



# Liten nytte av å melde avvik

**Tema.** Da Sykepleien spurte leserne om de kjente til gode eksempler på at avviksmeldinger hjelper, svarte over halvparten nei. **30**

● **Hva skjer**  
Lite mat, mange piller. **44**

● **Sykepleie**  
Fulllamning kan gi vitaminmangel. **66**

● **Påfyll**  
Unnskyld, frontsøstre! **88**

● **Meninger**  
Hva er en psykiatrisk diagnose? **100**



## BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,8 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,9 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,8 %.

Les mer på [dnb.no/nsf](http://dnb.no/nsf) eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,89 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 798 247.  
Boliglån: Effektiv rente 2,99 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 829 159.  
Rammelån: Effektiv rente 3,01 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 835 159.  
Prisene er per 07.01.2015 for nye lån og kan bli endret.



Nye

Uracyst®

– 2% løsningskondroitinsulfat 400mg



## Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

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

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

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

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

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

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

Navamedic ASA  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Tel: +47 67 11 25 45  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 **Navamedic**



# RISSKOV BILFERIE

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

VILLE PRISER!



Perfekt beliggende i Nordjylland bare i kort avstand fra Fårup Sommerland og interessante byopplevelser i Aalborg, ligger det hyggelige Hotel Søparken i Aabybro.

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 30.04

## Fantastiske Nordjylland

Hotel Søparken ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffé
- 1 x ettermiddagskaffe & kake
- 1 x velkomstdrink

SPAR <sup>OPP</sup> <sup>TIL</sup> 1.124,-

549,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn

Ankomst: Mandag - torsdag inntil 13.08.15 | Sesongtillegg fra kr. 60 / døgn



Den hyggelige byen Uddevalla ligger hvor Bäveåen munner ut i fjorden. Her finner dere nydelige naturomgivelser og mange spennende utfluktsmuligheter.

🇸🇪 | Götaland | Bestill innen 30.04

## Kun 2 timer fra Oslo

Best Western Hotel Carlia ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x verdibevis\*
- Gratis internett
- Sentral beliggenhet

SPAR <sup>OPP</sup> <sup>TIL</sup> 790,-

789,-

Ankomst: Inntil 29.08.15 | Sesongtillegg fra kr. 55 / døgn



Rica Havna ligger kun 2 timer fra Oslo i en flott skjærgård. Hotellet har gjennomgått en totalrenovering og fremstår nå i en helt ny drakt.

🇳🇴 | Østnorge | Bestill innen 31.12

## Skjærgårdsidyll i Tjøme

Rica Havna ★★★★★

Rica Havna ligger på Tjøme i Vestfold og mange mener det er det ideelle stedet i en flott skjærgård som gir deg følelsen av ferie og ro.

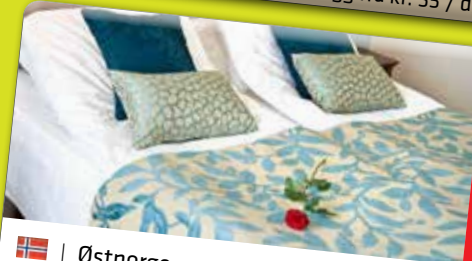
3 overnattinger 1.499,-  
4 overnattinger 1.899,-

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- Adgang til wellness og fitness
- Svømmebasseng
- Gratis parkering & internett

SPAR <sup>OPP</sup> <sup>TIL</sup> 425,-

999,-

Ankomst: Inntil 28.08.14



Quality Hotel Grand Farris er et koselig hotell beliggende på bryggekannten i hjertet av Larvik sentrum. Opplev vikingtiden på nært hold på historiske Kaupang.

🇳🇴 | Østnorge

## Bryggekannten i Tønsberg

Quality Hotel Grand Farris ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 3-retters middag
- Gratis Kaffe & Te
- Gratis internett

KJEMPETILBUD

1.699,-

Ankomst: Inntil 31.12.15



Hotellet tilbyr rekreasjon og en fornøylig spa i en setting du sannsynligvis aldri har opplevd før. Opplev naturens komfortable omgivelser med sunnhet og velvære i fokus.

🇳🇴 | Hallingdal | Bestill innen 31.08

## SPA - vår

Quality Spa & Resort Norefjell ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x middag buffet
- Inngang til trening
- Inngang til bad

SPAR <sup>OPP</sup> <sup>TIL</sup> 650,-

1.449,-

Kåret til Norges beste SPA 2 år på rad

# VÅRTILBUD!

## KJEMPETILBUD!

Oppgi kode:  
**REISE**



Clarion Hotel Tyholmen er et 4-stjerners hotell som ligger rett ved vannet i den gamle bydelen i Arendal. Mange sier dette er byens beste beliggenhet.

🇳🇴 | Sør Norge  
**Arendal på sitt beste**  
Clarion Hotel Tyholmen ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Gratis adgang til fitness
- Sentral beliggenhet

Ankomst: Inntil 31.12.15 | Sesongtillegg fra kr. 150 / døgn

**SPAR OPP TIL 436,-**  
**1.099,-**

**SPESIAL PRIS**



Besøk Stockholm med alt den svenske hovedstaden har å by på! Bo sentralt i den rolige enden av Östermalm med gåavstand til den vakre Djurgården og Skansen. 4-stjerners hotell.

🇸🇪 | Stockholm  
**Bo sentralt i Stockholm**  
Best Western Hotel Karlaplan ★★★★★

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Nære til t-bane
- Sentralt i Stockholm

Ankomst: Inntil 30.12.15

**KJEMPETILBUD**  
**1.179,-**



Familievennlig hotell like ved stranden i den hyggelige byen Grenå. Gå en tur igjennom den sjarmerende gamle

Familievennlig hotell like ved stranden i den hyggelige byen Grenå.

🇩🇰 | Jylland  
**Miniferie rett ved stranden**  
Hotel Marina ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny/buffé
- 1 x kaffe med søtsaker
- Gratis parkering

Ankomst: 31.03.15 - 30.12.15

**SPAR OPP TIL 868,-**  
**899,-**  
Miljøtillegg 45 DKK / døgn

Bo nær naturen og flotte slott på et hyggelig hotell nær Skagen. Hotellet har en koselig og avslappet atmosfære dere lett kan la dere påvirke.

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 31.12

**Ferie nær Skagen**  
Dronninglund Hotel ★★★

Dronninglund ligger midt i østvendssysels praktfulle natur med nærliggende fine opplevelser. Kort vei til fine strender og flere av Nordjyllands spenne byer. 30min fra Fredrikshavn

3 overnattinger **669,-**

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny
- 2 x kaffe & kaker
- 2 x drink før middag

Ankomst: Inntil 30.12.15 | Sesongtillegg fra kr. 70 / døgn

**SPAR OPP TIL 1.186,-**  
**499,-**  
Miljøtillegg 45 DKK / døgn

[www.risskov.no](http://www.risskov.no)



Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.  
**32 82 90 00**



Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

**RISSKOV**

**BILFERIE**





13.5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM  
LEVONORGESTREL

# Jaydess minispiral

## - kan være et alternativ for unge kvinner

### Egenskaper:

- Lav hormondose
- Lokal effekt i livmoren
- Inneholder kun gestagen - ingen økt tromboseisiko har blitt påvist<sup>3</sup>
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- **Varighet i 3 år**

- **94 %** av behandlere syntes Jaydess er enkel å sette inn<sup>1</sup>
- **72 %** av kvinnene opplevde mild eller ingen smerte ved innsetting av Jaydess<sup>1</sup>
- Jaydess er nå, på samme måte som andre langtidsvirkende prevensjonsmidler, inkludert i bidragsordningen for jenter 16-19 år<sup>2</sup>

**Indikasjon:** Antikonsepsjon.

### Bivirkninger:

Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Smerter i abdomen/øvre genitalier. Akne/seboré. Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Hodepine.

Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset.

Kvinner bør informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

Ref 1: Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012

Ref 2: [www.nav.no/rettskildene/](http://www.nav.no/rettskildene/) Rundskriv, bidrag til spesielle formål §5-22, 31.12.2014

Ref 3: Lidegaard Ø. Expert Opin- Drug Saf. (2014) 13(10):1353-1360

**INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg:** Hvert intrauterint innlegg inneholder:  
Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsilokselastomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Antikonseptjon i opptil 3 år. **Dosering:** Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonszyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Inneholder sølv og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumor. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn: Sikkerhet og effekt ikke undersøkt hos kvinner <18 år. Ikke indisert før menarke. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom bliseret er skadet eller åpent. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginitt. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progrestogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumor. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinneår. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Kvinner som vurderer innlegget bør informeres om tegn og symptomer på, og risiko for ektopisk graviditet. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved utblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke størstvalgt som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønsteret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningsmengde varighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforurensning under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormon-er eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksuellpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Insidensen av utstøting er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan i sjeldne tilfeller skje, særlig under innsetting, og dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut. Risikoen for perforasjon er økt ved amming, og kan være økt ved innsetting post partum og ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må uoppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, kan innlegget ha blitt utstøtt. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikelatresi hos fertile kvinner. I blant forsinkes follikelatresien, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av legemidler som inducerer leverenzymmer, spesielt cytokrom P-450-enzymmer, (f.eks. fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz, bosentan, muligens også okskarbazepin, topiramet, felbarnat, griseofulvin og johannesurt (prikperikum)), kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnsormoner. Hemmere av enzymene som inngår i legemiddelmetabolisme (f.eks. itrakonazol, ketokonazol) kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampeligende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig virkerende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amming: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrelkonsentrasjonen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsorganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerter/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Kjønnsorganer/bryst: Perforasjon av uterus. Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem. **Egenskaper:** Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel lokalt i livmorhulen. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Virkningsmekanisme: Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesteronreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermie mobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. **Metabolisme:** Metaboliseres i stor grad, primært via CYP 3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

**Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1070,00  
**Sist endret:** 08.10.2013  
**Refusjon:** Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking

**Basert på SPC godkjent av SLV:**  
09.04.2014

Drammensveien 147B,  
0212 OSLO  
Tlf 24 11 18 00



Bayer HealthCare

# Ovesterin® østriol

## Noen plager i overgangs- alderen er helt nødvendige

- behandling med reseptfritt  
**Ovesterin® (østriol) er effektivt**



### **Ovesterin® 0,5mg Vagitorier 15 stk** **Ovesterin® Vaginal Krem 01% m/applikator 15g**

Ovesterin® inneholder østriol, som er et av de kvinnelige hormonene (østrogenerne) som kroppen produserer.

Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Under og etter overgangsalderen (klimakteriet) går østrogenproduksjonen ned. Kvinner kan da få plager som irritasjoner og tørrhet i skjeden, smerter under samleie, tilbakevendende urinveisinfeksjoner og urininkontinens.

Ovesterin® vagitorier og krem er hormonerstatningsbehandling som kan brukes for behandling av slike plager.

Ovesterin® Vagitorier og Vaginal Krem er reseptfrie legemidler. Les pakningsvedlegget før bruk.

### **Ovesterin® vaginalkrem (østriol)**



### **Ovesterin® vagitorier (østriol)**



Navamedic ASA  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 **Navamedic**





# Innhold



03 | 2015 Sykepleien

12. mars

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



## Hva skjer

- 10 Aksjonisten
- 18 Skeptisk til leie av fengselsplasser
- 21 I nyhetene: Ellen Blix
- 22 Et kjært bidrag etter døden
- 26 Kjernejournal til alle
- 30 Tema: Avviksmeldinger
- 44 Mange piller – og lite mat
- 48 Forløpskoordinatoren bør være sykepleier
- 54 Færre trykksår med spesialseng



Fortidens «galehus» også menneskelige. **10**



## Sykepleie

- 56 Fra videreutdanning til mastergrad
- 62 Eldresektoren – et veivalg
- 65 Min jobb: Sissel R. Oftedal
- 66 – Ammerådene må endres
- 68 Lærer anerkjennende veiledning
- 74 Etikkk: LAR og statsdop
- 76 Rehabilitering etter hjerneslag



LAR-behandling ut av kontroll. **74**



## Påfyll

- 82 Smånytt
- 82 Ny poesi-spalte
- 83 Petit: Liv laga
- 84 Kulturintervju: Lars Berrum
- 86 Bokanmeldelser
- 87 Hva leser du nå: Thore K. Aalberg
- 88 Fakta: Frontsøstrene får unnskyldning
- 92 Kryssord og quiz



Sykepleier og komiker med eget program. **84**



## Meninger

- 94 Eli Gunhild By om likestilling
- 95 Lesermeninger
- 96 Siden sist
- 98 Anlovs arrest
- 99 Innspill: Anne Karin Gammelsrud om eldre
- 100 Kronikk: Kristin Lie Romm om psykiatriske diagnoser
- 102 Tett på Faye Pamela Peters
- 107 Stilling og kunngjøring



Har slitt seg inn i norsk arbeidsliv. **102**

Forside: Foto Erik M. Sundt/illustrasjon Nina E. H. Hauge

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

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





**Integrering.** Det er godt at vi har kvittet oss med de gamle galehusene. Men datidens humanisme skal vi ikke kimse av.

# Ekte galskap, ekte omsorg



Fakta

## Barth Tholens

Ansvarlig redaktør  
i Sykepleien

Jeg jobbet en gang et år i en Israelsk kibbutz. Beboerne der var idealistiske jøder fra Øst-Europa som hadde emigrert til Israel etter krigen. Kibbutzen produserte appelsiner og kalkuner, og ble drevet i kollektivistisk ånd: Du skulle yte det du kunne, og få det du trengte. I praksis betød det at vi jobbet alt vi orket, og fikk mat, sigaretter, bolig, barnepass og medisiner gratis. Lønn var det ikke snakk om. Men vi kunne handle «gratis» i egne butikker og spise alt vi orket i kantinen.

**HAMSTRING.** Ordningen fungerte utmerket, men det var også ting jeg stusset ved. Kokken som laget maten til alle beboerne, kalkulerte med usannsynlig mye svinn. Maten bare forsvant, selv om det var mer enn nok til alle. Mange beboere hadde under Holocaust opplevd forfølgelse og sult. De tok selvfølgelig sine traumer med seg til Israel, og hamstret for harde livet. Bare i tilfellet. Kibbutz-ledelsen var fullt klar over dette. Men de lot det bare skje. De aksepterte at syke mennesker ikke er som andre.

Et slikt storsinn for pussige utslag av galskap, er også tema i to nylig utgitte romaner. Begge handler om omsorgen for personer med psykiske lidelser i en tid da disse ennå ble omtalt som forstyrret, åndssvak eller sinnssyk. Romanene tar utgangspunkt i en tid vi ikke ønsker oss tilbake til, men som sannelig også hadde sine positive sider.

**EVENTYR.** Den svenske forfatteren Sara Stridsberg gir i sin roman «Beckomberga» en varm skildring av personer på et av Europas største mentalsykehus. I romanen besøker den unge kvinnen Jackie sin alkoholiserende og suicidale far Jimmy på det staselige asyltet i utkant av Stockholm. Hun lar seg fascinere av menneskene der, med sine eventyrlige besynderligheter.

I romanen tar Stridsberg oss med til 80-tallets Sverige som riktignok snart er ferdig med sine monstrøse galehus, men ikke helt ennå. Vi kjenner de tvilsomme sidene ved institusjoner som Beckomberga eller vårt eget Gaustad: Pasienter ble lobotomert, tvangssterilisert over en lav sko og lagt i reimer når de

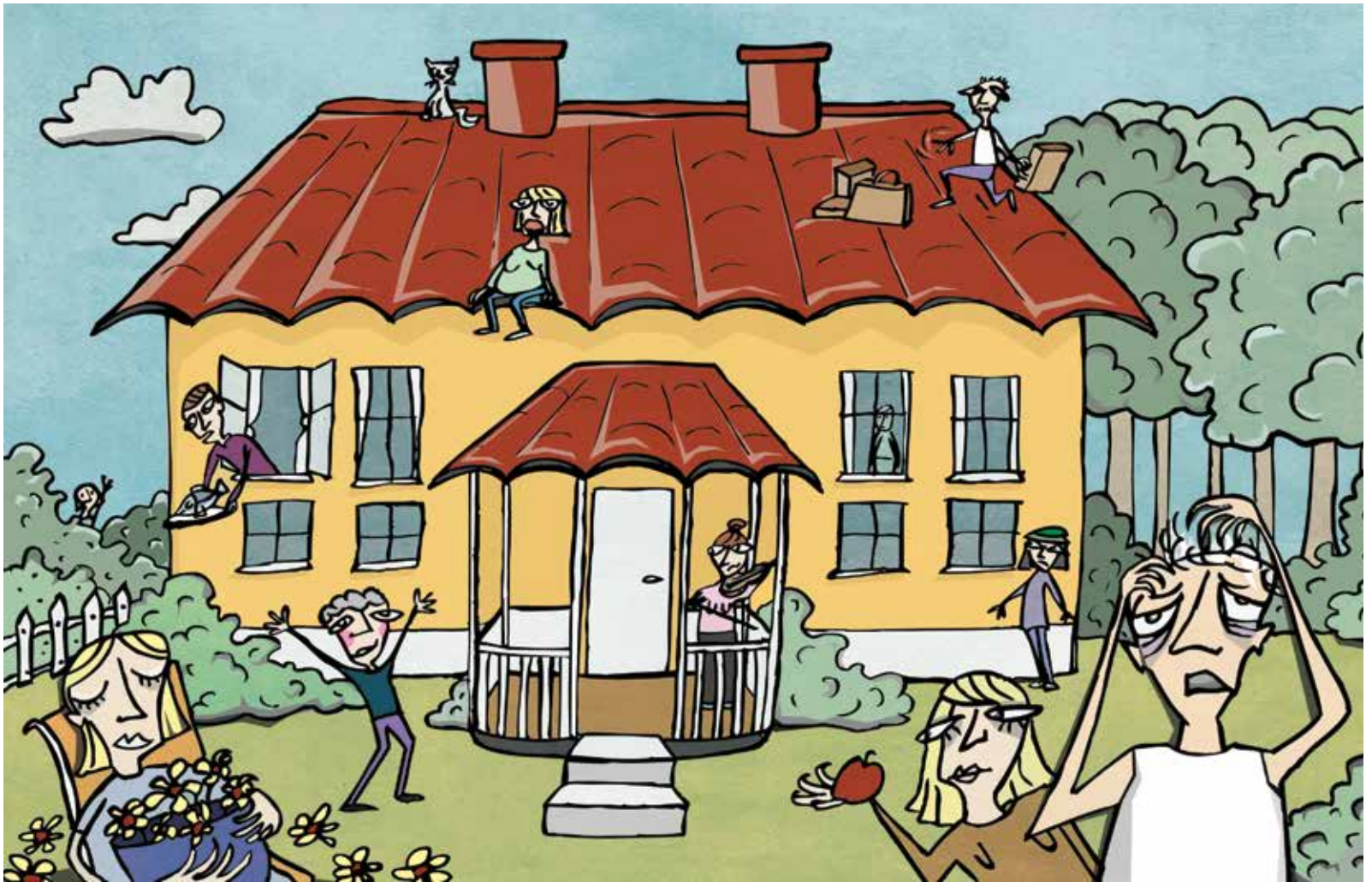
ble for vanskelige. De kunne leve hele sitt liv i glemsomhet, avskjermet fra resten av verden. Psykiatriens mørke historie er mangslungen og godt beskrevet.

**OVERRASKENDE.** Men Stridsberg viser oss et annet, litt overraskende bilde. Hun framhever mentalsykehusets grunnleggende humanistiske trekk. For egentlig skulle slike steder, gjerne i grønne omgivelser og litt vekk fra folk flest, være gode, lyse steder for dem som avvek fra det «normale». Den moderne velferdsstaten som vokste fram på 1900-tallet anerkjente dermed at spesielle mennesker trengte spesiell omsorg i en lun kontekst. Ideologien holdt slett ikke alltid stikk, og mye kritikkverdigg foregikk innenfor asyltes vegger. Stridsberg bestrider ikke dette, men fremhever i sin roman at det også fantes en annen virkelighet der ikke alt bare var trist og grått. Hennes skildringer preges av en hjertelig begeistring for alle de rare menneskeskjebnene som utgjorde mentalsykehusets persongalleri.

Sveriges tidligere statsminister Olav Palme hadde en mor som bodde på Beckomberga. Han besøkte henne ofte, tidlig på morgenen før han dro på jobben. Som for å si at han ikke hadde glemt henne, selv om han drev med viktige statsanliggende. Jeg vil tro at det var viktig for henne, men også for de ansatte var det et signal. De ble sett. De var viktige.

**ÅNDSSVAKE.** Den norske forfatteren Gaute Heivoll forsøker seg på noe liknende i romanen «Over det kinesiske hav» fra 2013. Et ektepar med to små barn bestemmer seg for å starte et forpleiningshjem for åndssvake i en liten bygd på Sørlandet rett etter krigen. De bestemmer seg for å bygge et hus med plass til mange, og skriver kontrakt med myndighetene som innebærer at de skal ta seg av en rekke personer med nokså spesielle behov. Slik havner fem «åndssvake» søsken i loftsetasjonen hos dem, sammen med sangglade Joseph og ordknappe Jenssen som hele dagen sitter på en stol under aspetreet.

Boka er skrevet fra perspektivet til sønnen i huset som vokser opp i en tett symbiose med de underlige beboere, med alle



Illustrasjon: Marie Rundereim

sine rare vaner og innfall. Faren er idealist, og det normale og ikke-normale veves så tett sammen i familiens hverdag at det er vanskelig å vite hva som er hva. Når de rammes av en alvorlig ulykke, rammes alle, bare på ulike måter. Det er en rørende og til dels svært morsom fortelling. Tidsmessig er vi langt unna vår tids kommunale boliger for personer med psykisk utviklingshemming. Vi har ikke kommet til integreringens tidsalder, til universelle løsninger eller hjemmebasert omsorg. Men i mikrosamfunnet på Sørlandet etter krigen er respekten for «de andre» konge.

**OPPSTYKKET.** Utbyggingen av den moderne velferdsstaten, med sin voksende, hvite hær av offentlig ansatte, kan kanskje ha bidratt til mindre stigmatisering av sårbare grupper i samfunnet. Men som alt, har også dét hatt sin pris. Profesjonaliseringen av omsorgen har gjort humanismen mer oppstykket. Den ivaretas nå av lover, utdanningsløp, byråkratiske

strukturer, finansieringsordninger og prosedyrer for de ansatte. De store institusjonene er avvirket, og vi savner dem ikke. Men ideologien om hjemmebasert omsorg gjør det også

## «Profesjonaliseringen av omsorgen har gjort humanismen mer oppstykket.»

vanskeligere å få øye på hva som egentlig skjer i møtet mellom pasient og ansatt.

Bøkene til Heivoll og Stridsberg minner oss om at den profesjoniserte omsorgen alltid må ledsages av menneskelig varme. Den må være ekte, og ikke bare tillært på skolebenken. ●

[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

**Nyhet!**  
Klinisk bevist  
innovasjon

**TENA**  
**U-test**  
Made in Switzerland

## TENA U-test - for enkel påvisning av urinveisinfeksjon direkte i bleien

TENA U-test er en klinisk bevist innovasjon\* som forenkler diagnostiseringsprosessen ved mistanke om urinveisinfeksjoner hos personer der det kan være vanskelig å få en ordinær urinprøve, som hos eldre, inkontinente eller barn. Plassert i ordinære bleier, kombinerer TENA U-test både innsamling av urin og analysen i ett produkt. Analysen skjer mens testen er i bleien.



Resultatet kan leses av 15 minutter etter urintømming, og er gyldig i opptil 24 timer. Fargeindikatorene viser tydelig om testen er valid, og om urinprøven er positiv eller negativ for nitritt og leukocytter.

TENA U-test fåes kjøpt på apotek og hos bandagist.

\* Krähenbühl JD, Beaulieu C, Gehri M. Evaluation of a novel in-vitro diagnostic device for the detection of urinary tract infections in diaper wearing children. Swiss Med Wkly. 2012 Apr 5;142:w13560.



[www.TENA.no/u-test](http://www.TENA.no/u-test)





# Hva skjer

Del 1 Sykepleien 03 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema

Tynn: Inger Danneborg Nafstad tar bare vitaminer, men er likevel i fare for å bli underernært.



**Nytt.** Forløpskoordinatoren får nøkkelrolle. **48**



**Sykehus.** Ble færre trykksår med spesialsenger. **54**



«Den vestlige verden har for mange inngrep i normale fødselsforløp.» Ellen Blix. **21**

## Målt av studenter

**Polyfarmasi.** Studenter avdekket at mange underernærte eldre tar fem eller flere legemidler per dag. **44**



**Fakler:** Her er det bare å kjøpe fakler, sier lege Mads Gilbert. Arkivfoto: Scapix

## Selv mord blant eldre

Selv mord blant eldre vekker liten oppmerksomhet i Norge. De eldste mennene har den høyeste selvmordsraten av alle aldersgrupper i Norge – men forslagene til tiltak er ikke imponerende: Fire linjer om støtte til eldresentre i handlingsplanen mot selvmord. Det gir grunn til noen refleksjoner, skriver Ildri Kjølseth i en kronikk i tidsskriftet.no.



## Best i Vest

Helseforetaket Helse Vest melder at de for 2014 endte med et resultat på 750 millioner kroner i pluss. Dette er 440 millioner kroner høyere enn budsjettet.

Haugesunds Avis



## Ansatte i gapestokk

To jordmødre fra Sykehuset Østfold sto frem i NRK Østfold med bekymring for tilbudet for de fødende i det nye Østfold-sykehuset. Sykehusledelsen sendte ut mail til alle ansatte ved Kvinneklinikken om at de ikke kan akseptere uttalelsene.

– Sykehuset Østfold setter nesten sine ansatte i gapestokk sier fylkesleder i NSF Østfold, Karen Brasetvik.

NRK



## Vil ha folkeopprør

**UFORSVARLIG:** – Ambulanser kan ikke erstatte lokalsykehus, mener Mads Gilbert, profilert lege ved UNN. Han ønsker et folkeopprør etter det som skjedde i Kristiansund etter at en liten gutt døde.

– Det er uforsvarlig og ikke riktig å argumentere med at de prehospitalt akuttmedisinske tjenestene kan kompensere for tjenestene ved et lokalt akuttmottak, sier Gilbert,

til Klassekampen.

Han mener grensen er nådd og oppfordrer til folkelig motstand.

Gilbert viser til aksjonene i Kristiansund, som har ført til at det lokale helseforetaket vurderer å gjenåpne barneavdelingen i helgene.

– Dette viser at styrene er følsomme for folkemeningen og politisk press. Her er det bare å kjøpe fakler, sier Gilbert.

Stortinget har vedtatt en responstid på tolv minutter for innbyggere i tettbygde strøk. 90 prosent av innbyggerne i distriktene skal nå på 25 minutter. Tall fra 2013 viser at realiteten er et gjennomsnitt på 18,7 minutters responstid i byene og 31,1 minutter i distriktet.

– En halvering av dagens akutt-mottak vil øke responstida i distriktene, ifølge Gilbert.

## Styring mot fornuft og anstendighet

**Handelsvare.** Lojalitetsplikt og styringsrett fra arbeidsgivers side innskjerpes, mens pasienten reduseres til en vare som skal takseres, skriver Ivar Johansen (SV) i sin blogg.

# Fakta og tall. Kreft

## 1 av 3

i Norge får kreft i løpet av livet.

## 3 818

Prostatakreft er den hyppigste kreftformen blant menn med 4 919 nye tilfeller i 2012.

## 2 984

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner med 2 984 nye tilfeller i 2012.

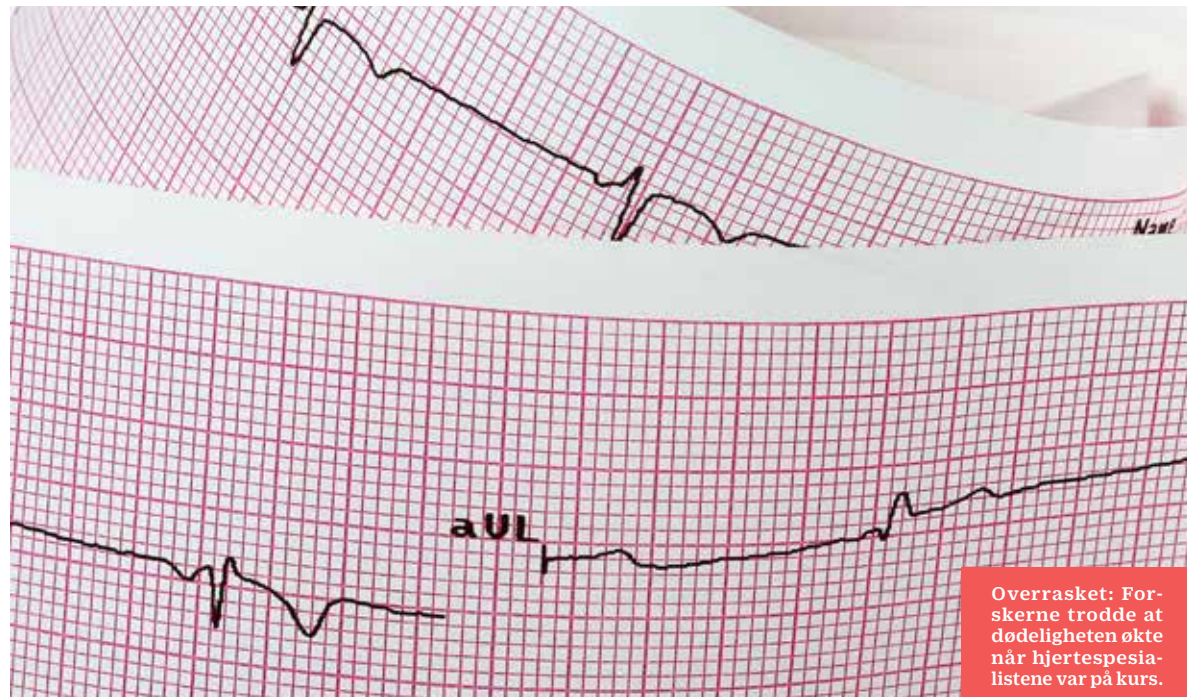
## 69,8 %

av kvinnene har 5 års relativ overlevelse i perioden 2008–2012.

## 68,8 %

av mennene har 5 års relativ overlevelse i perioden 2008–2012.

Kilde: Kreftregisteret



## Mindre død når kardiologen er på kurs

**UVENTET FUNN:** Amerikanske forskere har undersøkt dødelighet etter 30 dager for pasienter som ble innlagt med akutt hjertesykdom på dager hvor det foregikk nasjonale kardiologkongresser, og sammenliknet med «vanlige» dager. Forskernes trodde at dødeligheten ville være høyere når hjertespesialistene var på kurs. Det stemte ikke, melder Dagens Medisin.

Forskerne fant at dødeligheten for høyrisikopasienter gikk ned. For eksempel var 17,5 prosent av pasientene innlagt med hjertesvikt på kursdag, døde etter 30 dager. På ordinære dager var tallet 24,8.

Likeledes døde 59,1 prosent av hjertestans-pasientene som fikk behandling på kursdag, mens 69,4 prosent ikke overlevde én måned etter innleggelse på en vanlig dag.

Forskerne tror det kan være flere forklaringer. Den ene at kardiologer som blir på sykehuset skiller seg fra dem som deltar på møtene. En annen forklaring kan være at pasientene får mindre behandling på møtedatoer, noe som gir et uventet gunstig resultat for høy-risikopasientgruppen. Tanken er da at noen inngrep som vanligvis utføres er unødvendige.

## Ny hiv-variant oppdaget

En nyoppdaget variant av hiv-viruset gjør at pasientene utvikler aids dobbelt så raskt som det som hittil har vært vanlig i et gjennomsnittlig sykdomsforløp, og ble oppdaget på Cuba, skriver Dagens Medisin.

Forskerne studerte 73 pasienter, og alle som var smittet med den nye varianten, fikk aids i løpet av tre år. Ingen av pasientene fikk noen behandling før de utviklet aids.

### Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





# DET ER MANGE FORDELER VED Å VÆRE SYKEPLEIER



**Norsk Sykepleierforbund har avtale med Esso MasterCard. Noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:**

- 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- Valgfri PIN-kode



Søk om kort online med din BankID, så får du kortet rett i postkassen!  
Onlineskjemaet finner du på [essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund](http://essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund)

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 er 31,13 %.  
Kredittkostnad kr 1.947.

**essomastercard.no**  
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

## Hva skjer. Kropp



# Urealistisk kroppsbilde

• Tekst **Susanne Dietrichson**

**UNGDOM:** Overvektige gutter har en tendens til å se på seg selv som normalvektige, mens undervektige jenter ofte ser på seg selv som tykke.

Dette er et av hovedfunnene til psykolog Liv Sand, som tidligere denne måned disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med en avhandling om kroppsbilde- og spiseforstyrrelser hos barn og ungdom.

– Min interesse for temaet ble vekket allerede i studietiden, da jeg hadde pasienter i praksis som slet med kroppsbilde- og spiseforstyrrelser, forteller Sand.

– Det at ungdommer som sliter med spisevansker har en kritisk måte å vurdere sin egen kropp på, er et etablert funn. Men at unge som sliter med fedme har en tendens til å undervurdere egen kroppsvekt, er både overraskende og nytt.

Sand har også sett på uttalelser fra foreldrene til barna med vektproblemer og sett at disse har hatt problemer med å vurdere hva som er normalvekt hos egne barn.

Deltakerne i undersøkelsen er ungdommer med vektproblemer og psykiske vansker som ble hentet fra Barn i Bergen-studien ved RKBV Vest, en befolkningsbasert studie som har fulgt alle barn født i Bergen mellom 1993–95 fra tidlig skolealder til ungdomstiden.

– Det at vi har plukket deltakerne fra en så stor studie har gjort at vi hele tiden har kunne sammenlikne ungdommer i definerte risikogrupper med dem som ikke viste spise- og vektrelaterte vansker, sier hun.

**KJØNNSSKILLE.** – Hva tenker du om at gutter som viser risiko for spisevansker vurderer egen kropp

som mindre enn i realiteten, mens jenter med spisevansker overvurderer egen kroppsstørrelse?

– Dette funnet tolker vi i lys av de rådende kroppsidealene som tilsier at jenter skal være ekstra tynne, mens gutter skal være kraftige og muskuløse. Slik ser vi at jenter og gutter med tegn til spisevansker har en selvkritisk kroppoppfatning og vurderer seg selv som fjernere fra rådende kroppsideal enn de er i virkeligheten.

**ØKNING.** Sand forteller at selv om forekomsten av alvorlige spiseforstyrrelser er stabil, ser man en økning av milde spisevansker blant barn og unge. I tillegg til at fedme er et stadig økende samfunnsproblem.

– Det har lenge vært en tommelfingerregel at én av ti med spiseforstyrrelser er gutter, men det tallet er også økende, sier hun.

– Hvis vi skal kunne forebygge at situasjonen forverrer seg for de unge som sliter litt, er det viktig å ha kjennskap til hva slags kroppsbilde de har.

Sand mener kartleggingen av barn og unges kroppsbilde kan begynne allerede i førstelinjetjenesten.

