

Søvnige dager, søvnløse netter

Døgnrytme. I snitt ligger eldre på sykehjem 13 timer i senga om natten. Der er de mye våkne, mens de sover for mye om dagen. **22**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,95 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,95 %. Er du mellom 18–33, tilbyr vi deg BLU Start – boliglån til din første bolig, til enda lavere rente; 1,90 %

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

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,02 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.543.546.
BLU – Start (din første bolig): Effektiv rente 1,97 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.529.017.
Prisene er per 05.04.2016 for nye lån og kan bli endret.



Bleieutslett



Bløtgjørende og beskyttende salve ved eksem og psoriasis. Lindrer svie og kløe ved hudirritasjon, eksempelvis bleieutslett.

Iktammol, Sinkoksid, Titandioksid

Bleiebrukere blir lett røde og irriterte på rumpa.
Inotyol® er et effektivt legemiddel til bruk ved for eksempel bleieutslett.

Bleieutslett



Bløtgjørende og beskyttende salve ved eksem og psoriasis. Lindrer svie og kløe ved hudirritasjon, eksempelvis bleieutslett.

Iktammol, Sinkoksid, Titandioksid

Bleiebarn blir lett røde og irriterte på rumpa.
Inotyol® er et effektivt legemiddel til bruk ved for eksempel bleieutslett.

Rengjør hudområdet før bruk. Påsmøres i tykt lag en til flere ganger daglig.
Må ikke brukes på væskende eller infiserte sår. Inneholder ullfett (lanolin)
som i sjeldne tilfeller kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontakteksem).

Finnes reseptfritt på apotek. Les pakningsvedlegget nøye.

INO-2016-0002



**INSTANYL® NESESPRAY
SOM ENDOSE OG FLERDOSE**

**RASK LINDRING AV
GJENNOMBRUDDSSMERTER**

BEHANDLING AV GJENNOMBRUDDSSMERTER

**Karakteristikk av en
gjennombruddssmerte:**



Smertetopp innen 3 min¹

Varighet ~ 30 min²

Frekvens ~ 4 episoder hver dag²⁻⁴

Karakteristikk av Instanyl®:



-  Typisk episode av gjennombruddssmerte
-  Behandling med Instanyl®

Smertelindring innen 10 min⁵

Varighet ~ 56 min⁶

Velegnet til pasienter med tørr munn og kvalme

Gjennombruddssmerte er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Instanyl® er indisert for behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske kreftsmarter.

**Sikkerhetsinformasjon til lege, farmasøyt og pasient er utarbeidet i samarbeid med Statens Legemiddelverk
(Disse kan lastes ned fra Instanyl.no)**

Viktig å vite (se forsiktighetsregler):

Instanyl skal ikke brukes:

- ▶ hos opioidnaive pasienter
- ▶ ved alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer
- ▶ ved tidligere stråling i ansiktet
- ▶ ved tilbakevendende episoder med neseblødning

Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

- ▶ **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.
- ▶ **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerne/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Nevrologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. Mindre vanlige bivirkninger (se felleskatalogteksten)

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets slutfase ICPC/ICD - 90.

For ytterligere informasjon kontakt oss på Takedas informasjonstelefon: 800 800 30 eller send e-post til infonorge@takeda.no. Informasjon finnes også på Instanyl.no

Instanyl «Takeda» Opioïdanalgetikum.

ATC nr.: N02A B03

NESESpray, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneh.: Fentanylisitat tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann.

Indikasjoner: Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalenstdose av andre opioider i én uke eller lenger.

Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidebehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Voksne:** **Dosetitrering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidebehandling, og gjennombruddssmerterepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosestryke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetitrering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever > 1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidebehandlingen kan være nødvendig dersom pasienten stadig har > 4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidebehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Pasienter uten vedlikeholdsterapi med opioider, da det er økt risiko for respirasjonsdepresjon. Behandling av andre akutte smerter enn gjennombruddssmerter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning.

Forsiktighetsregler: Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidebehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet hos pasienter med tidligere eller eksisterende bradykardi. Opioider kan forårsake hypotensjon, særlig hos pasienter med hypovolemi og skal derfor brukes med forsiktighet ved hypotensjon og/eller hypovolemi. Utvikling av serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av serotoninerge legemidler som SSRI og SNRI, samt legemidler som nedsetter serotoninmetabolismen (inkl. MAO hemmere). Ved mistanke om serotoninerg syndrom skal fentanyl seponeres. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativ behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av

kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioide antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Pasienten skal rådes til ikke å kjøre eller bruke maskiner ved døsighet, svimmelhet, synsforstyrrelser eller andre bivirkninger som kan påvirke evne til å kjøre eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av fentanyl med et serotoninerg legemiddel, som SSRI, SNRI eller MAO-hemmer, kan øke risikoen for serotoninerg syndrom. Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP3A4-hemmere eller moderate CYP3A4-hemmere, kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av legemidler som inducerer 3A4-aktivitet kan redusere effekten av Instanyl. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til C_{max} (T_{max}) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativer eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaxantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioideagonister/-antagonister anbefales ikke.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Amming:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Skal ikke brukes av ammende, og amming skal ikke gjenopptas før minst 5 dager etter siste administrering av fentanyl. **Fertilitet:** I dyrestudier nedsettes fertilitet hos både hanner og hunner ved sedative doser. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerne/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Nevrologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerne/kar: Hypotensjon. Hud: Smerter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Nevrologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dyssesti, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. Ukjent: Gastrointestinale: Diaré. Nevrologiske: Kramp. Luftveier: Perforasjon av neseseptum. Psykiske: Hallusinasjon. Øvrige: Tretthet, utilpashed, ødem, fall, abstinenssyndrom.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotensjon, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miose, kramp og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioideantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentakende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03 side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Opioïdanalgetikum. Fenylypiperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for - og -opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofil. Absorberes svært raskt gjennom neseslimhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkeltdose på 50-200 µg/dose til opioideintolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjernen, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. Halveringstid: Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjenfinnes i feces, primært som metabolitter. **Pakninger og priser per 16.12.2015:** **50 µg/dose:** 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 477.20. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 759.40. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1465.10. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 2876.50. **100 µg/dose:** 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 507.00. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 809.20. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1564.70. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3075.70. **200 µg/dose:** 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 507.00. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 809.20. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1564.70. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3075.70.

Refusjon: ¹Se N02A B03_1 side 1. d. i Refusjonslisten.

Referanser:

- Portenoy RK, Payne D and Jacobsen P, Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. Pain 1999;81(1-2):129-34
- Gómez-Batiste X, Madrid F, Moreno F et al. Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. J Pain Symptom Manage 2002;24(1):45-52
- Zeppetella G, Opioids for cancer breakthrough pain: a pilot study reporting patient assessment of time to meaningful pain relief. J Pain Symptom Manage 2008;35(5):563-7

- Portenoy RK and Hagen NA, Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990;41(3):273-81
- Preparatomtale Instanyl® 17.09.2015 seksjon 5.1
- Christrup LL, Foster D, Popper LD et al. Pharmacokinetics, efficacy, and tolerability of fentanyl following intranasal versus intravenous administration in adults undergoing third-molar extraction: a randomized, double-blind, double-dummy, two-way, crossover study. Clin Ther. 2008;30:469-81

RISSKOV BILFERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Populære
Skinnarbu



Halvpensjon
inkludert

Østnorge | Rjukan

Opplev Høyfjellet

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ligger vakkert til på en høyde med utsikt over Møsvatn.

- 2 x overnatting m. frokostbuffé
- 2 x 2-retters middag
- Gratis kaffe
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 1.151,-

Fra bare

999,-

Ank. 06/10 - 30/10-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Halvpensjon
& SPA



4★★★★
luksus
på Norefjell

Hallingdal | Noresund

Spa på Norefjell

Norefjell Ski & Spa ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3-retters middag
- Inngang til Bøeseter Bad og Trening
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 940,-

Fra kun

1.599,-

Ank. 09/10 - 22/12-16 | Sesongtillegg 160 NOK



Opplev Sveriges
vestkyst



Bohuslän | Uddevalla

SPA på Vestkysten

Bohusgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x inngang til Spa
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 463,-

Fra bare

929,-

Ank. 08/10 - 15/12-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Stor
pakke!!!

Beliggenhet
ved havet



Midt og Østjylland | Ebeltoft

Miniferie i Ebeltoft

Ebeltoft Park Hotel ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny/buffé
- 2 x kveldskaffe i baren
- 1 x ettermiddagskaffe og kake

SPAR OPP TIL 243,-

Fra bare

869,-

Ank. 06/10 - 28/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Inkl.
2 middager

Book 3 netter
fra 1099,-



Midt og Østjylland | Brabrand

Krotilbud ved Århus

Hotel Årslev Kro ★★★

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

SPAR OPP TIL 357,-

Fra kun

749,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 06/10 - 19/12-16 | Sesongtillegg 120 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no ➔ 32 82 90 00 ➔

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-
Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

RISSKOV
BILFERIE

Innhold



09 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 6. oktober

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



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 14** Åpnet sykehjemsdøren for NRK
- 16** Norske sykepleiere sjarmerer polakker
- 18** Dataspill for helsas skyld
- 22** Tema: Søvn og demens
- 34** Droner leverer medisiner



Redningen daler ned fra oven. **34**



Sykepleie

- 40** Demenslidelse kan gi feilbehandling
- 44** Nattarbeid påvirker ikke menstruasjonen
- 47** Sammendrag fra forskningsartikler
- 48** Får innsikt i hver- andres fag
- 52** Etik: Terje Årsvoll Olsen
- 54** Svangerskap, stress og sukkersug
- 56** Vi trenger likestilte forskningsmetoder



Studenter samarbeider i praksis. **48**



Påfyll

- 60** Smånytt, dikt og bøker
- 61** Liv laga
- 62** Forfatterintervjuet
- 64** Bokanmeldelser
- 65** I bokhylla mi: Jorunn Mathisen
- 66** Fakta: Riksrevisjonen
- 68** Kryssord og quiz



Forklarer kreft for barn. **62**



Meninger

- 70** Eli Gunhild By om innovasjon
- 71** Marit Leegaard om Sykepleien Forskning
- 72** Kronikk: Elisabeth Finnbakk om hygiene
- 74** Anders Folkestad om tax-free
- 75** Innspill: Ina Johnsen Nemati om sykehusdrift
- 76** Tett på Bård Hoksrud
- 83** Stillingsannonser og kunngjøringer



Er det lov å være blid? **76**

Forsidefoto: Marit Fonn

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard, Signe Marie Flåt. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum.

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





Hva gjør du når du verken er Petter Northug, Birgit Skarstein eller Caroline Berg Eriksen?

Mestringens mestere



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

I september ble jeg plutselig veldig opptatt av fotball for blinde og volleyball for benamputerte! Etter at Usain Bolt hadde dundret gjennom 100 meter og Olaf Tufte hadde rodd seg til en bronsemedalje i dobbeltskuller, var jeg innstilt på å slå av tv-en for en stund. Verdens beste atleter hadde reist fra Rio, så nå var det tid for bøker igjen. Men så en dag zappet jeg ved en tilfeldighet til basket for rullestolbrukere. Arm-løse bueskyttere og CP-rammete bocciaspillere hadde inntatt scenen. Da var jeg solgt! Kveld etter kveld holdt Paralympics meg i godstolen.

STERKE HISTORIER

At folk kan springe 100 meter på under 10 sekunder er selvfølgelig en bragd. Men har du gode bein og i tillegg hurtige gener, så er det tross alt et oppnåelig mål. Å spille bordtennis med racketen i munnen er derimot ikke bare noe du bestemmer deg for som tiåring. Paralympics handler om mennesker som har fått en forferdelig dårlig start her i livet. Det ligger derfor sterke historier bak slike prestasjoner. Roeren Birgit Skarstein mistet kraften i beina som 20-åring etter en badeulykke. Svømmeren Sarah Louise Rung tok den ene Paralympics-medaljen etter den andre, men starten på eventyret hennes var at hun som tenåring ble lam etter en legetabbe. Seileren Bjørnar Erikstad ble født uten armer, og hendene stikker rett ut fra skuldrene. Han gikk gjennom 25 operasjoner før fylte 14 år. Han bruker tennene for å seile, men var skuffet etter en femteplass i Rio.

Sterkest inntrykk gjør likevel belgiske Marieke Vervoort. Sprinteren, som bruker rullestol for å komme seg hurtigst mulig fram til målstreken, lider av en uheldig sykdom som gradvis bryter kroppen hennes ned. Trening forsinker sykdomsprosessen, men Vervoort melder om et smertehelvete de færreste av oss kan forestille seg. Hun er avhengig av sykepleiere rundt seg døgnet rundt, tar sterke smertestillende og besvimer ofte. Hun sier hun vurderer å avslutte livet hver eneste dag, og har skrevet under på en eutanasi-erklæring etter belgisk lovgivning, slik at en lege kan gjøre slutt på hennes lidelser på et tidspunkt hun selv kan bestemme. I september fikk hun likevel en sølvmedalje på 400 meter.

Sentralt i beretningene til Paralympics-deltakerne er betydningen av mestring. Om du er Northug eller Skarstein, er trening det som skal til for å nå dine mål. Det er trening som skiller vinnerne fra andre. Northug er kanskje mesternes mester, men kulestøtende dverger og benamputerte spydkastere er mestringens mestere. De ikke har latt seg knekke av livets motgang. De vinner – uansett plassering!

BRED PENSEL

Medaljene i Rio har paradoksalt nok også en bakside. Historiene om hvordan mennesker trosser sine handikap og lidelser, har en lei tendens til å bli til suksesshistorier som det er vanskelig for andre å måle seg med. Det er ikke utøvernes skyld. Men når mediene maler deres prestasjoner med bred pensel, er det lett å glemme at det ofte handler om «enerne», det vil si om mer enn middels sterke personligheter som er i stand til å forsake det meste på vei mot sine mål. Det kan ikke nødvendigvis overføres til oss andre. Birgit Skarstein rodd seg til en fjerdeplass på sin distanse, og tidligere har hun slept seg i ukevis gjennom ulendt terreng sammen med Lars Monsen i tv-serien «Uten grenser». Det er lett å se på Skarstein som et forbilde. Men vi gjør nok klokt i ikke å gjøre henne til en mal for hvordan mennesker skal være når livet rammes av sykdom og elendighet.

Det som ikke knekker deg, gjør deg sterkere, heter det gjerne blant mennesker som har forsøkt å stå oppreist i sine personlige stormer. Helsepersonell som skal motivere sine pasienter til å trene, er også glad i denne metaforen. Stå på! Du kan! Ikke gjør sykdommen din til en begrensning!

Denne framstillingen om å ta sykdommen som en positiv utfordring, finner vi i en økende flom av Facebook-innslag, blogger, avisoppslag og pasientlitteratur der sykdomsforløp nærmest beskrives som en slags kognitiv reise til selvrealisering. All oppmerksomhet rundt mer eller mindre kjente personer som klarer seg bra gjennom strabasene, kan kanskje motivere noen. Men personlig synes jeg at det har blitt litt for mye av det gode. Jeg er redd for at vår tids utbredte trang til å iscenesette seg selv som vellykket og suksessrik, smitter over til de som kanskje har de dårligste forutsetninger til nettopp å bli det.



Illustrasjon: Marie Rundereim

«GAVE»

Det reiser noen spørsmål. Skal du henge med hodet hvis du mister et bein eller får en alvorlig kreftdiagnose? Eller skal du – som noen presterer – betrakte den dødelige sykdommen som en «gave», ja, endatil en berikelse i livet? Kan du få lov til å være ordentlig deppa når ulykken rammer eller kroppen spises opp innenfra? Eller er den nye mantraen at du ikke skal sutre, men heller trene, sette deg djerpe mål og gjøre sykdommen din til en «mulighet»?

Nylig flashet blogger Caroline Berg Eriksen sin helt flate mage på Instagram, kun dager etter at hun fødte sitt andre barn. Hun fikk raskt 6 000 likes og flere hundre kommentarer. De fleste mener at Berg Eriksen kan være stolt av sin flate mage, og at magen «skyldes stor innsats og hard trening». Andre mener at mage-bildet bare bidrar til at andre får enda mer å sammenlikne seg med når de føder.

Min egen beundring for bloggerens prestasjon er mildt sagt begrenset, så jeg foretrekker folk som har lært seg å treffe blinken i bueskyting for armløse. Uansett mener jeg at vi skal

være forsiktige med å dyrke en forestilling om at suksess er en mental greie og at det bare er psyken som står i veien for å kunne lykkes med sin kropp. Om det hadde vært så enkelt at det bare er å bite tennene sammen for å kunne mestre egen sykdom med glans, hadde livet vært en lek. Men så enkelt er

«Det må ikke gjøre rommet for å sørge, lide, fortvile og deppe trangere for folk flest.»

det ikke. Det er fint at noen klarer det, men deres heltehistorier må ikke gjøre rommet for å sørge, lide, fortvile og deppe trangere for folk flest.

– Alle ser meg lykkelig med medaljen. Men de ser ikke den mørke siden, uttalte belgiske Marieke Vervoort etter at festen i Rio var over. Det er noe å huske på for oss andre. Det er lov å ikke være vellykket, også som pasient. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Sykepleien er der du er!

Hold deg oppdatert og gjør Sykepleien til en naturlig del av hverdagen. Papirmagasinet kjenner du godt fra før, og med Sykepleiens app kan du lese magasinet på nettbrett uten nett-tilgang.

Våre nettsider Sykepleien.no fungerer bra på PC, nettbrett og mobil.

Følger du oss på Facebook er det enkelt å følge med og se hva andre sykepleiere mener. Vi har to sider på Facebook: Tidsskriftet Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Vi er her for deg!

Sykepleien

carefix
Creating functional comfort

Post-op BH



ALICE

- Myk, elastisk bh med god kompresjon i microfiberkvalitet
- Sømløs og uten bøyler
- Praktisk åpning foran med justerbare hemper for inspeksjon
- Bestselger til Sykehus



BIANCA

- Myk, elastisk bh med lett kompresjon
- Sømløs og uten bøyler
- Brede skulderstropper for bedre komfort
- Holder bandasjer på plass
- Borrelås åpning foran, for inspeksjon

TYTEX®

Norgesplaster

Distribueres i Norge
av Norgesplaster as
4702 Vennesla
info@norgesplaster.no
www.norgesplaster.no



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 09 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema



I FJELLET: Droner kan lete eller slippe medisiner til utilgjengelige strøk i Afrika. Foto: Tromsø Røde Kors.

Tar av

Hi-tec. Droner er bokstavelig talt i ferd med å ta av som den nye helsehjelperen. **34**



Tema. Søvn og demens. **22**



Både det fysiske og det sosiale ved dette tilbudet er viktig. Kari Merete Krogh, sykepleier. **18**



Sykehjem. Åpnet dørene for NRK-Helene. **14**



SKIKKET: Strengere krav skal sikre at befolkningen kan ha tillit til fagpersonene som møter oss i sårbare situasjoner.

Skjerper krav til skikkethet

UTESTENGT: I fjor ble tre av 60 000 studenter funnet uskikket og utestengt fra utdanningen.

Fra 1. juli er kravene om skikkethet skjerpet. Bestemmelsen om skikkethet omfatter sju nye utdanninger, nå totalt 33 utdanninger. Videre er utestengelsesperioden økt fra tre til fem år.

I 2015 ble kun tre studenter funnet uskikket og stengt ute fra utdanningen.

gen. To sykepleierstudenter og en lærerstudent, ifølge Database om statistikk for høyere utdanning.

Totalt ble det meldt inn kun 150 tvilsmeldinger om skikkethet fra studenter, faglærere og andre som uttrykket bekymring for om en student var egnet til jobben han eller hun utdannet seg til.

Manglende skikkethet kan blant annet handle om at studenten viser

for dårlig evne til empati/omsorg, har rusproblemer, psykiske problemer, lite engasjement/interesse i studiet og manglende evne til å kommunisere og samarbeide. Sjikane i sosiale medier kan også være utslagsgivende. Blir studenten vurdert som ikke skikket til et yrke, betyr det rett og slett at høyskolen/universitetet mener studenten bør slutte og heller velge en annen utdanning og yrke. ●

Mannlige leger får mange barn

Nesten halvparten av mannlige leger blir fedre til tre eller flere barn, mot snittet i resten av den mannlige befolkningen 27 prosent. Ifølge Legekårsundersøkelsen fra 1993, har leger lang tradisjon med å bli pappa til mange. Kvinnelige leger får 2,07 barn, mens snittet blant kvinner er 1,76, melder Dagens Medisin.



Ut med skippertak

Helsedirektoratet lanserte nylig en kampanje for å få menn ut av sofaen



og som handler om at skippertak sjelden virker. – Høres det fantastisk ut, så er sjansen stor for at det ikke virker eller at det er så krevende at de fleste ikke vil greie å holde ut over tid, sier Linda Granlund, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet.

Kilde: Helsedirektoratet

Barn og medisin

I løpet av de siste 3,5 år har Meldeordningen fått inn 84 meldinger om uønskede hendelser som gjelder tilberedningen av legemidler til barn. I ni av ti tilfeller var det svikt i egenkontroll eller dobbeltkontroll og som kunne fått katastrofale utfall, melder Helsedirektoratet.



Kvitter fra sykepleierkongressen

Økonomistyring. New public management har ødelagt mye for helsetjenestene.

Byråd i Oslo Geir Lippestad

Fakta & tall. Ulønnet omsorg

15 %

Av den voksne befolkningen utfører regelmessig ulønnet arbeid.

20 %

Av personer i alderen 45–66 år yter oftere ulønnet omsorgsarbeid enn både yngre og eldre personer.

5 timer

De som sier de regelmessig yter hjelp, bruker i snitt fem timer i uka på ulønnet omsorgsarbeid.

50/50

Andelen som yter ulønnet hjelp, er omtrent like stor blant menn og kvinner.

100 000

De som bor i store byer med mer enn 100 000 innbyggere, utfører noe mindre omsorgsarbeid enn de som bor i småbyer.

Kilde: SSB Levekårsundersøkelsen 2015



PROSJEKT: Marianne Jørs, Britt Helen Grindheim, Amanda Bø Fjell, Vigdis Gudmundsdottir og Monica Helen Sæle Kårstad har hpv-vaksinen som prosjekt. Foto: Privat

– Mye uvitenhet om hpv

INFORMASJON: – Må man være jomfru for å ta hpv-vaksinen? – NEI, sier sykepleierstudent Marianne Jørs.

Fra 1. november får unge kvinner født etter 1991 tilbud om gratis hpv-vaksine. Men mange vet altfor lite om hva hpv er, sier sykepleierstudenter ved Høgskolen i Bergen. De har hpv-vaksinen som prosjekt i faget helsefremmende og forebyggende sykepleie i tredjeåret.

De har også vært ganske uvitende.

– Selv om jeg har hatt livmorhalskreft i familien, var jeg ikke klar over sammenhengen mellom hpv og kreft. Og jeg tror det er mange som ikke er klar over den, spørsmålene vi får tyder på det, sier Monica Helen Sæle Kårstad.

I Norge gis vaksinen til jenter i sjuende klasse. Men siden den ble innført i 2009, har fagfolk tatt til orde

for at eldre jenter også burde fått tilbudet. Det er det som skjer 1. november. Prosjektet til studentene i Bergen er å informere om dette tilbudet. De får mange spørsmål. Som om man må være jomfru for å ta vaksinen eller om man må vente med sex til alle tre dosene er satt.

– Svaret på begge er selvfølgelig nei, sier Britt Helen Grindheim. ●

Mye voldsulykker i helsevesenet

Ifølge SSB er «fall» den hyppigste årsaken til arbeidsulykker i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern og kommunale helse- og omsorgstjenester. Men nesten like rapporteres «påført voldsskade». 70 prosent av arbeidsulykkene som ble registrert under «påført voldsskade» i 2015 kom fra helsevesenet.

Kilde: SSB

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





– Dokumentaren ble usminket, sier Arnfinn Gisleberg.
Han åpnet dørene for NRK-Helene.

– Vi ble ikke skjønmmalt på tv

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Tone Kristensen**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier og institusjonsleder på sykehjemmet som åpnet dørene for NRK.

Alder: 50 år

Bakgrunn: Tv-reporter Helene Sandvig flyttet i fjor høst inn på Lørenskog sykehjem i fem døgn. Oppholdet ble filmet. Resultatet ble vist 20. september i NRK-serien «Helene sjekker inn». I dokumentaren kommer seerne tett på både ansatte, pårørende og beboere, noen av dem på lukket demensavdeling. Filmen viser både stell, krangling mellom beboere og språkvansker blant ansatte. Institusjonsleder Arnfinn Gisleberg er en av flere som er med i programmet.

Hvor fornøyd er du med filmen?

– Det kunne gjerne vært med mer om våre sterke sider, men jeg er fornøyd med totalen. Når det var Helene Sandvig som kom, måtte det bli sånn.

Hvorfor åpnet dere dørene for tv?

– Jeg tenkte at en slik henvendelse får vi aldri igjen. Dette var en anledning til å vise fram det vi gjør. Ingen grunn til at et sykehjem skal være lukket.

Ikke alle ville ha sagt ja?

– Sikkert ikke. Jeg har jobbet her lenge og kjenner sykehjemmet godt. Det verste som kunne skje var at noe kritikkverdig kom fram. I så fall ville det bare være å rette på det.

Mye arbeid med å få samtykke fra pårørende?

– Ja. Både ansatte, pasienter og pårørende fikk anledning til å reservere seg. NRK brukte tid hos oss før de begynte opp-takene: Hvor skulle de filme, hvor kunne de få gode historier.

De filmet i 50 timer?

– Ja, dag og natt i fem døgn. Det var to filmteam. Sandvig var der hele tiden.

Hva synes de ansatte?

– Først var mange redde. De syntes det var skummelt. Men veldig få reserverte seg. Så gledet de seg. Nå er noen lei seg, fordi de ikke kom med, selv om de ble filmet. Men gjennomgående er de stolte.

Hvor filmet de?

– På tre av sju avdelinger. Noen uttalte seg 10–20 ganger, og så ble det ett klipp. Meg selv inkludert,

haha. «Jeg sa jo mer», følte mange. Men NRK plukket. Når det ikke var faktiske feil, kan man ikke sensurere.

Ble det balansert?

– Pårørende har sagt at de kunne vist mer positivt. Vi ble ikke skjønmmalt. Men det var heller ikke meningen. Det var å vise hvordan det er å bo her. Det kan vi stå inne for.

Noen synes det ble for mye nakenhet?

– Må det vises så mye? lurte noen. De synes det

ble for intimt. I denne konteksten synes jeg det var greit. Det ble usminket, men ingen ble utlevert.

Sykepleiere jobber tett på kropp?

– Det gjør de. Men det var også sykepleiere som syntes det ble for nært. De lurte: Er dette godkjent? Mange ble berørt. Vi vil vise filmen når vi ansetter folk: Dette er hva du vil møte i hverdagen.

Hvorfor?

– Når pasientene er så hjelpeløse, må vi ikke glemme at vi er i en slags maktposisjon, og vi må oppføre oss. Dette må vi reflektere over hver dag.

Hva synes pasientene sjøl?

– Jeg sa til Hans på 98: «Så deg på tv!» «Flere som sier det», sa han fornøyd. Flere av beboerne har gått bort, og fikk ikke sett filmen.

Det kom fram at noen må bruke bleier fordi det ikke er tid til å følge dem på do. Pinlig?

– Ikke pinlig, men det er ikke sikkert det stemmer. Noen kolleger sa de ikke kjente seg igjen og følte at det var urettferdig. Men jeg vil ikke sensurere noens uttalelser.

Kan det bli feil å vise demente?

– Man må være varsom. En beboer i filmen hadde fått endret atferd, og var blitt sint og kranglete. Noen lurte på hva pårørende sa om å vise det. Men de sa «det er jo sånn det er». Men åpenhet er ikke for alle, det må tilpasses den enkelte. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Tør ikke varsle

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

REPRESALIER: En av fire arbeidstakere svarer at de blir møtt med negative reaksjoner når de varsler, viser en undersøkelse Fafo har gjennomført.

I slutten av september la forskningsinstituttet Fafo frem tre nye undersøkelser om ytringsfrihet og varsling på norske arbeidsplasser. Funnene bekymrer både forskere og fagforbund.

– Det er færre som varsler nå enn for seks år siden. Årsaken til at mange ikke vil varsle, er at de er redde for represalier. I tillegg er det alarmerende at én av fire sier at de blir møtt med negative reaksjoner når de varsler, sier forskningssjef i Fafo, Sissel Trygstad.

Hun tror mediaoppslag om de store varslingssakene og hva varslerne har blitt utsatt for, kan være med på å skape denne frykten.

REPRESALIER

De vanligste sanksjonene arbeidstakere oppgir, er å bli refset og irettesatt av leder, samt å bli fratatt arbeidsoppgaver.

Rundt 16 prosent sier de ble utstengt fra arbeidsfellesskapet, og nesten like mange opplevde så sterke reaksjoner at det førte til sykemelding. Seks prosent sier de mottok oppsigelse på grunn av varslingen.

– Det er bekymringsverdig at bare rundt sju av ti sier at de ville varsle igjen dersom de kom i en tilsvarende situasjon i dag. Andelen er lavere enn i undersøkelser vi har gjort tidligere. Da har den ligget på mellom 80 og 85 prosent, sier Trygstad.

I 2010 sa 40 prosent at de ikke varslet i frykt for represalier. Nå i 2016 sier 50 prosent at de ikke varsler på grunn av frykt for konsekvensene. Det er en vekst på 10 prosent.

SYKEPLEIERE PÅ TOPP

En av Fafo-rapportene er basert på en undersøkelse hos medlemmer

i Forbundet for Ledelse og Teknikk (FLT), Sykepleierforbundet, Legeforeningen, Politiets Fellesforbund, Norsk Tjenestemannslag (NTL), Juristforbundet og Utdanningsforbundet.

63 prosent av legene og 70 prosent av sykepleierne sier de er sikre, eller nokså sikre på at uønskede hendelser blir rapportert. Arbeidstakere i offentlig sektor rapporterer i større grad enn arbeidstakere i privat sektor at de har opplevd kritikkverdige forhold.

President i Legeforeningen, Marit Hermansen, tror noe av forklaringen kan være at ledelsesfilosofien i det offentlige har endret seg.

– Ordet «styring» brukes ofte, mens ordet «samarbeid» brukes sjeldnere. Det kan virke som om lede-

«Det er praktiseringen av loven som ikke fungerer i dag, ikke loven i seg selv»

Kjetil Rekdal,
Politiets
Fellesforbund

re ikke har tatt til seg at varsling er en del av sikkerhetsarbeidet og kvalitetsarbeidet på en arbeidsplass, sier hun.

VIL HA VARSLEROMBUD

Leder av Politiets Fellesforbund i Hordaland og nestleder i Unio, Kjetil Rekdal vil ha et varslerombud.

– Hos et slikt ombud skal arbeidstakere kunne få hjelp til hvordan de bør gå frem i en varslersak, og arbeidsgivere som er usikre på hvordan de skal håndtere varslersaker, kunne også få hjelp der, sier han. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Noen medaljer oppleves som ekstra fortjent



Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdssatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen. Har du en medarbeider som fortjener en slik heder?

Ta kontakt!





Norske sykepleiere sjarmerer polakker

● Tekst **Eivor Hofstad**

VENNLIGE: Polske immigranter er ikke så imponert over norske legers kunnskaper, men sykepleierne får ros fordi de smiler og er vennlige. Polakkene mener det motvirker følelsen av diskriminering.

Elżbieta Anna Czapka og Mette Sagbakken er de to forskerne ved NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for migrasjon- og minoritets-helse) bak studien «Where to find those doctors?». Czapka samlet dataene og diskuterte dem med Sagbakken. Målet var å undersøke polske innvandreres møte med det norske helsevesenet. Hva fungerer og hva er problematisk?

Åtte menn og elleve kvinner i Oslo ble intervjuet i 2013 og 2014. En var i alderen 20–30 år, resten fordelte seg mellom 30–60 år. Åtte var universitetsutdannet, elleve hadde yrkesfaglig utdanning.

SOM EN MEDISINSK TV-SERIE

Over halvparten av de polske informantene, særlig menn, understreket den enorme vennligheten til norsk helsepersonell mot pasientene. Spesielt sykepleierne fikk ros for at de alltid smiler. En universitetsutdannet mann i 40-årene

som jevnlig brukte helsetjenester etter en ulykke, sa følgende:

– Alle var superhyggelige og høflige på sykehuset. Særlig sykepleierne. Jeg følte at jeg hadde havnet i en medisinsk TV-serie.

– Det var morsomt å se ansiktene på mennene da de fortalte om sykepleierne på sykehusene i Oslo-området. De smilte så fint da de husket på hvordan møtene med sykepleierne hadde vært. Noen rødmet litt også, sier Czapka og ler.

«Jeg følte at jeg hadde havnet i en medisinsk TV-serie»

Elżbieta Anna Czapka

VIKTIG MED VENNLIGHET

Flere av deltakerne understreket at en vennlig holdning fra helsepersonell mot migranter er spesielt viktig. De mente at når man opplever en vennlig holdning, kan det motvirke følelsen av diskriminering.

Deltakerne var ikke like fornøyde



FORSKER: Elżbieta Anna Czapka har intervjuet 19 polske immigranter om deres inntrykk av norske helsetjenester og helsepersonell. Foto: Ram Gupta, NAKMI

med legene. Det var særlig kompetansenivået deres som deltakerne uttalte seg negativt om.

– Hvorfor tror du de nevnte spesielt dette med de smilende og vennlige sykepleierne?

– Fordi det var overraskende for dem. I Polen er det ikke så mange sykepleiere på sykehusene og det er mer formelle relasjoner mellom helsepersonell og pasienter, sier Czapka.

Informantene sa til henne at de følte seg mer som en likeverdig partner til helsepersonellet i Norge, sammenliknet med i Polen hvor de hadde mer en følelse av å bli behandlet ovenfra og ned.

KULTURKRASJ

Elżbieta Anna Czapka har selv bare gode erfaringer med sykepleierne hun møtte da hun var ny i Norge og ble alvorlig syk slik at hun måtte på legevakten. Hun er ikke like fornøyd med fastlegen sin.

– Mitt møte med det norske helsevesenet var en kulturkrasj. Jeg forsto ikke hvordan systemet virket. Jeg fikk et brev i posten

fra HELFO som forklarte fastlegeordningen. Men det var på norsk og var ikke sendt rekommandert, så jeg trodde ikke det var viktig, og kastet det. I Polen er alle viktige brev fra det offentlige rekommandert, slik at vi må bekrefte at vi har mottatt dem.

HOVEDFUNN

De problemene som oftest ble nevnt av informantene i studien, var språkproblemer og manglende kunnskap om hvordan man navigerer i det norske helsevesenet. Å ha et polsk sosialt nettverk, møte vennlig helsepersonell og få inntrykk av at alle pasienter blir behandlet likt, var faktorer som forenklet tilgangen til, og bruken av helsetjenester.

Czapka ser nå nærmere på bruk av tolk, slik det ble fortalt fra informantene i studien. Det blir en ny artikkel om det, antakelig til neste år.

Artikkelen «Where to find those doctors?» er publisert i BMC Health Services Research i september i år. ● eivor.hofstad@sykepleien.no

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

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



Wima® produkter

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

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



Danske sykepleiere «chippes»

• Tekst **Ann-Mari Gregersen**

SKEPTISK: Elektronisk lokalisering av ansatte ga færre forstyrrelser i pasientbehandlingen. Men Dansk Sygeplejeråd er skeptisk.

På akuttavdelingen ved sykehuset i Horsens fikk sykepleiere og leger i 2012 utlevert en tracker. Den ble klipset fast på arbeidsklærne, og sendte signaler tilbake til interaktive storskjermer til kontorene på avdelingen. På tavlene kom det til enhver tid opp hvor de ansatte befant seg, når de kom inn i rommet og hvilken pasient de var sammen med.

LOKALISERE PERSONALET

– Lokalisering er et medarbeiderverktøy som skal gjøre det lettere

for personalet å finne ressursene de trenger. I Midtjylland ble det bestemt at personalet kan lokaliseres

«En føler seg overvåket, og systemet kan raskt oppleves som mistillit fra ledelsen.»

Grete Christensen,
Dansk Sygeplejeråd

på steder hvor det arbeides. Det ble også avtalt at historikken ikke skal lagres, sier konsulent Simon Nørregaard Jensen hos Danske Regioner ved Center for sundhetsteknologi, erhvervssamarbejde og regional utvikling i København.

Rommene som vises på de elektroniske tavlene er pasientrom, gang, skyllerom, utstyrsrom og pause-rom. Toaletter og dersom de går inn eller ut en dør, vises ikke.

De ansatte hadde dermed oversikt over hvor kollegaer var, slik at de kunne overveie om det var verdt å ringe eller oppsøke dem direkte.

GRUNNLEGGENDE SKEPSIS

Hos Dansk Sygeplejeråd er det

en grunnleggende skepsis til å bruke chip på medarbeidere på sykehus.

