glaukom, økt intraokulært trykk, katarakt, nasal septumperforasjon, slimhinneerosjon, kvalme, utslett, kløe, elveblest, fatigue (tretthet, utmattelse), svakhet. Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Det er rapportert veksthemming hos barn som får nasale kortikosteroider. Det er mulig med veksthemming hos ungdom også. I sjeldne tilfeller er det observert osteoporose ved bruk av nasale kortikosteroider over lang tid. **Overdosering/Forgiftning:** Ved nasal administrering forventes det ikke overdoseringsreaksjoner. **Symptomer:** Administrering av høyere doser enn anbefalt over en lengre periode, kan føre til midlertidig binyrebarksuppresjon. Binyrebarkfunksjonen vil gjenopprettes i løpet av få dager, og kan kontrolleres ved å måle kortisol i plasma. Ved overdosering etter utilsiktet oralt inntak, kan det forventes forstyrrelser i sentralnervesystemet (inkl. sløvhet, forvirring, koma, takykardi og hypotensjon), forårsaket av azelastinhydroklorid. **Behandling:** Symptomatisk. Avhengig av sveiget mengde, anbefales mageskylling. Intet kjent antidot. Se Giftnformasjonens anbefalinger for azelastin R01A C03 side d og flutikason: Glukokortikoider H02A B side d. **Egenskaper: Klassifisering:** H1-antagonist (azelastin) og kortikosteroid (flutikason). **Virkningsmekanisme:** Azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat har forskjellige virkningsmekanismer og viser synergistiske effekter mhp. forbedring av allergisk rhinitt og symptomer på rhinokonjunktivitt. Flutikasonpropionat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med svært høy affinitet til glukokortikoidreseptoren, og med potent antiinflammatorisk virkning. Azelastin har potent, langtidsvirkende antiallergisk effekt, og har mastcellestabiliserende og antiinflammatoriske egenskaper. Hemmer syntese eller frigjøring av kjemiske mediatorer kjent for å være involvert i tidlige og sene stadier av allergiske reaksjoner, f.eks. leukotriener, histamin, plateaktiverende faktor (PAF) og serotonin. Lindring av nasale allergiske symptomer i løpet av 15 minutter. **Absorpsjon:** Etter intranasal administrering av 2 doser i hvert nesebor, er gjennomsnittlig C_{max} 194,5 ± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml for flutikasonpropionat, og gjennomsnittlig AUC er 4217 ± 2618 pg/ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time for flutikason. T_{max} etter en enkelt dose er 0,5 time for azelastin og 1 time for flutikason. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: 91%. Azelastin: 80-90%. **Fordeling:** Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 318 liter ved steady state. Azelastin: Stort distribusjonsvolum. **Halveringstid:** Flutikasonpropionat: Elimineringshastigheten for i.v. administrert flutikasonpropionat er lineær i doseområdet 0,25-1 g, og karakteriseres ved høy plasmaclearance ($Cl=1,1$ liter/minutt). Maks. plasmakonsentrasjon reduseres med ca. 98% i løpet av 3-4 timer, og bare lave plasmakonsentrasjoner er forbundet med terminal halveringstid på 7,8 timer. Azelastin: Ca. 20-25 timer for azelastin og ca. 45 timer for den aktive metabolitten. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat elimineres hurtig fra systemisk sirkulasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Azelastin metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4, 2D6 og 2C19. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via gallen. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsakelig via feces. **Pakninger og priser:** 120 doser (glassflaske) kr 248,20

Sist endret: 12.04.2013

Referanser:

1. Dymista preparatomtale 2013. 2. Meltzer E et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-377. 3. Meltzer et al. Allergy Asthma Proc. 2012;33(4):324-32.

MEDA

Meda AS | Askerveien 61, 1384 Asker. Postboks 194, N-1371 Asker | info@meda.no | www.meda.no | www.dymista.no

Solvor Småkasin

Aktuell som: Sykepleier, fjellklatrer og filmobjekt
Alder: 31 år

BAKGRUNN:

Dokumentaren «Medisindamene» om Solvor Småkasin fra Sauland i Telemark vises på NRK 14. mai. I 2012 ledet hun en ekspedisjon i Himalaya som ble rammet av snøskred. Hun kombinerer klatring med helsearbeid blant fattige. Hjemme er hun anestesisykepleier på Ullevål sykehus.

Fjellsykepleieren

Hva handler dokumentaren om?

– Om en nepalsk lege og meg som gir medisinsk hjelp til lokalbefolkningen på vei til fjell vi skal forsøke å førstebestige.

Hvordan opplevde du snøskredet i Himalaya?

– Det er alle fjellsportentusiasters mareritt. Det er også helsepersonells mareritt. Vi var godt over 5200 meter og isolert. Jeg hadde hviledag og så det på avstand.

Hva gjorde du?

– Vi var overbevist om at vi hadde mista to. Men så så vi at en beveget seg i skredet. Jeg tok med medikamenter og sovepose. Vi ventet et døgn på evakuering på grunn av dårlig vær.

Du reddet liv den natten?

– Ja. Bjørn Myrer Lund, som ble tatt av skredet, er selv anestesisykepleier og har reddet mange liv. Nå reddet vi hans. Det var en type døgn jeg håper ikke å oppleve igjen.

Overlevde begge?

– Ja. Bjørn var mest skadet, men lever i beste velgående. Den andre var en sherpa.

Hvorfor ble du fjellklatrer?

– Jeg er glad i høyfjell og kanskje litt rastløs. Er en praktiker og elsker tauarbeid, digger utstyr og knuter.

Og hvorfor ble du sykepleier?

– Det var tilfeldig. Jeg er ingen dulle Florence Nightingale-person. Men man kan ikke lære å være empatisk. Enten er du det eller så er du det ikke.

Men du er det?

– Ja, det har med personlighet å gjøre. Men jeg reiser ikke til Nepal bare for å hjelpe. Vi som elsker fjellet er egosentriske også.

Og du har dannet en egen organisasjon?

– Ja, den heter Medical Aid Mountaineering. Formålet er å inspirere andre og iblant arrangere turer.

Hvordan er det med de fattige i Nepal?

– Helseproblemene spenner fra torner i hender og

føtter til brannskader og store traumer. Vi vet at tornene må ut for å unngå betennelser, her hjemme er det enkelt. Der er det kunnskap de ikke har.

Hva lærer dere dem?

– Når vi renser sår etter for eksempel knivskade, ber vi dem koke vann, avkjøle det og finne noe reint til bandasje. Da samler mange seg rundt for å se, og noen oversetter. Slik lærer mange, også etter vi har dradd. Det er faserende lite som skal til.

Legen Sudha i filmen er din venninne.

Hvem er hun?

– Hun er lavkaste fra den fattige delen i Katmandu. Faren møtte norske fjellklatrere som har sponset legeutdanning til henne. Nepal er veldig korrupt, det er pengene som teller når du vil bli lege, ikke karakterene.

Klatrer hun?

– Nei, men hun skal lære. Ennå er det ingen kvinnelige nepalske leger som klatrer.

Er det etisk forsvarlig å risikere livet, også for sherpaer, i farlige fjell?

– Det som skjer i Everest, er blitt en egen industri. Vi er ikke med på det. For eksempel tar vi risikoen ved å gå først, ikke sherpaene. Det var derfor Bjørn ble tatt av skredet. Holdningene har jeg arva etter de gamle fjellklatrerne. Vi snakker mye om hvor stor risiko vi er villige til å ta.

Hva er du villig til?

– Det fins folk som vil gå atskillig lengre enn meg. Jeg har så mye å utrette. Organisasjonen er mitt hjertebarn og jeg vil ha tid med familie og venner.

Hvordan får du til kombinasjonen?

– Veldig mye er idealisme. Jeg kan ikke redde verden, men jeg kan redde et liv eller en arm. Dessuten har jeg en veldig bra arbeidsgiver.

Hvor mye tid går til reising?

– Et par måneder i året. En til to turer til Nepal. Jeg har lyst til å utvide til flere

land. Det går mye tid til å planlegge også. Jeg håper dette intervjuet kan inspirere andre til å dra på tur.

Hvilken sykepleierkarriere ser du for deg?

– Jeg trives fryktelig godt her på Ullevål. Ser for meg mange år her. Men jeg vil gjerne kombinere fag med fjell. Jeg er med i det første kullet i Skandinavia som tar «diploma in mountain medicine». IIII

Tekst **Marit Fonn** marit.fonn@sykepleien.no

Foto **Stig Weston**





*"Jeg er jo sykepleier,
så den renten på boliglånet skal
jeg få kuttet betraktelig."*

KLP-medlemmer er faktisk **ikke helt på vidda** når de påstår at de har eksklusiv tilgang til markedets kanskje beste boliglån. For siden arbeidsgiveren din eier KLP, får du personalpriser på lån, forsikring, bank- og fondssparing.

Sjekk selv hvor mye du kan spare, gå inn på **klp.no**

klp

for dagene som kommer

Lunge-app for ambulansesykepleiere

Hvordan lyder egentlig lungene ved ulike sykdommer? Ambulansesykepleier Thomas Alvring har laget en app til hjelp for usikre kolleger.

Tekst **Eivor Hofstad**

Det er viktig å høre forskjell på ulike lungelyder fordi det signaliserer forskjellige tilstander som trenger ulik behandling. «Krepitasjoner» er for eksempel en knitrende lyd av lungeblærer som åpner seg, eller liknende lyder i åndedraget. Det innebærer ofte væske eller slim i lungene, og lyden tyder på hjertesvikt eller lungebetennelse. Mens «rhonchi» derimot høres brummende ut og er et tegn på trange lufttrær, noe som snarere kommer fra en kolspasient eller en med bronkitt.

120 lydfiler og 20 caser

Sykepleier Thomas Alvring mener ambulansesykepleiere er dårlige til å høre forskjell på ulike typer lungelyd, og har gjort noe med det. Han arbeider ved ambulansen på Skarborgs sjukehus i Västra Götalands-regionen og har laget en app som kan lastes ned, både på Android-telefoner og iPhone.

«Jeg har spilt inn lyden fra virkelige pasienter.» Thomas Alvring

– Appen har fått en bra mottakelse i Sverige og er også lastet ned i Norge, Danmark og til og med i Tyrkia, sier han til Sykepleien.

Etter den seneste oppdateringen i januar inneholder appen 120 lydfiler og 20 pasientcaser, mulige diagnoser og nødvendig bakgrunnsfakta. Den heter «Lungappen» og koster 65 svenske kroner. Da inngår oppdateringer når det kommer flere pasientcaser og eventuelt andre språk.

Vanskelig å lytte

– Har du også fått kritiske kommentarer?

– Noen synes lyden kan være litt utydelig slik

at det ikke er så lett å identifisere hva man skal lytte etter. Men på den annen side har jeg jo spilt inn lyden fra virkelige pasienter, og lyden man hører er slik den faktisk høres ut når man lytter på pasienter. Det er vanskelig å lytte på lunger, men dette er et hjelpemiddel og den tilhørende teksten forklarer hva man hører på.

Alvring anbefaler at man sitter stille og rolig og hører på en stund med øretelefoner av normal kvalitet. Man skal ikke stresse.

– Etter en stund kommer man til å høre en lyd man ikke hørte i det hele tatt til å begynne med. Det er da faktisk veldig tydelig. Det handler om å venne ørene til å lytte, sier han.

Bekrefter mistanker

– Hvorfor er det så viktig å lytte på pasientene i ambulansen?

– Det er ikke for å stille eksakte diagnoser, men mer for å bekrefte de mistanker og al-

ternative diagnoser som jeg allerede tenker på når jeg setter stetoskopet på pasientens rygg. Noen ganger må jeg justere kursen på grunn av det jeg hører og andre ganger ikke. Men jeg kommer uansett til å ha mer informasjon om pasientens tilstand enn før jeg lyttet.

Appen finnes i dag bare på svensk, men Alvring jobber med en engelsk versjon og er ikke fremmed for å gjøre en norsk versjon hvis det kreves. Og til dem som ikke er vel bevandret i svenske lunge-gloser: Rassel og ronki betyr henholdsvis krepitasjoner og rhonchi. (Kilde: Vårdfokus) IIII

eivor.hofstad@sykepleien.no



CASE: Slik kan den såkalte «Lungappen» se ut.



OPPFINDER: Sykepleier Thomas Alvring jobber ved ambulansen hos Skarborgs sjukehus i Sverige. Foto: Mikael Ljungström

– Faren for streik øker

Brudd i Staten, brudd i KS og brudd i Oslo kommune. Partene står langt fra hverandre. Tekst Kari Anne Dolonen

NSFs forbundsleder, Eli Gunhild By, er overrasket og skuffet over at årets forhandlinger har blitt så vanskelige.

– Ikke minst fordi vi har hatt Holden III-utvalget og at arbeidsgiverne forut for forhandlingene gav inntrykk av forhandlingsvilje. Noe de overhodet ikke har fulgt opp i forhandlingene. Her hadde også den nye regjeringen mulighet til å legge press på staten, men det har de altså ikke gjort, sier By.

Streikefare

– Når partene står så langt fra hverandre, øker det faren for streik i år?

– Streik er et virkemiddel som vi må bruke hvis det er nødvendig. Når arbeidsgiver i forhandling viser så liten vilje er det klart at streikefaren absolutt er til stede, sier hun.

Eli Gunhild By er under den pågående meklingsprosessen mest opptatt av å gjøre en best mulig jobb for at sykepleierne og spesialsykepleierne skal komme best mulig ut av årets oppgjør.

– Det blir viktig i fortsettelsen at utdanningsgruppene skal få en lønnsøkning. Vi må også sikre at vi tar igjen etterslepet som ligger der, sier hun.

Ingen dato for Spekter ennå

Etterslepet er på 0,5 prosent. Det betyr at Unio må ha så mye ekstra for at lønnsgapet til frontfaget ikke fortsetter å øke.

– Det er utgangspunktet for kravet vårt på 3,8 prosent lønnsøkning i alle våre forhandlingsområder, sier hun.

Sykepleiere som jobber på sykehus har Spekter som arbeidsgiver.

– Her har ikke forhandlingene begynt ennå og vi har ingen konkret dato for når vi begynner, sier hun.

Staten

– Staten har verken vist forhandlingsvilje eller visjoner i lønnspolitikken, sier Sigrid Lem, forhandlingsleder for Unio Stat.

I 2000 tjente en ansatt i industrien i snitt 59 000 kroner mer enn en ansatt i staten. I 2013 var forskjellen 120 689 kroner, en fordobling, melder Unio.

– Fra i fjor er det et lønnssetterslep på 0,5 prosent i forhold til industrien. Det er penger som staten skyldes oss fra tidligere. Vårt krav er derfor i tråd med frontfagmodellen, sier Lem. Meklingsstart og frist: 5. mai med frist 25. mai. Eventuell streik: 26. mai.

KS

– Det økonomiske tilbudet fra KS er uakseptabelt og er en invitasjon til brudd, sier forhandlingsleder i Unio kommune, Ragnhild Lied.

Tilbudet de har fått fra KS er på 3,1 prosent. På den positive siden sier Unio at KS har lyttet til lærerne når det gjelder arbeidstid og gir et tilbud om en sentral arbeidstidsavtale.

Meklingsstart og frist: 5. mai. med frist til 25. mai kl 24.00.

Eventuell streik: 26. mai.

Oslo kommune

En lønnsøkning på 3,8 prosent ville sikret høyt utdannede i Oslo en lønnsutvikling på linje med industrien samlet og kompensert for etterslepet, mener Unio.

Dersom Unio får igjennom sitt krav, vil det i snitt bety en lønnsøkning opp mot 30 000 kroner for sykepleiere og 50 000 kroner for lærere med lengst utdanning og ansiennitet.

– Vi håper vi kan komme til en løsning gjennom meklingsprosessen og dermed unngå streik, men det betinger at Oslo kommune viser vilje til å komme oss i møte, sier Unios forhandlingsleder i Oslo kommune, Terje Vilno.

Meklingsstart og frist: 7. mai med frist 26. mai. Eventuell streik: 27. mai. ■■■

NY FORSKNING:

**Økt proteinbehov
for eldre over 65 år¹**



RESOURCE

Kosttillegg med høyt proteininnhold bidrar til styrke og restitusjon hos eldre.

1. Bauer J, et al. JAMDA 2013

www.nestlehealthscience.no
Nestlé Kundenservice: 81568332



Nestlé Health Science
NOURISHING PERSONAL HEALTH

Følg lønnsoppgjøret

Oppdatert informasjon om lønnsoppgjøret finner du på www.nsf.no/tariff www.unio.no og nyhetssaker vil bli lagt ut på www.sykepleien.no

Flere vil bli sykepleier

Ved årets opptak til sykepleierutdanningene er det 2,4 førstevalgssøkere per studieplass.

En økning på over 10 prosent fra i fjor. Tekst Bjørn Arild Østby

Det går fram av Samordna opptak (SO) sine tall for søkning om opptak til høyere utdanning. Totalt er det registrert 10 518 førstevalgssøkere til 4 452 studieplasser i sykepleie. Økningen er på 10,84 prosent. Samlet for alle helseutdanningene er økningen 6,58 prosent.

Søkerne vil få svar på hvilke studier de kommer inn på i slutten av juli.

– Positiv utvikling

– Den gode søkningen til sykepleierutdanningene er avgjørende for å rekruttere mange kompetente sykepleiere i årene framover, sier studiedirektør Marianne Brattland ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Hun tror det er flere grunner til at unge jenter og gutter nå velger en framtid innenfor helse og omsorg.

– SSB har estimert at det vil være et stort behov for sykepleiere og helsefagarbeidere de neste 25 årene. Kvalitetssikring og markedsføring av studiet har vært med på å gjøre det mer attraktivt. Dessuten er sykepleieryrket et yrke i en sektor med stor utvikling, noe som gjør det spennende, sier Brattland.

Totalt har sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og på Kjeller 18 prosent flere førstevalgssøkere sammenliknet med 2013. Det gjør sykepleierutdanningen ved HiOA til landets femte mest populære studie.

Så mye øker/minker antallet søkere i helsefag fra 2013 til 2014:

- › Sykepleie + 10,8 %
- › Medisin + 0,5 %
- › Vernepleier - 6,3 %
- › Sosionom + 8,2 %
- › Fysioterapi - 5,8 %
- › Radiograf + 16,5 %
- › Odontologi - 7,9 %
- › Farmasi + 5,2 %
- › Ergoterapi + 10 %
- › Barnevern - 5,5 %
- › Bioingeniør + 14,7 %

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



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

EasyClick™
Mobilt eller fast montert

EasyReturn™
Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™
Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

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

Høy temperatur på ambulansen

Sykepleiere på bil må ha sykepleierlønn, mener NSF-tillitsvalgte. Nei, sier Fagforbundet og Delta. Tekst og foto Marit Fonn

Heftig debatt og mange klikk tyder på at profesjonskampen på ambulansene ikke er død. Det begynte med et innlegg fra to sykepleiere på sykepleien.no: «Sjukepleie på hjul? Eller transporttjeneste til og fra sjukehus?» En ambulansarbeider svarte med «Helsevesenets håndverkere». Her var tema sykepleiernes mangel på akuttmedisin.

Tredje ut er anestesisykepleier og paramedic Jahn Ingebrigtsen. «Redd for å slippe andre til?» spør han og slår et slag for bachelor i akuttmedisin. (Se fagkronikk side 72.)

– Må lønnes som sykepleiere

På Oslo universitetssykehus (OUS) er de to tillitsvalgte Nina Marvold og Kirsti Juvik opptatt av at sykepleierne som jobber på ambulanse skal ha betalt som sykepleiere.

- Hva er løsningen?
- Sykepleierne har mye å tilføre.
- Med dagens utdanning?
- Man kunne kanskje ønsket mer akuttmedisin. Men vi har mye sykdomslære, anatomi, fysiologi og psykiatri, og vi kan mye om kommunikasjon. Vi er gode til å vurdere pasienter, og det er mye vurderingsbesøk prehospitalt. Men man kan alltid ønske seg mer av alt i en utdanning, sier Juvik.
- Jeg mener vi jobber side om side. Vi ser nytten av hverandres kompetanse, sier Marvold.

Dobbel autorisasjon

Ambulansarbeidere må ha fagbrev. Noen er også utdannet paramedic. Den utdanningen finnes på høyskolen i Lillehammer, men noen er også utdannet bedriftsinternt. Sykepleiere på bil må også ha fagbrev som ambulansarbeidere. Mange av dem er også paramedic.

Autoriserte sykepleiere kan bli autorisert som ambulansarbeider hvis de oppfyller visse krav, som to års praksis fra ambulansetjeneste, kurs i livredning og utryknings sertifikat.

Nytt i år er bachelorutdanningen i preshospitalt arbeid – paramedic, som starter i høst på Høgskolen i Oslo og Akershus. Ifølge Samordna opptak er det 595 førstevalgssøkere til de 40 nye studieplassene.

De to tillitsvalgte er usikre på hva denne utdanningen inneholder.

– Vi vet ikke hva den krever. Om den er bedre enn de tidligere utdanningene, vil jeg ikke ha sagt, sier Juvik.

– Betal for stillingen

Bjørn Wølsta-Knudsen er foretakstillitsvalgt for Fagforbundet på OUS.

– Hva synes du om at sykepleierne på ambulanse får lønn som sykepleiere?

– Her er jeg klinkende klar: Er du ansatt som paramedic eller ambulansarbeider, skal du lønnes som det. En sykepleier på bil kan ikke automatisk gjøre jobben som ambulansarbeider.

– Arbeidsgiver har akseptert et tillegg for ambulanspersonell som er sykepleiere. Jeg er i harnisk over det. Men jeg skyter på arbeidsgiver som har rotet det til, ikke på sykepleierne. Det er unødig støy. Hvis du søker en stilling, skal du ha betalt for det stillingen gjelder.

– Er det profesjonskamp på ambulansen?

– Ikke for meg. Det er arbeidsgiver som har valgt å favorisere sykepleierne på bil. Jeg opplever det ikke som profesjonskamp, men noe ligger vel i bunn.

– Er det fint at sykepleiere vil jobbe på bil?

– For meg er de ikke sykepleiere på bil, men ambulansarbeidere og paramedics. Men det er alltid positivt at man kan berike hverandre med kompetanse. Jeg ser det nok litt mer balansert enn andre. Jeg har ikke behov for å eskalere kampen mellom profesjonene, sier Wølsta-Knudsen

Vil ha felles utdanning

Arbeidstakerorganisasjonen Delta har flere hundre ambulansarbeidere som medlemmer på OUS. Roy T. Nilsen er klinikkstillitsvalgt for Delta på akuttklinikken. Han anslår at mellom 25 og 35 har sykepleierutdanning i tillegg til fagbrev som ambulansarbeider, og mange av dem igjen er også paramedicutdannet.

I mange år har han ønsket seg en bachelor-

Foto: Jorunn Sagen Engen, NTB/ampix



«Jeg er i harnisk.»

Bjørn Wølsta-Knudsen, Fagforbundet

– Det blir de ikke i dag. Ikke på OUS og heller ikke mange andre steder, mener Marvold, avdelingstillitsvalgt på prehospitalt senter

– De er ansatt som ambulansarbeidere, men de har kjempekompetanse. Og kompetanse skal lønne seg, også for sykepleiere, sier Juvik, som er klinikkstillitsvalgt på akuttklinikken.

Begge representerer Norsk Sykepleierforbund (NSF). De synes debatten i Sykepleien er viktig fordi den handler om hvilken kompetanse som trengs prehospitalt.



KAN MYE: NSF-tillitsvalgte Nina Marvold og Kirsti Juvik mener sykepleierne trengs på bil, og at kompetansen deres skal lønne seg.

utdanning som paramedic, gjerne i samarbeid med sykepleierutdanningene. Det vil si felles fag i starten og deretter valgmulighet mellom å bli sykepleier eller paramedic.

– En slik løsning vil være samfunnsøkonomisk fornuftig. Man kan lett omskolere seg senere på tvers av fagene, og det vil gi flere yrkesmuligheter for den enkelte, sier Nilsen som selv er paramedic-utdannet både bedriftsinternt og på høyskolen.

I likhet med Wølsta-Knudsen i Fagforbundet mener Nilsen at en sykepleier som jobber som ambulansearbeider, skal lønnes som det han er ansatt som.

– Dagens sykepleierutdanning er ikke særlig rettet mot prehospitall arbeid. Med en ny paramedic-bachelorutdanning vil det ikke være grunnlag for en lønnsdiskusjon som i dag. Da vil klare kvalifikasjonskrav og innhold i utdanningene ligge til grunn for utøvelse og avlønning for paramedic og sykepleiere.

– *Lever profesjonskampen?*

– Jeg vil ikke kalle det kamp. Her snakker vi om to forskjellige yrkesgrupper som begge er stolte av faget sitt, og som er opptatt av best mulig kvalitet for pasienten vi er der for, sier Nilsen.

Kritisk til ny utdanning

NSF-leder Eli Gunhild By er ikke tvil om at sykepleiere på bil må lønnes som sykepleiere.

– I Sverige er det påbudt å være sykepleier for å kjøre ambulanse.

Ifølge By er det på St. Olavs hospital at NSF har flest sykepleiere på bil. I Helse Midt-Norge er det

ningen på HiOA.

– NSF ønsker ikke flere spissede bachelorutdanninger. Vi vil heller bygge ut de videreutdanningene som finnes. Det er et klart behov for mer kunnskap for ambulansearbeiderne. Men da bør videreutdanningen tas på fagskolenivå.

«NSF ønsker ikke flere spissede bachelorutdanninger.»

Eli Gunhild By, NSF-leder



rundt 50. Der får de også lønn som sykepleiere.

– Jo høyere kompetanse, desto bedre for akuttjenesten, mener By.

Hun understreker at det er viktig å ha gode team som samarbeider godt.

– Det blir stadig flere ambulansepasienter med multisykdommer som krever overvåkning på lange transporter. Derfor er det mer og mer viktig med vurderingskompetanse.

By er kritisk til den nye paramedic-utdan-

I dag må autoriserte sykepleiere ha nok en autorisasjon for å jobbe på ambulanse.

– Sykepleierne må selvfølgelig bygge på med kurs før de kan jobbe på ambulanse, men at de må ta fagbrev blir feil, mener By. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



Følg diskusjonen på sykepleien.no/standpunkt/innspill

Ny rettsrunde for filippinere

I januar blir det ny rettsrunde i saken om utnyttelse av filippinske sykepleiere.

Tekst **Marit Fonn**

Borgarting lagmannsrett har henvist påtalemyndighetens anke til behandling, opplyser statsadvokat Kirsti Guttormsen.

Rettsaken i Oslo tingrett foregikk høsten 2013. Etterforskningen startet våren 2012.

Tapte i tingretten

Dommen i tingretten falt 6. desember 2013. Sykepleierne tapte og de tiltalte, en møbelhandler og hans filippinske kone, ble frikjent for å ha utnyttet dem økonomisk. Også Oslo universitetssykehus (OUS) ble frikjent.

I januar ble dommen anket. Nå har altså statsadvokaten bestemt seg for at saken skal vurderes på nytt.

– Tynt begrunnet dom

Anken er fullstendig. Det vil si at det er både lovanvendelsen og bevisbedømmelsen under skyldspørsmålet som igjen skal vurderes i retten.

– Dommen fra tingretten var veldig tynt begrunnet, både faktisk og rettslig, sier Gro Wildhagen, som er

bistandsadvokat til to av OUS-sykepleierne.

– Det er betryggende at det nå blir ny behandling i retten og forhåpentligvis en bedre begrunnet dom.

Hun håper sykepleierne vil nå fram med kravet om erstatning. Kravet er begrunnet i at sykepleierne har betalt for mye til det tiltalte paret for å få jobb som sykepleiere i Norge.

– Det spørsmålet henger jo tett sammen med skyldspørsmålet. Påtalemyndighetens anke innebærer at retten vil vurdere bevisene i saken på nytt, sier Wildhagen.

Ventetid

Hun legger til at det selvsagt er belastende med nye runder med tidkrevende forklaringer i retten for de involverte sykepleierne.

Det blir en stund å vente. 20. januar 2015 er dagen rettsaken skal starte i Borgarting lagmannsrett. Det er satt av 15 dager til rettsbehandlingen. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



SYKEPLEIEN NR. 1/2014: Kelly Flores og Wilmae Libres tapet i tingretten. Nå får de en ny sjanse til å nå fram.

Color4care
makes your patients smile

10% RABATT
Angi koden: SYKEPLEIEN

199 kr

fr. 149 kr

399 kr

149 kr

29 kr

199 kr

www.color4care.no

Sykepleierne leser Sykepleien Forskning

En leserundersøkelse viser at to av fem leser Sykepleien Forskning hver gang den kommer ut. – Det viser at vi har «truffet» med konseptet, sier Sykepleiens redaktør Barth Tholens.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Spørreundersøkelsen ble tidligere i vår sendt til de litt over 7 000 leserne som har sagt seg villig til å delta i Sykepleiens leserpanel. Av disse har 4 273 svart, 90 prosent kvinner og 10 prosent menn.

Ut ifra svarene ser det ut til at mange leser Sykepleien Forskning. 39 prosent sier de leser bladet hver gang det kommer ut, mens 47 prosent sier de leser det av og til. Bare 2 prosent sier de aldri leser Sykepleien Forskning.

Selv om Sykepleien Forskning kan lese både på nett og i papirutgave, er det papir som dominerer, med 84 prosent. Kun 2 prosent sier de leser bladet på nett, og 15 prosent sier de leser både på papir og på nett.



– Oppmuntrende

Sykepleiens redaktør Barth Tholens er fornøyd med lesernes svar.

– Undersøkelsen viser at vi har «truffet» med konseptet til Sykepleien Forskning. Å få 100 000 sykepleiere til å lese vitenskapelige artikler krever at vi oppleves som praksisnære og relevante. Det krever at artikkelforfatterne bruker et godt og forståelig språk og at stoffet oppleves som tilgjengelig. Tilbakemeldingene fra vårt leserpanel tyder på at vi har lyktes med det. Det er enormt oppmuntrende, sier Tholens.

Ny redaktør

– Hva skal undersøkelsen brukes til?

– Vi har store ambisjoner for Sykepleien. Om kort tid skal vi ansette en ny redaktør for Sykepleien Forskning, etter at Anners Lerdal slutter, sier han og roser jobben Lerdal har gjort.

Barth Tholens sier at de positive resultatene fra undersøkelsen styrker troen på at Sykepleien må bygge videre på det konseptet som Lerdal har vært med på å utvikle.

– Vi vil også bruke undersøkelsen når vi skal utvikle en digital strategi for årene som kommer. Sykepleien Forskning skal være tilgjengelig der folk er, om de er hjemme, på jobben eller på bussen, sier Tholens. ■■■



Nysgjerrig på sykepleien.no, eller ved å bruke QR-koden, får du tilgang til hele undersøkelsen.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no


Leverandør av helse og livskvalitet siden 1995

VELKOMMEN TIL BANDA

Penhygienic med skitt
– finnes i mange farger og varianter, med og uten utstyr



Veil fra 399,-

Kompresjonsstrømper
– når det beste er godt nok



279,-
Veil 334,-

Farge: hvit

Den perfekte arbeidssko
X Pro Maxor fra Berkemann



Veil 1398,-

Stort utvalg søsterur og ID holdere



Utvalget kan variere fra butikk til butikk.

Banda har 50 butikker drevet av høyt kvalifiserte rådgivende helsearbeidere

Vi er store formidlere av sykepleieartikler på blåresept, med tilpasning av produkter, hjemkjøring og opplæring av brukeren som noen av våre gratistjenester.

Vi har også et bredt sortiment av produkter som er beregnet på deg som helsearbeider.

Ta deg en tur og vi kan vise deg vårt sortiment.



Følg oss på Facebook/bandakjeden

Finn din nærmeste butikk på www.banda.no
 Besøk vår nettbutikk: www.banda.no/nettbutikk

Tema Teknologi og helse

- 22 – Teknologi trenger verken være kald, upersonlig eller farlig ›
- 27 – Teknologien er ikke problemet ›
- 27 – En myte at sykepleierne er skeptiske ›



SPASMER: Thor Svendsen har en ryggmargsskade som gjør at han sliter med muskelspasmer i armen.

Varm teknologi

Thor Svendsen, pasient på Sunnaas sykehus, spiller virtuell dart for å trene opp håndleddene. Ny teknologi er på full fart inn i behandling og som verktøy i helsetjenesten.

Tekst Kari Anne Dolonen





BLI MED: Ingeniør og rådgiver i Oslo Medtech, Egil Utheim, oppfordrer sykepleiere til å selv bli med å legge premissene for ny teknologi som skal inn i sykehus og sykehjem. Foto Kari Anne Dolonen

«Teknologi trenger verken være kald, upersonlig eller farlig.» Egil Utheim

Teknologiske hjelpemidler er på full fart inn i pasientbehandlingen. Sykepleierne må involvere seg i utviklingen av morgendagens verktøy. Hvis ikke risikerer de å få dårlige løsninger «tredd nedover ørene». Tekst Kari Anne Dolonen

Teknologi innen helse og omsorg er blitt et uttalt satsningsområde. Politikere og arbeidsgivere vil ha mer forskning for å finne gode teknologiske løsninger. Ofte er begrunnelsen at det i fremtiden ikke vil være nok hender til å utføre alle behandlings- og pleieoppgavene dersom vi skal fortsette å jobbe som i dag.

Helsearbeidere må altså ta i bruk mer teknologi i fremtiden. Teknologene er for lengst satt på saken. Men «å tre teknologi ned over hodet på folk» er sjelden vellykket, mener ingeniør og rådgiver i Oslo Medtech, Egil Utheim.

– Vi må snu prosessen og spørre sykepleiere ute i virkeligheten

hva de ønsker seg. Så kan vi ingeniører og teknologer komme med forslag til hvordan behovene kan løses. På den måten får de som skal bruke teknologien i det daglige et eierforhold til verktøyet de skal bruke, sier han

Dette er utgangspunktet for «Jeg skulle ønske at ...»-seminarene.

Løsning på ett minutt

Forskningsparken ved Universitetet i Oslo setter rammen for dagens «Jeg skulle ønske at ...»-seminar. Det tolketjenesten som skal fortelle om utfordringer de møter, mens teknologer og leverandører skal lytte. Til slutt skal hver teknolog få ett minutt for å fortelle

«Å tre teknologi ned over hodet på folk»,
sjelden er vellykket. Egil Utheim



DART-KONGE: Dart er det pasient Thor Svendsen liker best, og han har rukket å få litt av et rykte på seg i spillgruppa på sykehuset. Foto: Erik M. Sundt

Forskningsrådets satsing

Her er overslag over teknologi og helseprosjekter Forskningsrådet har gitt penger til i 2013:

- » Helse og omsorgstjenester: 6 mill.
- » Offentlig intierte studier på kreftområdet: 13 mill.
- » Humane biobanker og helsedata: 10 mill.
- » FRIMEDBIO – fri prosjektstøtte: 2 mill.
- » IT for funksjonshemmede: 4 mill.
- » Kjernekompetanse og verdiskaping i IKT: 28 mill.
- » Brukerstyrt innovasjonsarena: 25 mill. *
- » Sentre for forskningsdrevet innovasjon: 26 mill. *
- » Nasjonal satsing på infrastruktur: 4 mill. *

* For BIA, SFI, FORINFRA er det beløpet gjennomsnittet av IKT- og helsemerking for prosjekter hvor begge deler er merket. Det er med andre ord ikke nøyaktige beregninger. Totalt er 118 millioner i 2013 merket i disse programmene med IKT for helse- og omsorgssektoren. (tallen er anslag)

Her kan du søke opp prosjekter som har fått støtte av forskningsrådet:

- » <http://www.forskningsradet.no/no/Prosjektarkiv/1181730334233>
- » Les også kronikk fra Forskningsrådet på side 84.

hva de kan bidra med for å finne gode løsninger.

– Det er sjelden slik at det er én leverandør, eller ett teknisk system kan løse komplekse problemer. Jobben vår blir å koble sammen mennesker og produkter slik at man totalt får gode løsninger. Målet med seminarer er at ethvert problem finner en løsning, sier Egil Utheim.

På dagens seminar er det samlet rundt 50 mennesker. Alle lytter, og for anledningen er det leid inn to tolker.

– På den måten kan alle som er til stede få oppleve hvordan det føles å se noen snakke mens man får annen lyd på ørene, sier han.

Verken kald eller farlig

I prosjekter Utheim selv har vært involvert i, ser han at pleiepersonalets skepsis endrer seg når de opplever at teknologien er til hjelp for pasientene.

– Det er ikke slik at teknologi skal erstatte pleie og behandling, men være et tillegg, sier han.

– Teknologi trenger verken være kald, upersonlig eller farlig, sier Utheim og viser til robotselen Paro som brukes på et sykehjem i Vestfold.

At sykepleiere er skeptiske synes ikke Utheim er så rart.

– Sykepleiere har gjerne valgt akkurat dette yrket fordi de ikke ønsker å jobbe med teknologi. De vil jobbe med mennesker.

Utheim mener sykepleiere selv må komme på banen og påvirke hvilke teknologiske hjelpemidler som skal utvikles.

– De sitter på kunnskap om behovene ute i virkeligheten. Vi ingeniører sitter på kunnskap som kan løse dem, sier han.

Wii

Et eksempel på teknologi som gjør hverdagen morsommere er forskjellige sportsspill som for eksempel fins i Nintendo Wii. Det brukes for å aktivisere demente på flere institusjoner, kanskje til en runde bowling.

– Vi ser at de demente lyser opp mens de holder på. Det er ikke sikkert de husker at de har spilt bowling, men de blir roligere og noen kan redusere medisineren. Selv om de demente ikke blir klarere i hodet, blir de bedre i bowling jo mer de spiller. Det virker som om musklene har hukommelse, forteller Utheim.

I tillegg er det en aktivitet som de demente kan drive med sammen med sine barn og barnebarn.

– Det setter en hyggeligere ramme, sier han.

Biblioteket i Drammen har opprettet en spillgruppe som er rettet mot demente i tidlig fase. Den kaller seg seniorgamer og har blant annet egen Facebook-gruppe.

Spill i rehabilitering

En institusjon som har samarbeidet med Oslo Medtech er Sunnaas sykehus. Her er spill tatt i bruk som en del av rehabiliteringen.

For pasient Thor Svendsen er spill blitt et tillegg i behandlingen. Dart er det virtuelle spillet han liker best. Han har på kort tid rukket å få litt av et rykte på seg i spillgruppa på sykehuset, roper fagansvarlig ergoterapeut Anne-Marthe Sanders ved seksjon for hjerneskade. Svendsen har en ryggmargsskade som gjør at han blant annet får spasmer i armen som han ikke klarer å kontrollere.





SENSORER: Pasient Thor Svendsen, får på seg «sensor-hansker» som fanger opp bevegelser. Ved hjelp av håndbevegelser skal han styre et fly... vel og merke i den digitale verden. Foto: Erik M. Sundt



Scan koden med smarttelefon og se filmen om Thor Svendsen og dart-spillingen.

– Dart gjør det mer moro å trene. I tillegg er det sosialt fordi vi har opprettet spillgruppe som treffes regelmessig, sier han.

Etter noen runder med dart, og stor applaus fra det virtuelle publikum, spør vi:

– Hvordan synes du kampen gikk i dag?