– At helsesøster stiller barna åpne spørsmål om forholdet til egen kropp og hvordan de vurderer egen størrelse og vekt, kan være en god start. Når det gjelder barna som har overvekt eller fedme bør man trekke inn foreldrene tidlig, da disse ofte sliter med å se barnas vektproblemer. Hvis vi kartlegger vektoppfatningen til barnet og foreldrene vet vi allerede mer om hvordan familien ser på situasjonen og får et bedre utgangspunkt for å kunne hjelpe. ●

[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)





# Sa ja til voldsforskrift

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

**VOLD:** Arbeidsmiljøloven får ny forskrift om vold og trusler i arbeidslivet. Den skal gi ansatte en tryggere hverdag.

Stortinget har vedtatt en ny forskrift til arbeidsmiljøloven for ansatte i volds- og trusselutsatte yrker. Forskriften vil blant annet kreve at det gjøres en helhetsvurdering av sikkerheten på den enkelte arbeidsplass.

– Forskriften skal være et verktøy mot vold og trusler for ansatte og arbeidsgivere. En samlet innsats for å begrense vold og trusler i arbeidslivet er viktig både for å verne den enkelte, for å hindre sykdom og skade, og for å sikre tilstrekkelig rekruttering til velferdssyrkene. Flere fagforbund har lenge etterlyst behovet for en slik forskrift, og nå gir vi dem det, sier Anette Trettebergstuen (Ap), en av stortingsrepresentantene bak forslaget.

**NYTTIG VERKTØY.** En samlet arbeids- og sosialkomité understreket, da den behandlet forslaget, at det er viktig at alle arbeidstakere har en arbeidsplass som er trygg, og at ledere og arbeidsgivere får effektive verktøy for på systematisk vis å kunne ivareta ansatte som står i fare for å bli eller blir utsatt for vold og trusler.

«En forskrift vil kunne være et verktøy for oppfølging og samarbeid mellom arbeidsgiver, tillitsvalgte og vernetjenesten, og vil således bidra til å følge opp de forpliktelsene som loven krever for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø», heter det blant annet i den enstemmige innstillingen fra komiteen.

Det blir videre understreket at det er «viktig at arbeidstakere får tilstrekkelig opplæring i problematikken og at bemanningen er tilstrekkelig på den enkelte arbeidsplass».

**ØKT OPPMERKSOMHET.** Fysiske arbeidsmiljøbelastninger er i stor grad ivaretatt med dagens forskriftsbestemmelser i arbeidsmiljøloven, mens det ikke gjelder psykososiale og organisatoriske belastninger.

– Norsk Sykepleierforbund tror ikke at forskriftsregulering i seg selv vil løse utfordringene med vold og trusler i arbeidslivet. Men en forskrift vil løfte fram temaet og bidra til økt oppmerksomhet, bevisstgjøring og diskusjoner om egen sikkerhet og sammenhengen mellom arbeidsmiljøet og muligheten for å ivareta pasientens behov ute på arbeidsplassene, sier nestleder Solveig Kopperstad Bratseth i NSF.

## En forskrift vil bidra til å løfte fram temaet.

Solveig Kopperstad Bratseth

Stortinget ber regjeringen, i samarbeid med partene i arbeidslivet, gjennomføre blant annet følgende forslag:

- Følge opp og sette i verk de konkrete tiltakene i rapporten «Sikkerhet i arbeids- og velferdsforvaltningen».
- Styrke fylkesmannsembetet sin tilsynsfunksjon, og vurdere om Arbeidstilsynet har god nok kompetanse innenfor vold og trussel i arbeidslivet.
- Utrede sammenhengen mellom bemanningssituasjonen og vold/trussel på arbeidsplassen.
- Gjennomføre en helhetlig utredning av om tilbudet i dag for personer med størst rus- eller atferdsproblemer er godt nok og best mulig organisert.

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

# 30 år

MED HVERDAG...



## ...OG FEST!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte 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!**



**NORGESVEL**  
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970 [norgesvel@norgesvel.no](mailto:norgesvel@norgesvel.no) [www.medaljen.no](http://www.medaljen.no)



**Soning.** – Vi bør ha fengselsplasser nok i vårt eget land, mener Trond Lie, psykiatrisk sykepleier og ansatt i Hedmark fengsel.

# Skeptisk til leie av fengselsplasser

● Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Justisminister Anders Anundsen har undertegnet en fengselsavtale som gir 242 norske soningsplasser i Nederland, ifølge NTB. Avtalen må godkjennes av Stortinget.

Høringsfristen til departementets forslag til lovendring for soning i utlandet gikk ut fredag i slutten av februar. I høringsforslaget foreslår Justisdepartementet blant annet at helseoppfølgingen for disse soningsplassene overlates til det landet hvor den innsatte soner.

I første omgang er det Nederland som har vært aktuelt, men lovendringen er ikke knyttet til noe konkret land, annet enn at det foregår utenfor Norge.

– **SKEPTISK.** Trond Lie er psykiatrisk sykepleier og styremedlem i forning for fengselspsykeleiere. Han er også med i Helsedirektoratets fagråd for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Lie er skeptisk til hele ideen om å leie fengselsplasser utenfor Norge.

– Vi bør ha fengselsplasser nok i vårt eget land, mener han.

Lie jobber på en høysikkerhetsavdeling i Hedmark fengsel og ser daglig hvor viktig det er å kommunisere godt med innsatte som har helseproblemer.

– For innsatte med dobbeltdiagnoser som rus og psykiatri er språket det viktigste verktøyet vi har. Mange har opplegg med DPS eller LAR før

de kommer i fengsel, og det er viktig å holde kontinuiteten. De med størst helseproblemer må sone i Norge.

Han understreker at han ikke har noen grunn til å tvile på kompetansen hos nederlandsk helsepersonell.

– Men det er viktig at helsepersonell kjenner til det norske systemet ved for eksempel sykdom som krever tilrettelegging når den innsatte

## « De med størst helseproblemer må sone i Norge.» Trond Lie

skal tilbake til samfunnet igjen.

Departementet foreslår at de innsatte ved soning i utlandet skal ha likeverdige helsetjenester, men ikke nødvendigvis likt helsetilbud som ved soning i Norge. Det skal tas hensyn til blant annet helsetilstand ved utvelgelse av hvem som skal sone utenfor Norge.

– Dersom noen likevel skal sendes ut av landet for soning, må det være de aller friskeste, de som sitter på lange dommer, mener Lie.

**SPRÅK.** Flere instanser har innvendinger til forslaget om soning i utenlandske fengsel:

Statens helsetilsyn presiserer at de med dette lovforslaget ikke vil kunne føre tilsyn med den faktiske ytelsen av helsetjenester den

innsatte får utenfor Norge. Fylkesmannen kan heller ikke behandle klager fra innsatte i mottakerstaten på samme måte som andre klager, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. De ber departementet gå gjennom ordlyden i sitt eget lovforslag.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ber i sitt hørings svar om at spørsmålet om pasientskadesaker som kan oppstå i kjølvannet av behandling gitt i utlandet blir utredet mer grundig. NPE stiller flere spørsmål:

- Fra hvilket land skal vi innhente spesialisterklæringer fra? Norge eller soningslandet?
- Hvilket språk er journalene på? Må disse oversettes til norsk? Hvem skal betale?
- Og, hvis journaler må oversettes, hvordan påvirker dette bevisene i saken/grunnlaget for vedtak?

– **BEKYMRET.** Norsk Sykepleierforbund mener ansvaret for helsetilbudet til innsatte som sendes ut av landet, må tydeliggjøres.

«Innsattes rettigheter til vurdering av rett til helsehjelp, oppfølging, klageadgang og tilsyn behandling bør tydeliggjøres i egne retningslinjer. Det er med bekymring NSF merker seg at nasjonen Norge ikke klarer å huse sine egne innsatte», heter det i hørings svaret. ●

[aknbh@sykepleien.no](mailto:aknbh@sykepleien.no)

Fakta ●●●●

### Helse i fengsel

- I Norge er det kommunehelsetjenesten som har ansvaret for helsen til innsatte.
- Sykepleiere som jobber i fengsel, er ansatt i kommunen hvor fengselet ligger. Helsetjenesten og kriminalomsorgen er adskilt.
- I mange andre land er helsetjenesten organisert under kriminalomsorgen.

# Hva er egentlig naturlig aldring?



Aldersrelatert skrøpeligheit er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttao og lav fysisk aktivitet. Skrøpeligheit er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av teegnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligere for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

## Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

## Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

## 200 ml

18 gram protein  
300 kalorier



Les mer om aldersrelatert skrøpeligheit på [www.nutridrink.no](http://www.nutridrink.no)

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjist.

**NUTRICIA**  
**Nutridrink**  
Næring til livet





# Ellen Blix

## Den første jordmorproffen

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Benjamin A. Ward, HiOA**

Fakta

### Aktuell som

Professor i jordmorfag på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Alder: 58 år

**Bakgrunn:** Ellen Blix ble landets første jordmorprofessor sist høst, da hun begynte på HiOA. I februar var hun i nyhetene og fortalte om sin forskning om hjemmefødsler. Hun sa at det er færre blødninger og rifter, og mindre bruk av sugekopp og tang, hos lavrisikokvinner som føder hjemme i forhold til dem som føder på sykehus. Derfor mener hun at kvinner som ønsker hjemmefødsel bør støttes i valget.

### Hvorfor er du landets første jordmorprofessor?

– Jordmødre har ikke forsket lenge. Først ute med doktorgrad var Gunhild Blåka i 1996. Ti år etter var det Eva Tegnander og meg. Nå er vi 19 med doktorgrad.

### Hva synes du om å være først?

– Kjekt. Flere kommer heldigvis etter hvert.

### Hva gjør du egentlig?

– Forsker og underviser. Skaffer forskningsmidler til nye prosjekter. Vi har nettopp startet masterstudie med 50 jordmødre.

### Din forskning om hjemmefødsler fikk publisitet?

– I dette tilfellet var nyheten Storbritannias nye retningslinjer for fødende. Der anbefales hjemmefødsler. Artig at de refererte til våre studier. Det er jo derfor vi forsker; for å få mer kunnskap om klinisk praksis.

### Hva var ditt hovedfunn?

– At det er færrest komplikasjoner, og derfor tryggest, når lavrisikokvinnene føder hjemme.

### Akutte ting kan skje?

– Ja, men det skjer heldigvis sjelden. I så fall flyttes de over til sykehus. Forutsetningen for hjemmefødsel er at det er et sykehus å flytte til i tide.

### Hva synes du om sykehuspolitikken?

– Fødetilbudet i Norge skal være differensiert. I store byer kan man velge mellom å føde på sykehus, på jordmorstyrte enheter eller hjemme, det siste hvis man betaler litt. I Nord-Norge kan mange

velge fødestue. Mange steder kan man ikke velge. Men Norge er verdens tryggeste land å føde i.

### Blir folk sinte når du sier at hjemmefødsel er trygt?

– Mange er uenig og skeptisk. Det har de rett til. Man kan tenke seg at mye kan gå galt.

### Du har selv født barn hjemme. Hvordan var det?

– Jeg har prøvd alt: Første barn ble født i Danmark på universitetssykehus, de to neste hjemme i Bergen og fjerde på lokalsykehus i Hammerfest.



### Hva var best?

– Hver av dem var best. Inspirasjonen til hjemmefødsel fikk jeg da jeg bodde i Danmark. Der var det vanlig. Men jeg er fornøyd med alle jordmødrene.

### Hvorfor ble du jordmor?

– Jeg ble fasinert da jeg hadde praksis på fødeavdeling. Da jeg fikk mitt første barn, var jeg ikke i tvil.

### Hvor mange barn har du tatt imot?

– Cirka tusen, kanskje. Jeg jobbet som jordmor i over 20 år: på føden, obsen og i svangerskapsomsorgen.

### Hva er jordmødres viktigste kampsak?

– Å verne om normale fødsler. Paradoksalt dør mange mødre og barn i fattige land fordi de ikke har tilgang til medisinsk hjelp, mens den vestlige verden har for mange inngrep i normale fødselsforløp. Gravide må styrkes til å tro at de kan gjennomføre en fødsel.

### Har du flyttet fra nord til sør?

– Tre uker i måneden er jeg i Oslo. En uke er jeg i Forsøl utenfor Hammerfest.

### Noe annet du forsker på?

– Fødselsprogresjon, sammen med Stine Bernitz. 14 fødeavdelinger er involvert. En av tre får i dag medikamenter fordi fødselen angivelig går for sakte. Det er betenkelig.

### Hvor lang tid bør en fødsel vare?

– Biologiske forskjeller er store, som størrelsen på babyen og plassen i fødekanalen. Antakelig forstår vi ikke nok om dette, og det er ikke enighet i fagmiljøene om det. ●

marit.fonn@sykepleien.no



**Over streken?** Mange organisasjoner er lysten på en gave når arven skal fordeles. Redningssselskapet sier det rett ut.

# Et kjærte bidrag etter døden

• Tekst **Marit Fonn**

Det ligger et uåpnet brev hos min gamle far. Fra Redningssselskapet. Det har hopet seg opp flere uåpnede konvolutter fra denne avsenderen.

Denne gangen er det en brosjyre inni konvolutten. Og et følgebrev. «Kjære støttemannskap», står det. Far, 91 år, er såkalt fast giver i denne frivillige organisasjonen. Navnet på brosjyren er «En guide til testamentariske gaver».

«Vi opplever at mange har behov for mer informasjon rundt testament og arv», skriver Redningssselskapet i brevet.

Arveregler er jo komplisert, men litt pussig at det er deres oppgave å opplyse om det, tenker jeg naivt. Men avsender uttrykker omsorg for støttemannskapets familie: «Ved å opprette testament kan du forhindre bekymring blant dine kjære og sikre at dine ønsker blir oppfylt.»

Og videre: «Samtidig kan du støtte en sak du bryr deg om.»

Brosjyren har fakta om gode grunner til å opprette testament. Og nederst på siden, i uthevet skrift og med større bokstaver, kommer selve poenget:

«Vi er dypt takknemlige for alle testamentariske gaver, uansett beløp.»

Det er en ubehagelig setning. Alle disse brevene fra Redningssselskapet har lenge plaget far. Han vet ikke helt om han har betalt det han

skulle i tide. Enhver bønn om penger opplever han som et krav. Dømmekraften er ikke som før.

Vi har akkurat blitt enige om at det er best å melde seg ut, så han slipper disse bekymringene.

Dette skjedde i fjor. Heldigvis så han aldri denne nevnte postsendingen med brosjyren. Det ville stresset ham.

**MANGE OM BEINET.** Redningssselskapet er ikke alene om å ønske seg testamentariske gaver. Googler man begrepet, kommer de opp, den ene organisasjonen etter den andre:

«Jeg kaller det heller livreddende brev.» Solfrid Bøe, Redningssselskapet

Unicef, Amnesty International, Redd Barna, Kreftforeningen, Plan Norge, SOS barnebyer, Røde Kors ... Listen er lang.

I 2013 fikk Redningssselskapet inn 15,9 millioner kroner via testamentariske gaver og donasjoner. De totale inntektene var om lag 500 millioner.

– Inntektene fra de testamentariske gavene sank dessverre i fjor, forteller Solfrid Bøe, som er markedsrådgiver i Redningssselskapet.

Men selskapet var desto mer aktivt med markedsføring i 2014, blant annet med annonser i sitt eget blad RS-magasinet, i Obosbladet og Vi over 60.

Brosjyren «En guide til testamentariske gaver» gikk til 10 000 faste givere.

– Da vi planla brosjyren, fikk jeg først høre at «dette er ikke Norge klar for». Folk liker jo ikke å snakke om døden. Men så forhørte vi oss blant giverne og fant at det var behov for informasjon om testament og arv.

– Hadde dere aldersgrense for hvem dere sendte brosjyren til? Noen er mer sårbare enn andre?

– Alle fikk, også de unge. De lever i mer komplekse forhold enn før, med dine, mine og våre barn. For mange er testamente en god løsning for å vise etterlatte hvordan de ønsker å fordele verdiene sine og forhindre uenighet den dagen de er borte. Og ved å støtte en sak som passer deres verdigrunnlag, kan de hjelpe også etter at de selv er borte, sier Bøe.

**LIVREDDENDE BREV.** – Det er en form for tiggings?

– Jeg kaller det heller livreddende telefoner, brev og brosjyrer. Vi trenger 550 millioner kroner for å holde 50 redningsskøyter på sjøen.

15 prosent av inntektene kommer fra staten.

Fakta ●●●●

## Arverekken:

Slektsarvingene deles inn i tre arverekker

- **Første arverekke:** Barn, barnebarn, og deres barn. Dette er livsarvinger.
- **Andre arverekke:** Foreldre, søsken, søkens barn.
- **Tredje arverekke:** Besteforeldre, onkler, tanter, søskenbarn.
- **Barn har krav på 2/3** av boet. Dette kalles pliktdelsarv.
- Hvis avdøde ikke har skrevet testament og ikke har arvinger, går **alle verdiene til staten.**
- Delen som overskrider pliktdelsarven og gjenlevende ektefelles minste arv, kan **fordeles fritt gjennom testamente.**

Kilder: Skatteetaten og Redningssselskapet



Mange vil ha: En testamentarisk gave er velkommen hos alle. Hvor tydelig er det greit å si det? Faksimiler fra Redningsselskapet, Kreftforeningen, Norsk Folkehjelp og SOS-barnebyer.

– Resten er fra privatpersoner og næringslivet. Det er et spleiselag. Helt fra 1891 har vi sagt at testamentariske gaver er et kjærtegn.

– Er det noe dere formidler på telefon?

– Nei. Det er jo et ømtålig tema, så enn så lenge annonserer vi og formidler brosjyrer per post. De fleste som støtter oss har selv blitt hjulpet, eller mistet noen på havet. De gir i takknemlighet. Vi har en værhard kyst. 25 liv ble reddet i fjor.

Bøe sier hun ikke har fått én tilbakemelding om at det var upassende å sende den brosjyren.

– Vi informerer om arverekken og hvilken del av arven man selv kan bestemme over. Vi ber ikke om millioner. Noen tror man må gi så det virkelig monner. Men både tusen og ti tusen kroner er fint. Noen gir alt de eier. Da hjelper vi dem med å gjøre opp boet og selge huset.

Bøe mener at telefonering om testamente antakelig aldri vil skje.

– Men vi selger kalendere, landslotteri og kampanjer på telefon. Gir

man større donasjoner, kan man få navnet sitt på en redningsskøyte.

Det hender pasienter gir gaver til Redningsselskapet.

– Da sjekker vi før vi sender takkebrev om pasienten fortsatt lever. De som har gitt til oss skal vite at gaven kommer til nytte. Det har også med skattetrekk å gjøre, sier Bøe.

**VANSKELIG Å SI NEI.** Forbrukerombudet vil ikke uttale seg om brosjyren om testamentariske gaver, fordi dette er utenfor det som reguleres i markedsføringsloven. Ombudets oppgave er å overvåke markedsføring av varer og tjenester som forbrukere kjøper. For eksempel er telefonsalg innenfor ombudets område, og er en gjenganger blant klagesakene.

– Det er nok mange smarte som vil selge til eldre og barn, sier helse- og eldreombud i Oslo, Anne-Lise Kristensen.

Hun synes henvendelser til eldre om testamentariske gaver er et interessant tema, men vil ikke uttale

seg fordi ombudets mandat er å arbeide for at pasienter og brukere av helse- og sosialtjenester skal få ivarett sine rettigheter.

– **PÅ TYNN IS.** Men Berit Daae Hustad, leder i Rådet for sykepleietikk, vil uttale seg: Hun viser til at eldre, gravide og de som nettopp har fått barn er særlig sårbare for henvendelser.

– Det er akkurat på sånne områder at etikken er viktigere enn jusen. Det er ikke straffbart. Men man be-

– Om de selv vil testamentere eller gi andre gaver, er en frivillig sak. Det er tiggingen som er betenkelig, ikke minst per post. Da kan mottakeren sitte og lese brevet på nytt og på nytt, og tenke at dette må jeg betale.

Også telefonhenvendelser er hun kritisk til:

– Mange eldre bor hjemme og er lett å overtale, for eksempel til faste trekk. Men så har de ikke helt forstått hva de sa ja til.

Hustad ser at de eldre vil være



«Det er tiggingen som er betenkelig.» Berit Daae Hustad, Rådet for sykepleietikk

veger seg på områder som er betenkelige. Noen ganger vet nok de som henvender seg at de er på tynn is.

Hun påpeker at eldre er ekstra opptatt av å gjøre opp for seg.

stadig mer attraktive, siden målet er at vi skal bo hjemme så lenge som mulig.

– Har du et råd til sykepleierne?





→ – Ser hjemmesykepleierne noen brosjyrer ligge framme, kan de spørre hva det er, eventuelt kontakte pårørende. Mange er jo enslige.

– *Slike gaver går ofte til en god sak? Kan det forsvare pågående henvendelser?*

– Jo, men hvis de som ringer merker at vedkommende ikke er helt klar, er det ikke bra. De vet nok også hvor gamle de er. Rådet har mange saker som handler om samtykkekompetanse. Det er ofte vanskelig å vurdere, man kan være samtykkekompetent på enkelte områder. I Norge som er så rikt, burde man ikke være avhengig av å tigge, sier Hustad.

– **TAKTLØST.** Kreftforeningen fikk i fjor testamentert drøyt 111 millioner kroner.

– Vi henvender oss aldri direkte til noen for å be om slike gaver, verken skriftlig eller på telefon. Det ville være taktløst. Vi anmoder heller ikke om andre gaver på telefon. Det ville oppleves som en belastning, sier Kjetil Straume, advokat i Kreftforeningen.

– Vi er forsiktige med markedsføring. Død, arv og testamente oppleves som seriøst. Men vi har hatt annonse i advokatbladet for å nå dem som bistår med testamentearbeid, sier Straume.

I tillegg ligger det informasjon på nettsiden.

– Vi har også en brosjyre, men

sender den aldri uoppfordret, bare når noen ber om den.

Som advokat vil Straume aldri foreslå bestemte organisasjoner overfor enkeltpersoner som ønsker å testamentere penger.

– Man kan spørre hvilken sak vedkommende vil støtte. Sier de «hjertesaken», da er det to store å velge i: LHL og Nasjonalforeningen. Sier de kreftforskning, da er det bare én seriøs; Kreftforeningen. Forskning er veldig viktig for mange.

Straume opplyser at Kreftforeningen har bidratt med 1,6 milliarder

## «Vi er forsiktige med markedsføring.»

Kjetil Straume,  
Kreftforeningen

der til forskning de ti siste årene.

– Størsteparten er gaver fra det norske folk.

### SELGER VERTINNEFORKLE.

Som frivillig organisasjon er Kreftforeningen avhengig av et godt omdømme.

– Da er det viktig at administrasjonskostnadene er lave. Våre er på under 2 prosent. Til utgifter til aktiviteter som gir publisitet og

inntekter er de på 13 prosent.

Her hører kampanjene Movember (prostatakreft) og Rosa sløyfe (brystkreft) inn. I Kreftforeningens nettbutikk kan man for eksempel kjøpe Rosa sløyfe-produktet «vertinneforkle i retrostil» til 249 kroner.

– *Folks frykt for kreft gjør vel at Kreftforeningen ikke trenger mye markedsføring?*

– Vi skulle jo ønske det ikke var behov for oss.

– *Hvem testamenterer?*

– De fleste er barnløse ektepar og enslige. I mange tilfeller gir de alt de etterlater seg.

Straume har det han kaller en solskinnshistorie på lager:

– 12 nevøer og nieser arvet femseks millioner. De visste at tanten ville støtte kreftsaken, men hun hadde ikke laget testamente. I begravelsen bestemte de at hun skulle få det som hun ville. Alle var enige.

Kreftforeningen fikk alt.

– *Redningsselskapet har sendt brosjyre om testamentariske gaver til faste givere. Hva synes du?*

– Det er modig. Det er en balansegang med en slik opptreden.

Straume er noen ganger ute på sykehusene når det nærmer seg slutten for kreftpasienter. De har selv bedt ham om å komme. Der treffer han gjerne sykepleiere når han skal rådgi dem.

– Det kan gjelde trykderettigheter og hvor barna skal være når

## Fakta

### Topp 10 i innsamling

I 2012 ble det samlet inn 4,4 milliarder kroner i Norge, inkludert testamentariske og andre gaver. Kreftforeningen var da på fjerdeplass, Redningssentralen på 25.

1. SOS Barnebyer: 438 704 000
2. PLAN Norge: 332 150 000
3. De Norske Pinsemenigheters Ytremisjon: 300 000 000
4. Kreftforeningen: 293 380 000
5. Den Norske Kirke: 283 000 000
6. Stiftelsen Norsk Luftambulans: 235 381 000
7. Redd Barna: 231 092 000
8. Frelsesarmeen: 215 271 000
9. Leger uten Grenser: 187 776 000
10. Norsk Luthersk Misjons-samband: 179 000 000

Se Topp 50 her: [www.stiftelsen.soria.moria.no](http://www.stiftelsen.soria.moria.no)

Tall er hentet fra Innsamlingskontrollen og Digni og NORME. Forbehold om trykfeil og eventuelle feilrapporteringer fra organisasjonene. Kilde: Stiftelsen Soria Moria

pasienten er død. Hvordan kan de sikre samboeren, skal de gifte seg eller ikke? Det kan være nødvendig med testament, men pasienten er for syk til å oppsøke advokat selv.

– *Det er ikke da du sier det er kjærkomment med en gave?*

– Uff, det ville vært uanstendig. Du skal aldri be pasient eller pårørende om det. ●

[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)

xwear.no

## Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:  
helse



# Nutricia er leverandør av veldokumentert sondeernæring som gjenspeiler et sunt og naturlig kosthold



Unik mysedominant **proteinsammensetning** med dokumentert raskere ventrikkeltømming for bedre toleranse.<sup>1-5</sup>



**Multi Fibre-blandingen MF6™** er en veldokumentert og patentert blanding av løselige og uløselige fibrer som reflekterer fibersammensetningen i et sunt kosthold. Fiber er gunstig for tarmfunksjonen.<sup>6-11</sup>



Inneholder en blanding av 6 **karotenoider** fra naturlige kilder. Karotenoider har en positiv effekt på immunforsvaret og er en viktig bestanddel i frukt og grønnsaker. De positive effekter av karotenoider er mye av bakgrunnen for rådet om å spise 5 frukt og grønnsaker om dagen.<sup>12-19</sup>



Inneholder **fiskeolje (DHA og EPA)** som reduserer inflammatoriske komplikasjoner.<sup>20-23</sup>



#### Referanser:

1. Montejo JC. Crit Care Med 1999;27:1447-53. 2. Mizock BA. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:338-44. 3. Mentec H et al. Crit Care Med 2001;29:1955-61. 4. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:14930-5. 5. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6. 6. Wierdsma NJ et al. Ned Tijdschr Dietisten 2001;56:243-7. 7. Silk DBA et al. Clin Nutr 2001;20:49-58. 8. Guimber D et al. Presented at ESPGHAN 2007. 9. Schneider SM et al. Clin Nutr 2006;25:82-90. 10. Trier, E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 595. 11. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; (Suppl 3): 63-64. 12. Vaisman N et al. Clin Nutr 2006;25:897-905. 13. Mayne ST et al. J Am Coll Nutr 2004;23:34-42. 14. Kritchevsky SB et al. J Nutr 1999;129:5-8. 15. De Waart FG et al. Int J Epidemiol 2001;30:136-43. 16. Greenberg ER et al. J Am Med Assoc 1996;275:699-703. 17. Henderson CT et al. J Am Coll Nutr 1992;11:309-25. 18. Berner Y et al. J Parenter Enteral Nutr 1989;13:525-28. 19. Bowen PE et al. J Parenter Enteral Nutr 1988;12:484-89. 20. Brenna JT et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;80:85-91. 21. Calder PC. Braz J Med Biol Res 2003;36(4):433-446. 22. Kris-Etherton PM et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;81:99-104. 23. ISSFAL (2004). Recommendations for intake of polyunsaturated fatty acids in healthy humans. Brighton, International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids.



**Ukjent.** 1. mars har nærmere halvannen million nordmenn kjernejournal. Mange vet ikke om det selv.

# Kjernejournal til alle

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

Det er lett å se for seg situasjoner der kjernejournalen vil kunne redde liv, mener sykepleier Hilde Susanne Holst.

Gjennom sitt arbeid på akuttmottaket og AMK-sentralen ved St. Olavs Hospital i Trondheim, har hun vært blant de første i landet til å ta systemet i bruk. Så langt har hun kun positive erfaringer.

– Ved ett tilfelle fikk jeg gitt beskjed til ambulanspersonell om at pasienten var allergisk mot morfin. En annen gang kom det inn en overdosepasient som vi sjekket kjernejournalen til. Ved å se hvilke tabletter vedkommende hadde fått utskrevet, kunne vi behandle raskere og mer presist.

Kjernejournalen skal kunne gi helsepersonell rask og sikker tilgang til vesentlig informasjon om pasienter, uavhengig av hvor de bor og hvor de blir syke og innlagt. I tillegg til kritisk informasjon, som alvorlige allergier, kan kjernejournalen inneholde kontaktinformasjon om pårørende, fastlege og hjemmehjelp, sykehushistorikk, hvilke legemidler pasienten har fått utskrevet og om vedkommende har spesielle kommunikasjonsbehov.

**1,4 MILLIONER.** Utrullingen av kjernejournal er i full gang. Til sammen har i overkant av 1,4 millioner nordmenn fått opprettet en kjernejournal i sitt navn. Etter

planen vil hele landet være inkludert i ordningen i løpet av 2017.

– Erfaringene har så langt vært svært gode, sier avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Rune Røren, som har hovedansvaret for prosjektet.

– I evalueringen fremhever helsepersonell spesielt legemiddel-listen, som flere sier er nyttig hver gang kjernejournalen brukes.

Røren mener sykepleiere er en yrkesgruppe som vil kunne ha spesielt stor nytte av ordningen.

– Det er gjerne sykepleiere som sitter vakt på nødnumrene og som ofte har den første kontakten med pasienten. Sykepleiere har ikke tilgang til e-resept, men med kjernejournal får de også oversikten over legemidler.

«Det er lett å se for seg situasjoner der kjernejournalen vil kunne redde liv.»

Hilde Susanne Holst

**FÅ VET OM DET.** En spørreundersøkelse blant innbyggerne i utprøvsområdene viste at hele 92 prosent var komfortable med å dele legemiddelopplysningene sine med helsetjenesten. 88 prosent var komfortable med å dele besøkshistorikken sin. Men det var

kun 35 prosent som kjente til ordningen i forkant av undersøkelsen.

For å øke kunnskapen fremover, vil Helsedirektoratet fra og med andre kvartal 2015 sende en e-post til innbyggere etter hvert som de får kjernejournal. Ifølge Rune Røren, er det ennå ikke avgjort om også de som allerede har fått kjernejournal, vil motta slik informasjon.

Da ordningen med kjernejournal var ute på høring, var Datatilsynet blant dem som hadde innvendinger og forbehold. De uttrykte til dels sterk bekymring for hvorvidt systemet ville ivareta personvernet godt nok og mente det måtte innføres gode og brukervennlige løsninger for reservasjon. Innbyggere kan nå derfor reservere seg mot å ha kjernejournal i det hele tatt, mot at journalen gjøres tilgjengelig via helsenorge.no, mot at enkelte typer informasjon inkluderes og mot at navngitt helsepersonell får tilgang til journalen.

Når kun én av tre innbyggere kjenner til ordningen, kan det likevel stilles spørsmål om i hvilken grad reservasjonsmulighetene har vært reelle.

– Vi hadde helst sett at alle ga sitt eksplisitte samtykke til ordningen på forhånd, men så ville Stortinget det annerledes og det aksepterer vi selvsagt, sier avdelingsdirektør i Datatilsynet, Helge Veum. ● [ingvald.bergsagel@sykepleien.no](mailto:ingvald.bergsagel@sykepleien.no)

Fakta ●●●

## Kjernejournal

Elektronisk løsning som gjør viktige helseopplysninger om pasienter tilgjengelig for helseinstitusjoner over hele landet.

Per 1. mars vil drøyt 1,4 millioner nordmenn være inkludert i ordningen.

Informasjon om ordningen og oversikt over hvilke kommuner som er med, fås på [helsenorge.no/kjernejournal](http://helsenorge.no/kjernejournal). Innbyggere kan sjekke sin egen kjernejournal og legge til opplysninger ved å logge inn på «Min helse» på [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

Opplysningene hentes fra offentlige registre, legges inn av innbyggeren selv eller av behandlende lege.

Kilde: [Helsenorge.no/kjernejournal](http://helsenorge.no/kjernejournal)

Ved behandling av attakkvis MS (RRMS)  
**START PÅ TECFIDERA®-NIVÅ**

Attakkratereduksjon  
 44–53 % vs placebo<sup>1</sup>

Før forskrivning, sjekk preparatomtalen for kontraindikasjoner, advarsler, forsiktighetsregler og monitorering av behandling.<sup>1</sup>

**Tecfidera**  
 (dimetylfumarat)

1. Tecfidera preparatomtale (2014)

**Tecfidera**

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

Står ikke på WADAs dopingliste

**ENTEROKAPSLER, harde 120 mg og 240 mg:** Hver kapsel inneholder Dimetylfumarat 120 mg, resp. 240 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Brilljantblå FCF (E 133), gult og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Behandling av voksne med relapserende-remitterende (attakkvis) multipel sklerose (se SPC for viktig informasjon vedrørende populasjoner der effekten er klarlagt).

**Dosering:** Behandling bør initieres under tilsyn av lege med erfaring i behandling av sykdommen.

Startdose: 120 mg 2 ganger daglig. Etter 7 dager økes dosen til anbefalt dose på 240 mg 2 ganger daglig. Midlertidig dosereduksjon til 120 mg 2 ganger daglig kan redusere forekomsten av flushing og gastrointestinale bivirkninger. Anbefalt dose 240 mg 2 ganger daglig bør gjenopptas innen 1 måned.

**Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Barn:** 10-18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. <10 år: Ingen relevant bruk. **Eldre:** Begrenset mengde data. Ingen dosejustering anses nødvendig.

**Administrering:** Bør tas sammen med mat. Sveleges hele. Kapselen eller innholdet bør ikke knuses, deles, løses opp, suges eller tygges.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Kan gi redusert lymfocytall. Ingen erfaring ved allerede lave lymfocytall, og forsiktighet bør utvises i slike tilfeller. Før behandlingsoppstart bør fullstendig blodcelletelling (fra siste 6 måneder) være tilgjengelig. Vurdering av fullstendige blodcelletellinger anbefales også etter 6 måneders behandling og deretter hver 6–12. måned og når klinisk indisert. Vurdering av nyrefunksjon (f.eks. kreatinin, blodureanotrogen og urinanalyse) og leverfunksjon (f.eks. ALAT og ASAT) anbefales før behandlingsstart, etter 3 og 6 måneders behandling, deretter hver 6–12. måned og når klinisk indisert. Preparatet er ikke undersøkt ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon eller alvorlig, aktiv gastrointestinal sykdom, og forsiktighet bør utvises. Ved alvorlige flushing-reaksjoner bør en være oppmerksom på at dette kan være overfølsomhets- eller anafylaktiske reaksjoner. Ingen økt insidens av alvorlige infeksjoner hos pasienter med lymfocytall <0,8 × 10<sup>9</sup>/liter eller <0,5 × 10<sup>9</sup>/liter. Ved utvikling av alvorlig infeksjon bør seponering vurderes, og fordeler/risiko bør vurderes før behandling gjenopptas. Pasienten bør anmodes om å rapportere infeksjonssymptomer til lege. Ved alvorlige infeksjoner bør ikke behandling initieres før infeksjonen er borte.