– Det er fornuftig å sette en chip på sykehusutstyr slik at en alltid raskt finner utstyr ved behov. Men det er veldig problematisk dersom en begynner å sette en chip på sykehusenes medarbeidere. For lokalisering med chip er en form for kontrollinstans, og det vil påvirke medarbeiderne i hverdagen. En føler seg overvåket, og systemet kan raskt oppleves som mistillit fra ledelsen, sier formann Grete Christensen i Dansk Sygeplejeråd (DSR). •

En lengre reportasje finnes på 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

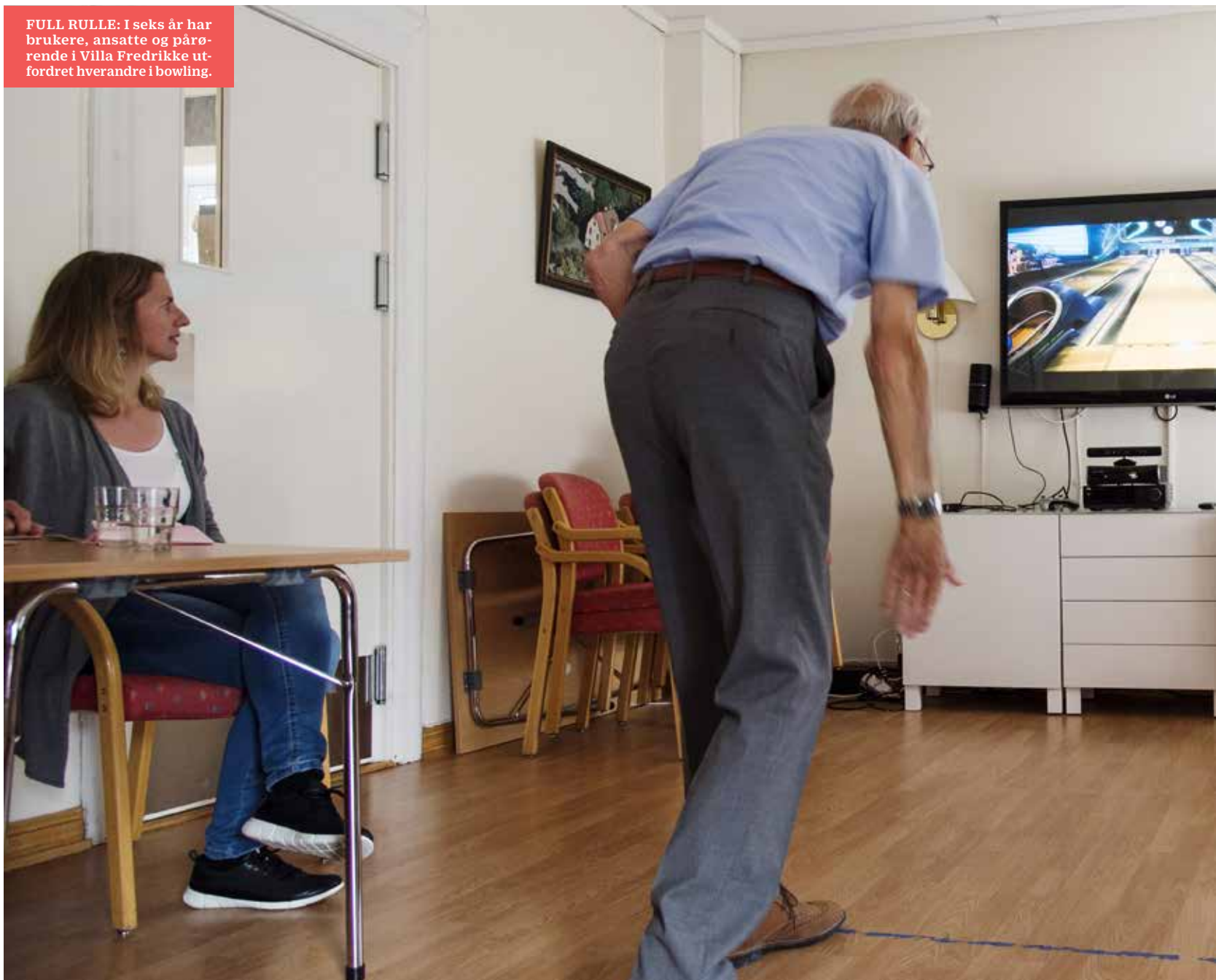


THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

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



FULL RULLE: I seks år har brukere, ansatte og pårørende i Villa Fredrikke utfordret hverandre i bowling.



Dataspill for helsas skyld

Det vanker sleivete kommentarer og latter under grå lugger
når det er tirsdag og bowlingdag i Drammen.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Erik M. Sundt**



En eldre mann beveger seg langsomt fremover i rommet og stanser ved en blå strek på gulvet.

Han løfter høyre hånd, myser og sikter konsentrert, før han vipper armen bakover og deretter slenger den målrettet frem i retning stor-skjermen på veggen.

«Strike!»

– Oi, oi, oi!

Jubelen fra en gråhåret tilskuergjeng står i taket.

– Tjuvtrener du her, eller?

SEKS ÅR MED BOWLING

Dataspill har for lengst inntatt helsesektoren. Spillene benyttes til alt fra å lindre smerte og rehabilitere slagpasienter, til simuleringstrening for ansatte som trenger å gjøre seg kjent med et nytt sykehus før bygget står ferdig.

I Villa Fredrikke er det bowling via Kinect for Xbox 360 som gjelder. Tirsdag formiddag er dagen da brukere, pårørende og ansatte utfordrer hverandre med rullende kuler på stor-skjerm. Aktivitetshus i Drammen er for personer med demens i tidlig fase og deres pårørende, og

tirsdagsbowlingen har holdt det gående i seks år.

De fremmøtte deles inn i lag og spiller i to runder, med kaffe og vafler mellom øktene.

– Både det fysiske og det sosiale ved dette tilbudet er viktig, sier Kari Merete Krogh.

Hun er sykepleier med videreutdanning innen demens og har jobbet på Villa Fredrikke i 3 ½ år.

– Vi ser at det blir et helt spesielt fellesskap mellom deltakerne, noe som strekker seg langt utover spillsituasjonen. De prater om dette, tøyser med hverandre, og vi merker at konkurranseinstinktet ikke kjenner noen aldersgrense.

«Rett i sikringsboksen!» Bruker på Villa Fredrikke

POKÉMOSJON

Tirsdagsbowlingen i Drammen har fra starten av vært knyttet til prosjektet Seniorgamer (se også faktaboks). Siden 2010 har prosjektet jobbet med å utvikle aktivitetstilbud for eldre i biblioteker og ulike institusjoner ved hjelp av dataspill og annen teknologi.

Erfaringen er, ifølge en rapport om prosjektet, at «dataspill ikke bare bidrar til økt fysisk og mental aktivitet, men også til å skape gode øyeblikk, gode møter og mye glede».

Påstander om at dataspill kan påvirke folks helse er ikke noe nytt, men det er de negative konsekvensene som har fått mest oppmerksomhet.

Voldsorienterte spill klandres for mye fælt, og googler du «dataspill + helse» domineres trefflisten av oppslag om spillavhengighet, asosial ungdom og livsstilssykdommer

Da Pokémon Go-manien var et faktum denne sommeren, ble derimot nettavisforsider fylt av titler som «Pokémon Go gir fysisk aktivitet» (NRK), mens helse- og omsorgsminister Bent Høie uttalte at farsotten hadde «gjort mer for folkehelsen enn jeg har klart på tre år» (ABC Nyheter). Andre mente fenomenet var mer skadelig enn sunt.

FOR ENKELT Å JUKSE

Stadig flere får øynene opp for at dataspill kan ha en positiv rolle å spille innen fremtidens helsetjenester.

– Vi merker en økende interesse på feltet fra både klinikere, dataingeniører og vitenskapelige publikasjoner, forteller Nina Skjæret Maroni ved NTNU i Trondheim.

Maroni er blant annet knyttet til forskningsprosjektet «Exergaming for active healthy ageing and rehabilitation»,





SOSIALT: Dataspilling bidrar til både kroppens og sinnets munterhet.



LAGINNSATS: Lagene spiller to omganger, det er kaffe og vafler i pausen.



«Vi ser på hvordan man kan bruke kraften i spill [...] til andre formål»

Simon McCallum, NTNU Gjøvik

SPILLEENTUSIAST: Simon McCallum utforsker helsegevinster av dataspill. Foto: Ingvald Bergsagel



som er en del av satsingsområdet NTNU Helse. 31. august i år disputerte hun for sin doktorgrad titulert «Exergaming for older adults».

– Vi har sett på hvordan ulike, kommersielt tilgjengelige spill fungerer; om de faktisk fremkaller de bevegelsene som er viktige for fallforebygging

og rehabilitering.

En konklusjon er at de tilgjengelige spillene kan bidra til økt fysisk aktivitet, men de er ikke så godt egnet for pasienter som trenger å gjøre spesifikke øvelser og bevegelser. Det er rett og slett for enkelt å jukse.

– Spillene må i større grad være tilpasset ulike

pasientgrupper, men vi ser at eldre, som er gruppen jeg har forsket på, uansett synes det er ganske morsomt å spille. Ikke minst setter de pris på den sosiale delen, forteller Maroni.

Hun er ikke i tvil om at spill kan ha et stort potensial innen helsefeltet.

– For det første kan spill få pasienter mer

motivert i et behandlingsopplegg, slik at de faktisk gjennomfører ønskete aktiviteter. De kan også bidra til å lette trykket på helsepersonell, for eksempel med oppfølging og aktivisering.

JOBBER HVER FOR SEG

Det er etter hvert mange som jobber med spill og helse-tematikk, men – ifølge Maroni og andre fagfolk – er det begrenset samarbeid mellom miljøene.

Dette er tross alt et felt som involverer alt fra helsevesenets mange aktører og IT-ekspertise, til den politiske sfære og store kommersielle eksperter – verdener med hvert sitt sett av språk, metodikk og målsettinger.

En som forsøker å få verdener til å møtes, er Simon McCallum, førsteamanuensis ved Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap på NTNU i Gjøvik. Der underviser han blant annet i spillutvikling og har engasjert seg spesielt i såkalte «serious games», deriblant helserelaterte spill. Han foreleser også for lokale sykepleiere om bruken av spill i helsesammenheng, og er norsk representant i det internasjonale nettverket Games for Health Europe.

– Vi ser på hvordan man kan bruke kraften i spill – motivasjonen, engasjementet og gleden folk får av å spille spill – til andre formål, forteller han.

Når det gjelder helse, ser vi for eksempel på om man kan hjelpe folk med autisme til å skape bedre sosiale forbindelser. Kan vi hjelpe folk med ADHD til å fokusere? Kan vi hjelpe folk under rehabilitering med å gjennomføre de 50 arm-løftene de må gjøre hver morgen for å bli bedre, og det slik at de faktisk selv ønsker å gjøre det, i stedet for å straffe dem eller kjefte?

Også spill som kan motivere til vektreduksjon eller forsinke kognitiv svikt for personer med demens, står på McCallums liste.

– Folk må ønske å spille disse spillene, det må være akseptabelt for dem å spille dem, og det må være spill som ikke raskt blir utdatert eller ubrukelige.

KOSTBART Å UTVIKLE NYTT

Det skorter ikke på ideer til helsefremmende spill. Ifølge McCallum er det derimot nok av andre ting som hindrer fortgang på feltet.

En stor utfordring er å få dokumentert at spillene faktisk fungerer og hjelper slik de skal.

– Vi sliter med å komme dit hvor en lege kan foreskrive bruk av et spesifikt spill til en pasient, og si at «du bør spille dette, fordi det vil kunne hjelpe deg med din tilstand», sier McCallum.

Han etterlyser flere solide, randomiserte, kontrollerte studier på feltet.

– Man må få testet spillene skikkelig – med ekte brukere – og så analysere effekten med den

Fakta

5 helsespill

FarmUp

Treningsspill for Kinect som skal hjelpe eldre med balanse, koordinasjon og bevegelighet. Utviklet i Tromsø av Norut og PlusPoint.
norut.no / pluspoint.no

Net Nurse Quiz

Spørrespill for sykepleiere som skal øke deres kunnskap om nevroendokrin kreft.
daman.dk/net-nurse-quiz/

Cool!

Spill som kombinerer virtual reality med biosensorer for smertelindring.
deepstreamvr.com/vr-pain-apps/

Armeo Spring

Mekanisk arm som forsterker pasientens egne bevegelser og brukes sammen med dataspill til rehabilitering av slagpasienter, ved hjerneskade eller nevrologiske lidelser som resulterer i redusert funksjon i hånd og arm.
akumed.no

Sykehussimulering

Spillbasert simuleringsverktøy som ble brukt for å gjøre ansatte kjent med det nye Sykehuset Østfold og utforske det gjennom en virtuell 3D-modell.
new.attensi.com



Sykepleien.no

Les mer:
om hva som skjer på
spillfronten på
sykepleien.no

kvalitetsstandarden som leger og sykepleiere trenger når de skal jobbe kunnskapsbasert.

Den andre store utfordringen, handler om penger.

– Det er det veldig dyrt å lage dataspill. Du kan riktignok lage et billig spill, men som da ikke blir særlig morsomt. Et som fungerer slik det skal, men som ingen gidder å spille. Alternativt kan du bruke massivt med penger og gamble på at spillet vil slå an, sier McCallum.

ØNSKER Å TILPASSE SPILLENE

Hvorfor behøver man i det hele tatt å utvikle egne spill når det er så mye tilgjengelig på det åpne kommersielle markedet?

Utallige produkter som kombinerer fysisk aktivitet med dataspilling har vært i salg siden tidlig på 1980-tallet, med Dance Dance Revolution

(1998) Wii Fit (2007) som de foreløpig største salgssuksessene.

McCallum minner om at det er forskjell på velværesfæren og den medisinske verden. Selv om kommersielle spill kan bidra til generell økt fysisk aktivitet, kommer de gjerne til kort når det er behov for mer individuelt tilpassete behandlingsopplegg.

– Det pågår forskningsprosjekter rundt om i Europa som ser på bruk av kommersielle spill for å fremme helse, forteller McCallum, og nevner exergaming-satsingen til NTNU og Ellen Brox' arbeid ved NORUT i Tromsø som eksempler.

«Både det fysiske og det sosiale ved dette tilbudet er viktig»

Kari Merete Krogh,
sykepleier

– Vi skulle gjerne sett mer dokumentasjon på effekten av slike spill, og her vil forhåpentlig forskningen bidra i tiden fremover.

Selv om det er mange utfordringer knyttet til spill i helsevesenet, velger McCallum å være optimist.

– Vi kommer uansett til å trenge nye løsninger i helsesektoren og kan ikke fortsette som før, påpeker han.

– Så selv om det er vanskelig, tror jeg det er nok godvilje og nok folk som vil at spill skal være del av løsningen. Vi må bare stå på – søke støtte, samle bevis, drive opplæring – så spill for helse på sikt blir mer vanlig og akseptert.

BOWLING ER BEST

Stemningen på Villa Fredrikke er uansett høy. Oppmuntrende og ertende kommentarer til konkurrentene florerer:

- Du må kaste hardere!
- Den ser fin ut ...
- Rett i sikringsboksen!
- Ja, no vart det spanandes.

Vibeke Helena Juel, som er hjelpepleier med videreutdanning innen rus og psykiatri, kan fortelle at tilbudet er svært populært blant brukerne:

– De kan oppleve svikt på andre områder i livet, og får da en slags mestringsfølelse ved å spille.

En rekke dataspill, deriblant fotball, elveraf-ting og boksing, har blitt testet ut, men det er utvilsomt bowling som har vist seg å passe målgruppen aller best.

– Dette er blitt en stor del av tilbudet vårt, så det kommer vi til å fortsette med. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

Tema.
Søvn og
demens

– Det smakte ikke godt. I am tired, sier Jack. **24**

– Pleierne tenker lite på pasientenes søvn. **31**

– Slik sover eldre og demente. **32**

Skal lage lysrom for demente. **33**

SMÅSOVER: Jack Haugland er tilbake i hjemlandet etter mange år i Texas, der han drev eget firma med skiltproduksjon. Da han begynte å streve med fjernkontrollen til tv-en, skjønte familien hvor det bar. Nå har han bodd på Domkirkehjemmet i fire år. Det blir flere blunder i løpet av dagen.



Sovner mange ganger i døgnet

Demente på sykehjem sover ikke så godt. Det er flere grunner til det. Smerte kan være en av dem. For lite dagslys en annen. Nå undersøker forskere hvordan Jack (88) og Bjørg (88) sover om natten. Og om dagen.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



– Å forklare dem at det er best å holde seg våken om dagen er ikke lett, sier hjelpepleier.

– Det smakte ikke godt. I am tired, sier Jack.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Klokken er snart ett. Jack Haugland sitter i stuen i sjuende etasje på Domkirkehemmet i Bergen.

– Har du spist middag?

– I don't know, svarer Jack, som er døpt Johannes, men som i voksen alder flyttet til Amerika.

Der har han bodd i 50 år. Men nå bor Jack på «Bryggen», en av sykehjemmets tre avdelinger for demente.

En dame sover i stolen med haken på brystet. Jack har ikke spist middag, for skramlingen fra kjøkkenkroken forteller at noe er på gang. Det er torskemåltidet som gjøres klar.

De store skyvedørene i glass mellom stue og spiseavdeling er åpne.

– Best å komme seg vekk, sier en liten dame som allerede har satt seg ved spisebordet.

– Jeg får ikke vite hvor jeg er en gang.

Men hun lar seg berolige av pleierne som sier hun er på rett sted.

CODE ØYNE

I stuen står tv-en på. Nyheten om at kongens tale om nordmenn er blitt veldig populær, gjør ikke inntrykk på noen her.

– Godt det er du som kommer. Du forstår meg, sier den lille damen til en afrikansk pleier.

– Du har så fine tenner. Kvitte og velstelte.

– Takk for det, sier pleieren.

Den lille fortsetter:

– Du har gode øyne, ikke sånne sinte. Du kan trygt smile med de fine tennene.

– Du er snill, sier den afrikanske mykt og går for å hjelpe Jack til bords.

Hun som sov, har våknet. En annen, som i stedet var våken, har sovnet.

SNUR DØGNET

En pleier begynner å servere ved spisebordene. Jack og en kvinne i rød jakke og med matchende neglelakk blunder ved spisebordet mens de venter på torsken.

Klokken er blitt kvart over ett, og nå er alle pasientene våkne. Jack får torsken sin. Han tar et godt grep om bestikket og vet hva det skal brukes til.

– Smakte det, Jack?

– Det var ikke godt. I am tired, sier han og skyver tallerkenen med halvspist middag inn på bordet.

Han vil reise seg, venter ikke på desserten. Finner stokken sin og går til godstolen på stuen. Om litt glir øynene igjen.

– De snur døgnet. Det er ikke lett å forklare dem at det er best å holde seg våken om dagen, sier en hjelpepleier som mater en av pasientene med most middag.

Det hender at aktivitetsavdelingen tar pasientene med ut, forteller hun.

«Shall I go with you?»

Jack Haugland, pasient

Fakta

Søvn

Søvn er svært viktig for en god helse. Alle mennesker og dyr trenger søvn. En natt med dårlig søvn, kan påvirke humør, konsentrasjon og yteevne neste dag.

Søvn har 5 stadier:

1: Overgangsfase mellom søvn og våkenhet.

2: Lett søvn, 50 prosent av total søvntid.

3 og 4: Dyp søvn. Den viktigste søvnen for å bli uthvilt og fungere bra neste dag. Mengden av dyp søvn reduseres gradvis med økende alder.

REM-søvn: Kjennetegnes blant annet av hurtige øyebegivelser (Rapid Eye Movements). Også kalt drømme-søvn.

Kilde: sovno.no

– De av dem som har glede av det, føyer hun til.

Jack har ikke lenger det. Nå dupper han i stolen, men våkner til hver gang noen beveger seg i rommet. Den lille damen har satt seg ved siden av ham.

– Er jeg på rett sted? Er det her jeg skal være? Jeg har en småpike å passe på, sier hun og peker på rullatoren som har en bylt klær i kurven.

Snart er det på tide å forlate Jack.

– Ha det bra, Jack, nå skal jeg gå, sier jeg.

– Shall I go with you, spør Jack, parat til å følge journalisten.



LANGTIDS: Jack Haugland har bodd på sykehjemmet siden 2012. Sykepleier Joanitha Kaluka hjelper ham gjerne. Foto: Marit Fonn

SYKEPLEIER FORSKER OM SØVN

Det forskes på Jack. Han er en av flere pasienter her på Domkirkehjemmet som er med i et forskningsprosjekt om søvn drevet av Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Sykepleier Kjersti Marie Blytt er en av forskerne. I sin doktorgrad skal hun blant annet undersøke om behandling av smerte kan bedre søvnen hos sykehjemspasienter med demens.

TREFFER BJØRG PÅ SYKEHJEMMET

Vi går tilbake til mai måned. Kjersti Blytt er på Domkirkehjemmet for å treffe Jacks medpasient Bjørg Enga (88). Hun deltar også i søvnstudien.

– Søvn på sykehjem er et forsømt tema. Målet vårt er bedre søvn for eldre og demente, og dermed bedre livskvalitet, sier Blytt.

I dag skal Bjørg få på seg en aktigraf, et ur som skal måle søvnen og aktivitetsrytmen hennes i to uker. Men først skal Blytt hente inn data om henne, via sykepleier Joanitha Kaluka. Hun skal være proxy, altså svare på vegne av pasienten, som ikke selv klarer å forklare seg.

– Er hun i form til å ta imot oss i dag? spør Blytt.

Kaluka, som kjenner henne godt, mener at Bjørg er i godt slag.

– Ingen medisinerendringer?

– Nei, sier Kaluka.

KLARER IKKE SI FRA OM SMERTER

Det er stadig pasienter som faller ut av studien av ulike grunner. De kan bli urolige av å ha klokken på seg, de kan bli satt på nye medisiner, de kan dø.

Ikke alle i studien har demensdiagnose.

– Vi kartlegger deres kognitive funksjon ved hjelp av verktøyet MMSE (minimal status evaluering) for å vurdere om pasienten skal inkluderes eller ikke.

Om lag halvparten av pasientene på sykehjem har diagnosen demens.

– Men nye studier indikerer at over 80 prosent er rammet, sier Blytt.

Over 20 prosent av demente er deprimert, og mange får antidepressiva. Det har også vært en sterk økning i smertelindring.

– Men det er usikkert om riktig pasient får riktig medisin til riktig tid. Dessuten får mange sovemedisin, men det har ikke effekt på eventuell smerte, forklarer Blytt.

– Mennesker med demens klarer ikke





FORSKNING: Kjersti Blytt og Joanitha Kaluka harmange spørsmål å gå gjennom.

➔ så lett å si fra om at de har smerter. Derfor kan det være krevende å oppdage om noen har vondt.

PASSER PÅ VESKEN

De to finner en stille krok på vaktrommet, og Blytt er klar med en bunke skjema, som handler om atferd, depresjon og livskvalitet.

De setter i gang. Forskeren spør:

– Har hun vrangforestillinger? Er hun redd for at noen skal stjele fra henne?

Sykepleier Kaluka forteller at Bjørg har en håndveske hun ikke har lyst til å legge fra seg. Og en gang da klærne var sendt på vask, trodde hun at noen hadde tatt dem. Men det er ikke et utpreget trekk ved Bjørg, mener Kaluka.

– Da er det trolig ikke vrangforestilling, fastslår Blytt og krysser av på riktig sted.

– Har hun hallusinasjoner? Syn? Hørsel?

– Nei.

– Aggressiv?

– Nei, men innimellom, i forbindelse med stell, kan hun si: «Nei, jeg vil ikke.»

ER IKKE EUFORISK

De går gjennom punkt for punkt. Kaluka opplever Bjørg verken som deprimert, engstelig eller euforisk. Heller ikke apatisk eller likegyldig. Hun mangler ikke hemninger, går ikke på gangen uten klær, sier ikke sårende ting til andre. Blir heller ikke lett irritert.

– Plukker hun, spør Blytt.

– Neeei ... men periodevis plukker hun seg opp på nesa.

– Har hun søvnvansker?

– Nei, hun sover godt.

«De over 90 blir lett trøtt.» Jonitha Kaluka, sykepleier

Og hvordan er appetitten? Med frokost i 11-tiden er det ikke rart den ikke er på topp når middagen serveres klokken ett.

– Dette var de nevropsykiatriske symptomene, sier Blytt og går over til agitasjon de siste to uker.

SPISER UTEN HJELP

Blytt får vite at Bjørg Enga verken vandrer eller klører, men det hender at hun banner. Hun forsøker ikke å putte hårbørsten i nøkkelhullet. Hun tar gjerne med seg ting på avdelingen, men Kaluka avkrefter at hun river ned gjenstander eller gjør seksuelle tilnærmelser, verken verbalt eller fysisk.

Neste skjema handler om funksjonsnivået i dagliglivet. Bjørg sier fra når hun skal på toalettet, men trenger gjerne en påminning. Hun går selv, og hun spiser uten hjelp, men må hjelpes med klærne.

De fastslår at hun gradvis mister funksjonene, og går over til temaet livskvalitet.



– Hmm, passer ikke helt, sier Kaluka, usikker på hvor hun skal krysse av.

Men jo, Bjørg smiler ofte, flere ganger daglig.

– Liker hun berøring? Kroppskontakt? Tar hun initiativ, spør Blytt.

– Hun liker å ta i hånden. Liker å være med andre, svarer Kaluka.



MYK: Ingen sak å løfte beina for Bjørg Enga. Kjersti Blytt og Joanitha Kaluka er imponert.

Har Bjørg vært munter den siste uken? Utstrålt tilfredshet?

Kaluka ler:

– Når hun får sjokolade, så er hun fornøyd. Hun er så glad i sjokolade.

Etter tre kvarter er de ferdig med å kartlegge Bjørg for denne gang.

SMERTESJEKK

Kaluka henter Bjørg fra stuen. Hun holder godt i håndvesken sin med begge hender. De går inn på rommet hennes.

Der forklarer Kjersti Blytt at hun vil undersøke henne og spør om Bjørg kan gjøre noen øvelser i sengen. Bjørg har ikke noe imot det og syns det

er greit at vesken kan stå på nattbordet så lenge.

Mens Blytt løfter på armer og bein, følger Kaluka med på Bjørgs ansiktsuttrykk for å vurdere smerte. Hun noterer det hun ser på et ark. Bjørg syns det gjør litt vondt når hun løfter armen. Men så, liggende på rygg, løfter hun begge beina rett opp, så lett som bare det.





AKTIGRAF: Det likner et ur, men er en aktigraf. Den skal mål Bjørgs bevegelser for å si noe om søvnmonstret.



STØTTER: Viktig å forske. Ellers blir det bare synsing, mener avdelingsoverlege Jostein Buanes.



SMERTELINDRING: Paracet eller placebo? Ingen vet. Dette er gullstandard-forskning.



– Du er jo kjempemyk, sier Kjersti Blytt.

– Jeg har tar turnet mye, sier Bjørg Enga.

MÅLER SØVN MED AKTIGRAF

Etter ti minutter med bøy og tøy skal hun få aktigrafen rundt håndleddet.

– Den skal måle søvnen din, forklarer Blytt.

Litt skeptisk lar Bjørg forskeren feste uret. Etterpå beundrer hun den nye «klokken». Hun syns den er riktig fin. Og fin er den, for den koster ti tusen kroner. Den skal hun ha på seg i to uker.

– Men blir hun urolig og fikler på den, tar vi den av, og målingen går ut av studien, sier Blytt.

Aktigrafen skal først registrere Bjørgs søvn en uke uten medisiner. Deretter får hun smerte- stillende – eller placebo. Så måles søvnen i en uke til.

Bjørg finner vesken sin og plukker opp tøy- hunden Doffen, som ligger på en brodert stol.

– Han er min beste venn, sier hun og klapper Doffen på hodet.

Bestevennen er oppkalt etter hunden til en av pleierne.

KAN GI ØKT STATUS

Kjersti Blytt, som har erfaring fra alderspsykiatrien, setter pris på den direkte kontakten med pasientene. Ikke alle forskere henter inn dataene selv.

– Er dere velkomne på avdelingene på sykehjemmene?

– Det er forskjellig. Noen er redd for hva det vil kreve av ressursene – med rette. Det er en svært vanskelig pasientgruppe. De bruker mange medisiner, og avdelingene er ikke veldig godt bemannet. Men det handler om å se verdien av forskning, som kan bidra til økt kunnskap og potensielt øke statusen for sykehjemsmedisin.

– DEPRIMERTE KAN VIRKE DEMENTE

Sykepleier Jonitha Kaluka synes det er kjekt å være med på studien, som kan føre til noe godt for beboerne.

«Doffen er min beste venn.» Bjørg Enga, pasient

– Men det kan være vanskelig å svare på spørsmålene, så jeg må tenke over om det stemmer.

– Har du lært noe?

– Det er en påminnelse. Jeg må tenke om jeg gjør de og de punktene i jobben min, nesten som en sjekkliste.

– Hva da?

– Det er lettere å oppdage symptomer. På depresjon, for eksempel. Hvor mye sover de egentlig, hvis de er tidlig våkne? Sover de for lite? Jeg må tenke: Hva er grunnen? Noen kan virke ganske dement, men så er de egentlig deprimeret.

– Noen er lett å holde våkne

Kaluka påpeker at det ikke er lett å få til god søvn for alle:

– Det er så individuelt. Noen er lett å holde våkne om dagen, andre ikke. De over 90 blir lett trøtte. Vi prøver å finne på aktiviteter, men så sier de: «Nå vil jeg sove.» Og noen som sover mye om dagen, kan også sove natten gjennom.

Men snur de døgnet, prøver personalet å finne tiltak:

– Særlig når det er fint vær tar vi ut et par av dem – når vi har anledning. Men





BESTEVENN: Doffen er oppkalt etter en av pleiernes hund.



for noen blir det mange inntrykk, og de blir forvirret når de kommer inn igjen. Da må vi roe dem ned, sier Jonitha Kaluka.

Kjersti Blytt går for å snakke med legen noen etasjer under. Lyset strømmer inn de store vinduene. For en gangs skyld skinner solen i regnbyen.

– I dag burde pasientene vært ute, kommenterer hun.

Men hun kjenner hverdagen for pleiepersonalet:

– Det er jo litt av en sjau å få dem ut.

KAN VÆRE PLACEBO

Avdelingsoverlege Jostein Buanes har ingen innvendinger mot at Bjørg Enga kan delta i forskningsstudien. Han kikker på dataskjermen:

– Hun er ikke spesielt medisineret. Veldig stabil.

Hun er jo svært dement. Ingen problemer med Paracet.

Legen skriver ut medisinen til henne.

– Vi kaller det Paracet selv om vi ikke vet om

det er det. Det kan jo være placebo, sier Blytt.

Men feltet er komplekst: Både depresjon og smerte er vanskelig å diagnostisere. Og depresjon kan skyldes smerte – og omvendt. Atferdsforstyrrelser kan framstå som demens, og vice versa.

– Det er omdiskutert, men antakelig har antidepressiver mindre effektivt på demente enn andre. Da er det uheldig at stadig flere får antidepressiver, særlig når vi vet at risikoen for fall, slag og død øker, sier Blytt.

– Noen ganger ser man effekt, men ofte er man

**«Antakelig har
antidepressiver
mindre effektivt på
demente enn andre.»**
Kjersti Blytt, forsker

usikker på hva det skyldes. Dette er vanskelig, og derfor er forskningen vanskelig, sier Buanes.

– Så vanskelig at man ikke burde forske om dette?

– Jo, selvfølgelig bør man det, jo viktigere er det. Ellers blir det bare synsing, sier sykehjemslegen.

FORLATER SITT SISTE HJEM

Tilbake på avdeling Bryggen overlater Blytt pillene som Bjørg Enga skal bruke til sykepleier Kaluka. Om de er ekte Paracet eller ikke, vet ingen av dem.

I juli brygger Bjørg Enga lårhalsen. Hun blir operert og må ha sterkere smertelindring. Dermed går hun ut av studien. Men de første målingene om henne kan fortsatt brukes. I august dør hun på sykehjemmet. Doffen får hun med seg når hun forlater sitt siste hjem.

Men Jack og åtte andre pasienter fra Domkirkehjemmet er fortsatt med. ●

marit.fonn@sykepleien.no



SNART MIDDAG:
Jack Haugland og
Bjørg Jacobsen blunder mens de venter på torskemiddagen.

– Pleierne tenker lite på pasientenes søvn

SØVNDATA: Pasientene vandrer om natten, men pleierne reflekterer lite over at det fører til dårlig søvn. Dette har Kjersti Blytt erfart som forsker på sykehjem.

Blytt har samlet inn søvndata om demente i nesten to år. Nå er innsamlingen ferdig. Den har krevd mer tid og krefter enn antatt.

– Det er vanskelig å inkludere sykehjemspasienter i forskning, sier Blytt, som tar doktorgrad i allmennmedisin om søvn på sykehjem.

– Vi har undersøkt 2 323 pasienter, og endt opp med 165 inkluderte. Hvilket heldigvis er nok for at studien kan gjennomføres.

Nå skal dataene analyseres. Resultatene vil bli klare i løpet av neste år. Men Blytt kan allerede fastslå at pasientene har en oppstykket søvn, kanskje mer enn hun hadde trodd. Og at pasientene får lite stimulering.

– Det de trenger er lys, aktivitet og samtale, påpeker hun.

OBSERVERER DEM VANDRE OM NATTEN

– Noe som har overrasket deg underveis?

– Pleierne reflekterer tilsynelatende lite over søvnen til pasientene og hvordan dette påvirker deres helse og fungerings- evne. De tenker lite over at søvnkvaliteten er redusert – selv om de

observerer at pasienten vandrer på gangen natten lang, går inn til andre pasienter, sovner i en stol forså å våkne like etterpå, sier Blytt.

– Blir man sittende på hele dagen, uten noe særlig stimulering, er det lett å sovne. Det blir vanskelig å bygge opp et søvnbehov. Dette er utfordrende for personalet. Det går ikke på vilje, men på ressurser.

– ER JO OPPE OM NATTEN

Som sykepleier forstår hun pleier- nes tidspress og pasientenes angst.

– Mitt poeng er å utvikle ny kunnskap om søvn og smerte og formidle dette til dem som arbeider med pasientene i det daglige. Pleierne må aktivt bruke smerteverktøy – også på sykehjem, påpeker Blytt.

Hun pleier å spørre pleierne: «Hva tenker du om pasientens søvn?» Hun får ofte til svar: «Nei, hun eller han har ikke søvnproblemer.»

– Men så begynner de å tenke: Hun er jo oppe om natten, hun er ute på kjøkkenet. Eller han sovner aldri i sengen, men ofte i stolen.

LANG VEI TIL MÅL

Blytt har kjørt 800 mil og intervjuet i 1 200 timer. Innsamlingen av data har hun delt med farmasøyt Ane Erdal, som forsker om depresjon.

– Dette er en randomisert kontrollert studie, som koster både tid og penger. Vi har vært i kontakt



TAR TID: – For å holde seg våkne om dagen trenger pasientene lys, aktivitet og samtale, sier Kjersti Blytt, sykepleier og forsker.

med over 50 sykehjem. Av hundre pasienter ved ett sykehjem, kan det være ti som blir med i studien.

Det har vært litt frafall underveis, blant annet på grunn av bivirkninger. Bruk av smertelindring er den del av studien, og særlig buprenorfin kan gjøre pasientene kvalme.

KAN BLI OPPSKAKET AV TESTEN

Det er mange etiske hensyn å ta som forsker. Man skal helst ikke påføre deltakerne ekstra plager.

– Å ta en kognitiv test kan gjøre pasienten oppskaket. «Jeg har visst blitt dum, jeg», kan noen si. Da er det viktig å huske på at mange er

«Blir man sittende på hele dagen, er det lett å sovne.» Kjersti Blytt, forsker

demente, og antallet er stigende. Ny forskning vil gi verdifull kunnskap.

Det antas at 70 000 har demens i Norge.

Blytt understreker at mange som yter omsorg til demente gjør en fantastisk jobb. – Det er krevende å stå i jobben i mange år. Særlig hvis du også er omsorgsgiver hjemme. ●

Fakta

Om søvnstudien

- Undersøkelse om smertebehandling har positiv effekt på søvn hos demente.
- 165 deltakere på 48 sykehjem – i Bergen og Hordaland, Ålesund, Stavanger, Sandnes, Oslo og Bærum.
- Deltakerne kartlegges om depresjon, livskvalitet, smerter, agitasjon og kognitiv status.
- Studien heter SLEEP/DEP/PAIN/DEM.
- Ulike målinger er gjort tre ganger i løpet av tre måneder.
- Bruker aktigraf som registrerer bevegelser så søvn og våkenhet skilles fra hverandre.
- Smertebehandlingen er paracetamol eller buprenorfin (smertepaster) – eller placebo.
- Deltakerne må ha under 20 i skår på MMSE for å bli med. MMSE kartlegger kognitiv status, med oppgaver som hoderegning, lesing og forståelse.

- Medisiner, diagnoser, blodprøver, blodtrykk, høyde og vekt registreres.
- Pårørende informeres og blir spurt om samtykke på vegne av pasienten til å delta.
- Lege uttaler seg om forventet levetid.
- Gir medisinen i studien bivirkninger, må pasienten ut av studien.
- Finansiert av Helse Vest og Norges forskningsråd.

Fakta

Gullstandard

- Den beste metoden for å finne ut om en bestemt type behandling virker er en randomisert kontrollert studie, også kalt gullstandard.
- Behandlingen man ønsker å vite mer om, blir sammenlignet med en kontrollbehandling, som kan være narremedisin (placebo).