– Nei, jeg må vel si meg fornøyd med innsatsen, svarer Dartkongen på Sunnaas.

Erstatter ingenting

Ergoterapeut Anne-Marthe Sanders understreker at spill ikke erstatter behandling.

– Spill i behandling er lite forsket på. Vi er for tiden med i flere forskningsprosjekter for å finne ut mer om effekten av dataspilling, sier hun.

Sanders sier at deres erfaring med dette er positiv.

– Pasienten ser ut til å like det uansett utgangspunkt. Det er ikke slik at de som har spilt mye synes det er mer gøy enn bestemødre som aldri har spilt et dataspill i sitt liv.

Motiverer

– Spill er noe mange voksne tenker er underholdning og kun det. Vi ser at det egner seg godt i rehabilitering og aktivisering. Alle spill er bygd opp ut fra fire hovedtanker: Det skal motivere, det gir deg mål eller en oppgave som skal løses, du får umiddelbar respons og det gir mestring. Spill er bygget opp for å gi spilleren positiv feedback. Istedenfor å fokusere på alt pasienten ikke klarer,

gir spill en mestringsfølelse som fokuserer på det man får til. Det virker motiverende på mange, sier Egil Utheim.

Når det er sagt, understreker Utheim at ikke alle kan spille samme spill.

– Man må finne noe som passer den personen som skal trene. Dersom det er for vanskelig, blir det bare enda en ting man ikke mestrer, sier han.

Spill på resept

Lege Charlotte Lunde jobber på avdeling for kompleks epilepsi-SSE ved Oslo universitetssykehus. Hun er i ferd med å starte opp et forskningsprosjekt på barn mellom 9–15 år med bruk av dataspill.

– Spillene skal brukes til å trene opp arbeidsminnet og er rettet mot barn med konsentrasjonsvansker og ADHD, sier hun.

Lundes hypotese er at arbeidsminnetrening ved hjelp av dataspill er minst like effektivt mot ADHD-symptomer hos barn og unge med epilepsi som sentralstimulerende midler.

– Dersom disse barna som allerede er medisineret for en epilepsidiagnose, kan slippe medisiner også mot ADHD, ville det være fantastisk, sier hun.

Noen år frem i tid

Charlotte Lunde skal starte testingen med barn i løpet av mai dersom alt går etter planen. Resultatene vil ikke foreligge før om et par år.

– Hvorfor bestemte du deg for å forske på nettopp dette?

– Jeg har jobbet i barne-tv og som nyhetsjournalist i 10 år. I

FLY-FLY: Thor Svendsen er ikke helt fornøyd med sine flyferdigheter. Han liker datt bedre. Foto: Erik M. Sundt



SPILL PÅ RESEPT: Lege Charlotte Lunde håper at hennes forskningsprosjekt kan føre til at barn med epilepsi kan redusere medisinenbruken, eller kanskje droppe den helt. Foto: Kari Anne Dolonen

Innovasjon Norge

- » De siste tre årene har Innovasjon Norge totalt gitt 119 tilsagn til prosjekter i helse-sektoren. Sortert etter teknologi utgjorde IKT litt over halvparten. Rundt 10 prosent av prosjektene gjelder velferdsteknologi.
 - » Totalt er verdien på disse prosjektene 690 millioner kroner. Innovasjon Norge har gitt tilsagn om 140 millioner kroner, resten kommer fra andre bidragsytere.
 - Det betyr at 1 krone i tilskudd fra Innovasjon Norge utløser 4 kroner i annen finansiering, sier spesialrådgiver Geir Jacobsen.
 - » 3 av 4 prosjekt har innovasjon på internasjonalt nivå (høyeste grad). Alle andre har (med ett unntak) innovasjon på nasjonalt nivå.
- Har du en god ide? På hjemmesiden til Innovasjon Norge fins informasjon om hvordan du kan finansiere ideen: www.innovasjon-norge.no

t tillegg har jeg studert litteraturvitenskap. Jeg gikk kanskje derfor inn i medisinen med et litt annet blikk enn mange andre. Jeg er kanskje ikke så bundet av en spesiell faglig måte å tenke på. Enten vi liker det eller ikke: Barn og unge i dag spiller mye spill og behersker en iPad før de kan gå. Det er derfor viktig å utforske om disse plattformene kan brukes i behandlingssammenheng, sier hun.

Underholdningsindustrien har 30 års forsprang når det gjelder å utvikle motiverende spill. Det er derimot et helt nytt område for helsevesenet.

– Det er gjort en del forskning på bruk av dataspill som behandling for ADHD, men ikke på grupper med både ADHD og epilepsi. Jeg ønsker å se nærmere på om arbeidsminnetrening med dataspill også kan ha effekt på epilepsipasienter, sier hun.

Men for at det skal trene opp arbeidsminnet, er det spesielle spill som må benyttes.

– Det er kommet noen medisinske spill på markedet, og det vil helt sikkert komme flere. Noe av problemet i dag er at de ofte er mye kjedeligere enn de kommersielle, sier hun.

RoboMemo

Charlotte Lunde har valgt å bruke RoboMemo i sitt prosjekt.

– Det er testet i flere studier og har vist effekt på ADHD-problemer hos barn, sier hun.

Barna som skal bli med i studien må trene sammen med en voksen.

– Vi er derfor avhengig av at foreldrene stiller opp, sier hun.

Barna skal deles inn i to grupper.

– Gruppe 1 skal trene RoboMemo i 30 minutter hver ukedag i fem uker. Gruppe 2 får tradisjonell ADHD-behandling med metylfenidat i minimum fire uker, sier hun.

En verdensutfordring

Det er ikke bare i Norge at fremtidens helsetjeneste er en utfordring. Ifølge Utheim bruker USA nå 17 prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP) på helsetjenester. Og i Asia klarer man ikke å bruke mer enn mellom 6–9 prosent av BNP på helse dersom tjenesten skal være bærekraftig.

«Dersom barn kan redusere medisinenbruken, ville det være fantastisk.» *Charlotte Lunde*

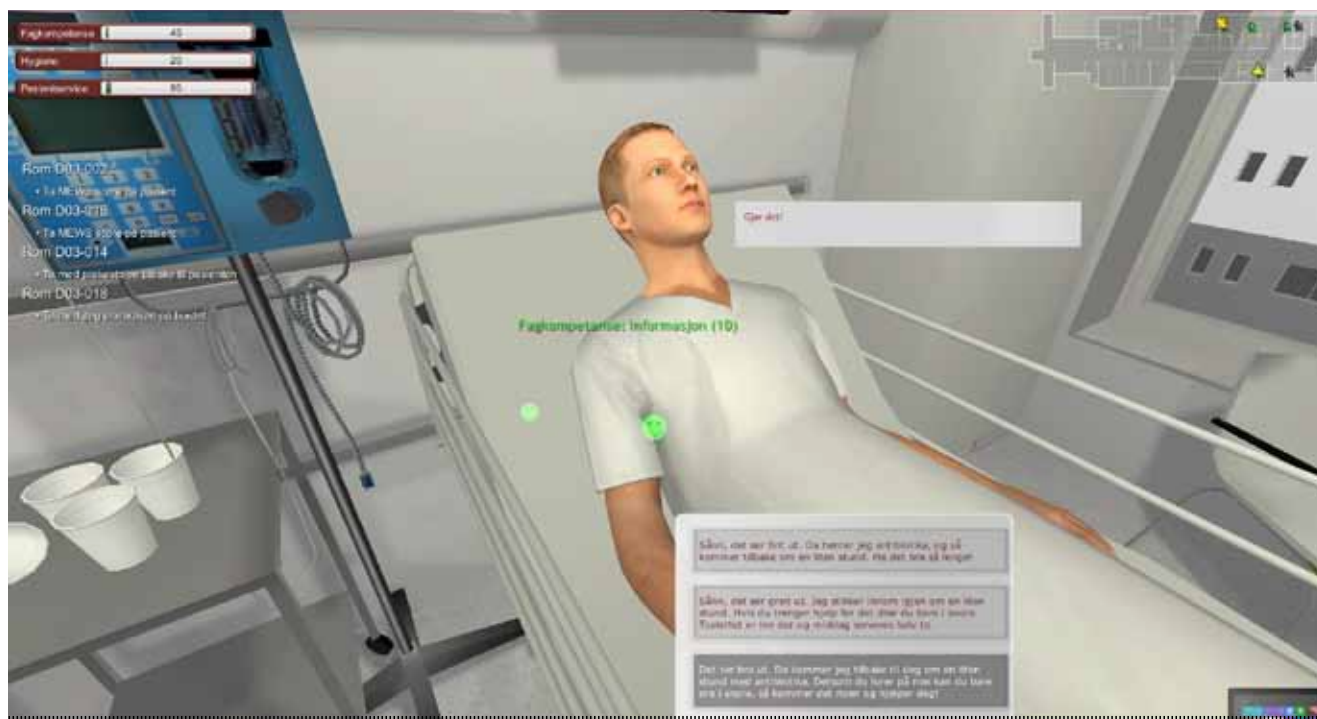
– Alle kan ikke jobbe i helsesektoren. Det er andre viktige jobber som også må gjøres. Det er derfor en gullalder for smarte hoder med smarte løsninger, sier Utheim.

EU har også satt av store summer for å stimulere til forskning på området.

Sim-sykehus

Anne Lise Waal er teknologisjef i firmaet Attensi, som holder til i Forskningsparken ved Universitetet i Oslo. For tiden jobber hun og hennes team med å lage et simuleringsprogram over





SIM PASIENT: Ansatte må sjekke pasienter, gi dem riktig behandling, finne frem til medisinsrom eller utføre andre oppgaver. De ansatte får poeng når de gjør ting riktig.



SIM-SYKEHUS: Anne Lise Waal har sammen med sitt team laget et dataspill av det nye Sykehuset Østfold. Alle ansatte skal teste simulatoren før de begynner å jobbe. Foto: Kari Anne Dolonen



SIM-KORRIDOR: Hele sykehuset er designet slik at alle skal kjenne seg igjen den dagen sykehuset åpner dørene.

«Det er et virtuetelt sykehus hvor du får beskjed om å utføre oppgaver. Når du har løst dem, får du poeng.

Anne Lise Waal, teknologisjef Attensi.

hele det nye Sykehuset Østfold.

– De ansatte skal bruke programmet for å gjøre seg kjent med nye rutiner, ny teknologi og nye planløsninger på sykehuset før pasienter flyttes over. Det betyr at vi må lage situasjoner som er helt virkelighetstro.

For å få det til sitter en 3D-designer med arkitekttegningene av det nye sykehuset. I sitt dataprogram lager han vegger og gulv i riktig materialer og farger, og plasserer alt medisinteknisk utstyr og møbler der det skal være. Alt skal være identisk med virkeligheten.

– For de av leserne som kjenner til dataspillet Sim City, kan dette sammenlignes. Det er et virtuetelt sykehus hvor du får beskjed om å utføre oppgaver. Når du har løst dem, får du poeng, forklarer Waal.

Litt lenger bak i lokalet sitter programmerer Hans Christian

Roxrud. Hans jobb er å sørge for at oppgavene genererer riktig poeng og at alt som skal kunne klikkes og flyttes på, fungerer slik det skal.

I Waals team er det også en tekstforfatter. Han skriver inn alle alternativer som de ansatte får å velge mellom etter at de har fått en oppgave. Også her er det viktig at alt er så nært virkeligheten som mulig.

– Hvordan har dere sikret dere at det blir riktig?

– Mange møter og mye hospitering ute på sykehuset for min del, sier Waal.

Den første demoen ble klar nå nylig, og ansatte ved Sykehuset Østfold kan snart leke seg i en virtuell virkelighet.

På sykepleien.no kan du se mer på prosjektet. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

– Teknologien er ikke problemet

Mobile tjenester på nettbrett og smarttelefoner som støtte i det daglige operative arbeidet, er tekniske løsninger sykepleiere må belage seg på å ta i bruk. Tekst Kari Anne Dolonen

Omsorgsteknologi eller velferdsteknologi, som det ofte kalles her i huset, er et viktig område for Innovasjon Norge, sier spesialrådgiver Geir Jacobsen.

Han er hovedansvarlig for Innovasjon Norges arbeid med slik teknologi.

– Hva anser Innovasjon Norge som den største utfordringen når det gjelder å utvikle omsorgsteknologi?

– Det offentlige velferdsteknologimarkedet er preget av mangel på kompetanse og mangel på finansiering – teknologi er ikke hovedproblemet. Standardisering og mer bruk av felleskomponenter og felles infrastruktur i kommunene vil lette innføringen av nye systemer. Det vil også gi muligheten for rammeavtaler og større innkjøp som vil bidra til å tilføre mer ressurser fra bedriftene til kommunesektoren. Mange bedrifter vil i dag ikke prioritere dette markedet på grunn av at det er lite og lite betalingsdyktig, sier Geir Jacobsen.

– Hva er den største utfordringen ved å ta i bruk teknologi som allerede er utviklet?

– Gode prosjekter i kommunal regi knyttet til velferdstjenester vil forutsette forståelse for mulighetene som ligger i å utnytte eksisterende teknologi. Hovedutfordringene handler om å organisere og gjennomføre endringsprosjekter. I en del tilfeller handler det om å gå fra manuelle systemer til å ta i

bruk IKT-baserte løsninger, sier han.

– Hva slags teknologi bør sykepleiere belage seg på å måtte ta i bruk de neste 5–10 årene?

– Mobile tjenester på nettbrett og smarttelefoner som støtte i

«Hovedutfordringene er ikke knyttet til teknologi, men organisering og gjennomføring av endringsprosjekter. Geir Jacobsen

det daglige operative arbeidet. Mer bruk av videoteknologi til kommunikasjon med pasienter og brukere av tjenestene. Medisinsk teknisk utstyr og sensorteknologi/alarmsystemer som er integrert med administrative løsninger. Dataanalyse av erfaringsdata kan gi støtte i forebyggende arbeid, ramser Jacobsen opp. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

– En myte at sykepleierne er skeptiske

– Det beste med ny teknologi er mulighetene for å yte bedre sykepleie, sier Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund. Tekst Kari Anne Dolonen

Hva er den største utfordringer omsorgsteknologi skaper for sykepleiere?

– For det første tilstrekkelig kompetanse, både når det gjelder bestillerkompetanse i virksomhetene og tilstrekkelig brukskompetanse hos personell og pasienter/pårørende, sier Eli Gunhild By.

Utfordring nummer to er ifølge forbundslederen at organiseringen av virksomheten tilpasses de nye teknologiske virkemidlene. Teknologien og elektronikken må også være integrert med andre systemer.

– For det tredje må implementering og bruk av teknologi involvere brukerne, sier hun.

– Hvilke nye muligheter skaper velferdsteknologi for sykepleiere?

– Det kan være alarmordninger, GPS, smarthusteknologi eller andre ting som blant annet kan gi pasientene større mestingsfølelse, økt trygghet og selvstendighet. Sykepleiere vil kunne omprioritere tiden til de som trenger mer helsehjelp og sykepleie enn det de får i dag, sier hun.

– Hvilke råd vil NSF gi til sykepleiere som er skeptisk til nye teknologiske hjelpemidler i pasientbehandlingen?

– Det er nok i stor grad en myte at sykepleiere er skeptiske til teknologien. Likevel: Vårt råd til teknologiske skeptiske sykepleiere er å se på teknologien som en mulighet, ikke som en trussel. Tenk på bilen og telefonen som teknologi – hvilken nytte dette har for kvaliteten på

tjenestene. Men det er svært viktig at sykepleiere involverer seg og er aktive i valg av konkret teknologi for den enkelte pasient.

– Hva er det smart å være skeptisk til av ny teknologi som skal brukes i pasientbehandling?

– Det er grunn til å være skeptisk hvis teknologer og økonomer får enerett på å bestemme hva slags teknologi som skal brukes når.

«Tenk på bilen og telefonen som teknologi. Eli Gunhild By

Vi ønsker ikke løsninger av typen: «Alle demente sin GPS-sender», som det sto referert til i pressen nylig. Implementering og bruk av teknologi må være basert på individuelle vurderinger overfor den enkelte pasient og dennes behov, understreker By.

– Det beste med ny teknologi er mulighetene for å yte bedre sykepleie. I tillegg kan sykepleiere få en bedre og mer spennende arbeidshverdag. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Der ute

Les mer om:

30 Et hundeliv ›

36 Norges eneste heltids-sykehjem ›

42 Risikerte livet ved fronten ›

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

2000 SVENSKESYKEPLEIERSTILLINGER



Per mars 2014 var det 2000 ledige sykepleierstillinger i Sverige, skriver

Svensk Sjuksköterskeförning. Foreningen er bekymret for at det store antallet ledige stillinger vil få landets helseinstitusjoner til å fire på kravene når de skal ansette sommervikarer, og minner om at sykepleierstudenter ikke skal fylle en sykepleierstilling som vikar. I en artikkel om temaet nevnes den store europeiske studien som ble publisert i Lancet i februar, som viste at pasienter som hadde gjennomgått et kirurgisk inngrep hadde større risiko for å dø dersom de var på et sykehus der sykepleierne hadde mange pasienter å ta seg av og lavere utdanning.

Kilde: svenurse.se

AUSTRALSKE sykepleiere tar førsteplassen



For 20. året på rad har sykepleiere blitt stemt fram som Australias mest etiske og pålitelige profesjon. Farmasøyter og leger tok andre og tredje plassen blant de 30 yrkene som ble vurdert.

Undersøkelsen viste at 91 prosent av australiere over 14 år satte sykepleierne på hedersplassen når det gjelder etikk og ærlighet. Dette var til og med 1 prosentpoengs økning fra forrige år.

– Det er en stor bragd at australske sykepleiere får denne rangeringen 20 år

på rad, sa Lee Thomas fra det australske sykepleierforbundet ANMF, og minnet samtidig om at Australia trenger kjapt å få på plass planer for hvordan de skal få rekruttert nok sykepleiere som kan erstatte de mange som skal gå av med pensjon de neste 15–20 årene.

ANMF organiserer både sykepleiere, jordmødre og «sykepleierassistenter» og har over 233 000 medlemmer.

Kilde: ANMF

KROATISK-NORSK helsetilbud

Nordmenn har nå fått refusjonsrett for helsebehandling i Kroatia og kan også bruke Europeisk helsetrygdkort i landet. Det betyr også at kroatiske borgere kan benytte seg av det offentlige helsetilbudet i Norge og de andre EØS-landene.

Kroatia ble medlem av EU 1. juli 2013, men har ikke vært med i EØS-samarbeidet før april i år. Det har blant annet betydd at nordmenn ikke har kunnet bruke Europeisk helsetrygdkort i det populære ferielandet før nå.

Rettighetene helsetrygdkortet gir, er begrenset. Det er derfor viktig å ha en privat reiseforsikring i tillegg til helsetrygdkortet.

Kilde: HELFO



DANSKE sykepleiere sjikaneres

Oppimot hver tiende danske sykepleier utsettes for sjikane på fritiden, viser en undersøkelse utført av Dansk Sygeplejeråd (DSR).

– Det er totalt uakseptabelt, mener Dorte Steenberg, nestlederen i DSR.

Hun forteller til organisasjonens nettside at der er eksempler på at sykepleiere fjerner navneskiltene sine, for å gjøre det vanskeligere å lete opp deres private adresser og telefonnumre.

– Det er viktig å understreke at arbeidsrelatert sjikane spenner vidt fra for eksempel kjærlighetsbrev til dødstrusler. Men det er selvsagt skremmende å bli utsatt for sjikane i fritiden hvor det overskrider grensen til privatsfæren, sier Steenberg.

Hun oppfordrer arbeidsplassene til å ha en plan for hvordan denne typen problem skal forebygges og håndteres. I undersøkelsen er det kun 6 prosent som sier arbeidsplassen deres har avtalte prosedyrer og/eller retningslinjer for forbygging av sjikane i fritiden.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd





Flere demente i STORBRITANNIA

I Storbritannia antar man at antallet pasienter med demens vil fordobles i løpet av de neste 20 år. For tiden har opptil halvparten av pasientene ved landets akuttavdelinger demens eller en demens-assosiert tilstand. De siste tallene for forekomst på sykehjem indikerer at rundt 90 prosent av beboerne har demens.

Kilde: Nursing Standard

SPANSKE sykepleiere like gode som leger

Sykepleiere kan ta over en del av den behandlingen som i dag utføres av leger, viser en spansk studie publisert på nettet til Journal of Advanced Nursing. Det viser seg at sykepleiere kan være like gode som leger når de skal løse enklere medisinske problemer.

Studien ble utført hos 38 allmennpraksiser i Catalonia i Spania, og involverte 142 allmennpraktikere og 155 sykepleiere. Forskerne så på 1461 voksne pasienter som fikk time samme dag til enten å treffe sykepleier eller lege. Det ble målt hvor bra symptomene ble løst og hvor fornøyd pasientene var etterpå, to uker etter besøket.

Sykepleierne løste over 86 prosent av tilfellene. Det de var best på var brannskader etterfulgt av skader og akutt diaré. De var mindre flinke til å løse mer komplekse problemer som smerter i nedre del av ryggen, akutte milde øvre respiratoriske symptom og problemer med urinerings.

Pasienter i begge grupper var like fornøyd, og over 40 prosent i hver gruppe sa de ikke brydde seg om det var lege eller sykepleier de kom til å gå til neste gang de fikk et liknende symptom.

Kilde: EurAkalert.org



Langtidssykemeldte øker i SVERIGE

Antall langtidssykemeldte øker på nytt i Sverige, etter å ha minsket kraftig på hele 2000-tallet. Det gjelder særlig kvinner ansatt i kommune- og fylkessektoren, og psykiske diagnoser.

Det kommer fram i AFA Försäkrings årlige rapport om alvorlige arbeidsulykker og langtidssykemelding.

De langtidssykemeldte (mer enn 90 dager) økte fra 28 730 til 30 495 på et år mellom 2010 og 2011. Det innebærer at risikoen for å rammes økte fra 19,9 til 21 prosent per 1000 sysselsatt. Størst risiko har kvinner mellom 56 og 64 år, ansatt i kommune og fylke. Der er det nesten 40 av 1000 som blir langtidssykemeldt.

Økningen i sykefraværet innebærer ikke flere godkjente arbeids sykdommer. Majoriteten som meldes godkjennes ikke, på grunn av bevisreglene. Det innebærer at de plager som rammer kvinner i offentlig sektor ikke blir godkjente. Nå har regjeringen bestemt å se nærmere på reglene i sykeforsikringen.

Kilde: Duochjobbet.se

Utvidete kvalitetsindikatorer i USA

Den nasjonale databasen med sykepleier-relaterte kvalitetsindikatorer (NDNQI) utviklet av den amerikanske sykepleierorganisasjonen ANA, har blitt utvidet. Nå skal de også passe på tre nye sykehusområder: Akuttavdelinger og avdelinger som tar imot pasienter før, under og etter både kirurgi og fødsel.

Dataene som samles inn kan hjelpe avdelingene i å utvikle bemanningsplaner og strategier for å forbedre pa-

sientresultatene, slik som å redusere liggesår, pasientfall og infeksjoner.

De tre nye sykehusområdene som kvalitetsindikatorene skal introduseres i, kan være problematiske å måle kvaliteten på, fordi pasientene har kort liggetid i tillegg til at mange yrkesgrupper er representert der, ikke bare vanlige sykepleiere (registered nurses). Derfor har ANA denne gangen arbeidet med tre andre spesialistorganisasjoner innen sykepleie, for å finne den riktige

bemanningsnormen per mengde pasienttid for hver av de tre nye fagområdene: Akutt, kirurgi og fødsel.

I USA er rundt 2000 sykehus med i NDNQI-ordningen. Den måler sammenhengen mellom pasientresultater og bemanningskarakteristikker, slik som antall sykepleier-behandlingstimer, utdanningsnivå og gjennomtrekk (turnover).

Kilde: NursingWorld.org



Riskhospitalet



Et hundeliv

Birgitte Næss Wærner lever drømmelivet sammen med dem hun er aller mest glad i. De fleste er firbente.

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt





Birgitte Næss Wærner er avdelingssykepleier ved hjemmetjenesten i Torpa i Nordre Land kommune. Ved siden av heltidsjobben som sykepleier, driver hun med hundekjøring og western-ridning. I år kom hun på 2. plass i Finnmarksløpet.

Lidenskapen for hundekjøring deler hun med ektemannen Thomas og sønnene Herman på 9 år og Wiliam på 4 år.

Sammen driver de hundekennelen Berserk som for tiden huser over 60 Alaska-huskyer. I tillegg har familien tre hester, fire whippeter og en borzoi.

– Også har vi en pusekatt, forteller Birgitte Næss Wærner.

Hun er opprinnelig fra Bekkelaget i Oslo.

– Hvordan havnet du her i Torpa?

– Det var kjærligheten det, sier hun og ler.

Thomas og Birgitte møttes under VM i Wallagu i 1998. Siden har de hengt sammen og deler på hundekjøringen.

Til neste år er det Thomas sin tur til å ta med seg de beste hundene til det berømte hundeløpet Iditarod i Alaska. Der kunne også Birgitte godt tenke seg å delta. Men å leve som Birgitte og Thomas krever kontroll på kostnadene. Bare å frakte hundene til Alaska vil koste 600 000 kroner.

Mat til de 60 hundene koster over 300 000 i året, og det dekkes ikke av sykepleierlønningen.

– Vi er heldige å ha gode sponsorer, sier Birgitte Næss Wærner. ■■■





FINNMARKSLØPET: Birgitte Næss Wærner er sykepleier og hundekjører. I år ble det 2. plass i Finnmarksløpet og hun kjørte fra alle gutta. Foto: Finnmarksløpet/Kjersti Madeleine Godin.

«Jeg er et omsorgsmenneske.» Birgitte Næss Wærner



OMSORGSMENNESKE: Birgitte Næss Wærner liker jobben sin og ville ikke kuttet den ut selv om hun kunne. – Jeg er et omsorgsmenneske, men tror også det er viktig å få andre impulser, sier hun. Å være avdelingssykepleier betyr at hun sitter mye på kontoret, men hun liker at hun også har mulighet til å jobbe klinisk ved behov.



GODE VENNER: Andreas Nordby (93) har bodd ved Torpa omsorgssenter i 13 år. Birgitte Næss Wærner har jobbet her i åtte år. – Etter så mange år sammen er vi fremdeles venner, sier Andreas Nordby og ler godt. Han synes det er stas at avdelingssykepleieren gjør det så bra i løypa. Selv er han hestemann og utveksler gjerne historier med Birgitte.



KOSEGUTT: Birgitte Næss Wærner har alltid tid til litt kos. Denne karen heter Elvis og er 1 år.

– Han er foreløpig et uskrevet blad, men virker veldig lovende og har de kvalitetene vi ser etter. Jeg regner med at han er i hovedspannet om 1 år, sier hun.





KJÆRLIGHET: Birgitte Næss Wærner er opprinnelig fra Bekkelaget i Oslo. Kjærligheten brakte henne til Torpa. Hun møtte Thomas under VM i Wallagu i 1998. Siden har de hengst sammen, og de begge er lidenskapelige hundekjørere.



GÅR FOR SEIER: Til neste år er det Thomas sin tur. Da er det han som skal få velge de beste hundene og for første gang kjøre Iditarod. – Klart jeg går for å vinne, men det vil nok ikke skje. Det er bare en gang en førstegangskjører har vunnet Iditarod, og det var han som vant første gang løpet ble gjennomført, sier han. Foto: Kari Anne Dolonen.



WESTERN-RIDNING: For Birgitte Næss Wærner kom hesteinteressen først. Da hun som ung gikk på rideskole. Hun prøver å få dyrket interessen for reining. Det er den mest avanserte formen western-riding. – Formen har sitt utspring i hvordan man samlet inn kveg, forklarer hun.



KOSEDYR: Inne i stua fotfølges hun av 4 whippeter og en borzoi. På terrassen står et spraglete pusekatt og nyter vårsola. Det er dyr overalt. I tillegg har Birgitte tre hester. – Jeg driver også med western-riding, sier hun.



MOR OG MINSTEMANN WILIAM: Ved foten av Synnfjellet bor Birgitte og ektemannen Thomas sammen med sine to sønner Herman (9) og William (4). Her har de bygget opp enhver dyreelskers drømmeliv. Ute i den store hundegården er det normalt 60 Alaska-huskyer. – Nå er det rundt 40 fordi hundespennet jeg brukte i Finnmarksløpet ikke har kommet hjem ennå, sier Birgitte.

«Det var kjærligheten det.»

Birgitte Næss Wærner om hvordan hun havnet i Torpa.



KLYNK: Vi er heter K2, Kathy og Kjell og er seks uker gamle. Når vi blir store skal vi bli verdens beste lederhunder. Akkurat sånn som mor og far.



PASS OPP: Eldste sønnen Herman på ni år kjører gjerne treningsturer med både mor og far. Målet er å bli minst like gode som dem. – Helst enda flinkere, påpeker han.

– Når alle er heltidsansatte blir vi mer sammensveisa, mener Ragnhild Moe.

Tekst og foto Eivor Hofstad

Norges eneste heltidssykehjem

Livsglede og helårsplan

Trondheim kommune er nytenkende innenfor andre områder i sykehjemssektoren også. Blant annet har kommunen innført «livsgledesertifisering» hos sykehjem. Da kartlegges sykehjemspasienters interesser og preferanser innen kultur og ulike aktiviteter, slik at de skal få en mer helhetlig omsorg og kanskje også redusert medisinbruk. Ved et sykehjem i kommunen har de også innført 1-års plan, det vil si at de har en 52 ukers plan hvor alt feriefravær og ulike vakter legges inn for et år, for å kunne gi mer forutsigbarhet.

Kilde: NSH-konferanse om arbeidstid

Det er siste onsdag før påske på det nye sykehjemmet i Trondheim: Dragvoll helse- og velferdssenter. I underetasjen på kontoret til konstituert enhetsleder Hildegunn Slettvoll flommer et bord over av stappfulle påskeegg, størrelse XXL. De skal hun fordele rundt på avdelingenes vaktrom når de røde dagene kommer. Høyt blodsukker har forhåpentligvis en positiv effekt hos turnusslaver når feriefolket soler seg i hytteveggen på fjellet.

Men det er ikke bare de gigantiske påskeeggene som gjør at Dragvoll helse- og velferdssenter skiller seg ut

blant den gemene sykehjemshop. Politikerne i Trondheim kommune har nemlig tatt grep mot deltidskulturen i helse- og omsorgssektoren. Ordføreren har proklamert at alle stillinger som lyses ut innen eldreomsorgen skal være hele. Dermed ble det nye sykehjemmet på Dragvoll det første i landet hvor alt pleiepersonale jobber heltid, da det åpnet i fjor høst.

Alle tar ansvar

I byggets andre etasje har Tyholdt sykehjem slått seg til. Det drives på vanlig måte, med flere deltidstillinger. Dermed kan Hildegunn Slettvoll, som leder begge sykehjem, lettere sammenlikne de ulike driftsformene mellom første og andre etasje.

– Arbeidsmiljøet blir veldig godt når alle jobber like mye. Alle tar like mye ansvar, sier hun.

Plasstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF), Ragnhild Moe, er enig. Hun har jobbet på to sykehjem tidligere, hvor det var vanlig med deltidstillinger og mindre andel av ansatte med treårig høyskoleutdanning.

– Forskjeller er at her samarbeider vi bedre. Vi er mer sammensveisa og det blir bedre arbeidsmiljø. Alle får mer forståelse for alle vaktene, blant annet nattevaktene, siden alle også må ha dem, sier hun.

Dessuten peker hun på at hun blir bedre kjent med pasientene.

– Jeg vet hvordan de er på natta

også. Hvis de for eksempel ofte er våkne på natta, kan det ha betydning for behandlingen de bør få på dagen.

Kompetansedager

Foreløpig har Dragvoll 3 millioner kroner ekstra å rutte med hvert år, siden det hele er et prosjekt som skal evalueres etter to år. Ønsker noen å gå ned i stilling her i løpet av den perioden, må de enten holde ut i 100 prosent eller slutte.

Et kjent argument fra arbeidsgiver for ikke å tilby fulle stillinger til alle som ønsker det, er at det blir et problem i ukedagene med mer personale enn man strengt tatt har bruk for. For å bøte på dette, har de på Dragvoll innført åtte kompetansedager i året for alle ansatte.

– Da trekker vi dem ut av pleien og lar dem undervise hverandre i ulike temaer, forteller Slettvoll.

Temaene er blant annet de fire som sykehjemmet har definert som fokusområder: Velferdsteknologi, livsglede hos eldre, helhetlig pasientforløp og forflytning.

– For 3 millioner ekstra i året skulle man tro dere kunne leid inn noen gode foredragsholdere?

– Det hadde blitt tungvint og dyrt, fordi vedkommende måtte kommet hit seks ganger. Vi fordeler de 19 ansatte på seks uker, mener Slettvoll.

– Hva har du lært på disse dagene, Moe?



ROYALE AVDELINGER: Konstituert enhetsleder Hildegunn Slettvoll var med på å finne navn til avdelingene som har hentet inspirasjon fra et visst kongehus nord i Europa ...



HELTIDSHJEMMET: – Jeg har ikke merka at de bare jobber heltid her, sier Inger Synnøve Jensen som har fått besøk av plassstillitsvalgte Ragnhild Moe på rommet sitt.

– Jeg har blant annet lært om livsglede og VIPS – et verktøy for å håndtere utagerende pasienter. Snart skal vi ha et sårkurs.

Nesten Dr. House

Da det nye sykehjemmet skulle planlegges, kunne enhetsleder Lee Blomstrøm og Slettvoll, som da var fagleder, tenke gjennom hvilken fagdekning de ønsket. Det resulterte i at første etasje har åtte sykepleiere, tre vernepleiere og åtte helsefagarbeidere, fordelt på 32 pasienter. Andre etasje har seks sykepleiere og en vernepleier, og flere av dem er i deltidsstillinger.

– Dermed har Dragvoll flere «tre-åringer» enn «ettåringer», noe som er veldig uvanlig på sykehjem, sier Slettvoll.

– Merkes det?

– Ja. Første etasje har stort fokus på det faglige og blir nesten et minisykehus av og til. Nesten litt «Dr. House». Tilsynslegen har sagt at hun må jobbe

hardt fordi sykepleierne observerer så mye som må undersøkes. De har ikke mer tid i første enn i andre etasje, men diskusjonsforumet er mye større.

– Ja, vi oppdager mye mer infeksjoner, sier Moe.

Trepartssamarbeid

KS og arbeidstakerorganisasjonene var selvfølgelig med på forhandlingene rundt ordningen.

– Alt vi har klart, har vi gjort i kraft av et godt trepartssamarbeid, uttalte nylig Sissel Trønsdal, kommunalråd i Trondheim kommune, på en konferanse om arbeidstid i regi av Norsk sykehus- og helsetjenesteforening.

Det er Siv Karin Kjølmoen, rådgiver hos Fagforbundet, enig i.

– Det er få som får det så bra til som Trondheim. Politikerne der har vært bevisste, så administrasjonen har måttet ta tak i føringene som har blitt lagt. Trondheim har dessuten alltid hatt en tradisjon for godt trepartssam-

arbeid. Hvis ikke alle tre parter har dette inne, dør det ut så fort ildsjelene slutter, sier hun.

Overgang til heltid

Trondheim kommune er i en overgangsperiode mot mer heltid. Den gjennomsnittlige stillingsprosenten i kommunen totalt er 82 prosent, mens den ligger nede på 70 prosent for dem som jobber innen helse og velferd.

– Det var snakk om at en skulle se på en ordning hvor en lyste ut 100 prosent, selv om den som sluttet bare hadde 75 prosent. På sikt var tanken at dette skulle jevne seg ut, sier hovedtillitsvalgt for NSF i Trondheim kommune, Gørill Tranås.

Hun opplyser at per i dag har kommunen 37,2 prosent ansatte i heltidsstillinger under kommunaldirektør for helse og velferd. Det skal opp i 43 prosent i løpet av året.

Tranås synes det er vel og bra at kommunen ønsker å satse på heltids-

«Alle tar like mye ansvar.»

Hildegunn Slettvoll



stillinger, men mener det kan mangle litt på operasjonaliseringen av målene. I tillegg er satsingen lagt kun til helse og velferd.

– Hva tenker du på da?

– Snakker vi om full stilling for bare sykepleiere eller for hele arbeidsstokken? Hva da med sykepleiere på legevakta? Der er det fremdeles mest brøkstillinger som tilbys. For ikke å snakke om jordmødre og helsesøstre, men de faller inn under oppvekst og utdanning som er en annen etat i kommunen.

Tranås har også erfart at når det hele skal gjennomføres, kan det bli en ekstra utfordring at prosjekter om turnus/heltidsstillinger ligger under organisasjonsavdelingen i kommunen.

– Til nå har det vært for lite dialog mellom de ulike avdelingene i kommunen. Det har vært oppfattet at de ikke har hatt samme utfordringsbilde og samme forslag på løsning, sier hun.

Sykefravær

Tranås mener en av utfordringene til Dragvoll HVS er sykefraværet. I januar var totaltallet på 17 prosent.

– Dette er et høyt tall når arbeidsstokken ikke omfatter så mange ansatte. De har ikke deltidsstillinger å spille på, som andre sykehjem har, sier hun og skynder seg å legge til at hun selvfølgelig ikke mener at man skal ha deltidsstillinger så ansatte må jakte ledige vakter, men at det da kan være utfordrende å få god fagdekning og kjente folk på arbeid.

– Det er beintøft å starte nytt sykehjem. Utfordringen vår er at vi har

vært nye og har måttet opparbeide oss en stab av vikarer. Jeg synes vi har landa det godt, sier enhetsleder i permisjon, Karine Lee Blomstrøm.

– Vi vet ikke hva som kan relateres til heltid og hva som er på grunn av oppstart med nytt bygg, nye pasienter og ansatte. Fremdeles bygger vi hyller, det er klart slikt gir belastning over tid. Men vi har lite arbeidsrelatert langtidssykefravær, påpeker Slettvoll.

Royalistiske tilbøyeligheter

Det er middagstid på Dragvoll. På avdeling Harald i første etasje sitter pasientene rundt et langbord og spiser pannekaker med blåbærsyltetøy. Hvis de vil, kan de vinke over til avdeling Sonja på

– Og hvis du selv skulle ønske hva som skjer her etter to år – skal dere fortsette med bare heltidsstillinger for alle?

– Det er litt tidlig å si noe. Dessuten forutsetter det tre millioner kroner ekstra per år, og det er ikke sikkert vi får det, sier Slettvoll.

Hva synes Norsk Sykepleierforbund (NSF) om at de på Dragvoll må jobbe fire helger ekstra i året i tillegg til hver tredje helg?

– NSF er fortsatt like tydelig på at det å jobbe tredje hver helg er stor nok belastning i tillegg til kvelder og netter, sier leder av forbundet, Eli Gunhild By.

– Vi er åpne for å prøve ut flere prosjekter, og når det er et politisk prosjekt som fokuserer på heltid og som er basert

«Vi oppdager mye mer infeksjoner.»

Ragnhild Moe

den andre siden av et atrium. Det eneste som mangler er champagneglassene.