**Interaksjoner:** Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med antineoplastisk eller immunsuppressiv behandling, og forsiktighet bør utvises ved

samtidig administrering. Samtidig behandling av anfall med en kort kur med i.v. kortikosteroider er ikke forbundet med klinisk relevant økning i infeksjoner. Vaksineringsstudier under behandling er ikke undersøkt. Det er uklart om behandling kan redusere effektiviteten av andre vaksiner. Levende vaksiner kan gi økt risiko for klinisk infeksjon, og bør ikke gis under behandling med mindre nytten av å vaksinere seg oppveier potensiell risiko for infeksjon, og bare i unntakstilfeller. Samtidig bruk av andre fumarasyrederivater (topisk eller systemisk) bør unngås. I.m. interferon beta-1a og glatirameracetat endrer ikke farmakokinetikken til dimetylfumarat. Acetylsalisylsyre (ASA) gitt 30 minutter før Tecfidera i 4 dager, endrer ikke farmakokinetisk profil, og reduserer forekomst og alvorlighetsgrad av flushing. Langtidsbruk av ASA til behandling av flushing anbefales ikke. Potensiell risiko ved ASA-behandling bør vurderes før samtidig administrering. Samtidig behandling med nefrotoksiske legemidler (f.eks. aminoglykosider, diuretika, NSAID, litium) kan øke potensialet for nyrebivirkninger (f.eks. proteinuri). Inntak av store mengder ufortynnete, sterke, alkoholholdige drikker (>30 volum%) kan gi raskere oppløsning av enterokapslene og økt hyppighet av gastrointestinale bivirkninger. Ikke-hormonelle antikonseptiva bør vurderes under behandling, selv om interaksjon med perorale antikonseptiva ikke forventes.

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

**Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene, flushing og gastrointestinale bivirkninger, begynner vanligvis tidlig i behandlingen (1. måned), og kan hos noen gjenta seg under hele behandlingen. De fleste tilfellene er av mild eller moderat alvorlighetsgrad. Tolerabiliteten kan økes ved samtidig matinntak. **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, smerter i øvre del av magen, magesmerter. Hjerter/kar: Flushing. Undersøkelser: Ketonuri. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymf: Lymfopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, gastritt, gastrointestinal sykdom. Hjerne/kar: Hørseløshet, Hud: Pruritus, utslett, erytem. Infeksiøse: Gastroenteritt. Nevrologiske: Sveie, Nyre/urinveier: Proteinuri. Undersøkelser: Albuminuri, økt ASAT, økt ALAT, redusert antall hvite blodceller. Øvrige: Varmefølelse. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Immunsystemet: Overfølsomhet.

**Egenskaper: Klassifisering:** Middel med antiinflammatoriske og immunmodulerende egenskaper. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt. Prekliniske studier indikerer at farmakodynamiske effekter hovedsakelig er mediert gjennom aktivering av transkripsjonsveien via Nr12 (erytroid transkripsjonsfaktor 2). Dimetylfumarat oppregulerer Nr12-avhengige antoksi-

dantgener hos pasienter (f.eks. NAD(P)H-dehydrogenase, kinon 1; NQO1). Dimetylfumarat og hovedmetabolitten monometylfumarat gir betydelig redusert immuncelleaktivitet og påfølgende frigjøring av proinflammatoriske cytokiner, som respons på inflammatoriske stimuli i prekliniske modeller. Hos psoriasis-pasienter påvirkes lymfocyttyper ved nedregulering av proinflammatoriske cytokinprofiler (T<sub>H</sub>1, T<sub>H</sub>17), og i retning antiinflammatorisk produksjon (TH2). Lymfocytall reduseres med gjennomsnittlig 30% det 1. året, med et påfølgende platå. **Absorpsjon:** T<sub>max</sub> 2–2,5 timer. Etter 240 mg 2 ganger daglig er C<sub>max</sub> 1,72 mg/liter og AUC 8,02 timer × mg/liter. Samlet øker C<sub>max</sub> og AUC ca. doseproporsjonalt i området 120–360 mg. **Proteinbinding:** 27–40%. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum etter inntak av 240 mg er 60–90 liter. **Halveringstid:** Ca. 1 time. Vanligvis ikke gjenværende monometylfumarat i sirkulasjonen etter 24 timer. **Metabolisme:** Dimetylfumarat metaboliseres i stor grad. Gjennomgår rask presystemisk hydrolyse vha. esteraser og omdannes til den aktive hovedmetabolitten monometylfumarat. Videre metabolisme via trikarboksylsyrasyklus. **Utskillelse:** 60% elimineres ved ekspirasjon av CO<sub>2</sub>. Ca.16% via nyrene, 0,9% via feces. <0,1% uendret i urin.

**Sist endret:** 25.02.2014 [priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag]

**Basert på SPC godkjent av SLV:** 30.01.2014

**Tecfidera, ENTEROKAPSLER, harde:**

| Styrke | Pakning           | Varenr | Pris (kr) <sup>1</sup> | R.gr. <sup>2</sup> | Refusjon <sup>3</sup> |
|--------|-------------------|--------|------------------------|--------------------|-----------------------|
| 120 mg | 14 stk. (blister) | 392438 | 4532,10                | C                  | -                     |
| 240 mg | 56 stk. (blister) | 400574 | 17906,60               | C                  | -                     |

<sup>1</sup> Pakninger som selges uten resept er angitt med stjerne \* i kolonnen Pris. Det er frifrisfastsettelse for pakninger som selges uten resept, og maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.

<sup>2</sup> Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

<sup>3</sup> Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. Det kan søkes om individuell refusjon for pakninger som ikke har forhåndsgodkjent refusjon.

signatur.no • 140463 • TF-NO-0053 (okt 2014)

# 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™**

Lette 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

## ZOSTAVAX Sanofi Pasteur MSD

Vaksine mot helvetesild (levende).

ATC-nr.: J07B K02

**PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE**, suspensjon: 1 sett inneh.: I) Hetteglass: Frysetørret, levende, svekket varicella zoster-virus av Oka-/Merck-stammen, 1 dose =  $\geq 19\ 400$  «plaque forming units» (PFU), sukrose, hydrolysert gelatin, natriumklorid, kaliumdihydrogenfosfat, kaliumklorid, mononatrium L-glutamat, vannfritt natriumfosfat, natriumhydroksid (til pH-justering), urea. II) Sprøyte m/oppløsningsvæske: Vann til injeksjonsvæsker (0,65 ml). **Indikasjoner:** Profylakse mot helvetesild (herpes zoster) og postherpetisk nevralgi (PHN) forbundet med herpes zoster hos personer  $\geq 50$  år. **Dosering:** 1 dose = 0,65 ml. **Tilberedning/Håndtering:** Alt innholdet i sprøyten med oppløsningsvæske injiseres inn i hetteglasset med frysetørket vaksine (pulveret), og ristes forsiktig slik at det blandes godt. Trekk alt innholdet inn i en sprøyte for injeksjon. Se Andre opplysninger og SPC for ytterligere instruksjon. **Administrering:** Skal injiseres s.c., fortrinnsvis i deltamuskelens område. Må ikke injiseres i.v. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller reststoffer (f.eks. neomycin). Primær eller ervervet immunsvekt som følge av akutt og kronisk leukemi, lymfom, tilstander som påvirker benmarg eller lymfesystem, immunsuppresjon pga. hiv/aids, cellulær immunsvekt. Immunsuppressiv behandling (inkl. høydose kortikosteroider). Aktiv ubehandlet tuberkulose. Graviditet (inkl. 1. måned etter vaksinerings). **Forsiktighetsregler:** Medisiner til behandling av anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon skal finnes tilgjengelig under vaksineringsen, pga. mulige overfølsomhetsreaksjoner (f.eks. for neomycin). Neomycinalergi utvikles vanligvis som kontaktdermatitt, men tidligere reaksjon er ikke kontraindikasjon mot å få levende virusvaksiner. Brukes ikke som behandling etter zoster-utbrudd eller for PHN. Ved feber må utsettelse av vaksineringsen vurderes. Vaksineringsen fører ikke nødvendigvis til beskyttelse hos alle. Det er en teoretisk fare for overføring av vaksinevirus mellom vaksinerte personer og mottagelige kontakter, noe som må veies opp mot faren for å utvikle naturlig zoster. **Interaksjoner:** Kan gis sammen med inaktivert influensavaksine, som separate injeksjoner gitt på ulike steder på kroppen. Skal ikke gis samtidig med 23-valent vaksine mot pneumokokkinfeksjon (polysakkarid), da samtidig administrering fører til redusert immunogenisitet for Zostavax. Ingen data mht. samtidig bruk av andre vaksiner. Samtidig bruk med andre antivirale VZV-preparater er ikke evaluert. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Skal ikke gis til gravide. Graviditet må unngås 1 måned etter vaksineringsen. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent, og forsiktighet bør utvises ved bruk under amming. **Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Øvrige: Erytem, smerte/ømhøhet, hevelse og kløe på injeksjonsstedet. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Muskel-skjelettsystemet: Smarter i armer og ben. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Hematom, varme og indurasjon på injeksjonsstedet. Svært sjeldne ( $< 1/10\ 000$ ), ukjent: Blod/lymfef: Lymfadenopati (cervikal, aksillær). Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Utslett. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske reaksjoner. Infeksiøse: Vannkopper. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Øvrige: Utslett, urticaria, pyreksi. **Rapportering av bivirkninger Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Administrering med høyere dose ble sjelden rapportert, og bivirkningsprofilen var sammenlignbar med den for anbefalt dose. **Egenskaper:** Klassifisering: Frysetørret vaksine mot helvetesild (herpes zoster) produsert i humane diploide celler. Virkningsmekanisme: Styrker VZV-spesifikk immunitet, som antas å være mekanismen som beskytter mot herpes zoster og påfølgende komplikasjoner. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C. Må ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. Ferdigblandet vaksine må anvendes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Unngå kontakt med desinfeksjonsmidler. Bruk separate kanyler til rekonstitusjon og administrering av vaksinen. Ferdigblandet vaksine skal være blakket til gjennomskinnelig, offwhite til blekgul væske. Bruk ikke vaksinen dersom den inneholder partikler eller hvis utseendet er annerledes enn beskrevet ovenfor. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler i samme sprøyte. **Sist endret:** 07.11.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag) **Basert på SPC godkjent av SLV:** 13.02.2013

  
**sanofi pasteur MSD**  
vaksiner for livet

1 av 4

av dine eldre pasienter  
vil få helvetesild<sup>1,2</sup>



## Nå er det mulig å forebygge helvetesild og postherpetisk nevralgi (PHN)

Zostavax har godkjent indikasjon til vaksinasjon av personer 50 år eller eldre

**ZOSTAVAX**<sup>®</sup>  
vaksine mot helvetesild (herpes zoster), levende

**Ref 1:** Bowsher D. The lifetime occurrence of herpes zoster and prevalence of post-herpetic neuralgia: A retrospective survey in an elderly population. Eur J Pain. 1999;3(4):335-42. **Ref 2:** Miller E, Marshall R, Vurdien J. Epidemiology, outcome and control of varicella-zoster infection. Rev Med Microbiol. 1993;4:222-30



**Bemanningsavvik:** Hvis du bare melder avvik når det skjer katastrofer, kan systemsvikt-feilene forbli uoppdagede, som for eksempel diverse følger av for dårlig grunnbemanning. Illustrasjonsfoto.



Tema.  
Avviks-  
meldinger

Avvik stoppes  
og avvises. **32**

Skremt og  
overrasket. **38**

Oslos avviks-  
håndtering  
slaktet. **39**

# 1 av 2 ser ikke nyttene av å melde

**Slag i lufta.** En tredel av avviksmeldinger møtes med taushet hos ledelsen og ingenting skjer. Det viser Sykepleiens avviksundersøkelse hvor 2814 sykepleiere har svart.

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**





# Avvik stoppes og avvises

## «Det er bukken som passer havresekken»

Ingeborg Flatgård

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M Sundt**



I kommentarfeltet på Sykepleiens facebookside dukker det fra tid til annen opp fortvilte sukk fra landets sykepleiere: «Vi melder og melder avvik, men ingenting skjer!».

Samtidig understreker Norsk Sykepleierforbund (NSF) hvor viktig det er å melde avvik. Først og fremst for å dokumentere feil og lære av dem, slik at pasientsikkerheten blir bedre. Men også for å få tilfredsstillende bemanning, kompetanse, utstyr, rutiner og arbeidsmiljø. Dessuten er det lovpålagt. Både helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsetilsynsloven sier noe om det.

Men nytter det virkelig? Det hadde Sykepleien lyst å finne ut, og lagde en avviksundersøkelse som 2814 sykepleiere fra hele landet har svart på (se faktaboks side 34). Den gir ikke den store oversikten, men kan være en pekepinn på hvordan det står til der ute i kommuner og sykehus.

**MANGE MELDER.** Mange i undersøkelsen meldte ett eller flere avvik i 2014: Hele åtte av ti. De fleste avvikene gjelder tjenesten eller pasienten. De i kommunehelsetjenesten melder flere avvik enn de i spesialisthelsetjenesten.

Likevel sier litt over halvparten av alle deltakerne at de ikke kjenner til et godt eksempel fra sin arbeidsplass på at det nytter å melde.

Hver tredje av dem som førte avviksmeldinger i 2014 sier at meldingene ikke førte til noen ting.

I tillegg sier 16 prosent at de ikke vet hva meldingene førte til.

– Mitt inntrykk er at det varierer veldig hvorvidt det hjelper å skrive avviksmeldinger, og det kommer an på lederen, sier Edith Roth Gjevjon, forsker ved Avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og førsteamanuensis ved Høgskolen Diakonova.

Så vidt hun vet, finnes det ikke forskning som studerer dette. Det finner vi heller ikke når vi hører med Kunnskapscenteret, Helsetilsynet og Helsedirektoratet.

– Som leder var jeg selv opptatt av at mine ansatte skulle skrive avvik, og vi jobbet ganske systematisk med dette for å forbedre tjenesten. Som ansatt har jeg hatt erfaringer med at avvik enten ikke følges opp, eller avvises som avvik. Noen ledere i hjemmetjenesten mener det kun er avvik dersom det avviker fra vedtak, andre har faglig forsvarlighet som rettesnor, sier Gjevjon.

**MELLOMLEDERNE STOPPER.** En sykepleier som jobber i en liten kommune har svart på Sykepleiens avviksundersøkelse på e-post, og sier at han opplever at avvik stoppes på mellomledernivå både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

«Hensikten faller hvis bare katastrofene meldes». Line Orlund

### Fakta

#### Avvik

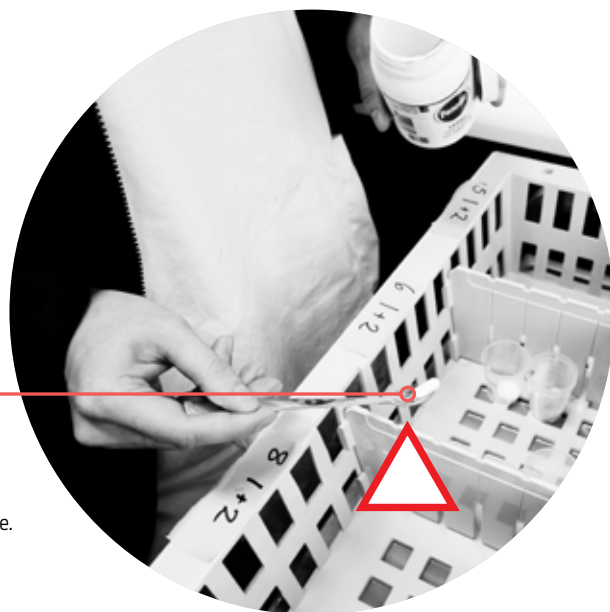
- Avvik i helsetjenesten er uønskede hendelser eller brudd på kvalitetskrav, prosedyrer, retningslinjer og lover som skal sikre både pasientene, de ansatte og et godt bo- og arbeidsmiljø. Det kan gjelde både fag, juss, etikk, administrasjon og organisering og omfatter dermed både pasientbehandling, klager, brann, sikkerhet, tyveri, mat, hms, pasienttransport etc.
- Det er ingen felles nasjonal definisjon på «avvik» i helsetjenesten. Kommuner, helseforetak, institusjoner og avdelinger har sine egne definisjoner, basert på krav nedfelt i interne kvalitetssystemer. I tillegg kommer nasjonale lover og forskrifter som også må følges. Blant annet pasientrettighetsloven, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsetilsynsloven og arbeidsmiljøloven.
- Avviksmeldinger sendes oftest via arbeidsplassens interne elektroniske kvalitetssystem. Melding går da til nærmeste leder som kan velge å «lukke» avviket dersom problemet løses, eller videresende meldingen til et høyere ledelsesnivå dersom det er et større problem.
- Betydelig personskaade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen, samt hendelser som kunne ha ført til betydelig personskaade, skal i tillegg meldes til Kunnskapscenteret.





### Utstyr

Karen og kolleger ved et sykehus på Sunnmøre fikk beskjed om å bruke kleshengere i stedet for å få midler til å kjøpe nye IV-stativ da de meldte avvik. Illustrasjonsfoto.



### Medisinering

Avvik på medisinbehandling tas oftest seriøst. Mye av forbedringsarbeidet som nevnes i fritekstdelen i undersøkelsen går på nettopp dette. Illustrasjonsfoto.

Vi ringer ham, han har underskrevet med «Knut», for å få en liten utdyping, men Sykepleien får ikke skrive etternavn eller hvor han jobber. Knut bor i en liten kommune og ønsker ikke å gjenkjennes. Han har opplevd at varslere både kommunalt og i helseforetaket har kommet i trøbbel før, og vil helst ikke bli arbeidsløs.

– Hvis mine barn kommer og sier at de vil bli sykepleiere, må jeg ta en alvorprat med dem, sier han.

– *Hvorfor det?*

– Jeg trives med jobben og pasientene, for all del. Men det er arbeidsbelastningen, den hyppige helgejobbingen og ledelsens misbruk av styringsrett jeg ikke tåler. I tillegg blir man fremstilt som en brysom arbeidstaker politisk om man ikke vil trøt til og arbeide oftere enn hver tredje helg. Og når jeg skriver avvik, blir de stoppet på mellomledernivå i over 90 prosent av tilfellene.

Med mellomleder mener han områdesjef eller institusjonssjef. Han har stort sett god erfaring med avdelingsledere.

## «Hele driften av intensivavdelingen er et avvik i seg selv.» Sykepleier ved et sykehus i Rogaland

– På en tidligere arbeidsplass ble avvik sett på som en styggedom. Det eneste vi førte avvik på var bagateller rundt medisinbehandling, som at noen glemte å legge i medisiner i dosett – ting som likevel ville bli oppdaget ved dobbeltkontrollen. Men hvis en pasient lå i sin egen urin i flere timer fordi vi ikke hadde tid til å skifte på vedkommende, ble det ikke regnet som avvik. Man kan stille spørsmål rundt hva som faktisk er avvik og ikke.

– *Avviksmeldinger kan jo være et potent verktøy hvis det brukes riktig?*

– Og så kan det være betent hvis det brukes feil. Jeg har opplevd at det blir brukt i en «nå-skal-jeg-ta-deg-kultur», der man nærmest angir hverandre. Får man et avvik på seg, ligger det alltid der i datasystemene.

**LEDERPROBLEM.** Knut er ikke alene om å peke på dårlig avvikshåndtering av ledere. I fritekstdelen av undersøkelsen (se faktaboks) er dette den store gjengangeren.

«Det skjer i 97 prosent av tilfellene ikke noe etter å ha meldt avvik. Det stanser hos lederen vår og går ikke lenger», skriver en anonym.

«Vår leder har sagt at det ikke er nødvendig med avviksføringer fordi det ikke gjøres noe med dem,» skriver en annen.

«Etter at jeg hadde skrevet flere avvik fikk jeg beskjed om å slutte å skrive disse, da det kunne føre til at vi kunne få tilsyn,» beretter en tredje.

Ved intensivavdelingen på et sykehus i Rogaland virker det særlig ille. En





→ sykepleier derfra skriver at «hele driften av intensivavdelingen er et avvik i seg selv. Grunnbemanningen er det største problemet, men avvik rundt dette avvises eller lukkes på for tidlig nivå. Vi har hatt samme grunnbemanning siden 1991, selv om pasientmengden og -kompleksiteten har økt. Det er langt ifra god praksis og mange ganger over grensa til det uforvarsrlige. De siste tre årene har opp mot 40 prosent sluttet ved avdelingen.»

«I noen tilfeller blir avvik behandlet av den som er en del av det systemet det meldes avvik på, det er bukken som passer havresekken. Avvik kan oppfattes som noe negativt og et personlig angrep. Jeg savner en tredje nøytral instans som ser på saken for å sikre at tiltak er satt i gang før avviket lukkes,» skriver Ingeborg Flatgård fra Tynset.

«Daglige drapstrusler, noen ganger fysisk vold fra bruker mot personale. Avviksmelding skrevet hver gang over tre år, ingenting gjort. Mange sykmeldinger. Opplever at ledelsen mener dette er noe personalet må finne seg i, da vi jobber i psykiatrien. Bruker er tidligere straffedømt, vi venter bare på at det skal skje noe tragisk,» skriver en fortvilet sykepleier.

**HEKSEJAKT.** Et annet gjengangerproblem i fritekst delen er enkelte sykepleieres dårlige opplevelser med å melde avvik «på hverandre», eller at ledere tar avvikene som personlig kritikk. Men totalt er dette et mindre problem: 6-7 prosent av de som meldte i 2014 opplevde negative reaksjoner fra kolleger eller ledelsen.

«Sykepleier hadde ikke tid til å følge rutiner for smertelindring. Avviket resulterte i at sykepleier ble lei seg, klaget til avdelingsleder som i sin tur mente avviket ikke skulle vært meldt», forteller en.

«Avvikssystemet vi har er bare tull. Man lager problemer til seg selv. Unntaket er hvis jeg leverer avvik på forhold hvor ledelsen ikke på noen måte kan bli rammet. Slike avvik blir premierte», skriver en annen.

«Mange tør ikke melde avvik fordi de er redde for sine jobber – med grunn. Vet om kollega som

## Fakta

### Sykepleiens avviksundersøkelse

Sykepleien har spurt sitt leserpanel med 7 238 sykepleiere fra hele Norge om deres erfaringer med avviksmeldinger. Når vi trakk fra de med lederstillinger, de som jobber andre steder enn i spesialist- og kommunehelsetjenesten og de som ikke fullførte, satt vi igjen med svar fra 2 814 stykker. 54 prosent jobbet i spesialisthelsetjenesten og 46 prosent i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen ble sendt ut med e-post i januar.

#### Hovedfunn:

- De fleste (79 %) har meldt avvik i 2014. Litt fler i kommunehelsetjenesten og litt færre i spesialisthelsetjenesten.
- De fleste melder mellom 1-5 avvik i året. I kommunehelsetjenesten har 34 % meldt over 5, mens kun 16 % i spesialisthelsetjenesten har gjort det samme.
- De fleste (67 %) melder om forhold som angår tjeneste/bruker/pasient.
- Over halvparten (54 %) kjenner ikke til et godt eksempel fra sin arbeidsplass på at det nytter å melde avvik. (57 prosent hos de kommunalt ansatte og 51 prosent hos de i spesialisthelsetjenesten)
- Halvparten (51 %) sier det førte til bevisstgjøring internt.
- En av tre (34 %) sier det ikke ble noen konsekvenser av avviksføringen.
- 42 % får sjelden eller aldri tilbakemelding fra ledelsen på avvikene.
- Tre av ti fikk positive reaksjoner fra kolleger og/eller ledelsen på avviksmeldingen.
- Nesten åtte av ti blir oppfordret av sin nærmeste leder om å melde avvik, mens drøyt seks av ti blir oppfordret til å gjøre det av sin lokale tillitsvalgte fra NSF.
- Nesten halvparten bruker mellom 5-10 minutter på å melde et avvik, 24 prosent bruker mindre, 28 prosent bruker mer.

- De fleste (74 prosent) har fått opplæring i avviksrapporteringsystemet på sin arbeidsplass, og over halvparten (55 prosent) sier at de og kollegene har en felles forståelse av hva et avvik er.
- 21 % meldte ikke avvik i 2014. De hyppigst oppgitte grunnene til hvorfor det ikke ble gjort, er at ingen avvik skjedde, at de er usikre på hva som er å anse som et avvik og at de ikke hadde tid.
- I kommunehelsetjenesten svarte 22 % at grunnen til at de ikke førte avvik var at de ikke hadde fått opplæring i systemet. I spesialisthelsetjenesten svarte 12 % dette.
- Tallene er gjennomgående hakket verre i kommune- sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Men forskjellen er stort sett så liten at vi har brukt gjennomsnittstallet for de to sektorene sammen i grafene.

#### I fritekst delen av undersøkelsen spør vi etter positive og negative eksempler på at det har nyttet å melde avvik. To problemområder utpeker seg:

- **1 Uproff ledelse:** Avvik diskuteres ikke på fellesmøter. Meldingene stopper opp eller «lukkes» på for lavt nivå uten at problemet er løst. De som sender avviket blir innkalt på teppet og får kjeft. De kan få beskjed om at det er ingenting å gjøre med mangelen på personal på grunn av dårlig kommuneøkonomi, eller de kan få beskjed om at de ikke skal føre avvik på dette. For noen få har avviksføringen resultert i personalsak.
- **2 Dårlig arbeidsmiljø:** Å føre avvik «på hverandre» kan gi dårlig stemning mellom kollegaer. Noen tar dette som personlig kritikk i stedet for en kilde til forbedringsarbeid rundt strukturer, rutiner og prosedyrer. Begrepet heksejakt er brukt av flere.

ikke fikk fast stilling grunnet avviksmelding», skriver en annen.

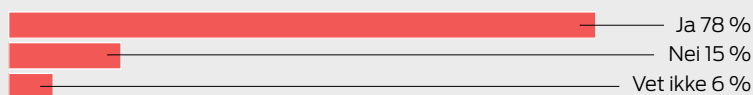
**DE SOM IKKE MELDER.** I undersøkelsen oppgir to av ti at de ikke har meldt noen avvik i 2014 (25

prosent i spesialisthelsetjenesten og 18 prosent av de kommuneansatte).

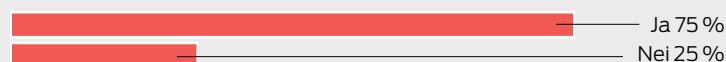
Hovedgrunnen hos de sykehusansatte er at det ikke skjedde noen avvik, mens de kommunalt ansatte er usikre på hva som er å anse som

## ► Tallene fra avviksundersøkelsen

Oppfordrer din nærmeste leder deg til å føre avvik?



Har du fått opplæring i avviksrapporterings-systemet på din arbeidsplass?





## Arbeidsmiljø

En sykepleier i undersøkelsen meldte pasienthåndtering utført av nyutdannet lege som avvik og ble utsatt for smålighet og manglende samarbeid i lang tid. Men senere kom legen og takket henne. Det hører med til historien at de etter hvert fikk et faglig og sosialt godt samarbeid. Illustrasjonsfoto.

et avvik. I kommunen er det også flere som ikke har fått opplæring i avviksmeldingssystemet. En vanlig grunn i begge grupper er også at de ikke hadde tid.

«De gangene jeg har følt behov for å skrive avvik er de gangene det koker i avdelingen og det er skikkelig travelt. Når man da er ferdig med jobben, har avlevert pasienter, ryddet og skrevet rapport, ofte på overtid, er man sliten og vil hjem og orker rett og slett ikke sette seg ned å skrive avviksmelding,» skriver en sykepleier.

– Mitt inntrykk er at sykepleiere ikke tør, ikke har kapasitet eller ikke tror at det hjelper å melde. Men jeg skal være forsiktig med å kritisere, det er mange årsaker til at de ikke gjør det, sier Line Orlund, NSF's fylkesleder i Oslo.

Hennes erfaring er at det ofte blir ekstremtilfellene som meldes.

– Hele hensikten faller hvis bare katastrofene meldes. I katastrofer er det ofte

kommunikasjonssvikt. Da blir det bare det som kommer fram, i stedet for systemfeil som kan avdekkes hvis man er flinkere til å melde også de mer vanlige og trivielle problemene, sier Orlund.

**BEVISSTGJØRING.** Heldigvis er det ikke helt svart i Sykepleiens avviksundersøkelse. Av de som meldte avvik i løpet av 2014, sier over

**«Hvis en pasient lå i sin egen urin i flere timer fordi vi ikke hadde tid til å skifte på vedkommende, ble det ikke regnet som avvik.» «Knut»**

halvparten at meldingen førte til en bevisstgjøring internt. I fritekstdelen av undersøkelsen skrives det om at avviket førte til at temaet ble tatt opp på møter og interne kurs.

Noen skriver om et hierarki i typen av meldinger: «Medikamentavvik blir alltid tatt alvorlig. Systemavvik fører til endringer. HMS blir ikke alltid tatt så alvorlig».

Nesten tre av ti sier meldingene førte til rutineendringer.

– Avvik nytter. I 2013 meldte vi mange avvik på for liten tid og mangel på lege. Vi fikk 100 000 kroner til å kartlegge hva som forstyrra arbeidstida og tar tid. Tiltak ble iverksatt. Vi fikk for eksempel en ny telefonlinje til sekretær og fast turnuslege på post. Nå har vi sol i avdelingen og bedre tid, forteller Hege Hopland.

«Aggressiv og truende pasient. Med avvik meldt, er det nå fastvakt og pasienten er rolig og glad», skriver en.

«Fikk økt grunnbemanninga etter gjentatte avvik på at pasientene fikk morgenmedisinen for seint på dagen», skriver en annen som muligens er i mindretall: Bare 3 prosent av de som førte avvik i 2014 fikk økt bemanning som konsekvens.

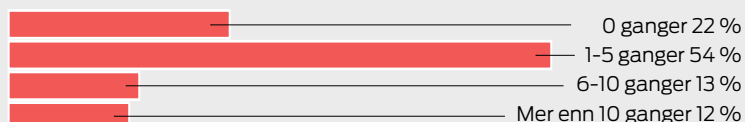
**UØNSKEDE HENDELSER.** På Oslo universitetssykehus (OUS) er Øystein Helland overbevist om at avviksregistrering er et godt verktøy til å jobbe med pasientsikkerhet.

– Vi kaller det «uønskede hendelser» i stedet for avvik. Poenget er forbedring og å finne systemsvikt, ikke feil hos enkeltansatte, sier sykepleieren og spesialrådgiveren ved avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet.

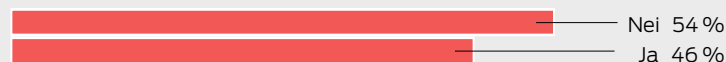
Man kan nesten ane en bevisst meldekultur bare på navnet som det egenutviklede elektroniske avvikssystemet ved OUS har fått: Achilles.

Unødvendige kodefelter er fjernet og det er bygd inn mekanismer for eskalering (at meldingen går videre til neste nivå hvis ingenting skjer på første nivå), rapportering og for å overholde diverse meldeplikter. Helland anslår at det tar gjennomsnittlig

Hvor mange ganger har du meldt avvik i løpet av 2014?



Kjenner du til et godt eksempel fra din arbeidsplass på at det har nyttet å melde avvik?





## Venting

Da Jorun Wikstrand jobbet på Langerud sykehjem i Oslo, opplevde hun at en kvinnelig pasient ringte sin sønn fordi hun måtte vente lenge etter å ha ringt etter hjelp. Les hvorfor det var så viktig at Jorun skrev avvik, ikke bare for pasientens del. Illustrasjonsfoto.



## Personell

Da Karen og kolleger ved et sykehus på Sunnmøre meldte om mangel på personal, fikk de beskjed om å ringe rundt og låne personell fra andre avdelinger hvor de var like travle. Illustrasjonsfoto.

→ under fem minutter å melde et avvik i Achilles.

18 800 avvik ble registrert ved OUS i 2014.

– Vi har hatt en sakte økning i avviksregistreringen fra 2010 til mer enn ett avvik i året per årsverk. Det er en ønsket økning fordi det gir oss et utgangspunkt for å sette i gang forebyggende tiltak, sier Helland.

Han mener ledernes signaler til de ansatte er veldig viktig.

– Hos oss blir det gitt klare signaler fra toppledelsen om at avviksbehandlingen er viktig og prioritert. Status og utvikling behandles regelmessig i ledermøter og styremøter. At enkelte ledere unntaksvis ikke er lojale mot dette, er sterkt uheldig og får konsekvenser i form av

korrekt når det oppdages.

Helland mener likevel ledere må kunne påpeke uheldig bruk av avvikssystemet, for eksempel i situasjoner der ansatte benytter systemet til å rakke ned på andre ansatte de er i konflikt med.

– Men slike hendelser er unntaket, forsikrer han.

I Oslo kommune forekommer det at personalet fører avvik på bagateller som at det er slutt på

Spørsmål til de 22 prosentene som ikke meldte avvik: Hva var årsakene til at du ikke meldte avvik? (Flere kryss mulig)



såpe eller doruller, får vi vite av en konsulent som var med på kommunerevisjonen av avvikssystemet (se side 39).

– Sliter OUS med slike unødvendige avvik?

– At det gjentakende er tomt for såpe er i høyeste grad en uønsket hendelse hos oss. Da må vi se på hvorfor det ikke er såpe der og hva kan det føre til, sier Helland.

**TRONDHEIM.** I Oslo kommune er det stor forskjell på meldekulturen mellom ulike arbeidsteder. Noen sykehjem melder mye, andre nesten ingen ting.

Det samme gjelder for Trondheim, hvor de bruker TQM-systemet (total quality management). Når et avvik registreres, går det automatisk en melding via epost direkte til leder. Både ved behandling av avviket og når leder lukker avviket, går det automatisk melding tilbake til den som registrerte det. Slik blir alle som er involvert i prosessen oppdatert på status i behandlingen frem til avviket er lukket. Det er satt en frist på fire uker for å lukke et avvik.

Systemet skal være enkelt å bruke. For eksempel skal man bare trykke på en knapp for «forbedringsmelding» dersom man vil melde om svakheter ved en prosedyre.

– Før kunne folk føre avvik i flere år uten å høre et ord. Det har bedret seg nå, sier Tor-Erling Evjen, enhetsleder for helse og velferd i Trondheim kommune.

Toppåret var 2010 da helse og velferd hadde 12 500 avvik.

– Vi ser at der enhetslederne bruker avvikene aktivt på møter, meldes det mer. Det er også viktig å føre avvik fordi vi stadig får mer klagesaker fra pårørende hvor de krever utskrift av avvikene, sier Evjen.

Systemadministratoren i kommunen, Tor Magnus Hindenes, sier TQM er et viktig verktøy for at rådmannen skal oppfylle krav i henhold til kommuneloven.

– Vi rapporterer avvikstallene til lederne hver tredje måned og ser på hendelser som ferdig

## Fakta

### De viktigste meldeparagrafene:

#### Helsepersonelloven:

- § 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter
- Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

#### Spesialisthelsetjenesteloven:

- § 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Om betydelig personskade på pasient som følge av en utført helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.
- § 3-3a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser  
Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

#### Helsetilsynsloven:

- § 3. Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll. Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. (...)

kartlagte forbedringspotensialer, sier han.

Det blir opp til lederne å gjøre noe med det, men rådmannen har det øverste ansvaret.

– Avviksmeldinger er gull verdt for å ta

beslutninger. Vi endrer ikke legemiddelhåndteringen uten tall som viser at det er nødvendig, sier Hindenes.

**SA I FRA.** Til slutt et par eksempler på at det kan være både nyttig og viktig å ta bryet med å skrive avviksmeldinger:

To kollegaer meldte pasienthåndtering utført av nyutdannet lege som avvik.