Kilde: Norsk Helseinformatikk



Fakta



Søvn i et døgn på sykehjem



Gjennomsnittlig legges pasienter 19:40 og står opp 08:24.



De oppholder seg i sengen i nesten 13 timer, men sover i 9 timer og 20 minutter.



De er våkne i sengen 3 timer og 24 minutter.



På dagtid sover de i 3 timer og 19 minutter.

Dette er tall fra Norge.

Kilde: Fetveit & Bjorvatn, 2006



De sover 20 prosent av dagen.



22 innsovninger per dag.



Våken 33 minutter om gangen.



37 innsovninger om natten.

Dette er tall fra USA.

Kilde: Diane Jacobs 1989, Psychology and Aging

– Slik sover eldre og demente

VÅKNER LETT: – Eldre sover mer overflattisk. Sykepleiere bør vite hvor viktig dyp søvn er for pasientene, sier professor Bjørn Bjorvatn.

– Søvn blir lettere med årene. Det betyr mindre dyp søvn.

Bjorvatn er leder av Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer på Haukeland universitetssykehus og professor på institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen

– Søvn er derfor mer overflattisk, noe som forklarer at eldre har flere oppvåkninger, og de våkner lettere ved støy og forstyrrelser. Ved demens tenker vi at dette har blitt enda verre, sier Bjorvatn.

I tillegg er døgnrytmen framskyndet med årene:

– Det vil si at vi blir mer a-mennesker jo eldre vi blir.

SVÆRT FORSTYRRET DØGNRYTME

– Demente har ofte en svært forstyrret døgnrytme, hvor søvnen blir oppstykket med dagsøvnperioder og dårlig nattesøvn, sier Bjorvatn.

– Hvordan sørge for at de sover bedre?

– God døgnrytme og god søvnhygiene er viktig. Det vil si: Sørg for eksponering for dagslys, unngå dagsøvn, unngå koffein om kvelden

«Eldre har flere oppvåkninger.»

Bjørn Bjorvatn, professor

og så videre. Dette gjelder jo oss alle, sier Bjorvatn og anbefaler å lese søvnhygienerådene på sovno.no.

– Mange demente er innendørs og eksponert for svært lite lys hele dagen. Her er det mye å hente, tenker jeg.

BØR KUNNE RÅD FOR SØVNLIDELSER

– Hva bør sykepleiere som jobber med demente og eldre vite om søvn?

– De bør jo vite om søvnregulering og viktigheten av dyp søvn. De bør kjenne til behandlingsråd ved ulike søvnlidelser, slik at pasientene får korrekt behandling. Jeg mener at søvn er svært viktig for eldre, og ikke minst for demente, sier Bjorvatn. ●

marit.fonn@sykepleien.no

MER FØLSOMME: Eldre våkner lettere ved støy og forstyrrelser. – Ved demens tenker vi at dette har blitt enda verre, sier Bjørn Bjorvatn.



Skal lage lysrom for demente

LED-LYS: Psykolog Elisabeth Flo skal lage lysrom på sykehjem, så beboerne kan få lysterapi. Da vil de sove bedre.

– Led-teknologien gjør at det er betraktelig billigere å installere lysrom nå enn for noen år siden, opplyser Flo, som er førsteamanuensis ved institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

Hun tror det er undervurdert hvor mye lyset betyr for søvnen.

«Innelyset er for svakt og for gult.» Elisabeth Flo, psykolog

– Lys er den viktigste kilden for å justere døgnrytmen. Sykehjemsbeboerne får ofte altfor lite dagslys, og innelyset er for svakt og for gult.

SKAL GJENSKAPE DAGSLYSET

Å få demente til å sitte lenge nok ved en vanlig lyslampe, er krevende. Men lysrommene installeres i fellesrom der lampene plasseres i taket. Luxen er over tre ganger så høy som i vanlig innelys.

– Det kan ikke være altfor sterkt, for det må være behagelig både for dem som jobber der og bor der, sier Flo.

Lyslet skal likne det naturlige utelyset. Meningen er å gjenskape rytmen i dagslyset. Det vil si at dagen begynner med dempet og varm belysning. Så justeres det til kraftigere kaldt lys midt på dagen, før det blir dempet mot kvelden.

STARTER I VINTER

– Studier tyder på at lyseksponering har effekt på de eldres søvn, men det er vanskelig å få til en studie i stor skala med nok pasienter. På sykehjem er det ennå ikke like godt tilrettelagt for forskning som på sykehus.



LYS OG STØY: Eldre har lett for å våkne av lys og støy om natten. – Støykilder kan for eksempel være pleiepersonell og medikamenttraller, sier Elisabeth Flo.

Men Flo har begynt å lete etter sykehjem som skal delta:

– Vi tenker å sette i gang en pilot i vinter, sier hun.

BLIR I DÅRLIG HUMØR

– En vanlig myte er at vi trenger mindre søvn med alderen – slik at dårlig nattesøvn ikke er så farlig for eldre. Men mye tyder på at søvnbehovet ikke reduseres med alderen, sier Flo.

Søvnmangel kan forverre kognitiv funksjon og humør:

– Et karakteristisk trekk ved demenslidelse er agitasjon og forvirring om ettermiddag og kveld. Det knyttes også til døgnrytme-forstyrrelser, ofte kalt «sundowning».

marit.fonn@sykepleien.no

Fakta

Dette gir bedre søvn på sykehjem:

- Aktiv på dagtid, unngå søvn
- Opphold i sengen for å sove
- Mer lys om dagen, mindre om natten
- Unngå langvarig bruk av sove-medisin
- La pasienter være lenger oppe om kvelden, og server kveldsmat før de legger seg.



Fakta

Dette forverrer søvn på sykehjem:

- Sykdom og smerter
- Medikamenter
- Lys om natten, fra opplyste korridorer og bad
- Støy. Støykilder kan være pleiepersonell, maskiner, medikamenttraller, vakttelefoner og liknende

Kilde: Elisabeth Flo og Kompetansetjenester for søvn- og søvnproblemer





Redning fra oven

Når veien blir til gjørme i regntiden, kommer ikke livsviktige medisiner og blod og frem til feltskykehuset. Løsningen kan være frakt med droner. Teknologien testes nå i flere afrikanske land.



● Tekst **Anne Håskoll-Haugen**

Hva gjør leger når det er akutt behov for blod av typen AB, og det ikke er noe igjen på lageret? Før har helsesentre i små landsbyer i Rwanda bestilt over telefon og fått en bil til å kjøre det ut. Men når firhjulingen endelig kommer frem, kan det være for sent. Hvis den i det hele tatt kommer frem – det er ikke alle steder det finnes veier, og der de finnes, blir de til gjørme i regntiden. Men nå mener myndighetene i det lille landet øst i Afrika at de har funnet løsningen: droner.

HJELP FRA AMERIKA

Et samarbeid mellom Rwandas myndigheter og det amerikanske selskapet Zipline gjør at sykehus nå kan bestille droneslipp av medisiner og blod ved å sende en SMS. Minutter senere tar en drone av, seiler over himmelen i 100 kilometer i timen, før den skyter ut pakken som lander mykt foran helsesenteret ved hjelp av en liten fallskjerm. Utrolig? Prosjektet ble satt i gang i mai i år, og til

nå er 20 sykehus med i prøveprosjektet. Lanseringen skjedde i forbindelse med «World Economic Forum on Africa 2016» som ble avholdt i Rwanda.

MEDISINER INN, BLODPRØVER UT

Dronen kan frakte rundt 1.5 kilo. Det er i første omgang tenkt at den kan levere blod og medisiner til å behandle sykdommer som hiv, malaria, rabies og tuberkulose. For mange små sykehus er det en utfordring å oppbevare blod og medisiner, men nå kan de spesialbestille når det trengs. I landsbyer hvor det ikke finnes sykehus i det hele tatt, ser

«Minutter senere tar en drone av, seiler over himmelen i 100 kilometer i timen, før den skyter ut pakken.»

myndighetene for seg at folk kan ta blodprøver selv og sende dem med en drone til nærmeste laboratorium for å testes for hiv eller andre sykdommer.

Zipline skriver på nettsidene sine at firmaet har visjoner om å utvide virksomheten til hele det afrikanske kontinentet.

VERDENS FØRSTE DRONEFLYPLASS

Over to milliarder mennesker i verden har ikke tilgang på livsviktige medisiner. 2.9 millioner barn dør før de fyller fem hvert år, og 150 millioner gravide og fødende dør hvert år – mange på grunn av blodtap ved fødsel.

En drone kan ikke løse alt dette, men teknologien gir håp. I Rwanda, hvor størsteparten av befolkningen lever i avsidesliggende landsbyer, mange med liten eller ingen tilgang på offentlige tjenester, er det raskere å kjøpe en drone enn å bygge ut veinettet. Og i det lille landet, et av Afrikas aller minste, er verdens første drone-havn allerede planlagt. Det er det britiske selskapet Foster +Partners som



FALLSKJERM: Ved å sende SMS, tar dronen av i løpet av noen minutter og slipper etter kort tid medisinen ned med fallskjerm ved målet. Foto: Zipline

står for arbeidet. Som Zipline, har de store visjoner for fremtiden, og fantaserer om en dronehavn i alle afrikanske landsbyer innen 2030, ifølge en artikkel i The Economist 5. august i år.

Det internasjonale magasinet diskuterer hvilke muligheter droner kan spille i utviklingen av fattige land, og flere forretningsfolk sier at de nå gjør seg klare for at Afrikas "froskehopp" inn i fremtiden. Noen av de mest prominente teknologibedriftene i Silicon Valley i USA sier de har stor tro på at droner er fremtiden i fattige land.

TEKNOLOGI-OPTIMISTER

Teknologioptimismen kjenner vi igjen fra 1950- og 60- tallet da troen var sterk på at moderne landbruksmaskiner, båtmotorer og produksjonsteknologi skulle trylle fattige land rike. Også norsk bistand hadde overføring av teknologi som viktigste strategi da Norge startet bistandsarbeidet i sør på 1950- tallet. Fremskrittstroen var stor, men virkeligheten slo optimistene i hodet da det

viste seg at utvikling ikke alltid er så lett å kopiere fra ett kontinent til et annet.

NY HVERDAG

Kanskje er det annerledes denne gangen? Mobiltelefonene har allerede endret folks hverdag: Penger sendes via mobilen i land hvor banksystemet er dårlig utbygget, apper lærer folk å lese og skrive der det ikke er lærere. Under ebola-krisen ble mobilen et viktig verktøy for å informere folk om hvordan de skulle unngå smitte.

NOEN ADVARSLER

Mobilteknologien har også skapt lokale muligheter for å tjene penger; en haug av småforretninger som selger ringetid, reparerer telefoner og bønder som finner kunder til produktene sine. Det er ikke mange år siden mobiltelefoner var et uvanlig syn på den afrikanske landsbygda. Nå har nesten 50 prosent av befolkningen i Afrika sør for Sahara tilgang på en. Og som Rwanda håper droner skal

gjøre det mulig å hoppe over problemet med dårlige veier, gjorde mobilen det mulig å hoppe bukk over den dyre investeringen det er å trekke telefonkabler på kryss og tvers.

Likevel, The Economist advarer mot den voldsomme optimismen; for hvor mange som vil dra nytte av dronene i Rwanda, er det ingen som kan si. Vil det virkelig bli slik at droner flyr i skyttel mellom de store byene og grisgrendte strøk med blodprøver og medisiner?

Dronehavnen som bygges i Rwanda står ikke ferdig før om fire år. Og selv om droner er billigere enn å bygge vei, er det likevel en dyr affære. En drone koster rundt 7000 amerikanske dollar, i tillegg må det finnes kompetente folk som kan fly dem – og til å reparere når de går i stykker.

FROSKEHOPP OVER KLOAKKEN

Froskehopp har nemlig sine begrensninger: Droner kan transportere blod, men ikke leger og pasienter. Solcellepaneler





→ kan gi strøm til et lite hus, men ennå ikke skaffe nok strøm til storproduksjon. En lærings-app hjelper lite hvis du ikke noen kan lære deg hvordan du skal bruke den. Troen på teknologi henger sammen med en enorm tro på entreprenørskap; små oppfinnsomme enkeltindivider som finner en måte å overleve på ved småhandel og tjenester til lokalbefolkningen.

Troen om at små-entreprenørskap er en viktig vei ut av fattigdom, deler også vår egen regjering. Men, skriver The Economist, hvis du vandrer rundt i en afrikansk landsby, er det aldri mangelen på småforretninger som er problemet, dem finner du overalt. Det du ikke finner, er rent vann, leger og sykepleiere, lærere, skikkelige doer eller noen som tjener mer enn fem dollar dagen. I mange afrikanske landsbyer er det eneste froskehoppet du må gjøre over kloakken som renner åpent i gatene, det kan ikke en app fikse. Men likevel – blod og medisiner levert på 15 minutter til et lite feltsykehus, det kan man bli optimist av. ●

En versjon av denne artikkelen har tidligere vært publisert i Bistandsaktuelt.

SLIPP: Barn i Malawi ser forundret opp mot en drone som transporterer HIV-tester over store avstander. Foto: UNICEF/Khonje



Droner søker, finner og redder

NORGE: Hvor skal du begynne å lete når noen har gått seg vill eller ligger skadet i fjellet? Nå tar hjelpekorpsene i bruk droner med varmekameraer for å redde liv.

Mobiltelefonene ringer i lokallaget til Tromsø Røde Kors. Det er leteaksjon på gang, fire unge gutter har ikke kommet tilbake fra fjellturen som planlagt. Det er kaldt, kanskje mørkt eller de har blitt borte i et område hvor det har gått snøskred. Lete-laget pakker utstyret og planlegger søket. Men de siste fem årene har de hatt et nytt hjelpemiddel i kofferten; droner.

– Vi bruker droner for å få oversikt over et område. Det kan være et fantastisk hjelpemiddel for å bestemme hvor vi skal begynne å lete.

VARMESØKENDE KAMERA

Martin Hansen Skjelvareid er medlem i Tromsø Røde Kors og forteller at de sender opp droner med tre typer kameraer for å lete;

varmesøkende kameraer, et vanlig fargekamera og et med kraftig zoom. Lokallaget er pionerer i arbeidet, allerede i 2011 forsøkte de seg med kamera festet til et modellfly. Etter hvert har de blitt en liten gruppe som på eget initiativ har lært opp egne medlemmer i teknologien.

– Spesielt det varmesøkende kameraet har stort potensiale. Vi kan raskt fly over et mye større område enn vi kunne ha dekket på annen måte og se etter folk som er forsvunnet. Men det forutsetter at det er en varmemforskjell på personen og terrenget, altså vil ikke en person som allerede er helt nedkjølt gi utslag.

Han forteller at dronene ikke fungerer like godt til leting i vann eller etter mennesker som er begravet i snø. Direkte sollys og varmt vær gjør det også vanskeligere å oppdage varmekontrasten mellom mennesker og terreng. Søk i snøskred er spesielt utfordrende; det er nær umulig for et letemannskap å nå frem i tide hvis

noen ligger begravet under snøen. Men i tilfeller hvor den som er tatt av skred bare er delvis begravet, er dronene nyttige for å komme raskere frem. Med droner kan de raskt kan få oversikt over området, og at det er mulig å gjøre et grov-søk for å fastslå om det er folk i området. Hansen Skjelvareid forteller også at hvis turgåeren har skredsøker på kroppen, kan de feste en reseptor på dronen og fly over området til den gir utslag. Også i skog og fjell kan dronene spare mannskapet mye tid. Spesielt etter-som det er mulig å lete i mørket; det er ikke like lett med den tradisjonelle manngarden.

Og ikke bare er droner bra for den som har gått seg bort eller er skadet.

– Å drive med søk-og redningsarbeid er ikke ufarlig for letemannskapet. Med droner kan vi fly over områder for å vurdere om vi kan risikere å sende inn laget for å gjøre søk. Se for deg et område hvor det nylig har gått snøskred eller

vanskelige tilgjengelige områder i terrenget.

Og skulle ikke mannskapet klare å komme seg frem, gir dronene enda en mulighet:

– Vi har testet ut muligheten for å frakte mobiltelefoner, medisiner og annet førstehjelpsutstyr til folk som ligger skadet eller har gått seg bort i terrenget. Lastekapasiteten kommer an på dronen. Vår største drone kan løfte fem kilo, og det gjør det mulig å for eksempel fly inn aluminiumsfolie for å holde varmen, eller andre livsviktige hjelpemidler.

KAN IKKE ERSTATTE MANN-SKAPET

Likevel, droner kan ikke erstatte det vanlige søk-og redningsarbeidet.

– Droner er ikke noe vidundermiddel. Flytiden er begrenset til rundt 25 minutter, og de tåler ikke verken regn, vind eller snø spesielt godt. At en drone ikke fanger opp noe med kameraene sine, er ingen garanti for at det ikke er folk i

området, sier han.

Det viktigste er fortsatt godt trent mannskap. Bruken av droner i redningsaksjoner har ennå ikke gitt noe utslag. Men Hansen Skjelvareid er optimistisk for at de kan bli viktige. Grunnen til at de ennå ikke har reddet noen med drone-teknologien, er like mye at det fortsatt er så nytt for lagene, og antallet mannskaper som kan bruke dem er heller ikke så stort. Rundt ti personer er trent opp til nå. I tillegg kan det være vanskelig å fly dem i områder nær en flyplass eller i bolig-områder – den største dronen laget bruker er rundt en meter, og det kan få alvorlige konsekvenser hvis den skulle treffe noen.

Røde Kors er ikke alene om

dronene; både Norsk Folkehjelp, Luftambulansen og Redningsselskapet har tatt dem i bruk.

– Vi har holdt på en stund allerede og bruker droner i faktiske redningsaksjoner, ikke bare til trening. Selv om vi ikke har sett de store resultatene ennå, jeg kjenner ikke til noen redningsaksjoner hvor droner har vært avgjørende, så gjelder det å henge med. Teknologien utvikles så raskt nå.

FINNER DEMENTE OG PSYKISK SYKE

Jon Halvorsen er leder for redningstjenesten i Norsk Folkehjelp og forteller at det snart kan komme i bruk kameraer som gjenkjenner farger. En rosa jakke i en snøforn

eller i en grønn skog, vil da gi utslag.

Ordet er ikke bare friluttsfolk som går seg bort. Eldre, demente og psykisk syke, Halvorsen sier droner kan brukes til å finne dem og.

«Droner er ikke noe vidundermiddel.»

Martin Hansen, Skjelvareid, Tromsø Røde Kors

– Teknologien er veldig relevant for helsetjenesten. Tall viser at rundt 25 prosent av gamle som går seg bort, vil kunne finnes innenfor

en radius på 300 meter. Å få raskt overblikk med en drone kan gi gode resultater i søket. Det gjelder også søk etter psykisk syke eller personer som er savnet som man mistenker kan ha begått selvmord.

Han sier at selv om de store resultatene ikke er så tydelige ennå, tror han droner fremover vil bli en forlenget arm for alle som driver med søk- og redning. Helikoptre er en mangelvare, dyrt og kan ikke komme frem overalt. Prislappen på de billigste dronene er nede i noen tusenlapper – opp til 100 000 for de mer avanserte som brukes av de frivillige nå. Men, understreker Martin Hansen Skjelvareid fra Røde Kors Tromsø, en drone kan aldri erstatte et trent letemannskap. ●





 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@besaja
Når man ikke har sofa på jobb lager jeg min egen sofa.
Tar på med nattvakt etter dagvakt!



@markonordmann
3some!



@tuvatapettjes
Work (of) Art



@marenfuru
#ahus #orto



@berglindoskig
Just us and the TM hunk in the back #tirednurses



@danskemyre
#nattevakt #ortopeden



@jarwex
Fra kliniske praksisstudier i medisinsk fagområde ved
hematologisk avdeling, St.Olavs Hospital.



@murse_nor
Put your feet in the air like you just don't care, it's the weekend!



@linnholb
Navlestrengen var en meter lang: Hvis snora er over en
meter, en uskreven regel heter; jordmor må bake en kake,
så alle på vakt får smake.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 09 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



TURNUSARBEID: En undersøkelse har kartlagt hvordan sykepleieres helse utvikler seg over tid. Arkivfoto: Bo Mathisen

Påvirker ikke mens

Nattarbeid. Verken den psykiske helsen eller menstruasjonen påvirkes negativt, men BMI-en øker. **44**



Demens. Kan gi feilbehandling. **40**



«[...] stress kan skape et fysiologisk behov for mer energi og dermed økt inntak av sukker.»

Roger Ekeberg
Henriksen **54**



Holdninger. Ikke nok å være «flink». **52**



DEMENSLIDELSE KAN GI FEILBEHANDLING

Personer med demens som legges inn på akuten, risikerer at symptomer på sykdom blir tolket som en del av demensdiagnosen.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
40% praksis
60% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58563



Rita Jakobsen,
Lovisenberg
diakonale
høgskole

Det er ikke en vanlig dag på postoperativ avdeling. Tre nyopererte med lårhalsbrudd skulle vært greit å håndtere. Utfordringen er imidlertid knyttet til en av pasientene, som er svært urolig både motorisk og verbalt. Personalet er fortvilet, og en av dem sier: «Jeg synes det er forferdelig vanskelig med disse pasientene. De separerer utstyr og tar ikke inn informasjon. Vi får rett og slett ikke gjort jobben vår.»

PASSER IKKE INN

Personer med demens er særlig utsatt for forvirring (konfusjon) og delirium ved akuttinnleggelser i sykehus (1). Delirium (også kalt konfusjon) er en klinisk diagnose forårsaket av ulik påvirkning av hjernens funksjon. Diagnosen kjennetegnes ved forstyrrelse av bevissthet, oppmerksomhet, vurderingsevne, psykomotorisk atferd og søvnrytme. Forløpet er svingende og kan ha ulik alvorlighetsgrad.

Ofte registreres tegn på forvirring allerede i ambulansen. Postoperativt, for eksempel etter behandling av lårhalsbrudd, viser personene ikke sjelden symptomer på delirium (2). Mye tyder på at symptomene ikke alltid tolkes som tegn på delirium, men forstås som en del av demensdiagnosen.

Personalets utsagn i eksemplet

over gir grunn til å tenke i disse baner. «Personer med demens passer ikke inn.» En slik forståelse kan imidlertid ha en betydelig større og mer alvorlig konsekvens enn det man umiddelbart kanskje tenker; uroen kan være noe mer enn en tidlig konfusjon grunnet i demenslidelsen. Uroen kan være tegn på en deliriumtilstand og dermed være livstruende. Sykepleierens uttalelse tyder derfor på en forståelse av årsakssammenheng der pasientens liv i verste fall står på spill.

Hennes oppfatning av hva som er jobben hennes, kan selvsagt også problematiseres. Hun sier rett ut at slike pasienter gjør at man ikke får gjort jobben sin. Utsagnet kan forstås i lys av debatten om funksjonen til helseprofesjonene. En slik diskusjon er nødvendig fordi helsetjenesten i stadig større grad preges av standardisering og forhåndsdefinerte prosedyrer. Profesjonelt skjønn og situasjonsforståelse synes å være mindre viktig (3).

MANGLER KUNNSKAPER

Det er nettopp dette som er utfordringen i møte med personer med demens. Situasjonene er gjerne uforutsigbare. I fortellingen over står pasientens liv og verdighet på spill. Situasjonen fordrer dermed en kompetanse som går utover rutine rundt det å gi postoperativ sykepleie til en pasient som er operert

for lårhalsbrudd.

En konsekvens av demenslidelse er stor sårbarhet og avhengighet. Graden av avhengighet varierer i tråd med hvor i sykdomsutviklingen personen er. På de arenaene i helsetjenesten der det til daglig ikke behandles personer med demens, er det fare for manglende kunnskaper rundt demenssykdom.

En utfordring er at konsekvensene av demenssymptomene ikke er klart definert verken for pasienter, pårørende eller helsepersonell. Hva erfarer pasienten? Hvordan kommer konsekvensene til uttrykk? Hva skjer med en pasient når vurderingsevnen er redusert, evnen til abstrakt tenkning er truet, og vedkommende legges akutt inn på sykehus?

La oss gå tilbake til pasienten på oppvåkningen. Hvilke muligheter har sykepleieren til å forstå pasienten (2)? Hvordan klarer pasienten å uttrykke smerte, angst, fortvilelse og redsel når det er vanskelig å forstå hva som har skjedd og hvordan situasjonen er? Når evnen til å uttrykke seg språklig er redusert?

MØTENE ER AVGJØRENDE

Disse spørsmålene utfordrer helsepersonell både i sykehuset og kommunehelsetjenesten. Tjenestetilbudet er knyttet til kompetansen til den enkelte utøveren så vel som de institusjonelle betingelsene utøveren har for sitt arbeid. La meg

Fakta



Sammen- drag

Vi må spørre oss om personer med demens passer inn i norsk helsetjeneste, da både tjenestetilbud i kommune og sykehus fordrer at pasientene har betydelig tilpasnings- og mestringskapasitet.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på vår nettsider.

- Demens
- Demensomsorg
- Akuttmottak



MÅ BRUKE SKJØNN: Helsepersonell trenger kunnskap om symptomene og konsekvensene ved demenssykdom slik at de kan drøfte og håndtere de ulike situasjonene som oppstår. Illustrasjonsfoto: Colourbox

bevege meg langs to akser i resonnementet mitt: relasjonsaksen og systemaksen.

Til sjuende og sist skjer all helsehjelp i møtene – i relasjonene (3). Ifølge de etiske kodeksene i ulike yrkesgrupper og helsepersonelloven har den enkelte utøver ansvar for at møtet med pasienter og pårørende ivaretas på en etisk og faglig forsvarlig måte (4). Utfordringene ligger imidlertid i selve situasjonen, i selve møtet, og i hvordan utøveren vurderer og håndterer det som skjer. I situasjonene har den enkelte utøveren faglige og moralske valg. Hun har makt til å velge være- og handlemåte. Utøverens valg vil ha avgjørende betydning for hvordan situasjonen

opplevs av pasient og pårørende. Det er vesentlig å drøfte og problematisere bevisstheten rundt dette valget i sykehusene, uansett hvem som er pasientene. Det er her skjønnet kommer inn.

MÅ VURDERE SITUASJONEN

Utøverens valg er basert på den enkeltes evner, kunnskaper og erfaringer – det vi kaller den enkeltes personlige kompetanse. På sykehuset ligger noen spesielle forventninger til kompetanse knyttet til det spesialfeltet man tjenestegjør i. Det er vanskelig når pasientene som legges inn akutt, har en tilleggsdiagnose som er knyttet til demens. Kunnskapene om pre- og postoperative

vanskeligheter ved selve inngrepet hører til spesialiteten ortopedi. Kunnskaper om demens og demensens mulige konsekvenser for forløp

«Utøveren har makt til å velge være- og handlemåte.»

pet, derimot, er i og for seg knyttet til den enkelte pasienten. Når pasientens uttrykk viser seg gjennom motorisk og verbal uro, er det fare for at man definerer uttrykket som et symptom på demens i stedet for

å prøve å forstå hva pasienten forsøker å uttrykke.

Helsepersonell må så å si gjøre et faglig og etisk resonnement rundt de enkelte situasjonene vi snakker om her, eksempelvis postoperativ behandling av personer med demens. Har utøverne kompetanse til å gjøre disse resonnementene? Er rammefaktorene og forventningene i institusjonen i tråd med de potensielle utfordringene pasientgruppen representerer?

Det er rimelig å stille spørsmål ved sykehusets tjenestetilbud til disse pasientene. Den institusjonelle rammen synes ikke å invitere til et helhetlig tjenestetilbud. Krav til





effektivitet og produksjon forsterker situasjonen, som i dette tilfellet går ut over mennesker i særlig sårbare situasjoner: personer med demens.

FLERE MED DEMENS

Antall personer med demens er økende i takt med at det blir flere eldre. Det vil stadig være flere personer med demens som legges akutt inn i sykehusene. Disse pasientene må tilbys en etisk og faglig forsvarlig tjeneste. Dette fordrer at utøverne ved den aktuelle avdelingen kan så mye om symptomene og konsekvensene ved demenssykdom at de faktisk kan drøfte og håndtere de ulike situasjonene som oppstår på en faglig og verdig måte.

Skjønn er en vesentlig komponent i den profesjonelle sykepleierens personlige kompetanse. Skjønn har alltid stått sterkt i helseprofesjonenes yrkesutøvelse og kan rent teoretisk knyttes til situasjonsforståelse og dømmekraft (5). Basisen for skjønn er summen av den enkeltes personlige kompetanse, slik jeg har definert begrepet i denne teksten. Det ligger en forventning fra kollegaer og faggrupper om at utøveren utviser skjønn i den enkelte pasientsituasjonen.

For å kunne handle klokt i en situasjon, må vi forstå hva den dreier seg om. Vi må avveie og deretter handle. Tiden dette tar, avhenger selvsagt av situasjonens beskaffenhet. Noen ganger må man handle fort, mens man andre ganger kan gjøre noen resonnmenter før handlingen. Gjennom erfaringer utvikler man handlingsklokskap, der kunnskapen, skjønnet og dømmekraften til sammen kvalifiserer til å vurdere og håndtere situasjonen. Når pasientene «ikke passer inn», utfordrer dette utøvernes handlingsklokskap.

Tilbake til personer med demens som legges inn i sykehus for lårhalsbrudd. «De passer ikke inn.» Sykehusenes kvalitetssikringssystemer krever at kvaliteten kan måles. Hvordan tenker man å måle relasjonen mellom utøver og pasient i situasjonen? Pasienten befinner seg i spenningsfeltet mellom utøveren som ekspert og institusjonens kvalitetssikringssystemer. Det er

særdeles vanskelig å måle kvalitet i relasjoner, da målbarheten er betydelig begrenset. Den gode skjønnsmessige vurderingen er således avgjørende for at pasienten skal ivaretas i tjenesten.

13 MINUTTER PER PASIENT

Mitt andre resonnement er knyttet til det jeg velger å kalle systemaksen. Mye av det jeg hittil har drøftet, kan tolkes og forstås som selvfølgeligheter det er vanskelige å være uenig i. Hvorfor virker de da så vanskelig å håndtere? La meg bevege meg utenfor sykehuset og inn i primærhelsetjenesten, mer spesifikt hjemmetjenesten.

«Han begynte å miste evnen til å samtale og begynte å glemme for omtrent tre måneder siden. Det er vanskelig å huske helt elementære ting som å ta medisiner, hvor han finner mat, eller hvor kona Ruth er. Informasjon sitter dårlig. Det hjelper selvsagt ikke at han er dårlig til bens og så vidt behersker å gå ved hjelp av rullator. De klarer seg på et vis, han og Ruth. Døgnet går rundt, men utfordringene blir større for hver dag. Han er en kraftig kar. Hvis han faller, klarer ikke Ruth å hjelpe ham opp. Derfor har de trygghetsalarm. Han pleier av og til å legge både mobilen og alarmen fra seg på bordet når han går på toalettet. Flere ganger har Ruth kommet hjem og funnet ham på gulvet ved toalettet.

Så skjer det at Ruth under et enkelt inngrep på sykehuset får en svært alvorlig komplikasjon som fører til et langvarig sykehusopphold. Han må søke hjelp fra hjemmetjenesten. Etter et vurderingsbesøk får han vedtak om tilsyn tre ganger om dagen. Primært er innholdet i vedtaket det å hjelpe ham med å ta medisinerne samt spørre hvordan det går. Naboene registrerer at det kommer pleiere. Det er ikke krav til fagkompetanse. Etter hvert registrerer både naboer og barn at han blir tiltakende forvirret, og det er tydelig at evnen til å ta vare på seg selv, reduseres. De bestemmer seg for å følge med på hvem som kommer. I løpet av én måned er det 24 ulike personer som kommer. Tiden de er inne hos ham, varierer fra tre til

ti minutter. Aldri mer enn ti minutter. Vedtaket er på 13 ... De fleste tar ikke engang av seg skoene. Påføringen tar kontakt med hjemmetjenesten og beskriver situasjonen. Svaret er at han får den tjenesten han er lovet i vedtaket.»

TIDSPRESS ER TRUSSEL

Fortellingen er kjent for mange. Jeg vil gjerne problematisere denne historien sett fra et systemperspektiv. Når hjemmetjenesten refererer til at han har fått det han er lovet i vedtaket, har han da fått det han har behov for? Når pasientlisten med ti pasienter har vedtak med tidsbruk estimert helt nede i tre minutter, sier det seg selv at rom for bruk av skjønn er betydelig begrenset. Det er ikke sjelden at det er personer med demens i en tidlig fase som har vedtak der tidsbruken er estimert spesielt kort. I denne fortellingen var dette tilfelle. I en studie ved

Fafo (6) trekkes tidspresset og manglende fagkompetanse frem som en trussel mot kvalitet i tilbudet. Sykepleierne uttrykker at de til daglig opplever at de ikke har tilstrekkelig tid til pasientene. De er også bekymret over den

utstrakte bruken av ufaglærte.

Tidspress er et kjent fenomen i hele helsetjenesten, men kan nok tenkes å være særlig fremtredende i hjemmetjenesten, blant annet på grunn av forflytning mellom pasientene. Likevel er det betimelig å stille spørsmålet: Er tidspresset det egentlige problemet?

La oss se nærmere på hva dette tidspresset kan bunne i. Hjemmetjenesten opererer med en bestiller-utførermodell der vedtak om tjeneste skal reflektere behov og tjeneste. De ulike vedtakene kan forstås som formaliserte avtaler mellom bestiller- og utførerene. Bestiller-utførermodellen har ført til økt byråkratisering i helsetjenesten, blant annet fordi spesifisering av kvalitetskrav og vedtak fordrer forbedrete kontrollrutiner og mer skriftlig rapportering.

«Krav til effektivitet og produksjon går ut over personer med demens.»



TRENGER TRYGGHET

La oss gå tilbake til vår pasient, som har et vedtak om tilsyn som er tidsestimert til 13 minutter. Hva er utfordringen her? Som jeg skisserer innledningsvis, fører demenssykdom med seg en rekke symptomer og konsekvenser som utfordrer pasientens vurderingsevne og dermed også mestringskapasitet. Det er vanskelig for vår pasient å forstå hva som skjer når et fremmed menneske står med yttertøy og sko på inne i stuen og spør om han har tatt medisiner sine. Når pleieren sier at han kommer fra hjemmetjenesten, spør pasienten etter sin kone: «Hvor er Ruth? Har du sett Ruth?» Nei, han vet ikke. Han skal bare sjekke at pasienten har tatt medisiner sine. Pasienten må ha vurderings- og mestringssevne for å forstå at pleieren har det travelt og må gå til neste pasient. Om fire timer kommer en ny pleier.

Selbæk (7) understreker sammenhengen mellom konsekvensene av demenssykdom og organisering av tjenesten. Han hevder at pasienter som utvikler demens, mister grepet på romlige og tidsmessige forhold. Da er kontinuitet i hjelpetilbudet nødvendig. Det krever tid, gang på gang, å etablere den nødvendige tryggheten for at pasienten ikke skal bli overmannet av angst eller uro. De betimelige spørsmålene som da trenger seg på, er følgende: Hvorfor er ikke dette tatt hensyn til når pasienten får hjemmesykepleie? Hvordan tar man hensyn til konsekvenser av demenssykdom i vurdering av behov og vedtak om tiltak?

I denne fortellingen kan det se ut som om disse faglige vurderingene er fraværende. Det samme synes handlingsrommet for utøvelse av faglig og moralsk skjønn. Vår pasient blir tydelig mer forvirret i tråd med antall ulike pleiere som kommer innom.

ORGANISERT I ARBEIDSLAG

Det er etter hvert flere kommuner som har organisert egne arbeidslag i hjemmetjenesten spesielt egnet for å ta seg av pasienter med demenssykdom. Dette er et betydelig fremskritt fra det vår pasient erfarte. Et arbeidslag som kan forstå og

kommunisere med personer med demens, og som kan skape kontinuitet, gjør det mulig for en person med demens å erfare gjenkjenning og trygghet. Disse pasientene har krav på å nyte godt av helsetjenestene. Håpet er at kunnskaper om demenssykdom og mulige konsekvenser av denne sykdommen samt kontinuitet i tjenestetilbudet kan bidra til dette. En mulig utvikling er å utvide samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste, familie og sykehus i situasjoner der personer med demens legges inn akutt. For eksempel kan det tenkes at pleiere eller familie må sitte vakt i et postoperativt forløp, og at det er tilstrekkelige kunnskaper i kommunene til tidlig utskrivning og rehabilitering.

Utfordringene for personer med demens er store i møte med helsetjenesten, enten det er i sykehuset eller i primærhelsetjenesten. Det gjelder både i de enkelte møtene og i de ulike organisasjonene. Jeg har i denne teksten fulgt to akser i mine resonnementer: relasjonsaksen og systemaksen, vel vitende om sammenhenger mellom disse. Et godt helsetjenestetilbud til personer med demens fordrer at disse pasientene blir tatt på alvor med de konsekvensene demenssykdommen har, og som erfares av den enkelte. Det er et mål at også de skal «passe inn». ●

REFERANSER:

1. Referanser:
1. Jarvis C. Physical examination & health assessment. 6. utg. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders, 2012.
2. Vassbø T, Ellertsen G. Uro og uklarhet – sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. Nordisk tidsskrift for sykepleieforskning 2011;2129–42.
3. Jakobsen R. Nærvær når identitet er truet. (Doktoravhandling). Universitetet i Nordland: Profesjonshøgskolen, 2012.
4. Lovdata. Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999 nr. 64 [helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (Nedlastet 31.08.2016).
5. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. I: Molander A, Terum LI (red.). Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
6. Gautun H, Hermansen Å. Eldreomsorg under press. Fafo-rapport 2011:2.
7. Selbæk G. Demens – behov for et kvalitetsløft. Tidsskr Nor Laegeforening 2006;126:1892. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1401564>. (Nedlastet 07.09.2016).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

I grenselandet mellom elvene

● Tekst Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

FRYKT OG FORLØSNING: I en artikkel i siste utgave av faggruppebladet Jordmora (bildet) forteller psykiatrisk sykepleier og jordmor Mali Ebrahimi om sin tid som jordmor på oppdrag i Irak for Leger Uten Grenser.