– Kongehuset hadde ikke noe imot navnevalget på de fire avdelingene. Vi bruker dem jo ikke sammen med titlene, forteller Slettvoll.

Et annet luksustrekk ved Norges eneste heltidssykehjem er at de ansatte får ønske seg hvilke vakter de skal gå. De kaller det ønskekalenderplan, og det er en tredelt turnus som går over 26 uker. I løpet av et år må alle ha fire ekstra helger i tillegg til hver tredje helg.

– Det har gått bra. De setter seg ned hver for seg og planlegger, sier Slettvoll.

på frivillighet og ekstra betaling, har vi valgt å være positive.

– Er det å jobbe hyppigere helg en rimelig pris å betale for å få flere heltidsstillinger?

– Nei, det behøver det ikke være. Jeg har akkurat vært på besøk på Haukeland universitetssykehus hvor de har et bemanningsprosjekt med mange ulike virkemidler som har økt stillingsprosenten til de ansatte. Der er ikke jobbing oftere enn tredje hver helg en gang et tema, sier By. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

Støttestrømper

Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben. Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



xwear.no

Kun en av fire ledige sykepleiervakter erstattes med sykepleiere.

Tekst Bjørn Arild Østby

Erstatter ikke sykepleiervakter

I en periode over 14 dager i mars kartla NSF's tillitsvalgte i Østfold hvor mange sykepleiervakter det var totalt i avdelingen eller virksomheten, hvor mange som var ledige og hvordan disse ble erstattet.

23 prosent av sykepleiervaktene i fylkets pleie- og omsorgstjeneste var ubesatt. Kun hver fjerde ble dekket av andre sykepleiere. Resten av vaktene ble erstattet med helsefagarbeidere, ufaglærte eller ikke dekket opp. Det viser undersøkelsen NSF Østfold har gjort i 13 av fylkets 18 kommuner.

«Temperaturmåling»

– Kartleggingen er en måte «å ta tempen på» bemannings-situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten på. Selv om dette ikke er forskning, viser tallene at ledere daglig står overfor store utfordringer med å fylle ledige sykepleiervakter. Det er krevende for både ledere og ansatte, ifølge fylkesleder Karen Brasetvik.

«Ledere står daglig overfor store utfordringer med å fylle ledige sykepleiervakter.» Karen Brasetvik

Liten endring fra i fjor

Sammenliknet med tilsvarende kartlegging i fjor, viser årets undersøkelse at det er færre ubesatte sykepleiervakter (23 prosent mot 40 prosent i fjor). Samtidig viser resultatene at det er liten endring i hvordan man løser sykepleiermangelen.

- 25 prosent av de ledige sykepleiervakter ble erstattet med sykepleiere. Det er likt med i fjor.
 - 31 prosent ble erstattet med lavere kompetanse mot 34 prosent i fjor.
 - 22 prosent ble erstattet med ufaglærte mot 27 prosent i fjor.
- Den største økningen er i antall vakter som ikke ble erstattet. Mens 13 prosent av de ledige sykepleiervaktene ikke ble erstattet i fjor, gjaldt det for 18 prosent av vaktene i år.

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



KOMPRESJONSSTRØMPER TIL HVERDAG OG FEST

Flow Kompresjonsstrømper bedrer blodsirkulasjonen i bena og øker velbehaget. Om du går, står eller sitter mye kan du ofte oppleve at du får vonde, tunge og hovne ben. Slikt ubehag er fare-signaler og kan i sin tur føre til åreknuter, leggkramper og i verste fall blodpropp. Ved å benytte Flow Kompresjonsstrømper kan man forebygge slike lidelser. I tillegg er strømpen svært behagelig å ha på. Kompresjonsstrømpene er perfekt til reise - Flow Kompresjonsstrømper ser ut som helt vanlige strømper.



Kompresjonsklasse 1
Finnes i fargene

FLOW

Flow Kompresjonsstrømper distribueres og markedsføres av Norgesplaster - se mer på www.norgesplaster.no

Norgesplaster.





EBOLAVIRUS: Medlemmer av Røde Kors går rundt i gatene til Conakry i Guinea for å øke bevisstheten rundt utbruddet av ebolaviruset. Vest Afrika opplever nå et av de mest alvorlige utbruddene siden det for første gang ble oppdaget i Kongo i 1976. Tidligere har ni av ti rammete dødd av viruset, og WHO er svært bekymret for situasjonen. Myndighetene advarer lokalbefolkningen mot å spise «bushmeat», som kan være smit-

tekilde. Ebola fører til såkalt hemorrahgisk (blødende) feber. Inkubasjonstiden er 2–21 dager. Sykdommen smitter gjennom direkte kontakt med blod, sekreter eller andre kroppsvæsker. Derfor er også helsepersonell utsatt for smittefare. Det finnes ingen effektiv behandling eller vaksine mot sykdommen.

Tekst og foto Scanpix/Wikipedia

Norske sykepleiere tjenestegjorde ved flere fronter og opplevde krigens gru på nært hold.

Tekst **Trond Gram**

Risikerte livet ved fronten

Oktober 1914. Verdenskrigen har rast i to måneder når den norske sykepleieren Dagny Ferman tar seg inn i Frankrike.

«Jeg fikk tillatelse til å reise til Frankrike, fordi jeg er utdannet i det franske Røde Kors», fortalte Dagny Ferman til Aftenposten fem år etter.

Da hadde hun tilbrakt fire år ved ulike franske feltsykehus, og sett tusenvis av unge soldater komme inn fra fronten.

«Ofte døde de mellom hendene på oss, enten før de kom på operasjonsbordet, under selve operasjonen eller like etterpå», fortalte hun i et lengre intervju med avisen etter at hun kom tilbake til Norge i 1919.

«Hvor vondt jeg har av dem alle.» Sykepleier Dagny Ferman

Dagny Ferman representerer en ukjent del av norsk krigshistorie: De norske sykepleierne som frivillig reiste til Frankrike og andre deler av Europa for å gjøre tjeneste ved fronten under 1. verdenskrig, selv om Norge sto utenfor. Ferman deltok gjennom hele krigen og var utplassert ved flere av de store feltsykehusene, både ved fronten i Frankrike, i Paris og London.

Norske sykepleiere var å finne like bak fronten i tjeneste for flere land:

Trønderen Astrid Havig var en av dem. Hun tjenestegjorde helt fra krigens begynnelse ved tyske krigslasaretter, og ble tildelt Ludvigsordenen av kongen av Bayern.

Titusener av sykepleiere

I den første totale krig ble et ukjent antall kvinner mobilisert til krigstjeneste på begge sider. Brorparten av disse ble satt til å fylle sivile jobber som sto tomme fordi mennene var utkalt til militæret, men tusenvis av kvinner tjenestegjorde også som sykepleiere både hjemme og ved fronten. Det er uvisst hvor mange, men de kom fra alle krigførende land.

Blant annet tjenestegjorde mellom 30 000 og 50 000 kvinner for Østerrike-Ungarn i 1917. Da USA kom inn i krigen, hadde den amerikanske hæren med seg mer enn 10 000 sykepleiere til Europa, mens like mange tjenestegjorde hjemme. Britene hadde rundt 2 300 sykepleiere ved utbruddet av krigen, disse ble etter hvert supplert av frivillige sykepleiere, og ved slutten av krigen hadde rundt 70 000 kvinner tjenestegjort i såkalte Voluntary Aid Detachments.

Ingeborg Steen-Hansen

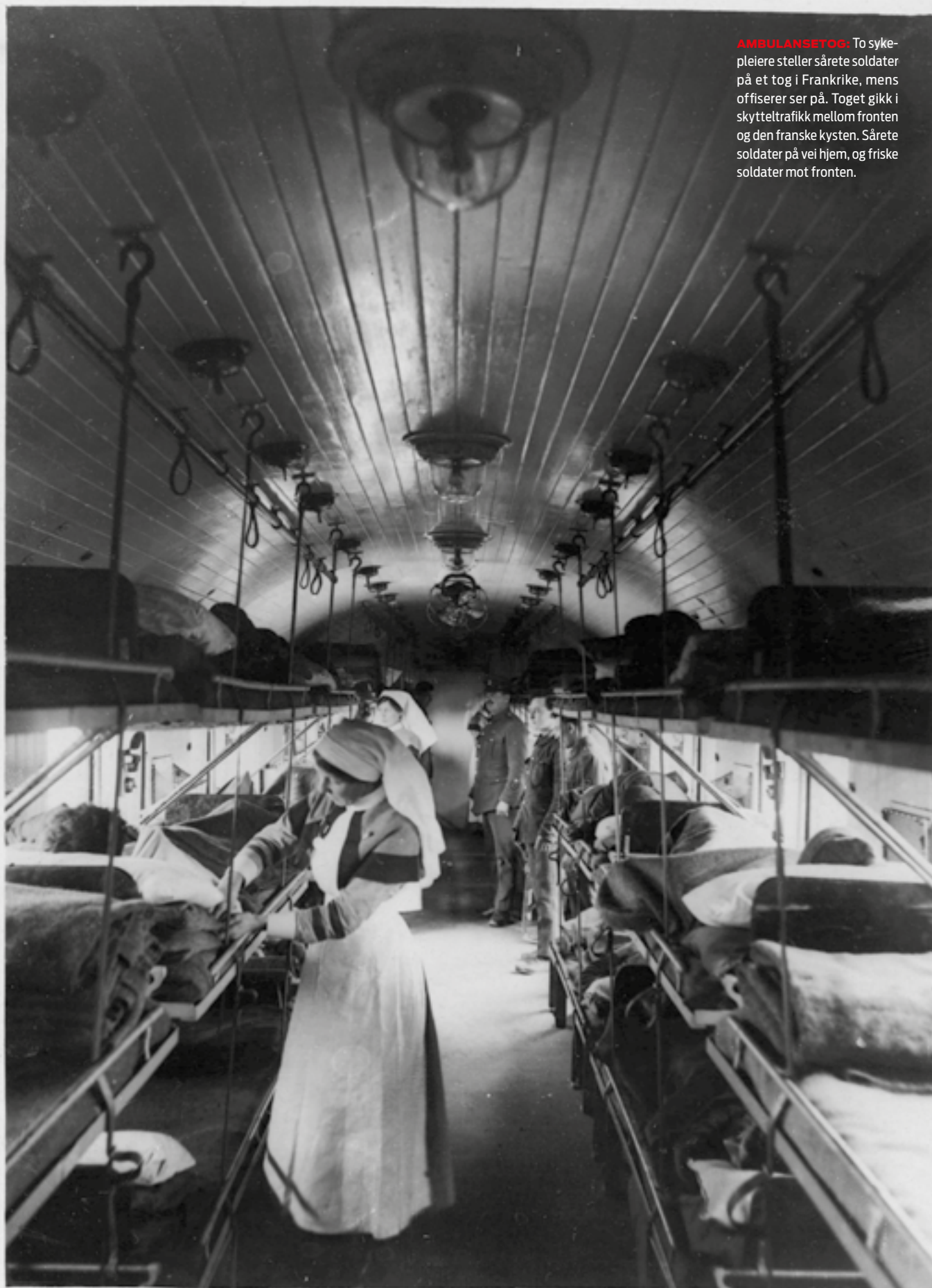
Frankrike var trolig det landet som stilte med flest sykepleiere for de allierte. Rundt 100 000 tjenestegjorde for det franske Røde Kors i løpet av

krigen. En av dem var Oslo-kvinnen Ingeborg Steen-Hansen. Hun var utdannet sykepleier i USA og bodde der flere år før krigen. I 1913 flyttet hun til Paris hvor hun bodde da krigen brøt ut. Sammen med en skotsk venninne, St. Clair Livingston, tok hun seg til Belgia etter tyskernes angrep på landet, hvor de blant annet tjenestegjorde ved feltsykehuset i Charleroi. De ble begge evakuert etter at byen falt.

Men verken Steen-Hansen eller Livingston lot seg skremme av tyskeres fremrykning og krigens voldsomhet. Fra vestfronten gikk ferden via det amerikanske sykehuset i Neuilly i Paris og videre østover til Balkan, hvor situasjonen trolig var enda verre enn i Frankrike. I et brev hjem skrev hun om den forferdelige situasjonen. Hun fortalte om 6 000 pasienter i Sarajevo med flekktyfus og kopper. Om mengder av pasienter som døde daglig, om lukten og desperasjonen.

«Siden vi kom for tre uker siden, er rundt 21 leger døde. Bare tre er på bena nå. Vi har få senger, færre ulltepper og ingen lakener. Folk ligger på gulvet, ikke engang madrasser har de, og lite og dyr mat. 50–60 dør daglig. Byen lukter som et pesthus», skrev hun og la til:

«Vi har kanskje en sjanse til å komme unna med livet i behold, fordi vi bor utenfor sykehuset, i en privatbolig.»



AMBULANSETOG: To sykepleiere steller sårete soldater på et tog i Frankrike, mens offiserer ser på. Toget gikk i skytteltrafikk mellom fronten og den franske kysten. Sårete soldater på vei hjem, og friske soldater mot fronten.

1. verdenskrig – 1914–1918

- 1. verdenskrig brøt ut 28. juli 1914 og varte til 11. november 1918, direkte utløst av skuddene i Sarajevo 28. juni 1914.
- De allierte ledet av Frankrike, Storbritannia, Russland og USA sto mot sentralmaktene, med Tyskland og Østerrike-Ungarn i spissen.
- Det var en av de dødeligste konfliktene i historien, betydelig forverret av militær-industrielle fremskritt og en fastlåst taktisk situasjon.
- Rundt 9 millioner soldater falt i strid, og det var totalt 37 millioner militære og sivile døde og sårete.
- Spanskekyken (1918 – 1920) spredte seg som en følge av krigen og tok livet av rundt 50 millioner.



FRONTENE: Hovedmotstanderne i 1. verdenskrig var de såkalte sentralmaktene (brun) og ententemaktene (grønn).

- Krigen banet vei for store politiske endringer, og var indirekte en årsak til den russiske revolusjon, USA som stormakt, nazistenes maktovertakelse i Tyskland og 2. verdenskrig.



SLAKTEHUS: Første verdenskrig er en av de blodigste konfliktene verden har sett. Soldater døde en masse, og antallet sårete var enormt.

Døde som fluer i Sarajevo

Det var få sykehus i det lutfattige området, kun 400 leger og nesten ingen sykepleiere. De enorme mengdene av syke pasienter måtte dele på de få sykehusene med flere tusen syke og sårete soldater og krigsfanger.

Det var bare så vidt Ingeborg Steen-Hansen kom unna oppholdet i Bosnia med livet i behold. Da hun kom tilbake til Paris, var hun selv hardt rammet av tyfus. Omtrent et halvår etter utbruddet av 1. verdenskrig, hadde rundt 500 000 mennesker blitt smittet med flekkytus.

ved starten av epidemien, til nærmere 70 prosent i mars 1915. Det var ikke uvanlig at de som pleiet tyfusmittete, selv ble smittet og døde. Rundt 120 av Serbias 400 leger døde av sykdommen.

Samlet inn medisiner

Etter at hun ble frisk igjen, reiste de to sykepleierne over til USA for å fortelle om sine opplevelser. De kom tilbake til Frankrike med 200 tonn med sanitetsmateriell, som skulle videre til Serbia. Begge damene fikk den serbiske kongens fortjenestemedalje i gull for sine bragder.

Dagny Ferman opplevde overfylte sykehus både i Frankrike og i London, hvor hun traff soldater som hadde mistet ett eller begge ben, som hadde fått ansiktet skutt bort, hadde splinter i hodet eller var utsatt for gassforgiftning.

«Hvor vondt jeg har av dem alle. Tenk noen av dem skal ut igjen for tredje gang», skrev hun i et brev.

Over 37 millioner soldater og sivile ble drept eller såret under 1. verdenskrig. I motsetning til tidligere konflikter, kom rundt 2/3 av disse tapene som

en følge av kamphandlingene. Under tidligere konflikter hadde flertallet av dødsfall ofte kommet som en følge av sykdommer (spanskekyken, som herjet etter krigen, tok livet av mer enn 50 millioner), og det var oftest soldatene som ble såret. Det endret seg under 1. verdenskrig.

Utvikling i sanitet

Krigene på slutten av 1800-tallet hadde ført til en utvikling innen sanitet. Blant annet var det først under Krimkrigen på 1850-tallet at sykepleiere ble brukt, mens leger fikk erfaring med behandling av skuddskader fra finkalibrete våpen og effekten av antiseptisk behandling. Under 1. verdenskrig ble det gjort store fremskritt innen blant annet ortopedi, nevrokirurgi og psykiatri. Erfaringene med mange psykiske stridsreaksjoner under den 1. verdenskrig (bombesjokk) la grunnlaget for utvikling av katastrofepsykiatrien.

Franske leger som behandlet sårete soldater ved medisinske stasjoner rett bak fronten, utviklet triage-systemet for prioritering av pasienter. Basert på

Franske leger utviklet triage-systemet for prioritering av pasienter.

Over 200 000 av dem døde, rundt 70 000 av disse var serbiske soldater. I tillegg døde rundt 30 000 østerrikske krigsfanger av sykdommen. Dødeligheten økte fra rundt 20 prosent



TIL KRIGEN: Ingeborg Steen-Hansen var utdannet sykepleier i USA. I 1913 flyttet hun til Paris, hvor hun bodde da krigen brøt ut. Sammen med sin skotsk venninne, St. Clair Livingston, tok hun seg til Belgia etter tyskernes angrep på landet, hvor de blant annet tjenestegjorde ved feltsykehuset i Charleroi. De ble begge evakuert etter at byen falt.

hvor alvorlig tilstand de sårete soldatene var i, ble de sortert og prioritert. Det bidro til å gjøre pasientbehandlingen mer effektiv med utilstrekkelige ressurser.

Også der var det nordmenn. I 1915, frustrert over at han ikke fikk dra til fronten, gikk kunstneren Per Krohg i Paris og følte seg uglesett. Han hadde tilbrakt mye av sin ungdom i den franske hovedstaden. Flere av hans franske kunstner venner hadde dratt til fronten, mens utlendinger vervet seg til frivillig tjeneste. Krohg ville også gjøre en innsats, men ville ikke verve seg til fremmedlegionen.

Den norske skiløperambulanse

Løsningen ble en skiløperambulanse hvor unge nordmenn som ønsket å gjøre tjeneste for Frankrike ved fronten kunne melde seg. Under ledelse av den unge legen Øistein Tidemand-Johannessen dro 29 nordmenn til fjellområdene mellom Frankrike og Tyskland. Der besto jobben i å frakte sårete soldater på kjelke fra en forbindingsstasjon rett bak fronten til nærmeste feltlasarett litt lenger bak. Det var langt fra en ufarlig jobb, og de frivillige nordmennene var ofte innen skuddhold. De ble flere ganger bombardert.

Flere av deltakerne i den norske skiløperambulanse meldte seg senere i krigen til tjeneste ved franske militærpsykehus. ■■■

Trond Gram er utdannet historiker og har jobbet som journalist i ti år.

Kilder:

Typhus Fever on the Eastern Front in World War 1

David W. Tschanz

Avisen Innherred 15.06.1917

Aftenposten, 19. november 1919

Aftenposten, 28. Juli 1915

War and medicine, science museum.org.uk

Bilder av Per Krohg, Trygve Nergaard



Petter Elstrøm

Alder: 51

Yrke: Seniorrådgiver og sykepleier

Arbeidssted: Folkehelseinstituttet, avdeling for infeksjonsovervåkning

Overvåker bakterier

Jeg liker at jobben jeg gjør har nytte for mange.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

Jeg begynte å interessere meg for infeksjonssykdommer da jeg jobbet med hiv-pasienter på 90-tallet. Da opplevde jeg på nært hold hvordan håndtering av smitte kan stigmatisere pasienter. Derfor er jeg opptatt av å informere om smitteverntiltak på en måte som gjør at de ikke blir for mange og i minst mulig grad fører til smittefrykt og stigmatisering.

Min jobb består av overvåkning, forskning og rådgivning. Overvåkingen gjelder meldepliktige infeksjoner og allmennfarlige smittsomme sykdommer. Jeg jobber særlig med forekomst av sykdom forårsaket av resistente bakterier. I tillegg overvåker vi infeksjonsforekomster i institusjoner og forsker på forekomsten av smittsomme sykdommer i Norge: Hva er forekomsten, hvorfor blir personer smittet, konsekvenser og hva er effekten av ulike smitteverntiltak? Vi samler inn data, sammenstiller og analyserer dem og publiserer resultatene i rapporter eller vitenskapelige artikler. Vi holder oss også oppdaterte på tilsvarende forskning utenfor Norge. Når jeg gir råd om smitteverntiltak, er jeg opptatt av at tiltakene settes inn til riktig tid og i riktig omfang.

Et folkehelseproblem som stadig vokser er forekomsten av resistente bakterier. Her er det et stadig og skrikende behov for ny forskning, samtidig som informasjonsbehovet, både i helsetjenesten og befolkningen ellers, hele tiden øker. Vi har for eksempel lokalisert en helt ny stamme av resistente bakterier hos norske svin, som sprer seg til de som jobber med disse dyrene og personer i deres nærmiljø. Dette betyr at vi har måttet gi råd til en ny gruppe mennesker; svinenæringen, mattilsynet og veterinærinstituttet. Det vi for tiden jobber hardt for å unngå, er at disse resistente bakteriene etablerer seg i Norge og gradvis spres til sykehus.

Det er særlig to ting ved jobben min jeg liker godt. Det viktigste er at jeg føler at jobben jeg gjør er nyttig for mange ved at jeg sprer viktig kunnskap. Folk får svar på spørsmål og pasienter får bedre behandling. I tillegg har jeg et hode som liker å pusle med tall; som liten elsket jeg puslespill. Denne egenskapen har jeg nytte av i forskningen. Det vanskeligste med jobben er alle oppgavene jeg ikke rekker å gjøre. Selv om oppgavene er annerledes enn da jeg jobbet som sykepleier i sykehus, er arbeidspresset like stort. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
Hiv-hysteriet
gjorde noe
med meg. Side 64



EFFEKTIVT: Bruk av elektronisk legemiddelkabinett reduserte sykepleiernes tidsbruk på medisinsrommet og bedret kvaliteten på medisinbehandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Side
52

Side
72

«Å påstå at sykepleiere er ufaglært i ambulansesammenheng er dårlig underbygget.» **JAN INGEBRIGTSEN**



Torunn K. Pedersen,
spesialsykepleier/
tverrfaglig koordinator,
Universitetssykehuset
Nord-Norge HF

Mona Stedenfeldt,
BSc (Hons) MSc PhD,
leder av Nasjonal
kompetansetjeneste
for inkontinens og
bekkenbunnsykdom

Stig Norderval, MD
PhD overlege, Nasjonal
kompetansetjeneste for
inkontinens og bekken-
bunnsykdom

Anal inkontinens kan behandles

Over halvparten av pasientene ved Konservativ inkontinens-poliklinikk ble så bra at behandlingen kunne avsluttes.

Pasienter med anal inkontinens eller lekkasje fra endetarmen opplever ufrivillig lekkasje av både urin og/eller avføring. Dette er et sosialt og hygienisk problem preget av tabu og stigma. Norske studier viser at mellom 1–10 prosent er plaget med anal inkontinens avhengig av hvordan man definerer lekkasje (1–3).

Anal inkontinens er et helseproblem som påvirker både pasient og helsepersonell. Man ser at kvinner og menn med anal inkontinens isolerer seg og endrer livsstil, og at livskvaliteten deres ofte blir kraftig forringet. Mange sliter i flere år med store plager uten å få tilbud om riktig behandling på grunn av manglende kompetanse og mangel på tilrettelagte tilbud i helsetjenesten. Dette helseproblemet er til nå ofte oversett og til dels neglisjert.

Figur 1: Viser pasientalgoritme for pasienter med anal inkontinens



Anal inkontinens er egentlig et tegn eller symptom, og ikke en diagnose. Det er derfor viktig og at man finner årsaken i hvert enkelt tilfelle.

Lite koordinert behandling

Det kan være mange årsaker til anal inkontinens, for eksempel muskler, bindevev, nerver eller kognitive evner, men felles er at en eller flere mekanismer ved avføringssystemet er påvirket. Følgende grupper er i faresonen:

- ▶ Eldre personer
- ▶ Personer som har gjennomgått operasjoner i bekkenet
- ▶ Kvinner med fødselsskader
- ▶ Personer med nevrologiske sykdommer
- ▶ Personer med tarmsykdommer som gir løs avføring
- ▶ Personer som er blitt bestrålt i bekkenet
- ▶ Personer som har opplevd seksuelle overgrep

Tradisjonelt har spesialitetene gynekologi, urologi, gastroenterologisk kirurgi, nevrologi og fysioterapi jobbet hver for seg og hatt sin utredning og sitt behandlingstilbud uten et strukturert

samarbeid. Dette har medført at tiltakene ofte har vært utilstrekkelige og ikke gitt gode nok resultater. Pasientene opplever ikke sjelden å bli kasteballer i helse-systemet, noe som er ressurskrevende både personellmessig og økonomisk, og ikke minst for pasienten selv.

Jobber tverrfaglig

I 2006 etablerte Universitetssykehuset Nord-Norge kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB). Hensikten med sentret var, og er, tverrfaglig tilnærming til pasientgruppen og fagområdet, å etablere fullstendige pasientalgoritmer, sørge for skreddersydde og riktig behandlings- og utredningsmetoder, etablere gode kliniske evalueringsverktøy og sist, men ikke minst, vektlegge forskning, nettverksbygging og informasjonsspredning. Sentret favner personer med urin- og avføringslekkasje, tømningsproblemer, obstipasjon og bekkenbunnsmerter. Per i dag arbeider senteret tverrfaglig på tvers av følgende avdelinger og seksjoner: Gynekologi, nevrologi, urologi med urolog og uroterapeut, røntgen, gastrokirurgi,

Hovedbudskap

Pasienter med anal inkontinens (AI) har ufrivillig lekkasje av luft eller avføring fra endetarmen. Dette er et helseproblem som er preget av stigma og tabu, og mange pasienter opplever å ikke få tilstrekkelig hjelp i helsevesenet. Vi viser at systematisk konservativ behandling i 3–6 måneder er svært viktig tiltak hvor 55 prosent blir så bra at behandlingen kan avsluttes. Resultatene viser også at de som har kun AI responderer bedre på behandlingen enn de som har AI sammen med urininkontinens.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Inkontinens ▶ Defekasjon ▶ Urinveier

Tabell 1: Oversikt over skåringsskjemaer som kartlegger analinkontinens og mulige tilleggsp problemer

Scoringskjema inkludert i baseline skjema	Kartlegger
St. Marks intervju-skjema	Anal inkontinens
ODSS	Defekasjonsproblem
Wexner Constipation Score	Obstipasjon
ICIQ-UI-SF	Urininkontinens
Sexual dysfunksjon	Seksuell dysfunksjon
VAS	Smerte

Tabell 2: Beskrivelse av pasientene som er ferdigbehandlet ved KIP siden 2009.

	N	%
Total antall behandlede pasienter	79	100
Mann	7	8.9
Kvinne	72	91.1
Problem		
Analinkontinens (AI)	58	73.4
Obstipasjon	18	22.8
Urininkontinens (UI)	26	32.9
Bekkenbunnssmerter	19	24.1
Behandling		
Bekkenbunnstrening	77	97.5
Biofeedback/elektrostimulering	14	17.7
Livsstilssamtaler	20	25.3
Medikament	33	42.8
Kostholdsveiledning	16	20.3
Do- trening	63	79.7
Antall behandlingen (mean)	4,5*	1,9*
Videre behandling		
Stomi	3	3.8
Smerteskole	4	5.1
Botox injeksjon	5	6.3
Operasjon	5	6.3
SNM	9	11.4

* Gjennomsnitt og standard avik

sykepleie og fysioterapi. Når pasientens problemer vurderes som sammensatte og kompliserte, blir de diskutert på et tverrfaglig møte før utredning og behandling avgjøres.

I 2009 ble Konservativ inkontinens-poliklinikk (KIP) startet for å bedre behandlingstilbudet til den gruppen pasienter med avføringsproblemer ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Poliklinikken ble opprettet som et ledd mellom utredning/identifisering av symptomer og kirurgi (figur 1). Konservativ behandling før kirurgi er viktig og verdifullt både for pasienter og helsetjenesten.

Etableringen og prosedyrene for behandlingstilbudet ble basert på et nært samarbeid med biofeedback-klinikken på St. Marks Hospital i London. Poliklinikken er i henhold til NICE (National Institute of Clinical Excellence) (4) guidelines for konservativ behandling av anal inkontinens. Samarbeidet med St. Marks er fortsatt opprettholdt med gjensidige utvekslingsopphold.

«Mange sliter i flere år med store plager uten å få tilbud om riktig behandling.»

I dag driftes KIP av fysioterapeut og sykepleier. I oppstarten arbeidet profesjonene sammen for å dra nytte av hverandres kunnskaper. Det ble enklere å forstå hverandres behov for assistanse ved de enkelte pasientene, og hvilke faggrupper pasienten skulle behandles av. Poliklinikken er utvidet til også å behandle tømningsproblemer, obstipasjon og bekkensmerter.

Konservativ behandling

Konservativ behandling av anal inkontinens består av mange elementer. Forskning viser at de riktig konservative tiltakene vil hjelpe mange pasienter til en bedre hverdag. Det er ikke dokumentert at ett tiltak alene har effekt, men en behandlingspakke som består av flere tiltak gir resultater. Der resultatet ikke er godt nok, viser videre forskning at man får et bedre resultat etter kirurgi der konservative tiltak er benyttet tidligere (4).

Sentralt i den konservative behandlingen er bekkenbunnstrening, og i tillegg kommer tiltak som biofeedback, elektrostimulering, medikamenter, livsstilsveiledning, kostholdsveiledning og dotrening.



Prosedyre

Personer med mistanke om følgende sykdommer bør få disse undersøkt før behandling av anal inkontinens:

- › irriterbar tarmsykdom
- › inflammatorisk tarmsykdom
- › cancer i mage/tarm
- › rektalt prolaps og hemoroider
- › fødselsskade på analsfinkters
- › andre traumer

«Mange pasienter har feil sittestilling på toalettet.»

Pasienter med anal inkontinens kan ofte ha andre problemer i tillegg: Urininkontinens, obstipasjon, tømningproblemer og/eller smerter i bekkenbunnen. Disse bør utredes med anorektal undersøkelse, rectal compliance (hvor følsom tarmen er), ODSS, Wexner; som måler grad av avføringsproblem/obstipasjon, VAS-skår, som måler grad av smerte og røntgendefekografi; der tarmen fylles med kontrast og man ser dysfunksjoner som for eksempel prolaps.

Når pasienten er klarert for patologi, evalueres pasienten ved hjelp av et baselineskjema som inneholder spørsmål om alle relevante data samt inkluderer standardiserte skjemaer for skåring av pasienter med problemer for inkontinens og bekkenbunnssykdom. Disse skjemaene ligger tilgjengelig på <http://www.unn.no/inkontinens>.

Trenger fortrolighet

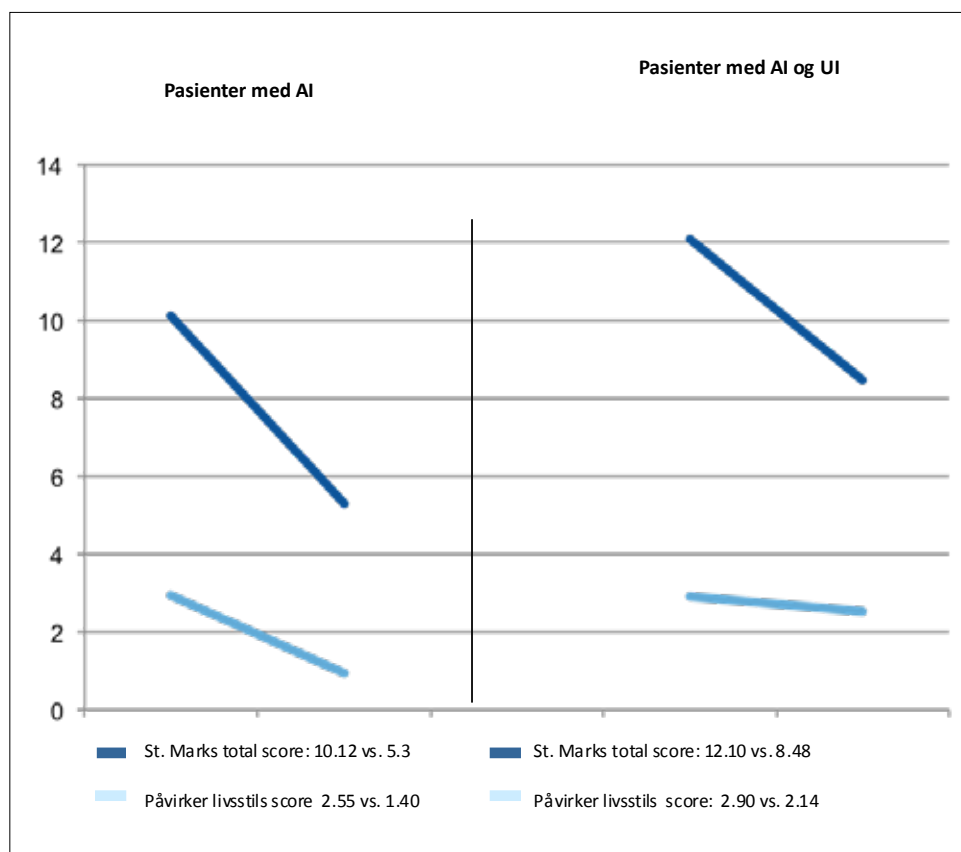
Mange pasienter har problemer med rengjøring, kosthold, spisevaner, mosjon, toalettvaner og økonomi. Pasienten skal ha individuelle tiltak.

I den konservative tilnærmingen er det viktig å vinne pasientens tillit og fortrolighet. Opplysningene fra pasienten kan være avgjørende for behandlingen, så man bør ha god tid og lytte til pasienten. Det er essensielt å kartlegge graden av anal inkontinens. Vi bruker St. Marks intervju-score, som evaluerer pasientens plager de siste fire ukene. Man kan også bruke andre evalueringsskjemaer, men det viktigste er at man benytter det samme skjemaet på pasienten, under og ved avslutning av behandlingen.

Som nevnt har pasienten ofte tilleggssymptomer som urininkontinens, smerte og så videre. Derfor er det viktig å kartlegge alle problemområdene som er omtalt i tabell 1.

For å kunne gi riktig behandling bør man palper og være nøye med å beskrive funn. Ved palpasjon undersøkes knipestyrken i den anale

Figur 2: Viser gjennomsnitt St. Marks evalueringsscore før vs. etter behandling av pasient isolert analinkontinens vs. pasienter med både analinkontinens og urininkontinens.



lukkemuskelen og graderes fra nivå 0–5, hvor 0 = ingen knip, og 5 et meget sterkt knip. Ni-vået forteller hva vi kan forvente av pasienten på dette tidspunktet, hvor mange sekunder knipe- og hviletid pasienten skal starte treningen med. Behandlingen baseres på resultatet av disse undersøkelsene.

I tilfeller der pasienten har problemer med å finne bekkenbunnen er biofeedback og eventuelt elektrostimulering et godt alternativ. Treningen foregår med en analprobe og et biofeedbackapparat som registrerer styrken i lukkemuskelen, eller en kontinuerlig stimulering av lukkemuskelen med strøm.

Ved lekkasje oppstår ofte sårhet i huden rundt endetarmen. Pasienten kan få hjelp av medikamenter, Imodium og Vi-Siblin. Disse medikamentene gjør avføringen fastere, og dermed lettere å holde igjen. I tillegg kan engangskluter og barrierekluter som tilfører huden en beskyttende hinne være til stor hjelp.

Sittestilling på toalettet

Det viser seg at mange pasienter har feil sittestilling på toalettet og presser for å få tømt tarmen. Det er derfor viktig å lære dem riktig stilling, og om hvordan bekkenbunnen fungerer under press. For lettere å tømme seg er det viktig at ryggen holdes rett og knærne er høyere enn hoften. Det kan ofte være nødvendig å bruke en krakk for å få til dette. Hvis man i tillegg puster med magen og slapper av vil tarmen tømme seg lettere.

Det kan også være nødvendig å gi informasjon om kosthold, fiber og drikkemengde. Det er videre viktig med dovaner, og pasienten oppfordres til å gå regelmessig på toalettet til samme tidspunkt. Det kan også være lurt å bruke en ballongsprøyte som et klyster etter tømning for å forsikre seg om at tarmen er helt tømt. Dette kan også forhindre lekkasje etter tømning.

Mange pasienter bruker bind i tilfelle lekkasje, spesielt når de er i aktivitet ute. Et annet

Tabell 3: Gjennomsnitt score av St. Marks for analinkontinens og ICIQ-UI-SF for urininkontinens før vs. etter behandling.

	Gjennomsnitt før behandling (SD)	Gjennomsnitt etter behandling (SD)	P*
Pasienter med AI	N= 58		
St. Marks total score	10.87 (5.35)	6.51 (6.05)	<0.001
St. Marks påvirker hverdagslivsskår	2.55 (1.73)	1.40 (1.70)	= 0.022
Pasienter med AI uten UI	N=34		
St. Marks total skår	10.12 (5.60)	5.3 (5.66)	<0.001
St. Marks påvirker hverdagslivsskår	2.32 (1.74))	0.94 (1.52)	<0.001
Pasienter med AI og UI	N=22		
St. Marks total skår	12.10 (4.76)	8.48(6.26)	=0.018
St. Marks total påvirker hverdagslivsskår	2.90 (1.77)	2.14 (1.74)	=0.141
ICIQ-UI-SF total skår	11.05 (3.91)	8.9 (3.94)	=0.007
ICIQ-UI –SF påvirker hverdagslivsskår	5.24 (2.30)	4.10 (2.44)	=0.023

*Statistisk test for vurdering av signifikant forskjell mellom gjennomsnitt før vs. etter er utført med Paret t-test.

nyttig hjelpemiddel er anal plugg, en tampong som settes i endetarmen etter tømning. Denne kan være redning for mange og gjør det lettere å være fysisk aktiv, kle seg i lyse farger, eller oppholde seg på stranden.

Behandlingen

Etter at vi har kartlagt pasientens plager grundig, samt fysiske forhold og livsstil, får pasienten et behandlingstilbud som varer i et halvt år. Behandlingsresultatene blir vurdert underveis. Hvis det ikke er noen merkbar bedring etter tre til fire måneder, henviser vi pasienten til annen behandling.

Erfaringer ved poliklinikken viser at det er essensielt å følge opp og kontrollere pasientene under behandlingen. Pasienter med tett oppfølging blir mer motiverte og resultatet av konservativ behandling blir bedre. Tid for oppmøte eller telefonkonsultasjon avtales i samsvar med pasienten.

Resultat fra konservativ behandling

Siden oppstart i oktober 2009 har KIP evaluert alle pasienter etter behandling. De blir skåret med baseline-skjema før og etter behandling. Skjemaet inneholder alle intervjuer og skårings-skjemaer som vist i tabell 1. Våre resultater viser at det blir henvist flest kvinner (91 prosent), at 40 prosent av pasientene har urinlekkasje i tillegg til analinkontinens og at hver pasient i gjennomsnitt fikk 4,5 behandlinger (tabell 2). Resultatene viser en bedring på 50 prosent ved konservativ behandling av anal inkontinens (tabell 3). I tilfeller hvor pasienten også har urininkontinens er bedringsprosenten ikke like høy for urininkontinens (tabell 3 og figur 2). Av 58 pasienter blir 32 (55 prosent) så bra at behandlingen kan avsluttes (tabell 2).