– Jeg ble utsatt for smålighet og manglende samarbeid i lang tid, men senere kom legen og takket meg. Det hører med til historien at vi etter hvert fikk et faglig og sosialt godt samarbeid. Er fremdeles glad for at vi gjorde det, men det kostet. Ville jeg gjort det igjen? Håper det, skriver den ene av de to kollegaene.

## «Avviksmeldinger er gull verdt for å ta beslutninger».

Tor Magnus Hindenes

Da Jorun Wikstrand jobbet på Langerud sykehjem i Oslo, opplevde hun at en kvinnelig pasient ringte sin sønn fordi hun måtte vente lenge etter å ha ringt etter hjelp. Sønnen snakket med Wikstrand og hadde da stor forståelse for situasjonen. Han så hvordan de ansatte sprang. Wikstrand oppfordret ham til å ta det videre til institusjonssjefen, noe han gjorde. Da ble hun kalt inn til ledelsen. De sa det var kommet inn en bekymringsmelding på henne.

– Heldigvis hadde jeg skrevet et stort avvik på situasjonen, som ledelsen ikke hadde lest. Jeg oppfordret dem til å lese dette, og så eventuelt kalle meg inn igjen. Det gjorde de tydeligvis, for jeg hørte ikke mer om den «bekymringsmeldingen». Dette viser at hvis det ikke er skrevet avvik på uforsvarlige situasjoner kan det få uheldige konsekvenser, ikke bare for pasientene, men også deg selv, advarer Wikstrand. ●

*eivor.hofstad@sykepleien.no*



## Hva ble konsekvensene av avviksmeldingen(e)? (Flere kryss mulig)





## Skremt og overrasket

**UVENTET: NSF-leder Eli Gunhild By hadde ikke forventet så dårlige tall på nytteeffekten av avvik.**

– Det er både skremmende og overraskende at over halvparten ikke vet om det nytter å melde avvik på sin arbeidsplass. Vi har fokusert på avvikshåndtering i mange

år, og det at man ikke kjenner til gode eksempler viser at vi må fortsette med det, sier NSF-lederen.

– Det virker som det ikke er nok å prate om det?

– Det handler om en kombinasjon av dårlig meldekultur, lederes rammebetingelser og



Tid: Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund, mener ledere rutinemessig må sette av tid til avviksmeldinger i personalmøter. Foto: Marit Fonn

datasystemer. Hvis revisjonsrapporter nå viser de samme tendenser som denne undersøkelsen, bør det kobles inn tilsyn, sier Eli Gunhild By og fortsetter:

– Ledelse er helt avgjørende. Den er ansvarlig for å lage en kultur hvor det er ok å melde og hvor man snakker om hva man melder. Da må avdelingsleder sette av tid i personalmøter hvor det helt rutinemessig tas tak i avviksmeldinger. Lederen må også følge opp og foreslå forslag til bedring eller sende avviket videre oppover i systemet. Og så må det være rammebetingelser og systemer slik at det blir mulig for lederne å følge opp.

### «Avvikshåndtering er et evighetsarbeid.» Eli Gunhild By

– Hva slags meldesystemer skulle du ønske deg?

– Det bør være brukervennlige, felles systemer for både kommune- og spesialisthelsetjeneste, ikke mange forskjellige, slik det er i dag. Sykepleierne må ha tilgjengelig utstyr slik at de får meldt det når det faktisk skjer og innen vekten er slutt. For hjemmesykepleiere kan det bety at de må ha et bærbart system med seg.

– Hvordan unngå den dårlige

stemningen enkelte beskriver når sykepleiere «anmelder» hverandre?

– Her må man jobbe med kulturen slik at det blir ok å melde avvik. Man må lære av sine egne og andres feil. Pasientsikkerheten er det aller viktigste. Om man melder på seg selv eller andre, får diskuteres.

– Hvorfor lærer ikke NSF opp de tillitsvalgte rundt avvik?

– Vi gjorde det før, men nå finansieres tillitsvalgtopplæringen av OU-midler som det ligger strenge føringer for. Vi får undervise om medbestemmelsesretten, men avviksmeldinger ligger ikke innenfor der. I dag lærer sykepleiere om avviksrapportering på skolen og arbeidsplassen, men alle har også et individuelt ansvar om å holde seg oppdatert på dette.

By oppfordrer lederne til å holde oppmerksomheten hele tiden.

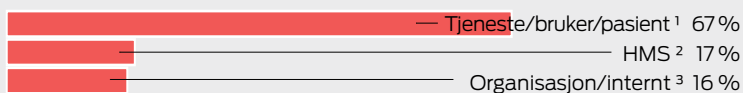
– Avvikshåndtering er et evighetsarbeid. Man må ha bevisste og positive holdninger til å melde. Målet er å bli bedre slik at pasientene skal få en bedre behandling, sier hun.

– Hva er det beste eksempelet du kjenner til på at avviksmelding har nytte?

– Alle lukninger av avvik hvor det settes inn tiltak er gode eksempler, utfordringen er hva man lærer av det og tar med seg videre. En lik praksis og felles meldesystemer hadde vært til stor hjelp slik at man ble bedre. ●

[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)

Hvilken kategori tilhørte det siste avviket du sendte?

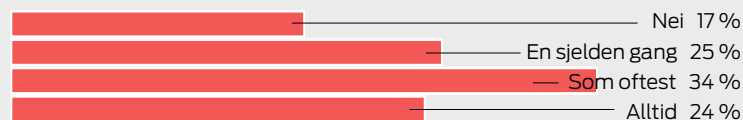


<sup>1</sup> hendelser og situasjoner som angår tjenestemottakere

<sup>2</sup> Hendelser og situasjoner knyttet til helsen, miljøet og sikkerheten til de ansatte

<sup>3</sup> Hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen

Får du tilbakemelding fra ledelsen på avvikene?



# Oslos avvikshåndtering slaktet

**SVIKTER I BRUK:** En revisjonsrapport som kom før jul påviste alvorlig svikt ved Oslo kommunes avvikshåndtering. Nå vil kommunen ha nytt system, men vil det hjelpe?

Høsten 2013 foreslo bystyreprerentant Ivar Johansen (SV) i Oslo at bystyret skulle be Kommunerevisjonen ta en gjennomgang av det elektroniske internkontroll- og kvalitetssystemet Kvalitetslosen, som var innført ved 22 sykehjem i Oslo. Det ble enstemmig vedtatt.

Da kommunerevisjonen kom med rapporten før jul, var det ikke mye skryt å få for Oslo kommunes avvikshåndtering: «Det synes å være en klar underrapportering av avvik». «Det manglet en omforent forståelse av hva som skulle meldes som avvik», og «Det var svakheter ved ledelsens behandling av avviksmeldingene og systematiske vurdering av mønstre i avviksmeldingene», er blant funnene i rapporten, som baserer seg på gjennomgang av avvik og intervjuer med ledere og ansatte ved Liljeborg og Ryen sykehjem.

**HOPPET I STOLEN.** Sykehjemsetaten og sykehjemmenes svar på tiltale er økt opplæring, sikre tilgjengelighet til systemet for alle ansatte og det noe ulne begrepet «større fokus». Siden avtalen om bruk av Kvalitetslosen går ut i 2015, vil Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester nå se seg om etter et nytt

felles elektronisk dokumentstyrings- og avvikssystem.

– Jeg hoppet i stolen da jeg hørte det. Det hjelper ikke med nytt system når de som sitter og tar imot meldinger enten ikke har muligheter eller ressurser til å behandle dem eller ikke alltid gjør som de skal, sier fylkeslederen av Norsk Sykepleierforbund i Oslo, Line Orlund.

– Reglene er slik at det må gjøres en ny anskaffelse av elektronisk dokumentstyrings- og avvikssystem når eksisterende avtale går ut. Da vil vi utarbeide en kravspesifikasjon og den som leverer det beste tilbudet blir valgt, sier kommunikasjonssjef i Sykehjemsetaten, Sofus Urke.

– Hvordan skulle «det perfekte avvikssystemet» fungert?

– Vi vil vurdere blant annet funksjonalitet og driftssikkerhet. Vår erfaring er at potensialet for hensiktsmessig bruk i større grad er knyttet til kultur og kompetanse for avviksbehandling blant ledere og ansatte, enn til funksjonalitet i elektronisk programvare, sier Urke.

**IKKE IMPONERT.** Ivar Johansen er ikke imponert:

– Om eldrebyråden nå skroter Kvalitetslosen, har hun ikke forstått hva som er kjernen i problemene. Selve programmet er jo utmerket. Det er implementering, oppfølging og bruk i organisasjonen som svikter. Ansatte gidder



**«Ansatte gidder ikke legge inn avvik når ikke leddene over følger opp.»**

Ivar Johansen

ikke legge inn avvik når ikke leddene over følger opp, og setter inn tiltak for å kvittere ut avvikene. Uten vilje og evne til å rydde i dette er all datastøtte bortkastet.

Og så legger han til i all beskjedenhet:

– Det bekymrer meg at det måtte til et initiativ fra meg, som bystyreprerentant, for å avdekke at det glansbildet eldrebyråden tegner om sykehjemmenes kvalitetsstyringssystem slett ikke stemmer med virkelighetens. Skal ikke bystyret kunne stole på at byråden

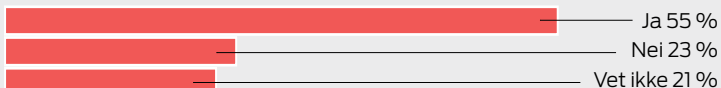
på et litt overordnet nivå gir bystyret et korrekt bilde av situasjonen ved byens sykehjem? Når Kommunerevisjonen forteller at sykehjemmene ikke har «et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og systematisk forbedring av tjenestene», ja, da har ikke eldrebyråden gjort jobben sin.

**SKAL FØLGE OPP.** Byråd for eldre, Aud Kvalheim, minner om at det er et stort arbeid å få avvikssystemet til å fungere slik de ønsker det. Derfor arbeider de kontinuerlig med det, som også bystyret orienteres om. Hun mener de trenger et enklere system som gjør det lettere for de ansatte å rapportere, og enklere å systematisere informasjonen.

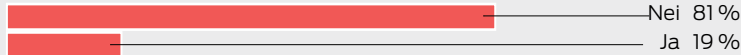
– Jeg er glad Kommunerevisjonen har gått igjennom avviksbehandlingen på to av byens 48 sykehjem, og vi følger opp rapporten. Den gir oss hjelp og råd. Slike rapporter behandles i Helse- og Sosialkomiteen der SV og Ivar Johansen ikke sitter. Komiteen hadde denne rapporten til behandling rett før jul. De fikk den informasjonen de spurte om fra byrådet, samt mer, og komiteen avsluttet så sitt arbeid med rapporten, sier hun og legger til om prosessen med å skaffe nytt avvikssystem:

– Det som fungerer godt, tar vi vare på. Der det er forbedringspotensiale, følges dette opp. ●  
[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)

Har du og dine kolleger en felles forståelse av hva et avvik er på din arbeidsplass?



Kjenner du til negative konsekvenser av avviksføring på din arbeidsplass?









# Trampalgin™

tramadolhydroklorid 37,5 mg/paracetamol 325 mg

## Ved moderate til sterke smerter<sup>1</sup>

- Effektiv i lavere styrker, for pasientens skyld
- Anbefalt startdose 2 tabletter og videre ved behov 1-2 tabletter inntil maks 8 tabletter daglig med 6 timers intervall<sup>1</sup>

### Ref.

1. Godkjent preparatomtale, sist oppdatert 10.10.2014.

2. Felleskatalogen, ATC register N02A X 52 Tramadol, kombinasjoner.

**Weifa AS**, Østensjøveien 27, 0661 Oslo, [www.weifa.no](http://www.weifa.no)

Første tramadol-

kombinasjonspreparat i Norge<sup>2</sup>



## Trampalgin™

tramadolhydroklorid 37,5 mg/paracetamol 325 mg

## De kjente og kjære.....



Floradix Magnesium  
- for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte



Floradix Formula  
- for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.



Floradix Kalsium Magnesium - for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

## De ukjente og fremtidens kjære.....



Floradix Alpenkraft  
- kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.



Floradix Barne Vitamin  
- med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på [www.naturimport.no](http://www.naturimport.no)

ditt naturlige valg  
**NATUR**  
import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59  
E-mail: [post@naturimport.no](mailto:post@naturimport.no) • [www.naturimport.no](http://www.naturimport.no)



## Mange fordeler i ett og samme kort

Nå har du mulighet til å skaffe deg NSF MasterCard, som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 2 % sparerente fra første krone.

### NSF MasterCard:

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varsling av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av reisekostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med din BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 2 % sparerente fra første krone og ingen begrensning i antall uttak.

Søk om kortet på [www.nsfmastercard.no](http://www.nsfmastercard.no)

Kundeservice 815 22 040

Eff. rente 28,2 %, kr 15 000,- o/12 md. totalt kr 17 116,-  
NSF MasterCard – et produkt fra DNB Bank ASA



# Størst på fagprosedyrer!

Gjør som mer enn 200.000 helsearbeidere: Bruk PPS

- PPS versjon 11 er nå lansert  
Nærmere 60 nye prosedyrer, nye videoer/animasjoner og fornyelse av design.
- PPS er kunnskapsbasert og oppdateres årlig  
Nyeste forskning og kunnskap praktisk tilrettelagt via pc, nettbrett og mobil.
- PPS forenkler og kvalitetssikrer dokumentasjon  
Elektroniske pasientjournaler har integrasjonsløsninger med PPS, versjonshåndtering ivaretas.
- Samhandling er en realitet  
Utbredelsen av PPS i klinisk praksis og utdanning, gir støtte i samarbeid både innad og på tvers av virksomhetsnivåer.



Sykepleiere fortjener det beste!  
Har du tilgang? [www.ppsinfo.no](http://www.ppsinfo.no)



Følg oss  
på Facebook

**PPS**   
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten



**Polyfarmasi.** Mange av dem som ikke får i seg nok næring, svelger unna minst fem ulike legemidler per dag, ifølge et studentprosjekt.

# Mange piller, for lite mat

• Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Hjemmetjenesten i bydel Nordre Aker i Oslo har et samarbeidsprosjekt rundt ernæring gående på fjerde året med Institutt for sykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Studentene har kartlagt 334 pasienter for å finne ut hvem som står i fare for, eller allerede er, underernært.

De brukte kartleggingsskjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA) og fant at til sammen at 79 prosent av pasientene falt inn i disse to kategoriene.

Det er et høyere antall enn de 10–60 prosentene Helsedirektoratet bruker i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

– Årsaken til den høye forekomsten kan være at de 334 pasientene på forhånd var utpekt til å bli kartlagt av sykepleierne i bydelen, sier Gry Opsahl.

Hun har vært ansvarlig for prosjektet fra skolens side, men har akkurat gått av med pensjon fra førstelektorstillingen på HiOA.

**POLYFARMASI.** 102 studenter har hittil fulgt opp hver sin underernærte pasient med individuell plan i åtte uker.

– I studentenes pasientdokumentasjon kommer det fram at det hos mange av disse pasientene er en stor grad av polyfarmasi, sier Opsahl.

Polyfarmasi er definert i prosjektet som bruk av fem eller flere legemidler per dag, og hvor ett av medikamentene er gitt for å dempe bivirkningene av et annet.

– *Hvorfor tror du det er slik, blir de mette av alle pillene?*

– Dette er en svært sammensatt

**«Hvis sykepleierne ser at det er noe galt, bør de gjøre en interaksjonsanalyse.»**

Bente Tveit

problematikk som krever en dypere analyse. Kombinasjonen underernært og dehydrert er ekstra uheldig med hensyn til overmedisinering/polyfarmasi, sier Opsahl.

**DE MEST SÅRBARE.** Bente Pedersen Tveit er spesialkonsulent ved hjemmetjenesten i bydel Nordre Aker og leder samarbeidsprosjektet med høyskolen. Hun synes det er vanskelig å si hva som er høna eller egget her:

– Blir de underernærte lettere syke av legemidler? Eller får de mange legemidler fordi de er så syke, og så gjør sykdommene dem underernærte, spør hun, og legger til at det ikke er så mye forskning som

har sett på hvorfor denne sammenhengen er så vanlig.

Den tidligere hjemmesykepleieren peker på at det her er snakk om de aller mest sårbare pasientene med svikt på flere områder. Mange av dem lider av demens i tillegg. Uansett om det er dårlig nyrefunksjon eller hva som ligger til grunn, mener hun det viktig at sykepleiere er klar over denne sammenhengen og er flinke til å følge opp medisinbruken.

– *Hva har dere gjort med problemet?*

– Vi har utvidet ernæringsprosjektet og fått en farmasøyt og en ernæringsfysiolog tilknyttet oss som har undervist oss om polyfarmasi og ernæring og hvilke signaler sykepleierne må være obs på.

Videre innfører de legemiddelgjennomganger etter de nye retningslinjene som sier at pasienter som står på fire eller flere legemidler skal ha jevnlig legemiddelgjennomgang minst en gang i året.

### FORBEDRINGSMULIGHETER.

– Da finner vi forandringsmuligheter på nesten hver eneste pasient. Det handler om manglende samstemming, legemidler de ikke trenger lenger, interaksjonsproblemer, underbehandling, manglende oppfølging eller for store eller små doser, sier Tveit.

Interaksjoner kan gi økt

Fakta ●●●●

### 5 tegn:

Spesielt fem symptomer kan tyde på behov for en legemiddelgjennomgang: Forvirring, falltendens, funksjonssvikt, smerter og ernæringssvikt.

Listen over legemidler som kan gi uønskete bivirkninger hos eldre, er lang. En rekke aldersrelaterte fysiologiske endringer påvirker farmakodynamiske egenskaper og kan gjøre eldre mer utsatt for interaksjoner mellom ulike medikamenter og bivirkninger.

Reseptortetthet reduseres oftest med alderen. Resultatet kan bli at reseptorantagonister kan få økt effekt, mens agonister kan få redusert effekt.

Videre svekkes blodtryksreguleringen ved økende alder, derfor fører ofte blodtryksregulerende midler til ustøhet, synkopetendens og fall hos eldre.





Måles: Inger Danneborg Nafstad er ikke en av dem som må ta mange medisiner, hun tar bare vitamin. Her blir hun målt av student Robel Tekle og hjemmesykepleier Thomas Gytrup, som ledd i ernæringscreeningsprosjektet. Hun skårer så lavt at hun er i fare for å bli underernært, men er ikke enig i at hun trenger oppfølging. – Jeg har undervist så mye om ernæring, at det kan jeg, sier den pensjonerte veterinæren.



→ eller manglende effekt av et middel, hvilket kan føre til over- eller underdoser og i verste fall forgiftning.

– Hvis fru Hansen som står på vandrivende eller blodtryksmedisin er svimmel, bør vi måle blodtrykk, telle pulsen og rapportere til legen som kan vurdere legemiddelbehandlingen, sier Tveit.

– Har du noen gode tips når man skal gi legemidler til de underernærte?

– Kalsiumtablettene metter veldig mye. Da kan det for eksempel være lurt å gi dem til kvelds i stedet for til morgenen, noe som kan ødelegge frokostappetitten.

Tveit legger til at lege bør informeres hvis bruker er underernært. Da er det opp til legen å vurdere legemiddelbehandlingen og videre utredning som krever tett samarbeid mellom hjemmetjeneste og fastlege.

**INTERAKSJONSANALYSE.** Bente Tveit anbefaler sykepleierne å gjøre en interaksjonsanalyse, som en del av den generelle kartleggingen av bruker, dersom de ser noen signaler som kan tyde på interaksjonsproblemer mellom legemidlene.

– Er ikke det en legejobb?

– Jo, primært, men det gjøres ikke av alle legene. Hvis sykepleierne ser at det er noe galt, må de gjøre det, og spørre fastlegen om begrunnelsen for legemiddelbehandlingen. Kanskje vedkommende ikke er informert om forandringer gjort av andre leger? Samstemming av legemiddellister er viktig.

– Hva synes legene om at sykepleierne gjør interaksjonsanalyser?

– Vi har ikke gjort det så mye ennå, men jeg tror de fleste vil bli glade for samarbeidet.

– Har dere tid og kunnskap nok til å gjøre interaksjonsanalyser?

Vi spør Thomas Gytrup, fra Grefsen hjemmesykepleie og Guri Wilter Eriksson, fra Tåsen hjemmesykepleie. De trekker litt på det, men sier det finnes gode verktøy, blant annet en app for mobil. De bruker mest et nettbasert verktøy hos Felleskatalogen.no.



Kalk til kvelds: Sykepleierne Guri Wilter Eriksson (til venstre), Thomas Gytrup og spesialkonsulent Bente Pedersen Tveit tipser om å gi mettende kalktabletter på kvelden i stedet for til morgenen, for ikke å ødelegge frokostappetitten.

**MANGLLENDE OPPFØLGING.** Bente Tveit opplyser at et større problem er at mange av pasientene står i lang tid på enkelte legemidler uten at de blir monitorert. For eksempel smertestillende-, jern- og vitamintabletter. Gytrup og Eriksson nikker bekreftende.

– Vi som sykepleiere må være oppmerksomme på det. For eksempel bør vi observere om smertestillende virker. Monitorering skjer ikke automatisk, det har vi sett nå når vi har hatt legemiddelgjennomgang hos en del brukere, sier Tveit.

– Legene er stort sett er flinke til å informere hjemmesykepleien og besvare våre spørsmål. Men et område de kan bli flinkere på, er for eksempel når de svarer «prøvene var fine». Slike legettalelser kan også komme av at de har misforstått hensikten med at vi etterspør prøvesvar, sier Gytrup.

– Kan dere da gå videre og be om å få se de prøvesvarene?

– Vet ikke, sier både Tveit, Gytrup og Eriksson.

Det kan de, ifølge Kristin Cordt-Hansen, direktør hos Helsedirektoratets avdeling for bioteknologi og helserett.

– Sykepleier har rett til journalopplysninger om pasienten, for eksempel prøvesvar, når hun/han

## «Kalsiumtablettene metter veldig mye.»

Bente Tveit

må ha disse for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Vel å merke dersom pasienten ikke har nektet, eller det er grunn til å tro at vedkommende ville ha nektet, slik utlevering, sier hun og henviser til helsepersonellovens paragrafer 25 og 45.

**HOLDT VEKTA.** – Har dere merket noen vektøkning hos de

underernærte etter at dere har fiksset opp i medisinbruken til dem som har fått legemiddelgjennomgang?

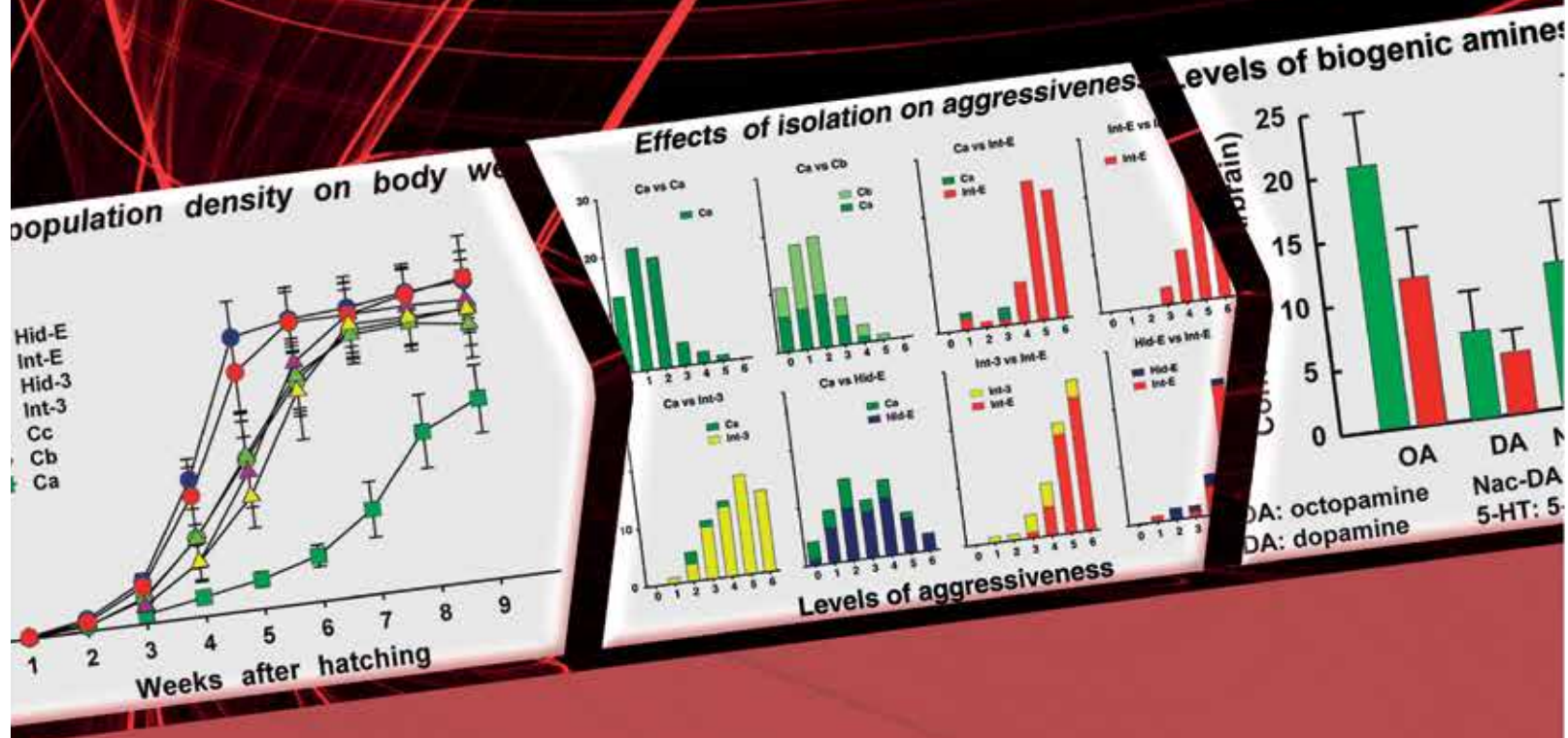
– 85 prosent av dem som hadde tiltak som ernæringsoppfølging fra hjemmetjenesten, i alt 180 brukere, holdt vekten eller økte den i 2013. Når bruker er underernært prøver vi å finne ut hvorfor. Legemiddelgjennomgang skjer parallelt med at vi setter inn andre tiltak som medspising, beriking av mat, dagsenter og så videre. Så akkurat hva som hjelper, vet vi ikke, sier Bente Tveit.

– Dette prosjektet hvor studentene kartlegger pasientene og følger dem opp med primærsykepleie og helhetlig ansvar, er et eksempel til etterfølgelse. Samarbeid mellom skole og praksissted kunne vært utnyttet mye bedre mange steder, mener Gry Opsahl fra HiOA.

Nå er det høyskolelektor Kari Anne Hoel som har overtatt ansvaret for videre drift av prosjektet fra skolens side. ●  
eivor.hofstad@sykepleien.no

# SIGMAPLOT 13

Det enkle valget for statistiske analyser og profesjonelle grafer



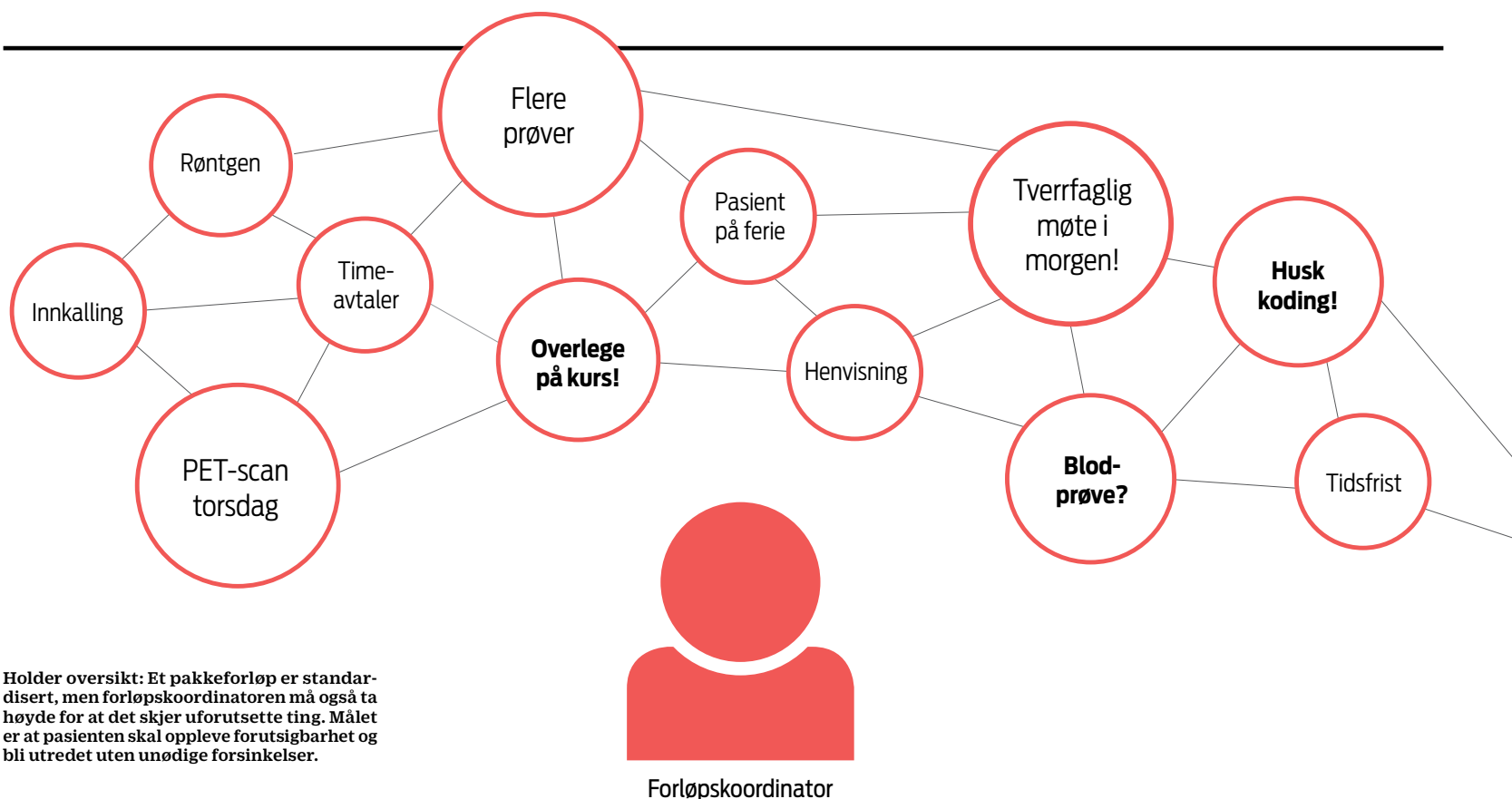
**SigmaPlot** er et av markedets mest brukervennlige program for å utføre statistiske analyser og lage profesjonelle grafer for publisering i dine forskningsartikler.

Og stadig flere forskere og akademikere oppdager hvor raskt og enkelt dette kraftige verktøyet er å ta i bruk. I løpet av kort tid har du utført din første dataanalyse og lagd en profesjonell visualisering av dine data.

- Steg-for-steg guide for å lage profesjonelle grafer
- Steg-for-steg guide for å utføre statistiske analyser
- Publiseringsguide for hundrevis av vitenskapelige tidsskrifter



Last ned gratis 30-dagers utgave av SigmaPlot 13 her: [www.alfasoft.com/sykepleien](http://www.alfasoft.com/sykepleien)



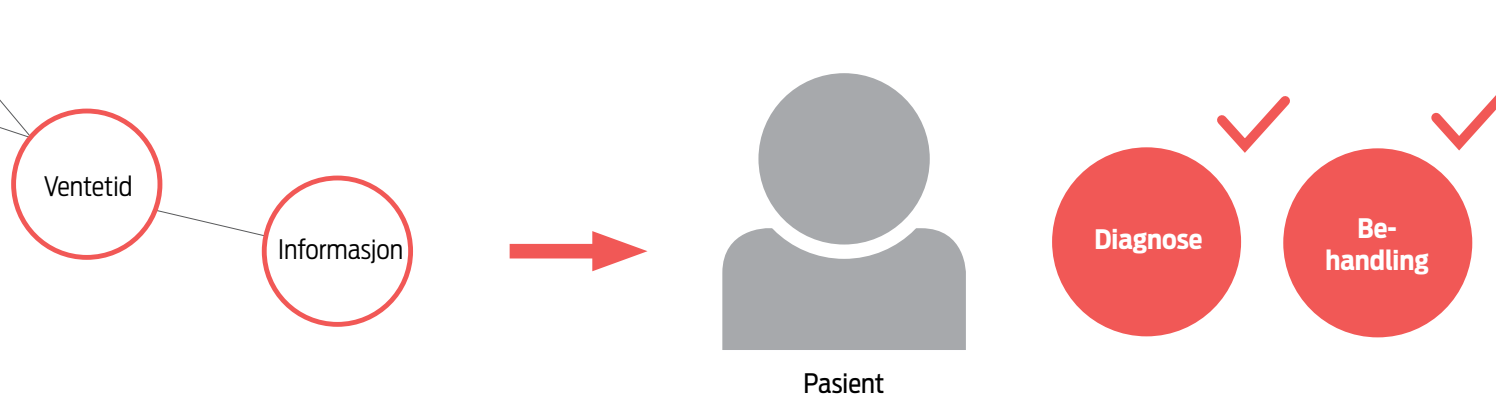
Holder oversikt: Et pakkeforløp er standardisert, men forløpskoordinatorer må også ta høyde for at det skjer uforutsette ting. Målet er at pasienten skal oppleve forutsigbarhet og bli utredet uten unødige forsinkelser.

# – Bør være sykepleiere

**Trondheim.** Forløpskoordinatorer får en nøkkelrolle når pakkeforløp ved kreft i løpet av 2015 innføres for 28 kreftformer.

• Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**





Telefonen kimer tett inne på kontoret til Ulla Dahl, forløpskoordinator ved lungeavdelingen på St. Olavs Hospital.

– Det er sykepleier Ulla, vær så god? Når du har time, la meg se ...

Ulla Dahl blir raskt opp i den digitale pasienthistorikken til personen som ringer. Finner fram til den etterspurte datoen og klokkeslettet. Like etterpå ringer det igjen. Denne gangen er det fra dagposten i femte etasje.

– Om han kan bo på pasienthotellet dagen før undersøkelsen? Ja, det er nok mest praktisk. Om han kan få satt opp begge timene han har her på sykehuset samme dag? Nei, det går ikke. Prøvene fra den første undersøkelsen må analyseres før den neste timen han er innkalt til.

**MYNDIGHET.** Og slik forløper dagene for forløpskoordinatoren. Ulla Dahl har ansvaret for å løse pasienter med mistanke om kreft gjennom alle undersøkelser fra sykehuset mottar henvisningen til diagnose er avklart. Stillingen hennes er mønstereksempelet på forløpskoordinatoren helsemyndighetene har sett for seg:

Hun har både myndighet og kompetanse til å

#### Fakta

#### Hva er pakkeforløp?

- Pakkeforløp for kreft er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig basert og normgivende.
- Pakkeforløpene er basert på faglige retningslinjer.
- Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges.
- De aller fleste som henvises til pakkeforløp for kreft vil få avkreftet mistanken om kreft i løpet av utredningen.

reservere timer ved de diagnostiske avdelingene og poliklinikkene en pasient med mistanke om lungekreft behøver å være innom. I bakholdet har hun hele tiden tidsfristene. Det er definert hvor mange timer eller dager det maksimalt skal gå for å få pasienten mellom postene i utredningen.