– Da pasienten begynte å blø, dro fødselshjelpen bare enda hardere for å stoppe blødningen. I stedet brukte hun så mye kraft at et helt organ ble revet ut av kroppen. Skrikene fra pasienten var så intense at de bestemte seg for å ta henne til legevakten. Men der forsto de heller ikke hva som var galt, og ante ikke hva de skulle gjøre. De sendte henne videre med ambulanse til sykehuset. Fire timer etter fødselen ankom hun oss. Fire timer med ekstrem smerte, forblødning og regelrett tortur, skriver Ebrahimi

– Irak er det sterke kultur og tradisjon for å føde hjemme i stedet for på sykehus. Dette betyr at de fleste kommer til sykehuset som følge av fødselskomplikasjoner etter hjemmefødsel.

Jordmoren har vært på til sammen ti oppdrag for Leger Uten Grenser, og forteller at det var først i felten at hun lærte å leve i nuet.

Mali Ebrahimi er opprinnelig fra Iran og bodde der før hun bosatte seg i Norge i voksen alder.

Les hele artikkelen i Jordmora, som blir gitt ut av NSF's faggruppe for jordmødre i samarbeid med Sykepleien. ●



Skader skjer ofte i rus

En av tre pasienter som ble innlagt på akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus på grunn av skader, var påvirket av rusmidler på skadetidspunktet. Andelen som var påvirket, var særlig stor hos pasienter med voldsskader, og flere var påvirket i helger enn ellers i uken. Det viser en studie fra Folkehelseinstituttet.

Kilde: Fhi.no

Stressende mobbing

Både mobbere og mobbeofre møter stress og vanskelige situasjoner på samme måte, hevder forskere ved NTNU. Begge parter lar seg rive med av følelser og blir sinte, anspente, mister fatning og bebreider seg selv eller føler at det er noe galt med dem selv. Dette kommer frem i en studie av over to tusen norske ungdommer i alderen 12 til 15 år.

Kilde: Gemini.no



NATTARBEID PÅVIRKER IKKE MENSTRUASJONEN

Å arbeide på natten påvirker verken den psykiske helsen eller menstruasjonen negativt. Derimot finner vi en sammenheng mellom nattarbeid og økt BMI.

FORSKNINGSOPPSUMMERING:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58607

Siri Waage
Senterkoordinator, postdoktor, Universitetet i Bergen og Haukeland universitetssykehus

Eivunn Thun
Psykolog og forsker, Universitetet i Bergen

Iselin Reknes
PhD-kandidat, Universitetet i Bergen

Bente Elisabeth Moen
Lege og professor, Universitetet i Bergen

Nils Magerøy
Lege og enhetsleder, Haukeland universitetssykehus

Ståle Pallesen
Seniorforsker og professor, Universitetet i Bergen og Haukeland universitetssykehus

Bjorn Bjorvatn
Leder og professor, Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen

Spørreundersøkelsen om skiftarbeid, søvn og helse (SUSSH) blant sykepleiere i Norge har nå pågått årlig siden vinteren 2008/2009. I løpet av våren og sommeren 2016 ble spørreskjema nummer åtte sendt ut til om lag 2900 norske sykepleiere.

Vi ønsker at norske sykepleiere skal få kunnskap om resultatene fra undersøkelsen. I denne artikkelen gir vi derfor en kortfattet oppsummering av de artiklene som ble publisert i løpet av 2015, totalt sju artikler (3–9). Artiklene omhandler alt fra sykefravær til fysisk og psykisk helse, søvnforstyrrelser og reprodutiv helse.

OM UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen fokuserer hovedsakelig på søvn og helse samt arbeidsmiljøtemaer som mobbing og jobbtilfredshet. Også arbeidstid og sammenheng med reprodutiv helse (menstruasjonsyklus, graviditet og spontanabort) har vært viktige temaer. Hovedmålet er å se på hvordan sykepleieres helse utvikler seg over tid, spesielt relatert til ulike typer arbeidstid og turnusarbeid. I tillegg har vi tatt blodprøver for genanalyser av et underutvalg av sykepleierne, mens et annet underutvalg har fylt ut menstruasjonsdagbok.

Vi har også innhentet tillatelse til å kunne kople svar til ulike registre

som FD-Trygd (en forløpsdatabase der trygdestatus og trygdeforhold utgjør en stor del av dataene) og fødselsregistret. I en slik langvarig undersøkelse er det en stor styrke å kunne kople til slike registre og undersøke utvikling over tid basert på flere måletidspunkter.

Vinteren 2008/2009 sendte vi ut det første spørreskjemaet til 6000 sykepleiere i Norge. Fra runde nummer to, sendt ut i 2010, har SUSSH årlig sendt ut spørreskjemaer til alle som svarte på den første undersøkelsen, det vil si om lag 2900 norske sykepleiere. Undersøkelsen har i alle oppfølgingsrundene hatt en høy svarprosent, mellom 65 prosent og 80 prosent, noe som vi er svært fornøyde med. I 2015 gjennomførte vi runde nummer sju, med en svarprosent på 68 prosent. Spørreskjemaet som ble sendt ut i 2015, omhandlet hovedsakelig fysisk og psykisk helse, arbeidsmiljø og reproduksjon.

Spørreskjemaet varierer fra år til år. Mange spørsmål gjentas årlig, mens andre spørsmål gjentas noe sjeldnere. De fleste av spørsmålene er hentet fra standardiserte spørreskjemaer som gjør det mulig å sammenlikne resultatene med liknende studier fra andre land og andre populasjoner.

SKIFTARBEIDSTOLERANSE

Skiftarbeid kan føre til mange negative helsekonsekvenser. Noen

tåler imidlertid godt å jobbe skift eller turnus. Evnen til å tilpasse seg skift- og turnusarbeid uten de negative konsekvensene som ofte er forbundet med slik arbeidstid, omtales som «skiftarbeidstoleranse». Ulike personlighetstrekk, som blant annet det å være et morgenmenneske, være robust og fleksibel (ha evne til å arbeide og sove på varierende tidspunkt av døgnet), er faktorer knyttet til høy skiftarbeidstoleranse (1, 2).

Begrepet «skiftarbeidstoleranse» har imidlertid vært diskutert, både når det gjelder hvordan begrepet skal defineres, og ikke minst hvordan skiftarbeidstoleranse skal måles. Noe av kritikken har vært at begrepet ikke er bredt nok til å beskrive hvilke problemer skiftarbeidere opplever – at psykososiale og sosiale problemer ikke er inkludert i definisjonen.

For å bidra til en mer presis forståelse av dette begrepet, publiserte vi en artikkel i 2015 der målet var å identifisere ytterligere karakteristika ved individuelle forskjeller knyttet til skiftarbeidstoleranse (3). Resultatene viste at særlig to faktorer synes å være av betydning for skiftarbeidstoleranse. Den første er velvære, som var relatert til lav grad av søvnvansker og tretthet, og rapportering av god mental helse. Den andre faktoren er fysisk helse, der god fysisk helse var

Fakta ●●●●

Sammen- drag

Over flere år har den fysiske og psykiske helsen til sykepleiere som jobber turnus, blitt målt. Verken psykisk helse eller menstruasjonen påvirkes negativt, men mange sykepleiere som arbeider på natten, har høy BMI.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Skiftarbeid
- Turnus
- Menstruasjonsyklus
- Sykepleier
- Søvn

TURNUS: Årlig siden 2008/2009 har sykepleiere blitt spurt om skiftarbeid, søvn og helse. Illustrasjonsfoto: Colourbox

positivt relatert til skiftarbeidstoleranse. Artikkelen konkluderer med at en ny definisjon av skiftarbeidstoleranse bør inkludere et bredt spekter av helserelaterte variabler.

REPRODUKTIV HELSE

Det er rapportert at nattarbeid kan føre til menstruasjonssforstyrrelser, for eksempel i form av for korte eller for lange menstruasjonssykluser. Uregelmessig menstruasjon kan være en indikator på nedsatt fruktbarhet. Mekanismene bak endringer i menstruasjonssyklusen relatert til natt- eller turnusarbeid, er uklare. Hormonelle forstyrrelser på grunn av endringer i døgnrytmen kan være en mulig forklaring. Det har i tillegg blitt foreslått at søvnforstyrrelser, som insomni og lite søvn, kan være relatert til

endringer i menstruasjonssyklus.

I en studie fra SUSSEH som ble publisert i 2015, ble det undersøkt hvorvidt nattarbeid var assosiert til lengden og regelmessigheten av menstruasjonssyklusen. Vi undersøkte også om det var en sammenheng mellom det som beskrives som «skiftarbeidslidelse», og menstruasjonssyklus (4). Skiftarbeidslidelse er definert som det å ha søvnproblemer og uttalt tretthet knyttet til arbeidstidsordninger der man arbeider på tidspunkter man normalt ville ha sovet.

Vi undersøkte 766 kvinnelige sykepleiere fra SUSSEH som var yngre enn 50 år, ikke gravide, ikke brukte hormonpiller eller spiral, og som ikke hadde nådd overgangsalder. Disse sykepleierne svarte på spørsmål om nattarbeid og menstruasjonssyklus.

«Hovedmålet er å se på hvordan sykepleieres helse utvikler seg over tid.»

15 prosent rapporterte å ha uregelmessige menstruasjoner, og 39 prosent fylte kriteriene for skiftarbeidslidelse. Vi fant ingen sammenheng mellom nattarbeid og uregelmessige menstruasjoner blant disse sykepleierne. Vi fant heller ingen sammenheng mellom sykluslengden eller varighet av blødningsperioden og nattarbeid, og heller ikke noen sammenheng mellom skiftarbeidslidelse og menstruasjonssyklus. At vi ikke

fant slike sammenhenger, kan muligens forklares med at våre sykepleiere har bedre turnusordninger og arbeidsforhold enn dem som er beskrevet i andre studier.

FYSISK HELSE

Skiftarbeid, og da spesielt nattarbeid, er assosiert med flere negative helseeffekter når vi sammenligner med dagarbeidere. Det er også rapportert økt forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer som for eksempel røyking og vektøkning blant skiftarbeidere og nattarbeidere, som igjen kan føre til økt risiko for kardiovaskulær sykdom. Vi brukte data fra første runde i SUSSEH, som inkluderte i overkant av 2000 sykepleiere (5). Ulike demografiske faktorer og livsstilsfaktorer som



kroppsmasseindeks (BMI), røyk- og alkoholvaner, koffeinbruk og fysisk aktivitet ble undersøkt opp mot antall netter de arbeidet i løpet av det siste året. Vi fant en signifikant positiv sammenheng mellom nattarbeid og høy BMI og fedme. Vi vet ikke om dette skyldes nattarbeidet i seg selv eller uheldig kosthold og lite mosjon. Arbeidstakere med høy andel av nattarbeid kan dermed ha behov for tett oppfølging og hyppige helse sjekker på grunn av økt risiko for slike uønskete helseeffekter.

PSYKISK HELSE

Skiftarbeid er også rapportert å ha en negativ effekt på psykisk helse, slik som for eksempel angst og depresjon. Vi gjennomførte derfor en studie hvor målet var å belyse potensielle effekter av både skiftordninger og arbeidsmiljø på ulike psykiske plager (6). I alt 1582 sykepleiere som svarte på de to første rundene

«Søvnforstyrrelser er blant de hyppigst rapporterte plagene.»

i SUSSH, var med i disse analysene. Resultatene viste at det ikke var noen sammenheng mellom dagarbeid, nattarbeid eller roterende turnusarbeid og angst eller depresjon.

Vi fant at noen arbeidsmiljøfaktorer, som for eksempel ledelse og støtte fra kollegaer, syntes å spille en rolle for rapportering av angst. Opplevelse av jobbkrav syntes imidlertid å spille en rolle for symptomer på depresjon ved ett års oppfølging. Oppsummert fant vi altså ikke noen negative psykiske helseeffekter av å jobbe natt- eller turnusarbeid. Siden det sannsynligvis tar litt tid før arbeidsforhold påvirker helsen, kan undersøkelser med lengre tidsspenn og med flere måletidspunkter gi ytterligere kunnskap om mulige sammenhenger mellom arbeidsmiljøfaktorer og psykiske plager.

SYKEFRAVÆR

Selvrapportert helse er forbundet med sykefravær. I 2015 undersøkte

vi om et enkelt spørsmål om selvrapportert helse var like sterkt forbundet med fremtidig sykefravær som et standardisert flerleddet spørreskjema (SF-12) på selvrapportert helse (7). Vi brukte data fra to runder i SUSSH, og analysene inkluderte til sammen 1253 sykepleiere. Funnene viste at det flerleddede spørreskjemaet predikerte høytt sykefravær mer nøyaktig enn enkeltspørsmålet om selvrapportert helse. I tillegg predikerte det flerleddede skjemaet et sykefravær som var mer stabilt over tid. Konklusjonen er likevel at et enkelt spørsmål om selvrapportert helse kan være godt nok som mål for å identifisere hvorvidt ansatte har høy risiko for fremtidig sykefravær.

Langtidssykmelding har vært brukt som et mål på helsetilstand og funksjonsnivå, og det finnes flere validerte spørreskjemaer for å måle fysisk, mental og sosial helse. Vi undersøkte om en kortversjon av SF-12, et mye brukt spørreskjema om helse, kan predikere langtidssykefravær som skyldes psykiske helseplager, muskelskjelettplager eller andre somatiske plager (8). Vi brukte data fra to års oppfølging fra SUSSH i analysene, og resultatene viste at ulike dimensjoner i SF-12 kan brukes til å forutsi langtidssykefravær relatert til mentale plager, muskelskjelettplager eller andre somatiske plager. Større studier på ulike populasjoner er likevel nødvendig for å undersøke om et slikt spørreskjema kan brukes for å kunne screene for risiko for fremtidig langtidssykefravær blant arbeidstakere.

SØVN SYKDOMMER

Søvn har vært et viktig tema i SUSSH, da søvnforstyrrelser er blant de hyppigst rapporterte plagene relatert til det å jobbe utenom ordinær dagtid, og da spesielt for nattarbeid. En av de seks hoveddiagnosegruppene innen søvn sykdommer er parasomnier, som er en samlebetegnelse på uønskete motoriske fenomener eller opplevelser som skjer under innsøvn, i løpet av søvnperioden eller i forbindelse med oppvåkning fra søvn.

REFERANSER:

1. Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Harvey A, Costa G, Pallesen S. Personality factors predicting changes in shift work tolerance: A longitudinal study among nurses working rotating shifts. *Work and Stress* 2012;26(2):143–60.
2. Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Åkerstedt T, Pallesen S. Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *Journal of Advanced Nursing* 2013;69(5):1136–46.
3. Saksvik-Lehouillier I, Pallesen S, Bjorvatn B, Magerøy N, Folkard S. Towards more comprehensive definition of shift work tolerance. *Industrial Health* 2015;53(1):69–77.
4. Moen BE, Baste V, Morken T, Alsaker K, Pallesen S, Bjorvatn B. Menstrual characteristics and night work among nurses. *Industrial Health* 2015;53(4):354–60.
5. Buchvold H, Pallesen S, Øyane N, Bjorvatn B. Night work among nurses. Effects on BMI, alcohol consumption, smoking, caffeine consumption, and exercise habits. A cross sectional study. *BMC Public Health* 2015;15:1112.
6. Berthelsen M, Pallesen S, Magerøy N, Tyssen R, Bjorvatn B, Moen BE, Knardahl S. Effects of psychological and social factors in shiftwork on symptoms of anxiety and depression in nurses – A 1-year follow-up. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2015;57(10):1127–37.
7. Roelen CAM, Heymans MW, Twisk JWR, Laaksonen M, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Bjorvatn B. Health measures in prediction models for high sickness absence: single item self-rated health versus multi-item SF-12. *European Journal of Public Health* 2015;25:668–72.
8. Roelen CAM, Heymans MW, Thun E, Reknes I, Laaksonen M, Magerøy N, Twisk JWR, Bjorvatn B, Pallesen S, Moen BE. Predictive value of the SF-12 for sickness absence due to mental, musculoskeletal, and other somatic sickness disorders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2015;57(10):1113–8.
9. Bjorvatn B, Magerøy N, Moen BE, Pallesen S, Waage S. Parasomnias are more frequent in shift workers than in day workers. *Chronobiology International* 2015;32(10):1352–8.

Det er vanlig å dele parasomniene inn i tre hovedgrupper:

- forstyrrelser knyttet til den dype søvnen, slik som forvirringsoppvåkning, nattskrekkanfall og det å gå i søvne
- forstyrrelser knyttet til Rapid Eye Movement (REM)-søvn, slik som mareritt
- andre parasomnier som ikke er knyttet til spesielle søvnstadier

Vi undersøkte forekomsten av parasomnier blant i overkant av 2000 sykepleiere som svarte i første og fjerde runde (9). Resultatene viste at de sykepleierne som jobbet to-skift (dag og kveld) og sykepleierne som jobbet tre-skift (dag, kveld og natt), hadde økt risiko for forvirringsoppvåkning sammenliknet med sykepleiere som bare arbeider på dagtid. Sykepleiere som arbeidet to- og tre-skiftturnus, hadde også økt risiko for mareritt. Grunnen kan være døgnrytmeforskyvning og søvnmangel forårsaket av slike skiftordninger. De andre parasomniene var ikke assosiert med arbeidstid, og nattarbeid alene var ikke forbundet med økt forekomst av parasomnier.

VEIEN VIDERE

Det har stor nytteverdi å kunne følge en gruppe arbeidstakere over lengre tid. Gjennom SUSSH får vi viktig informasjon om sykepleieres helse. Vi ser også hvordan helsen utvikler seg i sammenheng med arbeidstidsordninger, individuelle forskjeller og personlighetstrekk samt andre forhold ved arbeidsmiljøet. Det er viktig med kunnskap om hvilke typer helseproblemer sykepleierne opplever, og hva som kan beskytte mot slike problemer for å kunne iverksette tiltak som kommer både sykepleiere og samfunnet for øvrig til nytte.

Takk til sykepleierne som deltar i SUSSH. Takk også til NSF for støtte og økonomisk bidrag. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag:



Kan vi stole på urinstiks?

Bakgrunn: Urinveisinfeksjon er den vanligste bakterielle infeksjonstypen hos den eldre befolkningen. Det er mange tilfeller av overbehandling, blant annet på grunn av at differensialdiagnostikken mellom urinveisinfeksjon og asymptomatisk bakteriuri er vanskelig. Urinstiks er et hjelpemiddel som er mye brukt i klinikken for å diagnostisere urinveisinfeksjon hos eldre.

Hensikt: Å undersøke hvorvidt urinstiks er et pålitelig hjelpemiddel for å diagnostisere urinveisinfeksjon hos eldre pasienter i sykehjem og hjemmetjenester.

Metode: Systematisk litteraturgjennomgang av kvantitative primærstudier. Forfatterne gjennomførte systematiske søk i databasene Cinahl, PubMed, Cochrane og Embase i januar 2015.

Resultat: Fem av de seks inkluderte studiene viste at verken leukocytter eller nitritt eller en kombinasjon av de to var pålitelige for sensitivitet eller spesifisitet for klinisk bruk. En positiv urinstiks har stor sjanse for å være falsk positiv. Gjennomsnittet av den positive prediktive verdien fra studiene viser 61 prosent. En negativ urinstiks, derimot, ser ut til å være mer pålitelig, der den negative prediktive verdien viser i gjennomsnitt 83 prosent.

Konklusjon: Litteraturgjennomgangen viser at urinstiks ikke ser ut til å være et hensiktsmessig hjelpemiddel i diagnostiseringen av urinveisinfeksjon hos eldre, fordi den er lite pålitelig og ikke kan skille mellom en urinveisinfeksjon og asymptomatisk bakteriuri. Til tross for dette har vi tilsynelatende ikke noe annet hjelpemiddel som er bedre. Sykepleierne har vist seg å ha en viktig rolle i urinprøvetaking og oppstart av antibiotikabehandling ved urinveisinfeksjon hos eldre. Derfor er det viktig at de kjenner til begrensningene til urinstiks, indikasjoner for bruk av urinstiks, og hvordan man skal tolke en urinstiks.

Forfattere:

Stine Veronica Eriksen
og Pia Cecilie
Bing-Jonsson



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst

Bakgrunn: Helsemyndighetene forventer at avvik meldes. Likevel viser forskning at avvik underrapporteres, og det diskuteres hvorfor. Det er behov for kunnskap om faktorer som fremmer og hemmer avviksrapportering i helsetjenesten.

Hensikt: Studien tar sikte på å beskrive faktorer som påvirker jordmødres og psykiatriske sykepleieres varsling av avvik.

Metode: Studien har et kvantitativt design. Forfatterne samlet inn data ved å bruke et egenutfyllt spørreskjema. Utvalget består av jordmødre og psykiatriske sykepleiere (n = 133).

Resultat: De fleste kjente til prosedyrer for avvikshåndtering på egen arbeidsplass, men flere kjente til prosedyrer for varsling av kliniske feil enn for uetisk praksis. Den viktigste grunnen til å varsle var å hindre at pasienter skades. Før de varslet, vurderte mange også om varslingen kunne bli en belastning for dem selv eller en kollega.

Konklusjon: Tendensen var at jordmødre og psykiatriske sykepleiere prioriterte pasientens rettigheter høyt. Varsling av avvik utløste kompliserte vurderinger som ble påvirket av kulturelle og organisatoriske forhold.

Forfattere:

Ingeborg Ulvund,
Anne-Marie Mork Rokstad
og Solfrid Vatne



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





FÅR INNSIKT I HVERANDRES FAG

Medisin- og sykepleierstudenter har godt faglig utbytte av å samarbeide på tvers av profesjoner når de tar imot pasienter på barneavdelingens poliklinikk.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

60% praksis

40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58637



Nina Bohle Cheetham, Universitetslektor, bachelorutdanningen i sykepleie ved UiT Norges arktiske universitet

Spesialisthelsetjenesten er i endring, og liggetiden i norske sykehus blir kortere. Dette krever effektivitet og god planlegging. Leger og sykepleiere skal samarbeide over kortere tidsrom, noe som kan gi færre arenaer for samhandling. Samtidig skal pasientsikkerheten, yrkesetiske retningslinjer og den helhetlige omsorgen for den enkelte pasienten ivaretas. Det er derfor nødvendig med innsikt i pasientens liv, historie og sykehistorie (anamnese). I tillegg må helsepersonellet ha innsikt i hverandres roller, funksjon og arbeidsområder.

Samhandlingsreformen og Meld. St. 13 (2011–2012) «Utdanning for velferd. Samspill i praksis» har aktualisert behovet for et tverrprofesjonelt samarbeid, ikke minst på grunn av kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten (1, 2). Flere studier peker på utfordringer med tverrprofesjonelt samarbeid i utdanningsinstitusjonene (3–5). Samtidig viser noen studier at tverrprofesjonelt samarbeid i løpet av utdanningen gir økt forståelse for hverandres arbeidsområder og en opplevelse av å gi et bedre tilbud til pasienten (5–8).

TVERRPROFESJONELL LÆRING

UiT, Norges arktiske universitet, fokuserer på tverrprofesjonell læring (TPL), og medisinstudenter ved Det helsevitenskapelige fakultet

ved UiT mottok i 2015 «Den nasjonale fagprisen for fremragende undervisning». I begrunnelsen for prisen trekkes TPL frem som en av flere positive faktorer.

Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag (IHO) ved UiT planla et praksisrelatert pilotprosjekt på barneavdelingens poliklinikk i samarbeid med barneavdelingen ved Universitets-sykehuset Nord-Norge (UNN). Samarbeidet ble til på grunn av økt oppmerksomhet på TPL og et ønske om å utforske læringsmodellen på nye arenaer. Prosjektet ble gjennomført høsten 2015.

STUDENTER I PRAKSIS

Bachelorstudenter i sykepleie (heretter kalt sykepleierstudenter) har sin spesialisthelsetjenestep praksis på UNN (9). Noen studenter har sin medisinske praksis på barneavdelingen. I tillegg til praksis på sengepost har de deler av sin praksis på poliklinikken. Poliklinikken har også en dagenhet. Den gir et tilbud til pasienter som ikke trenger innleggelse, men som får behandling eller undersøkelser som tar lengre tid enn en kort poliklinisk konsultasjon, slik som medisinskurer og forberedelse til undersøkelser i narkose.

Studenter i medisin (heretter kalt medisinstudenter) på sjette året har også praksis på barneavdelingen (10). I løpet av denne praksisen

har disse studentene blant annet to konsultasjoner på barneavdelingens poliklinikk, der de tar imot og vurderer polikliniske pasienter som kommer til utredning eller undersøkelser.

Høsten 2015 sammenfalt praksisen til medisinstudentene med sykepleierstudentenes praksis. Dermed fikk de to studieretningene en mulighet til å samarbeide. Ved å gjennomføre en felles konsultasjon av polikliniske pasienter, samarbeidet studentene om inkomstsamtalen, undersøkelser, informasjon og veiledning. Slik kunne studentene få økt forståelse for hverandres arbeids- og ansvarsområder. I tillegg hadde de yrkesspesifikk fokusering. Pasientene slapp å gjenta opplysninger, og tidsutnyttelsen var bedre.

ETISKE VURDERINGER

Alle pasienter som innkalles til UNN, blir orientert om at de kan treffe på ulike typer studenter i løpet av konsultasjonen eller oppholdet. Begrunnelsen er at UNN er et universitets-sykehus med opplæringsansvar. De aktuelle pasientene ble, via innkalingsbrevet, orientert om at de ville bli mottatt både av medisinstudenter og sykepleierstudenter. De ble ikke spurt om å evaluere konsultasjonen. De fikk anledning til å reservere seg, noe ingen gjorde.

Prosjektet omfattet ti medisinstudenter og to sykepleierstudenter

Fakta

Sammen- drag

Medisin- og sykepleierstudenter i pasientkonsultasjon i barneavdelingen vurderte et tverrprofesjonelt samarbeid som positivt og ønsker å videreføre det. Samarbeidet ga studentene innsikt i hverandres profesjon. De fikk faglig utbytte og opplevde at de to profesjonene utfylte hverandre. Det er behov for god informasjon på forhånd for å klargjøre den enkeltes oppgaver i konsultasjonen. Det er også nødvendig å følge opp studentene med samtaler før og etter praksissamarbeidet.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på vår nettsider.

- Sykepleiestudent
- Medisinstudent
- Praksis
- Tverrfaglighet



BARNEAVDELING: Studentene arbeidet med hvert sitt fagfelt rundt pasienten, samtidig som de delte ansvaret. Illustrasjonsfoto: Colourbox

tilknyttet praksisfeltet på det aktuelle tidspunktet. De ansvarlige for prosjektet informerte studentene muntlig og skriftlig. De ble også informert om at de ville bli spurt om å evaluere prosjektet anonymt ved hjelp av en QuestBack-undersøkelse (11). Det var frivillig å svare. Ingen av studentene reserverte seg mot å delta.

PROSJEKTGJENNOMFØRING

Medisinstudentene hadde etter planen to selvstendige polikliniske konsultasjoner. En av disse ble gjennomført sammen med sykepleierstudent. Sykepleierstudentene deltok på henholdsvis fire og seks polikliniske konsultasjoner. En

sykepleier fra praksisfeltet (heretter kalt sykepleieveileder) var frikjøpt gjennom midler utlyst fra prosjektet "Fremtidsrettede læringsarenaer" ved UNN. Hun kunne derfor delta under planleggingen av konsultasjonene og i samtale med studentene før og etter hver konsultasjon.

Konsultasjonsdagen startet med at studentene fra begge yrkesretningene møtte i poliklinikken og orienterte seg om sin felles pasient. De leste henvisningen, diskuterte oppgavefordeling og gjennomføring av konsultasjonen sammen med sykepleieveilederen. Medisinstudentene gjennomførte anamnese og klinisk undersøkelse. Sykepleierstudentene supplerte med

sykepleieanamnese. Sammen vurderte studentene hvilke oppgaver som skulle følges opp og av hvem. Sykepleierstudentene gjennomførte aktuelle sykepleieoppgaver som

«Grensene mellom profesjonene ble utvasket.»

for eksempel allergiutredning, måling av høyde, vekt og temperatur, urinprøvetaking, utføring av lungefunksjonsprøver og forberedelser til blodprøvetaking.

Medisinstudentene fikk

veiledning av sin veileder (lege), som oftest med pasient og sykepleierstudent til stede. Sykepleierstudentene fikk veiledning av sykepleieveilederen ved behov. Avslutningsvis møttes studentene fra begge yrkesgruppene og sykepleieveilederen til en gjennomgang og evaluering.

EVALUERING AV PROSJEKTET

Gjennomføringen av prosjektet gikk som planlagt. Ti av tolv svarte på evalueringen. På spørsmålet om økt forståelse for den andre yrkesgruppens fokusområde svarte en av sykepleierstudentene positivt. Hun svarte på grunnlag av seks felles konsultasjoner. Halvparten av





medisinstudentene svarte positivt på samme spørsmål.

I en av svarbegrunnelse påpekte medisinstudenten at samtalen med sykepleierstudenten før og etter konsultasjonen ga vedkommende en større forståelse av hva sykepleie kan være, enn selve konsultasjonen. En medisinstudent hadde erfaring med at det var nyttig å følge en sykepleierstudent på sengepost. Studentene påpekte også at det var positivt å se at de la vekt på mye av det samme, samtidig som at de fokuserte ulikt i møte med pasienten.

KAN FREMME TRYGGHET

Sykepleierstudentene svarte positivt på spørsmålet om yrkesgruppene utfylte hverandre. En av medisinstudentene pekte på at det var betryggende å ha en felles dialog. Sykepleierstudentene svarte også positivt på faglig utbytte, blant annet fordi de fikk bedre innsikt i sykdomslære og undersøkelsesmetodikk.

Flere studenter evaluerte diskusjonene mellom studentene og veilederne som nyttige. Det samme gjaldt evalueringen i etterkant. Det var også nyttig at studentene som var sammen om en konsultasjon, vurderte hverandre og ga hverandre tilbakemelding på kommunikasjon og utføring av undersøkelser. En av medisinstudentene syntes hun fikk få tilbakemeldinger på pasientkonsultasjoner i løpet av studiet.

Det er behov for å forberede studentene på hvordan pasientbehandlingen blir organisert nå og i fremtiden. Kortere liggetid og såkalte pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten kan aktualisere økt bruk

av felles konsultasjoner (12). Utviklingen kan bety økt bruk av poliklinikk, noe som medfører et behov for å få utført flere oppgaver på kort tid.

ULIKT KUNNSKAPSNIVÅ

Sykepleierstudentene var på forhånd opptatt av at medisinstudentene i sitt sjette studieår hadde mer kunnskap enn dem selv. Ifølge Aase et al. mangler medisinstudentene og sykepleierstudenter en forståelse av hverandres kompetanse og kunnskaper (4). Da vi informerte studentene før prosjektstart, la vi vekt på at fagene er forskjellige, og at man i de ulike yrkesgruppene er dyktige på ulike områder. Fougner og Horntvedt fant at de ulike profesjonene stolte på hverandre og arbeidet med hver sine fagfelter rundt pasienten, samtidig som de delte ansvaret for å oppnå et tilfredsstillende behandlingsresultat (13).

Furunes og Brataas diskuterer tverrprofesjonelle studentpraksiser som en arena for å tilegne seg trygghet på roller og ansvar (14). De argumenterer for at ved å legge til rette for tverrprofesjonelle læringsarenaer, får sykepleierstudentene trene på og reflektere over samarbeid, noe som kan fremme trygghet i egen rolle. I løpet av prosjektperioden ble temaet om ulik kompetanse ikke problematisert ytterligere av sykepleierstudentene. Det kan tyde på at de var komfortable i sin sykepleierrolle.

SAMARBEIDET VAR GODT

På spørsmål om hvordan samarbeidet mellom profesjonene fungerte, var 20 prosent nøytrale, mens 80 prosent svarte at samarbeidet fungerte godt. En av

medisinstudentene svarte at det ikke var noe spesielt samarbeid, mens en av sykepleierstudentene syntes medisinstudentene var flinke til å inkludere dem. Den samme sykepleierstudenten fikk kommentar på at hun spurte pasienten om ting som medisinstudenten ikke hadde tenkt på. Der det var få sykepleieoppgaver, ble ikke samarbeidet så tydelig.

Flere av Helsedirektoratets retningslinjer fremhever at det er viktig med godt samarbeid mellom profesjonene for å få til et godt tilbud til pasienten (12). En av medisinstudentene etterlyste mer samarbeid i løpet av utdanningen.

Studier av tverrfaglig samarbeid peker på utfordringer som det å miste egen yrkesidentitet og det å ha uklare roller i pasientarbeidet (6). Det synes viktig å gi god informasjon på forhånd i tillegg til veiledning underveis for å klargjøre profesjonenes ulike roller i

pasientarbeidet. Det er grunn til å tro at en bevisstgjøring rundt dette vil være av betydning også når man er ferdig utdannet (14). Flere av stu-

dentene i vårt prosjekt opplevde at grensene mellom profesjonene ble utvisket og at innsikt i den andres profesjon var nyttig. Dette kan gi et bedre samarbeid rundt pasienten.

FELLES KONSULTASJON

Alle var positive til felles konsultasjon, blant annet fordi det var nyttig å øve på å jobbe sammen med den andre yrkesgruppen. Imidlertid ønsket de bedre informasjon i forberedelsene til prosjektet. Flere av medisinstudentene foreslo at opplegget burde videreutvikles og bli en del av utdanningen, og at det var ønskelig med flere møter mellom de to yrkesgruppene i løpet av utdanningen.

To av medisinstudentene etterlyste bedre informasjon om sykepleierens rolle i konsultasjonen. Det understreker betydningen av veiledning før og etter konsultasjonen. Slik utdanningene er lagt opp i dag, har studentene relativt liten erfaring med tverrprofesjonelt

«Alle var positive til felles konsultasjon.»

Tabell 1: Evaluering av gjennomføringen av prosjektet

Spørsmål	Uenig	Verken enig eller uenig	Delvis eller helt enig
Jeg har fått økt forståelse for den andre yrkesgruppens fokusområde		50 % (n5)	50 % (n5)
Jeg opplevde at våre to yrkesgrupper utfylte hverandre		40 % (n4)	60 % (n6)
Jeg hadde faglig utbytte av samarbeidet med den andre studenten	20 % (n2)	30 % (n3)	50 % (n5)



samarbeid. UiT jobber aktivt gjennom ulike prosjekter med å legge til rette for å øke dette samarbeidet (15).

Sykepleierstudentene var i sin første praksis i spesialisthelsetjenesten, noe som kan ha hatt betydning for hvor aktive de var i møtene med pasientene. Det er mulig at de ville vært tryggere i sin funksjon og rolle hvis prosjektet hadde blitt gjennomført i andre praksisperiode. Det er likevel positivt at halvparten av studentene som deltok, mente at de hadde fått større forståelse for den andre yrkesgruppens fokusområde.

KREVER GOD PLANLEGGING

Brobygging mellom profesjonene diskuteres av Aase et al. De argumenterer for at balanserte rolleridentiteter kan være viktige for å forme et godt tverrfaglig samarbeid (4). God planlegging og god informasjon på forhånd til begge studentgruppene kan bidra til å møte utfordringene med tverrfaglig samarbeid.

Det var også en utfordring at det var mangel på sykepleieoppgaver i enkelte av konsultasjonene. Et samarbeid krever noe å samarbeide om. Det er varierende behov for oppfølging av sykepleier under polikliniske pasientkonsultasjoner. På enkelte av konsultasjonene ble sykepleierstudenten mer en observatør av dialogen mellom pasienten og medisinstudenten enn en aktiv deltaker. Enkelte konsultasjoner er derfor mindre egnet for denne typen praksis.

For medisinstudentene gir bare en enkelt felles konsultasjon lite informasjon og kunnskap om den andres arbeid. Det er derfor ønskelig at det organiseres flere arenaer for tverrfaglige møter i løpet av studieforløpet. Dette ble også etterspurt av to av medisinstudentene.

VIDEREFØRER PROSJEKTET

Positive evalueringer gir inspirasjon til å videreføre prosjektet. Vi ønsker å prøve ut TPL i pasientmottak på barneavdelingens sengepost. Vi som er ansvarlige for organiseringen av dette, vil sørge for en tydeligere og bedre muntlig

informasjon på forhånd. Frikjøp av sykepleieveileder knyttet til prosjektet er nødvendig for god oppfølging underveis.