Konklusjon

Anal inkontinens er en svært belastende tilstand for dem som rammes. Hjelpen disse pa-

sientene får i helsevesenet er ofte utilstrekkelig. Dette på tross av at man oppnår svært gode resultater med systematiske konservative tiltak. Våre resultater viser at pasientene i snitt blir 50 prosent bedre etter konservativ behandling og at hele 55 prosent blir så bra at behandlingen kan avsluttes. **III**

REFERANSER

1. Bharucha AE. Fecal incontinence. Gastroenterology 2003; 124(6):1672-1685.
2. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasurek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(10):989-994.
3. Rommen K, Schei B, Rydning A, Sultan H, Morkved S. Prevalence of anal incontinence among Norwegian women: a cross-sectional study. BMJ Open 2012; 2(4).
4. Norton C, Thomas L, Hill J. Management of faecal incontinence in adults: summary of NICE guidance. BMJ 2007; 334(7608):1370-1371.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Karin Aaker, fagsykepleier, Skinnarberga helsehus, Kongsberg



Ingunn Gleden, sykepleier, Skinnarberga helsehus, Kongsberg



Trine Lise Østern, sykepleier, Skinnarberga helsehus, Kongsberg



Lise Gladhus, førstelektor, emneansvarlig for farmakologi, Høgskolen i Buskerud og Vestfold

FAG

Legemiddelhåndtering

Mer effektiv lege- middelhåndtering

Elektronisk legemiddelkabinett med A- og B-preparater ga mer tid til direkte pasientarbeid ved helsehus i Kongsberg.

I artikkelen vil vi reflektere over erfaringene vi har gjort med elektronisk legemiddelkabinett i utprøvningsperioden.

Helsehuset har 44 plasser og er hovedsakelig en korttidsinstitusjon. Institusjonen har én lindrende enhet med seks plasser, én rehabiliteringsavdeling med 12 plasser samt én korttids- og avlastningsavdeling med 26 plasser. Ukentlig mottar helsehuset gjennomsnittlig seks pasienter fra sykehus og sju fra hjemmet. Det er 85 ansatte, og av disse er 29 fast ansatte sykepleiere og vernepleiere.

Vi ønsket å prøve ut og kartlegge effekter av å innføre elektronisk legemiddelkabinett på felles medisinerom og på Lindrende enhet. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med sykepleiere samt en representant fra Høgskolen i Buskerud, emneansvarlig i farmakologi. Prosjektet har mottatt stimuleringsmidler fra Høgskolen i Buskerud.

Bakgrunn

Funn fra tilsyn avdekker årlig brudd på lovverket for legemiddelhåndtering i Norge (1). Av 298 meldinger som ble registrert i Helsetilsynet i

2010, gjaldt 13 prosent hendelser knyttet til legemiddelfeil. Disse inkluderer feil legemiddel, feil dose, feil administrering, feil tid, feil pasient, feil forskrivning og uventet effekt (2). Skinnarberga helsehus har fokus på kvalitetssikring og effektivisering av legemiddelhåndtering. Legemiddelhåndtering er en ressurskrevende oppgave for sykepleiere og stiller store krav til kvalitet. I henhold til «Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp» (forskrift om legemiddelhåndtering) har man blant annet ansvar for regnskap og rapportering (3). I Kongsberg kommunes interne rutiner for legemiddelhåndtering, kreves det at man fører regnskap på B-preparater på lik linje med A-preparater.

Hensikt

Hensikten med prosjektet er å heve kvaliteten på medikamenthåndteringen og redusere sykepleierens tidsbruk på medisinerommet. Ved oppstarten av prosjektet hadde vi følgende mål:

- ▶ følge legemiddelforskriften i Kongsberg kommune fra 1. juli 2011
- ▶ økt kontroll og dokumentasjon på A- og B-preparater
- ▶ spare tid på administrering og regnskap av A- og B-preparatene
- ▶ mer effektiv og sikker legemiddelhåndtering
- ▶ forenkle bestilling av legemidler
- ▶ forhindre dyre hastebestillinger
- ▶ bidra til redusert forbruk, redusert svinn, samt økt lagringssikkerhet for legemidler

Gjennomføring

Prosjektet startet med en prøveperiode hvor vi fylte kabinettet med sjokolade. Målet var at sykepleiere skulle teste ut og bli kjent med funksjonene til kabinettet. Vi hadde arbeidsgrupper,

e-læring, opplæring av sykepleiere og vernepleiere og superbrukeropplæring.

Det ble gjennomført en tidsanalyse av sykepleieoppgaver tilknyttet administrering av legemidler. Deretter ble det foretatt en kost-/nytteanalyse basert på innkjøp av et legemiddelkabinett, samt de effekter man kan forvente å få ved tids- og kostnadsbesparelse ved Skinnarberga helsehus.

«Nå bruker vi kun to–tre minutter på narkotikaregnskapet.»

Dobbeltkontroll av uttak av A- og B-preparater tok mye tid og var vanskelig å gjennomføre etter forskriften uten å få mindre tid til pasientrettet arbeid. Dobbelkontroll ble automatisert ved innføring av legemiddelkabinett. Bedre lagerstyring fører til mindre svinn og kassasjon, og forenkler denne. Legemiddelkabinettet forhindrer avvik og forbedrer kontroll og sikkerhet ved behandling av A- og B-preparater. Når beholdningen er mindre enn bestillingsterskelen, vil legemiddelkabinettet automatisk generere bestilling. Slik unngår man tomme hyller. Legemiddelkabinettet kan integreres mot forordningssystemet, og på denne måten får man digital informasjonsflyt helt til plukketidspunkt.

Sykepleiere og vernepleiere opplever ofte håndtering av A- og B-preparater som stressende. Legemiddelkabinettet gir økt kontroll, og sykepleiere og vernepleiere kan i økt grad dokumentere sin administrering av A- og B-preparater. På bakgrunn av analysen ønsket vi å gå videre med prosjektet. Arbeidsgruppa bestemte at det skulle gjennomføres en testperiode med kun A-preparater.

Hovedbudskap

Legemiddelkabinett med A- og B-preparater kan medføre en betydelig kvalitetssikring og effektivisering av legemiddelhåndteringen og dermed frigjøre tid til direkte pasientarbeid.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Legemidler ▶ Medisinhandtering ▶ Kvalitet



POSITIVT: Effekten så ut til å være positiv både med tanke på tidsbruk og kvalitetssikring på Skinnaberga helsehus i Kongsberg da en elektronisk løsning på medisinhåndtering ble testet ut. Arkivfoto: Stig Weston

Testperiode

I april 2011 ble prosjektet presentert for sykepleier- og vernepleiergruppen, og de gjennomførte et e-læringskurs. Deretter ble det installert et kabinett fylt med demonstrasjonsvarer på vårt felles medisinalager og et mindre kabinett på Lindrende enhet. Testkjøringen av anleggene varte cirka 14 dager. I denne perioden fikk alle prøve seg på plukking og retur av demonstrasjonsvarer. I mai ble anleggene fylt med A-preparater. I utgangspunktet skulle perioden

med A-preparater vare i cirka en måned, men på grunn av at sommerferien var nært forestående, ble perioden forlenget til september. Samtidig ble seks sykepleiere utnevnt til superbrukere, det vil si at de fikk utvidet ansvar for kabinettet. De fikk også ansvar for opplæring av nye sykepleiere.

Arbeidsgruppen konkluderte med at testperioden var svært vellykket, og man bestemte seg for å gå videre med prosjektet. Det ble skrevet kontrakt med leverandøren, samtidig

som anlegget ble utvidet til også å omfatte B-preparater.

Etter testperioden utarbeidet vi en legemiddelliste i samarbeid med sykehjemslegen, hvor vi vurderte hvilke synonympreparater som skulle benyttes. Det ble også oppført maksimums- og minimumsantall for hvert medikament i legemiddelkabinettet. Minimumsbeholdningen må være så stor at den varer i én uke slik at vi unngår hastebestillinger. Maksimumsbeholdningen ble beregnet ut fra forbruket det



siste halvåret, plass i kabinettet samt pakningsstørrelser. Kabinettet har to sikkerhetsnivåer; endose, hvor sykepleier kun får tilgang til det antallet hun har bestilt, og vrac, hvor sykepleier får tilgang til hele pakninger av medikamentet. Alle A-preparater skal ligge på endose.

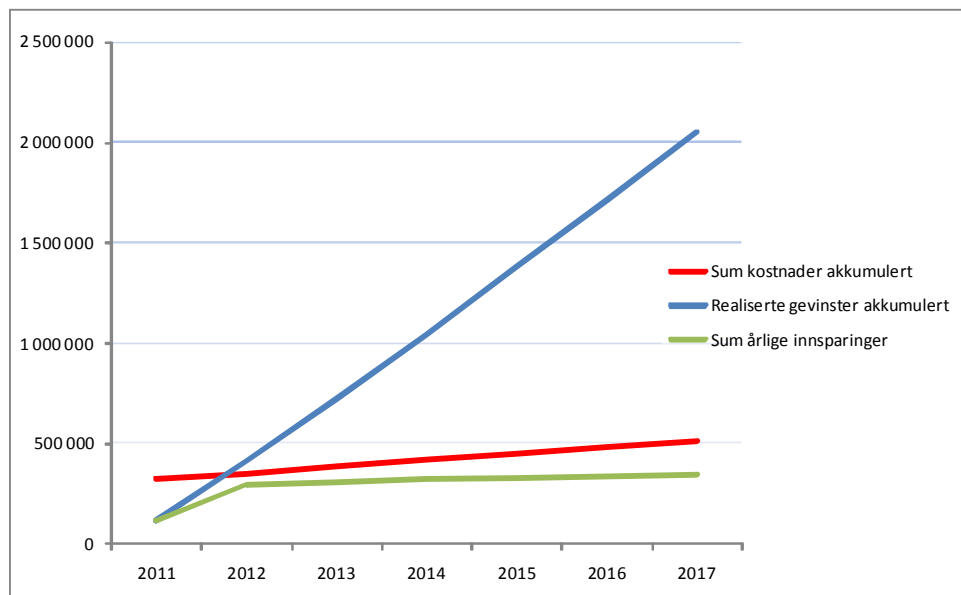
I tillegg ønsket man at de mest brukte B-preparatene også ble plassert på endose. På bakgrunn av dette og legemiddelpakningenes fysiske mål, ble det beregnet hvor mange skuffer av ulike størrelser vi hadde behov for. Vi lagde også en skisse over gode plasseringer, slik at de mest brukte legemidlene kom i en gunstig arbeidshøyde for plukking og påfylling. Oppstarten av det nye anlegget med plass til både A- og B-preparater trådte i kraft i februar 2012.

Erfaringer

Etter at vi har hatt legemiddelkabinettet i full drift i ett år, ser vi at tidsbruken for administrering av A- og B-preparater har gått betraktelig ned. Det er blitt betydelig enklere å kontrollere regnskapet for disse legemidlene. Vi unngår feilføring i regnskap, og alle uttak fra kabinettet er loggført med sykepleiers navn, pasientens navn og tidspunkt for uttak. Medisinromsansvarlig sykepleier tar nå kun ut en utskrift for alle A-preparater i endoseskuffer og teller alle B-preparater i vracsuffer. Det blir nå brukt i gjennomsnitt 17 minutter på regnskapet og telling av A- og B-preparatene. Tidligere ble det brukt cirka 7,5 timer i måneden for gjennomgang og kontroll av A-preparater. Nå bruker vi kun to–tre minutter på narkotikaregnskapet.

«Legemiddelkabinettet er enkelt å bruke, pasientsikkert og driftssikkert.»

Sykepleiere som i utgangspunktet var skeptiske til innføring av legemiddelkabinettet på grunn av teknologien, ble positivt overrasket over hvor rask påloggingen var og hvor enkelt kabinettet var å bruke. Vi har bedre kontroll på forbruk og påfyll. Tidligere hadde medisinerommet en tendens til å bli overfylt av synonympreparater og stor lagerbeholdning. Nå angir kabinettet beholdningen. Vi har erfart nedgang i tid når medisiner skal settes på plass, vi trenger ikke dobbeltsignatur ved A-preparater og det er tidsbesparende ved telling av B-preparater. Det er blitt bedre oversikt over A- og B-preparater og enklere å finne rett legemiddel. Ved avvik



TEKST TIL FIGUR 1: Timepris på tidsbesparelsen er satt til 350 kroner per time, som er kostprisen for en sykepleier, med avgifter, vakttillegg og skatt. Kostnader for drift og vedlikehold er lagt inn i analysen. I analysen har man ikke lagt inn gevinster for kvalitetsforbedring eller redusert lager. Figuren viser en forventet innsparing av investeringen innen ca. 1,5 driftsår etter implementering.

kan kabinettets historikk fortelle oss hva som er gjort av den enkelte sykepleier til enhver tid og hvilke skuffer og legemidler som er tatt ut.

Av hygieniske årsaker og for å lette telling av B-preparater, bestiller vi blisterpakninger. Pakningene plomberes før de legges i kabinettet slik at vi enkelt kan se om pakningen er åpnet.

Vi har gjort noen erfaringer som har ført til endringer underveis i prosjektet. I første utgaven var touch-skjermen ømfintlig for trykk og hadde smale linjer, så det var lett å trykke feil. Dette er endret med forbedring av skjermen. Fordi kabinettet på Lindrende enhet er mindre, er det færre legemidler der. Sykepleierne på Lindrende enhet får derfor litt lenger vei når de skal ta ut behovsmedisiner. Kabinettene er heller ikke koplet opp mot hverandre og mot kommunens nettverk, og sykepleierne må derfor legge inn pasienter manuelt på hvert enkelt kabinett. Grunnet mange inn- og utskrivninger av pasienter med ulikt behov for medikamenter, var det et problem i oppstartfasen at vi gikk tom for legemidler. Kapasiteten på skuffene er økt slik at vi unngår dette.

Ved oppstarten brukte sykepleierne lengre tid på uttak av medikamenter fra kabinettet. Denne tidsbruken har gått ned og er blitt ytterligere redusert ettersom bruken av og kjennskapet til kabinettet har økt. Medisinromsansvarlige sykepleier bruker også mindre tid på å føre regnskap over A- og B-preparater.

Avvik på kabinettet er oppdaget når sykepleier skal ta ut preparater og er i de fleste tilfeller knyttet til påfylling av medikamenter. Dette var et oppstartspørsmål. Med flere medikamenter liggende i vrac-skuff, er det minimalt svinn. Avvik på B-preparat som lå i vrac-skuff, unngås ved at preparatet ble flyttet til endoseskuff.

Konklusjon

Sykepleiere og vernepleiere har erfart at kabinettet er enkelt å bruke, pasientsikkert og driftssikkert. På sikt er det ønskelig med integrasjon av forordningssystemet (Visma) for å få en digital informasjonsflyt helt fram til plukketidspunktet, og at kabinetter på andre sykehjem i kommunen kommuniserer med hverandre. Vi har konkludert med at legemiddelkabinettet med A- og B-preparater har medført en betydelig kvalitetssikring og effektivisering av legemiddelhåndteringen og dermed medført at vi får frigjort tid til direkte pasientarbeid. ■■■

REFERANSER

1. Helsestilsynet (2012). Årsrapport 2011 fra Statens helsestilsyn. <http://www.helsestilsynet.no/15.01.13>
2. Helsestilsynet (2011). Meldesentralen – årsrapport 2010. Rapport fra Helsestilsynet 7/2011. <http://www.helsestilsynet.no/15.01.13>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. <http://lovdata.no/15.01.13>



MEDLEMSPRIS PÅ BOLIGLÅN

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du nå både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 3,5 %. Er du under 34 år tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 3,4 %.

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

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 3,50 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 987 159.

Boliglån: Effektiv rente 3,61 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 3 019 241.

Rammelån: Effektiv rente 3,63. %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 3 025 241.

Prisene er per 04.04.2014 for nye lån og kan bli endret.



Bank fra A til Å

Overser symptomer hos minoritetspasienter

Norske sykepleiere mangler kunnskap om pasienter med minoritetsbakgrunn.

Det kan gå ut over behandlingen. Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Lise-Merete Alpers har kartlagt norske sykepleieres kulturelle kompetanse om etniske minoritetspasienter.

– Internasjonale studier viser at mangelfull kulturell kompetanse blant helsepersonell kan føre til at pasienter med minoritetsbakgrunn får dårligere behandling enn majoritetsbefolkningen. Derfor er det viktig å avdekke hvordan norske sykepleiere vurderer sin kompetanse, sier Alpers.

Hun er intensivsykepleier med master og stipendiat på doktorgradsprogrammet i profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). I forbindelse med et pågående doktor-

vandrerbakgrunn. På landsbasis gjelder dette hver sjuende innbygger, og i Oslo har tre av ti innvandrerbakgrunn.

De representerer et bredt spekter av kulturelle forskjeller, og de fleste har med seg dramatiske historier som ballast. Historier som vil prege dem hele livet.

– *Har norske sykepleiere tilstrekkelig kulturell kunnskap til å gi minoritetspasienter god nok behandling og pleie?*

– Sykepleierne i undersøkelsen er klare på at de mangler kunnskap om ikke-vestlig sykdomsforståelse og medisinske tradisjoner. Og for mange sykepleiere skaper dette hverdagslige utfordringer de ikke føler seg i stand til å håndtere på en god måte. Bare hver femte oppgir at de har nok kulturell kunnskap til å gi minoritetspasienter god nok behandling og pleie, sier Alpers.

Undersøkelsen viser at det er et stort behov for mer kunnskap om ulike etniske gruppers tenkning om sykdom, smerter og behandling. Dette gjelder også enkelte gruppers genetiske disposisjon for visse sykdommer. Det samme gjelder ritualer rundt dødsleiet og stell av den døde.

Alpers kommer med følgende eksempel på konsekvensen av mangel på sykdomsforståelse:

– Får pasienten en bakteriell infeksjon, er det for oss helt naturlig å gi antibiotika. I enkelte tilfeller vil det også være behov for isolat. Der-

som man for eksempel tenker på sykdom som en straff eller at det er forårsaket av onde ånder, kan det være vanskelig å forstå behovet for antibiotikabehandling eller å overholde smitteregime.

Overreagerer

Pasienter med minoritetsbakgrunn uttrykker ofte smerte på en annen måte enn etnisk norske pasienter. Nærmere 70 prosent av sykepleierne oppga at de synes det var vanskelig å vurdere smerte hos minoritetspasienter.

– Mens etnisk norske gjerne prøver å uttrykke smerte på en behersket måte, uttrykker mange minoritetspasienter sin smerte høylytt. Dette kan bli tolket som at de overdriver, og føre til at det ikke gis rett smertebehandling.

Sykepleiere ved psykiatrisk avdeling mente at mange etniske minoritetspasienter somatiserer psykiske lidelser. Det kan føre til at somatiske symptomer oversees og gjøre at pasienten får feil diagnose.

Det kan være det kulturelle uttrykket de psykiatriske helsearbeiderne diagnostiserer i stedet for det psykiatriske problemet.

Annerledes pårørende

Videre opplever mange sykepleiere at de strekker seg langt for minoritetspasientene, og at det ofte kommer i konflikt med hensynet til de etnisk norske pasientene.

«Arbeidserfaring fører ikke til at sykepleiere får tilstrekkelig kulturell kompetanse.» *Lise-Merete Alpers*

gradsarbeid har hun blant annet gjennomført en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervjuer blant medisinske og psykiatriske sykepleiere i Oslo om deres kompetanse knyttet til minoritetspasienter. Hele 44 prosent svarer at de generelt har for lite kompetanse.

Fire av fem mangler kunnskap

Norge har en befolkning hvor stadig flere har innvandrerbakgrunn eller foreldre med inn-



KJENNER IKKE FORSKJELLENE: Pasienter fra noen kulturer uttrykker smerte på en annen måte enn nordmenn. Det tolkes ofte feil av sykepleierne.

– Når en pasient med minoritetsbakgrunn legges inn, kan personalet oppleve at flere tittalls pårørende kommer på besøk. Å stille opp i slike situasjoner er helt naturlig i deres kultur, men kan være vanskelig å legge til rette for på sykehus i Norge, blant annet av hensyn til medpasienter. Mange sykepleiere er likevel

tilbakeholdende med å si ifra av redsel for rasismestempel, sier Alpers.

Flere av sykepleierne viser også til praktiske problemer, som for eksempel mangel på enebol, og at dette lett fører til etiske dilemmaer. Hvem skal ligge på gangen?

Når det gjelder kommunikasjon gjennom

tolk, opplever mange av sykepleierne dette som vanskelig.

– Tolkens rolle er definert til å videreføre midle det som blir sagt. Ikke å legge til eller trekke fra noe. Er dette den rette bruk av en tolk? Alpers vil gjerne ha en debatt om bruk av tolkens kulturelle kunnskap i samarbeidet med helsepersonell.

Hun holder nå på å bearbeide materialet etter å ha intervjuet tolker og minoritetspasienter. Konklusjonene vil bli presentert i løpet av høsten.

Trenger mer kompetanse

Vi skulle tro at lang arbeidserfaring som sykepleier øker den kulturelle kompetansen. Slik er det ikke.

– Arbeidserfaring i seg selv fører ikke til at sykepleiere får tilstrekkelig kulturell kompetanse, ifølge Alpers.

– Når sykepleiere opplever vanskelige situasjoner har de ingen på arbeidsplassen de kan spørre om råd. Ingen å lære av. Det er klart behov for veiledning og refleksjon over klinisk praksis. Og det er lite muligheter for kurs på arbeidsplassen.

Lise-Merete Alpers mener behovet for opplæring som gir økt kulturell kompetanse må inn i sykepleierutdanningen i større grad enn i dag. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Sidsel Riisberg Paulsen, kreftsykepleier, USHT Vestfold



Inger Lise Elvestuen, palliativ sykepleier, Lindrende enhet, Nygård bo- og behandlingssenter



Trine Merete Edler-Woll, sykepleier, Lindrende enhet, By-skogen bo- og aktivitetssenter, Larvik



Astri M. Andersson, kreftsykepleier, hjemmetjenesten, Stokke kommune



Jorunn Abrahamsen, kreftsykepleier, Lindrende enhet, Braarud-åsen senter

FAG Palliasjon

Kvalitetssikrer omsorg til døende

Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan og dokumentasjonsmetode som fører til bedre omsorg og behandling i livets siste dager.

God lindrende behandling og pleie i livets slutfase har stor betydning for pasient og pårørende: «Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre. Både av hensyn til dem og til pasienten, er det vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager, og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt. Det som skjer de siste timene før et menneske dør, kan lege mange tidligere sår, eller forbli som uutholdelige erindringer som forhindrer veien gjennom sorg» (1, s. 1).

Optimal behandling, pleie og omsorg for døende og deres pårørende fordrer kunnskap, kompetanse, empati og engasjement hos alle involverte parter. Bruk av standardiserte tiltaksplaner i tillegg kan bidra til kvalitetssikring,

Liverpool Care Pathway, LCP, er en internasjonal anerkjent tiltaksplan for å kvalitetssikre omsorgen til døende og deres pårørende. Planen gir evidensbasert veiledning til de ulike aspektene ved omsorg for døende (2). LCP tiltaksplan fungerer som retningslinjer for pleie og omsorg, og som dokumentasjonsverktøy (3).

LCP kan anvendes til døende pasienter i sykehus, ved palliative enheter, sykehjem og i hjemmet, og er uavhengig av pasientens diagnose. Tiltaksplanen kan brukes av alle profesjoner innen helse og omsorg, og er rettet mot de siste levedøgnene.

Liverpool Care Pathway er copyright-beskyttet. Alle steder i Norge der man bruker LCP må registreres hos Kompetansesenter i lindrende behandling Helse Vest (KLB), som har status som nasjonalt senter for LCP.

Prosjektet i Vestfold

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT-V) har lindring som et satsingsområde, og vi har gjennomført flere kompetansehevede tiltak for helsepersonell innen fagområdet. I evalueringen av kompetanseprogrammet «Lindrende behandling til alvorlig syke og døende» i 2010 oppgir 84 prosent av deltakerne at de er opptatt av å kvalitetssikre pleieplanen i livets slutfase, samt å bedre dokumentasjonen (4). Implementering av Liverpool Care Pathway kunne bidra til å imøtekomme dette. Prosjektet omfattet fylkets 14 kommuner, samt onkologisk-palliativ seksjon ved sykehuset i Vestfold HF. Målet var å ta i bruk LCP tiltaksplan ved alle forventede dødsfall.

Hensikten var å øke kompetansen hos per-

sonalet. Vi ønsket å kvalitetssikre behandling, pleie og omsorg for døende og deres pårørende ved å sikre en mer helhetlig tilnærming og bedre dokumentasjonen av observasjoner og tiltak.

Organisering

Både institusjoner og hjemmebasert omsorg ønsket å implementere Liverpool Care Pathway. Ledelsen i hver kommune inngikk en skriftlig avtale med USHT om å delta i prosjektet. Innen hjemmebaserte tjenester ønsket man at prosjektet skulle forankres også hos kommuneoverlegen, for at fastlegene lettere kunne involveres. Ved sykehuset ble forankring av prosjektet gjort ved seksjonsoverlegen.

Prosjektet ble administrert av USHT-V, ved prosjektleder i 50 prosent stilling. Prosjektgruppe og styringsgruppe ble opprettet, med representanter for fagpersoner og administrativ ledelse i deltakerkommunene. I prosjektperioden har prosjektleder hatt jevnlig kontakt med nasjonal LCP-koordinator for veiledning og erfaringsutveksling.

Omfang

Vestfold har 36 sykehjem, hvorav 32 har deltatt i LCP-prosjektet. Ett sykehjem hadde implementert LCP før prosjektet, og ved de resterende sykehjemmene har man planlagt implementering. Ti av kommunene har også implementert Liverpool Care Pathway i hjemmebaserte tjenester. Det er planlagt å implementere LCP i de resterende hjemmetjenestene etter at prosjektperioden er avsluttet. I tre kommuner er LCP tatt i bruk ved flere bofellesskap for demente og døgnbemannede boliger.

Hovedbudskap

Artikkelen omhandler et implementeringsprosjekt i Vestfold fylke. Målet med prosjektet var å implementere Liverpool Care Pathway, LCP, i fylkets 14 kommuner, samt ved én seksjon på sykehuset i Vestfold HF. Hensikten var å kvalitetssikre omsorgen til døende og deres pårørende, samt bedre dokumentasjonen av denne. I artikkelen beskriver vi bakgrunn for, organisering, og implementering av, resultater fra og erfaringer med prosjektet, som pågikk i perioden 2011–2013. Prosjektet var delvis finansiert ved tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Død » Palliasjon » Kvalitet



FIGUR: En 10-trinns modell, utviklet av Central Team i England.

På sykehuset i Vestfold er Liverpool Care Pathway implementert på onkologisk-palliativ seksjon. Planen er at LCP også skal tas i bruk på andre aktuelle sengeavdelinger på sykehuset.

Implementeringen

I samråd med USHT ble det i hver kommune eller på hvert brukersted etablert LCP-ansvarlige kontaktpersoner. Dette er ressurspersoner innen lindrende behandling, som i stor grad ble rekruttert via eksisterende interkommunalt fagnettverk i lindring. De LCP-ansvarlige ressurspersonene har hovedsakelig ivaretatt implementeringen på egne arbeidsplasser. Prosjektleder har ved etterspørsel bistått med undervisning og oppfølging for å sikre implementering på alle brukersteder, uavhengig av størrelse og ressurstilgang. For å kunne ivareta implementeringen i de fire største kommunene, har man med tilskuddsmidler frikjøpt en ressursperson i 20 prosent stilling.

Ved implementeringen anbefales det å bruke

en ti-trinns modell i kontinuerlig prosess, utviklet av Central Team i England (2).

I Vestfold ble implementeringssirkelen fulgt fra start til audit i prosjektet. Hvert brukersted ble oppfordret til å ivareta de resterende trinnene, fastholde og videreføre bruken av LCP, med mål om optimal omsorg for døende og deres pårørende.

Base Review

Base Review er en gjennomgang av dokumentasjonen av omsorgen ved livets slutt før innføring av LCP, for å bli klar over kvaliteten på den eksisterende dokumentasjonen (3).

Fem store brukersteder i Vestfold utførte Base Review. Funnene var sammenfallende, uavhengig av pasientens diagnose og typen avdeling. Dokumentasjonen var svært mangelfull når det gjaldt behov og tilstand i livets slutfase. Med unntak av pasientens fysiske smerte, var de færreste av fokusområdene i LCP-planen beskrevet. Journalene gir ikke nødvendigvis et riktig bilde

av den behandling og pleie den enkelte pasient fikk. Sannsynligvis utføres det mange sykepleietiltak som aldri dokumenteres.

Undervisning

Ansatte i direkte pasientpleie fikk to timers obligatorisk fellesundervisning av implementeringsansvarlig på sin arbeidsplass. Powerpointpresentasjon om Liverpool Care Pathway, opplæring i bruk av tiltaksplanen og undervisning i lindrende pleie var på agendaen. Det ble vektlagt betydningen av å tilpasse behandling, omsorg og informasjon etter den enkelte pasients behov. Gjennomsnittlig har 80–85 prosent av ansatte på alle brukerstedene deltatt på undervisningen (5). Først etter gjennomført undervisning kunne de respektive stedene ta i bruk LCP i praksis.

Informasjon til leger

En forutsetning for å kunne ta i bruk LCP er at også legene har god kjennskap til tiltaksplanen, inkludert medikamentell behandling for å lindre symptom i livets slutfase. Medikamentanbefalinger er utarbeidet av Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen (3). Anbefalingene er kun veiledende, og det er pasientens lege som må forordne type medikament og dose nøy tilpasset den enkelte pasients behov!

Det har vært en utfordring å nå alle legene med informasjon og undervisning. Fastlegene og de fleste kommuneoverlegene ble informert på e-post i tillegg til at informasjonsmapper er levert personlig på mange legekontor. LCP-ressurssykepleiere har informert i allmennlege-

utvalg eller andre møtearenaer for kommunens fastleger, og det er gjennomført samarbeids-møter med aktuelle fastleger for pasienter som ønsket å dø hjemme.

Sykehjemslegene ved noen sykehjem har deltatt på undervisningen for personalet. I tillegg har prosjektgruppen laget informasjonsmapper til sykehjemslegekontorene, som inneholder informasjon om LCP samt medikamentanbefalingene.

Sykehusets aktuelle leger deltok på intern fagdag for seksjonen, der blant annet LCP var tema. Forelesere var sykehjemslege ved USHT-V som har mye erfaring i bruk av tiltaksplanen, sammen med prosjektleder og seksjonens LCP-ansvarlige ressurspsykeleier.

Erfaringer

Prosjektet er godt mottatt av både fagpersoner og administrativ ledelse i kommunene. Å ta i bruk et verktøy som LCP, bidrar til en felles standard på omsorgen, samt bedret dokumentasjon av tiltakene som utføres. Det er viktig å være bevisst på at LCP kun er et hjelpemiddel, og at omsorgen for døende ikke automatisk bedres kun ved bruk av LCP-planen.

«LCP bidrar til en felles standard på omsorgen.»

Prosjektet oppfattes som relativt lite ressurskrevende, fordi innholdet er kjent og brukt i praksis allerede. Generelle tilbakemeldinger er at prosjektet har medført en mer bevisst måte å observere og imøtekomme behovene på, og at observasjoner og tiltak blir satt i system. Selv om tiltaksplanen er et skjema, vektlegges den enkelte pasient med individuelle behov, inkludert omsorg for pårørende.

Hva har LCP- implementeringen medført i Vestfold?

Kompetanseheving

Allerede i opplæringen ga mange uttrykk for at undervisningen i seg selv var et kompetanseløft. LCP bidrar til årvåkenhet hos helsepersonell når det gjelder observasjoner og vurderinger av hva som kan forårsake pasientens plager. Eksempelvis at mange døende utvikler urinretensjon, som kan være en viktig årsak til uro som ikke lar seg lindre medikamentelt (2). I tillegg gir LCP påminnelser om blant annet viktigheten av munnstell, leieforandringer og bruk av sirkulasjonsmadrass.

Bruken av LCP har også avdekket behov for økt kompetanse på konkrete områder, for eksempel subkutan administrasjon av medikamenter. Mange brukersteder har gjort tiltak for å heve kompetansen på flere områder.

Liverpool Care Pathway har bidratt til en mer helhetlig behandling og pleie. Økt kompetanse i observasjon og kunnskap om hvordan man best kan lindre ulike plager har ført til større bevissthet og engasjement hos personalet. Det har blitt mer rutine å gjennomføre samtaler om åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og deres pårørende. Bruk av tolketjeneste for fremmedspråklige blir nå oftere vurdert.

Bedre informasjon til pårørende

LCP tiltaksplan etterspør essensielle temaer, for eksempel om pasient og pårørende er klar over diagnosen og at pasienten nå anses for å være døende. Dette fordrer kommunikasjon med pasient og pårørende. Man fokuserer mer enn tidligere på samtale med de pårørende om hva som kan forventes i den siste fasen av pasientens liv. Økt kunnskap hos personalet har ført til bedret informasjon og derved forutsigbarhet for pårørende. Det kan virke som LCP også har bevisstgjort personalet på samtaler med de pårørende om deres tanker, bekymringer og behov i situasjonen. Mange pårørende har gitt uttrykk for en positiv opplevelse av å få jevnlig og god oppfølging.

Større åpenhet om døden

LCP har medført at døende pasienter på avdelinger hvor palliasjon er mindre vektlagt enn det er på lindrende enheter, får mer kvalitetssikret symptomlindrende behandling, pleie og omsorg i livets siste fase. Dette gjelder også pasienter som dør av alderdomssvakhet uten spesielle diagnoser, og pasienter med kognitiv svikt.

Refleksjon og evaluering av pleien som utøves gjøres også i større grad enn før LCP-implementeringen. Det er større åpenhet rundt døden, både mellom helsepersonell og overfor pasienter og pårørende. LCP har bidratt til refleksjon over dilemmaer relatert til livets slutfase, eksempelvis spørsmål om når medisinsk behandling skal avsluttes, hvem skal få informasjon, og når er det riktig eller ikke riktig å informere en pasient om at døden nærmer seg. LCP har ført til flere spørsmål på en positiv måte, større ydmykhet og færre selsagte svar hos personalet. Implementeringen har også minnet oss på hvor viktig det er med refleksjon etter dødsfallet; hva gjorde vi bra, og hva kan vi forbedre.

Det å være et tverrfaglig team som sammen vurderer om pasienten er døende, gjør både sykepleiere og leger tryggere. Sykepleiere forteller at det å ivareta døende oppleves mindre tyngende og ensomt ved bruk av LCP. Med begrensede muligheter til å bygge klinisk kompetanse i pleie av døende, opplever også sykepleiere at LCP tilbyr et trygt rammeverk, ved at tiltaksplanen minner helsearbeiderne på viktige fokusområder. LCP beskrives som «godt for uerfarne».

Bedret dokumentasjon

Overgangen fra elektronisk til papirbasert pasientdokumentasjon har bydd på ulike reaksjoner. Innvendinger har vært at papirdokumentasjon og muntlige rapporter er tilbakeskritt, og at oversikten og helheten kan bli borte når dokumentasjonsform i et sykdomsforløp endres. Etter en tids bruk synes imidlertid de fleste at LCP-planen er en god måte å dokumentere på. Erfaringsutsagn er at nattsykepleiere som har ansvar for mer enn én avdeling på sykehjem, synes det er lettere å få oversikt over situasjonen til en døende pasient når all dokumentasjon finnes i ett papirdokument.

De fleste brukersteder melder tilbake at dokumentasjonen har blitt mer detaljert og systematisk. Dette bekreftes ved audit, som hittil er gjennomført ved to brukersteder, med Base Review som evalueringsgrunnlag. Fortsatt er det forbedringspotensial, og audit bør gjennomføres jevnlig på brukerstedene som utførte Base Review.

Et ankepunkt mot tiltaksplanen var at setningsformuleringene kan være gjenstand for misforståelser. Dette bekrefter at opplæring i bruk av planen er en forutsetning.

I hjemmebaserte tjenester

Å innføre Liverpool Care Pathway i hjemmetjenesten har vært spennende og utfordrende. Undervisningen til helsepersonell ble gjort som ved institusjonene, og personalet rapporterer om økt kompetanse. Informasjonen til fastlegene og den praktiske tilretteleggingen i hjemmetjenestens travle hverdag har krevd tålmodighet. Stort sett har legene vært positive til LCP, men kompetansen om og engasjementet for denne pasientgruppen har vært ulik. Forordning av anbefalte medikamenter til lindring i livets slutfase, eksempelvis Midazolam og Robinul, har iblant vært en utfordring ettersom mange av fastlegene har lite erfaring med bruken av disse medikamentene fra sin praksis. Medikamentanbefalingene med doseringsforslag har

vært en nyttig veileder. Noen leger har deltatt på fagdage, der bruk av disse medikamentene har vært et tema. I tillegg har sykehjemsleger med erfaring i bruk av aktuelle medikamenter, ved etterspørsel veiledet fastleger som vil anvende medikamentene til pasienter som ønsker å dø hjemme.

Ikke alle kommunene har hatt forventete dødsfall hos hjemmeboende i prosjektperioden, og følgelig ikke fått anvendt LCP-planen i praksis.

Tidspunkt for å ta i bruk LCP

Hvordan avklares situasjonen rundt en pasient som skal dø hjemme, og når skal man ta i bruk LCP-planen? Samarbeidet med fastlegene er en forutsetning for at LCP skal være et nyttig redskap, også for god dialog om svært viktige spørsmål når livet går mot slutten. Målet er at det etableres kontakt med fastlegen i god tid før LCP er aktuelt. Med utgangspunkt i pasientens situasjon kan samtalen dreies inn på tanker om tiden framover. Erfaringsmessig vet vi hvor nødvendig disse samtalene er både for pasienten, de pårørende og pleiepersonalet.

Vurderingene er alltid vanskelige og ekstra utfordrende i hjemmebaserte tjenester der fastlegen ikke er tilgjengelig til enhver tid. Vi har erfart at vi iblant har ventet for lenge med oppstart av LCP. Men det har også forekommet at LCP-planen har blitt tatt i bruk, men midlertidig avsluttet ved ny vurdering, fordi pasientens tilstand har bedret seg.

I hjemmetjeneste, så vel som på institusjoner av ulik størrelse inkludert lindrende enheter, har tiltaksplanen gjennomsnittlig vært i bruk ved 60–65 prosent av alle dødsfallene. Det rapporteres om ulike årsaker til at planen ikke har vært anvendt ved alle dødsfall, men årsaken er hovedsakelig at pasientens tilstand har blitt raskt forverret, slik at dødsfallet kom brått. Fra alle stedene presiseres det at selv om tiltaksplanen ikke har vært brukt, har «LCP-tankegangen» vært i personalets bevissthet vedrørende helhetlig lindring og ivaretagelse.