**«Det kommer mange forskjellig spørsmål fra pasienter og pårørende.»** Ulla Dahl

Hun er med i ledergruppen, og legger inn en kode hver gang pasienten har rundet et sjekkpunkt i utredningen. Kodene omsettes til statistikk og sendes til Norsk pasientregister.

– Vi blir målt på dette, og det er et absolutt gode for pasienten å få tilbud om rask utredning. Av og til hender det faktisk at pasienten selv trenger mer tid. Kanskje er det en allerede bestilt sydentur, eller en dåp for et barnebarn pasienten vil delta i før han eller hun kommer til oss. Det tar vi selvsagt hensyn til, sier hun.

**FORSPRANG.** Ved denne avdelingen har Ulla Dahl vært pasientkoordinator





→ med nesten tilsvarende oppgaver som det hun har nå – som forløpskoordinator – siden 2007.

De siste par årene har avdelingen deltatt i et pilotprosjekt som tilsvarer forløpene som ble innført ved nyttår. Så Ulla Dahl har et forsprang. Startskuddet for den nasjonale satsingen gikk ved nyttår: Alle sykehusavdelinger som utreder brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykktarm- og endetarmskreft skal nå tilby pasienten et standardisert pakkeforløp.

**UNNGÅ FORSINKELSER.** I løpet av året skal også 24 andre krefttypers sluses inn. Det diskuteres også om andre diagnoser etter hvert skal standardiseres på samme måte.

Forløpskoordinatoren får en nøkkelrolle i disse pakkeforløpene. Vedkommende er tenkt som navet som holder alle tråder samlet og løser pasienten fra sted til sted ved sykehuset. Målet er at færre pasienter skal oppleve unødvendig forsinkelse i diagnostikk, og dermed behandling.

Informasjonen fra Helsedirektoratet står det at forløpskoordinator ofte vil være kreftsykepleier, men også kan ha annen bakgrunn. Forløpskoordinatoren skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele forløpet.

En rundspørring ved de største sykehusene viser at det både er sykepleiere, kreftsykepleiere og merkantilt ansatte som har

disse stillingene. Noen steder går de som tidligere var pasientkoordinatorer, over i stillingen som forløpskoordinator.

**VIL HA SYKEPLEIERE.** Leder for faggruppen for kreftsykepleiere, Britt Ingunn Søvig, mener de som skal inn i disse stillingene bør ha spisskompetanse på kreft.

– Forløpskoordinator skal bidra til helhet og sømløse forløp, for å klare dette må koordinatoren ha kompetanse i kreft og kreftomsorg, sier Søvig.

## «En forløpskoordinator må ha kompetanse på kreft og kreftomsorg.»

Britt Ingunn Søvig, leder i faggruppen for kreftsykepleiere

– En koordinator skal kunne ivareta diagnoseinformasjon, kontakt med pasient og pårørende. Det er ikke en merkantil stilling. Det er svært mye pasientkontakt, og det er viktig å forstå pasientens situasjon. Funksjonen skal også være bindeleddet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Da behøves evnen til å forstå og formidle forventet utvikling av spesifikke

kreftsykdom til de i kommunen som skal ta hånd om pasienten og familien, mener Søvig.

– **UTFORDRING TIDLIGERE.** – Det har tidligere vært ansatt diagnosekoordinatorer som har vært sykepleiere, disse stillingene kan sammenliknes med forløpskoordinator, og ved noen diagnoser vil det være de samme som har jobben, sier Søvig.

Hun sier det har vært en utfordring for noen av sykepleierne som har hatt disse stillingene:

– De har fått lite gehør fra sin leder når det gjelder sykepleiefaget og har vært organisert i samme gruppe som sekretærene og skrive-tjenesten.

Nå er de organisert under sykepleietjenesten og får utføre jobben mer hensiktsmessig ovenfor pasient og pårørende, sier hun, og understreker at det derfor er viktig at forløpskoordinatorer er organisert under sykepleietjenesten.

**HELSEBAKGRUNN.** Hos Ulla Dahl gløder telefonen, som vanlig.

– Jeg jobbet tidligere på en avdeling som behandlet kreft, har kurs i cytostatikabehandling og har satt en del cellegiftkurer tidligere. Det kommer godt med.

– Stillinger som forløpskoordinatorer bør besettes av sykepleiere. Det kommer mange forskjellige spørsmål fra pasienter og pårørende og da er det greit å ha helsefaglig bakgrunn, sier hun. ● [aknbh@sykepleien.no](mailto:aknbh@sykepleien.no)

## Forsinket brystkreft-diagnostikk

**ERSTATNING:** Svikt i diagnostikk eller behandling resulterte i dårligere sykdomsprognose eller dødsfall for 30 prosent av pasientene som fikk medhold hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE) mellom 2001 og 2013.

**FOR SENT.** Prøvesvar som ikke blir fulgt opp, eller at nødvendig oppfølging etter prøvefunn ikke er gjort, er den viktigste årsaken til diagnosesvikt hos brystkreftpasienter, ifølge NPE.

Feiltolkning av prøvesvar er nest hyppigste årsaken til diagnosesvikt.

Totalt ble det betalt 139 millioner kroner fra NPE i tidsrommet 2001 til 2013. Gjennomsnittet er 617 000 kroner.

**BEHANDLING.** Det er konkludert med svikt i behandling i 23 prosent av medholdssakene. De fleste av disse sakene gjelder skader etter at cellegift gikk utenfor venen.

De øvrige sakene dreier seg om feil ved kreftoperasjon, at pasienten ikke fikk den nødvendige kreftbehandling, eller at de fikk feil stråledose.

På grunn av at diagnosen var

forsinket måtte flere av pasientene gjennomgå mer behandling enn det som hadde vært nødvendig hvis diagnosen hadde blitt stilt i rett tid, ifølge NPE. Dette førte i mange tilfeller av flere og mer alvorlige ettervirkninger av kreftbehandling, blant annet stråleskader og lymfødeme.

Mangelfull behandling og oppfølging av brystkreft kan ha ført til forlenget sykdomsforløp og økt fare for spredning. Smerter og nedsatt funksjon i hånda var konsekvensen av cellegift utenfor venen. ●

[aknbh@sykepleien.no](mailto:aknbh@sykepleien.no)

### Fakta

#### Erstatningssaker brystkreft

Totalt 604 vedtak mellom 2001 og 2013  
236 medhold, 368 avslag.

39 prosent fikk medhold

Totalt 139 millioner kroner ble utbetalt, i gjennomsnitt 617 000 kroner.

Gjennomsnittsalder: 49 år.

Brystkreftsakene utgjør 12 prosent av sakene innenfor det medisinske området svulster og kreftsykdommer.

Kilde: NPE

## – Alt gikk veldig raskt

**BLE SYK:** I mai 2013 tok livet til Bjørn Smørsgård en brå vending. Etter å ha kontaktet fastlegen med blodig hoste, ble han utredet for lungekreft i ekspressfart. – Det gikk veldig raskt, forteller han.

**EN UKE.** I løpet av et par dager hadde han vært hos fastlege, tatt røntgenbilder, fått disse analysert, blitt kontaktet av både fastlege og overlege på St. Olavs, og han hadde fått time til PET-skanning.

Hadde det ikke vært for at han samtidig fikk blærestein, og måtte legges inn på sykehuset noen dager for å behandle denne, ville utredningen vært unnagjort på en ukes tid.

I dag er Smørsgård inne til sin tredje cellegiftbehandling – på kur nummer tre. Det betyr at han har vært innom mange ganger siden han først fikk telefonen om at det var gjort noen mistenkelige funn på lungen hans i 2013. Kona Bodil har vært med hver gang.

I dag er det sykepleier Magnus Berntsen som skal sette cellegiften. Det er første gang Bjørn Smørsgård og kona møter ham.

– Det er en trygghet i å se kjente ansikter og høre kjente stemmer når vi ringer hit med spørsmål. Da gjør det ikke noe om det av og til kommer noen helt nye, sier Bjørn Smørsgård og nikker blidt mot Magnus, «den nye», som ellers jobber på sengeposten i etasjen over. Hver sjette uke ruller han og jobber her nede på dagposten.

**ANSVAR.** – Jeg tror hver og en føler et personlig ansvar for å passe på at pasientene får alle beskjedene, sier Magnus Berntsen mens han myser mot årene på Bjørn Smørsgårds armer.

– De er jo «våre» pasienter. Ulla Dahl er ankeret vårt når det gjelder timebestillinger og pasientlogistikk. Vi ringer ofte dit for å kunne svare på det pasientene lurer på, sier han.



**KOBLER OPP:** Sykepleier Magnus Berntsen kobler på slangene for cellegiftkuren til pasient Bjørn Smørsgård.

Veneflonen smetter inn på første forsøk, og Smørsgård rigger seg til med hendene i et beger med isbiter, før slangen med cellegift gradvis fylles opp og går over i årene.

– Jeg blir ikke dårlig av cellegiften, heldigvis, forteller han. Håret har han heller ikke mistet, slik han trodde på forhånd.

Mens de sitter inne på rommet, holder sykepleier Magnus et lite øye med telefonen han har i lomma.

– Personlig forsøker jeg å unngå at pasienter med et spørsmål bare blir sendt videre i systemet, men heller sjekke opp og så ringe

tilbake. Vi som jobber her kjenner systemene og avdelingene, for en som kommer utenfra kan et syke-

**«Det er mye å forholde seg til når man får kreft» Bjørn Smørsgård.**

hus virke stort og sikkert ganske skremmende.


– Det er mye lettere for meg å ringe og spørre når et prøvesvar

er forventet enn det er for en pasient å ringe rundt på leting etter det samme.

**MYE.** Verken Bjørn Smørsgård eller kona Bodil har noe å klage på når det gjelder koordinering av timer eller ventetid på sykehuset.

– Det er mye å forholde seg til når man får kreft, sier de.

– Og så har jo jeg min egen personlige sekretær, sier Smørsgård fornøyd mens han forteller at kona har full kontroll over alt fra busstider til sykehuset til navn på overleger og datoer for prøvesvar. ●  
[aknbh@sykepleien.no](mailto:aknbh@sykepleien.no)



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

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

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



for dagene som kommer

# VÅR POPULÆRE FAMILIERESORT

Vannpark, 3 hoteller, barnas favoritt!



**Von Resort Golden Coast 5\*, Von Boutique 5\* og Von Club Golden Beach 4\*  
ALL INCLUSIVE - SIDE/TYRKIA**

Vår mest populære familieresort ligger i Side. Her finner du en stor vannpark med flere bassenger og 11 vannsklier. Hele tre hoteller hører til anlegget og det gir familien valgmuligheter i henhold til ønsket standard. Mengder av aktiviteter tilbys, også barneklubb!

**DIREKTE TIL TYRKIA fra OSLO, BERGEN, STAVANGER, ÅLESUND, TRONDHEIM og ALTA**

fra  
**3.990,-**

Pris fra Oslo og gjelder pr person når to reiser sammen. Begrenset antall plasser.

tlf. 815 22 815 | [www.detur.no](http://www.detur.no)

**detur**  
der solen skinner!





**Gode tall.** Pasienter ved intensivavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus får sjelden trykksår.

# Færre trykksår med spesialsenger

Tekst **Kristine Askvik** • Foto **Ingvild Festervoll Melien**

Én av fem pasienter ved sykehus får trykksår, viser en europeisk studie. Blant intensivpasienter kan trykksår forekomme enda oftere.

– Flere av våre pasienter er lagt i søvn og beveger seg ikke selv. Da øker risikoen for trykksår. Etter at vi fikk spesialsenger for fire år siden, får pasientene svært sjelden trykksår, sier seksjonsleder Siril Sagstad ved Intensivmedisinsk seksjon ved Haukeland universitetssjukehus.

Intensivsykepleierne som jobber ute med pasientene, merker stor forskjell fra før sengene ble tatt i bruk.

– Spesialsenger gir bedre muligheter for å mobilisere pasienten i sengen. Vi kan gjøre sengen om til en stol og den kan brukes til trening av pasient, sier intensivsykepleier Grethe Teigen ved samme seksjon.

Hun understreker samtidig at mobilisering i seng ikke erstatter mobilisering ut av seng.

**SNUHJELP OG TRYKKAVLASTNING.** Alle de ti sengeenheterne ved avdelingen er utstyrt med en spesialseng. Det vil si at de fleste pasientene på avdelingen ligger i en slik. Sengen skiller seg fra en vanlig sykehusseng på flere måter.

– Sengen har funksjoner som gjør at det er lettere å snu pasienten i sengen. Snuingen kan

begynne uten at de ansatte bruker muskelkraft. Madrassen i sengen er fylt med luft i ulike kanaler som hele tiden justeres for trykkavlastning og hardheten i madrassen kan også reguleres, sier Sagstad.

Gode rutiner for å unngå at trykksår oppstår har alltid vært viktig ved avdelingen. I kombinasjon med bruk av spesialsenger, har dette gjort at pasienter her svært sjelden får trykksår.

**FOREBYGGE.** Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har som mål å redusere forekomsten av trykksår, og mener at 95 prosent av tilfellene kan forebygges, blant annet ved hjelp av utstyr som fordeler trykket under pasienten.

Utover å redusere forekomsten av trykksår, letter spesialsengene hverdagen både til de ansatte og pasienter på en annen måte. Tidligere måtte pasientene her bli heist opp i et seil for å bli veid, men dette slipper de nå. Sengen kan veie pasienter mens de ligger i den.

– Det gjør at vi veier pasientene oftere og har mulighet til å følge bedre med på utviklingen deres, sier Sagstad.

Selv om sengen er stor og tyngre enn andre senger, er den enklere å flytte fordi den har en egen motor.

– Spesialsengene har også den fordel at det er lettere å vende

**Nyttig:** Intensivsykepleier Grethe Teigen ser at sengene blant annet gjør det enklere å snu pasienten i sengen.



pasienter i sengen, forflytte dem og veie dem, sier Teigen.

**OUS.** Også Oslo universitetssykehus har et sterkt fokus på å forebygge trykksår. Postoperativ avdeling og Intensivavdelingen ved OUS opplever å ha lite behandlingsskrevende trykksårproblematikk, sett i lys av at mange av pasientene har en kritisk helsestatus og lang liggetid på sykehuset. OUS bruker ulike spesialsenger ved intensivseksjonene.

– Det er ikke nødvendigvis sengene i seg selv om har en trykksårforebyggende funksjon, men hva slags type madrass vi putter i sengene. I tillegg er det viktig med

gode rutiner for blant annet mobilisering, hyppig snuing, optimal leiring, stell, observasjoner av hudstatus og ernæring, sier Gunnar Morten Grømer, assisterende avdelingsleder ved Intensivavdelingen ved Oslo universitetssykehus.

Grømer har registrert at pasienter som kommer fra intensivavdelinger i utlandet har høyere forekomst av trykksår enn hva som er vanlig ved intensivseksjonene ved OUS. ●

*Les også om tiltak for å forebygge trykksår på: [pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://pasientsikkerhetsprogrammet.no) under fanen om innsatsområder.*

*[redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)*



# Sykepleie

Del 2 Sykepleien 03 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Samhandlingsreformen innebærer at flere pasienter skal motta helsetjenester i hjemmet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Får hjelp hjemme

**Tilpasset.** Pasienter med moderate funksjonsvansker etter hjerneslag kan rehabiliteres hjemme. **76**



**Verdivalg.** Sykepleiere i eldresektoren er mer opptatt av jobbsikkerhet. **62**



**«Spedbarna som ble minst ammet, hadde en bedre motorisk funksjon.»** Ingrid Kristin Torsvik. **66**



**Pasientopplæring.** Gir lungesyke råd om røykeslutt. **65**



# FRA VIDEREUTDANNING TIL MASTERGRAD

**Kartlegging.** I dag gir 7 av 15 utdanningstilbud i intensivsykepleie mastergrad. Tilsammen gir disse seks ulike titler etter endt studie.

**KARTLEGGINGSUNDERSØKELSE:**

Artikkelen bygger på  
100% teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.53367



**Bente Skogsaa,** Førsteamanuensis Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Institutt for sykepleievitenenskap



**Marte Marie Wallander Karlsen,** Fagutviklingssykepleier Akuttikliniken, Oslo Universitetssykehus, Høgskolelektor, Lovisenberg Diakonale Høgskole

**H**istorisk har videreutdanningene innenfor spesialisthelsetjenesten vært sykehusinterne utdanninger frem til de ble overført til høyskoler eller universiteter med egne rammeplaner i 1999–2000. Med uttrykk som «mastersyke» er vi midt i en debatt om videreutdanningenes vei mot mastergradsstudium. Grovt sett dreier debatten seg om å sikre en kvalifisert bemanning til en bestemt pasientmålgruppe på en kostnads- og ressurseffektiv måte. Men det dreier seg også om en videreutvikling som fører frem til høyere refleksjons- og analysekompetanse og at utdanningene får uttelling i gradssystemet for høyere utdanning (1–3). Norge er knyttet til et europeisk kvalifikasjons- og klassifikasjonssystem; Bologna-rammeverket, der all høyere utdanning er i stigen bachelor, master og ph.d. (4,5). Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring (NKR) har vært gjeldende siden 2010 (6). Hensikten med artikkelen er å presentere funn fra to nasjonale kartleggingsundersøkelser knyttet til omlegging fra videreutdanning til mastergradsstudium i intensivsykepleie.

**BAKGRUNN.** Rammeverket vektlegger resultatet av læringsarbeidet i utdanningen i form av

læringsutbytte for kompetansenivået og gjør høyere utdanning i europeiske land mer sammenliknbare. Læringsutbytte er definert som: «En beskrivelse av hva en person vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess» (7). Ideen med læringsutbytte kan knyttes til internasjonale trender influert av New Public Management (NPM) med utvikling av nasjonale standarder og mekanismer for kvalitetssikring, undervisning, læring og evaluering (8). Læringsutbytte bidrar til et fokus skifte fra undervisning til læring, og betraktes som et hjelpemiddel for å skreddersy bestemte utdanningsforløp mot et forutbestemt læringsresultat og et verktøy for utvikling av utdannings- og undervisningsplaner (8,9). Rammeplaner for videreutdanninger ble utviklet før opprettelsen av NKR og tilfredsstillende ikke kravet til formuleringer i form av læringsutbytte. Intensjonen med en rammeplan er i korte trekk å regulere videreutdanningens innhold og læringsaktiviteter og sikre et ensartet og likeverdig faglig nivå i hele landet. Likevel har utdanningsinstitusjonene en viss frihet i valg av faglig og pedagogisk profil ut fra lokale forutsetninger (10). En rammeplan vil også legge føringer for et mastergradsstudium.

**STUDIEPOENG.** Yrkesfaglig er

videreutdanningene høyt verdsatt. Imidlertid har sykepleiere med videreutdanning i alt fra 60 til 90 studiepoeng måttet gå ytterligere to år på deltid for å oppnå en mastergrad. Ved å øke videreutdanningen i intensivsykepleie fra 90 til 120 studiepoeng og gjennomgående heve kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse til et analytisk og kritisk reflektert nivå i alle emner, vil utdanningen kunne kvalifisere til mastergradsstudium. Det er to ulike godkjenningsordninger for akkreditering av mastergradsutdanning i Norge: Universiteter eller høyskoler med relevant ph.d.-utdanning kan gjøre en selvakkreditering. Høyskoler uten relevant ph.d.-utdanning må søke NOKUT. Krav ved begge akkrediteringsordningene er at læringsutbytte skal avspeile taksonomi og språkbruk fra nivå 7 i NKR.

**INNSIGELSER.** Innstillingene til mastergrad er generelt positive fordi mastergrad vil bidra til økt kompetanse og er en reell karrierevei, men det er også innsigelser. Typiske bekymringsutsagn vi har hørt er: «Med masterutdanning mister vi mange gode praktikere som ikke er så teoretiske», og: «Det tar for lang tid og det blir for dyrt for samfunnet», og så videre. En rekke innspill i media og tidsskrifter forsvarer nødvendigheten av

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Artikkelen presenterer utviklingen fra videreutdanning i intensivsykepleie til mastergradsstudium. Nasjonal kartlegging avdekker at læringsutbyttene i de ulike mastergradstudiene ivaretar både kravene i det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring og rammeplan for utdanning i intensivsykepleie.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Intensiv
- Mastergradsutdanning
- Videreutdanning
- Rammeplan





Studenter: Ikke alle videreutdanningstilbud i intensivsykepleie gir mastergrad. Arkivfoto: Erik M. Sundt

mastergradskompetanse og knytter det til kompetanseendringer som følge av endringer i demografiske forhold i samfunnet, endringer i befolkningens sykdomsbilde, utvikling av medisinsk teknologi og helse-tjenester, endrete krav i sykepleiers yrkesrolle og endringer i organisering av helsetjenester (11–14).

Man har ingen konkret viten om hvordan rammeplanen avspeiles i studieplanenes læringsutbytte eller hvor likt de er utformet etter innføringen av NKR. Det foreligger heller ingen oversikt over mastergradsstudium i intensivsykepleie

og hvilke titler det fører frem til. Det er lite å sammenlikne med internasjonalt, da svært få land har etablert intensivutdanning på mastergradsnivå. Det er rapportert varierende grad av harmonisering til gradsstrukturen i Bologna-rammeverket, men fordelene ved gradsstrukturen har også blitt trukket frem som et stort løft for sykepleien (2,4,5).

**GJENNOMGANG.** Som forarbeid til undersøkelsene er det gjort en gjennomgang av mastergradsstudium ut fra mastergradsforskriften

## «Yrkesfaglig er videreutdanningene høyt verdsatt.»

(15), standard og kriterier for akkreditering av studier og høyere utdanning (16), tidligere gjennomført kartlegging av mastergradsstudium og videreutdanninger i sykepleie (17) og hvordan man i dag tilbyr mastergradsstudium i Norge ut fra ulike modeller og strukturer (18). I mastergradsforskriften er

det §3 eller §5 som er relevante for videreutdanningene i arbeidet med omforming til master (15). §3 beskriver en teoretisk master med rom for kliniske studier og gir adgang til studier på ph.d.-nivå. Det gir i prinsippet ikke §5.

Undersøkelse 1 er gjennomført høsten 2013 og våren 2014 av artikkelens førsteforfatter. Hensikten var å analysere studieplanenes læringsutbyttetekster ved landets utdanningsinstitusjoner i intensivsykepleie og vurdere mulighetene for felles overordnet læringsutbytte





nasjonalt. Undersøkelse 2 er gjennomført av artikkelforfatterne og utdanningsutvalget i NSF's landsgruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS) (19). Hensikten har vært å undersøke ståsted for omleggingsarbeid fra videreutdanning til mastergradsstudium, modeller for mastergradsstudium og titler de fører frem til.

**METODE.** Undersøkelsene er utformet som deskriptive kartleggingsundersøkelser med innsamling av faktaopplysninger fra alle utdanningsinstitusjoner i Norge som utdanner intensivsykepleiere, se tabell 1. Undersøkelsene er gjennomført som e-post til faglige og administrative ledere av intensivutdanningene med en kort informasjon om hensikter og et enkelt spørreskjema i løpet av høsten 2013/våren 2014:

- Er intensivutdanningen en videreutdanning eller mastergradsstudium?
- Om mastergradsstudium: Er studiet enkeltstående studium eller studium sammen med flere spesialiteter? Hvilken tittel fører studiet frem til?
- Om ikke masterstudium: Er det planer om mastergradsstudium? Eventuelt planlegges det enkeltstående eller studium sammen med flere spesialiteter? Hvilken tittel vil studiet føre frem til?

**RESULTATER.** Ut fra masterutdanningenes læringsutbytte og titler trer det frem to hovedkategorier som her benevnes som fagspesifikk og ikke fagspesifikk masterutdanning:

*Fagspesifikt mastergradsstudium* leder ut i en sluttkompetanse der intensivsykepleie inngår i tittelen. Denne fordeler seg på to modeller:

- Master i intensivsykepleie: Mastergradsstudiet har et fagspesifikt studieforløp, med fagspesifikke læringsutbytte i både studieplan og emneplaner og 120 studiepoeng. To utdanningsinstitusjoner vil starte med ordinære opptak høsten 2015.
- Master i spesialisykepleie eller

avansert klinisk eller klinisk sykepleie med spesialisering eller fordypning i intensivsykepleie: Mastergradsstudiene gir en fagspesifikk mastergrad med 120 studiepoeng. Den er plassert som fagspesifikk selv om studieplanenes overordnede læringsutbytte forholder seg til alle fordypningene eller spesialitetene. Studieplanene kan fortolkes som ikke fagspesifikk mastergradsstudium, men emneplanene avdekker LU som eksplisitt fagspesifikke. Fem utdanningsinstitusjoner tilbyr mastergradsutdanning ut fra denne modellen.

*Ikke fagspesifikt mastergradsstudium* har ikke intensivsykepleie i tittelen. Studiet er enten basert på flere spesialiteter innen sykepleie eller tverrfaglig med studenter fra andre bachelorutdanninger. I prinsippet kan kandidaten være en videreutdannet intensivsykepleier, men oppnår ikke en tittel der begrepet intensivsykepleie inngår. To utdanningsinstitusjoner utdanner for tittelen *master i klinisk sykepleie* eller *master i klinisk avansert sykepleie – den kritisk syke*. Den ene utdanningsinstitusjonen har som intensjon å ha omlagt til en fagspesifikk master; *master i klinisk sykepleie med fordypning i intensivsykepleie*, med oppstart høsten 2015.

Av de 15 studiestedene; fire universiteter og elleve høyskoler, som tilbyr utdanning i intensivsykepleie er det fem studiesteder som nå tilbyr fagspesifikk mastergradsstudium, og ett fra høsten 2015. To studiesteder tilbyr ikke fagspesifikk mastergradsstudium. Fire studiesteder har planer om omlegging til mastergradsstudium. Tre studiesteder har ikke konkrete planer. Det vil si at høsten 2015 vil det være åtte studiesteder av totalt 15 (53 prosent) som tilbyr mastergradsstudium med intensivsykepleie i tittelen ut fra ulike modeller og tidsløp.

Nivå sju, som er mastergradsnivå, i NKR er gjennomgående i studieplanenes læringsutbytte for 13 av de 15 utdanningsinstitusjonene. To har fortsatt brukt

rammeplanmålene i studieplanen. Én videreutdanning viser til et inngående nivå; mastergradsnivå sju i vitenskap og metode. Hos de resterende videreutdanningene er emnet beskrevet i bachelornivå 6: Har grunnleggende kunnskap om vitenskapsteori og metode. For øvrig er det lite som skiller mellom videre- og mastergradsstudiene

språkbruk i læringsutbyttetekstene. NKR-malen (6) har et svært avgrenset språkvalg under kategoriene: Kunnskaper, ferdigheter og generell

kompetanse.

Andre funn fra kartleggingen er:

- Nesten alle studiestedene har flere læringsutbytter i sine studieplaner enn rammeplanens 15 læringsmål.
- Kategorien «generell kompetanse» forstås ulikt. Noen læringsutbyttetekster ble i enkelte studieplaner plassert under kategorien ferdigheter. For eksempel: «Reflektere kritisk i valgsituasjoner og handle etisk og juridisk forsvarlig» og «ha et reflektert forhold til teknologiens muligheter og begrensninger».
- Noen få studiesteder har en eller to læringsutbyttetekster som avspeiler språkbruk fra rammeplanen. For eksempel: «Støtte og yte omsorg» og «utføre intensivsykepleie med godt håndlag». På lærernetverkssamlingen ble det ytret som et savn eller mangel ved NKR; at det var vanskelig å bruke rammeplanens språkbruk.
- De fleste videreutdanningene, men alle mastergradsstudiene, har med tidstypisk begrepsbruk i læringsutbyttetekster som: «kunnskapsbasert praksis», «nyskaping/innovasjon», «systemforståelse» og «forståelse av kontekst og rammer for utøvelse».

**DISKUSJON.** I løpet av perioden 2012 til 2015 vil videreutdanningene i intensivsykepleie i Norge ha gått fra ett ikke fagspesifikt master-

## «Både under- og overkvalifisering er et nasjonalt samfunnsproblem.»

gradsstudium til seks fagspesifikke og to ikke fagspesifikke. Fra å ha en ensartet tittel etter endt videreutdanning som intensivsykepleier utdannes det intensivsykepleiere fra mastergradsstudier med seks ulike titler:

- Master i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i intensivsykepleie
- Master i spesialisykepleie med spesialisering i intensivsykepleie
- Master i klinisk sykepleie med fordypning i intensivsykepleie
- Master i intensivsykepleie
- Master i avansert klinisk sykepleie – den kritisk syke
- Master i klinisk sykepleie

Noen av utdanningsinstitusjonene har anvendt «avansert» i tittelen. Det kan knyttes til en betydningsfull trend i tiden; både en internasjonalisering, en oppgaveglidning mellom lege- og sykepleierfunksjoner og større selvstendighet som medfører økt kompetansebehov (20–22). Studieplanene ved de fagspesifikke mastergradsstudiene ser ut til å ivareta den tradisjonelle, kliniske profilen ved videreutdanningen, dog med noe ulik vektning innenfor naturvitenskapelige og vitenskapsteoretiske emner. Dilemmaet ved å endre videreutdanninger med 90 studiepoeng til en mastergradsutdanning med 120 studiepoeng har vært å tilfredsstille krav fra rammeplanen (10); å opprettholde vektningen i kliniske og naturvitenskapelige studier samtidig med innføring av læringsutbytte på mastergradsnivå i alle emner.

Inndeling av mastergradsstudiene i fagspesifikke og ikke fagspesifikke kan ut fra denne undersøkelsen være oppklarende og bidra til en samlet strategi nasjonalt for å opprettholde det fag- og yrkesspesifikke innenfor intensivsykepleie. Særlig helse- og sosialfagene har vært under press for større samordning og integrering med fare for å drukne i en tverrfaglig trend (9).

De siste årenes nærmest eksplosive utviklingen av antall mastergradsstudium har i Norge blitt omtalt som «mastersyke»

og som noe som bidrar til overkvalifisering.

En undersøkelse fra Nordisk institutt for studier i innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) beskriver utfordringene med å finne riktig nivå for utdanning. Både under- og overkvalifisering er et nasjonalt samfunnsproblem (23). Undersøkelsen avfeier «mastersyken» med at til tross for en dobling av kandidattallet det siste tiåret er mistilpasningen likevel noe lavere enn i 2003. For øvrig er omlegging fra videreutdanningene til mastergradsstudium blitt positivt vurdert av Stjernø-utvalget (24). Utvalget mener at etablering av mastergradsstudium med utspring i sterke profesjonsutdanningsmiljøer vil gi godt grunnlag for kunnskapsutvikling knyttet til yrkesfelt og profesjonsutøvelse. Fra høsten 2015 vil kun ett av mastergradsstudiene i undersøkelsen, ved Høgskolen i Ålesund, betraktes som tverrfaglig ved at den foruten bachelor i sykepleie også baseres på andre helsefaglige profesjoner.

Undersøkelsen viser at det er kun to videreutdanninger som fortsatt har beholdt rammeplanmål i sine studieplaner. De øvrige videreutdanningene har omarbeidet sine studieplaner fra rammeplanmål til læringsutbyttetekster og bruker samme taksonomi som mastergradsutdanningene. Det er kun i emnene vitenskapsteori og metode at videreutdanningene har en taksonomi som til bachelornivå. Hvert enkelt rammeplanmål inneholder både to og tre av KFG-kategoriene og undersøkelsen viser at omformingen fra 15 rammeplanmål har gitt flere læringsutbytte for nesten alle studiestedene. Generelt er det ønskelig med få, men presise læringsutbytter.

De språklige formuleringene i NKR-malen ivaretar imidlertid ikke alltid studiets og fagets tradisjonelle profil og egenart. Rammeplanens allsidige språkbruk gir en rikere beskrivelse av funksjon og handlingskompetanse i forhold til målgruppen for tjenesten. Studieplanenes læringsutbyttetekster er hovedsakelig erstattet med

standardiserte uttrykk fra NKR-malen. Ord fra rammeplanen som «støtte og yte omsorg», «tilrettelegge for en verdig død» og «utføre intensivsykepleie med godt håndlag» er kun brukt av noen få studiesteder. Denne kartleggingen kan antyde at NKR-malen gir intensivsykepleiestudiet et noe avgrenset og generelt profesjonsuttrykk og at malen ikke helt er tilpasset profesjonsutdanning.

**KONKLUSJON.** Mastergradsmodellene i Norge for intensivutdanningene kan grovt sett deles inn i fagspesifikke og ikke-fagspesifikke mastergradsstudium. Fra høsten 2015 vil åtte av 15 utdanningsinstitusjoner tilby mastergradsstudier; sju fagspesifikke – og ett ikke fagspesifikt der kandidaten kan være en videreutdannet intensivsykepleier.

Det brukes seks ulike titler etter endt utdanning; et resultat av hver enkelt høyskole eller universitets strategiske, faglige og pragmatiske valg for sine utdanningsporteføljer. Undersøkelsen viser at det kan være mer hensiktsmessig å omtale mastergradsmodellene som fagspesifikk eller ikke fagspesifikk. Så lenge utdanningsinstitusjonene ønsker overordnede studieplaner for to eller flere fordypnings- eller spesialområder er det ikke aktuelt med felles nasjonalt læringsutbytte.

Det er krevende for utdanningsinstitusjonene å imøtekomme både spesialisthelsetjenestens behov for handlingskompetente intensivsykepleiere i tillegg til kravet fra mastergradsforskriften og kvalifikasjonsrammeverket om en akademisering. En interessant oppfølgingsundersøkelse vil være hvorvidt det europeiske kvalifikasjonsrammeverket har påvirket utdanningen i intensivsykepleie og hvordan.

Funn i undersøkelsen støtter opp om det tidligere undersøkelser har vist; at det kan være nyttig med en oppjustering av begge rammeverkene slik at de ivaretar samfunnsbehov og en internasjonalisering av utdanningsforløp

for profesjonsutdanninger i stigen bachelor, master og PhD. Kartleggingen kan også være nyttig for øvrige videre- og mastergradsutdanninger i spesialisthelsetjenesten som befinner seg i samme situasjon i denne overgangsfasen. ●

#### REFERANSER:

1. St.meld. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).
2. Råholm, MB, Hedegaard BL, Löfmark A, Slettebø Å. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66: 2126–2137.
3. Mastad V. (2012). Videreutdanning i ingemannsland? <http://sykepleien.no/2012/02/videreutdanning-i-ingemannsland>.
4. Davies R. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today* 2008;28:935–42.
5. Palese A, et. al. Bologna Process, More or Less: Nursing: Education in the European Economic Area: A discussion Paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2014;11:1–11.
6. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Oslo, 2011.
7. [www.nokut.no](http://www.nokut.no).
8. Prøitz TS. Learning outcomes: What are they? Who defines them? When and Where are they defined? *Educational Assessment, Evaluation and Accountability* 2010;22:19–37.
9. Gynild V. Kvalifikasjonsrammeverket. Begreper, modeller og teoriarbeid. *Uniped* 2011;34: 18–32.
10. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo, 2005.
11. Helsedirektoratet. (2012). Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2010. Rapport IS-1966.
12. Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett handling – på rett sted til rett tid. Oslo, Sosialdepartementet.
13. Stortingsmelding nr. 13 (2011–2012): Utdanning for velferd. Oslo, Sosialdepartementet.
14. Hellesø R. (2014). Utdanning for fremtiden. <http://www.dagsavisen.no/myemeninger/>.
15. Kunnskapsdepartementet (2005). Forskrift om krav til mastergrad. Hefte 14.
16. NOKUT (2013). Veiledning til studietilsynsforordningen med retningslinjer for utforming ved søknader om akkreditering av studier i andre sykler.
17. NSFLIS-rapport (2009). Kartlegging av videreutdanning intensivsykepleie og helseforetakenes behov for intensivsykepleiere for perioden 2009–2015.
18. NOKUT (2012). En mastergrad er ikke en mastergrad. Mastergrader ved statlige og private høyskoler. Rapport nr. 2012–6.
19. Hunstad, A, Karlsen MMW, Skogsås B. (2014). På vei mot en mastergrad. NSFLIS-rapport ved utdanningsutvalget NSFLIS foreløpig ikke publisert.
20. Hansen C, Hamric B. Reflection on the Continuing Evolution of Advanced Practice Nursing. *Nursing Outlook* 2003;51:203–2011.
21. Hutchinson M, East L, Stasa H, Jackson D. (2014). Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. *Nursing Research* 2014; 62:116–128.
22. Fagerström L. (2011). Introduction till Avancerad klinisk omvårdnad. I: Fagerström L (red.). (2011). Avancerad klinisk Sjuksköterska. Lund: Studentlitteratur AB.
23. NOU 2008:3. Sett under ett – Ny struktur i høyere utdanning.
24. NIFU (2014). Mastergradsutdannelsens arbeidsmarkedssituasjon og vurdering av utdanningen et halvt år etter fullført utdanning. Rapport 17/2014.