TPL kan bidra til at studentene er bedre forberedt til tverrfaglig samarbeid etter endt utdanning. Pasientforløpet kan bli mer effektivt, og forståelsen for hverandres arbeid blir større, noe som også kan bidra til bedre samarbeid rundt pasienten. ●

REFERANSER:

1. Meld. St. 48 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
3. Aase I, Aase K, Dieckmann P. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care* 2013;27(3):238–45.
4. Aase I, Hansen BS, Aase K. Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Medical Education* 2014;14(1):170.
5. Clark PG. Examining the interface between interprofessional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 2011;25(1):26–32.
6. Lidskog M, Löfmark A, Ahlström G. Students' learning experiences from interprofessional collaboration on a training ward in municipal care. *Learning in Health and Social Care* 2008;7(3):134–45.
7. Kristensen DV, Flo J, Fagerström L. Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som en del av den ordinære praksisperioden. En casestudie fra en akutt geriatrisk, slag- og rehabiliteringsavdeling. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2014;10(1):83–95.
8. Kalvenes M, Storlid H, Hjelle KM, Tuvén K. Tverrfaglig praksis gjev auka innsikt. *Sykepleien* 2016;(3):62–5. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/tverrprofesjonelt-samarbeid>. (Nedlastet 06.09.2016).
9. Fagplan, Bachelorutdanning i sykepleie. UiT, Norges arktiske universitet. Tromsø: 2012.
10. Studieplan, Profesjonsstudiet i medisn. UiT, Norges arktiske universitet. Tromsø: 2012. Tilgjengelig fra: https://uit.no/utdanning/program?p_document_id=274285 (Nedlastet 07.09.2016).
11. Questback 2014 [oppdatert 21.08.14]. <https://www.questback.com/no/> (Nedlastet 07.06.2016).
12. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer> (Nedlastet 28.01.2016).
13. Fougner M, Hornvedt T. Students' reflections on shadowing interprofessional teamwork: a Norwegian case study. *Journal of Interprofessional Care*. 2011;25(1):33–8.
14. Furunes KA, Brataas HV. Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studentpraksis som arena for tilegnelse av trygghet på rolle og ansvar. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2014;9(2):98–111.
15. UiT, Norges arktiske universitet. Helsefaglig profesjonsutdanning. 2016. Tilgjengelig fra: https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=345423 (Nedlastet 25.06.2016).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

Ungdom og søvn

● Tekst Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

FORSTYRRET RYTME: Mange ungdommer sliter med søvnproblemer og en vanlig årsak er forstyrret døgnrytme, skriver Bjørn Bjorvatn i en artikkel i *Tidsskrift for helsesøstre* (bildet). Bjorvatn leder Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). Han viser til en større undersøkelse som er gjort blant 16–19-åringer i Hordaland på søvn.

I undersøkelsen varierte tidspunktet ungdommene gikk til sengs med over to timer fra hverdager til helger, og tidspunktet ungdommene sto opp varierte med over fire timer.

Definisjonen på forsinket søvnfase var om ungdommene ikke sovnet før tidligst klokken to om natten, minst tre netter per uke og samtidig rapporterte om store eller veldig store problemer med å våkne om morgenen. Litt

over 8 prosent av ungdommene tilhørte gruppen med forsinket søvnfase, noe som var assosiert med dårligere karakterer på skolen, mer angst og depresjon, mer røyking og høyere skadelig alkoholforbruk.

Bjorvatn trekker også fram undersøkelser som viser at bruken av elektroniske medier er koplet til lang innsovningstid, kortere søvnengde, søvnunderskudd og søvnproblemer.

Les hele artikkelen i siste utgave av *Tidsskrift for helsesøstre*, som blir gitt ut i samarbeid med Sykepleien. ●



Stresset hjerne

I hjernen finner man hippocampus – en pølseformet struktur i tinninglappen – som i utgangspunktet er ansvarlig for å danne nye minner. Størrelsen på hippocampusen har vist seg å være avgjørende for hvor sårbar man er for stress, og da også angst og depresjon. Forskere fra Norges arktiske universitet og Universitetet i Umeå fant at de som har høyt stressnivå, også har mindre hippocampus enn dem med lavt stressnivå.

Kilde: UiT

Herpes bra for helsa?

Mus som er infisert med herpesvirus, tåler pestbakterier bedre. Med andre ord kan virus ha positive helseeffekter som vi tidligere ikke har sett. Gamma-herpesvirus i mus gjør dyra mer motstandsdyktige mot *Listeria* (kjent årsak til magetrøbbel), og mot *Yersinia pestis*, bedre kjent som Svartedauden. Men om herpesviruset kan ha positive effekter i mennesker, vites ennå ikke.

Kilde: Titan.no



Pedagogiske metoder bør vurderes for å gjøre etikkfaget relevant og utviklende.

Gode karakterer gir ikke alltid gode holdninger



Fakta

Terje Årsvoll Olsen

Medlem Rådet for sykepleietikk i NSF og koordinator/høyskolelektor ved Høgskolen i Bergen

Etikkens plass i sykepleierutdanningen kan synes selvsagt, men likevel kan det virke som om studentene ikke forstår betydningen av etikk som fag. Det kan skyldes læreres formidlingsevne, men også andre forhold påvirker. Utsagn som «I utgangspunktet er de jo både moralske og etisk bevisst når de har valgt å bli sykepleiere», er ikke så uvanlig å høre i utdanningen.

KRAFTIG DEBATT

Sykepleierstudent Cathrine Krøger ved HiOA satte i sving en kraftig debatt om innholdet i sykepleierutdanningen. Hun er også inne på liknende tanker når hun hevder at etikk er blant de fag det blir undervist for mye i.

Jeg trekker det antakelig langt ved å påstå at Krøger har sagt at etikk ikke er viktig. Jeg tenker at hun mener at andre fag er viktigere. Det er flere tanker å gjøre seg rundt det. Hvilken tilnærming skal vi ha til etikkfaget, og når skal faget introduseres? Dette er ikke etiske dilemma, men det er pedagogiske overveielser for å gjøre faget relevant og utviklende.

MÅ FENGE STUDENTENE

Hvordan sikrer vi at alle studentene kommer til timene når etikk står på planen, når enkelte egentlig synes vi heller burde ha mer undervisning i anatomi og fysiologi og medikamentregning og de derfor prioriterer å være hjemme eller på lesesalen? Hjelper det å gjøre faget obligatorisk? Da kommer de, men er de til stede?

«Man skal være litt av en entertainer for å fange alle disse med etisk filosofi og sykepleiens etiske grunnlag.»

På store utdanningsinstitusjoner kan det være 80–200 studenter på forelesningen. Man skal være litt av en entertainer for å fange alle disse med etisk filosofi og sykepleiens etiske grunnlag. Etikk, etikette og estetikk bør selvsagt gjennomsyre all undervisning innen sykepleiens ulike aspekt.

Det er en utfordring i dag at ressursene til undervisning blir mindre og mindre. Samtidig utfordres vi til å finne og ta i bruk nye læringsformer. Professor i sosiologi ved NTNU, Arne Krokan, vil forby forelesninger ifølge en artikkel på khrono.no. Han vil digitalisere det hele. Team-based-learning er en ny trend der forelesningen foregår på nett og debatten i klasserommet. Men hvordan kan vi skape debatt når studentene mener de allerede har høy etisk standard og de sitter foran PC-en eller lesebrettet?

Sykepleierutdanningen er i dag plassert i laveste kategori hva finansiering angår. Dette får konsekvenser for en-til-en oppfølging av studentene. I store grupper har etikken dessverre lett for å bli et spørsmål om «oss» og «de andre». «Vi er flinke og etiske i vårt sinnelag. Det er ingen i vår klasse som ikke handler rett. Jeg vil aldri jobbe på et slikt sted som ikke setter pasienten først.» Likevel er det slik at det er helsepersonellets oppførsel pasientene klager mest på.

DAGLIGE KRENKELSER

Ifølge Norsk pasientforening skjer krenkelser daglig i norsk helsetesen. Jeg vet at det er mange årsaker som kan forklare dette, men det blir likevel bortforklaringer. Enkelte av mine studenter har etter praksisperioder rapportert at de har reagert på dårlig oppførsel og dårlige holdninger hos grupper av ansatte i feltet, men de har ikke våget å utfordre det underveis av frykt for å få problemer og kanskje ikke bestå praksis. Det tydeliggjør for meg at lærere må ha en sentral plass i praksisfeltet og ha trygghet og tyngde nok til å ta de etiske debattene. I dag er vi bare på visitt og har ikke anledning til å være i pasientsituasjoner på grunn av taushetspliktens bestemmelser.

Etikkundervisningen må flyttes ut av klasserommene, inn i grupperommene og ut i praksisfeltet, og ledere av sykepleietjenesten bør være engasjert i studentenes etiske undring.

KARAKTERSKALA OG AUTORISASJON

Sykepleierutdanningen er en bachelor på 180 studiepoeng, der 50 prosent av studiene foregår i praksis. Studentene har en rekke eksamener og passeringsoppgaver både i teoribolkene og i

praksis. Høyere utdanning har et karaktersystem fra A–F, der både A, B, C, D og E gir rett til en bachelor og dermed autorisasjon som sykepleier.

Hva betyr karakterene: A er fremragende prestasjon som klart utmerker seg. B er meget god og C er god. Mens D sier: Kandidaten viser en viss grad av vurderingsevne og selvstendighet, og E: liten vurderingsevne og selvstendighet. F er grei: «ikke bestått», og studenten kommer ikke videre i utdanningen. Men med D og E kan du få autorisasjon.

Kun to av tolv utdanningsinstitusjoner som deltok i deleksamen i anatomi/fysiologi i 2015 har et karaktersnitt på C, mens hele seks har E. Betyr det at de blir dårlige sykepleiere? Med dagens nivå på inntak til utdanningen burde kanskje D og E ikke eksistere?

SKIKKETHETSVURDERING OG DANNELSE

Burde slike karakterer være grunnlag for en skikkethetsvurdering? I forskrift om skikkethetsvurdering står det at en student er uskikket i utdanningene dersom ett eller flere av kriteriene er oppfylt. Mitt inntrykk er at praksis i liten grad kjenner til skikkethetsforskriften. En E i anatomi vil neppe bli oppfattet som grunnlag for en skikkethetsbekymring, men vil en E i sykepleie eller etikk være det?

Ingen av punktene i skikkethetsforskriften gir slike føringer etter eksamensresultater, men etter praksissituasjoner kan saken være annerledes. Men bare hvis praksis kjenner sitt ansvar og skolen og praksis er modige nok? Danning krever at en blir sett, og at det gis rom for egenrefleksjon. Studentene må få tilbagemeldinger som kan være med på å videreutvikle både faglig og personlig vekst. Dette skjer ikke i korte møter, men over tid.

På desentralisert sykepleierutdanning ved Høgskolen i Bergen følger vi studentene gjennom fire år, og vi legger stor vekt på at utdanningen handler like mye om danning som utdanning. Gjennom årlige individuelle samtaler, i tillegg til alle evaluerings- og veiledningssamtalene, bruker vi mye tid på hvem studenten vil bli som sykepleier på det personlige plan. Vi ser at det ikke alltid er sammenheng mellom gode karakterer og gode holdninger og evner til å se og møte pasientene, pårørende og kollegaer. ●

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





Kjenner du deg ekstra fysen på noe søtt? Da står det kanskje ikke så bra til på privaten?
Roger Ekeberg Henriksen fant interessante sammenhenger i mor og barn-undersøkelsen.

Svangerskap, stress og sukkersug

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

Kroppen har det jo med å si fra. Og den gir ikke bare beskjed når den – rent fysisk – trenger vann, søvn eller plaster. Den varsler også når ting ikke er helt på stell følelsesmessig.

Fysiske reaksjoner knyttet til stress og sosiale relasjoner har i lengre tid interessert Roger Ekeberg Henriksen, som er utdannet sykepleier, har fartstid fra psykisk helsearbeid og som i dag jobber som førsteamanuensis ved institutt for sykepleiefag på Høgskolen i Bergen.

– Da det ble utlyst en stipendiatstilling her om samliv og helse koplet opp mot den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa), syntes jeg derfor dette kunne være veldig interessant, forteller han.

Gjennom MoBa fikk Henriksen tilgang til data fra nærmere 100 000 kvinner og enda flere barn. I september forsvarte han sin doktorgrad om hvordan samlivsproblemer og mangelen på gode sosiale nettverk kan påvirke den somatiske helsen til gravide og deres barn etter fødselen.

SUKKER OG STRESS

Det var særlig to funn som utmerket seg, forteller forskeren:

– For det første økte risikoen for infeksjonssykdommer hos både mor og barn dersom kvinnene hadde det dårlig med sin partner. Faktisk var infeksjonsrisikoen dobbelt så høy hos kvinnene som rapporterte dårligst par-tilfredshet sammenliknet med dem som sa de hadde det best med sin partner.

Det andre funnet – som det skal handle mest om her – gikk på sukkerinntak målt opp mot kvaliteten på sosiale relasjoner under svangerskapet.

Det viste seg at et mangelfullt sosialt nettverk for den gravide hang sammen med økt inntak av sukkerholdige drikker, noe Henriksen relaterer til hjernens behov for energi.

– Tidligere undersøkelser har indikert at stress kan skape et fysiologisk behov for mer energi og dermed økt inntak av sukker, men studier på dette feltet har vært i mindre skala

«[...] stress kan skape et fysiologisk behov for mer energi og dermed økt inntak av sukker.»

og av eksperimentell art, forteller Henriksen.

Gjennom MoBa-dataene fikk han derimot mulighet til å analysere et langt større volum og dessuten mennesker i sine naturlige liv utenfor laboratoriet.

– Jeg ønsket dessuten å se mer direkte på betydningen av sosial isolasjon og se om dette virket inn på de samme fysiologiske faktorene som stress.

– Vi vet fra før av at stress – i svangerskap og ellers – ikke er bra for helsa. Det som har vært overraskende å se, er at sosiale relasjoner er minst like viktig her som andre stressfaktorer.

HJERNEN VIL IKKE VÆRE ALENE

Henriksen har forankret sin analyse i den såkalte Social Baseline Theory (SBT).

Et utgangspunkt her, er at den menneskelige hjerne i utgangspunktet forventer å

være omgitt av et sosialt støttende miljø. Det er en grunninnstilling – det naturlige miljø for mennesker. Når du så tas ut av dette, altså blir sosialt isolert eller ikke opplever en emosjonell kontakt med andre, så aktiveres stressresponser.

– Dersom du må håndtere stressende situasjoner på egenhånd, uten sosial støtte, så er det ekstra krevende for hjernen, forklarer Henriksen.

Han forteller at hjernen normalt står for rundt 20 prosent av kroppens totale energiforbruk, men når vi blir stresset trenger den mer for å regulere følelsene og følge med på potensielle farer. Den ekstra energien kan hjernen skaffe på to måter: Den ene er at kroppen kan produsere kortisol med den effekt at blodsukkeret blir gjort tilgjengelig for hjernen i stedet for at det går til muskel- og fettceller. Den andre måten man kan kompensere på er ved å øke inntaket av sukker, noe det altså viste seg at de sosialt isolerte kvinnene gjorde i større grad enn andre.

– For å utelukke at det kunne dreie seg om ren trøstespising, har jeg også sett på inntaket av kunstige søtstoffer, opplyser Henriksen.

Her fant han derimot ingen signifikant sammenheng, men Henriksen er likevel med på at økt sukkerinntak kan virke inn på belønningssenteret i hjernen og bidra til å dempe stress.

– Det er ikke nødvendigvis noen konflikt mellom dette og SBT. Det kan for eksempel være at nervesignalstoffet dopamin utløses av sukker nettopp fordi hjernen har behov for mer energi.

BØR SPØRRE GRAVIDE

Henriksen skulle gjerne sett at det ble satt av



SØTE FRISTELSER: Gravide med mangelfulle sosiale relasjoner inntok mer sukkerholdig drikke enn andre, viser Roger Ekeberg Henriksens forskning. Foto: Helge Skodvin

mer tid i svangerskapsomsorgen til å kartlegge og diskutere det sosiale miljøet.

– Det brukes relativt mye tid på å snakke om det fysiske miljøet, inkludert kosthold og slikt, men man bør være like observante på sosiale relasjoner.

Selv om han ikke selv har klinisk erfaring fra svangerskapsomsorg, har Henriksen i flere år jobbet tett med helsesøstre og jordmødre på en helsestasjon.

– Mitt inntrykk er at mange i disse yrkesgruppene er svært opptatt av at stress og samlivsproblemer kan virke inn på både det fysiologiske hos mor og fosterutviklingen, sier han.

«[...] mangelfulle sosiale relasjoner kan utgjøre en vesentlig stressfaktor.»

Han minner om at dette ikke bare handler om harmløse infeksjonssykdommer eller litt mer sukker i kaffen, men om forhold som kan påvirke immunsystemet for mor og barn over lang tid.

– Det jeg ble fortalt gang etter gang etter gang på helsestasjonen, var at de ansatte

gjærne skulle hatt anledning til å gå mer inn på dette feltet.

Han innser derimot at tiden ofte blir knapp, og sier han helt og holdent støtter jordmødrenes ønske om mer tid til hver kvinne.

– Husk at det ofte ikke er nødvendig med langvarig parterapi eller liknende for at ting skal bli bedre. Det er også mulig å henvise videre dersom man avdekker mulige problemer, sier Henriksen.

– Det som er viktig, er å øke bevisstheten om hvordan mangelfulle sosiale relasjoner kan utgjøre en vesentlig stressfaktor, og at dette er såpass utslagsgivende for somatisk helse. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



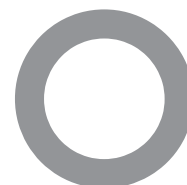
VI TRENGER LIKESTILTE FORSKNINGSMETODER

Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode må vurderes på ulike premisser. Samtidig er de likeverdige og bør brukes til å utfylle hverandre i helseforskningen.

ARTIKKELTYPE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58624



Are Hugo Pripp
Professor II og forsker, Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo universitetssykehus

Det er sagt at «menn er fra Mars, kvinner er fra Venus» (1). Kunne man sagt noe tilsvarende om forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetodikk? Intensjonene om multidisiplinær forskning og samarbeid på tvers av fagområder og forskningstradisjoner er oppriktige. Likevel erfarer jeg at kvantitative og kvalitative forskere er skeptiske til dette selv om de arbeider innenfor samme forskningsfelt og studerer like problemstillinger. Bør vi tilstrebe likestilling mellom forskningsmetoder eller fremheve et likeverd, men med atskilte og komplementerende oppgaver?

HVA ER FORSKNING?

Med forskning tenker vi ofte på kompliserte forskningsartikler og arbeid på institutter, universiteter og høyskoler, men forskning er etter min mening noe mer. Seriøs, grundig og systematisk gransking og arbeid for å gi ny viten og økt kunnskap bør med rette kalles forskning. Av og til skilles det mellom grunnforskning og anvendt forskning, men de utfyller hverandre. Det er sjelden direkte skepsis eller mistro mellom grunnforskning og anvendt forskning.

Det praktiske forskningsarbeidet utøves forskjellig ut fra fagområde og målsetting. Det er liten tvil om at

det gjøres mye, god og viktig forskning innen vidt forskjellige fagfelter som for eksempel matematikk, teologi, historie, kjemi, helsefag og språkvitenskap. På tross av store forskjeller i metoder, utstyr og tradisjoner er de alle med på å gi ny viten og økt kunnskap. Vidt forskjellige former for forskning og fagområder lever i en respektfull sameksistens uten nødvendigvis en gjensidig faglig forståelse.

VALG AV FORSKNINGSMETODE

En filosofisk refleksjon om forskning er viktig, men ofte er oppmerksomheten rettet direkte mot hypoteser, metoder, resultater og ikke minst økonomiske rammevilkår. Forskere kan derfor overse de mer grunnleggende filosofiske premissene i arbeidet sitt. Sue Proctor (2) skriver om sammenhengen mellom filosofi, metode og forskningsarbeid. Enhver forsker bør først klargjøre sine personlige forskningsparadigmer. Disse paradigmenene kan vi kalle forskerens «verdensanskuelse» og grunnleggende antakelser om vitenskapen og virkeligheten. En grundig vurdering av dem er viktig for å forstå hvordan sammenhengen mellom våre antakelser om ontologi (hva er virkeligheten), epistemologi (hva er kjent) og metodologi (hvordan kan forskeren granske hva man antar er ukjent) er avgjørende for det videre

praktiske forskningsarbeidet.

Hva som er virkeligheten kan bli noe filosofisk dypsindig for mange av oss. Hva som er kjent, oppsummeres ofte effektivt med henvisning til forskningslitteratur. Grunnleggende forskjeller i forskningsfilosofier og -paradigmer blir dermed synliggjort ved konkret bruk av forskningsmetodologi. Her er det to hovedretninger og tradisjoner: kvantitativ og kvalitativ forskningsmetodikk. På enkelte fagområder og forskningsfelt er valg av kvantitativ eller kvalitativ forskningsmetode opplagt, men innen helsefag brukes metodene side om side og gransker ofte like fenomener og problemstillinger.

KVANTITATIV METODE

Kvantitative forskningsmetoder kan beskrives som metoder der man bruker tall og det som er målbart (kvantifiserbart). Forskning og vitenskap basert på det kvantitative paradigmat, forutsetter at fenomener kan måles empirisk (altså uttrykt gjennom tall og kategorier), som videre kan analyseres med statistiske metoder. Et viktig moment er at kvantitativ forskningsmetodikk er filosofisk basert på positivismen. I forskningsfilosofien innebærer positivismen en antakelse om at det finnes en objektiv sannhet eller virkelighet som er naturgitt og uavhengig av forskernes

Fakta ●●●

Sammen- drag

Det er en viss skepsis mellom forskere som bruker kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Dette kan skyldes at de to forskningsmetodene er basert på forskjellige filosofiske premisser. Kvantitativ og kvalitativ forskning er likeverdige, men ikke like gode på alt. Vi bør forstå, respektere og akseptere den grunnleggende forskjellen mellom metodene.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på vår nettsider.

- Forskning
- Kvalitativ studie
- Kvantitativ studie



UENIGE: Ulike retninger innenfor fagfeltene favoriserer den ene forskningsmetoden fremfor den andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox

verdier og synspunkter (3). Viktige kjennetegn ved positivismen som forskningsfilosofi er følgende:

- Positivismen har sin opprinnelse i naturvitenskapene.
- Virkeligheten anses som ekstern og uavhengig av forskerens verdensett.
- Forskeren bør tilstrebe størst mulig grad av objektivitet.
- Data bør være kvantifiserbare, og kunnskap skal baseres på observerte effekter.
- Formålet med vitenskapelige undersøkelser er å identifisere årsakssammenhenger.
- Forskningsstrategien er hypote-

tisk-deduktiv, og hensikten er å bevise eller forkaste hypoteser og dermed utlede generelle lover og årsakssammenhenger.

POSITIVISTISK TILNÆRMING

Med positivismen som forskningsparadigme er ikke tall og statistikk bare matematikk og formler, men også empiriske målinger som uttrykker en objektiv virkelighet eller sannhet. Dette er en grunnleggende forutsetning for kvantitativ forskning. Det er urealistisk å hevde at alle kvantitative forskere, deriblant de som arbeider med statistiske analyser, alltid er upåvirket

av sine verdier og synspunkter i forskningsarbeidet. Likevel er positivismen et viktig ideal og en forutsetning.

Randomiserte kliniske studier innen helseforskning har en klar kvantitativ tilnærming basert på positivismen. Ideelt sett skal forskeren planlegge og gjennomføre randomiserte kliniske studier på en slik måte at vedkommendes subjektive vurdering og verdi sett ikke kan påvirke resultater og konklusjoner. Forskeren skal basere sine konklusjoner på (objektive) statistiske analyser som kan generaliseres til kausale sammenhenger.

Metodikken er altså utviklet for at personlige preferanser og antakelser ikke påvirker resultater, analyser og konklusjoner (4).

KVALITATIV METODE

Det er mye mindre oppmerksomhet på og bruk av empiriske målinger, tall og statistikk innenfor kvalitativ forskningsmetode. Etter min vurdering er det likevel ikke bruken av tall og statistikk som er hovedforskjellen på kvalitativ og kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning er målsettingen å undersøke hvordan fenomener forstås og erfares. Forskeren må også undersøke hvordan fenomenene tolkes og oppleves.

Kvalitative studier genererer data ved at personer beskriver sine erfaringer. Den subjektive opplevelsen og tolkningen er viktig. Metoder og analytiske prosedyrer

«Jeg vil ikke hevde at metodene er like gode på all forskning.»

er utviklet for å beskrive, systematisere og forstå disse opplevelsene og tolkningene. Det produseres altså en annen type kunnskap enn i kvantitative studier, og denne kunnskapen bygger på andre paradigmer og forutsetninger for forskningsarbeidet. Den kvalitative forskningen kan for eksempel utdype observasjoner og gi en bedre forståelse av årsakene bak dem. Hensikten er i større grad å undersøke dybden og fylken av et tema, en problemstilling eller et fenomen. Man kan dermed ikke direkte overføre kvantitative forskningsprinsipper til kvalitative studier fordi virkelighets- og kunnskapsoppfatningen er ulik (5).

FOKUSERER PÅ PROSESSEN

Fra et forskningsfilosofisk ståsted er kvalitativ metode basert på følgende:

- Interpretivisme. Forskeren skal fortolke ob-





servasjoner og vurdere disse subjektivt.

- **Konstruktivisme.** Personer konstruerer sin egen forståelse av og kunnskap om verden gjennom å oppleve ting og reflektere over disse erfaringene.

- **Postpositivisme.** Virkeligheten er ikke absolutt objektiv og et eksternt fenomen, men også påvirket av de individene som opplever den. (3, 6)

Disse filosofiske og eksistensielle retningene antar ikke en ekstern objektiv virkelighet og realitet slik positivismen og dermed kvantitativ forskning gjør. Kvalitativ forskningsmetode fokuserer dermed mer på prosessen frem mot en forståelse av fenomenet og ikke nødvendigvis på å beskrive en objektiv ytre sannhet. Hensikten med kvalitativ forskning er heller å gi en fullstendig og detaljert beskrivelse av emnet. Kvalitativ forskning er således mer eksplorativ enn kvantitativ forskning.

FORSKERNE ER UENIGE

Innenfor naturvitenskapene er bruken av enten kvantitative eller kvalitative metoder lite diskutert fordi positivismen og kvantitativ forskningsmetodologi er svært dominerende. Fag som biologi, anatomi, kjemi, fysikk og fysiologi innen medisinsk forskning har fravær av «konflikt» mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Årsaken er nok at metodene ikke møter hverandre direkte. De konkurrerer altså ikke om hvilken som gir «sannheten». Et mulig unntak kan være psykiatrisk forskning, men også her er det en trend med økt oppmerksomhet på naturvitenskapelig tanke og kvantitativ forskningsmetodikk (7, 8).

I samfunnsvitenskapen, især sosiologi, sosialantropologi og psykologi, er det mer kontroversielt hvilken type forskningsmetode forskerne bruker. Forskerne kan noen ganger ha så sterke meninger om dette at deres synspunkter nærmest blir en ideologi. Ulike retninger innenfor fagfeltene favoriserer den ene forskningsmetoden fremfor den andre. Tilhengere av kvantitative metoder har hevdet at

samfunnsvitenskapelige fag bare kan bli ekte vitenskapelige fag ved å bruke kvantitativ metodikk. Tilhengere av kvalitative metoder hevder på den annen side at de kvantitative metodene har en tendens til å tilsløre virkeligheten av de sosiale fenomenene man studerer (9).

MISTRO SKYLDES UVITENHET

Etter mitt syn er helsefagsforskning, og herunder sykepleievitenskap, et fagfelt der kvantitative og kvalitative forskningsmetoder møter hverandre direkte. De brukes også ofte på samme fenomen (10). Enkelte av oss kvantitative forskere kan være noe skeptiske til eller til dels uvitende om kvalitativ forskning. Dybdeintervju av noen få personer, tolkning av videoer og til dels subjektive vurderinger kan vekke en stille skepsis og til dels mistro hos kvantitative forskere. Kvantitative forskere idealiserer randomiserte studier, reproduerbare empiriske målinger og statistiske beregninger med p-verdier og konfidensintervaller. De mener at statistiske metoder er et uunnværlig verktøy (11, 12).

Denne skepsisen mellom forskere med kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode kan etter min mening skyldes uvitenhet. Metodene bygger på to vidt forskjellige filosofiske paradigmer og ulik eksistensiell forståelse. Kvalitativ forskningsmetode er ikke bygget på positivismens syn på en objektiv sannhet og forståelse uavhengig av observatørens verdier og subjektive fortolkninger. Derfor kan denne metoden ikke vurderes med samme premisser som de kvantitative metodene. Det er viktig å klargjøre de forskjellige filosofiske begrepene bak metodene.

METODENE ER LIKEVERDIGE

Mitt syn er at kvantitativ og kvalitativ forskning er likeverdige, men jeg vil ikke hevde at metodene er like gode på all forskning. De har to forskjellige grunntanker i bunn. Det kan ha sine fordeler å blande begge metodene fordi de kan utfylle hverandre og kombineres for å belyse samme fenomen (3). Det er viktig

at kvantitative forskere er klar over dette i en tid der statistikk og empiriske målinger vektlegges innenfor mange helsefag. Samtidig bør kvalitative forskere være bevisste på begrensningene ved denne metoden, spesielt der man ønsker å avklare sammenhengen mellom årsak og virkning.

I den noe omdiskuterte boken *Menn er fra Mars, kvinner er fra Venus* tar John Gray utgangspunkt i at menn og kvinner er grunnleggende forskjellige. En forutsetning for en lykkelig sameksistens er at man forstår, respekterer og aksepterer den grunnleggende forskjellen (1). Inspirert av denne tanken

om en grunnleggende forskjell kan forskere som bruker kvantitativ og kvalitativ metodikk, arbeide i en god sameksistens og undersøke liknende fenomener

og problemstillinger. I forskerutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus har vi satt denne sameksistensen på dagsorden ved at introduksjonskurset begynner med forskningsfilosofien til kvantitative og kvalitative metoder. Vi er ikke på hver vår faglige «planet», men har likevel valgt å presentere metodene på hver vår dag. ●

«Innen helsefag brukes metodene side om side.»

REFERANSER:

1. Gray J. *Menn er fra Mars, kvinner er fra Venus: kunsten å forstå det motsatte kjønn*. Oslo: Hjemmet, 1992.
2. Proctor S. Linking philosophy and method in the research process: the case for realism. *Nurse Researcher* 1998;5(4):73–90.
3. Sale JEM, Lohfeld LH, Brazil K. Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research. *Qual Quant* 2002;36(1):43–53.
4. Cartwright N. What are randomised controlled trials good for? *Philosophical Studies* 2009;147(1):59–70.
5. Polkinghorne DE. *Qualitative research*. I: Thomas JC, Hersen M (red.). *Handbook of clinical psychology competencies*. New York: Springer, 2010. s. 425–56.
6. Crossan F. *Research philosophy: towards an understanding*. *Nurse Researcher* 2003;1(1):46–55.
7. Akil H, Brenner S, Kandel E, Kendler KS, King MC, Scolnick E et al. The future of psychiatric research: Genomes and neural circuits. *Science* 2010;327(5973):1580–1.
8. Razafsha M, Behforuzi H, Azari H, Zhang Z, Wang KK, Kobeissy FH et al. Qualitative versus quantitative methods in psychiatric research. *Methods Mol Biol* 2012;829:49–62.
9. Gelo O, Braakmann D, Benetka G. Quantitative and qualitative research: beyond the debate. *Integr Psychol Behav Sci* 2008;42(3):266–90.
10. Weaver K, Olson JK. Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 2006;53(4):459–69.
11. Looking back on the millennium in medicine (leder). *N Engl J Med* 2000;342(1):42–9.
12. Skovlund E. An indispensable tool. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2015;135(16):1424.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
fagartikler@sykepleien.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 09 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



FOR BARN: Også døden må med når man forklarer barn om kreft, mener Herlofsen. Foto: Nina Hernæs

– Vær ærlig!

Kreft. Sarah Roxana Herlofsen erfarte at det er vanskelig å forklare barn hva kreft er. **62**



Bok. Kreftråd for privilegerte. **64**



Riksrevisjonen har gått fra «mild i form, sterk i sak» til «riksrefser.» «Riksrevisjonens historie 1816-2016». **66**



I bokhylla mi. Jorunn Mathisen leser om sykepleiere under krigen. **65**



Dikt



Ennå hyller døden



*livet i deg
gjøgleren i hatsverkets spiral
hvert skritt lenger bort fra barnets klokke
og nærmerer og nærmere vindens grep
den lengselens røver –
I ærefrykt reiser stoler og senger seg
for uroen er blitt som havet*

*og dører –
nøkkelen dreid rundt til forsvar
endrer retningen til adgang innenfra –*

*De hvite søstrene stjernebadet
av å berøre tegnet fra det fremmede
fra ham som her fyller blodårene
far sin underjordiske tørstekilde
der synene må drikke seg mette –*

*Nelly Sachs, gjendiktet av Astrid Nordeng
Dikt i utvalg, Aschehoug 2016*

Om forfatteren



Nelly Sachs

Nelly Sachs (10891-1971) vokste opp som jøde i Tyskland og flyktet til Sverige under krigen og unnslopp konsentrasjonsleirene. Diktningen hennes er modernistisk og preget av holocaust og eksiltilværelsen. «Dikt i utvalg» er gjendiktet av forfatter, oversetter og litteraturviter Astrid Nordang.



BARN: Klær og gjenstander har tilhørt barn som ble utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt. Foto: Universitetsforlaget

Historier om overgrep

VONDE HISTORIER: Utstillingen *Hvis klær kunne fortelle 1 og 2* har vært vist over store deler av landet de siste årene. Utstillingen viser klær, sko og andre gjenstander som har tilhørt barn som har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Nå har utstillingene blitt bok.

Sosionom Siri Søftestad og familieterapeut Øyvind Aschjem står bak utstillingene og er også

blant initiativtakerne til nettverket reddesmå.no, som gir støtte til arbeidet med å bekjempe vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn.

Boken består av bilder av klær og gjenstander, små fortellinger og fagtekster om hvordan fagfolk kan forberede seg på møter i dette feltet. Boken har mange tips.

I innledningen skriver de to forfatterne at vold, overgrep og

omsorgssvikt lenge har vært preget av tabu, hemmeligholdelse og fortieelse. Men de mener det er på tide å slutte med tabuiseringen og heller formidle informasjon og kunnskap til barn, ungdom, fagfolk og folk flest.

Boken heter *Hvis klær kunne fortelle. Om forståelse og handlekraft i møte med barn utsatt for vold og overgrep.* ●

Sykepleie i kommunen

Kari Glavin og Edith Roth Gjevjon er redaktører for boken *Sykepleie i kommunehelsetjenesten, helse-søstertjeneste og hjemmesykepleie*.

I Norge har disse tjenestene en 150 år lang historie, og boken beskriver dem både historisk og sett fra nåtid.

Sykepleie ved hjertesykdom

Det utvikles nye metoder og teknologi for å behandle hjertesykdom, og det stiller krav til sykepleiere. I boken *Sykepleie til personer med hjertesykdom* presenteres sykepleieres rolle og ansvarsområde i teamet rundt den hjertesyrke pasienten. Bokens redaktør er Dag-Gunnar Stubberud.

Bøker. 3 fra rusfeltet

Avhengighetens psykologi

PSYKOLOGI: De fleste rusmisbrukere har et mål om å komme seg ut av avhengigheten, men klarer ikke å gjøre det som må til: å la være å ruse seg. Professor i psykologi Pål Kraft forklarer boken i Rusmiddel-avhengighet – et psykologisk perspektiv dette problemet som en ubalanse mellom to hjernesystemer: belønningssystemet og kontrollsystemet. Han presenterer ny forskning, behandling og sårbarhetsmomenter.

Universitetsforlaget, 2016



Et sted å bo

LIVSMESTRING: Personer med rusproblematikk og psykiske lidelser er oftere enn andre bostedsløse eller i mangelfulle boforhold. I boka Hjelp til å bo har Aakerholt, Veia og Tønnesen samlet kunnskap, metoder og erfaringer om hvordan man kan hjelpe denne gruppa til å mestre bosituasjonen, etablere og beholde et hjem. Samarbeid og mestring er viktige stikkord for arbeidet.

Gyldendal akademisk, 2016



Livet med rusen

ROMAN: Den danske forfatteren Tove Ditlevsen gjorde seg både upopulær og høyt elsket med sine ekstremt selvutleverende bøker, lenge før Knausgård. I boken Gift beskriver hun hvordan hun ble sprøytenarkoman etter en petidininjeksjon hos en lege og hvordan rus og avhengighet dominerte livet hennes i flere år, gjennom småbarnsliv og flere ekteskap. Ditlevsen døde av en overdose i 1976.

Oktober forlag, 2007



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

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



Masaier før løvejakta

«Nå skal vi gå over til stille rapport», kommer det med jevne mellomrom fra ledelsen. Og det gjør vi. En uke, eller kanskje to, men som trukket av en magnetisk kraft dras vi mot rapportbordet, og etter en tid er vi tilbake der vi var; samlet over pasientlista rundt bordet på begynnelsen av vakta. Og kulturhistorikeren i meg smiler og tenker «Ledelse, dette er bare å gi opp, det skal mer enn et rundskriv til for å avvike et solid innarbeidet ritual.»