Oppbevaring av LCP-planen

Skal LCP-planen oppbevares i pasientens hjem eller på personalets kontor? Det ser ut til å være enighet om at den bør være på kontoret. Dette er av hensyn til taushetsplikten, med tanke på besøkende i hjemmet, og til rapporten mellom vaktskiftene, som baseres på dokumentasjonen i LCP-planen. I hjemmetjenester med store avstander beskrives rapport mellom vaktskiftene

uten EPJ som et praktisk problem.

I tilknytning til LCP-prosjektet har man i mange kommuner laget et medikamentskrin som inneholder de fire anbefalte medikamentene. Målet er å sikre optimal symptomlindring i livets slutfase hos hjemmeboende pasienter. Skrinet oppbevares på kommunal legevakt eller sykehjem, og medikamenter kan utleveres i henhold til gjeldende prosedyrer.

Informasjon

God informasjon og kommunikasjon er viktig for at pårørende skal forstå hva som skjer og klare å være hos den døende den siste tiden (2). I LCP tiltaksplan blir det jevnlig etterspurt om informasjon er gitt til pasient og pårørende. I tillegg til samtale kan brosjyren «Når livet går mot slutten», utgitt av Kirkens Bymisjon, benyttes for informasjon om hva som kan forventes når livet nærmer seg slutten.

LCP-prosjektet i Vestfold synliggjorde behovet for skriftlig informasjonsmateriale til etterlatte i forbindelse med dødsfall. Ny «Etterlattemappe» til bruk i kommunehelsetjenesten er utarbeidet, etter idé og kopitillatelse fra KLB Helseregion Vest. Første opplag av etterlattemappene er betalt av prosjektmidler og distribuert til alle brukerstedene.

LCP på sykehuset

Etter implementering av LCP på seksjon onkologi og palliasjon har tiltaksplanen vært anvendt ved cirka halvparten av alle dødsfall. Hos pasienter innlagt på en spesialavdeling kan symptombildet endres raskt, og det kan være vanskelig å vurdere om situasjonen skyldes reversible årsaker eller om pasienten er døende. Dette, i tillegg til at det kan oppstå akutte hendelser, gjør at LCP ikke har vært brukt ved alle dødsfallene.

Tilbakemeldingene på LCP er stort sett positive. Men det er uttrykt misnøye med at planen ikke er tilgjengelig i sykehusets elektroniske dokumentasjonssystem. Man arbeider med å få dette gjort. Personalet gir positiv tilbakemelding på at LCP fokuserer på det som er viktig for pasienten de siste timene og dagene. Fordi all ikke-essensiell behandling er seponert, har sykepleierne bedre anledning til å fokusere på lindrende tiltak. Kommunikasjon er essensielt i LCP tiltaksplan, og synliggjør den fortløpende dialogen som bør være mellom pasient, pårørende, lege og sykepleier. De eksistensielle behovene hos både pasient og pårørende blir bedre ivarettatt etter LCP-implementeringen.

Vår erfaring er at LCP er et verktøy som sikrer grunnleggende sykepleie og kvalitetssikrer at pasient og pårørende blir ivarettatt på best mulig måte. Avdelingens leger syns det er et godt verktøy når det er igangsatt, og behandlingsmålene er tydelige for alle involverte. Det er sykepleierne som foreløpig må være pådriverne for å ta i bruk LCP.

Oppsummering

Behovet for optimal symptomlindring i livets slutfase er ikke et nytt tema, men innføring av LCP har gitt økt bevissthet på temaet. Personalet har blitt skolert i måter å lindre symptomer på, blant annet at de anbefalte behovsmedisinene må være tilgjengelig, og hvordan man administrerer disse.

Andre synlige konsekvenser av LCP-implementeringen er en større bevissthet på kommunikasjon og de viktige samtalene med pasient og pårørende. I tillegg bedre lindrende behandling på alle avdelinger, blant annet fordi helsepersonell blir påminnet viktige observasjonsområder. Personalet på langtidsavdelinger for somatikk og demens har nå mer fokus på optimal lindring i livets slutfase for disse pasientgruppene.

Ved å ta i bruk LCP ved forventete dødsfall, blir god behandling, pleie og omsorg satt i system. Kvalitetssikret omsorg i livets slutfase, uavhengig av pasientens diagnose og oppholdssted, synes å være nærmere nå enn før LCP-prosjektet. Dokumentasjonen har blitt bedret ved at måloppnåelse for behandling, pleie og omsorg jevnlig skal dokumenteres i tiltaksplanen.

Via samtaler og et uformelt spørreskjema har brukerstedene gitt tilbakemelding om at LCP fortsatt vil brukes uavhengig av prosjekt og oppfølging. Dette gir håp om at Liverpool Care Pathway har kommet for å bli i Vestfold. ■■■

REFERANSER

1. Saunders C. Pain and impending death. In: Melzack R, Wall P. Textbook of pain. London: Churchill Livingstone, 1994; 861. her: Husebø BS og Husebø S: De siste dager og timer. MEDLEX Norsk Helseinformasjon 2008, 5. opplag, s.1.
2. Ellershaw J, Wilkinson S. Care of the Dying. A pathway to excellence. Oxford: University Press, second edition 2011.
3. www.helse-bergen.no/lindrendebehandling
4. Bostrøm V, Disch PG. Lindrende omsorg ved livets slutt. En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold. Senter for Omsorgsforskning-rapportserie 2-2010
5. Paulsen SR. Rapport «Innføring av Liverpool Care Pathway i sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold». Sandefjord kommune: Utviklingssenteret, 2013.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Innføring i kvalitetsarbeid og internkontroll

Ledelse og kvalitet i helse-tjenesten skal gi praktisk innføring i hvordan man kan jobbe systematisk med kvalitet og ledelse.

Boken bygger videre på *En forutsigbar helse-tjeneste* fra 2007. Forfatter er Elisabeth Arntzen.



Utforsker samarbeid

Samarbeidets filosofi tar blant annet opp hva som kjennetegner et godt samarbeid og hvordan de som deltar i et samarbeidsprosjekt kan vite at de har en felles forståelse av hva samarbeidet handler om.

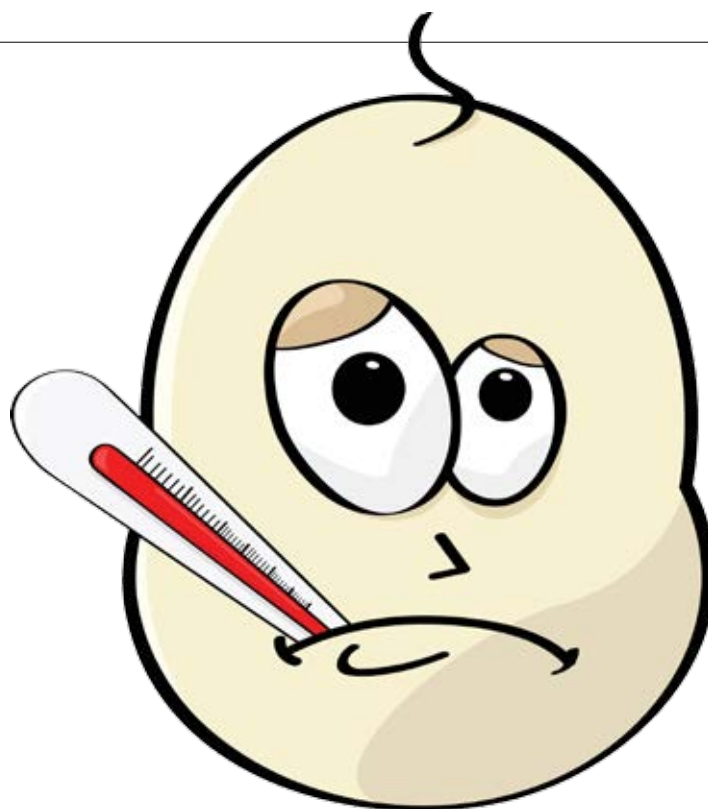
Forfattere er Hans Herlof Grelland, Solveig Botnen Eide, Aslaug Kristiansen, Dag Gjerløw Aasland og Hans Inge Sævereid.



Om sykefravær

I *Sykefraværets politikk* undersøker Anniken Hagelund hvordan den norske sykefraværspolitikken har endret seg siden dagens sykepengeordning ble innført i 1978.

Boken skal blant annet gi ny innsikt i hvordan sykefravær har blitt forstått og debattert til ulike tider og hvorfor debatten om sykefravær vekker så sterke følelser.



Vær obs på skarlagensfeber

I Storbritannia meldes det om betydelig økning i antall tilfeller av skarlagensfeber, og nå ber Folkehelseinstituttet norske leger om å være på vakt.

Skarlagensfeber forårsakes av toksiner som produseres av gruppe A-streptokokker. Før var den en fryktet barnesykdom, men gir i dag vanligvis et mildt sykdomsbilde. Symptomer er vondt i halsen, hodepine, feber, kvalme og oppkast. Et finprikket utslett kan komme etter 12–48 timer og starter gjerne på bryst- og magepartiet. Rød tunge, eller jordbærtunge, er karakteristisk. 1–2 uker

etter sykdomsstart ser man gjerne hudavskallinger på de stedene der utslettet har vært mest markert.

Komplikasjoner kan være ørebetennelse og lungebetennelse og i svært sjeldne tilfeller nyresykdom og revmatisk feber.

Skarlagensfeber smitter gjennom nærdråpesmitte ved hosting og nysing og gjennom felles bruk av for eksempel leker.

I England er det meldt over 5 000 tilfeller av skarlagensfeber siden september 2013.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Ny retningslinje for barselomsorg

I alt 41 anbefalinger listes opp i Helsedirektoratets nye retningslinje for barselomsorgen. Den er myntet på friske kvinner med barn født til termin, og blant anbefalingene er mye kroppskontakt og hjemmebesøk av jordmor første eller andre levedøgn når det anses som like trygt at mor og barn er hjemme som på sykehus.

Retningslinjen kan lastes ned på Helsedirektoratets hjemmeside.

Kilde: Helsedirektoratet



Mener reservasjon rammer innvandrere

Regjeringens forslag om å gi fastleger mulighet for å reservere seg mot å henvise til abort får kritikk fra Nasjonal kompetanse-enhet for minoritetshelse (Nakmi). Direktør Bernadette Kumar sier til NRK at en slik mulighet vil gå utover de aller svakeste. Hun sier sårbare innvandrerkvinner i realiteten mister retten til

fri abort. Ifølge Kumar ivaretar ikke tiltakene som skal sikre kvin-nenes pasientrettigheter kvinner med svake norsk-kunnskaper og lite kjennskap til det norske helsevesenet.

Kilde: NRK



Lege med sex-app

Fastlege og sexolog Trond Daae-Johansen lar pasienter få svar på seksuelle spørsmål via app. Blant annet inneholder appen en problemguide med temaer som potensproblemer og for tidlig eller for sein utløsning. Daae-Johansen sier til Dagens Medisin at mange ikke tør oppsøke lege eller psykolog med seksuelle problemer. Han mener appen både kan brukes av dem som har seksuelle problemer, men også leger og psykologer som leter etter svar på spørsmål de får fra pasienter.

Appen har han laget sammen med den danske sexologen Anne Meelsen. Foreløpig er den bare tilgjengelig for Iphone.

Kilde: Dagens Medisin

Farlige stoffer i hudblekemidler

27 av 30 analyserte hudpleieprodukter inneholdt kvikksølv og kvikksølvforbindelser, som er svært helse-skadelig. 23 inneholdt svært høye verdier. Det er resultatet av en inspeksjon Mattilsynet har gjort.

Det er forbudt å tilsette kvikksølv til slike produkter, fordi det i tillegg til å skade huden også kan skade nyrer og nervesystem.

Mattilsynet analyserte 30 produkter som brukes til bleking av hud og mot kviser, arr, rynker og fregner. Ingen av produktene hadde merking på norsk, og 5 var uten merking. Ingen var merket med at de inneholdt kvikksølv.

Kilde: Mattilsynet



Beskriver fattigdom

Fattigdom i Norge handler blant annet om hvem som er fattige og hvordan fattigdom utvikler seg. Forfatter er Bjørgulf Claussen.



Lovforslag om omskjæring

Helseminister Bent Høie leverte før påske et lovforslag om omskjæring av guttebarn. Det skal nå behandles av Stortinget, men det er usikkert når.

Spesialisthelsetjenesten får ansvar for at det fins et tilbud om rituell omskjæring. Inngrepet skal gjøres av lege, men det åpnes for at andre kan gjøre det så lenge lege er til stede. Nødvendig smertelindring blir påbudt.

Ny veileder i fødselshjelp

For jordmødre er det viktig og nyttig å holde seg oppdatert på gjeldende anbefalinger og retningslinjer. I en artikkel i siste Jordmora går Jørg Kessler, over-

lege ved Kvinneklippen ved Haukeland universitetssykehus, gjennom den nye veilederen i fødselshjelp.

Hvert kapittel har en redaktør og flere

medforfattere. Jordmødre og leger i andre spesialiteter har gitt innspill.

Hvert kapittel innledes med «anbefalinger», som skal inneholde kjernebudskapene i diagnostikk og behandling. Anbefalingene bygger på god vitenskapelig dokumentasjon. Når dokumentasjonen er svakere, brukes formuleringen «foreslår».

I artikkelen trekker Kessler frem noen kapitler som er relevante for jordmødrenes omsorg i svangerskap og fødsel. I kapittel fire, om ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen, heter det at ultralyd som er gjort først i svangerskapet danner grunnlag for aldersbestemmelse hos fosteret og bør ikke korrigeres på bakgrunn av senere målinger. Det forutsetter at målingen ble gjort av ultralydkompetent personale.

Andre anbefalinger gjelder for de som er blitt kunstig befruktet.

I kapittel 24, om feber under fødsel og chorioamnionitt, er ifølge Kessler nytt og det gir praktisk nyttig veiledning for hvordan feber under fødsel skal håndteres.

I kapittel 25, om CTG før fødsel og inntakst- CTG, står det at diverse suk-

EGET FAGBLAD: Artikkelen *Vil vekke faglig debatt* er publisert i faggruppebladet Jordmora.



FØRSTE ULTRALYD: Det er den som danner grunnlag for aldersbestemmelse av fosteret, og den bør ikke korrigeres av senere målinger, ifølge ny veileder i fødselsomsorg. Illustrasjonsfoto: Colourbox

kerholdige eller kalde drikker er i bruk på norske fødeavdelinger for å «vekke» et sovende foster og se tegn til reaktivitet. Men Kessler skriver at det er god dokumentasjon for at dette ikke virker. Friske fostre våkner av seg selv.

I kapittel 26, om fosterovervåkning under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor skriver Kessler at auskultasjon fremdeles er anbefalt for å overvåke lav risiko fødsel, men at det er viktig å være klar over at seleksjonen til fødsel ikke er perfekt. På grunn av det, og ny viten om uønsket utfall for barnet ved lang trykktid, er det foreslått elektronisk overvåkning av fosteret også ved lav risiko fødsel dersom trykktiden overstiger 45–60 minutter.

Den poetiske kjerne

Festspillene i Bergen i Håkonshallen i begynnelsen av 1970-årene. Jeg er en søkende ung mann. På scenen er den sekstiårige Jan Magnus Bruheim og den ni år yngre Harald Sverdrup. To norske, men i uttrykket svært forskjellige, poeter. Den innesluttete og alvorlige Bruheim opp mot den livsbejaende Sverdrup. Der Bruheim representerer skog, jord og alvor forbinder jeg Sverdrup med sommersol, kvinner, vin og sang.

På scenen er også Adrian Henri. En engelsk poet med røtter i Liverpool og medlem av popgruppen The Liverpool Scene. Sammen med de to andre representerer han noe av bredden i poesien. Jeg nyter det der jeg sitter. «Love is you and love is me. Love is a prison and love is free», deklamerer han fra scenen. Jeg har forberedt meg, og har med meg lyrikkboken *Bemann barrikadene – fienden har sluppet løs sin pyjamas*, en diktsamling fra Bokklubben med oversatte dikt fra den nye pop- og beatlyrikken. Adrian Henri og Leonard Cohen er representert i utvalget. Adrian Henri skriver sin hilsen i boken. Bokens verdi stiger for meg. Her er det dikt inspirert av Østens poesi og zenbuddhisme. Enkle og korte vers der alt overflødig er tatt bort. Jeg inspireres til å skrive selv og finne min egen poetiske nerve – den som de fleste av oss har om vi tar oss tid til å kjenne etter. For å si det med Adrian Henri: «If you think you can do it and you want to do it – then do it.»



KH Mygaard

I ytterkanten

Morten Borgersen har sett hiv på nært hold.

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

Forestillinger heter Morten Borgersens nye roman. Den handler om en ung skuespiller som ser tilbake på et kort og intenst liv, om jakt på egen identitet, relasjoner, sex, teater og sykdom. Det er tidlig 1980-tall og Henrik Heier er hivsmittet.

– Det at han har en sykdom med en sannsynlig fatal utgang gjør at han tar et oppgjør med livet sitt, forteller Morten Borgersen på kafé i Oslo.

At det er hiv, og ikke en annen sykdom, er ikke tilfeldig.

– 1980-tallet, da hiv-diagnose var en dødsdom, med hysteriet og fordommer, gjorde noe med meg, sier Borgersen.

– Jeg hadde to gode venner som døde, og har lenge gått med en tanke om å bruke den erfaringen til noe.

Borgersens forrige roman, *Jeg har arvet en mørk skog*, tok utgangspunkt i at faren var nazist under krigen. Det var noe Borgersen ikke ante før han etter farens død fant en liten mappe med papirer fra en rettssak. Han begynte å nøste og fortalte historien til en som jobbet i forlag. «Denne må du skrive», sa han. Og det gjorde Borgersen, til gode kritikker.

Fra før var han kjent som skuespiller, instruktør og teatersjef, blant annet for Den Nationale Scene i Bergen. Å skrive hadde mest vært en drøm.

Med *Forestillinger* har han bygget historien på en annen måte.

– Jeg måtte skape en karakter som ikke eksisterer, sier han.

– Og han måtte være skuespiller. En skuespiller kan gå inn i ulike roller, bli et annet menneske og utfylle seg selv.

Henrik Heier har mange roller,

både på teateret og utenfor, og han strever med å finne ut hvem han egentlig er.

– For ham er det nok lettere å være en rolle enn å være seg selv, tror Borgersen.

Henrik går gjennom minnene fra livet sitt, gjenopplever dem og tar et oppgjør med dem. Så kaster han dem i svarte søppelsekker, slik han har sett bilde av at de gjør med døde aids-pasienter.

Borgersen sier han har fått mange reaksjoner på boken. Noen er opptatt av det han skriver om hiv, andre av teater, av Henriks oppvekst eller trekantforholdet Henrik-Maria-Serge.

– Det synes jeg er fint, sier han og smiler.

– Folk leser den forskjellig.

«I dag snakker vi lite om hiv, og det er veldig rart.»

Henrik er ikke lett å putte i bås, han går sin egen vei. Han har en sterk seksualitet, men det er ikke viktig for ham å definere hva den er. For Borgersen var det et poeng at han skulle befinne seg på sidelinjen.

– Jeg liker at folk beveger seg på yttersiden av noe, forklarer han.

– Jeg blir fascinert når folk ikke gjør det som er forventet av dem.

– Var det vondt å skrive om Henrik?

– Ja, jeg har på en måte vendt tilbake til noe som hendte rundt meg. De to vennene mine døde rundt 1992. De var åpne innenfor et bitte lite miljø, men ikke ellers. Det var mange den gangen som ikke turde stå åpent frem. Folk mistet jobben. Da han ene lå på

Ullevål, husker jeg en sykepleier sa til meg at han var heldig. «Heldig?», undret jeg. «Ja, han har besøk av familie og venner hver dag. Det er mange her som aldri får besøk», svarte han.

I boken bruker han én replikk som er hentet fra virkeligheten. Det er en karakter, også han syk med hiv, som får høre av fosterfaren sin at «det er verre at du er homofil enn at du har hiv».

Ellers presiserer han at fortellingen er fiksjon, men at han bruker erfaringene sine.

Borgersen skrev på sin bok da Jonas Gardell utga trilogien *Tørk aldri tårer uten hansker*, og har derfor ikke lest den.

– Jeg tror det er forskjellige bøker.

Han skriver om et veldig lite, ghettoaktig miljø og har et religiøst bakteppe for noe av handlingen. Min bok handler om mye mer enn hiv, men jeg synes det er bra temaet kommer opp. Hiv rammer ikke bare én gruppe. Smittetallene i Oslo stiger enormt. Folk tror det bare er å spise piller om de blir smittet, men vi vet ikke hvordan de pillene virker på lang sikt.

– Hvorfor tror du det kommer flere bøker om hiv på 1980-tallet akkurat nå?

– Kanskje det er som andre verdenskrig, at det må gå litt tid før vi kan se det med de riktige brillene. Hvis jeg skulle skrevet om dette i 1992, ville historien blitt helt annerledes. I dag snakker vi lite om hiv, og det er veldig



rant. Kanskje kan bøker som min være med å gi en slags forståelse og innsikt igjen. Kanskje kan den være med på å vekke empati, som for meg virker å være litt fraværende. Mye i dag handler om å være vellykket, rik og pen og å komme på tv. All intimisering, med folk som deler personlige detaljer under skinn av å hjelpe andre, oppfatter jeg som ferniss. De vil egentlig bare bli sett selv. Jeg sier ikke at alle er sånn, men jeg synes det er en tendens.

– Hva har erfaringen gjort med deg?

– Jeg har blitt romsligere, håper jeg. Jeg håper jeg er blitt flinkere til å sette meg selv til side.

Dét er noe flere i skuespillermiljøet rundt Henrik sliter med. I boken viser Borgersen frem teaterets bakside, med sutring, rivalisering og en grenseløs selvopptatthet.

Han smiler litt.

– Teateret kan være et fantastisk og kreativt sted, og jeg elsker det. Men det har også sine sider. Jeg kan sitte og høre på skuespillere som snakker og snakker om seg selv og tenke «hører du hva du selv sier nå?». Jeg opplever også at noen har en tillært flinkhet. De lærer seg hvordan de skal gjøre jobben, men går ikke inn med hele seg. Jeg husker en skue-

spiller sa: «Sånn tror jeg mordere pleier å reagere». Jeg tenkte: «Hva i all verden. Hva vet hun om det?

Morten Borgersen

Aktuell med: *Forestillinger*

Hun har vel aldri drept noen. Og så snakker hun ikke bare om en morder, men om mordere i flertall». Sånt kan jeg bli ufattelig lei av. I stedet for å tro at det finnes en måte mordere reagerer på, vil jeg at de skal gå i seg selv og få kontakt med sine egne mørke sider. Et miljø blir seg selv nok til tider, og det ville jeg si noe om.

– Hvor er Henrik for deg nå?

– Man får et slags vennskapsforhold til sånne figurer. Jeg bryr meg om dem. Men, sier han og smiler igjen:

– Nå er han i den boken. Det er ikke sånn at jeg går og tenker på ham hele tiden. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



I morgen forsvinner jeg litt til

Av Laila Sognnæs Østhagen
191 sider
Forlaget Oktober, 2014
ISBN: 978-82-495-1353-6
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
rådgiver

Skremmende god

ANMELDELSE: Jeg frykter glemselen mer enn døden. Det er ikke uten grunn. Jeg så min mor langsomt forsvinne hen i glemselens landskap som nittiåring. Det var en prosess som tok tid og som gjorde henne til en fremmed. Denne vakre romanen til Laila Sognnæs Østhagen får frem minnene om både min mor og andre demente jeg har møtt i eldreomsorgen. Den demente blir en fremmed – en annen person. «Hvem er du?», spurte min mor. «Jeg er din sønn.», svarte jeg. Forbauset så hun på meg med et fjernt blikk. «Har jeg en sønn?» Liknende utsagn finner jeg i boken.

Østhagen har klart det geniale i å se verden og hverdagen fra den dementes posisjon. Fortid og nåtid blandes sammen for bokens hovedperson Signe. Barndommen blir nær, lydene i sykehjemmet omformes i Signes sinn til lyder fra en annen tid, barndommen, der de for lengst av-

døde foreldrene, framfor alt moren, blir aktører i et sammensurium uten mening. Betjeningen på sykehjemmet der hun bor, prøver å realitetsorientere henne. Det er ikke så lett. Det handler mest om rutiner og hender. Her finnes også overgrep og pleiere som ikke evner å sette seg inn den kognitive svikten som preger Signe. Hun gjøres respektløst til et barn. Unntaket er vikaren Lars, som møter henne på hennes egne premisser og dermed bryter de uskrevne reglene – pleiekulturen – som rår hos de fleste av personalet.

Signe fortolker alt ut fra sitt demente sinn. Hjelperne er fremmede for henne, slik også hennes egen kropp ikke lenger henger sammen som en enhet. Hun vet ikke hvor hun skal gå eller hvordan hun skal reise seg. «Hun har ingen kropp å gå med», heter det et sted i teksten. Det er en slags «kafkaverden» hun lever i. Den

økende glemselen innebærer en total og eksistensiell fremmedgjøring.

Men det fins også kjærlighet og kjærlighetslengsel i Signes sinn. Møtet med demente Kåre er vakkert beskrevet. Han finner hånden hennes. De leier hverandre som om de var et ungt kjærestepar. Noen kommenterer dem og sier de er et flott par. Dannelse og høflighet har ikke forlatt dem. Det har heller ikke deres seksuelle følelser.

Laila Sognnæs Østhagens evne til å leve seg inn i Signes verden er skremmende god. Det er ikke noen god alderdom hun viser oss. Den skremmer meg. Det gjør det ikke bedre at jeg vet at det er sannheten hun beskriver.

Jeg opplever boken som en appell til samfunnet om å gjøre det lettere å være dement. Det handler om verdighet og tid til å forstå at den demente lever et annet liv enn oss andre. Det er det lett å glemme. ■■■



Varsling. Fra problem til verdi

Av Toril Wik og Nils Sortland
176 sider
Fagbokforlaget, 2013
ISBN 978-82-450-1141-8
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,
operasjonssykepleier og mester i
sykepleievitenskap

Unikt om varslings

ANMELDELSE: Det er skrevet flere bøker om varslings, men de er preget av å være skrevet innenfor rammen av et spesifikt fagområde. Denne boka er unik fordi den har en tverrfaglig tilnærming til varslings som fenomen. Det muliggjør en helhetlig forståelse av varslings av kritikkverdige forhold – både det som gjelder innhold i varselet og dets potensial som ødeleggende og ikke minst verdiskapende faktor.

Boka utmerker seg ved at relevante, tverrfaglige fagområder og problemstillinger presenteres ved reelle, men anonymiserte hendelser. Slik gis arbeidsgivere og arbeidstakere innblikk i en relativt ukjent og til tider svært ubehagelig tilværelse.

Et varsel om kritikkverdige forhold kan ramme en hvilken som helst virksomhet. Profesjonell håndtering

av det innledende varselet kan styrke og utvikle den, mens det i motsatt fall kan innebære en ødeleggende eskalering hvor alle parter blir tapere.

Toril Wik og Nils Sortland har både jobbet med ledere og arbeidstakere. Ved å ha arbeidet på «begge sider» har de bygget en enestående kompetanse som gir boken dybde og gjør den flerdimensjonal.

Boka byr på kunnskap og erfaringer på en enkel og anvendbar måte. Tverrfaglig tilnærming til varslings synliggjøres som en kritisk suksessfaktor.

Boka bør inngå som fast litteratur for styremedlemmer, ledere, politiske beslutningstakere, verneombud og tillitsvalgte. Det er deres håndtering av varselet som avgjør om det blir til problem eller verdi.

Enkelte kapitler peker seg ut. Et

eksempel er at den som varsler om uønskete forhold er beskyttet mot gjengjeldelse i gjeldende lovverk. Ikke dermed sagt at man er forskånet fra arbeidsgivers motreaksjoner, det er ikke alltid enkelt å skulle bevise at motreaksjoner fra arbeidsgiver kan karakteriseres som trakassering. Delen om sjekkliste ved varslings kan være til hjelp her. For et varsel om uønskete forhold bør være velfundert, nøytralt og gi konkrete, etterprøvbare opplysninger.

Andre sentrale kapitler er om kommunikasjonens betydning i varslings-sammenheng og kapittelet om implementering av gode varslingsrutiner i en virksomhet. Både varsleren og den som mottar varselet må ha i mente at i bunnen ligger et ønske om å bedre forholdene, det handler om å styrke virksomhetens konkurranseevne. ■■■

Hjelp til å unngå vold

ANMELDELSE: Dette er en høyst relevant håndbok i dagens samfunn med økende voldsproblematikk. Forfatterne av *Tiltak mot vold i helse-tjenesten*, Ole Gregor Lillevik og Lisa Øien, er høyskolelektorer ved Høgskolen i Narvik og forsker på vold og voldsforebygging.

Forfatterne ønsker å bidra til at helsepersonell utvikler kompetanse og trener konkrete ferdigheter, først og fremst for å forebygge vold, men også for å håndtere vold på en faglig forsvarlig måte forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og arbeidsmiljøloven.

Boken består av fire hoveddeler. En del om teori, en om forebygging, en om å håndtere aggresjon og fysisk vold og en om oppfølging og etterarbeid.

I teoridelen beskriver forfatterne vold ut fra «frustrasjon-aggresjonshypotese». De fokuserer på den asymmetriske maktrelasjonen mellom helsepersonell og pasienter. De legger vekt på avmaktsfølelsen som bidrar til økt frustrasjon og som kan resul-

tere i aggresjon. Men er det riktig at all utagerende atferd i helsetjenesten forårsakes av avmakt og frustrasjon? Hva med for eksempel sosial lærings-teori? Kan man forklare vold ved at man lærer å se andre pasienter som utagerer? For meg kan det se ut som forfatterne forenkler vold og reduserer den til avmakt og frustrasjon, slik at kompleksiteten av voldsproblematikk ikke kommer helt fram.

I andre del fokuserer de på konkrete miljøfaktorer som kan bidra til å forebygge vold. Bevisstgjøring av personlige egenskaper som at man er en autoritær eller en utydelig og usikker person, kan bidra til økende vold. Forfatterne klarer å formidle hvor viktig det er å utvikle faglig kompetanse parallelt med personlig vekst. Å reflektere over spørsmål som «hvem er jeg i møte med voldstruende?» sammen med arbeidskolleger, kan skape et positivt og trygt miljø. Forfatterne viser ambisjoner ved å bidra til at helsepersonell utvikler kompetanse som kan hjelpe til å forutsi hvilken pasient som vil utagere,

og når dette vil skje.

Tredje del handler om hvordan ansatte kan trenes opp til å oppdage varselsymptomer tidlig og utvikle aggresjonsdempende kommunikasjon. Håndtering av vold beskrives konkret og belyses pedagogisk med bilder. En dvd eller en webside med en kortfilm om hvordan vold kan håndteres kunne styrke denne delen. Forfatterne er tydelige på at håndtering av vold må trenes opp regelmessig. Helsepersonell må være trygge på hvilke grep de bruker, og ikke minst må de være trygge på seg selv og hverandre.

I siste del gis det råd for å følge opp ansatte som har blitt utsatt for vold. Det appelleres til ledelse og verneombud om å utarbeide rutiner og prosedyrer for oppfølging og etterarbeid.

Boken er pedagogisk godt bygget opp. Hvert kapittel avsluttes med gruppeoppgaver som er viktig å gjennomgå grundig. Ferdigheter utvikles ikke ved å lese en bok. De må trenes opp systematisk og regelmessig for at helsepersonell blir trygge på å forebygge og håndtere vold. ■■■



Tiltak mot vold i helse-tjenesten

En håndbok om forebygging, håndtering og oppfølging
Av Ole Gregor Lillevik og Lisa Øien
96 sider
Medlex Norsk Helseinformasjon, 2013
ISBN: 978-82-7841-782-9
Anmelder: Sabina Hockic, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Hva leser du nå?



– Agatha Christies bøker er topp

Gunvor Instebo er æresmedlem i Norsk Sykepleierforbund (NSF). I mange år var hun generalsekretær i forbundet. Når hun nå leser bind to i Gunnar Staalesens romanserie *1900* gjenopplever hun den mest aktive perioden i sitt eget liv. Parallelt med romanene leser hun bind to i NSF's nye forbundshistorie med et kritisk blikk.

Det er en historie som hun kjenner bedre enn de fleste. I 1990 var hun selv med i referansegruppen da Kari Melby skrev *Kall og kamp*. NSF's forrige forbundshistorie. Hennes opplevelse er imidlertid ikke alltid lik historikernes tolkning av situasjoner og hendelser.

Den aktive pensjonisten har alltid lest mye.

– Aller best liker jeg krim, sier hun.
– Agatha Christies bøker er min favorittlektüre. Det forunder meg stadig hva Hercule Poirot finner på. ■■■

Tekst og foto **Karl-Henrik Nygaard**

Anne Ragnhild Vikan,
psykologspesialist, BUP,
sykehuset Levanger.

Aase Haugdal Ander-
sen, spesialist i klinisk
pedagogikk, BUP, syke-
huset Levanger.

Avdekket fødselsdepresjon

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ved 6-ukerskonsultasjonen ga bedre oversikt over mødres psykiske helse.

Småbarnsteamet ved BUP ved sykehuset i Levanger gjennomførte i perioden 2008–2011 et prosjekt der målet var å implementere selvvurderingsskalaen Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) på helsestasjonene i tre kommuner i Nord-Trøndelag. Gjennom prosjektet ønsket BUP å gi helsesøstrene et kartleggingsverktøy som de kunne bruke i tillegg til klinisk samtale for å avdekke fødselsdepresjon hos mor og gi tilpasset hjelp. Vi ville undersøke om EPDS ble vurdert som et godt hjelpemiddel. Vi var dessuten interessert i å høre hvor fornøyde helsesøstrene var med opplæringen og veiledningen de fikk fra oss.

Mye brukt

EPDS er en selvvurderingsskala for å screene fødselsdepresjon (1). Den er mye brukt ved helsestasjonene i Europa og i Nord-Amerika og er validert for norske forhold (2). EPDS består av ti områder. Kvinnen skal streke under det svaret som best beskriver hvordan hun har følt seg de siste sju dagene. EPDS kan administreres av helsesøster som har fått opplæring i bruk av skalaen. Den må alltid kombineres med samtale der man fokuserer

på kvinnens situasjon. EPDS kan administreres seks til åtte uker etter fødsel. Hvis man bruker den for tidlig etter fødsel, vil man få med for mange med vanlige tilpasningsvansker.

I helsesøstrenes veileder heter det at de skal ta opp hvordan kvinnens psykiske helse er ved seks-ukerskontroll. En undersøkelse blant helsesøstrene i Oslo viste at de hadde vansker med å fange opp kvinner som slet psykisk etter fødselen (3). Kvinner med fødselsdepresjoner tar i liten grad selv opp sine vansker, og få blir derfor oppdaget gjennom vanlige konsultasjoner (4,5).

Forskning viser at de fleste kvinner med fødselsdepresjon kan få tilstrekkelig hjelp gjennom samtaler med helsesøstre. Det er de færreste kvinner som vil trenge hjelp fra spesialisthelsetjenesten (6–8).

Lavere forekomst i Norge

Tiden etter fødselen er en periode der de fleste kvinner opplever økt psykisk sårbarhet. Denne sårbarheten viser seg på mange måter; fra normal nedstemthet og labilitet til alvorlig sykdomstilstand eller fødselspsykose.

I epidemiologiske studier varierer forekomsten av fødselsdepresjon mellom 0–60 prosent. (9). Hvilket resultat man får synes å avhenge av målemetode, tidspunkt etter fødsel da måling ble foretatt, og av hvordan man definerer depresjon. Flere studier tyder på at forekomst av fødselsdepresjon er lavere i Norge enn i andre land (9). Jeg vil ikke diskutere mulige årsaker til det her, men mye kan tyde på at høy levestandard og gode rettigheter for spedbarnsforeldre spiller inn.

I psykisk helsevern for barn og unge, BUP, er det et mål å oppdage barn og unge som er i fare for å utvikle psykiske vansker og intervensere tidlig. Depresjon hos mor kan være en risikofaktor for barnets psykiske helse (10,8). Det er avgjørende for det lille barnet at omsorgspersonen kan oppfatte og besvare dets signaler. Belastninger i foreldrenes livssituasjon, som for eksempel en depresjon, kan hindre at foreldrene går inn i et sensitivt samspill med barnet sitt. Her er det viktig å understreke at en del deprimerte klarer å opprette et godt samspill med barnet sitt.

Prosjektet

Helsestasjonene i Levanger og Inderøy startet prosjektet med å implementere EPDS våren 2008. Verdal kommune startet opp i oktober 2008. I tillegg til prosjektleder deltok to helsesøstre og to jordmødre i prosjektet i Verdal. Jordmødrene benyttet EPDS i svangerskapskontroll. I Inderøy ble konsultasjonstiden ved 6-ukerskontroll økt med 10 minutter, fra 30 til 40 minutter, og i Verdal med 15 minutter. I Levanger ble ikke konsultasjonstiden ved 6-ukerskontroll økt.

Det ble holdt oppfølgingskurs i 2008 og i 2009.

Gjennomføring

Som vi nevnte innledningsvis har flere studier vist at de fleste kvinner som sliter etter fødsel, vil få tilstrekkelig hjelp gjennom støttesamtaler hos helsesøster. Noen vil imidlertid ha behov for å henvise til spesialisthelsetjenesten. For å sikre at de kvinnene som ble henvist videre ble ivarettatt, informerte BUP kommuneoverlegene om prosjektet. Man anbefalte fastlegene å bruke EPDS når de vurderte om kvinnen trengte hjelp for depresjon. BUP hadde også et orienteringsmøte med voksenpsykiatrien (VOP) om prosjektet, og ba om at de prioriterte hjelp til kvinner med fødselsdepresjoner.

Etter kursene avtalte BUP veiledning med helsestasjonene som en oppfølging av kurset. I tillegg tilbød vi oss å være til stede ved konsultasjoner med mor, barn og helsesøster uten henvisning. I noen få tilfeller benyttet helsesøstrene seg av dette tilbudet. Da Levanger fikk ansatt en kommune-psykolog, overtok hun veiledningen.

Alle mødre, med unntak av dem som hadde en kjent psykisk lidelse samt fremmedspråklige, fikk tilbud om å delta i prosjektet. EPDS innebærer en screening, og det er unødvendig å screene de man allerede kjenner. Kulturforskjeller og språkvansker kan bidra til at fremmedspråklige mødre skårer falskt positivt på screeningen.

Ved hjemmebesøk etter fødsel orienterte helsesøster mødrene om prosjektet. Orienteringen omfattet også informasjon om vanlige fødselsreaksjoner.