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

# ALVORLIG KRONISK HÅNDEKSEM?



Toctino® (alitretinoin)

## TOCTINO® alitretinoin på blå resept fra 1. januar

Behandling av alvorlig kronisk håndeksem hos voksne som ikke responderer på behandling med sterke topikale kortikosteroider



Les mer på <http://helsepersonell.gsk.no/produktoversikt/toctino.html>



GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.  
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04, [www.gsk.no](http://www.gsk.no)



NOR/ART/0016/14

C Toctino «Stiefel» Middel mot håndeksem.

ATC-nr.: D11A H04

**T KAPSLER, myke 10 mg og 30 mg:** Hver kapsel inneholder: Alitretinoin 10 mg, resp. 30 mg, soyaolje, helracemisk  $\alpha$ -tokoferol, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172).  
**Indikasjoner:** Alvorlig kronisk håndeksem hos voksne som ikke responderer på behandling med sterke topikale kortikosteroider. Pasienter som hovedsakelig har hyperkeratotisk eksem, vil trolig få en bedre effekt av behandlingen enn ved eksem hovedsakelig av pomfolyls karakter. **Dosering:** Skal kun forskrives av dermatolog eller lege med erfaring med bruk av systemiske retinoider og som har full forståelse for risikoene forbundet med systemisk retinoidbehandling og kravene til overvåking. **Voksne:** 10-30 mg 1 gang daglig. Anbefalt startdose er 30 mg 1 gang daglig. En dosereduksjon til 10 mg 1 gang daglig kan vurderes ved uakseptable bivirkninger ved høyere doser. Et behandlingsforløp kan vare i 12-24 uker, avhengig av respons. Opphør av behandlingen skal vurderes ved fortsatt alvorlig sykdom etter de første 12 ukene med behandling. Ved tilbakefall kan pasienten ha nytte av flere behandlinger. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <18 år: Anbefales ikke. Pasienter i høyriskogruppe (diabetes, fedme, kardiovaskulære risikofaktorer eller forstyrrelse i lipidmetabolismen): Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig og det titreres opp til maks. dose på 30 mg om nødvendig. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Bør tas samtidig med mat. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Amning. Kvinner i fertil alder med mindre alle betingelsene i det graviditetsforebyggende programmet er oppfylt. Alvorlig lever- eller nyreinsuffisiens. Ubehandlet hyperkolesterolemi eller hypertriglyseridemi. Ubehandlet hypothyroidisme. A-hypervitaminose. Hypersensitivitet for alitretinoin, andre retinoider eller noen av hjelpestoffene. Jordnøtt (peanøtt)- eller soyaallergi. Sjelden, arvelig fruktoseintoleranse. Samtidig bruk av tetrasykliner pga. fare for økt intrakraniell trykk. **Forsiktighetsregler:** Kvinner i fertil alder: Alle betingelser i det graviditetsforebyggende programmet må være oppfylt. Kvinnen forstår den teratogene risikoen, går til månedlige kontroller, forstår og aksepterer behovet for effektiv prevensjon (minst 1 og helst 2 komplementære former for prevensjon, inkl. barrieremetode, bør brukes) uten avbrudd, 1 måned før behandlingen startes, under behandlingen og 1 måned etter avsluttet behandling, er informert om og forstår de potensielle konsekvensene av graviditet, forstår behovet og aksepterer å bli undersøkt for graviditet før behandlingen, under og 5 uker etter avsluttet behandling, og har bekreftet at hun har forstått farene og nødvendige forholdsregler forbundet med bruk av preparatet. Forskrivende lege må forsikre seg om at: Pasienten overholder betingelsene for forebygging av graviditet, har bekreftet forannevnte betingelser, har brukt/brukes prevensjonsmidler som forannevnt og at negativ graviditetstest er oppnådd før, under og 5 uker etter avsluttet behandling. Resepter til kvinner i fertil alder: Begrenset til 30 dagers behandling, fortsatt behandling krever ny resept. Graviditetstesting, utstedelse av resept og utlevering samme dag skal tilstrebes. Utlevering innen maks. 7 dager etter reseptutstedelse. **Depresjon eller historikk som omfatter depresjon:** Spesiell varsomhet må utvises. Serumkolesterol, triglyserider (fastende verdier) og blodglukose bør overvåkes (ev. hyppigere kontroll hos pasienter med diabetes, fedme, kardiovaskulære risikofaktorer, forstyrrelse i lipidmetabolismen). Behandlingen bør opphøre hvis hypertriglyseridemi ikke kan kontrolleres på akseptabelt nivå eller hvis symptomer på pankreatitt oppstår. Se for øvrig SPC for ytterligere informasjon om forsiktighetsregler. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med CYP 3A4-hemmere som ketokonazol øker plasmanivået av alitretinoin. Samtidig simvastatinbehandling reduserer plasmanivåene av simvastatin med 16%. Samtidig behandling med tetrasykliner må unngås (risiko for benign intrakraniell hypertensjon). Samtidig inntak av vitamin A bør unngås pga. risiko for A-hypervitaminose. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Graviditet er en absolutt kontraindikasjon. Hvis graviditet forekommer til tross for at det graviditetsforebyggende programmet er fulgt under behandling eller i måneden etter at behandlingen er opphørt, foreligger det høy risiko for svært alvorlig misdannelse av fosteret. Hvis graviditet forekommer, må behandling opphøre og pasienten bør henvises til lege som er spesialist eller har erfaring innen teratologi for evaluering og råd. **Amning:** Alitretinoin er svært lipofilt og det er svært sannsynlig at det utskilles i morsmelk. Kontraindisert hos kvinner som ammer pga. potensiell risiko for bivirkninger hos diende barn. **Fertilitet:** Se SPC. **Bivirkninger:** Oftest reversible og doseavhengige. **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Hypertriglyseridemi, redusert HDL, hyperkolesterolemi. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):** Blod/lymf: Anemi, økt jernbindingskapasitet, redusert antall monocytter, økt antall trombocytter. Endokrine: Redusert TSH, redusert fritt T4. Hjerne/kar: Rødming. Hud: Tørr hud, tørre lepper, cheilit, erytem, alopeci. Undersøkelser: Økt kreatininfosfokinase i blodet. Øye: Konjunktivitt, tørre øyne, irritasjon i øyne. **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ):** Hud: Pruritus, utslett, hudflassing, asteatotisk eksem. Luftveier: Epistakse. Muskel-skjelettsystemet: Eksostose, ankyloserende spondylitt. Øye: Uklart syn, katarakt. **Sjeldne ( $\geq 1/10000$  til  $< 1/1000$ ):** Hjerne/kar: Vaskulitt. Neurologiske: Benign intrakraniell hypertensjon. **Svært sjeldne ( $< 1/10000$ ):** ukjent: Gastrointestinale: Inflammatorisk tarmsykdom. Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner, hypersensitivitet. Psykiske: Depresjon, humørendringer, selvmordstanker. Øye: Svekket mørkesyn. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Ved doser >10 ganger terapeutisk dose: Sterk hodepine, diaré, ansiktsrødme, hypertriglyseridemi (i samsvar med retinoid toksisitet). Disse effektene er reversible. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Alitretinoin (et retinoid) er et derivat av vitamin A. **Virkningsmekanisme:** Den farmakologiske virkningen av retinoider kan forklares ved deres effekter på celleproliferasjon, celledifferensiering, apoptose, angiogenese, keratinisering, sebumproduksjon og immunmodulering. Alitretinoin (RAR- og RXR-agonist) har vist immunmodulerende og antiinflammatoriske effekter som er relevante for hudinflammasjon. **Absorpsjon:** Variabel og doseproporsjonal over 10-30 mg. Optimal absorpsjon oppnås ved samtidig matinntak. **Proteinbinding:** Sterkt til plasmaproteiner. **Halveringstid:** 2-10 timer. **Metabolisme:** Alitretinoin oksideres i lever (35-80%) til 4-okso-alitretinoin. Begge gjennomgår isomerisering til all-trans-retinoinsyre og 4-okso-all-trans-retinoinsyre. 4-okso-alitretinoin glukuronideres og utskilles i urin. Alitretinoin brytes ned ved sekvensiell spaltning av karbonsidekjeden. **Utskillelse:** Hovedsakelig i urin, 30% i feces. **Utlevering:** Til fertile kvinner skal det kun utleveres alitretinoin tilstrekkelig for 30 dagers behandling per resept. Resepter til fertile kvinner er kun gyldig i 7 dager etter utstedelse. For andre kvinner skal lege bekrefte på resepten at kvinnen ikke omfattes av begrensningen for fertile kvinner. **Pakninger og priser:** 10 mg: 30 stk. (blist) 4101,40. 30 mg: 30 stk. (blist) 4101,40.

**Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Voksne med alvorlig kronisk håndeksem som ikke responderer på behandling med sterke topikale kortikosteroider. Refusjonskoder: ICD L20-Atopisk dermatitt, L23-Allergisk kontaktdermatitt, L24-Toksisk kontaktdermatitt, L30-Annen dermatitt, ICPC S87-Atopisk dermatitt/eksem, S88-Kontaktdermatitt/allergisk dermatitt IKA. Vilkår: 54. Behandlingen skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.

Sist endret: 11.11.2014

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

Referanse 1. FK tekst



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

## Skreddersy din lederkompetanse for helsektoren

Oppstart  
i september:  
[bi.no/helseledelse](https://bi.no/helseledelse)

For å møte morgendagens utfordringer, må ledere i helsektoren beherske endrede ledelsesformer. Handelshøyskolen BI har utviklet et eget utdanningstilbud, spesielt for deg som ønsker å bli, eller er leder i helsektoren. Ta ett program, eller bygg din egen bachelorgrad med fordypning helseledelse.

- Praktisk helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Helselovgivning
- Etikk

TYNGDEN DU TRENGER





# ELDRESEKTOREN – ET VERDIVALG?

DOI NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.53423

**Studie.** Sykepleiere som søker seg til eldresektoren er mer opptatt av jobbsikkerhet, autonomi og kreativitet enn andre.



**Bente Abrahamsen,** professor, Senter for profesjonsstudier, HiOA

**N** ytdannede sykepleiere som går til eldresektoren vektlegger andre sider ved jobben enn de som går til somatiske sykehus. Sykepleiere i eldresektoren er mer opptatt av jobbsikkerhet, autonomi og kreativitet, men er samtidig mindre altruistiske.

**SVAK INTERESSE.** Når sykepleierstudenter diskuterer fremtidige jobber og valg av arbeidsområder er beskrivelsene oftest polariserte. Vanligvis er det eldresektoren og sykehussektoren som kontrasteres. En vanlig oppfatning er at behovet for faglig kunnskap og ferdigheter er mindre i eldresektoren enn i sykehus. I tillegg nevnes mangel på personell og faglig støtte i eldresektoren. Det er derfor ikke overraskende at nesten ingen sykepleierstudenter tenker å søke jobb i eldresektoren. En undersøkelse gjennomført av Norsk Sykepleierforbund i 2013 viser at kun 7 prosent av studentene oppga sykehjem som sitt førsteønske. Den svake interessen for eldresektoren blant studentene står i sterk kontrast til hvor mange nyutdannede som faktisk begynner i eldresektoren etter fullført utdanning. En ny studie viser at mer enn hver fjerde nyutdannet sykepleier går til denne sektoren. I

tillegg søker mange sykepleiere seg til eldresektoren etter noen år i andre deler av helsetjenesten.

**FAGLIGE KVALIFIKASJONER.** Vi vet at sykepleiere ofte begrunner overgang til eldresektoren med kortere reisevei og fleksibel arbeidstid. En ny studie viser at det ikke bare er praktiske forhold som påvirker rekrutteringen til sektoren. Mye tyder på at også jobbverdier og faglige kvalifikasjoner har betydning når nyutdannede skal velge arbeidsområde. Selv om sykepleierstudenter utdannet i Norge har gjennomført samme utdanningsprogram, er det store variasjoner i studentenes fagkunnskap og ferdigheter. I tillegg har studentene ulike yrkespreferanser og vektlegger ulike sider ved en jobb. En vanlig antakelse er at nyutdannede søker seg til arbeidsområder hvor de får de beste mulighetene til å bruke sin faglige kompetanse og realisere egne ønsker og forventninger til yrket.

**MANGLER SYKEPLEIERE.** Med bakgrunn i at sykepleierstudentene ofte karakteriserer eldresektoren som lite faglig utfordrende, var forventningen at denne sektoren rekrutterte nyutdannede med mindre faglig interesse enn de som går til sykehussektoren. Dette er imidlertid ikke tilfelle. Sykepleiere som

søker seg til eldresektoren oppgir tilsvarende faglige kvalifikasjoner, både teoretiske og praktiske, som sykepleiere i sykehus. Dette kan skyldes at sykepleierutdanningen og eldresektoren likevel har klart å formidle de store faglige utfordringer eldresektoren står overfor i årene framover. En annen mulig forklaring kan knyttes til arbeidsmarkedssituasjonen for nyutdannede sykepleiere. Det er stor konkurranse om jobbene i sykehussektoren blant nyutdannede sykepleiere. Mange får ikke den jobben de ønsker seg i sykehussektoren og ender opp i eldresektoren hvor det er mangel på sykepleiere. Ett år etter fullført utdanning arbeider

«Få sykepleiere oppgir at de i liten grad er opptatt av å hjelpe andre.»

over 25 prosent av nyutdannede sykepleiere i eldresektoren. Dette er langt flere enn interessen for eldresektoren blant sykepleierstudentene skulle tilsi. Mangel på pleiere i eldresektoren kan bidra til at sammenhengen mellom faglige kvalifikasjoner og valg av arbeidsområde modereres.

**VIL HJELPE.** Studien bekrefter at nyutdannede sykepleiere vurderer

mange aspekter ved en jobb når de leser stillingsannonser. Blant annet er det å ha en jobb som gir mulighet til å hjelpe andre åpenbart svært viktig for sykepleiere. Sykepleiere er en av yrkesgruppene som er mest opptatt av dette når de vurderer en jobb. Det å hjelpe andre vil være en sentral del av arbeidet til sykepleiere i alle deler av helsesektoren. Studenter som i liten grad ønsker å hjelpe andre har trolig enten sluttet eller søker seg arbeid utenfor pleiesektoren. Det er derfor overraskende at nyutdannede som søker seg til eldresektoren oppgir å være mindre altruistiske enn de som går til sykehussektoren. Konsekvensen av dette må imidlertid ikke overdrives. Det er relativt få sykepleiere som oppgir at de i liten grad er opptatt av å hjelpe andre.

**KREATIVITET OG AUTONOMI.** I tråd med forventningene viser studien at sykepleiere som søker seg til eldresektoren i større grad enn andre er opptatt av jobbsikkerhet, autonomi og muligheter for å være kreativ i jobben. Mye

tyder på at dette er ønsker som lettere lar seg realisere i eldresektoren enn i andre deler av helsesektoren. Mens ni av ti nyansatte sykepleiere i eldresektoren får fast ansettelse, gjelder dette kun to av tre innenfor sykehus. Mulig-

### «Kun to av tre får fast ansettelse på sykehus.»

heten til å være kreativ på jobb og til å arbeide selvstendig er trolig også bedre i eldresektoren enn på mange andre arbeidsplasser. Mye tyder på at dette er attraktivt for mange nyutdannede sykepleiere og påvirker deres beslutninger om å velge eldresektoren framfor somatisk sykehus. ●

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)



**sorbact**<sup>®</sup>  
green wound healing

## GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier<sup>1</sup>
- Kan brukes på alle typer sår<sup>1</sup>
- Sikkert og dokumentert<sup>1</sup>
- Ingen fare for resistensutvikling<sup>1</sup>
- Ingen miljøpåvirkning<sup>1</sup>
- Økonomisk i bruk<sup>1</sup>

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, [pharma@abigo.no](mailto:pharma@abigo.no), [www.abigo.no](http://www.abigo.no), [www.sorbact.com](http://www.sorbact.com)

## 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](http://www.wima.no)

# Nice, Monaco og Liguria

Inkl.  
halvpensjon  
og direktefly

Reis med Sykepleien og Albatros Travel



Pittoreske kystbyer, avslappet italiensk sjarme og besøk i Nice og Monaco.

Med base i den italienske strandbyen Pietra Ligure opplever vi middelhavskystens fortreffeligheter med en god blanding av tid til egne fornøyer og inkluderte utflukter som byrundtur i sørfranske Nice samt utflukter til vakre Genova og de liguriske byene Portofino og Santa Margherita.

## DAGSPROGRAM

**Dag 1** Oslo–Nice, Frankrike. Byrundtur og videre til Pietra Ligure, Italia

**Dag 2** Pietra Ligure. Byvandring

**Dag 3** Utflukt til Portofino og Santa Margherita

**Dag 4** Tid til egne eventyr

**Dag 5** Utflukt til Genova med byrundtur

**Dag 6** Dag på egen hånd eller mulighet for utflukt til Savona

**Dag 7** Tid til egne eventyr

**Dag 8** Hjemreise fra Nice



Med Albatros-reiseleder  
– 8 dager

Avreise 7/6 2015

**SPELIALPRIS**

**KUN kr 8 498,-**

Enkeltromstillegg kr 1 148,-

Bestill nå!

## Alt dette får du:

- Norsk/svensk reiseleder
- Direkte fly Oslo–Nice t/r med Norwegian
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom på Hotel Minerva
- Halvpensjon på hotellet (frokost og middag)
- Skatter og avgifter

Les mer på [www.albatros-travel.no/sykepleien](http://www.albatros-travel.no/sykepleien)

Vennligst opplys reisekode LR-SYK. Åpent man–fre 08:30–17:00 og lør–søn 10–15. Ring på tlf.: 800 58 106

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Med forbehold for trykkfeil





# Sissel F. Oftedal

## Lærer opp lungesyke

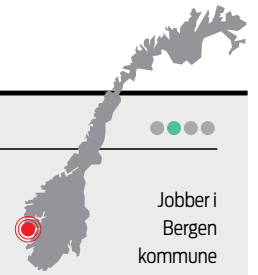
Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Susanne Dietrichson**

### Fakta

**Nyutdannet sykepleier i 1987**

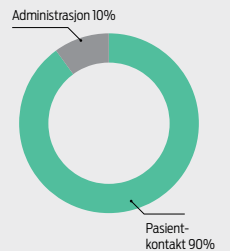
### CV

1997: Grunnfag i helse- og sosialadministrasjon  
2000 –: Driver astmapoliklinikk ved Varden fastlegekontor  
2003: Diploma asthmacare  
2011: Master i kunnskapsbasert praksis



Jobber i Bergen kommune  
60,39°N

### Når jeg jobber driver jeg med ...



**M**in jobb består av allergitestning, lungefunksjonstesting, pasientopplæring og røykavvenning for allergi-, astma- og kolspasienter ved Legehuset Varden, et fastlegekontor med sju leger. Jeg har en timeliste der fastlegene setter opp pasienter til dette tilbudet.

Pasientopplæringen består av sykdomslære til nydiagnostiserte lungesyke, livsstilsendring og opplæring i bruk av inhalasjonsmedisiner. Vår praksis er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer, som tilsier at alle kols- og astmapasienter får tilbud om lungefunksjonstesting én gang i året. De som har dårlig sykdomskontroll tilbys hyppigere oppfølging.

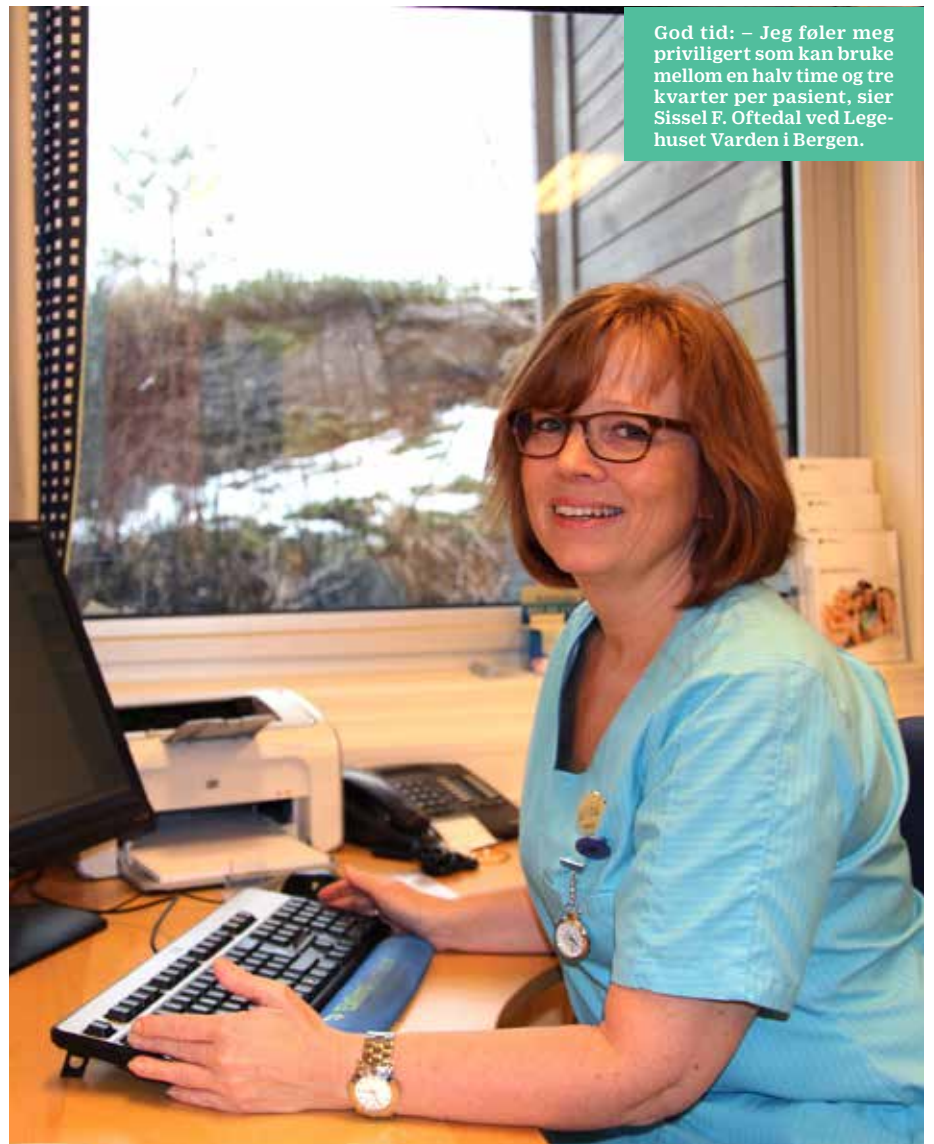
Jeg er opptatt av livsstilsendring og mestring hos disse pasientene som skal leve med kroniske sykdommer. Jeg spør for eksempel alle pasienter som kommer til meg om de røyker, hva de tenker om det i forhold til sine luftveissymptomer og tilbyr dem hjelp til røykeavvenning. Det var litt vanskelig i starten, men i løpet av femten år har jeg bare opplevd én person som ble skikkelig sint da hun fikk spørsmålet.

For dem som ønsker det, informerer vi om strategier for å slutte å røyke. Mange har prøvd å slutte selv tidligere så de vet hva som ikke fungerer. Noen trenger medikamenter for å slutte, i så fall gir jeg råd om nikotinerstatningsprodukter som ikke er reseptbelagte. Behov for reseptbelagt røykeavvenningsmedikament ordineres av fastlegen. Andre pasienter er mer sosiale røykere og trenger hjelp til andre røykeavvenningsstrategier. Vi følger helsedirektoratets røykesluttråd og bruker deres brosjyremateriell.

Det jeg liker best ved jobben er at jeg får tillit til å jobbe selvstendig med pasientene mine. Jeg har i gjennomsnitt ni pasienter per dag. Jeg føler meg privilegert som kan bruke mellom en halv time og tre kvarter per pasient. Det tror jeg er ganske unikt for sykepleierket der de fleste jobber under hardt tidspress.

På slutten av timen spør jeg alltid pasientene om de har noen flere spørsmål. Når de svarer nei, så vet jeg at jeg har gjort jobben min. Det er en god følelse. ●

[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)



God tid: – Jeg føler meg privilegert som kan bruke mellom en halv time og tre kvarter per pasient, sier Sissel F. Oftedal ved Legehuset Varden i Bergen.



# Kristin Torsvik

## – Bør revurdere ammeråd

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Odd Mehus**

### Vitaminmangel. Barn som fullammes i seks måneder kan få for lite jern og vitamin B12. Dagens anbefalinger bør revurderes.

Overlege Ingrid Kristin Torsvik (49) disputerte nylig ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «B vitamin and iron status during infancy». Torsvik er spesialist i allmennmedisin, og hun er pediater. Til daglig arbeider hun som overlege ved Seksjon for onkologi og hematologi ved Barneklubben, Haukeland universitetssykehus.

**ANBEFALER AMMING.** Både Helsedirektoratet og WHO anbefaler morsmelk som eneste ernæring til spedbarn frem til de fyller seks måneder.

– I denne perioden skjer det en rask utvikling og modning hos barn. Ikke minst når det gjelder utvikling av hjernen og nervesystemet, sier Torsvik.

Flere studier har imidlertid vist at barn som fullammes i seks måneder kan få for lite jern og vitamin B12.

– Dette er to mikronæringsstoffer som er svært viktige for normal vekst og utvikling, sier hun.

**REVURDER.** Funnene bekreftes i Torsviks studier. Hun fant at to av tre friske spedbarn, som hovedsakelig var brysternæret, hadde moderat vitamin B12-mangel i de første månedene av livet.

– En del spedbarn som fullammes har problemer med uttalt gulping. Samtidig viser disse barna en litt sen psykomotoriske utvikling, sier Torsvik.

**MODERAT MANGEL.** Torsvik undersøkte barn som var henvist til Barneklubben var mindre enn åtte måneder og som hadde ernæringsproblemer i form av uttalt gulping, spisevegring og/eller litt sen psykomotoriske utvikling. Det viste seg at mange av barna hadde en moderat vitamin B12-mangel.

– Vi gjorde en såkalt blindet test og gav halvparten av barna vitamin B12. Etter 1 måned ble barna vurdert på nytt. De barna som hadde fått tilskudd, fikk en normalisering av sin vitamin B12 status. De fikk også en vesentlig reduksjon av gulping og en signifikant bedring i sin motoriske utvikling, sammenliknet med de barna som ikke fikk tilskudd med vitamin B12, sier Torsvik.

**LAV VEKT.** Torsvik har også undersøkt spedbarn med moderat lav fødselsvekt (2000–3000 gram).

– Dagens rutine er at kun spedbarn under 2500 gram anbefales tilskudd med jern, folsyre og multivitaminer, sier hun.

Torsvik fant i sin studie at spedbarn som ble brysternært 4,4 måneder i snitt, uavhengig av jern eller vitamintilskudd, hadde betydelig lavere nivå av vitamin B2, vitamin B6 og vitamin B12 sammenliknet med de spedbarna som hovedsakelig fikk morsmelkerstatning.

– De brysternærte barna hadde også en

«Jeg mener den optimale ernæring for spedbarnet er fullamming i 4 måneder.»

dårligere motorisk utvikling. Spedbarn med moderat lav fødselsvekt (2501–3000 gram), hadde også en risiko for å utvikle jernmangel dersom de ble fullammet i seks måneder, sier hun.

**NYSGJERRIG.** – *Hvorfor valgte du å se på akkurat dette emnet i din doktorgrad?*

– Det hele startet med oppdagelsen av at en del friske spedbarn født til termin har en moderat B12-mangel sammenliknet med eldre barn og voksne, sier hun.

Torsvik ble nysgjerrig.

– Skyldes dette umodne organer, eller er nyfødte disponert for vitamin B12-mangel, en situasjon som tilsvarer den som ligger til grunn for rutinemessig tilskudd av parenteralt vitamin K og peroralt vitamin D til nyfødte, undret hun.

Dette var startet på prosjektet.

– Da vi fant at såpass mange spedbarn har en moderat vitamin B12-mangel, var det naturlig å gå videre med studier hvor vi undersøkte effekten av vitamin B12-tilskudd, sier hun.

**KONTROVERSIELT.** – *Er funnene kontroversielle?*

– Ja, til en viss grad, for studiene stiller spørsmål om målsteget ved om fullamming i 6 måneder er det beste for å sikre en optimal ernæring til det voksende spedbarnet, sier hun.

Torsviks studier viser at spedbarna som ble minst ammet, hadde en bedre motorisk funksjon.

– Det kan jo tyde på at morsmelken mangler enkelte mikronæringsstoffer som er viktig for den motoriske utviklingen. Om dette har betydning for barnet senere i livet, vet vi ikke noe om, sier hun.

**VANSKELIG ENDRING.** – *Er dette kunnskap som det er vanskelig å nå ut med på grunn av Helsedirektoratet og WHO's anbefalinger?*



Motstand: Jeg regner vel med å møte en del motstand blant jordmødre, sier Ingrid Kristin Torsvik.

– Helsedirektoratets anbefaling, som er i tråd med både nordiske anbefalinger og WHO sine WHO anbefalinger for Europa og resten av verden, er selvfølgelig vanskelig å settes seg opp imot. WHO har lagt mye vekt på forebygging av ulike infeksjoner, som er en viktig dødsårsak i u-land. Men dette er ikke noe problem i vår del av verden, sier hun.

Torsvik sier også at det de siste årene også er kommet flere studier som tyder på at innføring av fast føde i alderen 4-6 måneder er minst like bra i forhold til risiko for utvikling av cøliaki, allergi og jernmangel.

**REGNER MED MOTSTAND.** Jordmødrene er en yrkesgruppe som oppfordrer mødre til amming.

– Hvilke holdninger møter du blant denne

## «Spedbarna som ble minst ammet, hadde en bedre motorisk funksjon.»

gruppen når du sier at fullamming kan føre til vitamin B12-mangel og , jernmangel og hemme den motoriske utviklingen?

– Jeg har foreløpig ikke diskutert mine studier og synspunkter med så mange jordmødre. Jeg regner vel med å møte en del motstand. Mitt inntrykk er imidlertid at en del jordmødre som har vært lenge i praksis, har en viss skepsis til rådet om 6 måneders eksklusiv amming, sier Torsvik.

**4 MÅNEDER.** – Hvor lenge vil du anbefale nybakte mødre å amme?

– Jeg vil anbefale nybakte mødre å amme så lenge de klarer, for morsmelk er utmerket for barnet. Det jeg er kritisk til, er fullamming i 6 måneder. Jeg mener den optimale ernæring for spedbarnet er fullamming i 4 måneder, deretter gradvis introduksjon av fast føde som grøt og middagsmat samtidig som barnet ammes, sier Torsvik.

Doktorgradsarbeidet går ut fra Barneklubben, Avdeling for klinisk biokjemi, Haukeland universitetssykehus og Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen. Anne-Lise Bjørke Monsen, Trond Markestad og Per Magne Ueland har vært hennes veiledere. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



# LÆRER ANERKJENNENDE VEILEDNING

**Praksis.** Kontaktsykepleiere har god nytte av kurs i anerkjennede veiledning. Det gir også bedre læring og trivsel for studentene.

**SAMARBEIDSPROSJEKT:**

Artikkelen bygger på  
**50% praksis**  
**50% teori**



**DOI-NUMMER:**

10.4220/SYKEPLEIENS.2015.53373



**Ann Johanne Andreassen,** universitetslektor, Universitetet i Nordland (UiN), Campus

**V**eiledning av sykepleiestudenter i praktiske studier er en viktig oppgave for kontaktsykepleiere og fordrer veiledningskompetanse. I samarbeidsavtalen mellom Universitetet i Nordland (UiN) og kommunene eller spesialisthelsetjenesten forplikter UiN seg til å gjennomføre veiledningskurs ved de ulike praksisstedene (1).



**Inger-Lise Magnussen,** universitetslektor, Universitetet i Nordland (UiN), Campus

**BAKGRUNN.** Våren 2014 gjennomførte vi to veiledningskurs i Vesterålen med til sammen 37 deltakere. Denne artikkelen presenterer gjennomføring og evaluering av kurset, samt en drøfting av resultatene. Kurset har tittelen «Anerkjennende veiledning», og bygger på teori om veiledning, veiledningsbegrepet og anerkjennende samtaler (2,3). Anerkjennende veiledning forstås i denne artikkelen som en systematisk, faglig og personlig læreprosess som foregår i et anerkjennende klima (2). Hensikten med veiledningskurset er å styrke kontaktsykepleierens veiledningskompetanse, synliggjøre kontaktsykepleierens betydningsfulle oppgave, styrke samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonen (UiN) og praksisstedene, og å skape en arena for informasjon og erfaringsutveksling. Veiledningskurs kan bidra aktivt til en tettere

kopling mellom praksis og lærested, en kopling som etterlyses i rapporten «Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen» fra 2012. Artikkelen bygger på relevant teori om veiledning, våre erfaringer og kontaktsykepleieres tilbakemeldinger. Samtlige kontaktsykepleiere gir uttrykk for at kurset både er nyttig, lærerikt og relevant, og alle er fornøyd med kursoppleggets veksling mellom teori og gruppearbeid. I tilbakemeldingene framkommer ønsker om flere kurs og forslag til andre relevante temaer som relasjonsbygging, caser, veiledningsverktøy og mer kunnskap om studentenes studiekrav.

**FAGLIG PÅFYLL.** I samtaler med kontaktsykepleiere i praksisfeltet har disse gitt uttrykk for behov for faglig påfyll om veiledning av sykepleiestudenter og for et ønske om tettere samarbeid med lærestedet. Kontakten mellom UiN og kontaktsykepleierne består i dag av innledningssamtale og to evalueringsmøter der student, kontaktsykepleier og lærer møtes. Vi er lektorer ved sykepleierutdanningen ved UiN og veileder sykepleiestudenter i praktiske studier. Vi erfarer ofte hvordan kontaktsykepleierne strekker seg langt for å rekke alle arbeidsoppgavene, også veiledningsoppgaven. Å veilede sykepleiestudenter i

praktiske studier samt å legge til rette for læring og refleksjon, er en viktig arbeidsoppgave. 50 prosent av sykepleierutdanningen er praksisbasert, og det er svært viktig at UiN har gode og varierte praksisplasser å tilby sykepleiestudentene. Anerkjennende veiledning kan være ett verktøy for å styrke veiledningskompetansen og for å oppøve evnen til å reflektere over egne handlinger og holdninger i praksis. Denne «kunnskapen» ønsker vi å formidle til praksisfeltet. Drivkraften vår er interesse for veiledningsfaget og et ønske om godt læringsmiljø for sykepleierstudenter og kontaktsykepleiere. Kurset gjennomføres på forskjellige dager, slik at så mange som mulig får anledning til å delta. Vi legger vekt på å gjøre kurset så praksisnært som mulig, slik at kontaktsykepleierne kan relatere innholdet til egen arbeidshverdag.