Det går en kontinuerlig, ubrutt kjede av rapporter gjennom en avdelings historie. Nattevakter som gir rapport til dagvakter, som gir rapport til aftenvakter, som gir rapport til nattevakter, som igjen gir rapport til dagvaktene. Når organisasjonsutviklere og ledelse vil ha oss vekk fra rapportbordene og over til «stille rapport», er det fordi de ikke har forstått hva rapportene er. De tenker at alt vi sier skulle vi uansett ha dokumentert skriftlig. Dermed er det dobbeltrapportering å sitte der og lese opp hvor mange brødskeer Olsen har spist og hvor høy puls Hansen har.

Men det er bare en brøkdel av hva vi gjør. Som masaier før en løvejakt samler vi flokken og forbereder oss på en overgang. En gir fra seg ansvar, andre tar imot. Vi ser hverandre, vurderer hva vi har i vente, deler bekymringer og usikkerhet, spiller inn faglige råd, erfaringer og betraktninger, fordele roller og ansvar og klokkes det hele inn på 15-20 minutter. Om ikke det er effektivitet som

kan konkurrere med den raskeste arbeidslinja på Toyota-fabrikken, vet ikke jeg.

Ritualer er limet i sosialt liv, hevder kulturviterne. Mennesker har behov for å strukturere tiden, å samordne seg før overganger, sikre at gruppa tenker likt om det de står foran, markere hvilke verdier som skal få betydning, sortere hverandres sosiale status, bearbeide det som ligger bak oss og forberede oss på det som kommer. Det gjør vi ved å organisere ritualer. Noen store og omfattende, som jul, stortingsvalg og bryllup, andre små og

«Mennesker har behov for å strukturere tiden, å samordne seg før overganger.»

hyppige som godnattstunden på sengekanten med barna og kaffen og avisa ved frokostbordet. Ritualer er en supereffektiv måte å organisere fellesskapet på; vi vet alle hva som kommer, befester at alt er ved det vante, overbringer ny informasjon og plasserer den inn i systemet og går beroliget videre.

I kostnadsbesparengens navn har kanskje ikke ritualer noen åpenbar verdi, men enn så lenge er vi mennesker som holder på med dette her, og vi mennesker, vi driver nå engang med sånt. ●



Hva skal jeg bruke kunnskapen min til, undret Sarah Roxana Herlofsen etter at hun disputerte i biomedisin. Hun begynte å skrive barnebøker.

Forklarer kreft for barn

● Tekst **Nina Hernæs**

Mange barn kommer borti kreft på en eller annen måte. Enten i familien, ved at en kompis som blir syk eller hvis de ser mammaen som henter i barnehagen uten hår på hodet, sier Sarah Roxana Herlofsen.

– Men min erfaring er at det er vanskelig å snakke med barn om hva kreft er.

FASCINERT AV FORSKNING

For henne ble bestemorens kreftsykdom et vendepunkt. Herlofsen var 19 år og studerte biologi. Planen var å bli lærer. Men så ble bestemoren syk og fikk tilbud om å forsøke immunterapi.

– Det gikk ikke bra, men jeg ble slått av hvilken fantastisk god idé immunterapi er, sier hun.

– Og jeg fant ut at jeg heller ville forske.

Herlofsen, som er tysk, kom inn på biomedisin i Marburg, på et elitestudium som var rettet mot forskning. Hun fullførte doktorgrad i molekylær biomedisin og stamcelleforskning i 2013. Da hadde hun giftet seg med norsk mann, flyttet til Akershus, fått to barn og var høygravid med det tredje.

Målet om forskerkompetanse var nådd, men hun var litt lei av å jobbe i laboratorium. Hun lurte på om det fantes andre måter å bruke all kunnskapen på. Så fikk også bestefaren kreft, og hun syntes det var vanskelig å svare på spørsmålene barna stilte. Hun begynte å tegne celler og forklare. Og fant ut at denne måten å dele kunnskap på, ville hun dele med flere.

NY NISJE

På bordet foran henne, på et bakeri midt i Oslo, ligger resultatet. Hva er egentlig kreft er en bok skrevet for barn og de som er rundt dem,

men kan leses av alle. Også voksne. En jurist hun brukte som testleser, sa at han endelig hadde skjønt DNA.

I researchen fant hun flere bøker om kreft, men nesten alle var skjønnlitterære. Ingen forklarte hva som egentlig skjer i kroppen ved kreftsykdom.

Boken forklarer hva en frisk celle er, hvor den kommer fra og hva den gjør. Og hva en kreftsyk celle er, hvordan kroppen forsøker å beskytte seg mot slike celler og hvorfor den ikke alltid klarer det. Hun har jobbet tett med en belgisk illustratør som tegner celler både som kokker og politi.

KONKRETE BILDER

Hun opplever at barn sjelden spør etter biologiske fakta. Samtidig har de mange forestillinger om hva kreft er. Som at kreft er noe som kommer inn i kroppen og spiser den opp innenfra. I boken har hun derfor vært opptatt av å lage konkrete bilder.

Hun forklarer DNA-mutasjoner som en bok full av skrivefeil, som gjør fortellingen umulig å forstå. Og at kreftceller har en skade i boken sin som gjør at de ikke lenger kan lese seg til hvilke oppgaver de har og derfor kommer ut av kontroll.

Hjemme har hun brukt duplo for å bygge

«Det ble feil å ikke nevne døden. Jeg synes man skal være ærlig med barn.»

figurer og tatt én kloss i en annen farge for å illustrere kreftcellen som ikke likner de andre og lager trøbbel.

ÆRLIG MED BARN

Fire sider handler om døden, om det at man kan dø av kreft og hva som skjer med kroppen når man dør. Kreftforeningen, som boken er utviklet i samarbeid med, og hun selv var helt klare på at døden måtte med.

– Jeg har sett på andre kreftbøker, og der er det masse håp. Det er viktig, men det ble feil ikke å nevne døden. Jeg synes man skal være ærlig med barn. Men boken avslutter med håp. De fleste som får kreft blir tross alt friske i dag.

SPURTE BARN HVA DE LURTE PÅ

Selv om det er en fagbok, har hun også tatt med følelser. Hun samlet inn spørsmål fra barnefamilier og brukte dem i boken. Noen hadde vært nær på kreft, andre ikke. De hadde spørsmål som «er kreftceller slemme», «kan jeg leke med kameraten min som har kreft? Eller kan jeg også bli syk?» og «kan jeg fortsatt bli brannmann når jeg blir stor?».

Noen spørsmål er relevante også for voksne.

Herlofsen selv observerte at bestefaren ikke ville ta på barna hennes etter at han ble syk. Da hun spurte hvorfor, sa han at han var redd for å smitte dem.

EMOSJONELL FORSKER

Hun selv syntes det ble lettere å snakke om kreft etter hvert. Hun var også på barneavdeling og møtte barn med kreft. Det var tøft i starten, så var det ikke så skummelt. Men hun kjente at det gikk inn på henne.



Fakta

Sarah Roxana Herlofsen

Aktuell med:

«Hva er egentlig kreft?»

- Jeg er en emosjonell type, sier hun og ler litt.
- Ikke en iskald forsker.

VIL FORSKE

For å utgi boken, fant hun ut at det beste var å starte eget forlag. Her er hun sin egen redaktør og markedssjef. Hun promoterer og sender ut bøker i posten. Sier det har vært tøft, men er verdt det.

- Da jeg lanserte boken, så jeg barn som leste den, og det var lønn for strevet.

«Da jeg lanserte boken, så jeg barn som leste den, og det var lønn for strevet.»

Hun har fått støtte fra Det faglitterære fond og forteller at uten støtte og stipend hadde det vært umulig å lage boken.

- Den er skrevet for en spesiell målgruppe og er ikke akkurat boken man kjøper i bursdagsgave, så den er ikke kommersiell nok for mange forlag og bokhandlere.

Men hun er overbevist om at det er et behov for denne type bøker og er i gang med en ny. Denne gang om astma og allergi.

- Jeg kommer til å fortsette å lage slike bøker så lenge det er behov, men kommer til å gå tilbake til forskningen. Helst vil jeg inn i farmakologisk forskning, som er mer klinisk rettet.

Kanskje kan hun være med å finne behandling for kreft. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Heia Heidi. En bok om å løfte deg selv opp når kreft drar deg ned.

Av Heide Torkelsen Ryste
Kagge forlag, 2016
185 sider
ISBN 978 82 489 1879 0

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen

Kreftråd for privilegerte

ANMELDELSE: Journalist får kreft. Skriver blogg. Lager bok. Oppskriften kjenner vi. Heidi Torkildsen Ryste deler sine erfaringer som småbarnsmor og kreftpasient, forteller om hva som holdt henne oppe og hva som trakk henne ned under sykdom og behandling. Ryste vil lage en bok som ikke ender i en dødsannonse, og dermed mindre deprimerende lesning for kreftberørte, men bringer utover det lite nytt til torgs.

Boken er skrevet i en muntlig stil som nok kler bloggen bedre enn boka. På det beste er den sympatisk og upretensiøs, på sitt svakeste flat. Jeg savner det språklige overskuddet

som 180 sider mellom stive permer krever, og irriterer meg jevnlig over de mange punktlistene. Språklig og innholdsmessig er hun best i avsnittet om kroppen. Her er hun modig, timingen bedre og språket har mer snert.

Ryste er lykkelig gift med en hensynsfull kreftlege. Hun har to fantastiske barn, en interessant jobb, en sjef som inkluderer henne og en haug med gode venner. Alt dette er positive ressurser hun skriver mye om betydningen av. Men dette blir også et problem for bokas prosjekt. Hennes råd blir vanskelig for andre å nyttiggjøre seg av når rammene for livet hennes er så fjerne fra andres hverdag. Hun nevner problemene mange

opplever, men erfarer dem ikke selv, og går dermed ikke dypere inn i det: Stomien hennes lekker aldri, mann og venner stiller opp og barna håndterer det. Det ville styrket boka om journalisten Ryste hadde jobbet litt med å hente inn andres erfaringer og fortellinger for å utfylle bildet.

Hun skriver blogg, flytter, bytter jobb og begynner på en master mens hun er under behandling. Og når boken avslutter med at hun løper halvmaraton til tross for fatigue, tarm-skade og nevropati, kjenner jeg at jeg ville tenkt meg om to ganger før jeg anbefalte denne boka til en kreftsyk, arbeidsledig alenemor med lekkende stomi og fatigue. ●



Fakta

MI Motiverende samtaler.

Av Barbro Holm Ivarsson,
Liria Ortiz
Gyldendal Akademisk, 2016
115 sider
ISBN 978-82-05-49242-4

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen

Praksisnær innføring

ANMELDELSE: Barbro Holm Ivarsson, psykolog, og Liria Ortiz, psykoterapeut, har skrevet en kortfattet, men glimrende innføring i kommunikasjonsmetoden «motiverende samtale».

Kommunikasjonsmetoden MI (motivational interviewing) ble utviklet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick for tre tiår siden. Miller og Rollnick sin nyskrevne tredje utgave av *Motivational interviewing* er en mer omfattende bok og gir dybdekunnskap om det teoretiske grunnlaget og utviklingen av metoden, og foreligger nå i norsk språkdrakt. Kommunikasjon mellom sykepleier og

pasient er i kjernen av sykepleieutøvelse, og slik sett er emnet aktuelt for alle sykepleiere uavhengig av arbeidsfelt. En rød tråd i Ivarsson og Ortiz sin bok er søken etter og respekt for den eldre pasientens eget syn på sin situasjon og arbeid for løsninger som pasienten kan akseptere. På den måten er boken aktuell i lys av kravet om brukermedvirkning.

Boken er nært knyttet til endringsarbeid, og forfatterne tar for seg grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, holdningssettet knyttet til metoden motiverende samtale og kommunikasjon tilpasset pasientens motivasjon for å gjøre endringer i eget liv. Særlig

lærerrike er avsnittene og eksemplene som tar for seg kommunikasjon når motstanden mot endring er stor. Forfatterne foreslår om å tilby informasjon i form av dialog er også interessant.

Boken er troverdig og praksisnær. Den har bredde i deknningen av kommunikasjon i arbeid med eldre mennesker og har et eget kapittel om samtaler ved kognitive og språklige vansker. Forfatterne skriver også om kommunikasjon i saksbehandling, kollegaveiledning og rådgivning i egne avsnitt. Forfatterne bruker mange og gode eksempler, og gjennom eksemplene lyser en holdning preget av vilje til handling, vennlighet og tro på et godt utfall av samtale. ●

Bok-stafetten

Jorunn Mathisen I bokhylla mi

LITTERATUR: I dag er det ikke i bare bokhylla vi har våre bokskatter. En av mine er i samlingen av lydbøker. Tittelen er *Sisters in Arms – British Army Nurses tell their story*. Den er skrevet av journalisten Nicola Tyrer som har samlet engelske sykepleieres spesielle erfaringer under andre verdenskrig. Jeg får vite om sykepleiers erfaringer under horrible forhold i Japan der kollegaer ble voldtatt, torturert og drept. Hvordan det var å ta seg av syke på overfylte skip med flyktninger fra Singapore mens fiendens fly passerer over. Jeg hører om pleie av soldater i Nord-Afrika der det i tillegg til alle andre utfordringer også var vannmangel og sandstormer. I India blir heten og infeksjonssykdommene de store utfordringene. Sykepleierne forteller fra D-dagen og fra uthenting av fangene i konsentrasjonsleirene. På denne måte gir boken meg et innblikk i krigens gang i hele verden og spesielt; sykepleiere og sykepleie under denne krigen.

Jorunn Mathisen gir staffpinnen videre til førsteamanuensis **TONE ELIN MEKKI** ved Høgskolen i Bergen. ●



NAVN: Jorunn Mathisen
STILLING: Dosent i Sykepleievitenskap
ved Høgskolen i Østfold

Les, lær og bli klok

ANMELDELSE: Noen bøker blir bare bedre jo lenger ut man kommer i dem. Kanskje det skyldes at når man får «lest seg inn» i stoffet, blir det lettere tilgjengelig og mer interessant? *Moderne personlighetspsykologi* er en relativt lettlest bok uansett om man har lest mye om temaet fra før eller ei. Den er både humoristisk og godt skrevet, med gjenkjennelige eksempler, og temaet i seg selv er spennende. Kanskje man til og med lærer litt om seg selv mens man pløyer seg gjennom de ni kapitlene?

Boka er inndelt i temaene rundt biologi og evolusjon (personlighetens havende side), motiver, mål og handling (den gjørende siden) og relasjonene og fortellingene vi skaper rundt oss selv (personlighetens skapende side). Denne måten å presentere personlighetspsykologien på fungerer, fordi boka steg for steg belyser temaet fra ulike vinkler, historisk og kulturelt. Hvem er det vi egentlig er, og hvordan presenterer vi oss, hva er vår fortelling om oss selv? Ett av bokas «orakelord», er at man selv skaper sin historie. Tilskriver man negative opplevelser i livet negativ betydning, eller bruker man erfaringene til vekst?

Bokas forfattere går grundig inn på emner som motivasjon og handlingsmønstre, selvet og identiteten, og om personligheten kanskje bare er en konstruksjon som vi selv kan skape ut fra

tid, sted og sosial kontekst. Boka tar opp personlighetens behov for stimulans og struktur og belyser hvordan mennesker med høyt stimulansbehov gjerne bedriver ekstremsport og kan ha tilsvarende mindre behov for struktur. Målet for de fleste av oss er å balansere sånn noenlunde midt i mellom og akseptere begge sider av personligheten.

Psykiater Finn Skårderud er medredaktør i dette danske bokprosjektet fra 2014. Når boka nå foreligger på norsk var det spesielt interessant å lese kapittelet han har skrevet; Personlighetens psykodynamikk. Han gir en fin innføring i begrepet mentalisering, altså evnen man har til å forstå den andre og se seg selv i dette samspillet. Det er å forstå sosiale kontekster og å se seg selv utenfra og den andre innenfra – samtidig som man fremdeles er seg. Man empatiserer den andre og danner slik grunnlaget for en personlighet som er godt rustet for å leve i en kompleks verden.

Eneste lille innvendig mot boka er at den ene danske forfatteren trekker inn terroristen fra 22. juli som et eksempel på vitenskapelig uenighet om hva personlighet er. Det virker helt søkt å bruke dette ekstreme tilfellet. Det burde kunne finnes andre eksempler. Bortsett fra det, anbefales *Moderne personlighetspsykologi* til fagfolk i psykisk helsefelt, men også til alminnelige lesere. ●



Fakta

Moderne personlighetspsykologi

Av Henrik Høgh-Olesen,
Thomas Dalsgaard,
Finn Skårderud (red)
Gyldendal
Akademisk, 2016
336 sider
ISBN 978-82-05-48549-5

Anmelder: Håkon
Johansen

«Det er ikke tilværelsen av i dag, men steinaldermenneskets utfordringer på savannen [...] de medfødte programmene er myntet på å skulle hjelpe til å overvinne.» Jill Byrnit



Etter 200 år opplever Riksrevisjonen sin storhetstid som offentlig refser. Mange mener institusjonen har blitt for mektig.

Passer på skattepengene våre

● Tekst Bjørn Arild Østby

Riksrevisjonen framstår som «en frittgående sulten vaktbikkje som knurrer mot alt og alle, og som ingen tør irettesette», ifølge et notat fra tankesmien Civita.

En annen kritiker er administrerende direktør Anne-Kari Bratten i Spekter. Hun har ikke problemer med at kontroll og tilsyn er nødvendig for å hindre lovbrudd og sikre bedre offentlig ressursbruk:

– Men med nulltoleranse for feil risikerer vi at virksomheter blir mer opptatt av å unngå feil enn av å utvikle seg. Vi trenger en Riksrevisjon som passer på at fellesskapets midler blir forvaltet slik Stortinget har bestemt. Men målet må være best mulig kontroll, ikke mest mulig kontroll.

«...GJENNEMSEE STATENS REGNSKABER...»

Hvem er denne 200-åringen som i dag får statlig forvaltning til mer eller mindre å legge seg flat?

Institusjonen er et direkte resultat av etableringen av staten Norge og Grunnloven av 1814. Den fastslo nemlig at Stortinget skulle «utnevne fem Revisorer, der aarligen skulle gjennomsee Statens Regnskaber...».

Den første oppgaven Riksrevisjonen – den gang Statsrevisjonen – fikk, var å revidere regnskaperne til den statlige Rigsbanken. Revisjonen inneholdt en rekke kritiske merknader til regnskapsførselen, uten at det fikk alarmklokkene til å ringe.

Først året etter ble Norges største bankunderslag avdekket. Bankens daglige leder hadde bedrevet omfattende privat spekulasjon med bankens midler. Underslaget på 100 000 spesidaler utgjorde 7 prosent av statens årlige utgifter på den tida.

Korrupsjon var svært utbredt. Arven fra eneveldets økonomiske misligheter i forvaltningen var en stor utfordring for den nye staten. For de fem deltidsansatte statsrevisorene medførte det

en overdreven vektlegging av regnskapsteknisk revisjon og ansvarskontroll. En detaljorientering som kom til å prege Riksrevisjonens virksomhet de første 100 år.

FIRE ÅR PÅ ETTERSKUDD

I dag er Riksrevisjonen en av Stortingets viktigste organer for kontroll av regjering og forvaltning. Det skjer gjennom revisjon av statsregnskapet, som viser hvordan forvaltningen har brukt statens penger, og om det er i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger. Slik har det ikke alltid vært.

Det første statsregnskapet for Norge som selvstendig stat kom i 1815. Først i november i 1819 mottok Statsrevisjonen regnskapet. Nærmere fire år etter at regnskapsåret var slutt. Ambisjonen til daværende Statsrevisjonen var å ha ferdigstilt revisjonsrapporten innen rimelig tid, det vil si 8–10 måneder etter regnskapsårets slutt. Denne ambisjonen ble først nådd i 1973, etter mer enn 155 års virksomhet.

REGNSKAP OVERLEVERT I KASSER

Da Erik Larsen Kvakkestad begynte hos Riksrevisjonen i 1977, fikk han på sin første arbeidsdag overlevert 20 gule kasser som inneholdt halvårsregnskapet for vegvesenet. Kassene måtte åpnes med hammer og brekkjern. Han – med dataopplæring fra Forsvaret, erfaring som saksbehandler i Forsvarsdepartementet og økonomisjef i et

amerikansk dataselskap – måtte deretter ta for seg hvert enkelt bilag og sjekke at de stemte med postene i regnskapet.

Den rutinepregete og arbeidsintensive regnskapstekniske revisjonen var en viktig del av virksomheten ved Riksrevisjonen fram til midten av 1970-årene. «Mild i form, sterk i sak» var leveregelelen. Her var ingen refser.

Utad gikk Riksrevisjonen stille i dørene. Den formelle kommunikasjonen med Stortinget foregikk via Dokument 1 (årlig revisjon og kontroll for budsjettåret) som ble lagt fram hver høst. I dette dokumentet var «til observasjon» den sterkeste anmerkning. Riksrevisjonen var svært forsiktig med kritisk revisjon. Dette for å unngå anklager om å opptre som en politisk aktør.

I den såkalte Dokument 3-serien publiserer Riksrevisjonen i tillegg fortløpende rapporter om forvaltningen av statens interesser i selskaper. I fjor kom det totalt 32 rapporter.

NY RIKSREVISOR-ROLLE

Riksrevisjonens utvikling de siste 40 årene har vært bemerkelsesverdig. Fra å være et organ i skyggenes dal til å bli en media-yndling. Fra å gi kortfattede bemerkninger til å gi lange rapporter, og fra utelukkende å vurdere regnskaper til også å vurdere resultater.

Bjarne Mørk-Eidem ble Riksrevisjonens leder i 1990 og var i embetet til 2005. Han arrangerte den første pressekonferansen i forbindelse med presentasjonen av Riksrevisjonens viktigste dokumenter. Det skjedde allerede høsten 1990.

Aktiv markedsføring, tilrettelegging og spissing av konklusjoner overfor media hadde til da vært uhørt. Mørk-Eidem etablerte en ny riksrevisor-rolle, som et kjent ansikt i media og som offentlig refser. Den økte oppmerksomheten rundt Riksrevisjonens

«Riksrevisjonen har gått fra «mild i form, sterk i sak» til «riksrefser».»

Fakta

1814: Grunnlovens § 75 k om valg av fem statsrevisorer

1816: Det første collegium velges av Stortinget 22. jun

1821: Den første instruks for statsrevisorene vedtas av Stortinget 28. juli

1822: Revisjonsdepartementet opprettes

1882: Statsrevisorene foreslår at all revisjon må legges under Statsrevisjonen

1918: Statsrevisjonen og Revisjonsdepartementet slås sammen under fellesnavnet Statsrevisjonen. Ca. 80 tilsatte.

1938: Stortinget vedtar med (64 mot 63 stemmer) at Statsrevisjonen endrer navn til Riksrevisjonen.

1973: Edb-kontoret opprettes.

2004: Ny lov om Riksrevisjonen (riksrevisjonsloven) trer i kraft 1. juli.

Kilde: Harald Espeli og Yngve Nilsen: Riksrevisjonens historie 1816-2016 (Fagbokforlaget 2016)



FØR: Riksrevisor Lars Breie (1950-1978) med en gammel protokoll. Foto: Ole Christian Frenning/Aftenposten.



REFSER: Bjarne Mørk-Eidem (1990-2005) etablerte en ny riksrevisor-rolle. Foto: Bjørn Sigurdson / NTB Scanpix



UT AV SKYGGEN: Utvikling de siste 40 årene har vært bemerkelsesverdig. Foto: Riksrevisjonen

innspill ble etter hvert møtt med skepsis. Forvaltningen fryktet at den økte vekten på forvaltningsrevisjon truet deres integritet. En annen innvending var at korrespondansen mellom Riksrevisjonen og departementene ble allment tilgjengelig før revisjonen var gjennomført og konklusjonene trukket. Men det stoppet ikke Riksrevisjonen.

Mørk-Eidem var også drivkraften bak opprettelsen av Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité i 1993. Dette som et ledd i å styrke den parlamentariske kontrollen. Riksrevisjonen har seinere vært den viktigste leverandøren av saker til kontroll- og konstitusjonskomiteen gjennom løpende oversendelser av ulike rapporter.

I løpet av 1990-årene gjennomgikk Riksrevisjonen større endringer enn de foregående 70 år. Riksrevisjonen gikk fra «mild i form, sterk i sak» til «riksrefser».

I årene 2006 til 2013 ble 28 ulike departementer, statsråder, sektorer, etater, offentlig ordninger og politiske prosjekter, med medienes ord «slaktet» av Riksrevisjonen. Institusjonen fant det ikke lenger riktig å pakke kritikken inn i et revisjonsfaglig stammespråk.

MØTER ØKT KRITIKK

Fra å ha levde et liv i skyggenes dal, framstår den 200 år gamle Riksrevisjonen i dag som en mektig

institusjon i norsk politikk og forvaltning. For mektig mener flere.

I et nylig publisert blogginnlegg skriver direktør Øystein Børmer i Direktoratet for økonomistyring (DFØ):

– Jeg har inntrykk av at det i deler av staten er blitt for stor grad av automatikk i at påpekninger fra Riksrevisjonen skal følges opp. Kritiske funn skal selvsagt tas tak i umiddelbart, men mye må betraktes som innspill til videreutvikling som bør veies opp mot mange andre gode tiltak. Det er viktig å vurdere hva som er viktigst, og disse vurderingene ligger ikke til Riksrevisjonen. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Quiz

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

1 Hvilke to typer fett finnes i cellemembranen?

A Fosfolipider og kolesterol
B HDL og LDL
C Triglyserider og transfettsyrer

2 Hva fester skjelett-muskulaturen til skjelettet?

A Brusk
B Kalsiumklips
C Sener

3 Hva betyr rigor mortis?

A Dødskramper
B Dødsstivhet
C Dødelig kulde-skjelving

4 Hva er patella?

A Den spanske nasjonalretten
B Kneskål
C Underarmsbein

5 Hvor ligger binyrene?

A På toppen av nyrene
B På siden av nyrene
C Under nyrene

6 Hva gjør binyrene?

A Renser urinen før den når nyrene
B Skiller ut fett fra nyreveggene
C Produserer hormoner

7 Hva skiller brysthulen fra bukhulen?

A Leveren
B Ribbeina
C Diafragma

8 Hvilket næringsstoff er alene om å inneholde nitrogen?

A Proteiner
B Karbohydrater
C Kostfiber

9 Hva er den latinske betegnelsen på huden?

A Derma
B Cutis
C Hudis

10 Hva er mons pubis?

A En pubertal gutt
B Kjønnshår
C Venusberget

PUBERTAL: Er dette en typisk Mons pubis? Foto: Colourbox

0 poeng

Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?

1 poeng

Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.

2 poeng

Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.

3 poeng

Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

4 poeng

Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.

5 poeng

Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.

6 poeng

Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.

7 poeng

Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.

8 poeng

Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!

9 poeng

Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?

10 poeng

Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1A, 2C, 3B, 4B, 5A, 6C, 7C, 8A, 9B, 10C

Randis hypokonderkryssord

	OM-RADE	SÅR	SKIPS-FORK.	GIFTIG	LEGE	LIK	SYKT ORGAN		KOSE HELG-EN		ANE-STESI	SEN-SER	TID	ORG.	TAN-KER	RUM-PER
OKTOB-ER																
IVARE-TAKEL-SE							ORGAN	DRIKK KONJ.		VEKST	KUNST				TALL	
TYDES		TITTE	SOLO		BOK-STAV			TIL-LATER REDSK.					RO-VE			
					DRIKK FLIRE						LEVER				RYDDE TALL	
GAM-MEL						MASKIN			TRØTT STA		JULE					FARGE
SINT		ØKE KÅT				BRA STI				YTRE		INTERJ.	DRYPP	OBSI-ENER		FUGL
			BYGE		BRA LEVER			ROM VRÆL				BORTE			GUD GLO	
ORGAN				LIKE			PLAGG					REVNE				
SLAN-KING-ENE																

Se løsning på kryssord side 88.



Meninger

Del 4 Sykepleien 09 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



MANGLERUDHJEMMET: Andre kan få til det samme som her, mener en begeistret Bård Hoksrud, Frps eldregeneral.

For blid

Sykehjemsbesøk. Frps Bård Hoksrud får beskjed om å være mer sint, men får det ikke til. **76**



Hygiene.

Det enkleste er hånden. **74**



«Hvordan et sykehus drives, bør bestemmes i samarbeid med oss som faktisk jobber i sykehushets korridorer.»

Ina Johnsen Nemati. **73**



Sykepleien Forskning. Skal bli like bra på nett. **71**



Sykepleierne representerer den største og sterkeste innovasjonskraften i Helse-Norge.

Innovativ sykepleie



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Helsetjenesten er i endring – pasientene blir flere og de blir eldre. Sykehusene som bygges nå er mindre enn de gamle. På den andre siden vokser det frem helsehus, nye medisinske sentre og virtuelle avdelinger. Pasientene får tilbud om behandling på flere steder, gjerne hjemme hos seg selv.

Midt oppi dette mangler vi sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Skal vi klare å løse utfordringene i helsesektoren, holder det ikke å se på bemanningssiden. Vi har også et ansvar for å utvikle selve sykepleiefaget! Det ansvaret tar vi med glede.

KLARER IKKE INNOVASJON UTEN OSS

Innovasjon er ikke noe mystisk som er forbeholdt forskere og næringsliv. Ofte handler det om å sette sammen kjente ting på en ny måte. Slik kan innovasjon løse et problem eller gi en bedre tjeneste, og vi kan ta det i bruk med en gang.

Hver dag møter vi sykepleiere øyeblikk der vi ønsker å gjøre ting enda bedre, enten vi er sammen med pasienter, under-viser eller forsker. Ta vare på disse øyeblikkene og bruk dem. Vår innovasjonskraft er avgjørende for å finne gode løsninger på utfordringene i helsesektoren. Helse-Norge kan ikke greie omstillingen uten at sykepleierne går foran og presenterer nye løsninger.

VI MÅ TA MER PLESS

NSF har bedt Sintef gjennomføre en studie av sykepleiere som innovatører i helsetjenesten. De foreløpige konklusjonene viser

Vi må også vise hvor smart det er å investere i sykepleiere. Ved å stille opp med det beste av kompetanseutviklingsstøtte, videreutdanning og vedlikehold av kompetanse vil arbeidsgiverne og helsepolitikkerne oppleve at de får mangfold igjen.

KLARTE Å REDUSERE TVANG

Ved Psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus finner vi et godt eksempel på innovasjon. Ved inntaksposten satte de i gang et pilotprosjekt for å redusere bruken av tvang. Den ferdigmonterte beltesenga ble tatt vekk. Hvordan kunne de best snakke med pasientene for å unngå mulige tvangssituasjoner? Dette jobbet de med å finne ut. De intervjuet også pasienter som hadde høy voldsrisiko – om nettopp vold. Takket være dette arbeidet klarte de å redusere bruken av beltesenger med hele 80 prosent.

Regjeringen vil gjerne ha nye primærhelseteam, oppfølgings-team og ny aktivitet i poliklinikkene. Stadig mer av sykehus-behandlingen skjer i poliklinikker eller som dagbehandling. Her brukes vår ekspertkompetanse som sykepleiere på nye måter, for eksempel i hjertesvikt- og diabetespoliklinikker.

VELKOMMEN TIL FRAMTIDEN

Nytenkning og innovasjon i helsetjenesten handler om å møte framtidens utfordringer og behov ved å utvikle og ta i bruk ny teknologi, ny kunnskap og nye måter å organisere arbeidet og fordele oppgavene på.

NSF ønsker utviklingen velkommen og ønsker å ta den videre. Vi har mange forslag til enda bedre løsninger for pasienter, pårørende, sykepleiere og helsetjenesten for øvrig. Det ser vi fram til å diskutere med den politiske ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet. ●

«Vi har mange forslag til enda bedre løsninger.»

at sykepleiere er svært gode til å bruke sin fagkunnskap og sitt overblikk til å finne gode løsninger. Dette viser hvor viktig nytenkningen vår er, både for pasientene, sykepleien og hele helsetjenesten. Det viser også at vi må ta enda større plass enn vi gjør i dag. I omstillingen av den norske helsetjenesten må vi snakke enda mer om vår kompetanse, om våre kunnskaper og våre ferdigheter. Vi må vise at vi er tydelige, modige og stolte.



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Sykepleien Forskning skal bli like lekkert på nett som papirbladet har vært. Papir er det nå slutt på.

Les Sykepleien Forskning på nett!



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

Den siste uken har vi registrert at en av våre forskningsartikler, «Kan vi stole på urinstiks» av Stine Veronica Eriksen og Pia Cecilie Bing-Jonsson, er nådd ut til nesten 25 000 personer på Facebook. Dette lover godt for fremtiden!

Forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund (NSF) har bestemt at papirutgaven til Sykepleien Forskning skal utvikles, og fra høsten 2016 blir forskningsartikler bare publisert digitalt. Samtidig har Sykepleien trappet opp satsingen på forskningsformidling og har fått styrket staben sin med én forskningsjournalist.

FACEBOOK NÅR LESERNE

Det at vi nå har blitt nettbasert, krever en helt ny måte å tenke publisering på. Som vi så av den nevnte artikkelen, er det ingenting som slår Facebook som publiseringskanal. Vi vet at våre lesere bruker Facebook, og vi ønsker å nå ut til flere. Vi vil aktivisere deltakerne i diskusjoner om aktuell forskning. I tillegg planlegger vi at alle medlemmene av NSF får tilsendt e-post med nyhetsbrev som kort omtaler forskningsartikler, oppsummert forskning og annet forskningsnytt, med lenker til nettversjonen. Sammendrag av forskningsartiklene blir presentert på egne sider i Sykepleien, med kode til fulltekstversjonen på nett.

«Vi prøver å gjøre artiklene like gode å lese i nettversjonen.»

STUDENTENE SKJØNTE IKKE PROBLEMET

Hvordan skal vi unngå at norske sykepleiere slutter å lese artiklene våre når Sykepleien Forskning ikke ligger tilgjengelig på stuebordet? Jeg spurte noen tilfeldig utvalgte sykepleierstudenter hva de mente om det at bladet nå bare kommer i nettversjon. De skjønnte ikke problemstillingen.

I en leserundersøkelse gjort av Ipsos MMI våren 2015, stilte de følgende spørsmål til et representativt utvalg av sykepleiere:

«Dersom Sykepleien kun hadde blitt utgitt digitalt og ikke på papir, hadde du da fortsatt å lese tidsskriftet?» 39 prosent svarte at det kommer an på tidsskriftets digitale kvalitet.

Vi prøver å gjøre artiklene like gode å lese i nettversjonen, med fine bilder eller illustrasjoner, tydelige figurer og tabeller. På nett kan vi lenke til relevante artikler. Vi ønsker også å få referansene interaktive, noe som vil gjøre artiklene enklere å bruke for dem som ønsker å fordype seg videre.

KOMMER PÅ ENGELSK OGSÅ

Nå tilbyr vi også profesjonell oversetting av alle forskningsartiklene til engelsk. Den engelske utgaven publiseres i tilknytning til den norske artikkelen på nett. Målet er å bli indeksert på engelsk i CINAHL og PubMed/Medline. Dette vil gjøre det enda mer attraktivt for alle sykepleieforskere å publisere hos oss. Sykepleien Forskning vil med denne indekseringen nå ut til et mye større publikum enn i dag, og norsk sykepleieforskning blir lett søkbar og tilgjengelig i de største internasjonale helsedatabasene. Når dette blir en realitet, vil artikkelen om urinstiks sannsynligvis bli referert til i andre studier om samme tema. Den kan også inspirere sykepleiere i for eksempel England og Canada til å vurdere egen praksis. ●



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard
er fast skribent i Sykepleien.



I arbeidet med antibiotikaresistente bakterier er det ikke nok å bare fokusere på feilbruk og utvikling av nye preparater.

Glemmer det enkleste – hånden

Fakta

Elisabeth Finnbakk

Høyskolelektor og PhD-student Lovisenberg diakonale høyskole

Camilla Olaussen

Høyskolelektor Lovisenberg diakonale høyskole

Lena Heyn

Førsteamanuensis Lovisenberg diakonale høyskole

Fall kan være skadelig og farlig, forteller litteraturen. Det understøttes av egen erfaring. Et ankelbrudd, forstuing av det andre beinet og hard medfart for halebeinet snudde opp ned på hverdagen for en av oss i sommer. Dette handler ikke om utfordringene fallet medførte. Det handler om å ha vært pasient på akuttenheten og kirurgisk sengepost på et sykehus og senere i hjemmesykepleie. Som pasient var det avgjørende å oppleve effektiv smertelindring i tillegg til grundig og empatisk kommunikasjon. Verre stilt var det med håndhygien. Den bekymringen er verd noen refleksjoner.

FARE PÅ FERDE

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer resistensutvikling mot antibiotika som en global trussel (1). Her hjemme har media nylig vært opptatt av MRSA-smitte på nyfødt intensiv på Universitetssykehuset Nord-Norge (2). Vi er enige med Gahr Støre, Micaelsen og Huitfeldt: Nå er det fare på ferde, og vi trenger årvåkenhet fra fagmiljøene (3). Men, for at Norge skal kunne ta en ledende rolle i arbeidet med antibiotikaresistente bakterier, holder det vel ikke å fokusere på feilbruk og utvikling av nye preparater? For å beskytte svake pasientgrupper mot alvorlige infeksjoner trengs et virksomt smittevern med høy kvalitet. Korrekt håndhygiene kan hindre alvorlig smitte og øke pasientenes sikkerhet. Det stiller krav til helseprofesjonene; vi må kunne og omsette i handling!