Etter ønske fra helsesøster utarbeidet BUP en

Hovedbudskap

I denne studien var vi interessert i å undersøke om helsesøstrene vurderte Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) som et nyttig hjelpemiddel. Vi var dessuten interessert i å høre om deres erfaring med opplæring og veiledning fra BUP: De fleste helsesøstrene var fornøyd med opplæringa som ble gitt og med veiledninga fra BUP. I vår studie, fant helsesøstrene relativt få kvinner med depressive symptomer som de ikke kjente fra før, ca 3,5 %. De fleste helsesøstrene vil likevel anbefale bruk av EPDS fordi metoden gjør det enklere å rette oppmerksomheten mot kvinnens psykiske helse. Etter at prosjektet ble avsluttet, har kommunene besluttet å fortsette å bruke EPDS.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

➤ Helsestasjon ➤ Depresjon ➤ Nyfødt ➤ Psykisk helse



Prosjektarbeid

Artikkelen bygger på:

Teori: 50 %

Praksis: 50 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2014.0071



KONTAKT: Fødselsdepresjon hos mødre kan hindre et sensitivt samspill med det nyfødte barnet, men mange klarer også å opprettholde samspillet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

brosjyre om vanlige fødselsreaksjoner. Brosjyren ble delt ut ved første hjemmebesøk etter fødsel. Kvinnene ble forberedt på at de ved 6-ukerskontroll ville få tilbud om utfylling av EPDS og oppfølging dersom det var behov for det.

Oppfølging kunne innebære inntil fem støttesamtaler med helsesøster, samtale med en fagperson fra BUP på helsestasjonen uten henvisning, samt eventuelt videre henvisning til VOP.

Resultater

I Levanger og Inderøy var det 372 kvinner som deltok i screeningen. 14 kvinner (3,6 prosent) avsto å være med i prosjektet. Helsesøstrene fikk positiv respons på at de fokuserte på kvinners psykiske helse. Flere av helsesøstrene presiserte at de opplevde det som unaturlig å stille spørsmål om psykisk helse på sin dialekt. Det naturlige var å spørre: «Hvordan har du det da? Eller hvordan går det?».

«Helsesøstre har etter hvert fått mye erfaring i å bruke metoden.»

Slike spørsmål kunne åpne for videre samtale hvis helsesøster var sensitiv for svarene hun fikk.

Hvert svar i EPDS rangeres på en skala fra 0 til 3. Summen på hele skalaen varierer fra minimum 0 til maksimum 30. For personer som i sum skårer 12 eller mer, anbefales det at man foretar en grundigere vurdering (7).

I Levanger og Inderøy skåret 13 kvinner (3,5 prosent) 12 eller mer. Gjennomsnittsskåren på EPDS var 3,51. Noen kvinner skåret lavt på EPDS, men ga likevel inntrykk av å trenge hjelp.

Helsesøstrenes evaluering

Etter gjennomført prosjekt i 2014 ble de åtte helsesøstrene fra Levanger og Inderøy som deltok bedt om å evaluere prosjektet. Dette ble gjort ved å besvare et spørreskjema. I tillegg arrangerte BUP et møte med felles utveksling av erfaringer fra prosjektperioden.

Sju av åtte vurderte opplæringen i EPDS som positiv. Seks av åtte mente at det var nyttig for dem i deres arbeid å bruke EPDS. Begrunnelsene var at skjemaet gjorde det enklere å fokusere på psykisk helse. De hadde også begynt å spørre pasientene sine mer direkte om psykisk helse. De vurderte å bruke EPDS som en kvalitetssikring i arbeidet sitt. De fremhevet også at skjemaet gjorde det lettere for kvinnene selv, på et senere tidspunkt, å ta opp psykiske plager. Innvendinger mot å bruke EPDS

var at de mente de fant like mange deprimerte uten å bruke skjemaet, og at de burde få satt av mer tid på 6-ukerskontroll til å bruke EPDS.

Fem av de åtte helsesøstrene som hadde gitt støttesamtaler hadde fått positive tilbakemeldinger fra mødrene. En mor uttalte at støttesamtalen gjorde det mulig for henne å komme seg videre i livet.

Ingen av kvinnene hadde tatt imot tilbudet om fem støttesamtaler. Samtlige opplevde at en til tre samtaler hadde vært tilstrekkelig. Noen av helsesøstrene ringte til enkelte mødre for å høre hvordan det gikk, noe som ble positivt mottatt.

To av helsesøstrene var misfornøyde med veiledningen fra BUP. Begrunnelsen var at det var vanskelig å nå fram til BUP på telefon. De syntes det var positivt å ha en psykolog i kommunen som kunne gi veiledning i stedet for BUP.

Tre kvinner ble henvist til voksenpsykiatrien. I det ene tilfellet var ventetiden dessverre så lang at kvinnen ikke lenger var motivert da tilbudet kom.

Fortsatte med EPDS

Seks helsesøstre anbefalte at kommunen de jobbet i skulle fortsette å bruke EPDS. Inderøy og Levanger kommune har fortsatt å bruke EPDS etter at prosjektperioden er over.

Høsten 2012 ble helsesøstrene i Inderøy og Levanger kommune bedt om å vurdere bruk av EPDS på nytt. Evalueringsskjema ble gitt til ni helsesøstre som alle svarte. Seks av helsesøstrene hadde brukt EPDS siden 2008 og har gjennomført 50 eller flere screeninger hver. De fleste, sju av ni, vurderer EPDS som et nyttig hjelpemiddel som de vil anbefale andre helsesøstre å bruke. Det ble brukt betegnelser som «Et flott hjelpemiddel for å snakke om psykiske vansker. Føler at mødrene lettere ber om hjelp dersom det oppstår vansker seinere også».

Helsesøstrene kjente seg vanligvis kvalifiserte til å gi støttesamtaler. Ved behov for videre henvisning, henviser de til kommunepsykolog og fastlege. Få kvinner blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

Erfaringer fra Verdal

Det er stort samsvar mellom erfaringene fra Verdal og de to andre kommunene, Inderøy og Levanger. I Verdal deltok 78 kvinner i prosjektet, kun tre kvinner takket nei.

De fleste mødrene oppnådde lave skår. Det var kun tre kvinner, 3,7 prosent, som skåret 12 eller mer.

I Verdal konkluderte man: «De to jordmødrene og helsesøstrene som deltok i prosjektet mener at EPDS er et nyttig hjelpemiddel for å finne de gravide/mødrene som kan stå i fare for å utvikle

depresjon. Erfaringer viser at Verdal kommune bør ta i bruk metoden i alle distrikter. Utvidet tid ved aktuelle konsultasjoner er nødvendig».

Konklusjon

Etter at prosjektperioden var avsluttet har de tre kommunene, Levanger, Inderøy og Verdal besluttet å bruke EPDS ved 6-ukerskontroll. Jordmødrene som deltok i opplæringen bruker EPDS ved behov.

Helsesøstrene finner færre som skårer så høyt i EPDS at de må henvises videre til spesialist enn de hadde forventet; cirka 3,5 prosent. EPDS er da ikke gitt til kvinner som har en kjent psykisk lidelse, og ikke til fremmedspråklige.

De kvinnene som hadde behov for oppfølging, og som ønsket det, fikk støttesamtaler hos helsesøster. Ut fra BUPs vurdering viste helsesøstrene mye engasjement og ønsket å hjelpe de kvinnene som hadde behov for det. For dem som trengte videre oppfølging, var det mest vanlig å henvise til kommunepsykolog eller fastlege. Få kvinner ble henvist til spesialisthelsetjenesten, de fleste fikk hjelp lokalt. Dette er i samsvar med andre undersøkelser.

Sju av ni helsesøstre vurderer EPDS som et nyttig hjelpemiddel som de anbefaler andre helsesøstre å bruke. De vurderer EPDS som et nyttig verktøy for å fokusere på barselkvinnens psykiske helse generelt. Man kan innvende at det ikke var så mange helsesøstre som deltok i prosjektet vårt, men de har etter hvert fått mye erfaring i å bruke metoden. For BUP medførte prosjektet at vi fikk bedre kjennskap til arbeidet på helsestasjonene og i kommunene, noe vi synes har vært viktig for vårt videre samarbeid. ■■■

REFERANSER

1. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
2. Berle JO, Aarre TF, Mykietun, A, Dahl A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2003; 76: 151–156.
3. Anker-Rasch C. Kvinner med fødselsdepresjon-finner vi dem? Master of Public Health. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2005.
4. Hearn G, Liff A, Jones I, et al. Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice* 1998; 48: 1064–1066.
5. Johanson R, Chapman G, Murray L, et al. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2000; 21: 93–97.
6. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counseling in a general-practice setting—controlled study of health visitor in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 1998; 298: 223–226.
7. Wickberg B, Hwang P. Counseling of postnatal depression: a controlled study on a population-based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders* 1996a; 39: 209–216.
8. Cooper PJ, Murray L. The impact of psychological treatment of postpartum depression on maternal mood and infant development. In *Postpartum depression and child development* (eds L Murray & PJ Cooper). New York: The Guildford Press, 1997.
9. Halbreich U, Karkun S. Cross cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2006; 91: 97–111.
10. Goodman SH, Godtlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanism of transmission. *Psychological review* 1999; 106: 458–490.



Sør-Trøndelag

NSF Sør-Trøndelag har den glede å invitere alle våre medlemmer til Fylkesmedlemsmøte/sommermøte

Dato: Onsdag 11. juni 2014
KL: 18.00-21.00 (Registrering fra kl. 17.15)
Sted: Radisson Blu Royal Garden Hotell, Trondheim

Program

- Innlegg ved Solveig Kopperstad Bratseth, 1. nestleder, NSF
- Underholdning
- Utdeling av hedersnåler i gull og sølv
- Mingletapas

For mer informasjon om påmelding

Arrangementet er gratis for våre medlemmer. Påmelding gjøres ved å gå til vedlagt lenke. Husk at du må være innlogget for å melde deg på.

Bindende påmelding innen onsdag 4. juni på www.nsf.no/sortrondelag

Ved spørsmål, ta kontakt med fylkeskontoret:
Tlf: 02409 eller E-post: sor-trondelag@nsf.no



Hjertelig velkommen!

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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



Wima®
produkter

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Les mer om Wima-
labben på vår nettside:
www.wima.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





Jahn Ingebrigtsen,
anestesisykepleier,
paramedic og mas-
terstudent i klinisk
sykepleie

Redd for å slippe andre til?

Å påstå at sykepleiere er ufaglært i ambulansesammenheng, er dårlig underbygget.

Lars H. Jacobsen hadde i Sykepleien nr. 5–2013 et innlegg («Helsevesenets håndverkere») som tilsvar på et innlegg i Sykepleien nr. 4–2013 («Sjukehus på hjul? Eller transportteneste til og fra sjukehus?») skrevet av Gunhild Rolandsen og Ruth Lindgaard. Jacobsens artikkel er velskrevet og inneholder mye bra, men krever noen kommentarer. Jeg er paramedic og har 25 års erfaring fra ambulansetjeneste i varierte tilknytninger, og har utdanning som anestesisykepleier, noe som gir mulighet for å kunne se dette fra begge sider.

Profesjonsstrid

Tanken var at «striden» mellom sykepleiere og ambulansepersonell var erklært død og begravet. Min karriere startet i ambulansetjenesten da dette var en høyaktuell problemstilling, og ingen ønsker disse tidene tilbake. At NSF igjen klarer å provosere ambulansetjenesten ved å ta opp «kompetansespørsmålet», er bare å beklage. Ambulansetjenesten har de siste par 10-årene gått fra å være en tjeneste basert på idealisme og gode ønsker, til å være en veldrevet og strukturert tjeneste med dyktige utøvere. Utdannelse og vedlikehold av kunnskap og ferdigheter er i fokus (slik jeg kjenner det innen egen tjeneste i Oslo og Akershus). Behovet for ytterligere å øke kompetanse er tilkjennegitt ved at Prehospital divisjon OUS og HiOA starter med bachelor i paramedic i 2014. Det er viktig å påpeke at staten kun stiller krav om at det skal være fagarbeider på en ambulanse (lovdata.no). Det er kun fagarbeider som er den offisielle autorisasjonstitelen. Paramedic er et selvpålagt og selvdefinert bransjekrav. Stillinger blir derfor utlyst som fagarbeider, mens paramedic sannsynligvis vil bli foretrukket.

Hva mangler sykepleiere?

Å bemerke at sykepleiere ikke har akuttmedisin eller operativ tjeneste som en del av sin utdanning, er bare delvis korrekt. Sykepleien har mye akuttmedisin innen emnet akutt og kritisk syke. Det sykepleien har lite av er traumatologi. I Oslo og Akershus ambulansetjenesten er oppdrag som krever akuttmedisinsk/traumatologisk kompetanse i klart mindretall. Våre oppdrag er i hovedsak knyt-

tet til eldre, omsorgssvikt, nedsatt allmenntilstand, rus, mentale lidelser, medisinske tilstander og smerter av ukjent opprinnelse. Disse temaene er ganske godt dekket gjennom pensum i sykepleierutdannelsen, i tillegg til generell omsorg, etikk, jus, patofysiologi, medikamentering, og spesifikk kompetanse innen primær-, sekundær- eller tertiærhelsetjeneste. Da er det riktig å påstå at hvis man ser vekk fra det traumatologiske og operative ambulansespektet, så er det mer relevant ambulansemedisinsk innhold i en sykepleierutdanning (HiOA, 2013) enn i dagens paramedicutdanning (HIL, 2013). Å påstå at sykepleiere er ufaglært i ambulansesammenheng er derfor dårlig underbygget.

Studiepoeng

Å sammenlikne studiepoeng for å argumentere med likhet eller forskjell i utdanning har liten mening uten å se detaljert på innhold, pensum, undervisningsformer og nivå på forventede kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Nasjonal paramedic uten påbygning er 60 ects (HIL.no) og bachelor i sykepleie er 180 ects. Skal vi først sammenlikne poeng, får vi begrense poengene til basisutdanning og ikke legge inn påbygning og videreutdanning. Sykepleiehøgskoler, som alle andre skoler, har frihet til å vurdere hvordan de skal gjennomføre mye av undervisningen, herunder den obligatoriske førstehjelpsundervisningen.

Dagens akademiske norm innen høyskolene krever PhD og pedagogisk kompetanse. At noen da velger å bruke det lokale Røde Kors er lite sannsynlig, men uansett har det ingen direkte føringer til medfølgende dårlig kvalitet. Basal førstehjelp og HLR er i hovedsak snakk om trening på skrevne prosedyrer. Dette er de frivillige like gode i.

Profesjonsutdanning

At Jacobsen omtaler ambulansetjenesten som en profesjonsutdanning er egentlig ikke i tråd med definisjonen på en profesjon. En profesjon baserer sin aktivitet på et høyt nivå av abstrakt kunnskap, teoretisk kompetanse, og det er kunnskap og kritisk tenkning som styrer handlinger, ikke prosedyrer og regler. Profesjoner skal i tillegg ha autonomi i praksis, egen etisk kodeks og forskning, og evidens-

basert praksis er en forutsetning. Ambulansetjenesten er, med all respekt, ennå ikke der. En bachelorutdanning er et steg på veien. Sykepleie som profesjon har en flere hundre år gammel tradisjon.

Sverige

Når man nevner at Sverige har basert sin ambulansetjeneste på bruk av sykepleiere, så er det ikke hele sannheten. De som jobber der er sykepleiere med en ettårig spesialutdanning innen «ambulansesjukvård», så de går ikke rett fra sykepleierskolen og ut i ambulanse. Rolandsen og Lindgaard er heller ikke av den oppfatning at det skal være en direkte linje fra sykepleiegrunnutdanning til ambulanse, dette kommer klart frem av deres innlegg.

Da Sverige på 90-tallet besluttet at man skulle ha sykepleiere på ambulanse, så var dette basert på to faktum. Det ene var at kvaliteten på eksisterende tjeneste var dårlig og man måtte gjøre noe effektivt og fort. Det andre var at man ikke ønsket å spre ansvaret for medisinbehandling på flere utdannelser (SOSFS, 2001:1, SOSFS, 2009:10, kap. 6, §2). At «resten av verden» ikke har gjort det samme, skyldes vel ikke alene det faktum at de anser sykepleiere for å være uegnet, men at de allerede har et godt etablert system som de ikke ser noen grunn til å endre på eller ikke kan endre på. Mitt personlige håp og tro er at vi kan enes om at pasientene ikke har et dårligere tilbud hos en paramedic med sykepleie som basisutdanning, sammenliknet med en paramedic med tradisjonell utdanning.

Holistisk og analytisk

Sykepleiere er trent i å tenke holistisk og analytisk og har en bred og god utdanning innen blant annet folkehelsetjeneste. Dette er egenskaper og kunnskaper som kan komme godt med i ambulansetjenesten. Jacobsen har et poeng i at man i dag ikke har noen sykepleieressurs/spesialsykepleiere å ta av, og at spesialisthelsetjenesten vil lide dersom man skulle rekruttere fra denne ressursen. Vi har for den saks skyld heller ikke sykepleiere til å sette inn i ambulansetjeneste, da det utdannes for få sykepleiere til å dekke selv dagens behov i helsevesenet for øvrig.

Norge har en utfordring med akuttmedisinsk

erfaringsmengde mellom by- og landbaserte ambulansetjenester. Allerede i dag ses en differensiering av kompetanse i favør av tettstedene. I den settingen kan man se for seg at sykepleiere/spesialsykepleiere kunne tjenestegjøre der de kan få best utnyttelse av sin kompetanse, i god utilitaristisk ånd. Det er helt feil og urealistisk at spesialsykepleiere bruker og opprettholder sin kompetanse uhensiktsmessig.

Få klagesaker

Jacobsen argumenterer også for at ambulansetjenesten holder god kvalitet basert på mangel av tilsynssaker og klager. Dette er i beste fall en misforståelse. Ambulansetjeneste er i en særstilling i helsevesenet. De fleste av våre kunder er mer enn fornøyd med at noen kommer og kjører dem til et sted de får hjelp. Hvilken hjelp og hvilke tiltak som gjøres underveis – eller ikke gjøres – er i mindre grad viktig.

Det er først når man kommer til sykehuset at våre kunder forlanger service og resultater. De fleste klagesaker i ambulansetjenesten går på uhøflig opptreden, det sier vel nok. I en ambulanse/akutt situasjon er vi ofte alene med pasienten. Ingen ser oss i kortene, og pasient og pårørende er mer fokusert på andre ting. Hva vi gjør og ikke gjør og hvordan dette dokumenteres (eller ikke) er vanskelig å etterprøve. Så bortfall av klagesaker kan ikke automatisk tilskrives god service og faglig høyt nivå.

Men denne pasientklagepraksis er noe som kan endres på i tiden som kommer. Vi vil oppleve høyere krav til ambulansetjenesten og høyere tempo. Pasientene vil være mer komplekse, mer inkluderte i egen helse og oppmerksomme på sine rettigheter, og vil se et lett bytte i den prehospitaltjeneste. Samtidig vil en bachelorutdanning i paramedic stille høyere krav til utøveren med påfølgende større fallhøyde når ting går galt.

Helsereform

Helsereformen (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011) har som formål at pasienter raskere skal ut til kommunehelsetjenesten. Dette betyr at pasienter som er i en mer krevende tilstand, med mer behov for avansert omsorg og behandling, blir plassert i såkalte intermediære avdelinger. En fersk doktorgrad belyser hvilke problemer dette medfører for alle involverte parter (Johannessen, A-K. 2014). Kommunehelsetjenesten og systemet er ikke klare for å ta imot disse pasientene – ennå. Når pasientene til tross for dette transporteres ut, er det vel realistisk å anta at ambulansetjenesten blir mer involvert.

I hvilken grad ambulansetjeneste i dag har noen annen kompetanse enn å vurdere og transportere tilbake til avsender, er et spørsmål. Ser man på programplanen for den nye bachelor i akuttmedisin, er det ganske klart at man retter utdannelsen inn mot den nye samhandlingsreformen – med økte krav om kompetanse og samhandling (Bachelor programplan, 2014).

Ja takk, begge deler

Jacobsen (m.fl.) representerer en gruppe ambulanspersonell som forfekter en rendyrket ambulansetjeneste, uten vesentlig innblanding av annet helsepersonell. Hva er så skummelt med å også slippe andre til? Ambulanspersonell har sementert sin posisjon i det prehospitalt, det er ingen andre profesjoner som skal komme og overta det hegemoniet.

Ambulanspersonell kan en del om ganske mye – med spesialisering mot traumatologi og operative emner. Sykepleiere kan også en del om ganske mye, med spesialisering mot det syke mennesket. Hva hadde man tapt på å kombinere det beste fra to kompetanseretninger, for å komponere et prehospitalt «superteam»? En slik løsning ligger nær opp til den svenske og finske løsningen (Langhelle et al.) og er i tråd med hva Rolandsen og Lindgaard beskriver. Løsningen er ikke problemfri på noen måte, men poenget er at disse problemstillingene i hovedsak er knyttet opp til interaksjonen innad i teamet – og er personavhengige og basert på gamle vaner.

«Anonyme» kommentatorer til Rolandsen og Lindgaards artikkel er negative til en delt løsning, og beskriver dette i et direkte språk. Vil samme personer gå åpent ut og kritisere luftambulansens bemanningskonsept? På helikopter er det tre spesialister med hvert sitt fag og ansvarsområde. De danner ett team, som via rutiner, prosedyrer og personlig egnethet setter oppdraget i fokus – på en utmerket måte. Oppdragene stopper ikke opp på grunn av interne problemer og diskusjoner om hvem som skal være fartøysjef.

Teamsammensetning med differensiert bakgrunn og virkeområder er ikke uvanlig i etater som forsvar, politiet og industrien. Hvorfor skulle det være så fryktelig vanskelig i en ambulanse? Det hele står og faller på en vilje til å tenke fremtidsrettet og problemløsende, kontra å være låst til fortiden og fokusert på utdaterte fordommer.

Setter man pasienten i fokus, er en delt løsning – under gitte forutsetninger – en bedre løsning for morgendagens ambulansetjeneste. At ambulansetjenesten gjerne vil «eie» hele konseptet alene, er forståelig basert på historiske forhold.

At dette er den beste løsningen for fremtiden, gjenstår å se.

Bemanningsmodell

Uansett fremtidig bemanningsmodell, så er en bachelor i akuttmedisin et skritt i riktig retning. Økt kompetanse og mer innsikt i et komplekst bilde vil gi oss ambulanspersonell som er bedre rustet til å møte den nye utfordringen som et desentralisert helsevesen vil medføre. Hvordan den «nye» ambulansetjenesten skal integreres i kommunehelsetjenesten, og hvordan de «nye» paramedicene skal

«Det hele står og faller på en vilje til å tenke fremtidsrettet og problemløsende.»

integreres i ambulansetjenesten, blir spennende å se. Det er neppe noe mål at det skal bli et «sykehus på hjul», men at vi vil se endringer mot en stadig mer avansert tjeneste er hevet over enhver tvil. Skal det i det hele tatt ha noen mening å løfte ambulansutdanningen opp på bachelornivå, bør vel lista også legges høyere – eller? Det vil utvilsomt bli en utfordring å tilpasse den nye bachelorutdannelsen til dagens og morgendagens situasjon, og de involverte har en viktig jobb foran seg.

Til slutt – både ambulansetjeneste og sykepleiere har kvalitet og pasientens beste i fokus. Med dette for øye, bør det ikke være vanskelig å oppnå gjensidig forståelse og respekt for hverandres kompetanse. ■■■

REFERANSER

1. Bachelor Programplan i akuttmedisin, HIOA (2014) Hentet fra http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node_52/node_869/HF/node_995/Programplan-bachelor-i-prehospitalt-arbeid-paramedic
2. HIL. Høyskolen i Lillehammer (2013). Pensumlister. Hentet fra <http://www.hil.no/hil/pensum/Pensum-2013-2014>
3. HIOA. Høyskolen i Oslo og Akershus (2013). Fag og programplan for sykepleiestudiet. Hentet fra http://www.hioa.no/studies/Programplaner/Sykepleie+-+Kjeller/Bachelor/Kjeller/Sykepleie_Kjeller
4. Johannessen, A-K. (2014). The role of an intermediate unit in a clinical pathway. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo) ISBN 978-82-8264-099-2
5. Langhelle, A., Lossius, H. M., Silfvast, T., Björnsson, H. M., Lippert, F. K., Ersson, A. & Søreide, E. International EMS Systems: the Nordic countries. Resuscitation, 61(1), 9-21. doi:10.1016/j.resuscitation.2003.12.008
6. Lovdata.no (2014). § 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-03-18-252/KAPITTEL_1#%A75
7. Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). Nasjonal helse og omsorgsplan: 2011-2015. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
8. Profesjon (2013). Definisjon. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HIOA/SPS/Om-SPS/Hva-er-profesjonsstudier>
9. SOSFS 2000/3 (2005) Lakemedelshantering inom ambulanssjukvården från och med den 1. november 2005. Hente fra http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9816/2005-1-20_2005120.pdf
10. SOSFS 2009/10. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård. Hentet fra <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>



ETIKK

Lillian Lillemoen om samtaler før livets slutt

Lillian Lillemoen, medlem av Rådet for sykepleietikk, forsker ved Senter for medisinsk etikk, UiO og som førsteamanuensis ved avd. for helse- og sosialfag, Høgskolen i Østfold

Vanskelige og viktige samtaler

Hva tenker du om tiden som kommer, når sykdommen utvikler seg og du blir sykere?
Hva er det som er viktig for deg?

Harald er 80 år og alvorlig syk, en sykdom som ikke kan kureres og som gjør at han har begrenset levetid. Harald vet hvor syk han er, kona vet det, de voksne barna, barnebarna – fra de eldste til de yngste – den nærmeste familie og venner, alle vet hvor alvorlig situasjonen er og at Harald skal dø.

Harald og familien forbereder seg på en krevende tid. Dette til tross, kona og barna bestemmer seg for at de skal gjøre det de kan for at Harald

tiske forhold løses og håndteres. Men hvordan er det med samtalen om Haralds tanker om det som kommer, om forverringen av sykdommen, om den nye og sårbare situasjonen, om døden?

Verdihetsgarantien

I forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) står det blant annet at tjenestetilbudet skal legge til rette for at samtaler om eksistensielle spørsmål tilbys. Men hva vil det si?

men en samtale menneske til menneske, ville det trolig bli tatt godt imot av Harald.

Ja eller nei til vanskelig spørsmål

Men hva skjer? Etter hvert som Harald blir sykere, er sykepleierne opptatt av å avklare om det skal settes i gang hjerte-lunge-redning (HLR). Skal det stå HLR+ eller HLR- i Haralds papirer? Sykepleierne trenger slik avklaring og dokumentasjon for å vite hva de skal gjøre dersom Harald plutselig skulle få hjertestans.

Snakker man med sykepleiere og leger i så vel sykehjem som hjemmesykepleie, sier mange at HLR-spørsmålet sjelden har vist seg å være viktige avklaringer. Derimot erfarer sykepleiere og leger at de i livets slutfase ofte konfronteres med det etiske spørsmålet: Hvor aggressivt skal vi behandle? Skal vi overflytte pasienten til sykehus? Skal vi behandle med antibiotika? Hva ville pasienten ønsket?

Dette er spørsmål som også aktualiseres i Haralds situasjon. Etter hvert som sykdommen utvikler seg blir Harald betydelig svakere, og han får gjentatte infeksjoner. Han er sliten og orker i liten grad å ta stilling til mange av spørsmålene som dukker opp om behandling. Hvor lenge skal man fortsette å behandle – hva ville

«Skal man starte med antibiotika når lungebetennelse nummer syv på kort tid er et faktum?»

skal kunne fortsette å bo hjemme, slik han uttrykkelig ønsker. Harald og familien er heldige. Leder for hjemmesykepleien i hjemkommunen er også positiv til Haralds ønske. Selv om hun vet at situasjonen i hjemmet kommer til å kreve betydelig mer ressurser etter hvert som sykdommen utvikler seg, forsikrer hun familien om at også hjemmesykepleien skal gjøre sitt for at Harald skal få bo hjemme. Forsendelse på forsendelse med hjelpemidler, nesten inntil det overveldende, kommer til hjemmet. Avansert medisinsk utstyr og mange store og små prak-

Nettopp Haralds livssituasjon skulle en anta innebærer et behov for samtaler om eksistensielle spørsmål. Men Harald er ikke en person som krever, tvert imot, som person er han ydmyk og takknemlig for at han lever i et land der han tilbys slik hjelp. Trolig har eksistensielle spørsmål heller ikke vært en naturlig del av Haralds samtalerrepertoar. Derfor er ikke dette samtaler som Harald tar initiativ til. Likevel, hadde sykepleieren som har ansvaret for pleie og omsorg i hjemmet, invitert til en slik samtale, ikke i forbifarten, ikke som en del av morgenstellet,



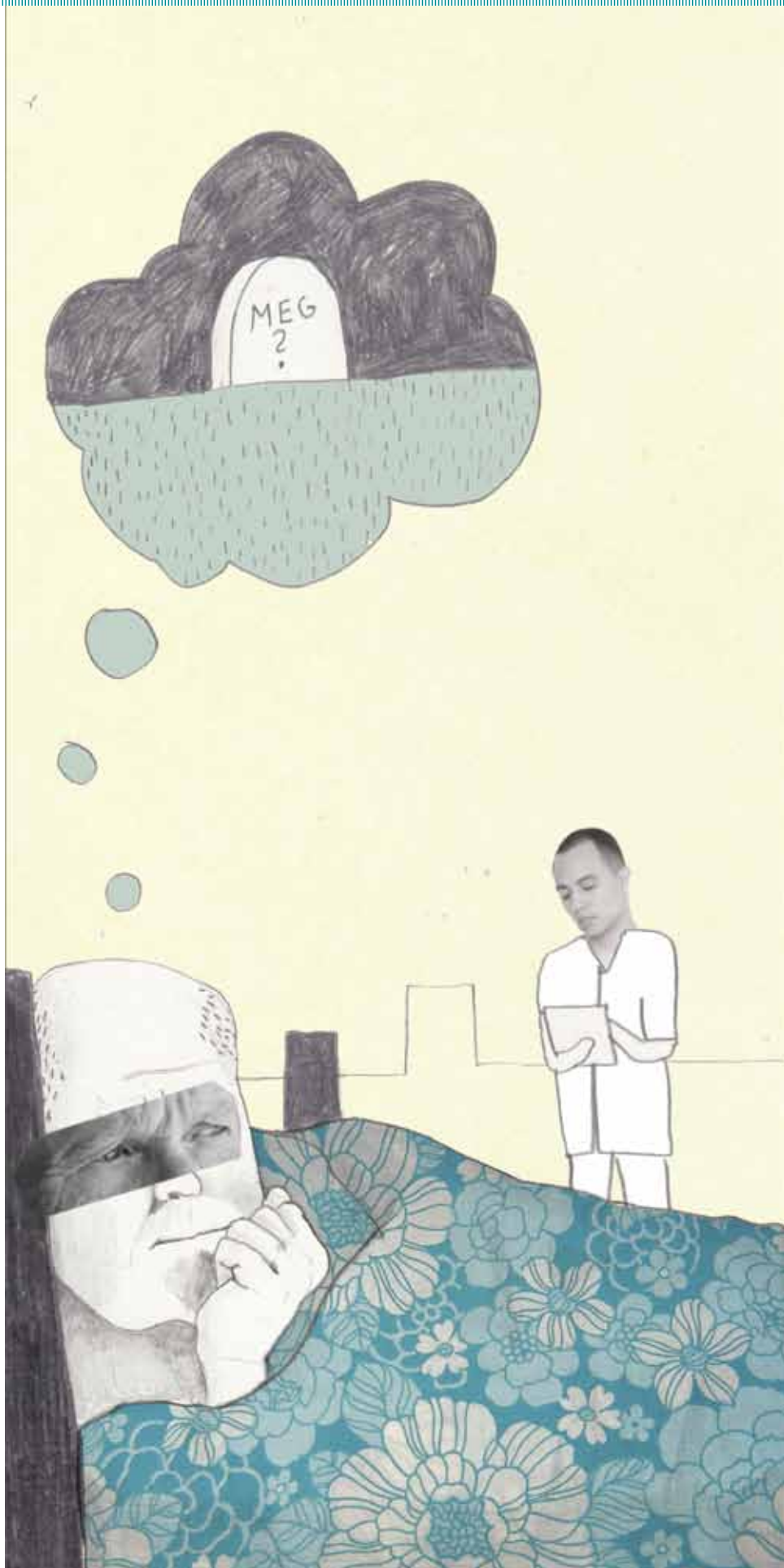
han selv ønsket? Skal man starte med antibiotika når lungebetennelse nummer syv på kort tid er et faktum?

Problemet er at når Haralds liv går helt mot slutten, erfares det som et overgrep å plage en døende person med slike spørsmål. Kanskje er han også for svak til å snakke.

Samtalene må tas tidlig

Hva er det som hindrer sykepleiere i å invitere pasienter som Harald til forberedende samtaler på et tidligere tidspunkt? Behovet for samtaler om eksistensielle spørsmål, for Haralds vedkommende, ligger helt oppe i dagen. Invitasjon til, ikke som et krav om, samtaler om de tanker Harald har om situasjonen sin, om tiden som kommer, om hva det er som er viktig for ham når sykdommen utvikler seg og han blir svakere, vil styrke sykepleiepraksis og gi pasienten en sterkere stemme. Samtaler som dette, tidlig i sykdomsforløpet, vil trolig også gjøre det lettere å vende tilbake til disse spørsmålene underveis i sykdomsforløpet, og da som en naturlig del av sykepleien.

Ja, dette er krevende samtaler, aller mest for pasienten. Men krevende, kanskje til og med vanskelige samtaler, er ofte viktige samtaler. Derfor kan de ikke utelates. ■■■



Randis hypokonderkryssord

😊	PLAG-GET	PLEIE	BAK I DAG	▼	DANS-EN	ØY VÆSKE	▼	BY	PLAG-GET	IDRETT INTERJ.	▼	ELV O.A.	▼	SNUR	KJ.TØY FORK.	RASE- HYGI- ENISK	PÅ FLY	DEHYD- RERE ØKT	▼
ISOM- SLAG- ET	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
MAI- EUTIKK- SLUTT!	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
▼	▼	▼	TVILE	▼	▼	▼	NABO- ER	▼	▼	▼	▼	PREP.	SLITEN	▼	▼	▼	TINE STJELE	▼	▼
PLASS.	▼	▼	FORF. SYKD.	▼	▼	▼	ENIG- HET TÅKE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
ELV	▼	▼	▼	ETUI	▼	AMME	▼	▼	▼	▼	▼	FORF. POL.	▼	▼	KLOVN	▼	▼	▼	▼
ROTE VEKST	▼	▼	▼	▼	SYKD. FORT	▼	▼	▼	▼	ÅPNING	MÅL	▼	HORDE PLASS (FORK.)	▼	▼	▼	TIDS- BEGR.	SAUS	▼
▼	▼	▼	D.E	▼	▼	PARTY	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	INGEN- TING	SLURK	▼	▼	▼	BELTE
REDSK.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	EKORN	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
FRED	▼	▼	ORD EROB- RE	▼	▼	▼	MYNT	SKÅTE RYDDE	▼	▼	TALL	NABO- ER RETN.	▼	▼	ORG.	ØKE SYKD.	▼	▼	▼
KUL EXIT	▼	▼	▼	17.MAI- RET- TEN	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	PARE- SE- RAM- MET	▼	▼	▼	TALL	▼	▼
▼	▼	▼	▼	▼	▼	SVULST	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼

Se løsning på kryssord side 76.

Quiz

Tekst: Marit Fonn, Jo Cranner, Eivor Hofstad

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

1 Hva er en AMK-sentral?

- A Ammeklubb-sentral
- B Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
- C Sentral for androgyne menn og kvinner

2 Hva het oversykepleieren i Gjøkeredet?

- A Nurse Jackie
- B Nurse Edie
- C Nurse Ratched

3 I hvilken Hemingway-bok har sykepleieren Catherine Barkley en viktig rolle?

- A Snøen på Kilimanjaro
- B Farvel til våpnene
- C Og solen går sin gang

4 Hva er en vegan?

- A Asiatiske øgle med kjøtt rikt på omega 3
- B Et verktøy som brukes i kirurgiske prosedyrer
- C Vegetarianer som heller ikke spiser egg, melk eller honning

5 Hva er transfett?

- A Fett som er herdede oljer
- B Bilringen på en transperson
- C Animalsk fett

6 Hva er LHL?

- A Landsforeningen for homofile, lesbiske, bifile og transpersoner
- B Le hjertelig lenge
- C Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

7 Hva er LLH?

- A Landsforeningen for lunge- og hjertesye
- B Organisasjonen Lev Lenge som Hjerteroperert
- C Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner

8 Hva er Cochrane Collaboration?

- A OECD-landenes samarbeid om helsestatistikk
- B En uavhengig internasjonal organisasjon

som lager systematiske oversikter av medisinsk forskning

- C Et amerikansk statlig institutt som gransker medisinske forskningsartikler for å avdekke juks.

9 Hva het legen som Cochrane-samarbeidet har fått navnet fra?

- A Elizabeth Cochrane
- B Archie Cochrane
- C Robert Cochrane

10 Hvor holder «hovedkontoret» til Cochrane-samarbeidet til?

- A I Oxford, England
- B Hos Verdens helse-organisasjon i Sveits
- C I Washington, USA

**10 POENG:** Imponerende.

Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

**6-9 POENG:** Lovende.

Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje

på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer.

(Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1b, 2c, 3b, 4c, 5a, 6c, 7c, 8b, 9b, 10a

TRANSFETT: Har han transfett under tutuen, mon tro? Foto: Colourbox

Venter spent på regjerings helseplaner. Side 78

Teknologi må hjelpe oss med fremtidens eldrebølge. Side 84

Bratten vs. Tholens i masterdiskusjonen. Side 79

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 **HEGE GJESSING**

«Mamma sa:
Ikke bli sykepleier.
Bli heller lege.»

86

INNSPILL **TONJE KRISTIN STORHAUG-JENSEN**

«Det er ikke nivået på studenten som betyr mest, men kvaliteten på utdanningen.»

83



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

En helsetjeneste på brukernes premisser?

Norsk Sykepleierforbund frykter at flere helsetjenester kan bli skjøvet inn under fastlegeordningen.

Den blå-blå regjeringen har varslet fire Stortingsmeldinger til Stortinget i 2015, som skal definere ny kurs for helsepolitikken. De nye meldingene skal dekke alt fra ny styringsstruktur og funksjonsfordeling for spesialisthelsetjenesten og legemiddelpolitikken, til fremtidens organisering av primærhelsetjenesten og folkehelse.

Vi vet lite om hva som kommer, men har forstått at sykehjem ikke skal omfattes i det store meldingsarbeidet. Er det FRPs forslag om forsøk med statlig finansiering av eldreomsorgen som skal realiseres? Vi er i tilfelle spent på hvilke områder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal skilles ut som eldreomsorg.

Helse- og omsorgsministeren har planer for å utvikle helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Til Stortinget har han varslet følgende: «Vi (...) skal fremme ei melding til Stortinget om framtidens primærhelsetjeneste. Eit viktig tema i denne meldinga vil være gode primærhelsetjenester til barn og unge». Vi er selvsagt enig i at



SPØR FØRST: Norsk Sykepleierforbund ønsker integrerte tjenester som svarer til de store utfordringene knyttet til barn og unge, skriver Eli Gunhild By. Arkivfoto: Marit Fonn

«Hva med å kartlegge hva barna trenger før vi omorganiserer?»

barn og unge skal få gode primærhelsetjenester. Men i hvilken retning skal tjenestene utvikles?