**VEILEDNING.** Veiledning er et flertydig begrep som avhenger av hvilken kontekst man er i. Norsk betydning av begrepet veiledning er en læremester som går foran og viser vei (2). Vi velger å anvende følgende definisjon: «Veiledning er en systematisk faglig og personlig læreprosess hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til en reflektert erkjennelse. I et anerkjennende felt legges

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Kontaktsykepleiere i praksisfeltet ønsker faglig påfyll i veiledning av sykepleiestudenter.

Anerkjennende veiledning kan være ett verktøy for å styrke veiledningskompetansen i møte med sykepleiestudenter i praksis.

To dagskurs gjennomføres, og samtlige kontaktsykepleiere gir uttrykk for at kurset både er nyttig, lærerikt og relevant.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Veiledning
- Praksisstudie
- Samarbeid
- Sykepleierstudenter

grunnlaget for å innfri kandida- tens ønske om å bedre sine hand- lingsmåter som fagperson.» (2, s. 22). Definisjonen vektlegger både kunnskap, erfaring og klokhet som viktige bestanddeler, og ser på vei- ledning som noe som foregår på en systematisk måte over tid. Både veileder og den som blir veiledet bruker sine kunnskaper til å re- flekttere over praksis i en gjensidig anerkjennelse av hverandres ståsted. Høyskolelektor Gry Bru- land Vråle (4) sier at gjennom vei- ledningsprosessen er både kunn- skap og erfaring hjelpemidler til en reflektert erkjennelse. I den aner- kjennende dialogen mellom veile- der og den som blir veiledet dan- nes der grunnlag for flere og bedre handlingsalternativer (4). Å aner- kjenne bidrar til økt forståelse og respekt for den andre (5). Veiled- ning er et pedagogisk virkemiddel som grenser opp mot andre disi- pliner og har mange likheter med undervisning, evaluering, rådgiv- ning, coaching og terapi. Det er li- kevel viktig å være klar over for- skjellene. Veiledning har meg som fagperson og mitt forhold til min yrkesprofesjon som utgangspunkt, i motsetning til for eksempel tera- pi der utgangspunktet er meg som person og privatperson (6).

**ANERKJENNE.** Studenter kan oppleve at veiledning både stimu- lerer og hemmer egen læring. Hvis man ikke blir sett, hørt, opplever forutsigbarhet og mestring, kan veiledningen oppleves negativ og hemme læringen. Det motsatte er tilfelle om studenter opplever re- spekt, blir hørt og får delta i reelle læresituasjoner hvor veileder tar hensyn til deres behov (7). Meto- den «anerkjennende veiledning» bygger blant annet på teori om anerkjennende intervju (AI) slik Hauger (3) beskriver. Metoden sø- ker å få frem visjoner og det som fungerer godt, og legger vekt på at læring og samarbeid foregår på en anerkjennende og verdsettende måte (3). Opphavsmannen, Cooperrider, samlet empirisk ma- teriale til PhD- arbeidet i 1980-åre- ne og var den første som

gjennomførte en organisatorisk analyse utelukkende med hensyn til hva som fungerte godt (3). Det nyskapende er at man viser hvor- dan man kan endre organisasjo- nens tenkesett, holdninger og ev- ne til å se nye muligheter (3). AI er mer enn en metode, det er en filo- sofí – en måte å forstå organisasjo- ner, mennesker og verden generelt på (3). AI fokuserer på menneskets styrker og ressurser, og har som mål å utløse det menneskelige po- tensialet i organisasjoner. Å aner- kjenne hverandre stimulerer til samarbeid, læring og trivsel, og er en konsekvens av kraften i en AI- prosess. Internasjonal forskning viser at ulike organisasjoner opp- lever både utvikling og forbedrin- ger ved å bruke AI-metoden (8–10). Med utgangspunkt i AI kan aner- kjennende veiledning (AV) være «et konsept» for å styrke veiled- ningskompetansen hos kontaktsy- kepleiere og stimulere til samar- beid og erfaringsutveksling. Dette vil være i tråd med anerkjennende tilnærming slik Coles (8) beskriver i tabell 1.

**SMARBEID.** Veiledning av syke- pleiestudenter i praktiske studier er basert på samarbeid mellom student, kontaktsykepleier og læ- rer arbeidet mot felles mål – best mulig læringsmiljø og læring for studenten. Utdanning av sykeplei- ere er i endring, og det er behov for radikale endringer av utdanning og praksisveiledning. Det er viktig å legge til rette for en læringspro- scess studenten føler seg vel med og opplever anerkjennende, og som gir vekst og læringsmulighe- ter (11). Hva kjennetegner så en god veileder? En god veileder er bevisst på egen atferd, hjelper stu- dentene til å overvinne sin eng- stelse, skreddersyr veiledningen, har et reflektert forhold til sin egen tilnærming og hvordan den påvir- ker studenten, stiller studentene spørsmål på en ikke-truende måte og er positiv og oppmuntrende (11). Å stille spørsmål er et profes- sjonelt kjerneansvar som både læ- rer og kontaktsykepleier har. For eksempel kan en holdning som:

**Tabell 1. Forskjeller mellom problemløsende tilnærming og aner- kjennende tilnærming.**

| Tradisjonell design/tilnærming   | Anerkjennende samtale/tilnærming                   |
|----------------------------------|--|
| Fokus på forbedringsbehov        | Inspirere til å gjøre mer av det som fungerer godt |
| Fokus på svakheter/ mangler      | Fokus på styrker/ muligheter                       |
| Spesifisere hva «vi ikke ønsker» | Spesifisere hva «vi ønsker å se»                   |
| Analysere frem løsninger         | Skape eller gjen-konstruere drømmen eller visjonen |

«vi» må få vite, i stedet for «jeg tes- ter deg for å se om du kan det», væ- re en måte å anerkjenne studenten på. Å få fram studentens kunn- skap, ferdigheter og styrke, og lede dem frem til forståelse er en viktig veilederoppgave.

**KURSET.** Veiledningskurset ble gjennomført som dagskurs i to vesterålskommuner. Til sammen deltok 37 kontaktsykepleiere, både fra kommunehelsetjeneste og spe- sialisthelsetjeneste. Vi valgte sam- me kursopplegg for alle siden prin- sippene for veiledning er uavhengig av arbeidssted. Etter presentasjon av kursholdere og deltakere foretok vi en kort gjen- nomgang av deltakernes forvent- ninger til kurset. Kursprogrammet

## «Det er viktig å legge til rette for en læringsprosess studenten føler seg vel med.»

er en veksling mellom presenta- sjon av teori, gruppearbeid med case og felles diskusjon, og avslut- tes med oppsummering, evaluering og utdeling av kursbevis. Kurs- deltakerne ble delt inn i fire grupper på fire–fem deltakere der de diskuterer caser og reflekterer over spørsmål til teksten.

Deltakerne i de fire gruppene ble tildelt ulike roller som: kontaktsy- kepleier, student, lærerveileder og observatør. Resultatene fra grup- pediskusjonene ble lagt frem i plenum.

**CASE 1.** Forventninger til praksis i sykehjem. Casen beskriver en sy- kepleierstudents forventninger til møtet med praksis og kontaktsy- kepleier, og hva hun får mulighet til å lære. Gruppediskusjonen tok opp spørsmål som: Hvordan kan kontaktsykepleier og student gjensidig bidra til at praksisperioden blir utbytterik? Blant annet ble hensikten med førstesamtalen drøftet som er en trekantsamtale mellom praksislærer, student og kontaktsykepleier hvor gjensidige forventninger, gjennomgang av læ- ringsmål, samt praksisstedets egenart og muligheter for læring. Gruppene sa følgende om forvent- ninger og hva førstesamtalen bør fokusere på: «Bli kjent med hveran- dre, få kjennskap til studentens ståsted, oppfordre studenten til å ta opp ting underveis.» Og: «Viktig å avklare forventninger til hveran- dre på førstesamtalen, en kontaktsykepleier kan ikke alt, kan henvi- se til andre med kunnskap.» På spørsmål om hva som må til for at praksisperioden blir utbytterik, kommenterte gruppene blant annet følgende: «Kontaktsykepleier legger forholdene til rette for læ- ring ved god planlegging av dagen, se hva studen- ten kan forbedre, følge et



pasientforløp.» Og: «God dialog mellom kontaktsykepleier, student og personalet, fokusere på studenten. Skape trygghet gjennom god oppfølging og fokus på læreplanen.»

**CASE 2.** Refleksjon over å lykkes som veileder og vurdering av sykepleiestudentenes skikkethet. Casen tar utgangspunkt i en situasjon i hjemmesykepleien der en sykepleiestudent deler både personlige og private anliggender med en pasient, flere ganger. Pasienten opplever dette belastende og forteller om dette til en sykepleier. Gruppediskusjonen tok utgangspunkt i spørsmål som: Hva bør en sykepleier eller sykepleiestudent fortelle om seg selv til en pasient, hvordan kan kontaktsykepleieren diskutere temaet med sykepleiestudenten og hvilke utfordringer kan oppstå i veiledningssituasjoner? Gruppene hadde følgende refleksjoner om hva en kan fortelle pasienten: «Man forteller ikke om private forhold, verken for pasientens eller for egen del. Dette handler om å være profesjonell. Snakk om de grenser man har; ivaretagelse av egne og andres grenser er viktig». Dersom en sykepleiestudent har vansker med å se eller «sette grenser», hvordan kan kontaktsykepleieren diskutere dette temaet med sykepleiestudenten? Her ble det blant annet kommentert: «Kontaktsykepleier burde ta en veiledningssamtale like etter hendelsen, og dersom det gjentar seg bør skolen kontaktes. Vår oppgave er å veilede studenten til selvinnsikt». Gruppediskusjonen ble avsluttet med å reflektere over hva som kjennetegner en god kontaktsykepleier og situasjoner der de opplever å lykkes med veiledningen. Her ble det blant annet sagt følgende: «Å lykkes er når studenten har lært noe, når ting går som planlagt, når målsettingen for dagen er nådd og når studenten viser interesse og engasjement».

**DISKUSJON.** Vi ønsker å formidle kunnskap om anerkjennende veiledning (AV) som ett verktøy i

veiledning av sykepleiestudenter i praktiske studier. Kursets teoriemner og temaene i casene engasjerer kursdeltakerne og på grunn av rollefordelingen i gruppene, blir casene diskutert og synliggjort fra flere perspektiv.

**Case 1.** Gjensidige forventninger om hvordan praksisperioden for studenten skal bli best mulig er stikkord for case 1. Kontaktsykepleierne synes det er viktig å bli kjent med hverandre og få kjennskap til studentens ståsted i oppstartfasen. De ønsker å oppfordre studenten til å ta opp ting underveis. En god relasjon fremmer trygghet og tillit og er noe som fører til at studenten tør vise hva han eller hun mestrer, og synliggjøre behovet for læring (6,7). Tveiten (6) beskriver flere bli-kjent-metoder som kan være nyttige i den innledende fasen av student-kontaktsykepleierforholdet. Teslo (2) framholder at anerkjennelse og erkjennelse er to begreper som forutsetter hverandre ved at anerkjennelse signaliserer respekt og aksept. Anerkjennelsen kan føre til erkjennelse som er «å gå i seg selv» og erkjenne både gode og dårlige sider (2). Vi tenker at det ligger uante muligheter for vekst i erkjennelsen, både for student og kontaktsykepleier. Flere av kontaktsykepleierne framhever god dialog samt å fokusere på studenten som viktig i veiledningen. Bruland Vråle (4) sier at den anerkjennende dialogen er viktig for at nye og bedre handlingsalternativ kan finne sted i praksis. Dette samstemmer med funnene til Haddeland & Söderhamn (7) om sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i praksis.

Flere kontaktsykepleiere framhever struktur for studenten som viktig i veiledningen, og dette kan gjøres på mange ulike måter. Et stikkord er god planlegging og gjennomføring av de ulike gjøremålene samt sette av tid til veiledning og refleksjon, enten daglig eller ukentlig. Veiledning er en prosess, noe som foregår over tid, og krever derfor forutsigbarhet og

rammer (6). Et eksempel på manglende forutsigbarhet beskrives av Haddeland & Söderhamn (7) om en informant som gir uttrykk for hvor tøft det var å komme på vakt og ikke vite hvem en skulle gå sammen med. En annen fare ved manglende struktur er at tiden kan «spises opp» av andre daglige gjøremål, noe som fører til at veiledningen forskyves eller ikke blir gjort.

Veiledning kan foregå både spontant, som en integrert del av virksomheten, eller som en planlagt og strukturert prosess. I den spontane formen foregår veiledningen «der og da» i situasjonen, i et gyllent øyeblikk hvor kontaktsykepleier og student reflekterer sammen over en erfaring. Dette krever at særlig kontaktsykepleier, men også studenten, er oppmerksomt til stede og «ser» de mulighetene som byr seg (6). Sykepleier

erstudenter møter begge former for veiledning i praksis, og den ene formen utelukker ikke den andre. Vi støtter oss til kontaktsykepleierne som gir uttrykk for at de synes det er viktig både å legge forholdene til rette for læring og å sette av tid til evaluering.

**Case 2.** Å skille mellom å være privat eller profesjonell i møte med pasienter kan være en utfordring for sykepleiestudenter. Case to gir eksempel på at det lett kan oppstå situasjoner som fordrer veiledning. Ifølge en av gruppene er det viktig å skille mellom å være privat og profesjonell. Flere av gruppene poengterer viktigheten av å snakke med studenten og veilede til selvinnsikt, og eventuelt kontakte skolen dersom «vanskelige» hendelser oppstår. Åpenhet og god kommunikasjon der kontaktsykepleier kan veilede på en ikke-truende måte, kan bidra til gode samtaler (11). «Vanskelige» situasjoner kan også håndteres på en anerkjennende måte og føre til større selvinnsikt og læring (11). Sykepleiestudenter kan ofte være i en sårbar posisjon og

## «Vår oppgave er å veilede studenten til selvinnsikt.»

«studentene» i gruppene ønsker at kontaktsykepleierne tar opp «vanskelige» situasjoner med dem i enerom. Kontaktsykepleierne ønsker å ta samtalen like etter at helsen har funnet sted.

Ifølge en gruppe er det viktig å rose studentene når ting går bra. Ros og anerkjennelse fører til samarbeid og trivsel (3,8). Gruppene formidler at opplevelsen av å lykkes som kontaktsykepleier er knyttet til situasjoner der ting går som planlagt og studenten viser interesse. Å lykkes blir også knyttet til gode følelser.

En annen gruppe vektlegger kontakten mellom kontaktsykepleier og student, og når kjemien stemmer gir det en følelse av å lykkes. Alle gruppene nevner flere kjennetegn ved en god kontaktsykepleier der både kommunikasjon, relasjon og refleksjon inngår. Et anerkjennende læringsmiljø kan gi både student og kontaktsykepleier vekstmuligheter og bidra til en «vi-holdning» (11). Vi erfarer at samtlige har et oppriktig ønske om å gjøre en god jobb i utøvelsen av veiledning, og kurset gir oss mulighet til å anerkjenne det arbeidet de gjør for å bidra til å utdanne dyktige sykepleiere.

**EVALUERING.** Kurset ble evaluert for arbeidsmåte, innhold, nytteverdi, ønske om fortsettelse og aktuelle temaer ved et senere kurs. 32 av i alt 37 deltakere besvarte evalueringsskjemaet. Tabell 2 viser fordeling av svar i prosent. 60 prosent av deltakerne mener kursopplegget har vært svært godt, mens 37 prosent mener at det har vært godt. Når det gjelder vurdering av eget bidrag, vurderer 10 prosent av deltakerne eget bidrag som svært godt, mens 76 prosent vurderer det som godt. Når det gjelder kursets innhold opplevde 62 prosent av deltakerne kursets innhold som svært aktuelt, og 27 prosent aktuelt. Samtlige deltakere syntes kurset var lærerikt og bevisstgjørende i forhold til kontaktsykepleierrollen. 65 prosent av deltakerne opplevde at kurset var til stor nytte for dem i

**Tabell 2. Evaluering av veiledningskursets arbeidsmåte, innhold og nytteverdi.**

| Arbeidsmåte:   | Svært godt    | Godt     | Dårlig       | Svært dårlig |
|--|---------------|----------|--------------|--------------|
| Hvordan synes du opplegget for dagen har fungert?                  | 60 %          | 37 %     |              |              |
| Hvordan syns du ditt bidrag, både i plenum og i gruppa, har vært?  | 10 %          | 76 %     |              |              |
| Innhold:   | Svært aktuell | Aktuelle | Lite aktuell | Ikke aktuell |
| Hva synes du om innholdet i infoen/ temaene som er tatt opp i dag? | 62 %          | 27 %     |              |              |
| Hvordan er kursinnholdet i forhold til din rolle?                  | 54 %          | 32 %     |              |              |
| Nytteverdi: I hvor stor grad synes du veiledningskurset            | Stor          | Middels  | Liten        | Ingen        |
| – har hjulpet deg til kritisk refleksjon over egen                 | 65 %          | 19 %     |              |              |
| – har inspirert til nye tiltak/ ideer                              | 70 %          | 19 %     |              |              |
| – har styrket din veiledningskompetanse                            | 62 %          | 24 %     |              |              |

forhold til kritisk refleksjon over egen praksis, og 19 prosent synes nytteverdien var middels. Kurset har inspirert samtlige deltakere til nye ideer, styrket deres veiledningskompetanse, inspirert dem i møte med nye studenter. Samtlige kursdeltakere ønsket å fortsette med veiledningskurs. Tema som kan være aktuelle ved senere kurs er blant annet relasjonskompetanse, kommunikasjon, veiledningsteori og informasjon om studentenes studiekraav. Resultatet av evalueringen viser at deltakerne opplevde kurset som lærerikt, positivt og nyttig, og at de var svært fornøyde med forholdet mellom teori og caser. De syntes det var godt å utveksle erfaringer med andre sykepleiere og de fikk nye ideer.

**KONKLUSJON.** Læringsutbytte for studentene i praktiske studier og kvaliteten på veiledningen avhenger blant annet av kontaktsykepleierens veiledningskompetanse, engasjement og motivasjon i veiledningen. Mange kontaktsykepleiere signaliserer at de ønsker å styrke sin veiledningskompetanse og at de ønsker et tettere

samarbeid med lærestedet. Ut fra dette og samarbeidsavtalen (1) gjennomføres veiledningskurs våren 2014. Erfaringene fra veiledningskurset med temaet anerkjennende veiledning for kontaktsykepleiere har gitt oss både mot og styrke til å tro at vi traff en «nerve» i kursdeltakernes hunger etter faglig påfyll i deres arbeidshverdag. UiN er avhengig av kompetente kontaktsykepleiere i den svært viktige jobben de gjør for sykepleierstudenter. Vi mener travelhet og mange viktige arbeidsoppgaver i praksis gjør det enda viktigere å ha mulighet for å kunne stoppe litt opp og få muligheten til å lytte og lære av kollegene. Vi erfarer at kurskonseptet vårt, som består av både teori og gruppearbeid, slo godt an. Kursdagen var aktiv for alle deltakerne, de ble motivert til refleksjon over casene og til å drøfte hvordan de ville handlet ut fra de utfordringene casene tok opp. Å reflektere i plenum skaper stort engasjement. Refleksjon over egen praksis i et trygt og anerkjennende klima kan føre til flere og bedre handlingsvalg overfor

pasientene (6). Vi tror at dette også gjelder overfor sykepleiestudentene. ●

**REFERANSER:**

- Profesjonshøgskolen, Sykepleie og helsefag, Universitetet i Nordland (2011). Samarbeidsavtale med kommuner og sykehus.
- Teslo AL. Mangfold i faglig veiledning, for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave, 2006.
- Hauger B. Organisasjoner som begeistrer. Oslo: Kommuneforlaget, 2008.
- Vråle, B., G. (2003) Anerkjennelse – et utgangspunkt for faglig refleksjon i veiledning. Norsk Sykepleierforbund.
- Brekke M, Søndena K. Veiledningskvalitet. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
- Tveiten S. Veiledning – mer enn ord... Oslo: Fagbokforlaget 4. utgave, 2013.
- Haddeland K, Sæderhamn U. Sykepleierstudenter opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis – En fenomenologisk studie. Nordisk sykepleieforskning 2013; 01: 13–32.
- Coles J. Appreciative Inquiry: An Emerging Approach To Delivering Quality Nursing Care. Ky Nurse. 2014 Jan-Mar; 62:7.
- Havens DS, et al. Improving Nursing Practice and Patient Care Building Capacity With Appreciative Inquiry. The Journal of Nursing Administration 2006; 36:463-70.
- Reed J. Appreciative inquiry and older people – finding the literature. International Journal of Older People Nursing. 2010; 5(4): 283–89.
- Benner P, et al. Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akribes AS, 2010.

**FAGARTIKLER:**

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)



## Karate gir bedre selvfølelse

• Tekst **Johan Alvik**

**PSYKIATRI:** Karate og sosial ferdighetstrening kan bidra til at personer med psykiske lidelser får bedre selvfølelse. Det viser en studie som er publisert i siste utgave av **Psykisk helse og rus** (bildet).

Hensikten med studien var å undersøke hvordan et treningsprogram med sosial ferdighetstrening kombinert med karate påvirker selvfølelsen til deltakere med psykiske lidelser. Åtte personer som hadde gjennomført et slikt treningsprogram ble intervjuet av forskerne. Kurset de hadde deltatt på varte i ni måneder, og et mål var å få gult belte i karate.

Samtlige av deltakerne viste til økt selvfølelse, redusert skamfølelse, sterkere identitetsfølelse og økt mestring i hverdagen. Dette resulterte i en økt grunntrygghet,

som igjen ga større frihet i hverdagen, med mindre angst.

Grunntrygghet er en relativt stabil tilstand som gjør det mulig å møte utfordringer på en hensiktsmessig måte. Deltakerne fortalte at de gjennom treningen var blitt tryggere både på seg selv og omgivelsene.

Karate og sosial ferdighetstrening kan derfor vise seg å være et viktig bidrag i bedringsprosessen.

Psykisk helse og rus er et bilag til Sykepleien som sendes til medlemmer av faggruppen. Det kommer ut tre ganger i året. Innholdet produseres av faggruppen. •



## Risikabel ADHD

Risikoen for tidlig død er dobbelt så høy for personer med ADHD som for dem som ikke har diagnosen, viser en dansk undersøkelse. – Våre funn understreker viktigheten av å diagnostisere ADHD tidlig, særlig hos jenter og kvinner, sier Søren Dalsgaard som har ledet undersøkelsen. Den bygger på data om 2 millioner dansker.

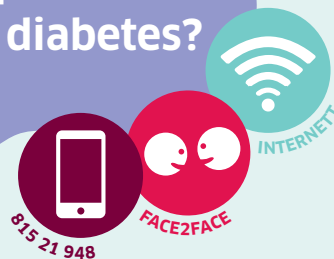
Kilde: forskning.no

## Nytt navn på ME

Amerikanske forskere vil gi kronisk utmattelsessyndrom (ME) nytt navn og endre sykdomskriteriene. En ny rapport går langt i å slå fast at lidelsen er en fysisk sykdom. Rapporten omtales som den viktigste og grundigste som noen gang er gjort på ME-feltet. Forskerne kjenner fortsatt ikke årsaken til sykdommen, men lanserer nye kriterier slik at det skal bli lettere å stille en diagnose.

Kilde: Institute of Medicine, USA

Spørsmål  
om diabetes?



Møter du brukere  
som kan lite norsk?  
Vi hjelper deg!

### FORTELL BRUKEREN OM DIABETESLINJEN

Alle hverdager: 09.00 – 15.00  
Ring og få svar på norsk, arabisk, engelsk, urdu/punjabi, somali og tyrkisk.

### LES, HØR OG SE

På [diabetes.no/innvandrere](http://diabetes.no/innvandrere) er det informasjonsmaterieill på 18 språk. Velg mellom faktaark, videoer og lydfiler.

Informasjons-  
materieill  
på mange språk

**diabetes**forbundet  
diabetes.no





## GAVEN SOM REDDER LIV

En gave til Leger Uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup, bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **08898**, eller gå inn på [www.legerutengrenser.no](http://www.legerutengrenser.no)  
**Kontonummer: 5005 06 36728.**

Merk innbetalingen med navn på **jubilant/brudepar**, samt navn på **giver(e)** av gaven.



Bufetat

Illustrasjonsfoto: Tine Poppe

### Ida trenger en tydelig og omtenksum voksen i livet sitt

Kan du tenke deg et meningsfylt oppdrag i eget hjem? Noen barn og unge har behov for mer oppfølging. I et statlig familiehjem har en av de voksne oppdrag som fosterforelder på heltid.

[fosterhjem.no](http://fosterhjem.no)

[bufetat.no/oppdrag](http://bufetat.no/oppdrag)



**Ruset på LAR.** Legemiddelassistert rehabilitering er i utgangspunktet livslang behandling, hvor hovedmålet er bedre livskvalitet og bedre rusmestring.

# Behandling eller dop fra staten?



Fakta

## Kari Nerland

Psykiatrisk sykepleier ved Molde Behandlings-senter, poliklinikk og arbeider i hovedsak med LAR. Medlem av Rådet for sykepleieetikk.

I 2010 kom det nye nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioid avhengighet. I motsetning til tidligere stilles det ikke lenger strenge krav om rusfrihet for å få substitusjonsbehandling i LAR.

Tidligere var det også slik at pasienten skulle ha prøvd rusfri behandling. Det stilles ikke slike krav i dag.

Inklusjonskriteriene er også endret i og med at en del pasienter har et dominerende misbruk av andre stoffer i tillegg til opiater, og der opiatavhengigheten ikke alltid er den dominerende. Vi sykepleiere som arbeider med LAR risikerer å bidra til å skape alvorlig opiatavhengighet etter kun kort tids bruk.

**VARIABEL PASIENTPOPULASJON.** Alle misbrukere skjæres over en kam. De samme retningslinjene fra Staten følges uansett om du er veletablert, med god rusmestring, har familie, jobb og nettverk. Kort sagt, de lever et normalt liv.

Det heter LAR, der Ren står for rehabilitering. Mange er i LAR for å overleve. Skal de ha de samme rammene som de som lever «normale liv»?

Hovedmålet med å være i LAR er for mange bedre livskvalitet og bedre rusmestring. Hos noen er det svak rusmestring, men de slipper å stresse rundt for å skaffe opiater for å bli «friske». For oss som står på sidelinjen er det ofte van-

**«Det er vanskelig å ville hjelpe hvis mottaker ikke vil ta imot den hjelpen vi tilbyr.»**

skelig å stå og se på at de har et relativt stort rusinntak ved siden av LAR-medisin.

Mange på LAR er ikke interessert i annet enn medikamentet, og det er vanskelig å komme i posisjon til å kunne hjelpe, altså rehabilitering. For samfunnet er det en billig, økonomisk løsning å plassere dem i LAR. Det er en livsforlengende behandling i den forstand at de ikke ruser seg på andre opiater samtidig.

Legemiddelassistert rehabilitering er i utgangspunktet livslang behandling. Er det da riktig å sette unge mennesker med relativt kort fartstid som opiatavhengig på livslang behandling?

Vi vet at legemidler i seg selv er ikke behandling nok og ikke gir stoffrihet.

Vi vet også at det foregår lekkasjer, der medisiner som er fått gjennom LAR blir videreformidlet til andre og kan påføre tredje person stor skade. Derfor er det satt i verk en del kontrolltiltak i forbindelse med administrering av medisiner.

**KONTROLLTILTAK.** Daglig eller ukentlig utlevering av medikamenter og regelmessig urinprøver er noe av tiltakene. Dette er en relativt stor inngripen i folks liv, og noe de må leve med resten av livet. Pasientene må innrette seg etter de ordninger som er, og mange føler de mister styringen på eget liv.

Utleveringsordningen foregår slik at de minimum skal ta en dose under tilsyn hver uke. Dette begrunnes i at det skal være liten mulighet til og trappe seg ned på opiater og selge eller gi bort til andre.

I Midt-Norge har vi en praksis der urinprøver tas under tilsyn seks-åtte ganger i året for dem som har stabil rusmestring. I begynnelsen av behandlingen og for dem som ikke har god rusmestring, er det urinprøver flere dager i uken. Det føles for mange som en stor inngripen i deres tilværelse.

**BLANDINGSBRUK.** At en stor del av pasientene også bruker et bredt spekter av andre stoffer og er i aktiv rus, gjør det vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe og behandle. For disse består behandlingen i stor grad av å hente sin daglige dose og ellers lever de sitt gamle rusliv. Det positive her er at det i alle fall er et treffpunkt per dag der pasienten blir sett av hjelpeapparatet.

Det er stor overdosefare ved bruk av opiater, og retningslinjen er tydelig på faren ved bruk av B-preparater ved siden av.

Jeg har jobbet med LAR i litt over ett år, og har tidligere

jobbet i et miljø hvor pasienten skulle bli rusfri og å skape seg et rusfritt liv. Det er ikke like enkelt for alle, men for dem som greier det er det fantastisk å se hvordan de blomstrer opp og når drømmen sin om et rusfritt liv.

**HVA HAR DETTE I EN ETIKKSPALTE Å GJØRE?** For meg som sykepleier er sykepleiens grunnlag satt på prøve; respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet og at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

Det er vanskelig å ville hjelpe hvis mottaker ikke vil ta imot den hjelpen vi tilbyr.

Jeg har respekt for dem som klarer seg bra, men kontrollordningene gjør at noen faktisk ikke orker å stå i det over år, men avslutter behandlingen. Det å alltid føle seg mistenkt,

## « Ingen andre pasientgrupper må gape opp og vise at de har tatt medisinen sin.»

at du må ta medisinen under tilsyn en gang i uken og vise at de er inntatt, er fjernt fra det vanlige livet. Ingen andre pasientgrupper må gape opp og vise at de har tatt medisinen sin. Det er korrekt etter lover og reglene, men er det etisk og faglig forsvarlig?

Vi behandler en ungdom som i tillegg til rusavhengighet har en alvorlig psykisk lidelse. Det hersker også tvil rund hva som er hans hovedrusmiddel. Han ble tatt inn i LAR-behandling og får sin daglige dose substitusjonslegemiddel. I tillegg fortsetter han å ruse seg på andre illegale stoffer. Jo, du tar bort opiatsuget, men gjør ikke så mye med alt det andre. Hans psykiske sykdom forverres ytterligere ved rusing. Ønsket hadde vært at han ble helt rusfri og derigjennom også mere stabil psykisk. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



# REHABILITERING ETTER HJERNESLAG

**Mestring.** Pasienter med moderat funksjonsnedsettelse etter hjerneslag kan få et godt rehabiliteringstilbud hjemme.

**PROSJEKTARBEID:**

Artikkelen bygger på  
50% praksis  
50% teori



**DOI-DUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.53375



**Bente Kvil-haugsvik,** høyskolelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund

**I** Norge rammes 14–15 tusen personer årlig av hjerneslag. Hjerneslag fører til mange dødsfall og ulike funksjonshemninger, der pasientene trenger mye helsehjelp fra det offentlige. I 2010 kom Helsedirektoratet med nye nasjonale faglige retningslinjer (1), som anbefaler rask innleggelse i slagenhet, og at pasienter med lette til moderate funksjonsutfall får tidlig støttet utskriving.



**Gjertrud Husøy,** førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund

**FLERE ELDRE.** De neste tiårene vil en større andel av den totale befolkningen i Norge være eldre og gamle. Dersom alle skal få den helsehjelpen de trenger må helsetjenesten omprioritere ressursene og gi helsehjelp på beste effektive omsorgsnivå. Målet er at flere skal være selvstendige hjemme lenger, og at samfunnet får mest mulig helse ut av hver krone. Rask utskriving fra sykehus til hjemkommune og rehabilitering til optimalt funksjonsnivå er derfor viktige prioriteringer i samhandlingsreformen (2).

Samhandlingsreformen legger vekt på at kommunene skal ha helsetjenester innenfor rehabilitering. Hjerneslagpasienter (1) skal ha rask akuttinnleggelse og behandling og mobilisering i slagenhet. For pasienter med lette til moderate funksjonsutfall er tidlig støttet utskriving anbefalt som oppfølging. Det betyr fortsatt mobilisering og

rehabilitering i hjemlig miljø. Uten støtte fra personell med kompetanse på rehabilitering frarådes tidlig utskriving (1).

**EKSEMPLER.** Östersund kommune i Sverige var tidlig ute med å gi pasienter med hjerneslag rehabilitering hjemme. Brukere som fikk hjemmerehabilitering, fungerte bedre, var mer fornøyd med livet og fikk relativt raskt redusert behovet for kommunale tjenester. Kommunen satser tverrfaglig og tverretattlig på hjemmerehabiliteringen. Alt personell som går til pasientene må forplikte seg til en rehabiliterende arbeidsform (3).

I Fredericia kommune i Danmark tilrettela man en egen avdeling for hjemmerehabilitering. Modellen fokuserer lite på diagnoser, og mye på mestring av hverdagens aktiviteter. Fysioterapeutene, ergoterapeutene og hjemmetrenerne som læres opp av terapeutene, ser etter pasientenes utviklingspotensial. Målet er å trene pasienten til å klare egendefinerte daglige gjøremål. I Fredericia har man regnet på kostnader ved å gi intensiv rehabilitering til brukere i en avgrenset tidsperiode, og funnet at i tillegg til mer fornøyde brukere og ansatte, reduserer rehabiliteringen kommunens utgifter til helsehjelp (4).

**PROSJEKTET.** Denne artikkelen

beskriver et prosjekt som viser at små kommuner bør organiseres med forpliktende samarbeidsavtaler for å gi best og mest effektiv helsehjelp. Prosjektet «Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar» (5) var avgrenset til pasienter med hjerneslag med lette til moderate funksjonsutfall. Målet var kontinuitet i rehabiliteringsforløp på tvers av sykehus og kommune. I ny retningslinje for behandling og rehabilitering etter hjerneslag forventes det at man etablerer ambulante team innen rehabilitering i alle helseforetak (1). Man ønsket en erfaring med dette. Organisering av tjenestene med overføringsrutiner mellom slagenhet og kommuner måtte gjennomgå. Man tok i bruk kunnskap og anbefalinger fra forskning (5) samt nasjonal retningslinje, som bygger på erfaringer fra større byer (1). Det nye var å gi tidlig støttet utskriving etter hjerneslag i mindre kommuner. Bedre samhandling på tvers av faggrenser og behandlingsnivå er en nødvendig forutsetning for gode pasientforløp (1,2). Man skulle endre behandlingsopplegg i henhold til nasjonal faglig retningslinje, og nasjonale føringer skulle stimuleres og tilpasses lokal kontekst.