«Håndhygiene er et av de viktigste og mest kostnadseffektive smitteverntiltak.»

HYGIENISKE MANGELLAPPER

Å være pasient i en akutt situasjon betyr at man har liten kontroll over det som skjer. Tvil til side; på tross av travel kontekst var erfaringen at behov ble sett, satt ord på og velvillig dekket. Erfaringen som imidlertid ble brysom, var mangler knyttet til håndhygien. Hånddesinfeksjon eller håndvask ble ofte utelatt av sykepleiere og leger og andre, enten det var fra den ene til den andre pasienten i flersengsrom på akuttenhet eller på sengepost, eller sågar inn og ut av ulike prosedyrer. Et

tankekors var at vi var pasienter fra flere tosengsrom, noen av oss nyopererte og andre i behandling for infeksjon etter operasjoner, som delte et knøttlite bad og toalett. Det er jo ikke spesielt gode rammer for forebygging av smitte!

STELLEFRAKKEN

Jeg må få med noen få ord om manglende bruk av stellefrakk/beskyttelsesfrakk, som er anbefalt brukt ved utførelse av arbeidsoppgaver der det er risiko for forurensing av arbeidstøy (4,5). For stellefrakken, den glimret med sitt fravær, både på sykehuset og i hjemmesykepleien, vel å merke sett bort fra hjelp til en dusj som nyoperert. Da ble stellefrakken brukt som beskyttelse for vann. Den ble altså ikke brukt systematisk for å holde arbeidstøyet rent og forebygge kryssmitte/smitteoverføring.

KONSEKVENSER FOR PASIENTENE

Helsepersonells valg og handlinger i praksis har konsekvenser for pasienters liv og helse.

Når det slurves med for eksempel håndhygiene, vil hendene kunne overføre smittestoff fra omgivelsene til pasient, og fra pasienten til miljøet. Det kan føre til infeksjoner som kan få alvorlige konsekvenser for pasienter med lengre behandlingstid, smerter, lidelse og i verste fall død.

Undersøkelser i Norge har vist forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehjem med 5,5 prosent (6) og 4,5 prosent for sykehus (7). Infeksjonene fører til behov for økt bruk av antibiotika. Og alvorret er tydelig, nylig er det publisert en artikkel om dødsfall i Norge nettopp på grunn av antibiotikaresistens (8).

HELSEPROFESJONENE PÅ SITT BESTE

Tilbake til pasienterfaringen. Arenaen var først en sengeplass i en type akuttenhet på et flersengsrom. Skilleveggen mellom sengene var florlette, tette gardiner. Egne og andres lyder ble alles eie, og vi var vitner til hverandres stillfarne samtaler med helseprofesjonene gjennom døgnnet. Komplisert kunnskap ble tålmodig omsatt og tilpasset til et betryggende nivå av sykepleiere og legespesialister til engstelige og mindre engstelige pasienter i ulike aldre. Den virkelig gode erfaringen var at flere

SMITTEVERN: Artikkel-
forfatterne etterlyser mer
oppmerksomhet på hånd-
hygiene. Foto: Colourbox

var gode til å «lese» usagte behov (9), som når en sykepleier med nyve i pannen spør om alt egentlig er bra – eller når anestesilegen spør «Hva er din bekymring?».

Hedersprisen går til første natts møte med en erfaren hjelpepleier. Da hun skulle hjelpe meg opp til et nattlig ærend fra en seng med et hav av puter og utstyr, sier hun disse kloke ordene: «Fortell meg hva du trenger og hvordan – og jeg skal hjelpe deg». Da kom tryggheten sigende, for her ble smertene satt i sentrum og hjelpepleieren ga bort styringen. En viss faglig korrekthet var det jo også i dette da, å ta utgangspunkt i hva man klarer selv, altså egne ressurser og funksjonsnivå.

«DET ENKLE ER BEST ...»

Vi er bekymret for erfaringen med svikt i håndhygiene. Håndhygiene er et av de viktigste og mest kostnadseffektive smitteverntiltak for å redusere smitteoverføring og forebygge spredning av antibiotikaresistente bakterier (10). Det er også det enkleste tiltaket.

Gahr Støre, Micaelsen og Huitfeldt (3) etterlyser helter til å ta lederskap og handling. Men det holder ikke å gjøre dette bare på et politisk plan. Fagmiljøene må med. Smittevern krever økt fokus. Mer kunnskap må omsettes i handling. Vi vil være med. ●

REFERANSER

1. WHO, 2015. Antibiotic resistance. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/> Lastet opp 1. September 2016.
2. Holdal E & Hansen HI (2016) Ytterligere fem personer bekreftet smittet av MRSA-bakterien. NRK, Troms 5. september. <https://www.nrk.no/troms/ytterligere-fem-personer-bekreftet-smittet-av-mrsa-bakterien-1.13121133> Lastet opp 10. September 2016.
3. Gahr Støre J, Micaelsen T & Huitfeldt A (2016) Den globale helsetrussel. NRK Ytring 9. September. <https://www.nrk.no/ytring/den-globale-helsetrussel-1.13125756> Lastet opp 10. September 2016.
4. Folkehelseinstituttet (2009) Basale smittevernrutiner i helsetjenesten. Hentet fra www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09-basale-smittevernrutiner-i-hels/
5. Akselsen, P.E., Elstrøm, P. (red) (2012) Smittevern i helsetjenesten. Gyldendal Norsk Forlag AS 2012, 2 utg.
6. Folkehelseinstituttet (2016) Forekomst av infeksjoner og bruk av antibiotika i sykehjem våren 2016. <https://www.fhi.no/nyheter/2016/nois-resultater-varen-2016/> Lastet opp 31. August 2016.
7. Folkehelseinstituttet (2016) Infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, våren 2016. <https://www.fhi.no/nyheter/2016/infeksjoner-og-antibiotika-i-sykehus-nois-varen-2016/> Lastet opp 31. August 2016.
8. Berild D (2016) Et uventet dødsfall? Leder. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 14/15. 136:1182. <http://tidsskriftet.no/article/3506942> Lastet opp 5. September 2016.
9. Heyn L (2015) Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I Holter, IM og Grov, EK (red) Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie – Sykepleieboken 1. Oslo: Cappelen Damm
10. Folkehelseinstituttet (2016) Smittevern 23. Håndhygiene. Nasjonal veileder. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/handhygieneveilederen.pdf> Lastet opp 3. September 2016





Tidlegare i haust såg vi fargesprakande reklame for «grand opening» på Gardermoen.

Galskapens teater



Fakta

Anders Folkestad

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Det handla ikkje om opning av nye avgangshallar. Nei, det handla om større og flottare areal for «Duty free». Dobbelt så stor plass – nesten som ei fotballbane – for alkohol, tobakk, sjokolade og god lukt! Det skulle bli endå betre organisering, fleire kasser, raskare køavvikling.

MERKELEG FENOMEN

Eg har ikkje vore der etter nyopninga. Men eg tvilar ikkje på at det er lagt til rette for fri flyt. Utgangspunktet var bra frå før. Det finst knapt ein plass i heile landet med så velorganiserte betalingskøar. Kundane får instruksar både ved hjelp av teknologi og hyggelege betjentar. Og det trengst orden i galskapen når hordar av reiseglade nordmenn inntar denne scena. Dei skal bli endå gladare av å haste rundt med handlevogner i jakt på billeg alkohol og tobakk.

Dette er eit merkeleg fenomen. Kven fann på at å reise utanlands skal belønnast med ei kvote alkohol – utan avgift til staten?

Tidlegare var det meir tungvint. Du måtte handle før du landa i Norge. Men i takt med aukande reiseaktivitet blei reglane endra for nokre år sidan. Og nåde den politikar som er skeptisk til eit slikt gode til dei reisande. Og til Avinor og staten, som får store leigeinntekter.

FORKØYRSRETT

Taxfree-businessen har forkøyrersrett. Det såg vi tydeleg då strenge sikringstiltak blei innførde verda over etter 11. septem-

på folk til å kontrollere pass. Ei oppgåve som neppe er mindre viktig enn å selje taxfree. Paradokset er så slåande at det blir øyredøyvande taust. Vi høyrer så vidt ein justisminister som toar hendene sine.

Rett nok har det vore kritiske røyster til det aukande tax-free-omfanget. Somme har antyda at Vinmonopolet bør overta drifta. Men forslag om endringar blir møtt med at Avinor treng desse inntektene, og at bortfall av taxfree-pengar vil ramme flyplassane i distrikta. Det er ikkje til å tru: Flyplassnettet og trafikken her til lands er avhengig av at folk får kjøpe alkohol og andre godsaker avgiftsfritt!

STATEN, PENGER OG BILLIG RUS

Eg har også handla i taxfree-butikken. Så eg går ikkje fri. Likevel vil eg heie på politikarar som maktar å rydde vekk eller avgrense denne merkelege oppfinninga. Ikkje fordi eg er fråhaldsmann. Men vi kjem ikkje unna at alkohol er helseskadeleg, og påfører samfunnet og enkeltindivid store kostnader og lidingar.

Dette handlar heller ikkje om å få bukt med alkohol eller andre rusgifter. Ein viss hang til rus ser ut til å følgje folk i dei fleste kulturar, og har gjort det i uminnelege tider. Presset på helsebudsjetta snakkar vi derimot ikkje så mykje om.

Men at staten skal halde oss med eit system som stimulerer reisande til å handle billeg rus, med argument om at vi fortener det og at det trengst for å finansiere flyplassar landet rundt, er tøys.

Det er alkohollobbyen som viser styrken sin. Og som har fått gjennomslag for at flyplassar er ein naturleg plass å selje alkohol. Her til lands har dei til og med fått gjennomslag for å drive businessen stikk i strid med norsk alkoholpolitikk. På vanlege butikkar er det uråd å få kjøpe ei flaske øl etter kl. 20. På Gardermoen er det fritt fram heile døgnet – alle dagar. ●

«Det er alkohollobbyen som viser styrken sin.»

ber-terroren. Å få med seg ei flaske vatn gjennom kontrollen er klin umogleg. Men for alkohol fann ein raskt ein utveg. Litt ekstra innpakking og ei kvittering er det som skal til.

Forkøyrersretten blei også demonstrert til fulle no i september. Midt i den storslåtte taxfree-utvidinga stod passasjerar i hopenal bom fast i passkø i naborommet. Desse blei ikkje møtt av eit velsmurt kømaskineri med kasser i hopenal, men av mangel



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Hvordan et sykehus drives, bør bestemmes i samarbeid med oss som faktisk jobber i sykehusets korridorer.

Vi sykepleiere blir ikke hørt



Fakta

Ina Johnsen Nemati

Tillitsvalgt NSF ved barnemottaket, Akershus universitets-sykehus

Vi har leger i alle forskjellige spesialiteter, nye, erfarne og spesialiserte sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, ergoterapeuter, ambulansearbeidere. Listen er lang med gode mennesker som har tatt et valg i livet om å jobbe for å hjelpe andre. De har engasjement og ikke minst omsorgsevne, og de tar seg daglig av andre mennesker i livets krise.

De takler det emosjonelle aspektet ved å være så nær mennesker de ikke kjenner. Og de gjør det med stolthet og æresfølelse over å få være den som får lov til å være der for dem som trenger det.

FØLER MEG HELDIG

Jeg er en av dem og har de siste fire årene jobbet med barn som ankommer sykehus.

Mange har spurt meg: «Hvordan klarer du å jobbe med barn? Er ikke det tungt og vanskelig?». Nei, jeg synes det er veldig givende. Jeg føler meg heldig som får være der for dem og deres foreldre når de trenger det som mest. Jeg har stolthet i arbeidet og i mitt yrke, jeg elsker å være sykepleier.

NOE SKURRER

Men det er noe som skurrer: ledelsen og politikken i dette landet, der folk i lederposisjoner og i regjeringen mener de kan ta gode avgjørelser om hvordan vårt daglige

arbeid skal gjøres best mulig. De vet ikke engang en brøkdel om hvordan det faktisk er å være oss. Og la oss for all del snakke om elefanten i rommet her: Penger!

For tilsynelatende handler alt om penger. Men jo nærmere du kommer «oss på gulvet», forstår du at dette handler om mennesker og menneskeverd. Det handler om å kunne yte forsvarlig helsehjelp og ha god samvittighet når du går hjem fra jobb. Det handler om å ha nok kompetente folk på jobb og ikke innskrenke bemanningen. Det handler om å ha gode lokaler som egner seg for den jobben vi gjør, og det handler om omsorg.

ULIK KOMPETANSE

Nå er det nylig tatt en avgjørelse om å flytte barnemottaket opp til sengepostavdeling i 4. etasje på Ahus. Det vil medføre endring i personalet, da det er flere som slutter og nye som må læres opp. Her skal vi jobbe på tvers av avdelinger fordi det blir sagt til oss at «dere jobber jo grunnleggende med det samme, dere gjør de samme observasjonene

på sengepost som i mottak, og dere har de samme verdiene».

STÅR OM SEKUNDER

Det er ikke godt nok! Det blir som å si til en sykepleier som jobber på voksen sengepost på lungeavdeling at hun like gjerne kan ta en vakt i akuttmottaket eller ved hjerteavdelingen. For de er jo alle voksne, så dermed er det jo grunnleggende likt.

For oss som jobber i mottaket for barn, er ikke dette forsvarlig. Når det virkelig haster, står det om sekunder. Med en heis mellom det «nye» barnemottaket og akuttmottaket, røntgen og CT kan veien bli for lang.

FUNKERER SUVERENT NÅ

Barnemottaket har fungert og fungerer suverent slik det står akkurat nå, med de lokalene og det personalet vi har. Vi har mye kompetanse, godt kollegialt samarbeid og en høy yrkesstolthet. Men vi føler også at vi ikke blir sett når det gjøres slike endringer, og det er derfor vi nå må rope ut. Hør oss! ●

«Det handler om å kunne yte forsvarlig helsehjelp.»



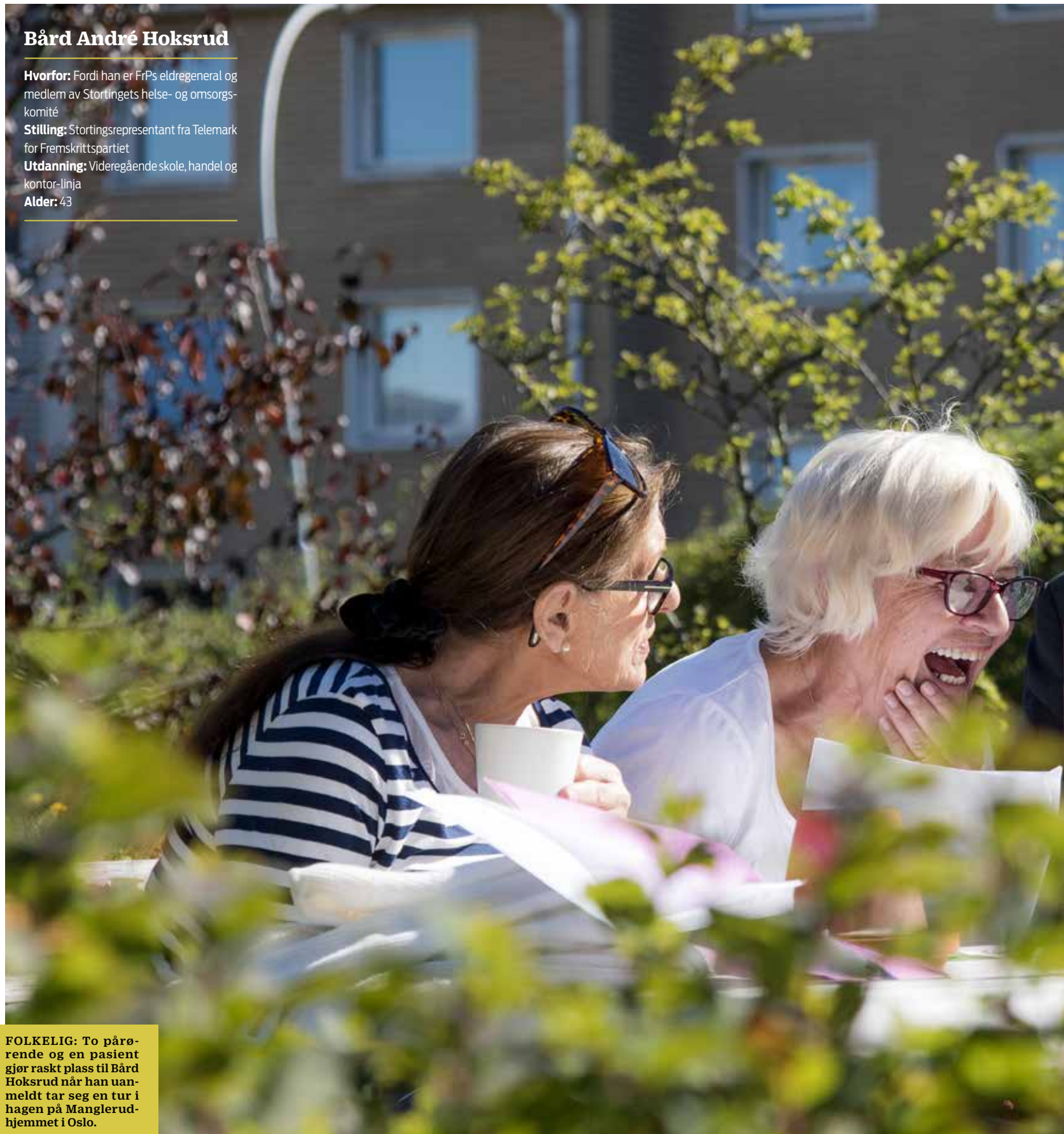
Bård André Hoksrud

Hvorfor: Fordi han er FrPs eldregeneral og medlem av Stortingets helse- og omsorgskomite

Stilling: Stortingsrepresentant fra Telemark for Fremskrittspartiet

Utdanning: Videregående skole, handel og kontor-linja

Alder: 43



FOLKELIG: To pårørende og en pasient gjør raskt plass til Bård Hoksrud når han uanmeldt tar seg en tur i hagen på Manglerud-hjemmet i Oslo.



På tokt med eldregeneralen

Frps Bård Hoksrud er så rund i kanten at han får plass over alt. Han har til og med jobba på sykehjem.

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**





Bård Hoksrud løfter pekefingeren og smiler, der han sitter i den hjemmekoselige, men ubemannede resepsjonen på Manglerudhjemmet i Oslo. Skal han kile noen? Nei, han hytter med den. Tobarnsfaren bor tross alt i en vei som heter «Spanskrøret» på Stathelle i Telemark, når han ikke er i folkets tjeneste på Stortinget.

– Jeg har ikke like lang pekefinger som Alvheim hadde, men den er like harmdirranes, sier Frps eldregeneral på grenlandsdialekten sin og ler så vi glemmer hva det var han var så harm for.

Er det én ting som ikke er typisk Frp ved Hoksrud, så er det hans fullstendige fravær av indignasjon. Dette lite kledelige substantiv som nærmest er blitt et forutsigbart personlighetstrekk hos hans mer profilerte partikolleger som Hagen, Jensen og Sandberg.

– Jeg prøver å være mer sinna, men jeg får det ikke til. Jeg får kjeft fordi jeg er for blid!

SIER JA

Googler du Bård Hoksrud og ser på bildene, popper det opp en emoji-aktig rund og smilende figur. Blid mann spiser pølse, blid mann plukker svenskegodter i et gigantisk påskeegg, blid mann med Pepsi Max og sjokolademelk. Han gliser på snøscooter og Segway. Og for nitimen i NRK poserer han sannelig nysminket med mørk parykk, øredobber og fippskjegg.

Denne mannen sier nemlig ja til det meste. Ikke fordi han tror det skal bli så morsomt, men fordi han ikke liker å skuffe folk, har han fortalt til Dagsavisen.

Derfor var han heller ikke vanskelig å be da Sykepleien ønsket portrettintervju mens vi kunne følge ham på en av hans mange turer rundt i eldreomsorgens Norge. Han prøver nemlig å besøke ulike kommuner og arrangement et par–tre ganger i uka når han ikke må møte på tinget.

«Jeg prøver å være mer sinna, men jeg får det ikke til. Jeg får kjeft fordi jeg er for blid!»

– Jeg gjør det for å få gode innspill. Og jeg vil ikke bare se det som fungerer. Vi må også ta tak i stedene hvor vi kan hjelpe til. Det hender jeg må riste litt i kommunepolitikkerne.

STØTTER ELDTREALLIANSEN

Bård Hoksrud har ellers en forbausende evne til å skaffe seg venner på tvers av partigrensene. I transportkomiteen var han «bros» med SVs Hallgeir Langeland. Sykepleier Trine Jakslund Graff i Eldtrealliansen liker ham også godt, selv om hun ikke stemmer på partiet hans.

– Han er den eneste politikeren som kommer på alle møtene våre. Han har vist en oppriktig interesse, og en forstår at han bryr seg, sier hun.

– Jeg har jo fått muligheten til det. Men det er trist at man må lage folkeopprør for at de som trenger det skal få sykehjemsplass, sier Hoksrud

– HEI!

Hoksrud snur seg smilende mot en eldre dame med gåstol som ser seg forvirret rundt i den ellers tomme resepsjonen.

GUIDET TUR

Frp-politikeren ankom Manglerudhjemmet nesten direkte fra helgas programkomitémøte på Senja, med kommunikasjonsrådgiver Lone Kjølrsrud ved sin side.

Sykepleien trodde han skulle besøke det kommersielt privatre drevne sykehjemmet for demente, det som har vært i alle kanaler i det siste og vist fram både pub, restaurant, aktivitetsrom, spa og butikk med kafé. Det viste seg at kommunikasjonsrådgiveren bare hadde spurt om vi kunne få fotograferer ham i lokalene.

Men så, uten at han gjør noe annet enn å hilse hyggelig på daglig leder («Hilde Helland», hvisker rådgiver Kjølrsrud til ham i øret), befinner vi oss plutselig på en guidet omvisning på det sagnomsuste sykehjemmet. Helland og Hoksrud finner straks tonen.

– Så herlig! Dette blir mer et hjem enn et tradisjonelt sykehjem!

Hoksrud beundrer de gamle bildene av Vålerenga fotballklubb og de ulike tapetene som skaper forskjellig stemning i rommene. Han forteller om et sykehjem i Nederland hvor de hadde tapetsert vekk dørene så pasientene med demens ikke skulle rømme.

– Men de fikk problemer da de hadde tapetsert en hel vegg med skog. Der var det en som tissa, he-he.

GAMMEL KJØPMANN

I pubhjørnet kan sykehjemmets herreklubb møtes en gang i uka. Fysioterapeuten er bartender. Puben kan brukes av alle, og de bestiller øl og vin uten å måtte betale.

– Butikken er den største suksessen. Beboerne tar en handlekurv og fyller opp det de trenger for dagens måltider, forteller Helland.

– Kjempe, vet du! Kosta det mye, vil Hoksrud vite.

Som gammel kjøpmann har han allerede tatt plass bak 70-talls-kassaapparatet i butikken.

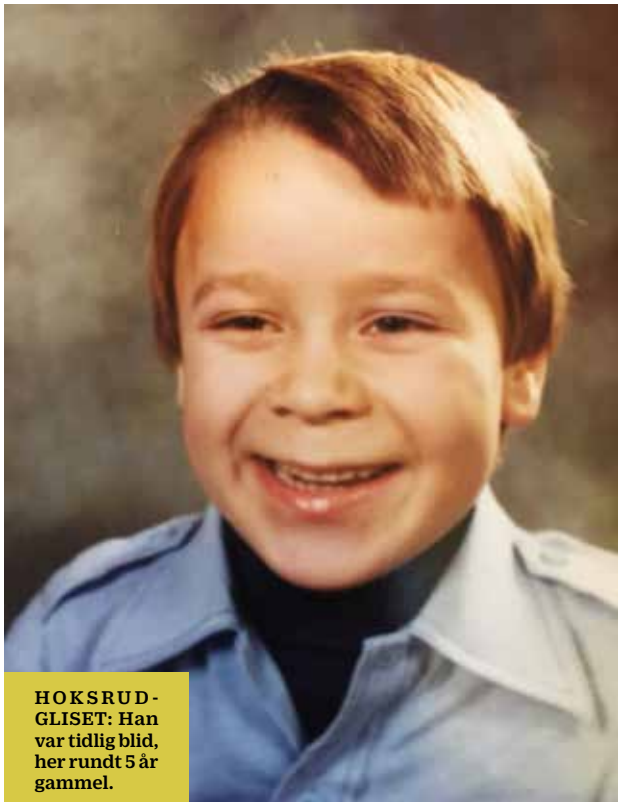
– Nei, mye er fra Finn og Ikea, og så fikk vi 100 000 i prosjektmidler. Resten står Unicare for, sier Helland og legger til at medisnbruken har gått ned med 40 prosent og det totale sykefraværet har gått ned fra 13 til rundt 3 prosent etter at de gjorde om.

– Det er sånn vi ønsker det! Det handler om en ny måte å tenke på, det handler ikke om penger. Dette er fullt mulig i kommunal regi også, det er ikke mye som skal til, sier Hoksrud begeistret.

SYDENTUR

I fjor skrev avisene at Unicare-lederne tjente 35 millioner på eldreomsorg, mens pleierne i kommersielle velferdskonsern fikk 0 kroner i sentrale lønnsoppgjør.

– Er det ok?



HOKSRUD-GLISET: Han var tidlig blid, her rundt 5 år gammel.



SNILLSTRENG: Bård Hoksrud øver seg på å være like harmdirrende som avdøde partikollega John Alvheim.



PUB PÅ HJEMMET: – Dette kan kommunale sykehjem få til også, mener Hoksrud.

– Hadde de vært kyniske mot de ansatte, ville vi sett det på sykmeldingene. Poenget er at kommunene velger dem som kan gi best kvalitet til en gitt pris, sier han og får resonnementet avbrutt av rådgiver Kjølrsrud som påpeker at vi nettopp fikk høre at mye blir investert tilbake fra Unicare.

– Vi har manko på sykepleiere, fortsetter Hoksrud:

– Derfor må private tilby mer for å rekruttere dem, siden folk helst vil jobbe for kommunen. Men kommunen er ikke alltid det beste arbeidsstedet. Jeg vet om to sykepleiere som hadde funnet seg en billig tur til Syden og søkte arbeidsgiver om ferie. Den ene jobba for et privat firma og fikk svar på dagen. Den andre var ansatt i kommunen og fikk ikke svar før det var for seint.

VAFFELDYNAMIKK

Hoksrud skravler som en vaskeekte politiker på inn- og utpust, og nå er det akkurat som om generalen i ham blir vekket til live. Han nyanserer seg selv mens vi invaderer en solbadet hage på Manglerudhjemmet:

– Mitt poeng er ikke at vi kun skal ha private tilbydere, men vi skal ha de private som en utfordring til de kommunale. Det er noe med dynamikken som oppstår da. I Os begynte de å lage

vafler når de privatiserte eldreomsorgen. Men da kommunen vant anbudet, begynte de med vafler også.

Ute i hagen er Hoksrud plutselig borte.

Vi snur oss og ser at han sitter rundt et bord med to pårørende og en beboer. De ler og prater sammen. Hoksrud får vi-

«Det er trist at man må lage folkeopprør for at de som trenger det skal få sykehjemsplass.»

te at de driver med slektsforskning, og de forteller om en dramatisk båttur med en tippoldemor da det haglet isbiter. Endte den med døden? Vi er ikke sikker, for Hoksrud ler når han gjenforteller og bedyrer at slike møter er så morsomme, mens han smått andpusten marsjerer videre opp trappene til resepsjonen med rokokkomøbler og snirklete tapet.

STATLIG FINANSIERING

Avisenes debattspalter har bugnet i sommer, takket være





Hoksrud. Hans pilotprosjekt med statlig finansiering av eldreomsorgen, et hederlig forsøk på å få den utskjelte kommunale tjenesten på verdig kjøp igjen, har nesten havarert. Av opprinnelig tenkt 20 kommuner er det bare seks som er med i prøveordningen som skal gå til 2019 og deretter trappes ned i tre år. Til og med borgerlig styrte kommuner har trukket seg fordi de mener de vil tape penger og miste selvråderett.

Dermed har det haglet syrlige leserinnlegg fra Ap-representanter, og Hoksrud har svart etter beste evne i den ene lokalavisen etter den andre.

«Er det den kommende norgesmester i politisk vingling vi ser konturene av?», spurte Aps Tove Karoline Knutsen i august og latterliggjorde Hoksruks «noe anstrengende ståsted i kontinuerlig 180 graders spagat».

– Men hun kommer ikke med et eneste forslag til hvordan vi kan gjøre eldreomsorgen bedre, påpeker Hoksrud.

– Nå er det nok. Han får ikke lov å skrive flere innlegg om det, sier rådgiver Kjølrsrud.

MYSTERIET MED DE SEKS KOMMUNENE

– Dette var et tilbud til Kommune-Norge om å teste noe nytt. Dessverre gjorde KS og en del politikere dette til noe ideologisk.

– *Hvilke kommuner foruten Os og Lillesand er med?*

– Ehh Steinkjer, eh hh Hobøl, eh hh Spydeberg og eh hh hh hvem er den sjette, spør Hoksrud rådgiver Kjølrsrud.

Hun sjekker. Vi spør videre:

– *Narvik trakk seg fordi de ville tapt 40 millioner siden de driver dyrere enn gjennomsnittet?*

– Fordi de har så høye pensjonskostnader. Men det kunne vi kompensert for. Likevel ville de ikke. Og i Bamble, min hjemkommune, tapte de 9 millioner kroner på ikke å være med på modell B, der vi ville gi øremerka midler på toppen av det andre.

– *Er Gjerstad igjen? spør Kjølrsrud.*

– Nei, de sa nei, sier Hoksrud.

– Lenvik?

– Nei, de sa også nei, minnes Hoksrud.

– Jeg skal finne det ut, lover Kjølrsrud *).

ENGANGS-BYRÅKRATI

– Noen mener statlig finansiering er mer byråkratisk?

– I Lillesand sier de at det er mer e-poster enn før, men til gjengjeld vet de nå mer om hva de driver med og hva ting koster. Det blir en engangsgreie dette med byråkratiet, så er det gjort. Vi er jo ute etter mindre byråkrati, men flere sykehjemsplasser!

Det er på dette tidspunktet at pekefingeren kommer, akkurat som hos John Alvheim. Hoksrud har nemlig gått i lære hos den salige eldregeneralen i Frp som også var fra Telemark.

– Hans flaggsak var enerom til alle. Jeg besøkte nylig Hauge-sund, hvor dobbeltrom er nesten vanligere enn enkeltrom. Ei 94 år gammel dame måtte bo med bare et skjembrett mellom seg og den andre beboeren. Hun så meg inn i øynene og sa: «Jeg føler at jeg er til bry. Jeg håper at jeg snart skal slippe.» Det rørte



meg langt inn i hjerterota!

Hoksrud blir stille et halvt sekund.

SKAMKLIPT I OMSORGSBOLIGEN

Så fortsetter han:

– Det er vel og bra med omsorgsboliger, men de som ikke er friske og raske nok trenger sykehjemsplass. Jeg hørte nettopp om ei dame som ble skamklipt av en annen beboer i omsorgsboligen.

Han legger til:

– Etter at det kom kvalitetsindikatorer på sykehjem, viser det seg at over 44 prosent må vente mer enn 30 dager på sykehjem. Da er vi på gale veier!

Og er det noe Hoksrud kan, er det veier. Det kan synes underlig at den tidligere statssekretæren i samferdselsdepartementet og medlemmet av transportkomiteen med en kone som jobber på trafikkskole, plutselig i fjor sommer ble med i helse- og omsorgskomiteen og ble Frps eldrepolitiske talsmann.

Men går vi lenger tilbake i tid, åpenbarer det seg en slags rød tråd: Hoksrud har nemlig sittet 18 år i helse- og omsorgskomiteen i Bamble kommune, åtte av dem som leder. Da var han til og med utplassert en uke på et sykehjem.

– Jeg ble utfordra til å prøve det av noen av de ansatte, sier han.

Et smil brer seg over de to hakene.

– *Hva gjorde du der?*

– Alt. Var med på stell og opplevde dødsfall. Jeg fikk forståelse for tidsbruken og de dilemmaer som kan oppstå på en vakt når du må prioritere en døende fremfor stellet til en annen pasient. Derfor er jeg glad for at de lindrende enhetene kommer.

ØNSKER ELDREOMBUD

Avisene skrev at Hoksrud foreslo transportpoliti da han var på helgas programkomité-møtet på Senja.

– *Kom du ikke med noe eldrepolitisk?*

– Jovisst! Blant annet vil vi ha et eldreombud, etter intensjonen bak barneombudet.

– Med sanksjonsmulighet, legger han til.

– *Hvilke sanksjoner da, bøter?*

– Det er ikke diskutert ennå, sier Hoksrud hemmelighetsfullt.

– *Burde Norge hatt en eldreminister?*

– He-he, Carl har sagt det, men det er regjeringen som bestemmer det. Hvis vi hadde hatt statlig eldreomsorg, kunne det vært en statsråd også. Helsedepartementet er jo et stort område. He-he, jeg tror ikke jeg skal si noe mer enn det.

– Ha det bra!

Hoksrud nikker vennlig mot de to pårørende han snakket med i hagen når de går forbi på vei ut igjen.

NASJONALE KRITERIER

– Hvordan prioriteres eldre i forhold til samferdsel, synes du?

– Samferdsel er jo statens ansvar, mens det er opptil kommunene å bestemme nivået på eldretjenesten. Det gjør at de står fritt til å heve terskelen for å få sykehjemsplass så de kan si «Vi har ikke ventetid». Heldigvis vil det komme nasjonale kriterier for tildeling av pleieplass.

– *Når da?*

– Det er usikkert. Tanken var at forsøkene med statlig finansiering kunne si noe om nivået her.

– *Hvordan kan man trekke lærdom fra bare seks kommuner?*

– Jeg tror vi kan det. Det var tross alt 156 millioner kroner mer til 20 kommuner opprinnelig. I de seks kommunene som ble med, vil flere få et tilbud enn før.

EN NATT PÅ SYKEHJEM

– *Hva har du lært etter at du ble eldregeneral?*

– Tjenesteutøvelsen er i hvert fall blitt mye mer komplisert siden jeg hospiterte i Bamble kommune for over 15 år siden. Pasientene er mye sykere.

Hoksrud vil gjerne lære mer om hvordan det er der ute nå, derfor har han forsøkt å få seg en sykehjemsplass for en natt. Men det er ingen som vil gi ham det.

– De synes det blir for mye styr. Når jeg kommer rundt på besøk, er alt strigla. Men jeg vil jo ikke se glansbildet. Jeg vil se hvordan de ESENTLIG har det. I Bamble har de som kultur at «vi skal prate hverandre opp». Man skal liksom ikke prate om det som ikke er bra. Men det MÅ vi. De ansatte må varsle, og det må gjøres noe med varslingsene.

Hoksrud leder kontrollkomiteen i Bamble kommune. Komiteen har nå en gjennomgang der den ser på rutinene ved varslings. Det ble oppdaget at det ikke ble tatt grep etter alvorlige varslinger.

En NOVA-rapport har nylig vist at halvparten av sykepleierne i kommunal eldreomsorg vil eller vurderer å slutte. Hoksrud er klar på hva han kunne tenke seg å gjøre for å holde på sykepleierne:

– De må få økt kompetanse. Grunnbemanningen må opp, og lederne må bli bedre. De må styrkes og få mer frihet. Det er enkelt å si at vi skal ta tidstyvene, men vi må finne ut hvilke

tidstyver som skal vekk.

– *Hvilken tidstyp er verst?*

– Rapportering. Det er mye å hente på å gjøre det enklere.

MINDRE RAPPORTERING

1. januar 2017 kommer likevel et nytt krav som Frp har foreslått, og som vil gi enda mer papirarbeid for dem som ansetter folk i kommunal eldreomsorg: Kravet om politiattest, også kalt vandelstest. Den skal gi informasjon om alvorlige sedelighets-, volds-, vinnings- og narkotikaforbrytelser.

Slike attester finnes i mange ulike former.

– *Hvilken type er det snakk om?*

– En helt ny type der man også får vite om personen er under etterforskning.

– *Vil brudd på sexkjøpsloven bli med på en slik attest?*

Hoksrud smiler og tar seg til den ene haka.

– Det vil ikke komme med her, nei.

Rådgiver Kjølrsrud påpeker at det er mer vesentlig å få med at attesten vil vise eventuelle siktelser og tiltaler innen legemsfornærmelse, kroppsskade, trusler, frihetsberøvelse, vinningsforbrytelser og bedrageri.

– *Hvem skal bestemme om det er alvorlig nok?*

– Kommunen som ansetter. Skulle det skje noe, kan de ikke komme etterpå og si at de ikke visste.

– *Hva med ansatte på sykehusene?*

– Jeg tror det kommer et krav fra regjeringen om politiattest her også, etter hvert.

«Vi har manko på sykepleiere, derfor må private tilby mer for å rekruttere dem.»

SAVNER ALDERSHJEM

Hoksruks pekefinger hviler rundt munnen. Klokka er to, og han har ikke fått lunsj.