I dag er helsestasjonene og skolehelsetjenesten i stor grad organisert under oppvekst i kommunene. I regjeringsplattformen kommer det tydelig fram at regjeringen har ambisjoner om å utvikle flerfagligheten i fremtidens primærhelsetjeneste med utgangspunkt i dagens fastlegeordning. Hva da med barn, unge og deres familiers behov? Norsk Sykepleierforbund ønsker integrerte tjenester som svarer til de store utfordringene knyttet til barn og unge.

Vi ser ingen grunn til at for eksempel skolehelsetjenesten og helsestasjonene skal skyves inn under fastlegeordningen. Hva med å kartlegge hva barna trenger før vi omorganiserer?

Utfordringene er ikke så annerledes for voksne. Der er det også fastlegeordningen som skal være utgangspunktet for den integrerte og flerfaglige primærhelsetjenesten i fremtiden. Hvor er det innbyggerne får helse- og omsorgstjenester i kommunene i dag? Hva med å kartlegge det? Deretter kan vi utvikle tjenester ut fra hva befolkningen trenger, nå og i fremtiden.

Det skjer mye spennende i kommunene i kjølvannet av samhandlingsreformen, som dreier seg om konstruktiv oppfølging av kronikere og flerfaglige og integrerte tjenester. Lite av dette skjer med utgangspunkt i fastlegeordningen.

Regjeringen bør understøtte de positive og riktige grepene som tas lokalt i stedet for å reversere disse initiativene. Vi håper regjeringens ambisjoner om å sette avtrykk etter seg, ikke resulterer i forhastete endringer, som ikke er forankret i reelle behov. Vi håper de kommende meldingene fra regjeringen vil dreie seg om hva vi vet virker og hva som gjør at vi klarer å møte fremtidige utfordringer med en bærekraftig velferdsstat. Vi vil følge nøye med på meldingsarbeidet og kommer gjerne med konstruktive innspill. ■■■

Eli Gunhild By

Dr. Bergland og den alternative medisinen

Det kan nok være at skolemedisineren, Jonas Kinge Bergland, hisser opp flere enn bare healere med sine bombastiske uttalelser i Sykepleien nr. 5 (i forfatterintervjuet). Det er ikke noe nytt at de med makt harselerer over minoriteter eller dem som truer autoriteter. Media med NRK i spissen har gjort det lenge med blant annet den såkalte «Folkeopplysningen». Historien er full av eksempler på pionerer som ble latterliggjort i sin samtid, men som senere er blitt hyllet for evnen til å se lengre enn sin egen nesetipp. Semmelweis er et eksempel. Et annet er de to australske forskerne, Warren og Marshall, som oppdaget at magesår skyldes bakterien *Helicobacter pylori*.

Bergland skal ha ros for at han går så hardt ut mot alternative utøvere og homøopater og healere i særdeleshet. Og det gjør seg sikkert bra på scenen å kategorisere homøopati som visvas. Hvordan kan han med sikkerhet vite at homøopatien ikke har effekt utover placebo? Ingen kjenner virknings-

mekanismen. Men det finnes teorier som er helt uforståelige, hvis en kun har et materialistisk utgangspunkt og tror at virkeligheten er det som kan måles, kvantifiseres, isoleres og observeres. Siden han selv sitter i glasshus er det modig å gå så høyt på banen. Elektrosjokk brukes fortsatt selv om ingen kjenner virkningsmekanismen. I det siste har det kommet en rekke bøker skrevet av leger som slettes ikke er positive til alternativ medisin. De stiller store spørsmål ved nytteverdien av såkalt evidensbasert forskning. Det er vel nok å nevne Goldacres «Bitre piller», professor og leder av det nordiske Cochrane-senter, Gøtzsches siste bok «Dødelig medisin og organisert kriminalitet» og Kunnskapssenterets utgivelser av «Testing Treatments – Hva virker?».

Å avvise homøopati er å diskvalifisere alle tusenvis av leger i Europa som har homøopati som spesialisering. For ikke å snakke om millioner av mennesker, som i folkerike land i Asia samt i Sør-Amerika, benytter seg av denne bivirkningsfrie be-

handlingsformen. Det er en etnosentrisk holdning å ikke aksepterte at det kan være flere sannheter. Dessuten finnes det metaundersøkelser som viser at homøopati har effekt. Skolemedisinerne Bornhöft og Matthiessen gir i rapporten fra Sveits, «Homeopathy in Healthcare» en meget god oversikt.

Det det dreier seg om er hvilken vitenskapsforståelse en legger til grunn for ulike behandlingsformer. Selve «prøvingene» innen homøopati er naturvitenskapelige. Men diagnosestilling tar utgangspunkt i pasientens subjektive opplevelser og deretter blir de tolket. Så her er det fenomenologi og hermeneutikk som er vitenskapene. Det er håp for Bergland siden han kjenner på usikkerheten og har funnet ut at stand-up-jobben er lettere å like enn legejobben. Men er det RCT (randomiserte kontrollforsøk) som ligger bak det synet eller er det bare en subjektiv opplevelse han har?

Thore K. Aalberg, leder Norsk Homøopatisk Pasientforening (NHPF)

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Feil mann

I artikkelen om Reitgjerdet-skandalen i Sykepleien 5/2014 kom vi dessverre i skade for å bruke feil bilde. Under tittelen «En 35 år gammel bekymringsmelding», på side 38-39, ønsket vi å trykke et bilde av Svein Solberg, mannen som startet opprullingen av skandalen. Solberg var lege og sivilarbeider på intsitusjonen og skrev senere boken «Rapport fra Reitgjerdet». Det var imidlertid ikke Solberg, men hans forsvarer Ole Jakob Bae som er blitt avbildet i artikkelen. Bae forsvarte Solberg da han sto tiltalt for å ha sluppet fri en soningsfange fra Reitgjerdet. Solberg og Bae prosederte på nødrett, ettersom forholdene på anstalten var umenneskelige, men Trondheim

byrett gikk ikke med på det. De fastslo riktignok at Solberg hadde edle motiver for å slippe vedkommende fri, men «en slik handling kan aldri akespeteres». Senere fastholdt Solberg at han ikke angret. – Jeg står ved det jeg har gjort. Sykepleien beklager å ha brukt feil bilde.

Barth Tholens (red.)

Reservasjonsrett en gang til

I grunn forstår ikke jeg hvordan det er mulig å kunne reservere seg mot en norsk lov.

Det kunne være fint om alle fikk mulighet til å reservere seg mot en lov som en er imot ut ifra sin egen samvittighet. Var

det ikke sånn at alle skal følge norsk lov?

Og for det andre forstår ikke jeg hvordan helsepersonell som er opptatt av å møte pasienten med verdighet og alt det som har med etiske retningslinjer å gjøre, kan pådytte sin egen samvittighet på pasienten, som de gjør ved å reservere seg. Og ikke bare over på pasienten, men også over på andre helsepersonell som nå må ta seg av saken.

Helsepersonellet, uansett hvilken tittel de bærer, må bearbeide sin egen samvittighet, og ikke dytte det over på pasienten. De tenker bare på seg selv. Akkurat det er uetisk.

Sykepleiere, leger eller andre skal ikke ha reservasjonsrett til en norsk lov.

Hugo de Ridder, sykepleier



Det er ikke verd det

Kjære medsøstre og -brødre.

Da jeg for 40 år siden ble tatt opp som elev ved sykepleierskolen, var jeg både stolt og glad. Gleden og stoltheten over yrket har jeg hatt hele tiden; det er et fantastisk yrke vi har! Å hjelpe mennesker til å gjenvinne helse og førlighet, eller akseptere de begrensninger liv og helse har brakt, og gjøre det beste ut av det, er stort. Likeså det å følge og hjelpe medmennesker på deres ferd mot døden.

Stolthet over mine arbeidsgivere (fylkeskommune og kommune) har jeg derimot ikke. Jeg har vært stolt over arbeidsplassen min, stolt over mine kolleger, og over de resultater vi oppnådde. Men arbeidsgiveren – nei.

Jeg har hatt hel stilling i cirka 5 år. Da jeg kom tilbake etter første barnefødsel ble det bare delte stillinger. Hel stilling var umulig å få. Det var enklere for arbeidsgiver å ha folk i delte stillinger, det ble enklere å fylle turnushullene ved sykdom og ferier på den måten.

Mens barna var små var ikke behovet for hel stilling så stort, det lot seg gjøre å kombinere familie med en redusert stillingsandel så lenge man hadde

en ektefelle i fullt arbeid. Men så ble jeg skilt, økonomien ble trang, og jeg ønsket å gå opp i hel stilling. Dessverre lot det seg aldri gjøre. Hele stillinger var ikke å oppdrive. Så det ble å plukke vakter; ta så mange ekstravakter som mulig for å greie de økonomiske forpliktelser man hadde.

Våre politikere og overordnede i administrasjonen har ikke vært til hjelp. Til stadighet fikk vi reduserte budsjetter, det skulle «spares». Det forsvant jevnlig en hel stilling her, en halv stilling der. Selv om det blant disse var stillinger på kjøkken, i renhold, i vedlikehold, gikk det ut over oss alle. Arbeidet måtte gjøres, enten det var en vaktmester, en renholder eller en sykepleier som utførte oppgaven. Men jo mere vi sykepleiere måtte overta fordi andre yrkesgrupper mistet stillinger på vår arbeidsplass, jo mindre tid ble det til pasientene og de oppgaver vi hadde der.

Sparingen hadde også andre konsekvenser. Det ble umulig å delta på kurs og seminarer, vi fikk ikke permisjon med lønn til slikt, selv om det kom arbeidsplassen til gode at folk sørget for å holde kunnskapen og kompetansen på topp. Vi kunne

imidlertid få ulønnet permisjon til kurs dersom vi skaffet kvalifiserte vikarer selv, som kjente arbeidsplassen vår fra før.

Vi strakk oss langt. Vi aksepterte at vi ikke fikk videreutvikle oss i faget. Vi løp. Vi løp raskere. Da det ikke lenger holdt lærte vi å løpe smartere. Vi droppet matpausene. Vi gikk overtid uten å få betaling. Resultatet ble som vi alle hadde forutsett: den ene etter den andre greide ikke kjøret, og ble sykmeldt. Og naturlig nok, jo flere sykmeldte, jo mer arbeid på dem som var igjen. For vikarer fikk vi ikke så ofte; det skulle spares, må vite.

De aller, aller fleste strakte seg langt. Jeg også. Ingen matpauser. Ulønnet overtid. Dobbeltvakter. Bakvakter. Ekstravakter over en lav sko, både på hverdager, i helger og i høytider. Sykdom og egenmelding? Hva var det? Hadde man temperatur under 39° gikk man på arbeid – slik var det bare, på min arbeidsplass.

Kroppen sa ifra. Rygg, skuldre, nakke og hofte smertet, og fikk av og til 14-dagers pauser (les sykmelding) med litt fysioterapi. Å følge opp en

Mastergrad er ikke det eneste saliggjørende

I Sykepleien nr. 5/2014 slutter redaktør Barth Tholens seg til det pågående korstoget for mastergrader i sykepleie. Han kommer beklageligvis med noen tolkninger av min holdning til masterutdanning som ikke har rot i virkeligheten. Jeg har aldri sagt at sykehusene ikke trenger sykepleiere med masterutdanning. Jeg har tvert imot sagt at sykehusene har behov for både sykepleiere og andre med mastergrader, men de trenger faktisk ikke at alle har det.

Det er en utfordring at utdanningsinstitusjonene etablerer mastergrader over en lav sko, svært ofte uten tilstrekkelig forankring i arbeidslivets behov. Det finnes i dag nesten 1000 ulike mastergradstilbud, dobbelt så mange som for bare ti år siden. Mange av disse er i alle fall ikke drevet frem på bakgrunn av kompetanseetterspørselen fra arbeidsgivere.

Tholens skriver også at «Akademisk utdanning

gir bedre refleksjon», og fremstiller det som at dette først oppnås når man har en mastergrad. Det er en grov undervurdering av alle dyktige sykepleiere og spesialsykepleiere som ikke har en mastergrad. Tholens har åpenbart glemt at både grunn- og videreutdanningene i sykepleie allerede er forskningsbasert. Analytiske ferdigheter, forskningsforståelse, kritisk refleksjon og samhandling er en del av alle studier ved landets universiteter og høyskoler, uansett nivå.

Spekters agenda er slett ikke å forhindre at «noen yrkesgrupper skal få videreutvikle seg i det akademiske gradsystemet», slik Tholens fremstiller det. Poenget er at sykehusene trenger kompetanse av ulik type og på ulikt nivå. Noen må ha mastergrad, andre ikke. Både utdanningsinstitusjoner, myndigheter, fagforeninger og nåværende og fremtidige arbeidstakere bør derimot lytte når arbeidsgiverne,

som tross alt sitter med det endelige ansvaret for kvalitet og drift, definerer hvilken kompetanse de ønsker å rekruttere og beholde.

Når det er sagt, har jeg sans for forbundsleder Eli Gunhild Bys forslag i samme utgave av Sykepleien. Hun tar til orde for å la videreutdanningene i sykepleie inngå i mastergrader. At sykepleiere som tar en tradisjonell videreutdanning i sykepleie skal ha mulighet til å bygge videre på denne for å oppnå en mastergrad, er et legitimt og hensiktsmessig ønske. Da er det mulig å stoppe opp når man har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å utføre spesialsykepleieroppgaver, samtidig som man ikke må starte helt på nytt for å oppnå en mastergrad.

Anne-Kari Bratten, administrerende direktør
i Arbeidsgiverforeningen Spekter



behandlingsserie var ikke enkelt å putte inn i en allerede sprengt timeplan. Men jeg gikk på arbeid. Jeg oppdaget at jeg gruet meg til hver dag, det var ingen glede over arbeidet lenger. Jeg så frem til å bli 62, og kunne gå av med AFP. Det ble et mål for meg – å holde ut arbeidsdagene frem til AFP. De siste årene i arbeid var jeg glad mine barn hadde flyttet hjemmefra. Jeg var enten på arbeid, eller jeg lå på sofaen, totalt utslitt.

Til slutt nektet fastlegen min å friskmelde meg etter en «brannslukkings»-sykmelding, som jeg i ettertid har kalt 14-dagerssykmeldingene mine, og jeg havnet i de langtidssykmeldtes rekke. Der jobbet jeg knallhardt med trening av ymse slag, for å komme tilbake i arbeidslivet igjen. Men det gikk dessverre ikke. Kroppen er utslitt, den nekter å lytte min vilje lenger.

Det endte som det måtte, jeg ble uføretrygdet 59 år gammel, med en muskulatur som er 85-åring. Et langt arbeidsliv med delte stillinger gir ikke stort i pensjon. Så i tillegg til en kronisk verkende kropp har jeg dårlig økonomi. Aviser og magasiner er sagt

opp, medlemskap i diverse organisasjoner likeså. Oppsigelse av medlemskapet mitt i NSF blir sendt samtidig med at dette går til Sykepleien. Jeg skulle gjerne fortsatt som medlem; det skjer så mye spennende innen faget vårt, og jeg ville gjerne holdt meg oppdatert. Men slik økonomien er må jeg prioritere. – og jeg kommer jo aldri tilbake i arbeid igjen.

Da jeg fortalte mine barn at jeg var innvilget varig uføretrygd spurte min yngste: «Mamma, var det verdt det?» Jeg har tenkt mye på det spørsmålet, og svaret er: Nei! Nei, det var ikke verdt det! Alle fotballkamper og skirenn jeg ikke kunne se på, fordi jeg var på jobb. Alle helger og høytidsdager jeg egentlig hadde fri og vi hadde planlagt så mye, enten det var en skitur eller en tur på stranden, eller på kino, og som måtte avlyses fordi jeg måtte jobbe ekstra, enten av «fritt» valg eller etter beordring. Alle midt-dags- eller kaffebesøk hos familie og venner, der de andre måtte dra uten meg. Mine barn er heldigvis ikke bitre. Men det er jeg.

Kjære medsøster og medbror. Vær så snill, tenk på hva dere gjør. Ikke aksepter delte stillinger. Krev

hele stillinger. Får dere ikke det, så slå av på kravene deres i privatlivet. Det er så lett å føle seg sterk og uovervinnelig mens man er ung, og føle at det går jo greit å ta ekstravakter for å greie økonomien. Men tenk etter! Må dere ha to biler? Må dere skifte garderobe hvert år? Må barna alltid ha det nyeste innen klær og sportsutstyr? Må dere løpe på tredemølle på et treningssenter når dere kan løpe gratis i skogen?

Så lenge vi strekker oss lenger enn langt, og stiller opp og tar ekstravakter, jo lengre tid tar det før politikere og helseadministrasjon skjønner at de ved sine stadige budsjettkutt ikke bare har skåret oss inn til bena, men etter hvert faktisk har skåret dem av.

Jeg har den tro at jo flere som reduserer på sine egne krav, og derfor ikke stiller opp og tar ekstravakter, jo forttere må våre «overordnede» begynne å prioritere helsesektoren igjen. Det er på tide.

Ekstravakt? Nei takk. Konsekvensene på sikt blir for store. Det er faktisk ikke verdt det!

Med smertefull hilsen, medlem nr. 304311

ISOM-SLAG-ET	PLAG-GET	PLEIE	BAK (1 DAG)	A	DANS-EN	ØY VÆSKE	A	BY	PLAG-GET	IDRETT INTERJ.	T	ELV O.A.	R	SNUR	KJ.TØY FORK.	RASE-HYGI-ENISK	PA FLY	DEHYD-RERE ØKT	U
N	E	D	K	J	Ø	L	I	N	G	S	M	I	D	D	E	L	E	T	
OLD	T	I	D	S	J	O	R	D	M	O	R	K	U	N	S	T			
E	N	D	TVILE	E	V	E	NABO-ER	M	N	A	PREP.	SUTEN	E	G	TINE STJELE	T	Ø		
PLASS	N	R	FORF. SYKD.	R	E	M	ENIG-HET TAKE	U	N	A	N	I	M	I	T	E	T		R
ELV	E	E	M	ETUI	N	AMME	D	I	E	S	FORF. POL.	O	E	KLOVN	N	A	R	R	
ROTE VEKST	S	O	S	E	SYKD. FORT	A	I	D	S	APNING	MAL	L	HORDE Plass (FORK.)	R	E	I	TIDS-BEGR.	SAUS	E
A	L	M	D.E	S	R	PARTY	S	E	L	S	K	A	P	INGEN-TING	SLURIK	S	U	P	BELTE
REDSK	Ø	S	E	K	A	R	EKORIN	N	Ø	T	T	E	K	N	E	K	K	E	R
FRED	R	O	ORD EROB-RE	E	D	MYNT	SKATE RYODE	R	O	TALL	NABO-ER RETN.	T	U	ORG.	ØKE SYKD.	E	S	E	
KUL EXIT	E	R	T	17.MAI-RET-TEN	I	S	K	R	E	M	E	N	PARE-SE-RAM-MET	L	A	M	TALL	T	I
U	T	G	A	N	G	SIVULST	R	E	T	I	N	O	B	L	A	S	T	O	M

Løsning på kryssord i nr. 6/2014. Se side 76.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



MINNEORD

Anne Hagenes



Det var med stor sorg vi mottok beskjeden om at vår gode venninne Anne Hagenes døde 10. februar av kreft, 61 år gammel.

Vi ble alle fem kjent med Anne som kollegaer ved akutt-psykiatrisk avdeling ved Ahus. Anne ble ferdig utdannet sykepleier i voksen alder. Hun kom første gang til akuttpsykiatrisk avdeling som student. Hun bestemte seg allerede da for at dette var et fagområde som engasjerte henne, noe som førte til at hun tok videreutdanning i psykiatri. Gjennom sin yrkeskarriere hadde hun flere ulike funksjoner både som kliniker og leder, både ved akuttavdelingen og ved Groruddalen DPS. Anne var engasjert og oppriktig opptatt av pasientene sine. Vi kjenner ingen som levde opp til Ahus sin visjon «Menneskelig nær, faglig sterk» som Anne.

Vi som var så heldige å få kjenne Anne som vår venn, ble spesielt glad i hennes vakre vesen, positive livsinnstilling og evne til å glede seg over de små ting. En sann livsnyter.

De siste ti årene har vi hatt mange fine turer sammen til Skagen. Vi var så heldige å få reist sammen høsten 2013. Her var Anne i sitt ess med hav, lys, god mat og champagne. Hennes sanne evne til å nyte stunden her og nå er viktig lærdom hun har tilført oss. Vi er så takknemlige for å ha hatt Anne som vår venn og lyser fred over hennes minne. Våre tanker går til Arild og hennes sønner.

*Skagendamene Liv Kari Erichsen,
Solveig Pettersen, Kari Eng, Siv Rez og Mona Holtet*

MINNEORD

Johnny Nevland



Det var med sorg vi mottok beskjeden om at Johnny var gått bort. Selv om vi har visst at han har vært syk en stund, har vi opplevd hans optimisme til sykdommen og hans engasjement i Norsk Sykepleierforbund inntil for ikke lenge siden.

Johnny hadde et stort hjerte for NSF, gjennom mange år. Han har betydd mye for medlemmene i Larvik kommune gjennom sitt verv som hovedtillitsvalgt i nøyaktig 15 år. Etter gjennomført grunnopplæring i organisasjonen i 1999, ble han etter hvert valgt til varamedlem i fylkesstyret for perioden 2001–2004. Han gjennomførte også det høyeste nivået av opplæring i NSF, det såkalte «Bergensstudiet» i 2005.

Ved siden av sitt frikjøp som hovedtillitsvalgt arbeidet han ved Byskogen bo- og behandlingssenter, og senere innen rus og psykisk helse i kommunen.

Vi kunne nyte godt av Johnnys erfaring og gode råd i organisasjonen. Alle visste hvem Johnny var og tok gjerne kontakt med ham på samlinger. En av hans mange kollegaer i NSF beskriver ham som kunnskapsrik, uredde, sta, passe kranglete, sjarmerende kjekk og misunnelsesverdig trygg i rollen sin. Grunnet sin erfaring og sitt nettverk satt han også i to perioder som leder av fylkets nominasjonskomité.

Johnny har vært til stede og på tilbudssiden i sitt arbeid gjennom alle årene som hovedtillitsvalgt, også i sykdomsperioden. Vi vil savne hans humor, litt laid-back, og med glimt i øyet. Det står et tomt rom igjen etter Johnny i vår organisasjon!

Johnny var veldig stolt av sine barn og barnebarn, og våre tanker går til hans nærmeste og hans gode venner.

Vi lyser fred over Johnnys minne.

På vegne av Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Rudlang, fylkesleder



Tonje Kristin Storhaug-Jensen,
sykepleierstudent

Å kvalitetssikre sykepleiestudenter

Innehar en sykepleier fra én høyskole samme yrkeskompetanse som en sykepleier fra en annen høyskole?

I dagens sykepleierutdanning er det to måter å vurdere studentens kompetanse under utdanning på; summativ vurdering i form av eksamen, og gjennom oppfølging i praksis. For å sikre at studentene innehar optimal yrkeskompetanse etter endt utdanning, er man nødt til å kvalitetssikre disse to mulighetene for vurdering av studenten. Kvalitetssikring av sykepleiere får stor oppmerksomhet, men hvem kvalitetssikrer de som kvalitetssikrer studentene? Innehar en sykepleier fra én høyskole samme yrkeskompetanse som en sykepleier fra en annen høyskole, selv om både fag og kvalitetssikringsmetodene er de samme?

Summativ vurdering og karakterer fungerer som et godt mål på studentens kompetanse innenfor etterspurte område, og er således en kvalitetssikring av studentens faglige nivå på eksamens-tidspunktet. Det er dog problematisk dersom høyskolene ikke er konsekvente i sin karakterfastsettelse, vurderinger bak fastsettelsen og forventninger til studentens kompetanse. Studenten bør ikke karakterfastsettes til høyskolens fordel eller studentens gunst eller ugunst, men kvalitetssikres til den yrkespraksis han eller hun kommer til å utøve.

Per dags dato er det opp til hver enkelt høyskole hva og hvor mye et emne vektlegges i den summative vurderingen. Og det er opp til hver enkelt sensor å vurdere i hvilken grad studenten oppfyller forventningen – ikke i tråd med en felles læringsplan, men i tråd med hva høyskolen anser som relevant sykepleierkompetanse. Det kan derfor hevdes at den summative vurderingen ikke gir et representativt bilde av studentens yrkeskompetanse da denne er influert av høyskolens valg av fagområde og forventninger til kompetanse. Med dette gjør høyskolen både seg selv og sykepleierprofesjonen en enorm bjørnetjeneste.

Oppfølging i praksis fungerer på sin side både som mål på studentens praktiske kompetanse, moralsk-etiske fremtreden og evne til å omsette teori til kliniske observasjoner, vurderinger og tiltak. Det er derfor selvsigende at det er her kvalitetssikringen må skje. Likevel er det store variasjoner i veiledningskompetanse, individuell oppfølging av studenter og krav til studenten i praksis. Hvorvidt man blir kvalitetssikret, og i enkelte tilfeller også består eller ikke består, avhenger i større grad av hvilken praksisveileder

man blir tildelt enn den faktiske yrkeskompetansen man utøver. Praksisveiledere skal vurdere studenten i praksis, men hvilket system kvalitetssikrer veiledningskompetansen og vurderingene til praksisveileder? Hvor er den systematiske vurderingen av studentens kompetanse, annet enn i veileders eget hode? Der enkelte studenter får god og individuell oppfølging, får andre ingen eller svært liten individuell oppfølging. Det er en hårfin balanse mellom uforsvarlighet og ignoranse. Å ha bestått praksis er derfor heller ingen kvalitetssikring av et forsvarlig faglig og etisk nivå hos studenten. I verste fall kan dette medføre at studenter stryker i praksis sent i utdanningsløpet, eller at det gis autorisasjon til studenter som ikke egner seg i arbeid med sårbare mennesker.

Som student er jeg av den oppfatning at det ikke er nivået på studentene som er av størst betydning, det er nivået på kvaliteten i utdanningen. Et kvalitetssikret utdanningsløp vil i seg selv implisere kvalitetssikring av studentene. Som student ønsker

«Hvem kvalitetssikrer de som kvalitetssikrer studentene?»

jeg faglig trygghet, etisk bevissthet og naturvitenskapelig innsikt. Jeg ønsker å ha tilstrekkelig yrkeskompetanse til å ta fatt på yrkeslivet etter endt utdanning, og jeg ønsker det samme for mine medstudenter. Det er på tide å ta debatten om utdanningens kvalitetssikring – ikke strykprosenten blant studenter eller studentenes mangel på faglig innsikt. Jeg ønsker en høyskole som satser på sykepleiekvalitet, ikke sykepleierkvantitet, og en høyskole som tør å sette kvaliteten på fremtidens sykepleiere som et høyere prinsipp enn satsing på søkermasser og akademia. Men mest av alt ønsker jeg meg et system som kvalitetssikrer studentenes utdanningshverdag uavhengig av den enkelte utdanningsinstitusjon, slik at alle sykepleiestudenter kan møte yrkesprofesjonen med kvalitetssikret faglig dyktighet, etisk bevissthet og kritisk refleksjon. Ikke for sykepleierens del – men for samfunnets. ■■■



Jesper W. Simonsen, divisjonsdirektør i Divisjon for samfunn og helse, Norges forskningsråd

Enklere hverdag for sykepleiere og pasienter

Skal velferdsteknologi kunne tas i bruk på best mulig måte, må sykepleiefagene møte teknologifagene.

I årene framover får vi en økende andel eldre, og for å møte disse utfordringene må det bli mer samarbeid mellom yrkesgrupper og fagområder som tidligere har hatt lite kontakt. For at velferdsteknologi skal kunne tas i bruk på best mulig måte, må sykepleiefagene møte teknologifagene. Dette vil prege både utdanningene og forskningen framover.

Stadig bedre folkehelse fører til at de fleste av oss kan se fram til å bli over 80 år, og mange blir vesentlig eldre. Økningen i andel eldre vil komme gradvis og for alvor skyte fart om 10–15 år. Dette er veldig positivt, men krever også store omveltninger.

Tjenestene må tilpasse seg disse endringene, og vi har nå heldigvis både medisinske og teknologiske muligheter vi ikke hadde tidligere. For å utnytte teknologien best mulig trenger vi kunnskap om ulike former for omsorgstilbud og assistanse til hjemmeboende eldre.

Det vil også være et voksende privat marked for velferdsteknologiske produkter og tjenester, og Forskningsrådet ønsker en forskningsinnsats som kan bidra til innovasjoner for dette mar-

sin generelle dagsform. Pasienten kan også fra nettbrettet ringe opp vaksentralen som sitter på samme opplysninger, om han skulle ha behov for å snakke med noen.

Prosjektet som støttes av Forskningsrådet skal utvikle en digital rapporteringsløsning i form av en web-applikasjon. Denne kan blant annet benyttes på nettbrett og smarttelefoner, noe som gjør at personer med KOLS eller andre kroniske lidelser blir mer selvhjulpne hjemme. Applikasjonene vil ha funksjoner for oppfølging av sykdom, forebygge forverring av helsetilstanden, gi bedre læring og øke kontakten med helsepersonell.

Kols-kofferten er en annen løsning som er utviklet gjennom tverrfaglig samarbeid. Dette er en brukervennlig telemedisinsk innretning hvor man via internett overfører levende bilde og lyd mellom helsetjenesten og pasient. Den gjør det mulig å gjennomføre daglige konsultasjoner uten at pasientene trenger å møte opp på sykehuset. Målet er at pasientene skal få flere gode dager hjemme. Oppfølging gjennom kols-kofferten gjør det tryggere for pasienten å reise hjem fra sykehuset og kan bidra til redusert liggetid.

Stadig flere velferdsteknologiske løsninger tas i bruk, og dette vil prege helsevesenet framover. Sykepleieres arbeidshverdag vil derfor også se ganske annerledes ut noen tiår fram i tid. En fellesnevner for de fleste vil være at teknologien vil få en mer sentral plass i arbeidet, og målet er å gjøre hverdagen enklere og mer effektiv både for sykepleiere og pasienter.

«Målet er at pasientene skal få flere gode dager hjemme.»

kedet. For å lykkes med å utnytte velferdsteknologien optimalt må samarbeid og partnerskap mellom offentlige enheter, private bedrifter og forskningsmiljøer stimuleres.

Taster inn dagsformen

Tverrfaglig samarbeid kan gi gevinst både for pasienter og helsepersonell. For eksempel er et prosjekt nå i gang med å utvikle en løsning hvor pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) med få tastetrykk kan rapportere inn dagsformen. Det gjør det enklere for helsepersonell å fange opp endringer i pasientens helsetilstand tidlig, og gir pasienten bedre livskvalitet, økt trygghet og færre kontroller.

Pasienten får opp enkle og selvforklarende alternativer som «som vanlig», «verre» eller «mye verre» når han skal beskrive

Vil bo hjemme

Hjemmetjenestene vil i årene framover stå overfor både nye muligheter og større utfordringer. Vi får flere eldre, og mange av disse ønsker å bo lengst mulig i sitt eget hjem.

Utviklingen vil også kreve tettere samarbeid mellom ulike fagmiljøer, og kan ikke løses innenfor de enkelte sektorene. Et godt eksempel på hvordan slikt samarbeid kan foregå ser vi blant annet ved Høgskolen i Bergen. Her har Avdeling for ingeniørutdanning og Avdeling for helse og sosialfag inngått et samarbeid for å utvikle og utprøve velferdsteknologiske løsninger for brukere med behov for hjemmesykepleie. Høgskolen har også startet en videreutdanning i omsorgsteknologi for helsepersonell og åpnet

et «laboratorium» for omsorgsteknologi. Ved denne laben kan studenter og andre oppleve hvordan teknologien ser ut og virker.

Høgskolen i Bergen er i gang med å teste ut hypotesen om at velferdsteknologi gir bedre løsninger. De studerer hvilke konsekvenser bruk av velferdsteknologi har for organiseringen av tjenestene, og 250 brukere av hjemmetjenester har fått installert velferdsteknologi i sine hjem. Det vil blant annet si trykksensormatraser, bevegelsessensor, røykvarsler og mulighet for styring av nattlys. Høgskolen skal evaluere hvordan dette har fungert for brukerne og for de hjemmebaserte tjenestene.

Viktig forskningsfelt

Velferdsteknologi og mobil teknologi knyttet til diagnostisering, overvåkning og behandling gir gode muligheter for å effektivisere de offentlige tjenestene. Dette gjelder både selvbetjeningsløsninger (som kols-kofferten) og andre hjemmebaserte tjenester. Teknologien må tilpasses til tjenestene, og tjenestene må tilpasses de nye teknologiske mulighetene. Utvikling av kompetansen til de som jobber innenfor disse tjenestene, som blant annet sykepleiere, står sentralt i dette arbeidet.

Forskningsrådet vil støtte innovasjonsprosjekter i offentlig sektor med brukermedvirkning fra teknologibedrifter for å tilpasse teknologi og utvikle tjenestene. Vi vil også styrke arbeidet med praksisrettet FoU for yrkesutdanningene for helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. I tillegg arbeider vi med å opprette et nytt stort forskningsprogram for gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Forskning på velferdsteknologi vil være et sentralt element i det nye forskningsprogrammet.

Forskningsrådet har en hovedsatsing som heter «Flere aktive og sunne år». Den handler om å gjøre samfunnet vårt bedre i stand til å møte utfordringene som følger av flere eldre og en større andel eldre i befolkningen. I vårt budsjettinnspill til regjeringen foreslår vi at regjeringen bevilger 100 millioner kroner mer til denne typen forskning. Gjennom satsingen vil innovasjon i offentlig sektor og utnyttelse av velferdsteknologi integreres sterkere i tjenesteforskningen.

Norge er i sluttfasen av arbeidet med å utvikle en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorgssektoren, HelseOmsorg21. Som en del av denne prosessen har fem arbeidsgrupper laget fem uavhengige delrapporter basert på over 200 innspill. Flere av rapportene peker på et betydelig behov mer for forskning og innovasjon «med, i og for» kommunesektoren, på tvers av fagområder. Rapporten om kommunesektoren slår blant annet fast at det er et mål at alle kommuner, alene eller i samarbeid med andre, skal ha en forsknings- og innovasjonsstrategi. En slik strategi vil være en del av og motivasjon for et generelt kompetanseløft i kommunesektoren. Implementering av ny teknologi, nye produkter og nye løsninger må dokumenteres og videreformidles. Et eksempel kan være at omsorgsboliger og omsorgsbygg må inkludere oppdaterte velferdsteknologiske løsninger.

Globale utfordringer

Utfordringen med en aldrende befolkning er i høyeste grad global. Befolkningsendringene slår inn i ulik grad og på ulike tidspunkt. I Vest-Europa vil aldersgruppen over 65 år øke fra cirka



KOLSKOFFERTEN: Fire kommuner i Dalane og Helse Stavanger tok i bruk kolskofferten. For prosjektet vant de Sykepleiens smartpris for årets innovasjonsvirksomhet i 2011. Arkivfoto: Jan Inge Haga.

35 millioner i dag til over 50 millioner om 20 år. I Japan er hver 4. person ikke lenger en del av arbeidsstyrken, og i 2030 kan hver 3. japaner være over 65 år. Ifølge FN-beregninger vil land som Kina, Sør-Korea og India ha om lag dobbelt så mange mennesker over 65 i år 2030. Totalt for Asia er det snakk om nesten 300 millioner flere eldre om 20 år.

Svært mange land og regioner vil derfor ha felles interesser i å styrke kunnskapsutviklingen for å mestre et samfunn med en stor andel eldre. Vi må sikre «flere aktive og sunne år» for de mange, og vi må utvikle teknologi og tjenester som styrker vår evne til å mestre økte behov for helse- og omsorgstjenester med færre antall årsverk enn det tjenestene i dag krever. ■■■



Les også tema om teknologi på side 20 og Eli Gunhild Bye på sykepleien.no ➔

TETT PÅ Hege Gjessing

Hvorfor: Fordi hun leder viktige samarbeidspartnere for sykepleierne

Stilling: President i Den norske legeforening fra 2011. Før det ledet hun Yngre legers forening.

Utdanning: Anestesilege

Alder: 42 år





— Jeg er Hege

Hege Gjessing glemmer aldri sjokket hun fikk av sykepleieren hun traff i turnus.

Tekst og foto **Marit Fonn**



Klatringen var beinhard. Jeg kjenner det fortsatt, sier Hege Gjessing. Det er førpåskestille i Legenes hus i Oslo. Presidenten har selv kommet ned i resepsjonen og låst opp døren. Hun valgte trapp framfor heis opp til toppetasjen. Nå har hun slått seg ned i den lille sofaen på kontoret sitt. Foran seg har hun et glass vann. Det er innslaget på Dagsrevyen palmelørdag som er skyld i hennes ømme muskler.

Reporteren ville ha henne opp i Kolsåstoppen som ramme rundt reportasjen, siden hun driver med klatring.

– Hva synes du om lørdagsportrettet av deg selv?

– De filmet i to døgn. Klatringen var tusen ganger verre enn det så ut som på tv. Siste klatretur hadde jeg i september.

Anestesisykepleier Bjørn Myrer Lund var satt til oppgaven å lede anestesilegen Hege Gjessing til topps.

– Han tok ut en femmerrute, jeg trodde jeg bare skulle øve litt. Og da vi var oppe, sa han: «Vi tar en runde til.» Han mente jeg trengte å trene mer på teknikken.

Gjessing, som ble gjenvalgt i fjor til å lede legeforeningen i to nye år, bedyrer at hun ikke er klatrer. Hun har gått ett kurs fordi hun er så glad i å gå i fjellet.

«Jeg er fasinert av hvordan kroppen kan leges.»

Nå er hun blitt begeistret for sykepleier Lunds kropp. Han var første nordmann på Mount Everest i 1984. For to år siden var han igjen i området – og ramlet 600 meter.

– 300 var i fritt fall. Han brakk mange bein, men nå har han bare litt vondt i leggen. Jeg er fasinert av hvordan kroppen kan leges. I Nepal kaller de ham mirakelmannen.

– Og du fortsetter å klatre?

Hun nøler litt:

– Du kommer så tett på fjellet. Det er veldig naturlig. Kraftfullt. Jeg har kjøpt utstyr.

Mange vil si fjellklatring er peanøtter mot en annen type trening hun bedriver. Mer om det senere.

Tilbake til lørdagsrevyen:

– Var du fornøyd med innslaget?

– Det var morsomt å få på. Jeg ønsker å framstå tydelig i mediene. Jeg ser det som fellesarbeid. Kommunikasjonsmedarbeiderne jobber hardt for å få gjennom våre budskap.

I reportasjen traff hun både fotballtreneren hun beundrer og tidligere legekolleger på Ahus. Legene så molefonkne ut, nedsyltet i arbeid som de er, mens Strømsgodset-trener Ronny Deila i Drammen var bedre til mote:

– Prinsippene hans som leder passer for helsevesenet, forklarer Gjessing.

– Han gjør medarbeiderne trygge, ble det sagt?

– Ja, for er de avslappet, så yter de mer. Men konflikter trenger man også. Bare man finner løsninger.

Søndag var hun på kamp. Da tok treneren en 15-åring ut på banen. Det var rekord i ung alder i tippeligaen.

– Han bygger folk. Det jobber også vi med. Målet er å få faste stillinger for leger i spesialisering. Vi skal bygge opp solide fagmiljøer.