Vi kaster inn et siste spørsmål:

– *Hvordan vil du selv ha det hvis du skulle bli gammel og pleietrengende?*

– Jeg savner aldershjem som en mellomting mellom omsorgsbolig og sykehjem. Jeg får en del kjeft for det, men jeg ser for meg at jeg kunne trives på aldershjem, med utsikt over et lite vann...

– Men ville du hatt enkeltrom, du som er så sosial, spør rådgiver Kjølrsrud.

– Hvis jeg havner på enkeltrom blir jeg vel nødt til å prate med meg sjøl, he-he-he!

***) Noen dager etter intervjuet kommer en e-post fra Kjølrsrud. Hun har tatt vekk Spydeberg og Steinkjer, som Hoksrud mente var med i forsøket med statlig finansiering av eldreomsorgen. I stedet har hun lagt til Stjørdal og Selbu. Dermed mangler fremdeles den sjette. ●**

eivor.hofstad@sykepleien.no



Forskningsens ABC

Sykepleien utgir nå en artikkelsamling som sendes til alle sykepleierstudenter i NSF sammen med denne utgaven av Sykepleien.

I boken Forskningsens ABC presenterer vi artikler om forskningsmetoder, statistikk, søk osv. i et hendig format på 164 sider.

Artiklene kan fungere som en manual for alle som vil søke, lese, vurdere og bruke forskning. Boken er også nyttig for den som skal skrive oppgaver eller forskningsartikler på høyskole eller universitet.

Forskningsens ABC er enkel å ta med seg i vesken eller en stor lomme.

Du kan også bestille boken!

Studenter har altså fått boken, men vi har flere som vi selger til medlemmer. Bestill boken ved å sende en mail til: redaksjonen@sykepleien.no

Den koster kun 49 kroner. Vi spanderer porto.



Sykepleien

JOB

Sykepleien 09 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER (FPS) - HEDALEN I VALDRES

ASS. ENHETSLEDER (psykiatrisk sykepleier) 100 % STILLING

Fekjær psykiatriske senter (FPS) har driftsavtale med Sykehuset Innlandet HF og består av døgnenhet, poliklinikk med ambulant team og Fekjærtunet overgangsboliger. FPS ligger naturskjønt til og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær sør i Valdres.

Døgnenhetens målgruppe er ungdom i alder 18 – 35 år med ulike diagnoser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser, noen har tilleggspolær rus.

Fekjær søker etter engasjert, nyskapende og fleksibel leder som trives i et aktivt og tverrfaglig miljø, for å lede en av enhetene.

Arbeidsoppgaver

- Ass. Enhetsleder er del av Fekjærs ledergruppe og deltar i ledermøter, inntaksmøter, diagnosemøter og strategisk utvikling av institusjonen.
- Har det daglige administrative og organisatoriske ansvaret for drift og utvikling av enheten i nært samarbeid med enhetsleder
- Ledet, koordinere og være ansvarlig for den daglige behandlingen av pasientene i gruppen i nært samarbeid med miljøterapeuter, psykologspesialister og psykiatere.
- Motivere, veilede og utvikle dyktige medarbeidere. Har personalansvar for miljøterapeuter i gruppen
- Være lojal og gjennomføre vedtatte endringer i organisasjonen
- Bidra til videreutvikling av behandlingstilbudet ved en attraktiv institusjon med godt omdømme

Kvalifikasjoner

- Psykiatrisk sykepleier/vernepleier, gjerne med annen relevant tilleggstudanning eller mastergrad.
- Lederutdanning /ledererfaring
- Interesse og erfaring fra miljøterapeutisk behandling
- Erfaring fra / interesse for behandling og rehabilitering av personer med personlighetsforstyrrelser, psykoser og annen alvorlig psykiatrisk sykdom med og uten rusproblematikk
- Faglig engasjert og erfaring fra psykisk helsevern
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til å arbeide målrettet og systematisk
- Personlig egnethet vektlegges

Vi tilbyr

- Et engasjert og positivt arbeids- og fagmiljø med åpent samarbeidsklima innen spesialisthelsetjenesten
- Institusjon i utvikling, Fekjær vektlegger forskning og fagutvikling
- Lønn etter avtale
- Gode og moderne boliger til rimelig leie – leilighet eller enebolig
- Gode pensjons- og forsikringsordninger i KLP
- 6 mnd prøvetid
- Hedalen har naturbarnehage og moderne, god barne og ungdomsskole

Mer om Fekjær, www.fekjar.com

Mer om Hedalen, www.hedalen.no

Kontaktpersoner:

Enhets leder Elling Fekjær mobil 90591545, e-post elling.fekjar@sykehuset-innlandet.no
Ass enhetsleder Tor Anders Perlestenbakken mobil 91513484, e-post tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Skriftlig søknad med referanser sendes elektronisk innen

01.11.16 til post@fekjar.com eller til
Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen i Valdres



VALDRESKLINIKKEN SØKER NYE MEDARBEIDERE

Til deg som vil jobbe i et spennende og givende arbeidsfelt med rusavhengige, ValdresKlinikken søker nye medarbeidere.

Vi har behov for:

- Klinikkleder i 100 % stilling
- Psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling

Du finner informasjon om klinikken og fullstendig utlysningstekst på www.valdresklinikken.no

ValdresKlinikken tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling som korttids døgntilbud med 21 plasser. Vi har også et tilbud til den rusavhengige sin familie som en del av pasientens rusbehandling. Vi er en del av spesialisttjenestetilbudet gjennom avtaler med Helse Sør-Øst RHF

For informasjon om stillingene kontakt:

klinikkleder Liss Bhadra Dahl på telefon 916 21 066.

SØKNADSRIST: 24. oktober 2016

Skriftlig søknad og CV sendes elektronisk til liss.bhadra.dahl@valdresklinikken.no



SYKEPLEIER, TO FASTE 100 % STILLINGER

Hjemmesykepleien

Arbeidsoppgaver

- Yte individuell og faglig forsvarlig sykepleie til hjemmeboende.
- Bruke det kliniske blikket for å forbygge sykdom, og iverksette mulige tiltak for pasienten.

Personlige egenskaper

- Du er trygg, tydelig, faglig engasjert i sykepleierfaget og setter pasienten i fokus.
- Du har sunne verdier, høy arbeidsmoral, og støtter aktivt opp fattede vedtak og beslutninger.

Vi tilbyr

- Et faglig godt arbeidsmiljø.
- Faglig kompetanseheving.

Kontaktperson

Eva Britt Hansen, virksomhetsleder, mob: 97977004

EvaBritt.hansen@radekommune.no

Merete Pedersen, avdelingsleder HBT, mob: 45879045

merete.pedersen@radekommune.no

Søknadsfrist: 3 uker fra utlysningssdag

Utløst dato: 6. oktober

Les hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no



Blå Kors Lade Behandlingssenter Trondheim (LBS) driver tverrfaglig spesialisert behandling av mennesker med rusrelaterte problemer. LBS eies av Blå Kors og har driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF. LBS har totalt 58 plasser og 8000 polikliniske konsultasjoner fordelt på avrusning, utredning, skjerming, klinikk, familiebehandling og poliklinikk. Virksomheten har et bredt sammensatt og høyt kompetent fagmiljø med ca. 170 ansatte.

Avdeling for gravide og småbarnsfamilier søker

Avdelingsleder

100 % fast stilling (st.nr 20/16)

For nærmere informasjon kontakt direktør Kristin Wall, tlf. 472 47 972.

Fullstendig utlysningstekst og nærmere informasjon om Blå Kors Lade Behandlingssenter finner du på jobbnorge.no samt www.ladebs.no.

Vi ønsker elektronisk søknad via www.jobbnorge.no. Søknadsfrist: 16.10.16.

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselskere.

jobbnorge.no

AGENDA KAUPANG

Agenda Kaupang er et selskap som tilbyr konsulent- og rådgivningstjenester. Vi bidrar til omstilling og utvikling i offentlig sektor. Vi tilbyr analyse, utredning og rådgivning innen områdene ledelse, styring, digitalisering, økonomi og organisasjonsutvikling. Vår bistand er løsningsfokustert, basert på metoder fra forskning og beste erfaringsbaserte praksis. Vi er 34 ansatte/eiere, i vekst, har god lønnsomhet og høy kundetilfredshet.

RÅDGIVER INNENFOR HELSE OG OMSORG I KOMMUNAL SEKTOR

Agenda Kaupang opplever sterk etterspørsel etter våre tjenester fra Kommune-Norge innenfor fagområdet helse og omsorg. Vi søker derfor etter en rådgiver som brenner for å arbeide med kvalitetsheving og effektivisering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Gjør du det, vil du trives hos oss!

Ønsket kompetanseprofil

- Høyere utdanning, fortrinnsvis innen helsefagene. Helst mastergrad
- Analytisk og skriveferd. Ikke redd for tall
- Arbeids erfaring fra kommunal sektor

Du vil inngå i et høyt kvalifisert fagmiljø som legger vekt på å skape størst mulig verdi for våre kunder. Vi har et transparent lønssystem som premierer innsats. Vi tilbyr nye kollegaer eierandel i selskapet.

Søknadsfrist: 26. oktober 2016.

Kontakt: Gruppeleder Bjørn A Brox, tlf. 997 90 124, eller adm. direktør Dag Stokland, tlf. 922 85 050.

Send søknad og CV til firmapost@agendakaupang.no, merket stillingstittelen.





DU SKAL MERKE AT VI BRYR OSS

... Ikke minst når du
mottar lønningen!

SAMMEN FORMER VI DIN DRØMMEJOBB

I Dedicare er vi overbevist om at du jobber best når du trives og selv har innflytelse over arbeidet ditt. Derfor er vi opptatt av smidighet og fleksibilitet. Våre sykepleiere velger selv om de vil jobbe heltid eller deltid, mye eller lite.

Godt betalt er det også! Dedicare innfrir allerede nå forbundets krav til lønn på 500.000 innen 2020.

Vi gir våre sykepleiere en grunnlønn på 500.000* og spesialsykepleiere får minst 550.000.

SERIØSITET ER EN SELVFØLGE

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge og de fleste av landets kommuner, og er blant de eldste firmaene innenfor helsebemanning. I år feirer vi 20-års jubileum!

Dedicare tilbyr faste ansettelser, pensjonsavtale med KLP, gruppe-livsforsikring, ulykkesforsikring samt en rekke andre fordeler. Alle våre sykepleiere i Norge er ansatt i det norske selskapet – med fulle rettigheter.

Våre bemanningskonsulenter er sykepleiere som alle har erfaring fra helsevesenet. Deretter gjennomgår de en grundig opplæring før de begynner å jobbe med bemanning og rekruttering. Du får din egen faste kontaktperson som følger deg opp.

* I tillegg får du tillegg for ubekvem arbeidstid som følger tariffbestemmelsene og du har selv sagt rett til 5 uker ferie (12 % feriepenger).

HVA PASSER BEST FOR DEG?

Du bestemmer selv hvor og hvordan du vil arbeide, og vi gjør hva vi kan for å tilpasse vårt store tilbud til beste for deg.

Kanskje du vil jobbe ekstra mye en periode? Eller jobbe mer annenhver uke og tilsvarende mindre de andre ukene? Har du barn, er det viktig å tilpasse helgejobbing til barnas aktiviteter – og ikke minst kunne ta ferie når du vil. Gir du beskjed i god tid, vil det garantert ordne seg! Hos oss er det ikke noe som heter feriepuljer eller "vente til" 1. mai 2017..!

Hva med å jobbe i en annen landsdel en periode? Vi kan gi deg jobb nærmest hvor du vil i hele Norge. Vil du oppleve Lofoten, Nord-Norge eller Vestlandet – et skisted om vinteren og svaberg om sommeren? Alt er mulig, og i slike tilfeller dekker vi både pendlerreise og pendlerbolig.

TRYGGHET

Våre ansatte fortjener det aller beste, og vi tar oppgaven alvorlig med å matche din kompetanse med den riktige stillingen. Ønsker du å utvide kompetansen din, hjelper vi til med dette og tilbyr både internopplæring og fagkurs. Og, du blir selv sagt aldri bedt om å ta en stilling på steder du ikke har lyst til å jobbe og bo.

Kort sagt: Er du hos oss, er du i de beste hender!

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse



DYKTIGE SYKEPLEIERE TIL LEDIGE STILLINGER

Eidsberg kommune, Edwin Ruuds Omsorgssenter

Vi ser etter deg som ønsker å bidra til å utvikle en solid helsetjeneste gjennom din sykepleiefaglige kompetanse. Du som liker utfordringer og trives med å jobbe i et travelt miljø og som ønsker å være med på å utvikle kommunehelsetjenesten.

Er du faglig dyktig, imøtekommende og ønsker en meningsfull jobb så har vi nå ledige sykepleierstillinger ved flere avdelinger.

Vi har følgende ledige stillinger

- Sykepleier/vernepleierstilling innenfor demensomsorg
- Sykepleierstilling innenfor langtid/palliasjon
- Fagsykepleierstilling med stedfortrederfunksjon i Omsorgsboligene
- Nattsykepleierstillinger

Se fullstendig utlysning på <http://www.eidsberg.kommune.no/ledige-stillinger.369445.no.html>

Kontaktperson: Konsulent Anita Sagholen, tlf 69 89 87 11
Alle dag/kveld stillingene er primært 100 % stillinger, oppgi evt andre ønsker i søknaden. For nattstilling oppgi ønsket stillingsstørrelse.



Øystre Slidre kommune

Øystre Slidre kommune har omlag 3200 innbyggjarar, og strekkjer seg frå Jotunheimen i nord, via turistmålet Beitostolen, mot regionsenteret Fagernes i sør. Nærleiken til ein vakker høgfjellsnatur gjev sær gode tilhøve for naturopplevingar og friluftsliv. Kulturlivet er aktivt og variert. For ytterlegare informasjon, sjå vår heimeside www.oystre-slidre.kommune.no

LEIAR INSTITUSJON OG HEIMEBASERTE TENESTER (IHT)

Øystre Slidre kommune har ledig fast stilling som verksemdsleiar for institusjon og heimebaserte tenester (IHT) i område for helse og omsorg. Leiaren vil få økonomi-, personal- og utviklingsansvar for sjukeheimen, heimetenestene, ergoterapi og fysioterapi.

Vi søker ein dyktig og engasjert person, gjerne med helsefaglig bakgrunn. Utdanning på høgskule/universitetsnivå i administrasjon, økonomi og leing og/eller relevant leiarerfaring er ein fordel. Personlege eigenskapar vil bli vektlagt.

Du skal inn i eit spennande arbeidsmiljø, der vi ser moglegeheiter framfor avgrensingar. Difor ynskjer vi ein sjølvstendig leiar som vågar og er komfortabel med å ta ansvar. Vi verdset fleksibilitet og gode samarbeidsevner. Nærare opplysningar ved kommunalsjef Steinar Nybråten på tlf. 959 74 410 eller i e-post: steinar.nybraten@oystre-slidre.kommune.no.

Lønn etter avtale. Kommunen har gode pensjonsordningar gjennom KLP, kan tilby hjelp til å skaffe bustad, og kan gje flyttegodtgjersle. Søknad skal innehalde CV og merkast med arkivsaksnr 16/1412 og kan sendast elektronisk via våre nettsider: www.oystre-slidre.kommune.no, eller i post til Øystre Slidre kommune, Bygdivegen 1989, 2940 Heggnes **innan 25. oktober 2016**



Søndre Land kommune

Tilhører Gjøvikregionen og er en perle ved Randsfjorden, med 30 minutter til Gjøvik og halvannen time til hovedstaden. Vi har full barnehagedekning, godt oppvekstmiljø, rikt kulturliv og flotte muligheter for friluftsliv på åsene.

Tjenesteområde helse, omsorg og velferd, hjemmesykepleien

VI TRENGER DEG!

som er autorisert sykepleier – eller student.

Vi søker medarbeidere som er faglig dyktige, viser engasjement og tar initiativ, kan jobbe både selvstendig og i team, og har godt humør. Vårt verdigrunnlag er respekt, tillitt og mot.

Hjemmesykepleien:

Vi er 18 sykepleiere som nå trenger flere medarbeidere. Vi yter sykepleiertjenester til hjemmeboende i alle aldre med forskjellige behov for sykepleie.

Er du sykepleier, som trenger en ny faglig og spennende utfordring? Da har vi ledig 80 % svangerskapsvikariat fra 01.02.17 og i ett år, samt ledig 14,08 % helgestilling med arbeid hver 3. helg fra 01.12.16

Kontaktperson: Marianne Ege Lundberg, tlf. 61 12 65 37

Hovli sykehjem 1 etg.

Vi er en avdeling med 35 plasser, hvorav 10 er korttids- rehabilitering- og KAD- plasser som nå søker etter positive, fleksible og faglig nysgjerrige sykepleiere til vårt team. Sammen ønsker vi at du bidrar til et godt arbeidsmiljø, utvikling av avdelingen og en god kvalitet på tjenesten.

Vi har ledig 4 faste sykepleierstillinger inntil 100 % med arbeid hver 3. helg.

Kontaktperson: Avdelingsleder Stein Bollum, tlf. 61 12 91 21.

For fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadskjema, se vår hjemmeside: www.sondre-land.kommune.no



SJUKEPLEIAR

Ved helse- og omsorgstenestene - sjukeheim/heimesjukepleie, er det ledig 100 % stilling, tredelt turnus med arbeid kvar 3. For stillinga vert det stilt krav om off. godkjend utdanning som sjukepleiar.

I tillegg er det ledig 50 % sjukepleiarstilling, vikariat fram til 1. april 2017.

For nærare opplysningar om stillingane, ta kontakt med avdelingsleiar Heidrun Grinde, tlf. 91 66 09 48.

Søknad sender du ved å fylle ut søknadsskjema som du finn under ”ledige stillingar” på Balestrand kommune si heimeside, www.balestrand.kommune.no.

Søknadsfrist: 21.10.16.





AVDELINGSSYKEPLER 100% STILLING

Vil du jobbe i vekstkommunen Ås?

Kommunen er i sterk vekst noe som gir oss mange muligheter i tiden fremover. Vi kan derfor by på spennende og utviklende oppgaver. Vi ønsker oss flere initiativrike og dyktige medarbeidere som tar ansvar og bidrar i løsningen av kommunens oppgaver.

Kvalifikasjoner

Norsk autorisasjon som sykepleier. Kunnskap og klinisk erfaring fra arbeid med personer med demens. Gjerne videreutdanning i demens/psykiatri. Ledererfaring /utdanning er ønskelig.

Opplysninger om arbeidssted og stilling

Vi arbeider for at pasienter og pårørende i demensomsorgen skal motta et tilbud hvor trygghet, respekt, verdighet og kompetanse oppleves gjennom tjenestene vi yter.

Demensomsorgen i Ås kommune består i dag av; skjermet enhet med 24 plasser, organisert i enheter med 6 pasienter. Forsterket skjermet enhet med 3 plasser. Dagavdeling for personer med demens, 6 plasser. Demenskoordinator og hukommelsesteam.

Fra 1. februar 2017 åpner vi Ås demenssenter. Tilbudene i demensomsorgen samles og utvides med totalt 24 nye skjermet plasser og 6 nye dagplasser tilrettelagt for personer med demens. Det blir en trinnvis åpning av Ås demenssenter. 1. februar åpner vi 12 skjermet plasser organisert i enheter med 6 pasienter og 6 nye dagplasser tilrettelagt for personer med demens.

Avdelingssykepleier vil ha et faglig, økonomisk og personal administrativt ansvar.

Vi ønsker avdelingssykepleier som:

- Har tydelig og inkluderende lederstil
- Er strukturert
- Har god muntlig og skriftlig fremstillingsevne
- Har evne til å myndiggjøre, motivere, veilede og videreutvikle medarbeidere
- Har erfaring fra arbeid med personer med demens
- Er tålmodig og trygg i en krevende arbeidssituasjon
- Med fordel har kjennskap til programmene Gatsoft, Gerica, P360 og HR manager
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Hos oss får du:

- En faglig utfordrende hverdag i et aktivt og hyggelig arbeidsmiljø med engasjerte medarbeidere som arbeider for at kommunens demensomsorg skal være et godt sted å være for pasienter og personale. Aktiv deltagelse i en prosess med kontinuerlig fokus på kompetanse og kvalitetsutvikling.
- Muligheten til å arbeide i en kommune med stort samfunnsansvar
- Faglig utvikling
- Ås kommune har gode muligheter for relevant videre- og etterutdanning
- Lønn i henhold til tariffavtale og Ås kommunes lokale lønnspolitikk, bl.a. med tillegg for utvidet kompetanse og ansvar for enkelte stillinger
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger, blant annet gruppe- og fritidsforsikring

Stillingen er ledig fra 01.02.2017

Søknadsfrist: 26.10.2016

Søknad sendes elektronisk via vår nettside

www.as.kommune.no/ledige-stillinger

Opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til fungerende enhetsleder Karin Sikveland tlf. 474 66 734 eller enhetsleder Lise Ek tlf. 959 39 695.

Ås kommune er en IA- virksomhet og ønsker å gjenspeile mangfoldet i befolkningen. Alle kvalifiserte kandidater oppfordres til å søke stilling uavhengig av kjønn, alder, funksjonsevne eller etnisk bakgrunn. I henhold til offentleglova kan søknaden offentliggjøres selv om du har bedt om å ikke bli oppført på offentlig søkerliste. Du vil i så fall bli varslet.

Ås kommune ønsker ikke tilbud fra rekrutteringsfirma eller annonsører.



SYKEPLEIERE

Vil du jobbe i vekstkommunen Ås?

Kommunen er i sterk vekst noe som gir oss mange muligheter i tiden fremover. Vi kan derfor by på spennende og utviklende oppgaver. Vi ønsker oss flere initiativrike og dyktige medarbeidere som tar ansvar og bidrar i løsningen av kommunens oppgaver.

Vi søker etter

- Sykepleiere på natt 65% - 80% stilling med arbeid hver 3. helg
- Sykepleiere 50% - 100% stilling til skjermet enhet med todelt turnus med arbeid hver 3. helg
- Sykepleier 100% stilling til dagavdeling for personer med demens. Arbeid på dagtid på ukedagene.

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som sykepleier
- God muntlig og skriftlig fremstillingsevne på norsk

Opplysninger om arbeidssted og stilling

Vi arbeider for at pasienter og pårørende i demensomsorgen skal motta et tilbud hvor trygghet, respekt, verdighet og kompetanse oppleves gjennom tjenestene vi yter.

Demensomsorgen i Ås kommune består i dag av; skjermet enhet med 24 plasser, organisert i enheter med 6 pasienter. Forsterket skjermet enhet med 3 plasser. Dagavdeling for personer med demens, 6 plasser. Demenskoordinator og hukommelsesteam.

Fra 1. februar 2017 åpner vi Ås demenssenter. Tilbudene i demensomsorgen samles og utvides med totalt 24 nye skjermet plasser og 6 nye dagplasser tilrettelagt for personer med demens. Det blir en trinnvis åpning av Ås demenssenter. 1. februar åpner vi 12 skjermet plasser organisert i enheter med 6 pasienter og 6 nye dagplasser tilrettelagt for personer med demens.

Vi deg som:

- Er faglig engasjert
- Er fleksibel og løsningsorientert
- Har gode samarbeidsevner
- Kan jobbe selvstendig, strukturert og målrettet
- Har erfaring fra arbeid med personer med demens
- Er tålmodig og trygg i en krevende arbeidssituasjon
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Hos oss får du:

- En faglig utfordrende hverdag i et aktivt og hyggelig arbeidsmiljø med engasjerte medarbeidere som arbeider for at kommunens demensomsorg skal være et godt sted å være for pasienter og personale. Aktiv deltagelse i en prosess med kontinuerlig fokus på kompetanse og kvalitetsutvikling.
- Muligheten til å arbeide i en kommune med stort samfunnsansvar
- Ås kommune har gode muligheter for relevant videre- og etterutdanning
- Lønn i henhold til tariffavtale og Ås kommunes lokale lønnspolitikk, bl.a. med tillegg for utvidet kompetanse og ansvar for enkelte stillinger
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger, blant annet gruppe- og fritidsforsikring

Stillingene er ledige fra 01.02.2017

Søknadsfrist: 26.10.2016

Søknad sendes elektronisk via vår nettside

www.as.kommune.no/ledige-stillinger

Opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til fungerende enhetsleder Karin Sikveland tlf. 474 66 734 eller enhetsleder Lise Ek tlf. 959 39 695.

Ås kommune er en IA- virksomhet og ønsker å gjenspeile mangfoldet i befolkningen. Alle kvalifiserte kandidater oppfordres til å søke stilling uavhengig av kjønn, alder, funksjonsevne eller etnisk bakgrunn. I henhold til offentleglova kan søknaden offentliggjøres selv om du har bedt om å ikke bli oppført på offentlig søkerliste. Du vil i så fall bli varslet.

Ås kommune ønsker ikke tilbud fra rekrutteringsfirma eller annonsører.

Jordmor

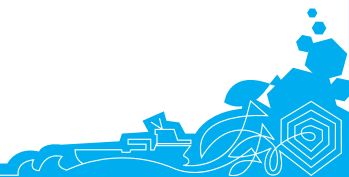
Kristiansund kommune, enhet Barn, familie og helse har ledig 75 % stilling for jordmor.

Tiltredelse snarest mulig

Søknadsfrist 24.oktober 2016



Kristiansund kommune
I medvind uansett vær



Sykepleien er et redaksjonelt uavhengig tidsskrift som henvender seg til landets sykepleiere gjennom kvalitetsjournalistikk og formidling av fag- og forskningsstoff. Tidsskriftet eies av Norsk Sykepleierforbund. Sykepleien publiserer både på papir (opplag 104 000 eks) og på alle digitale flater. Vi har 21 ansatte og holder til i sentrum av Oslo.

Sykepleien

Temareddaktør (50 % prosjektstilling)

Sykepleien satser mye på å utvikle sitt digitale produkt, mens det serieproduserte magasinet (papir) på sikt planlegges avvirket og erstattet av unike utgivelser med lang holdbarhet: Sykepleien Tema.

Disse skal vies til større, sammensatte temaer og sette agendaen for tidsaktuelle debatter om problemstillinger som er relevante for sykepleiere. Utgivelsene vil være på mellom 100-200 sider, og kunne bestå av journalistikk, faglig innhold og/eller andre tekster, avhengig av utgavens tema. Innhold produseres både av redaksjonen og av eksterne bidragsyttere.

Vi søker nå en temareddaktør i en prosjektstilling i inntil 3 år. Vedkommende skal være med på å utvikle og bygge opp Sykepleien Tema som et eget, nyskapende konsept. Vi planlegger de 2 første utgivelsene av Sykepleien Tema i 2017.

Temareddaktør vil i stor grad kunne påvirke form og innhold på det nye produktet. Prosjektstillingens formål er å være hovedbidragsyter til at redaksjonen høster erfaringer med arbeidet med et helt nytt redaksjonelt produkt. Temareddaktøren skal også bidra til å utvikle redaksjonens kompetanse på feltet, slik at redaksjonen selvstendig kan videreføre konseptet etter at prosjektet er avvirket.

Temareddaktørs hovedoppgaver vil være:

- Utvikle gode, konsistente tema-ideer sammen med ansvarlig redaktør
- Videreutvikle disse ideene, bestille artikler og samarbeide med journalister, fotografer, fagpersoner, illustratører, forfattere osv
- Desking og samarbeid med Sykepleiens grafikere om utformingen av Sykepleien Tema
- Bidra til å finne samarbeidspartnere for distribusjon utover NSF's egne medlemmer
- Holde prosjektbudsjettet

Vi søker en person med følgende kvalifikasjoner og egenskaper:

- Journalistutdanning og/eller annen relevant utdanning eller erfaring med redaksjonell formidling
- Høyere utdanning innen helsefag/sykepleierutdanning vil være en fordel
- Innsikt i og erfaring med formidling av kompliserte og sammensatte problemstillinger (bøker, magasiner, antologier, større utgivelser)
- Evnen til å kommunisere og samarbeide med både interne og eksterne bidragsyttere
- Prosjekterfaring er en fordel

Personlig egnethet vil kunne bli vektlagt.

Tiltredelse så snart som mulig etter avtale.

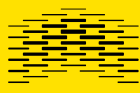
Søknadsfrist: 23. oktober 2016

Henvendelser kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, på telefon 408 52 179.

Se hele utlysningen på sykepleienjobb.no

Løsning på kryssord i nummer 09/2016 (se side 68).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ORIGIN	H	O	S	T	D	E	P	R	E	S	J	O	N	S	M	A	N	E	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

SPS-konferansen 2016: Legitim tvang?

På årets SPS-konferanse tar vi opp det for mange profesjoner vanskelige spørsmålet om tvangsbruk overfor personer som er eller kan være til skade for seg selv. Kan tvang rettferdiggjøres? Hvordan trekke grensen mellom akseptabel og ikke akseptabel tvangsbruk i behandling? Kan tvang forenes med prinsippet om respekt for pasienters/klienters autonomi?

Torsdag 1. desember, Høgskolen i Oslo og Akershus
Program og påmelding: www.hioa.no/sps
Arrangør: Senter for profesjonsstudier (SPS)

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
+46 85 40 882 80



LIKER DU INDISK MAT?

Hva med å prøve en ny restaurant? Vi får mye skryt for maten, og Aftenposten har anmeldt oss til 5 og skrev «**hit skal vi igjen**».



Aftenposten

Klipp ut annonsen for en overraskelse når du spiser hos oss!
Vi leverer mat til store og små selskaper.

Welhavens gate 2, 0166 Oslo,
Tlf.: 22 20 96 08
dollybal73@gmail.com



SEMINAR: DANS FOR LIVSGLEDE, MESTRING OG HELSE

Hvordan bruke dans som ressurs i eldre- og demensomsorgen?

28-29 oktober
Bærum Kulturhus -
lunsj til lunsj

For mer informasjon og påmelding se:
www.kulturoghelse.no/arrangement

Kontaktinformasjon:
post@kulturoghelse.no, tlf 74 02 29 53

Hit kommer blant annet Krister Nyström, Arne Fagerholt, Hilde Rustad og
Rebecca Seymour med flere



Kultur, helse & omsorg
NASJONALT KOMPETANSESENTER



En konferanse for kirke og helse

Verdier og valg

Hvilke verdier styrer våre prioriteringer?

19.-20.januar 2017
Quality Airport Hotel Stavanger

- Marie Aakre
- Magne Nylenna
- Morten Magelssen
- Geir Sverre Braut
- Anne Hirsch

Les mer på kirken.no/helse

Arrangør: Kirkerådet, KA og
Stavanger bispedømmeråd



NIFS;
Norsk Interessegagruppe For Sårheling inviterer til kongress om

BAKTERIER I SÅR

Tid: 2. og 3. februar 2017

Sted: Radisson Blue Plaza Hotel Oslo

Årets NIFS-kongress blir en spennende gjennomgang av de fleste aspekter omkring håndtering av bakterier og andre mikroorganismer i sår. Kan såkalte «snille» bakterier brukes som ledd i behandling?

Seminarer er rettet mot alle helsearbeidere som møter pasienter med sår.

Gode forelesere fra inn- og utland, for detaljer se NIFS hjemmeside der også påmeldingen skjer.

Velkommen til faglig påfyll!

Info og påmelding innen 01.12.16: www.nifs-saar.no

Eller ta kontakt med KSCI v/ Kristin Solstad
e-post: kristin@ksci.no mobil: 92654255

UiT
NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Distriktsykepleie, til sammen 40 sp – En fagfordypning i master i sykepleie

Fordypningen retter seg mot kommunehelsetjenestens behov for utvidet sykepleiefaglig kompetanse. Det blir lagt vekt på sykepleiens muligheter og utfordringer i rurale strøk med spredt bosetning.

Fagfordypningen består av tre emner. Første emne (20 sp), som tilbys våren 2017, har fokus på pasientforløp med akutte og kritiske tilstander. De to neste emnene (hver på 10 sp) har vekt på langvarige forløp og ledelse, samhandling og fagutvikling. Disse tilbys høsten 2017.

Full fagfordypning i distriktsykepleie inngår som en fagfordypning i master i sykepleie.

Nå kan du søke på:

SYP-3009: Distriktsykepleie del I, akutte og kritiske pasientforløp - 20 Sp.

Emnet er primært rettet mot sykepleiere som arbeider i kommunehelsetjenesten eller på mellomnivå.

OPPTAKSKRAV: Bachelorgrad i sykepleie eller tilsvarende + minimum to års praksis som autorisert sykepleier.

SØKNADSRIST: 1. desember - Lokalt opptak – enkeltemne – Søknadskode 3073

OPPSTART: Vårsemestret – 23.01.2017. Samling uke 4 og 12 pluss nettbasert mellomarbeid.

STUDIESTED: Hammerfest.

For oppstart av emnet tas det forbehold om tilstrekkelig antall ja-svar.

Nærmere opplysninger om opptakskrav, oppbygging og innhold finner du på <https://uit.no/utdanning/emner> eller ved å henvende deg til Grete Mehus, tlf. 905 11 213/e-post grete.mehus@uit.no, via e-post til: iho.studier@support.uit.no eller til Infotorget ved Det helsevitenskapelige fakultet, tlf. 77 64 46 10.

Din søknad registrerer du her: <http://uit.no/sokweb>.

UiT Norges arktiske universitet
UiT.no



Videreutdanninger innen helse- og sosialfag i Drammen, våren 2017:

Ernæring og helse 30 stp

– ernæringsarbeid i folkehelse, utdannings- og helsesektoren

Videreutdanning i hjerneslag 30 stp

– tverrprofesjonell behandling, rehabilitering og kunnskapsutvikling

Helseledelse 30 stp

– etisk lederskap og kvalitetsutvikling

Dermatologisk sykepleie 30 stp

Demens og alderspsykiatri 30 stp

Kunst- og uttrykksmetoder i coaching og teamarbeid 60 stp

Videreutdanning i veiledning 15 stp

Søknadsfrist: 15.november

usn.no

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge





Leser du ikke papir lenger?

Vi blir mer og mer digitale. Det ser vi også på våre lesertall på nett. De øker jevnt og trutt. Du kan stoppe bladet om du ønsker det. Dersom du angrep deg kan du når som helst starte igjen.

Hvordan stoppe papirutgaven?

Det er enkelt. Logg deg inn på Mine sider på www.nsf.no eller send en mail til medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

Følg oss på Facebook

Følger du oss på Facebook er det lett å følge med og se hva andre mener. Vi har to sider – Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Her kan du også melde deg på nyhetsbrevet vårt om du ønsker det oftere enn det du får i dag. Da kommer det to ganger i uken.

Hilsen Sykepleien

Har du blitt digital? Du kan si opp leveringen av papirutgaven ved å logge inn på Mine sider på www.nsf.no.

Sykepleien

Colombia

– kjærlighet, kaffe og kulturarv

12 dager - Avreise 30/1 og 27/2 2017 - Pris **25 998,-**

Reis trygt med Albatros til Sør-Amerikas kanskje vakreste land før alle andre også oppdager hvor flott det er! Colombia er på alle måter et fremragende land å reise i, og mye har skjedd siden de vanskelige 80- og 90-årene. Som Fugl Fønix har landet reist seg fra asken og har nå den raskest voksende økonomien i Sør-Amerika.

I Colombia finner vi noe av verdens mest varierte natur, infrastrukturen er moderne og velfungerende, og kolombianerne selv er smilende, gjestfrie og veldig imøtekommende.

Vi opplever noen av landets mange fasetter når vi bl.a. besøker hovedstaden, Bogotá, med det enestående gullmuseet, de UNESCO-fredede Cartagena og Medellín, som flere ganger er blitt kåret til Latin-Amerikas mest innovative by. I det frodige kaffeområdet er vi invitert inn hos en kaffebonde som har skapt sitt eget lille paradis.

Vi drar også ut på en oppdagelsestur i mangroveskogen, spiser grillmiddag i det fri og ser utover Andesfjellene fra mer enn 3000 meters høyde. På hele reisen overnatter vi på herlige, komfortable hoteller.

Alt dette får du Norsk/svensk reiseleder • Fly Oslo–Bogotá samt Cali–Oslo med mellomlanding • Innenriksfly Bogotá–Cartagena • Innenriksfly Cartagena–Medellín • Utflukter ifølge program • Innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom • Frokost daglig • Lunsj dag 7 samt 9–11 • Middag dag 8 • Skatter og avgifter



Dagsprogram **Dag 1** Oslo–Bogotá **Dag 2** Bogotá. Byrundtur med Gullmuseet og Monserrate-fjellet **Dag 3** Den underjordiske saltkatedralen i Zipaquirá og fly til UNESCO-byen Cartagena **Dag 4** Cartagena. Byrundtur og tid på egen hånd **Dag 5** Cartagena. Kanotur i mangroveområde **Dag 6** Fly Cartagena–Medellín. Besøk på bondegård **Dag 7** Medellín. Byrundtur, kabelbane opp til naturreservatet Arví, Antioquia-museet **Dag 8** Medellín–Pereira i kaffeområdet. Hyggelig grillmiddag **Dag 9** Pereira. Besøk på kaffefarm **Dag 10** Utflukt med fottur i Cocora-dalen, med verdens høyeste palmer og kolonitidsbyen Salento **Dag 11** Pereira–Cali. Hjemreise **Dag 12** Ankomst til Oslo

Kvalitetsrundreiser i over 30 år

www.albatros.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros

Reis med hjerte, hjerne & holdning