– Men spesialistene forsvinner jo så fort de er opplært?

– Ja, det sier man. Det er en selvforsterkende spiral. Den er det fint å få brutt. Ikke alle vil bytte jobb.

Leger skal ikke hit, dit, overalt, mener hun. Dessuten er det blitt færre sykehus.

– Kun ved de aller mest spesialiserte avdelingene må leger innom en stund for å lære prosedyrer. Jeg er enig i at leger har godt av å se flere steder, men det er ikke stillingsstrukturen som skal bestemme det.

LEGEPRÉSIDENTEN HAR FÅTT SYKEPLEIEN inn med morsmelken.

– Og mormorsmelken.

Mors søster var også sykepleier. Mormor jobbet på legevakten i Bergen. Morfar var professor i spesialpedagogikk og ekspert på dysleksi.

Da familien bodde utenfor Harstad, var mor hjemmesykepleier. Barna var med mamma på jobb, for de gikk på skole annenhver dag.

– En dame som het Anna hadde leggsår på grunn av sukkersyke. Hun hadde så søte, gode havrekjeks. Jeg husker dem ennå.

Etterpå ble det sykehjem i Drammen for mor, som siden ble psykiatrisk sykepleier. Gjessings to brødre jobber med it.

– Mamma sa til meg: «Ikke bli sykepleier. Bli heller lege.»

Sykepleie vurderte hun aldri. Siden hun var 12 har hun villet bli lege. Moren støttet sin datter.

– Hun snakket om ordentlig utdanning og det frie valg. Som lege ville det bli lettere å få innflytelse over arbeidet, mente hun.

– Fikk hun rett?

– Jeg har jo aldri vært sykepleier. Men mange leger føler de ikke har den innflytelsen de burde ha. De føler de blir brikket i et system de har lyst å påvirke. Det kjennetegner begge yrker. Eli Gunhild hører det også.

Det er Sykepleierforbundets leder By hun er på fornavn med. By holder til et par gater nedenfor. Spekter-leder Anne Kari Bratten har hun mer distanse til.

– Ja, vi hadde en disputt.

Den handler om ledelse og har foregått i avisen Dagens Næringsliv. Bratten mener det er for stor grad av medbestemmelse. Gjessing mener tvert imot, og ser Spekter som et hinder for god ledelse.

– Vi kåret direktøren på Ringerike sykehus til årets sykehusleder fordi han sier at det viktigste er å lytte til fagfolk.

– Hva føler du når Bratten vil ha mindre innblanding av leger?

– Jeg tar det ikke personlig. Men jeg er ikke enig i ledelsesideologien.

– Motarbeider Spekter dere?

– Jeg vet hvor du vil, men jeg vil ikke si de motarbeider. Vi er bare uenig om veien til målet. Det blir stram styring når alle ansatte skal spare.

Gjessing har en venninne som er kirurg. Hver dag kjemper hun med munnbindet, som hele tiden faller av fordi kvaliteten er dårlig.

– Hun har gitt opp å få en tråd som ikke ryker under operasjonen. Billig tråd er lik ekstraarbeid. Det er ikke Spekters feil. Det er et regionalt helseforetak og et departement bak.

Hun drar fingrene sammen for å vise hvordan budsjettene strammes inn.

– Det brukes utrolig mye penger, sies det.

Med lange armer illustrerer hun en stor haug.

– Hvis dere bare jobber forttere, er problemet løst, får vi høre.

Det er et dårlig budskap. Det er på linje med slik sykepleierne opplever det.

I HELE STUDIETIDEN trodde hun det var psykiater hun skulle bli.

- Hvordan vi fungerer mentalt er blitt en av mine største hobbyer.

- Så hvorfor ble det anestesi?

- Jeg var redd det akutte. Følte jeg måtte mestre det.

En kamerat anbefalte henne Ahus, enten indremedisin infeksjon eller anestesi. Hun kontaktet infeksjonsoverlegen «som var utrolig avvisende» og anestesilegen «som var kjempesøt og sa kom innom».

Før hun spesialiserte seg var hun i Sudan på oppdrag for Leger Uten Grenser. Det handlet om barn og malaria.

- Vi skulle dokumentere at klorokin ikke virket. 97 prosent fikk tilbakefall etter slik behandling på grunn av resistensutvikling. Det måtte skiftes medikament. Det føltes meningsfylt det arbeidet der.

RESERVASJONSRETTE vinner konkurransen om årets vanskeligste sak.

- Det er jo åpenbart for alle.

Her og nå viser hun til høringsfrist og landsstyremøtet som skal diskutere forslaget i mai. Det hun vet, men ikke kan si, er at Legeforeningen er i dialog med helsedepartementet om et mer spiselig forslag.

En drøy uke etter intervjuet avblåser Høie reservasjonsretten – men lover nytt forslag «om kort tid». Antakelig slipper legene unna problemet ved at henvisningsplikten forsvinner for abortsøkende.

Hva Gjessing personlig har ment i saken, har hun aldri røpet. Legenes meninger er delte, og hun har tatt legepresidentens rolle: Å formidle medlemmenes syn.

Debatten kaller hun lærerik – men til tider unødvendig militant og aggressiv.

- Det gjelder begge sider.

Omskjæring av gutter er en annen omstridt sak legene har fått i fanget.

- Vi mener at dette ikke har noe i helsevesenet å gjøre. Omskjæring gir ingen helseeffekt, men potensielt helseskade.

Men blir legene påtvunget oppgaven, vil de ikke nekte.

- Barnekirurgene er i hvert fall glade det ikke skal skje på barsel, og at det skal brukes narkose under inngrepet. Fagmiljøene er krystallklart mot, og det støtter legeforeningen. Internasjonalt er det enighet om å forby kjønnslemlestelse av jenter. Det er ikke enighet om gutter. Snarere tvert imot.

Gjessing er opptatt av ernæring. På bloggen sin, som nå er lagt død, har hun delt oppskrift på lavkarbobrød og grønnsakssuppe innimellom innlegg om turnustjeneste, lønn og stress på jobben. Selv stemte hun for å gi pengestøtte til Eat-konferansen, arrangert av legen Gunhild Stordalen, gift med hotellkongen Petter Stordalen.

Oslo legeforening er kritisk til å samarbeide med kommersielle aktører og frykter at omdømmet svekkes. Men Gjessing har ikke endret mening. Argumentet er at ikke-smittsomme sykdommer er det største globale helseproblemet, og sunn mat er viktig for folkehelsen.

- Fattige land sliter med at det ikke er nok mat til barna og samtidig problemer med fedme. For oss var diabetes dødelig for hundre år siden. I mange land vil det være høy risiko for å dø av dette på grunn av manglende helsesystemer og medisiner.

GJESSING SATT STILLE I TIMESVIS og kjente smertene komme. I ti dager skulle hun ikke snakke.

To ganger har Gjessing vært på kurs i Vipassana-meditasjon. Én gang i Sverige, én gang i Italia. Vipassana betyr å se ting som de virkelig er.

- Det er mentalt arbeid. Man lærer å tåle mental og fysisk smerte. Man føler motstanden mot smerten og begjæret etter de gode følelsene. Men lar følelsene slippe.

Målet er et balansert sinn.

- Vi føler så mye hele tiden. Vi er sinte, glade, irriterte. Vi kastes hit og dit i ulike tilstander. Med trening kan vi velge hvilke følelser vi vil bruke tid på og hva vi lar flyte videre.

- Foregår det i topplokket? Eller i kroppen?

- Det er hele poenget, det skjer både og.

- Meditasjon og mindfulness er veldig i tiden?



FEST: Ferdig med preklinikken på medisinstudiet i Bergen i 1993. – Kjolen fant jeg på Fretex. Foto: Privat.

YOGA: Gjessing tester yogaferdigheter på ferie i Nord-Norge i 2000. Mental trening og meditasjon er en viktig hobby for henne. Foto: Privat.

KJØNNSSKIFTE: Først 39 menn, så to kvinner. Torunn Jansbu var legepresident i tre perioder før Hege Gjessing overtok i 2011.





FIKK SJOKK: Hun var ung og usikker i turnus – men sykepleieren hjalp henne ikke.

– Ja, og hvorfor det? En barnelege fortalte at en far kom med barnet sitt som hadde stressymptomer. Vi lever i en oppjaget tid. Det vi sliter mest med er relasjoner. Materielt har vi det bra, og vi har tillit til staten. Vi har overskudd til å utvikle oss. For tjue år siden ville vi tenkt: Dette er New Age og helt sprøtt. Nå sier ikke engang menn at dette er sært. Men det fanatiske er skummelt. Det gjelder også kosthold: Man kan spise så sunt at man blir syk av det også.

Hun presiserer at buddhistisk meditasjon foregår uten gudebegrep og gurudyrkelse.

– Men meditasjon er mote?

– Dette er over to tusen år gammel kunnskap, eldre enn kristendommen. Trender går over.

– Kan man ikke like godt gå i fjellet?

– Det er for å slappe av. Jeg er opptatt av indre arbeid.

Å være taus i ti dager var overraskende lett. Men det var vondt for beina. Det ene låret led mest. Å sitte med rett rygg var en prøvelse.

– Det hjalp at jeg har løpt maraton, for jeg visste at jeg kan holde ut mer enn jeg tror. Og det hjalp å være president i legeforeningen, som krever høy grad av tilstedetilværelse. Når man leder møter, kan man ikke sjekke e-post og lese litt i avisen.

På veggen bak skrivebordet henger 41 portretter i ovale rammer. To er kvinner: Hun selv og forgiengeren Torunn Janbu.

– Bra at damene omsider ble presidenter?

– Det at jeg er kvinne er ikke poenget. Jeg er Hege. Jeg tenkte ikke at fordi jeg er kvinne, så vil jeg bli president. Eller lege. Men jeg tenkte at som lege blir det fint å få fellesskap med mange menn.

Men hun synes det er naturlig med en kvinne på toppen, 44 prosent av legene er jo kvinner.

– Min bekymring nå er at gutta går ut av yrket.

«Min bekymring nå er at gutta går ut av yrket.»

– Hva er ditt forhold til kvinnekamp?

– Det viktigste i vår tid er å bedre kvinners situasjon på verdensbasis. Halvparten av EU-kvinnene har opplevd vold. Jeg er opptatt av kvinners situasjon.

– Så du har gått i tog for fri abort?

– Jeg har verken gått i tog 8. mars eller 1. mai. Men jeg gikk i tog mot krigen i Irak. Og i rosetoget etter 22. juli. Det er de to togene jeg har gått i.

MANGE HAR SETT LIKHETEN.

– Hvordan er det å likne skuespilleren Meryl Streep?

– Haha. Noen av filmene hennes er fantastisk.

– Du svarte ikke på spørsmålet.

– Nei, altså, hvordan forholde seg til eget utseende ... Jeg ville heller liknet Julia Roberts eller Kate Blanchet. Men det er hyggelig at du sier det.

Første gang hun hørte det, var hun 17 år og på vei til bowling hjemme i Drammen.

– En gutt sa: «Er du datteren til Meryl?» Jeg syns ikke det var et komplement den gangen.

Selv har Gjessing verken døtre eller sønner.

– Hva vil du si til sykepleierne – som ikke bare er honnørord?

Hun tenker seg om.

– Samarbeid er superviktig.

– Jo ...

– Som ung lege er du sårbar og trenger faglig støtte. Da er sykepleierne viktige. Jeg har hatt et par sjokkerende opplevelser. Det som skjedde da jeg var i turnus, kommer jeg aldri over.

Gjessing skulle gi medisin til en pasient med hjerterytmeforstyrrelser. Den skulle settes sakte, i ti minutter.

– Men jeg gjorde det på 30 sekunder. Pasienten fikk trykkfall, det var potensielt livsfarlig.

Sjokket kom da sykepleieren sa: «Jeg så det du gjorde. Du må lære deg Felleskatalogen.» Sykepleieren hadde altså skjont tabben, men gjorde ingenting for å avverge den.

– At hun ikke ville hjelpe meg er så sin sak.

Gjessing lener seg framover:

– Men at hun ikke ville hjelpe pasienten ... Det var ille.

– Hvorfor ville hun ikke?

– Jeg var for ung og usikker til å spørre, jeg var 25.

– Fordi du var lege?

– Kanskje hun hadde behov for å sette en ung lege på plass.

Gjessing vet ikke. Påstår ikke noe heller. Bare presiserer at hun har møtt fantastiske sykepleiere som har hjulpet henne.

– Som voksen har man et ansvar. Selv om du har studert i seks år, så lærer du gjennom praksis.

– Det er vel slik for sykepleiere og?

– Ja.

De lyseblå øynene lysner enda et hakk:

– Jeg er opptatt av å lage gode systemer. At man blir lært opp på en systematisk måte.

– Du hadde flere eksempler på sjokkerende sykepleiere?

– Det holder med ett. Jeg vet at det er hardt der ute. ■■■



sykepleien.no



Hol kommune

Hol kommune, ved helsestasjonen på Geilo, har følgende stilling ledig:

HELSESØSTER 45 % FAST + 10 % VIKARIAT
fom 01.08.14 - 31.07.15, med mulighet for forlengelse.

Mer info, kontakt ledende helsesøster Hege J. Isungset, tlf. 32 09 22 65 / 959 80 488 eller epost: hege.isungset@hol.kommune.no

For full utlysning, se <http://www.hol.kommune.no/Ledige-stillinger/>

Søknadsfrist: 25.05.2014



Sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern

Barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling, Hagen behandlingsenhet.

Psykiatrisk sykepleier/sykepleier/vernepleier i miljøterapeutstilling

100% fast. Ref.nr 2175927041.

Tilbudet ved Hagen omfatter mulighet for døgninnleggelse for både familier og enkeltbarn. Behandlingsenheten gir et miljøterapeutisk-, psykologisk- og familierapeutisk behandlingstilbud. Enheten foretar utredninger, gir behandling og rådgivning til barn med emosjonelle, atferdsmessige, sosiale og/eller nevropsykiatriske vansker. Det arbeides tverrfaglig med barn, deres familier og nettverk.

Kontakt: Tove Irene Huggins, enhetsleder, tlf. 62 33 26 50 eller Hallgeir Lange, avdelingssjef, tlf. 62 58 14 76

Søknadsfrist: 22. mai 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeforeningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste.

Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden.

Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



Helse Fonna HF omfatter sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen og fire psykiatriske senter (DPS). Organisasjonen er delt inn i sju klinikk/område som er organisert på tvers av dei ulike sjukehusa. Ein legg vekt på fleksibilitet, også med omsyn til arbeidsområde og arbeidsstad. Helse Fonna skal så langt som råd avspegle mangfaldet i befolkninga. Det er derfor eit personalpolitisk mål å oppnå ei balansert alders- og kjønnsamansetting og å rekruttere kvalifiserte personar med innvandrarakgrunn. Helseforetaket dekkar ei befolkning på 170 000 innbyggjarar, og har ca. 3 200 tilsette.

Kirurgisk klinikk - Haugesund sjukehus

Anestesisjukepleiar

Vi har ledig 75 % fast stilling som anestesisjukepleiar ved Haugesund sjukehus. Stillinga er i 3-delt turnus, med arbeid kvar 3. helg. Stillinga er ledig frå 23.06.2014. Kontakt funksjonsleiar Anita Fjor for meir informasjon. TLF: 52 73 26 30

Søknadsfrist: 18.05

Fullstendig utlysningstekst finn du på www.helse-fonna.no/jobb



☎ 52 53

www.helse-fonna.no

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kvart år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Budsjetten vårt er på omlag 9,6 milliardar kroner. Forsking er ei viktig oppgåve, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet.

Vår visjon er å fremme helse og livskvalitet i vest. Verdiane våre er - Respekt i møte med pasienten - Kvalitet i prosess og resultat - Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Haukeland universitetssjukehus søker;

Assisterande avdelingsdirektør ved Lungeavdelingen

Lungeavdelinga er blant dei største lungemedisinske einingane i landet og er leiande innan pasientbehandling, utdanning og forskning i lungemedisin. Lungeavdelinga har rundt 150 årsverk med eit budsjett på 146 millionar kroner. Lungeavdelinga er organisert med leiarteam, utvida leiarteam og 15 tverrfaglege kliniske mikrosystemeininger med teamansvarlege overlegar og sjukepleiarar.

Er du ein ein framtidsretta leiar som ønskjer å bidra til vidare utvikling av ei veldriven avdeling?

Assisterande avdelingsdirektør blir ein sentral støttespillar for avdelingsdirektør i å oppretthalde og vidareutvikle dei gode interne prosessane samt samhandling med andre avdelingar og klinikkar på sjukehuset, ved universitet og høgskule.

Vi søker ein assisterande avdelingsdirektør som:

- har erfaring frå helseleining med høgare relevant utdanning innan helsefag, fortrinnsvis sjukepleie
- er prosess- og løysingsorientert med beslutnings- og gjennomføringsdyktigheit
- har eit heilskapsperspektiv med god vurderingsevne
- har faglig solid forankring og erfaring frå arbeid i miljø med tverrfaglig kompetanseutvikling og høg vitskapeleg aktivitet
- kommuniserer godt i ulike fora og er ein motiverande og engasjerande leiar

Søknadsfrist: 01.06.2014

Referansenummer: 2148082109

Kontaktpersonar: Avdelingsdirektør Kahtan Al-Azawy, telefon 55972915 og rådgivar Tove Huse Bjerkevold, telefon 48073834

For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-bergen.no



Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

Molde sjukehus

KLINIKK FOR KIRURGI

Seksjon for akuttmottak og AMK

Spesialsjukepleiar/sjukepleiar

St.nr. 2014/15. Det er ledig 2 x 75 % fast stilling for spesialsjukepleiar/sjukepleiar, med tilsetning frå 01.06.2014 eller etter nærmare avtale.

Søklar må ha spesialutdanning i intensiv, anestesi eller akuttsjukepleie. Sjukepleiar med relevant erfaring kan og søkje. Personleg egnethet vektleggast.

Kontaktinformasjon:

Oddbjørn Tomren, seksjonsleiar, tlf. 71 12 00 00

Søknadsfrist: 25.05.2014

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju. Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.



Avdeling for nyfødte Seksjonsleder

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST



Vi trenger DEG 100 prosent!

Oppegård kommune skal ansette sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere i fulltidsstillinger.

I september 2014 åpner en ny moderne fløy for 32 beboere på Høyås bo- og rehabiliteringssenter.

Søknadsfrist: 15. mai 2014

oppegard.kommune.no/100prosent



www.oppegard.kommune.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Kvinneklirikken

Seksjon for generell gynekologi

Seksjonsleder

100% fast.

Seksjonen består av en døgnenhet samt en dagenhet. Gynekologisk poliklinikk er pr. i dag en del av ansvarsområdet til seksjonslederen.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef Mari Bentsdal Haugen, tlf. 970 66 181, mari.haugen@stolav.no eller klinikkssjef Runa Heimstad, tlf. 72 57 38 22, runa.heimstad@stolav.no

Søknadsfrist: 22. mai 2014

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselegere!

frantz.no



Treff passive jobbsøkere i Sykepleien

De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

Ta kontakt med
Markedskonsulent
Silje Marie Torper,
tlf. 970 93 354

Sykepleien

Kysthospitalet i Hagevik søker:

Operasjonssjukepleiar

Vi har ledig 100% fast stilling for operasjonssjukepleiar. Vi ønsker søkarar som har vidareutdanning i operasjonssjukepleie og det er ønskeleg med erfaring frå ortopedi.

Stillinga er ledig frå snarast og vi oppfordrar kvalifiserte søkarar om å ta kontakt. For stillinga blir det kravd dokumentert autorisasjon.

Kysthospitalet i Hagevik (KiH) har ein fantastisk plassering ved sjøen og alle operasjonssstovene våre har dagslys. KiH er eit elektivt spesisjalsjukehus for ortopedisk kirurgi. Pasientgruppene treng i hovudsak ryggkirurgi, protese-kirurgi eller ulike former for artroskopisk kirurgi. Sjukehuset har 4 operasjonssstover og 40 senger.

Er du den vi ser etter?

Ta kontakt med:

Avd.sjukepleiar Marit Lekven Hestad, Tlf.56-565923/ 56-565958.
Seksjonssjef Bente Merete Attestog, Tlf. 56-565967.

Referansenummer: 2139393022 - Søknadsfrist: 01.06.2014

For å lese meir og å søke på stillinga: www.helse-bergen.no



SOMMERJOBB I NORD-NORGE



Da må du nok dra til Svalbard. Holder det med et reinsdyr eller to har vi mange ledige jobber i Nord-Norge.

AMBIO Helse har avtale med alle offentlige sykehus i Nordland, Troms og Finnmark i tillegg til flere kommuner i landsdelen.

Lønn sykepleiere:

tariff + kr 30,- per time mellom uke 26 og 33!

Hvis du har minimum to uker i sommer du kan tenke deg å jobbe finner vi noe som passer for deg.

Og skulle du heller ønske jobb lenger sør har vi avtale med over 70 kommuner over hele landet.

REISE OG BOLIG ORGANISERES OG DEKKES AV OSS.

Kontakt oss da vel:-)

Hilsen Ambio Helse
v/ Ragnhild, rs@ambiohelse.no
eller 22 41 17 02



REGISTRER DIN CV PÅ 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 der det 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.





Nøstret Bo- og Omsorgsenter søker:

SYKEPLEIER ELLER VERNEPLEIER TIL MILJØARBEID INNEN PSYKIATRI

- Oppstart oktober 2014 eller etter avtale.
- Stillingsstørrelse etter avtale.

Søkeren må beherske norsk skriftlig og muntlig godt.

Personlig egnethet, videreutdanning og erfaring vektlegges. Autorisasjon, CV og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:
Avdelingsleder Turid Johannesen: 93201328

Søknad merkes "Søknad 3/14" og sendes til: post@nostret.no
Eller pr. post til:
Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS
Bønsnesveien 171
3530 Røyse

Søknadsfrist: 01.06.2014

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse. Se www.diaconhjemmetsykehus.no

- engasjert for mennesket

Enhetsleder ved Kirurgisk avdeling

Ved kirurgisk avdeling, sengeenhet gastro/generell kirurgi er det ledig fast 100 % stilling som enhetsleder fra 1. juni 2014 eller etter avtale. Søknadsfrist 16.05.14

Kontaktpersoner:
Avd.sjef. Arne Refsum, tlf. 22 45 17 09
Oversykepleier Frank Bakkejord, tlf. 22 45 15 55

Se fullstendig annonse på vår nettside
www.diaconhjemmetsykehus.no



Enhetsleder

Klinikk for kirurgi og nevrofag, Seksjon for sengeposter ortopedi

100 % vikariat som enhetsleder for Ortopedisk Sengepost 1 på Ullevål. 18-sengpost som er forbeholdt ortopediske traumer. Enheten samarbeider tett med ortopedisk sengepost 2 og 3 og Orto PO. Enheten har egen lederassistent som bistår leder med personaladministrative oppgaver. Inngår i seksjonsleders lederteam.

Kontaktinfo:

Kirsti Bjørnbæk, enhetsleder (sykepl/jordmor), tlf. 412 25 918 eller Geir Håvard Halvorsen, seksjonsleder, tlf. 400 46 259

Ref.nr. 2137405434

Søknadsfrist: 18.05.2014

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



Bakklandet Menighets Omsorgsenter er et privat sykehjem som eies og drives av Bakklandet Menighet i samarbeid med Trondheim kommune. Institusjonen gir i dag et tilbud til 37 beboere med ulike behov. Se for øvrig utfyllende informasjon på våre nettsider www.bakklandetomsorgsenter.com

Bakklandet Menighets Omsorgsenter søker

SYKEPLEIER

Vi har ledig en fast 65,72 % stilling som sykepleier på natt f.o.m. 01.06.2014 eller etter nærmere avtale. Pt. er tjenestestedet en av våre pleieposter. Godt fagmiljø og samarbeide mellom avdelingene.

Selvstendighet, samarbeidsevne og faglig dyktighet vektlegges. Opplysninger om stillingen fås på tlf. 72544500. Søknad med CV sendes vår e-postadresse: bakklandet-omss.postmottak@trondheim.kommune.no eller som brev til

Bakklandet Menighets Omsorgsenter,
Aasmund Vinjes gt. 2, 7015 Trondheim.

Søknadsfrist: 31.05.14



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - BERGEN - BODØ - KARMØY -
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER
mediyoga.no +46 85 40 882 80

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse 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.

Jordmor, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken

Faste 50 og 100% stillinger ved KK, Fødepoliklinikken.

Ønskelig med ultralydkompetanse.

Kontakt: Gunnel Axelsson, tlf. 975 46 231.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselskere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



frantz.no

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Arendal

Enhetsleder – Anestesienheten

100 % st. fast

Anestesienheten har en stabil stab av erfarne anestesisykepleiere, med 29 årsverk. Stillingen er en administrativ dagstilling. Enhetsleder rapporterer til avdelingsleder. Vi søker autorisert sykepleier med spesialutdanning og fartstid som anestesisykepleier. Det er ønskelig med lederutdanning og/eller praktisk ledererfaring. Fagforeningsarbeid og faglig systemarbeid er relevant erfaring. Kommunikativ evne og personlig egnethet som teambygger vil bli tillagt vekt

Opplysninger: Avd. leder Espen Huldt-Nystrøm, tlf. 37 07 56 22

Søknadsfrist: 23.05.2014

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbsok

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS



Ta en master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre.

Studiet er tverrfaglig.

Les mer på

www.diakonhjemmet.no/eldre



Diakonhjemmet
Høgskole



UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:

www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
Tel: 926 97 497



Lik oss og vær med i trekninger!

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»

Kurs i Oslo, 2014

(Sender for Stressreduksjon, www.scat.no)

**UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT
(3 X 2 DAGER + EGEN DAGLIG TRENING)**
Høsten: 25. – 26. august, 19. – 20. september og 24. – 25. oktober

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

INTRODUKSJONSKURS (2 DAGER)

10. – 11. oktober

OT: En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress) energien på en positiv måte.

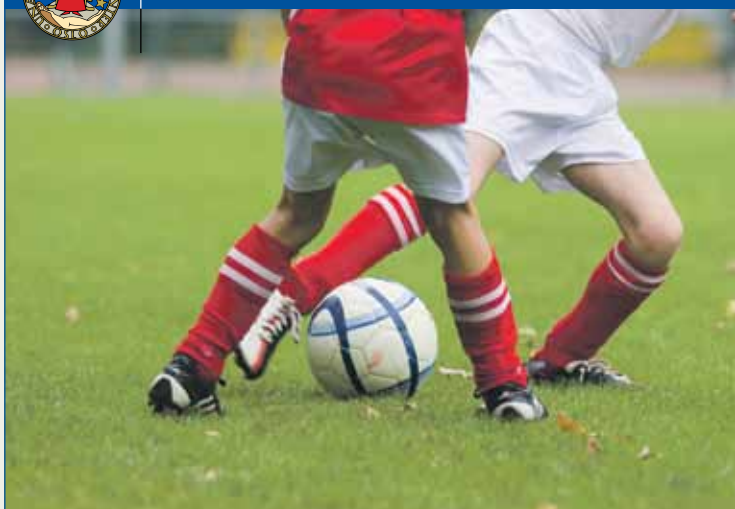
Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT, utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

For mer informasjon kontakt:

ajkroese@online.no, tel. 90151734 eller www.scat.no



Oslo kommune
Bydel Sagene



Illustrasjonsfoto

Fosterhjem søkes til John 8 år

John er en sjarmerende gutt på 8 år som skal vokse opp i fosterhjem. Han har vært utsatt for omsorgssvikt og vold og har derfor vansker med å finne hensiktsmessige uttrykk for å vise hvordan han har det. Slik som situasjonen er i dag kan John være utagerende når han har det vanskelig. Samtidig er John en gutt det er lett å like og føle godhet for. Han har mange gode ressurser og har en god utvikling. John er en aktiv gutt som liker godt å spille fotball, sjakk og kortspill.

Manglende oppfølging hjemmefra har ført til at John strever med det faglige på skolen. Han liker å gå på skolen, har gode evner og er glad i å lære.

Vi søker etter:

En familie som er tålmodige, aktive og tolerante. Det er også viktig å kunne fokusere på å skape relasjoner, trygghet og ro. Dere bør være gode på rammer og struktur, samtidig som dere må være fleksible. Vi leter etter en familie som har en faglig eller erfaringsmessig bakgrunn som gjør at dere best mulig kan forstå hva Johns adferd er uttrykk for. Dere må kunne møte han emosjonelt og hjelpe han til å lære nye strategier for å uttrykke sine følelser, slik at John fortsetter den positive utviklingen.

En av dere må være helt eller delvis ute av annen jobb så lenge gutten har behov for det, sannsynligvis over flere år. Denne ordningen kan også deles mellom fosterforeldrene. Dere bør bo i østlandsområdet. Eventuelle andre barn i familien må ikke være under tenåringsalder. Det vil bli etablert et godt støtteapparat rundt fosterhjemmet.

Vi tilbyr:

- Gode lønnsbetingelser
- Utgiftsdekning etter fastsatte satser
- Kurs og opplæring
- Tett oppfølging fra barneverntjenesten
- Faglig veiledning
- Avlastning

Vil dere vite mer

Vennligst ta kontakt med fagleder Herdis Tveit v/Sagene barneverntjeneste i Oslo – tlf 23 47 41 75/mobil 958 45 635, e-post: herdis.tveit@bsa.oslo.kommune.no



Sagene barneverntjeneste
Sandakervn. 33C, 0477 OSLO

www.bsa.oslo.kommune.no

MEDLEMSTILBUD: Skriveseminar for sykepleiere som arbeider med ulike former for kunnskapsutvikling

16. - 23. august 2014
på Metochi Studiesenter, Lesvos i Hellas

Seminaret egner seg for deg som jobber med utvikling av prosjektbeskrivelse til et FOU prosjekt, som skal skrive en vitenskapelig artikkel/essay/fagartikkel eller bokkapittel, som skal søke om 1.kompetanse vurdering, eller skal søke forskningsmidler. Det vil innledningsvis i seminaret gis en innføring omkring ulike temaer knyttet til skriveprosessen: Hva og hvordan skrive, arbeidsmåter, ulike skrivesjangre og eksempler. Hva har de ulike sjangrene av formelle krav; struktur, innhold, metode og form. Det vil bli avsatt god tid til eget skrivearbeid og veiledningen tilbys både individuelt og i gruppe og det vil arbeides med etablering av mentorgrupper

For søkere kreves det minimum mastergradskompetanse.

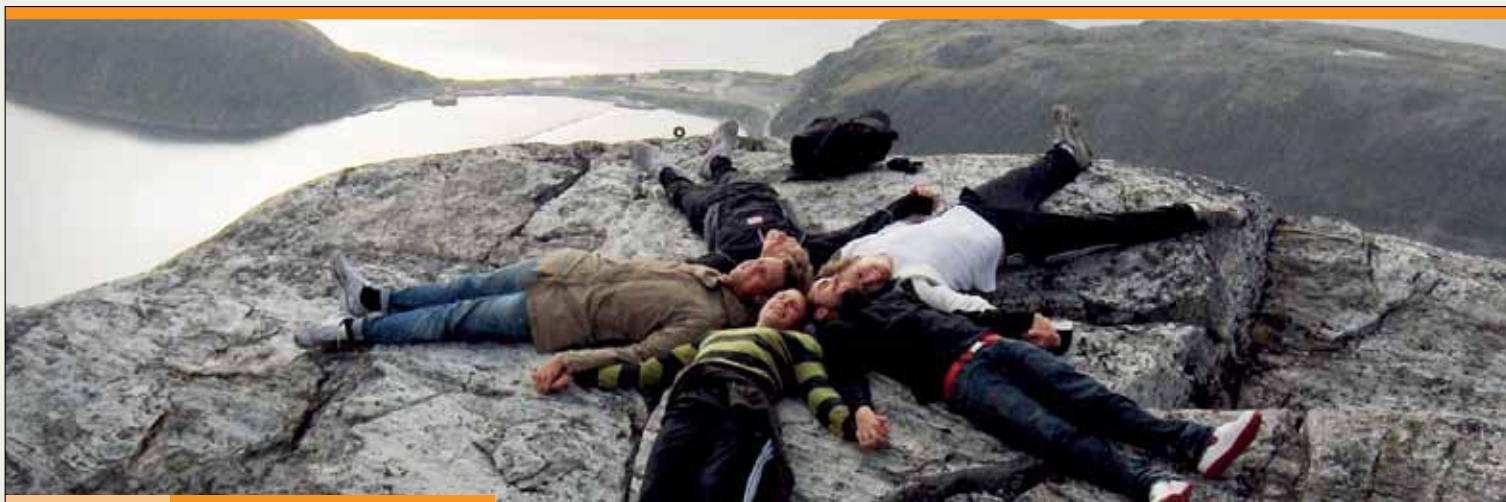
Seminaret holdes i et gammelt kloster i nydelige omgivelser ved Kalloni-bukta.

NSF dekker opphold og kursavgift med en egenandel på Kr 1000. Reiseutgifter på ca 3600 kr dekkes av deltakeren.

For mer informasjon og søknadskjema se
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/1485790/>
Skriveseminar-for-sykepleiere-paa-Lesvos-Hellos.

Illustrasjonsfoto: Shutterstock





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

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: 911 007 99

senzie
akademiet



Bli med på eHelsekonferanse på Hamar

Tid: 12. og 13. juni 2014

Arrangør: NSF's faggruppe for eHelse og faggruppe
for Sykepleie i geriatri og demenes

Teknologien er på full fart inn i hverdag vår som sykepleiere. Vi trenger
engasjerte sykepleiere som tør, kan og vil være med å utforme mor-
gendagens helsetjenester. Denne konferansen vil hjelpe deg til å møte
mulighetene og utfordringene som ligger i dette.

Her er siden for påmelding.
[https://viaregi.revio.no/
ParticipantWeb/Registration/38070](https://viaregi.revio.no/ParticipantWeb/Registration/38070)





Fra nord
til sør!
KUN KR
16 998,-

Fargestrålende Vietnam fra Hanoi Til Saigon

Vietnams høydepunkter fra Hanoi i nord over keisertidens Huế og Hoi An til det frodigrønne Mekongdeltaet i sør – med Albatros-reiseleder, 14 dager

En rundreise spekket med eventyr og opplevelser! Cruise gjennom den ubeskrivelig vakre Halongbukten mellom eiendommelige kalksteinsklipper i en tradisjonell vietnamesisk junker. La deg fortrylle av hovedstaden Hanois flotte pagoder, templer og fredfylte oaser. Bli med på sykkeltur gjennom Vietnams frodigrønne natur. Spaser mellom historiske Hoi An sine vakre bygninger. Seil på parfymefloden gjennom keiserbyen Huế, og sus gjennom den gamle, sjarmende bydelen i sykkelrikshow. La deg berge av det moderne Vietnam i Ho Chi Minh City. Besøk de fascinerende Cu Chi-tunnelene. Seil på Mekongflodens kanaler til idylliske landsbyer. La Vietnam ta deg med storm!

Vi tar forbehold for eventuelle endringer i programmet.

Avreise 26. oktober 2014 **kr 16 998,-**
Enkeltrumstillegg kr 2 998,-

Priset inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Doha – Bangkok – Hanoi / Saigon – Doha – Oslo, fly Da Nang – Saigon, utflukter ifølge program, innkvartering i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrum) og 4-personers kupé på nattoget (tillegg for enkeltkupé), frokost daglig, øvrige måltider ifølge program, skatter og avgifter.

DAGSPROGRAM

- Dag 1 Avreise fra Oslo
- Dag 2 Ankomst til Hanoi. Sykkelrickshaw i den gamle bydelen, Hoan Kiem-sjøen og velkomstmiddag
- Dag 3 Byrundtur med Ho Chi Minhs mausoleum, En-søylepagoden, Litteraturtempelet og vannduketeater
- Dag 4 Hanoi – Halongbukten. Ombordstigning på en tradisjonell vietnamesisk junker
- Dag 5 Halongbukten – Hanoi. Videre til Huế med nattoget
- Dag 6 Huế. Båttur på Parfyme-elva, besøk i Thien Mu-pagoden og Tu Docs mausoleum
- Dag 7 Huế. Sykkelrickshaw i den gamle bydelen, Hai Van-passet og Hoi An
- Dag 8 Hoi An. Sykkeltur på landsbygda og byvandring i Hoi An
- Dag 9 Hoi An. Fly til Saigon, byrundtur
- Dag 10 Ho Chi Minh City. Cu Chi-tunnelene
- Dag 11 Ho Chi Minh City – Mekongdeltaet. Båttur og videre til Can Tho
- Dag 12 Can Tho. Flytende marked i Cai Rang. Tilbake til Ho Chi Minh City. Avskjedsmiddag
- Dag 13 Ho Chi Minh City. Tid på egen hånd og hjemreise
- Dag 14 Ankomst

Medl. RGF Danmark. Med forbehold for trykkfeil 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. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros



...gjør dagen din behagelig

Bland som du vil og spar opp til 30%

- På populære modeller til arbeid og fritid!

Praxis fottøy gir deg følelsen av velvære - uten å gå på kompromis med kvaliteten eller prisen.



Modell 25130 Amsterdam
Dame sandal med mulighet for regulering av hærem og overvristen.
Kvalitet: Imitert skinn med
Innersåle av ekte skinn.
Farge: Sort - Hvit
Størrelse 36 - 42
Ordinærpris 349,-



Modell 25180 Monaco
Dame/herresandal med
borrelåslukking.
Kvalitet: Imitert skinn med
Innersåle i mikrofiber.
Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 46
Ordinærpris 349,-



Modell 25080 Lisboa
Damesandal med tåstropp
og borrelåslukking.
Kvalitet: Ekte skinn
Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 399,-



2 par kun
500,-



2 par kun
700,-



Modell 25240 Genova
Dame sportssko med elastisk snøring med stopper
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 349,-



Modell 25250 Rimini
Ballerinasko med borrelåslukking over
vristen og liten hæl
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Hvit
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 349,-



Modell 25230 - Pisa
Damesandal med borrelåslukking.
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Sort/grå - Grå/blå
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 249,-

2 par kun
350,-



Praxis topp modeller - med ekstra myke såler

Modell 25270 Torino
Damesandal med borrelåslukking.
Kvalitet: Skinn med Innersåle av ruskinn.
Farge: Hvit - Blå
Størrelse 36 - 42
Ordinærpris 549,-



2 par kun
800,-

Modell 25090 - Paris
Damesandal med mulighet
for regulering av hæl-
rem og overvristen.
Kvalitet: Skinn med
Innersåle av ekte skinn
Farge:
Blå/grå - Hvit - Sort
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris pr. stk. 499,-



Da denne modellen er liten i størrelsen, anbefaler vi at du bestiller ett nummer større enn du normalt bruker.

Bland som du vill! - Du kan fritt velge mellom alle varene på siden og får selvfølgelig rabatt på alt - bare du bestiller minimum 2 par.
Tilbudet gjelder til 30.06.14 og du har full bytte- og returrett i 30 dager. Porto/oppravsgebyr på kr. 129,- kommer i tillegg.

Du kan spare kr. 39,- i oppkravsgebyr dersom du velger å betale med Visa på hjemmesiden

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no

Praxis
Arbeids- og Fritidsklær AS
Sjøtun Næringspark
6899 Balestrand