I prosjektperioden året 2012 fikk 29 pasienter fra tre forsøkskommuner på til sammen 32 154

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Artikkelen belyser endringer som ble gjort i behandlingstilbudet for pasienter med hjerneslag med moderate til lette funksjonsutfall i et helseforetak og tre mindre norske kommuner. Det ble tilsatt et felles tverrprofesjonelt ambulante rehabiliteringsteam i prosjektet. Det ambulante teamet samarbeidet tverrprofesjonelt med hensyn til felles prosesser og holdninger inn mot både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Studien viste at pasientene fikk et godt hjemmerehabiliteringstilbud.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjerneslag
- Rehabilitering
- Samhandling
- Samarbeid



Fikk hjelp: Behovet for rehabilitering gjaldt i hovedsak redusert balanse, nedsatt hukommelse, kognitive og emosjonelle problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox

innbyggere, tilbud om hjemmebasert rehabilitering etter hjerneslag. Data ble innhentet fra fokusgruppeintervju med styret i et lokallag i Landsforening for Slagrammede før prosjektet startet. Underveis ble det samlet data fra prosjektgruppens møtereferat. Etter prosjektperioden hadde man evalueringssamtaler med tverrfaglig ambulant rehabiliteringsteam, med ledere for hjemmetjenesten og bestillerenheten i kommunene. I tillegg foretok man en spørreundersøkelse med pasienter og pårørende, der 21 pasienter og 17 pårørende svarte.

**TVERRFAGLIG.** Tverrprofesjonelt teamsamarbeid kjennetegnes av at helsepersonell fra ulike profesjoner

og nivåer i helsetjenesten både arbeider ut fra sin egen profesjonskompetanse og ut fra interprofesjonell samarbeidskompetanse. I tverrprofesjonelt samarbeid deltar pasient, pårørende og eventuelt andre i samarbeidet. Alle gir sitt unike bidrag, med kompletterende kunnskaper og ferdigheter som trengs for å nå målet (6). Hver for seg hadde ikke kommunene eller sykehuset den tverrprofesjonelle kompetansen som skulle til for å jobbe effektivt med hjemmerehabilitering (5). Fysioterapeutene og ergoterapeutene i kommunene hadde mange pasienter fra før, og kunne ikke bidra i arbeidet med utvikling av nye rutiner. De bidro i noen grad i komplekse rehabiliteringsforløp, som

## «Målet er at flere skal være selvstendige hjemme lenger.»

besto av enkeltstående behandlingstidspunkter eller rekker av behandling, men uten å samarbeide med øvrige teammedlemmer rundt pasientene.

Et tverrprofesjonelt ambulant rehabiliteringsteam ble ansatt. Intensjonen var smidige overganger mellom sykehus og kommuner, god kontinuitet i rehabiliteringen, god informasjonsflyt og at kommunene til enhver tid skulle ha tilgang til nødvendige fysioterapi- og

ergoterapitjenester. Teammedlemmene fikk dobbel tilhørighet, der noe av stillingen tilhørte teamet og noe i kommunen eller helseforetaket. De kjente derfor organisasjonene godt.

**BEDRE INFORMASJON.** I spesialisthelsetjenesten kartla terapeuter, sykepleiere og leger pasientene ut ifra ansvarsområdet til sin egen profesjon. Profesjonene samarbeidet i forbindelse med møter, rapporter og i konkrete situasjoner rundt pasientene, og tilstrebet å skrive en felles tverrfaglig rapport til bruk ved overføring av pasienter mellom nivåene. I kommunene var det større fysisk avstand mellom tjenesteyterne, i





tillegg til at pasientene bodde hjemme. Man hadde liten tradisjon for tverrprofesjonelt samarbeid. Arbeidet i kommunene var enfaglig eller flerfaglig; tjenesteytere arbeidet ved siden av hverandre i stedet for tverrprofesjonelt. Man hadde ikke alltid tilgang til logoped, og hadde færre terapeuter enn i sykehuset.

Informasjonsflyten mellom samarbeidspartene på sykehuset og ambulant team ble vesentlig forbedret i prosjektperioden. Leder for ambulant team var med på ukentlige møter i slagenhet og rehabiliteringsavdeling på sykehuset. På bakgrunn av tverrfaglige rapporter fra sykehus og ny kartlegging hjemme ble det utarbeidet rehabiliteringsplaner til bruk i kommunene.

**FELLES SPRÅK.** Brudd i kommunikasjonen mellom samarbeidspartene i rehabiliteringsforløp kan føre til uheldige brudd i rehabiliteringsprosessen (5). I spesialisthelsetjenesten hadde man andre hovedfokus enn i kommunehelsetjenesten. Slagenheten og rehabiliteringsavdelingen hadde en medisinsk tilnærming med vekt på måling av funksjoner. Rehabilitering i kommunen var å arbeide ut fra et aktivitetsperspektiv, med mål om at pasienten skulle komme tilbake til hverdagslivet og fungere i aktiviteter, sosialt fellesskap, fritid og i en eventuell jobb.

Helsepersonellet måtte arbeide for å forstå hverandres språk, utfordringer og styrke på ulike arenaer. Man arbeidet med å forstå hva som var de ulike partenes viktigste rolle og funksjon. Det ambulante rehabiliteringsteamet hadde jevnlig dialog, og utviklet en felles forståelse av hva helhet i rehabiliteringsforløp i helsetjenesten betyr. Hvert av teammedlemmene hadde kontakt med samarbeidspartene i sin kommune eller på sykehuset, og brakte tenkningen i hjemmerehabilitering inn i sin egen organisasjon. Dette bidro til at man utviklet et felles språk i personalgruppene i kommuner og helseforetak.

**KARTLEGGINGSVERKTØY.** Tverrfaglig funksjonskartlegging fra

sykehuset og hjemmebesøk av ambulant team etter utskrivning utgjorde grunnlaget for arbeid med rehabiliteringsplaner (5). Det kanadiske ergoterapikartleggingsverktøyet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) ble brukt i kartlegging av brukerens funksjon i hverdagen. Når man bruker COPM, snakker pasient og terapeut om temaene personlig stell, påkledning, mobilitet, forflytning, måltidssituasjoner, fungering i samfunnet, arbeid, husarbeid, interesser, fritid, hobbyer og sosiale aktiviteter. I løpet av samtalen velger bruker inn til fem områder der det skal legges til rette for rehabilitering (7).

I prosjekt Hjemmebasert rehabilitering (5) vurderte pasientene sin funksjon. Man gikk ut fra at mange brukere hadde kognitive og emosjonelle skader, og valgte derfor å forenkle kartleggingsverktøyet. Mål for hvor fornøyde pasientene var med utførelse av aktiviteten ble utelatt.

Skårene ble målt ved oppstart og avslutning av rehabilitering. Det ble laget detaljerte rehabiliteringsplaner med mål og tiltak. Rehabiliteringen ble fulgt av få personer, for å gi mulighet til å støtte små forbedringer. Pasientene oppnådde forbedring på områdene de hadde valgt å jobbe med.

**HJEMMEREHABILITERING.** Foregangskommuner i Sverige og Danmark har arbeidet med hjemmerehabilitering i 10–15 år (3,4). Etter hvert har også norske kommuner fått erfaring med å gi rehabilitering i pasientenes hjem. Man kan hente gode grep fra andre land og fra etablerte strukturer i byer og større kommuner, men norske retningslinjer og lokale forhold må legges til grunn ved planlegging av endring i organisasjonene (8). Mange norske kommuner er små, og da kan rehabilitering være ekstra krevende fordi man trenger ulike profesjoners kompetanse for å gi riktig helsehjelp til pasientene.

Fordi hjerneslag forbindes med nedsatt fysisk funksjon, regnet man med å samarbeide med hjemmetjenesten (5). De fleste pasientene hadde færre fysiske funksjonsnedsettelser enn antatt. Problemstillingene

som medførte behov for rehabilitering gjaldt i hovedsak redusert balanse, nedsatt hukommelse, kognitive og emosjonelle problemer.

Hjemmetjenesten har som primær oppgave å utføre tjenester som brukere ikke klarer å ivareta selv. Når brukerne ikke hadde de utfordringene hjemmetjenesten tradisjonelt bistår med, ble ikke hjemmetjenesten en naturlig samarbeidspart.

I tilfeller der de deltok i samarbeidet lærte både pasient, pårørende og hjemmetjenesten å arbeide på en rehabiliterende måte.

Noen ganger ble kunnskap om rehabiliteringen overført

fra terapeutene til hjemmetjenesten i konkrete samarbeidssituasjoner hjemme hos brukeren. På grunn av tidspress og hjemmetjenestens uforutsigbare hverdag klarte man ofte ikke å møtes samtidig hos brukeren. Da måtte hjemmetjenesten se i rehabiliteringsplanen hvordan rehabiliteringen konkret skulle utføres. Eksempler på treningsopplegg hjemmetjenesten fulgte opp var dusj- og påkledningssituasjoner.

At konkrete arbeidsmåter ble videreført mellom sykehus og kommune bidro til kontinuitet i rehabiliteringen. Hjemmetjenestens bidrag med å gi pasientene trening på gange, eller gåing i trapp, ga økt intensitet og hyppighet i rehabiliteringen.

**TEAMARBEID.** I prosjektperioden (5) var ambulant team sammensatt av personell fra ulike helsefaglige profesjoner på tvers av kommunene og nivåene i helsetjenesten. Prosjektgruppen planla at teamet skulle gi en samlet, tverrfaglig innsats til hver enkelt pasient, uansett hvilken kommune pasienten bodde i. Det viste seg krevende å få til i praksis. Kommunene har relativt liten befolkning spredt over et større geografisk område. Det var langt å kjøre til mange pasienter. Tanken på å belaste andre gjorde at man i liten grad spurte om hjelp til vurdering av pasienters funksjon eller treningsopplegg. Terapeutenes

## «Sverige og Danmark har arbeidet med hjemmerehabilitering i 10–15 år.»

tradisjon for å arbeide selvstendig var en stor del av deres personlige profesjonelle kompetanse.

Utfordringene man opplevde førte til justering av den intenderede arbeidsmåten. Teamets felles oppgave ble å ha fortløpende diskusjon om prosessene i prosjektet, og tverrfaglig veiledning av hverandre. Her ble den tverrprofesjonelle kompetansen på tvers av nivåene godt utnyttet. Teamet utarbeidet felles strategier for arbeidet i kommuner og helseforetak, utarbeidet informasjonsmaterieell, vurderte kartleggingsverktøy og skreddersydde ergoterapeutverktøyet COPM. Teammedlemmene arbeidet også ut mot hjemmetjenesten og bestillerenhetene i kommunene.

**KONKLUSJON.** Studien belyser endringer i organisering av behandlingsskjeden for pasienter med hjerneslag i tre mindre norske

kommuner og ett helseforetak. Utgangspunkt var de Nasjonale faglige retningslinjene for behandling og rehabilitering etter hjerneslag (1) og samhandlingsreformen (2). Reformens målsetting er at man skal gi helsehjelp på beste effektive omsorgsnivå, som betyr tidlig intervensjon, rehabilitering, å utsette funksjonsnedsettelse og begrense opphold i institusjon. Retningslinjen (1) legger vekt på at pasienter med lette til moderate funksjonsutfall etter hjerneslag bør få tverrfaglig oppfølging og rehabilitering i hjemlige omgivelser.

De fysiske avstandene mellom kommunene var store, og kommunene hadde ulike journalsystemer som vanskeliggjorde tverrprofesjonelt samarbeid om konkret arbeid rundt enkeltpasienter. Ambulant team samarbeidet tverrprofesjonelt med hensyn til felles prosesser og holdninger

overfor spesialisthelsetjenesten og kommunene. De utarbeidet informasjonsmaterieell, nye rutiner og prosedyrer, og tilrettela kartleggingsverktøy for bruk i arbeid med hjemmerehabilitering. Det ble utarbeidet rehabiliteringsplaner som ble fulgt av dem som var involvert i arbeidet med rehabilitering av pasientene.

Selv om organiseringen i helseforetaket og kommunene ennå ikke fungerte smidig med hensyn til hjemmerehabilitering, klarte man å gi rehabilitering til pasienter som normalt hadde fått pleie eller ikke noe tilbud i det hele tatt. Dette oppnådde man ved å fokusere på at pasientene skulle ha rehabilitering i hjemmet. Studien viser at pasienter med lette til moderate funksjonsutfall etter hjerneslag kan få et godt hjemmerehabiliteringstilbud også i mindre kommuner. ●

#### REFERANSER:

1. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag IS-1688. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Månsson M. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Stockholm: Fortbildning AB, 2007.
4. Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia kommune 1. devaluering. Danmark: Dansk Sundhedsinstitut/Fredericia kommune, 2010.
5. Kvilhaugsvik B, Birkeland A. Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar. Med hovedfokus på samhandling mellom faggrupper, mellom enheter innen helsetjenestene, og dermed på kontinuitet i rehabilitering hos pasienter som har hatt hjerneslag. Haugesund: Helsetorgmodell-rapport 2013/1.
6. Hammick M, Freeth D, Copperman J, Goodson D. Being interprofessional. U.K.: Polity Press, 2009.
7. Kjekken I, Sand-Svarterud AL. The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. Ergoterapeuten 2012;11:11–18.
8. Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevåg L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene. Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapiforbund. <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet> (30.06.2014).

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

[dips.no/panorama](http://dips.no/panorama)



JENSEN, Per Olav

12.03.1943 - 71 år - Mann

25.08.14 kl. 10.46:

Morfin 10mg/ml i.v., **1,0 ml**



## Oversikt, kvalitet og trygghet.

I den kliniske tidslinjen i DIPS vises all klinisk informasjon i ett bilde. Ledende leverandør av e-helse til norske sykehus siden 1987.



ENABLING EFFICIENT HEALTHCARE

# SYKEPLEIEFORSKNING I TIDEN 8. - 9. JUNI 2015

## Jubileumskonferanse

Få med deg hva som foregår av klinisk sykepleieforskning i Norden. Mer enn 100 prosjekter skal presenteres.

**Hør:** Linda Aiken, Marit Kirkevold, Suzi Kim og andre kjente forskere

I 2015 er det 30 år siden Institutt for sykepleievitenskap ble etablert ved UiO og 90 år siden NSF satte i gang den første høyere utdanningen for sykepleiere i Norge.

Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo

**Program og påmelding på:** [www.med.uio.no/sykepleiekonferansen2015](http://www.med.uio.no/sykepleiekonferansen2015)



UiO • **Institutt for helse og samfunn**  
Det medisinske fakultet



**Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse for forskning**

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsykdom

## FORSKNINGSSTIPEND

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

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, [post@finn-senioradvokat.no](mailto:post@finn-senioradvokat.no)  
- innen 01.05.2015

Se [www.raagholtstiftelsen.no](http://www.raagholtstiftelsen.no) for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.

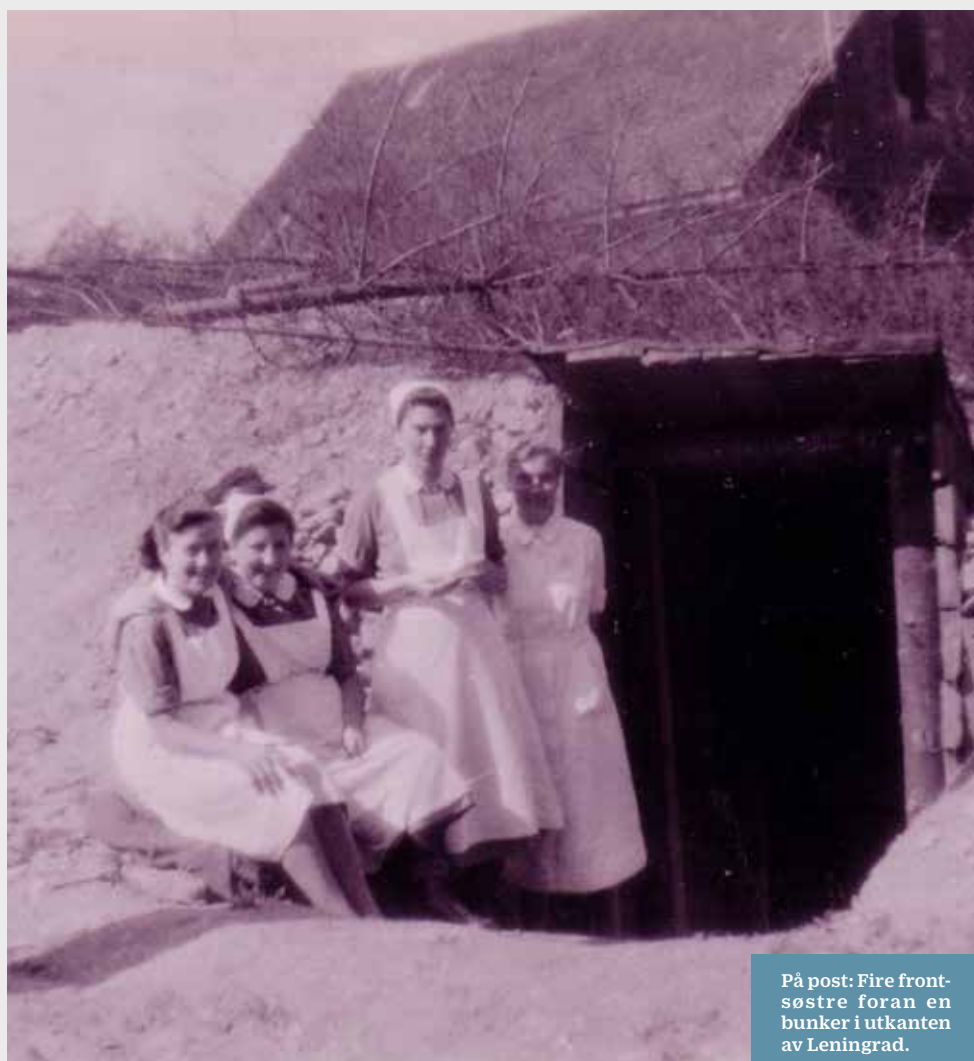




# Påfyll

Del 3 Sykepleien 03 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



På post: Fire front-søstre foran en bunker i utkanten av Leningrad.

## Hardt straffet

**Krigsinnsats.** Frontsøstrene fikk nylig en unnskyldning for behandlingen de fikk etter den annen verdenskrig. **88**



**Komisk.** Sykepleier Lars Berrum har eget komiprogram. **84**



«De ber om lavkarboalternativ til lørdagsgrøten og vil slett ikke spille bingo.»

Liv Bjørnhaug Johansen i spalten Liv laga. **87**



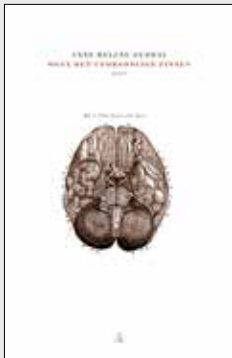
**Hva leser du nå?**

Thore K. Aalberg er altetende. **87**



Dikt

Også det uforsonelige finnes

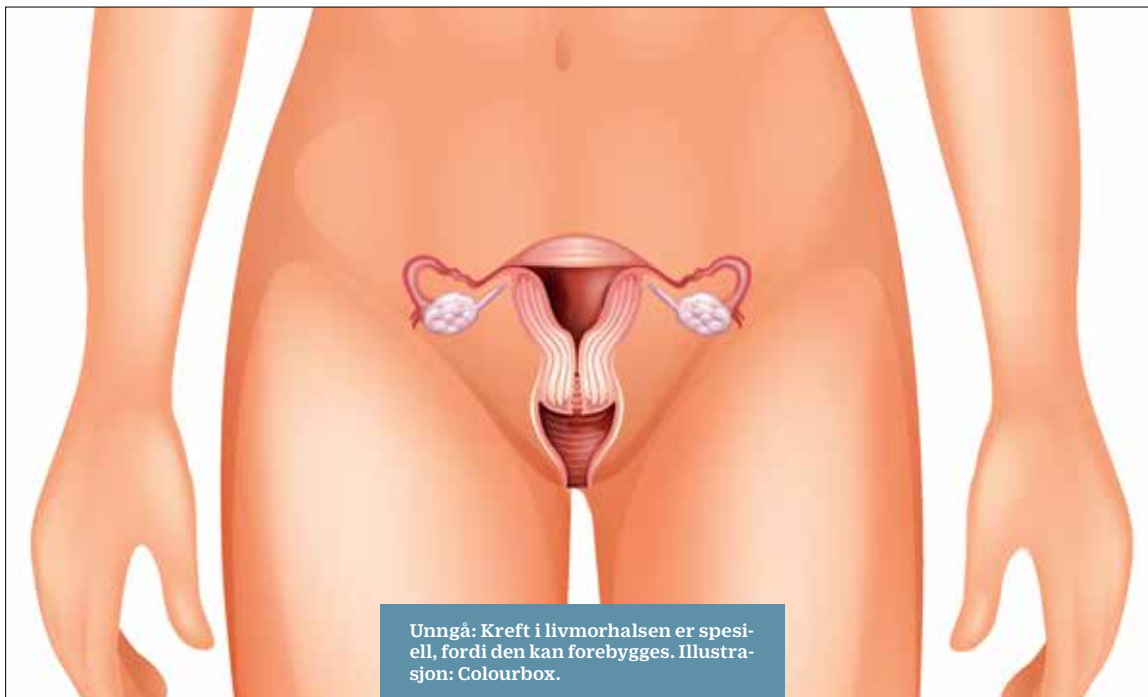


*De andre er ikke onde,  
men det onde fins  
Tidlig om morgenen ble jeg  
fulgt ut for å røyke,  
jeg kunne se det rolige havet,  
og et gammelt eiketree  
med tykke røtter  
Hjemme har jeg ingen utsikt  
Den svarte hunden gjør  
i bakgården,  
også den gjenglemt av noen,  
jeg snakker og den lytter  
Den prøver som meg  
å finne en vei ut,  
jeg tenker på mitt eget språk,  
og hundens*

Om forfatteren

**Anne Helene Guddal**

Anne Helene Guddal er litteraturviter og debuterte i 2014 som poet med boken «Også det uforsonelige finnes». Diktsamlingen kretser inn temaer som depresjon, angst, innleggelse og selvmordstanker og har blitt omtalt som en av årets beste bøker.



Unngå: Kreft i livmorhalsen er spesiell, fordi den kan forebygges. Illustrasjon: Colourbox.

## Bytter ut celleprøve med hpv-test

**FOREBYGGING: Kvinner i fire fylker får tilbud om virustest. Hensikten er å forebygge mer livmorhalskreft.**

Denne kreften skyldes humant papillomavirus (hpv). Viruset kan endre cellenes arvemateriale og lage kreft. Men kreften kan forebygges hvis celleforandringene viruset lager, oppdages og fjernes.

Til å oppdage celleforandringer har man brukt celleprøve, der celler

børstes fra livmorhalsen og undersøkes under mikroskop. Men det antas at det i stedet for celleprøve vil være mer effektivt å teste for selve viruset. Derfor innfører Kreftregisteret hpv-test i fire fylker, Rogaland, Hordaland, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag for kvinner mellom 34 og 69 år. Halvparten vil få hpv-test, halvparten celleprøve.

Hpv-test tas, på samme måte som celleprøve, ved gynekologisk under-

søkelse. Ved å bruke væskebasert prøvetaking kan legen ta celler både til hpv-test og celleprøve. Dersom hpv-testen er negativ, undersøkes ikke celleprøven og kvinnen kan vente fem år til neste prøve. Dersom hpv-testen er positiv, undersøkes celleprøven og kvinnen følges opp av fastlege eller gynekolog.

Dersom en kvinne ikke ønsker hpv-test, kan hun få kun celleprøve.

Kilde: Kreftregisteret

### Om mann og mus

Med humor på film vil Folkehelseinstituttet få flere til å bruke kondom. I *Om mann og mus* har en penis i menneskestørrelse mistet draget. Han har droppet beskyttelse og blitt syk. Filmen kan blant annet brukes i møte med ungdom og ligger på nett.

### 4 nye spesialiseringer

Mastergraden i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Bergen er utvidet med fire nye spesialiseringer. Det er operasjonssykepleie, anestesisykepleie, intensivsykepleie og barnesykepleie.

### Balanse mot osteoporose

Balansetrening har god effekt for eldre med osteoporose. Det viser et doktorgradsarbeid fra Karolinska instituttet i Sverige. Balansetrening reduserte blant annet fallrelaterte plager og forbedrer ganghastighet.

Kilde: Fysioterapeuten

## Bøker. 3 om kreft

### Barn som pårørende

**SNAKK:** Anne Kristen Bergem og illustratør Eli Møller har laget en ny pedagogisk barnebok for å hjelpe voksne til å snakke om sykdom med barn. *Da pappa fikk kreft* følger Astrid og mammaen hennes gjennom diagnostisering, behandling og dårlige prognoser knyttet til pappaens hjernekreft. Teksten ledsages av tankebobler som kan stimulere til samtale med barnet og avsluttes med en veileder til den voksne.



### Klinisk kunnskap

**LÆREBOK:** *Klinisk onkologi* er en ny solid lærebok om tumorbiologi, behandlingsformer og de ulike kreftsykdommens symptomer, prognoser og forløp. Forfatterne Lena Specht, Jørn Herrstedt, Hans H. Storm og Mikael Rørth har skrevet boka for medisinstudenter og praktiserende leger, men den er oversiktlig og tilgjengelig og passer veldig godt inn i sykepleierens bokhylle på vaktrommet.



### Den vanskelige ernæringen

**MAT:** Christine Archer-Mackenzie er både onkolog og pårørende til en kreftpasient, og har sammen med kokken José van Mil laget kokeboka *Sunn mat når du får cellegift*. Her finner du oppskrifter på små, lettspiste og næringsrike måltider tilpasset såre slimhinner, rare bismaker og kvalme, samt et kortfattet kapittel som gir kunnskap om mat og kreft.



## Påfyll. Petit



Liv laga



### Liv Bjørnhaug Johansen

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

## Vil-gjerne-være-til-bry-bølgen

**En diagnosekode jeg ofte savner i NANDA, er denne: «Vil ikke være til bry.» Den generasjonen som nå er i det som så pent heter «Den femte alderen» lider svært ofte av dette.**

Det er de som drikker så lite de kan for å slippe å be om hjelp til å gå på do. Det er de som heller tilbringer natten på gulvet når de faller (hjemmesykepleien kommer jo uansett om 4–5 timer), enn å bruke trykklarmen. Smertestillende behøver du slett ikke hente, det går helt fint så lenge de kan sitte krokboyd på sengekanten noen timer. Og henter du legen, vil de garantert benekte at noe er galt.

Vil-ikke-være-til-bry-syndromet er helsemessig lite gunstig. De innlegges stadig med dehydreringstilstander etter sine bestrebelse på å få ned antall doturer, de får lungebetennelser av netter i kjellertrappa og kroniske sår. Og kreftsvulster finner vi ikke før de er stå store at de synes gjennom klærne og kan innrapporteres av pårørende. Men de er enkle i drift: De spiser høflig det de får servert, svelger tablettene sine uten spørsmål og er uendelig takknemlig for hver minste ting du gjør for dem. De finner seg i bingo, andaktsstunder og vaffeltreff uavhengig av hva de ellers måtte ha brukt fritiden sin på. De vil, som sagt, helst ikke være til bry.

Vi har en eldreomsorg som er bygget opp rundt en generasjon av usedvanlig medgjørlige

og lite kravstore mennesker. Og jeg kan avsløre følgende etter å ha observert den kommende generasjonen eldre; de er ikke slått over samme lest. Den kommende generasjonen gamliser sender gjerne spesialsykepleiere i en travel sengepost ut på en timelang leting etter en lader til iphonen sin. De svelger ikke en tablett uten å vite hva den er for, hvem som har foreskrevet den og om det faktisk er state-of-the-art behandling av deres lidelse. De ler av semulepuddingen vi serverer, nekter å spise middag klokka ett og ber om low-carb-alternativer til risengrynsgroten på lørdag. Ikke vil de spille bingo, heller.

Jeg tillater meg en spådom: Det er ikke bare at det er mange av dem som kommer til å bli problemet. De kommer faktisk til å forlange å bli behandlet som autonome individer, og det passer helt ærlig himla dårlig inn med hvordan vi har lagt opp eldreomsorgen, og ikke minst de rammene vi har å tilby omsorg innenfor.

Vi kommer riktignok til å spare noen årsverk på at vi slipper å rulle hår og trekke nylonstrømper på skjelvne, gamle ben. Og kanskje kan vi håpe på at når den femte alderen omsider innhenter etterkrigsgenerasjonen, har de slitt seg ut og blitt redusert nok til å svelge sobrieten uten spørsmål og falle til ro i godstolen med rullekake og morgenandakt på radioen som sine forgjengere. ●



# Lars Berrum

## – Vi må stå imot fordommene

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

**Tv-aktuell.** Han jobber gjerne som sykepleier, og tror det gjør ham til en bedre komiker.

Lars Berrum smeltet hjerter da han sa på Lindmo at han helst ville jobbe på sykehjem.

– Var det sant?

– Veldig sant, sier han oppriktig.

– Jeg har hatt en elsk for sykehjem siden praksis. Jeg liker å snakke med eldre som voksne folk. Se dem som individer, ikke bare noen som skal vaskes og trilles ut på stuen.

**FORDOMMER.** Nå for tiden er Lars Berrum på tv. Hver onsdag på NRK3 utforsker han norske fordommer sammen med Martin Beyer-Olsen.

– Men komiker er ikke noe jeg må være. Jeg har allerede et yrke jeg trives godt i, understreker han.

– Skiller det deg fra andre komikere?

– Jeg vil i hvert fall anbefale det. Det betyr at jeg kan gjøre min greie og tørre å feile.

– Har du feilet?

– Noen mente jeg feilet med *Berrum og Beyer*.

**TALKSHOW.** «Gratulerer med ingenting», skrev Dagbladets anmelder og mente det eneste imponerende med humorshowet var at de hadde klart å få sendetid hos NRK.

– Vi prøvde å få til noe sært. Noe nerdete. Sånne sjanser må man bare ta. Vi forventet ikke klapp på skuldrene, sier han.

Men *Norske fordommer* har fått gode kritikker og skryt i sosiale medier.

Programmet tar blant annet for seg rase. Eller, som de i en sketsj kaller «genetisk distinkt populasjon» i en harselas med språklig angst for å støte. For Berrum er undertonen alvorlig.

– Jeg liker humor med mening. Å ta tak i fordommer er viktig, særlig i disse tider med trusler om terror og ustabile forhold flere steder i verden.

Han mener det gjør det lettere for fordommer å komme tilbake.

– Jeg ser det på det hverdagslige plan, som at det plutselig er greit å si neger igjen. Og mener det er vår oppgave som dessertgenerasjon å stå imot. Vi må vi vise at det går an å leve side om side, selv om vi er forskjellige.

– Har du fordommer?

– Jeg er nokså åpen, men ja, selvfølgelig. Jeg mener jeg ikke har fordommer mot romfolk. Men vi hadde med noen i episoden om status. Etter en hel dag med opptak, sa jeg «de er jo akkurat som deg og meg». Når den tanken slår deg, har du hatt fordommer.

Rike folk har han fordommer mot, men skulle gjerne vært rik selv.

– Jeg tror bare jeg ville vært rik på en bedre måte, og det er selvfølgelig hyklersk.

Han tar en liten pause.

– Men hva er fordommer og hva er misunnelse? Det spørsmålet dukket opp underveis mens vi laget serien. Jeg tror misunnelse går oppover, fordommer nedover.

«Jeg ble slått i trynet av alle folka som vil redde liv.»

**FORELSKET.** Berrums mamma er operasjons-sykepleier med «kraftige bein i nesa». At sønnen litt tilfeldig havnet på sykepleie, 18 år gammel, var dels for å glede henne.

– Men du sluttet ikke?

– Nei. Jeg ble slått i trynet av alle folka som vil redde liv. De hadde virkelig tenkt gjennom valget, og det gjorde meg ydmyk. De var også så inkluderende. Jeg ble veldig forelsket i hele opplegget, i folka.

Sykepleie var ikke det opplagte valget for en gutt fra Bærum.

– For mange var det uforståelig at jeg skulle bli sykepleier. «Er ikke alle mannlige sykepleiere homo, liksom?». Akkurat som de hadde forstått det, hvis jeg hadde vært homo. Men så gikk det et par år, og nå synes de det er veldig bra.

**KRISER.** *Norske fordommer* tuller også med sykdom. Som når han faller om med akutt ME, men egentlig bare er sliten.

– ME er en alvorlig diagnose, som skal tas seriøst. Men alt seriøst må man kunne tulle med, mener han.

– Vi tuller med fordommene, ikke sykdommen.

Fra sykepleien har han hentet inspirasjon til figuren i sketsjen «Aktiv med sykdom». Han insisterer på å gå tur, selv om stadig anfall gjør at han aldri kommer så langt som inn i skogen.

– Jeg ville si noe om livslysten jeg har sett hos skikkelig syke mennesker. Jeg har hatt praksis på kjipe avdelinger og kommet hjem til kollektivet med gutta som har tatt et friår for å jobbe på SFO og som er nedfor. Det har satt ting i perspektiv. Jeg har lært meg å skille mellom kriser.

Han har selv gått på en smell. Da var han sykepleier, komiker og på landslaget i karate. Sov ikke på et halvt år. På vakt i akuttpsykiatrien satt han



Fakta

## Lars Berrum

**Aktuell med:** Norske fordommer, humorserie på NRK3

overfor en kataton pasient. I fem minutter så de hverandre inn i øynene. «Hvem av oss får betalt for å jobbe her», spurte Berrum seg til slutt.

«Du er nok utbrent, sa en kollega».

– Da løsnet alt. Jeg hadde trodd jeg var schizofren, psykotisk, bipolar, alt. Men så skjønte jeg hva det handlet om. Jeg ringte mamma og sa jeg måtte skifte spor.

Han satset på komikk. Satte sykepleien på vent og trappet ned på karate.

– I den situasjonen var det en fordel å være sykepleier. Da jeg skjønte hva problemet var, visste jeg at det kom til å ta tid. Det kom til å være litt kjipt, men ville gå bra.

**EKSENTRISK.** For Lars Berrum er det viktig å vise at veien fra frisk til syk kan være kort. Også til psykisk syk.

– Det er like stor sannsynlighet for å bli psykisk som fysisk syk. Og spennet i psykiatrien er like stort som i somatikken. Noen blir hardere eller lettere rammet enn andre.

En gang i måneden inviterer han til Loco Mittwoch på Teaterkjeller'n i Oslo. Komikere stiller opp gratis til en annerledes kveld. Overskuddet går til akuttpsykiatrien og er viet det eksentriske. Dit kommer ikke mamma.

– Hun liker private Lars og sykepleier-Lars, det surret med komikk forstår hun ikke.

Men 110 prosent støtte har han alltid fått.

– At jeg er autorisert sykepleier gjør henne stolt, ikke at jeg er på tv.

– *Hun har ikke sett deg opptre?*

– Jo, hun var med på en nykommerkveld en gang, som ikke gikk så bra.

– «Det var mange andre flinke», sa hun etterpå. ●

nina.hernes@sykepleien.no



## Nyttig om evolusjon og bevissthet

**ANMELDELSE:** **Innsikt i tankemønstre og følelser kan være et nyttig verktøy for oss mennesker. Hvordan har evolusjonen formet hjernen, og hvordan skaper nervecellene opplevelser? Denne boka gir kunnskap om hva bevissthet er og gir innsikt i hvordan gode følelser eller lykke oppstår.**

Menneskehjernen utvikler seg som en følge av ytre stimulering. Forfatteren er utdannet ved Universitetet i Oslo med dr.scient og dr.philos i biologi samt studier i blant annet psykologi. En vedvarende interesse hos Grinde har blant annet vært å forstå hvordan evolusjonsprosessen har formet menneskets hjerne.

Skal noe fra boka trekkes fram spesielt, er det kapittel 9 som beskriver mental trening. Forskningen som vises til, fremhever meditative teknikker. Disse teknikkene har vist seg å dempe sinnet ved å roe ned strømmen av bidrag sendt fra det ubevisste. Bevissthet rundt ens tankemønstre har vist seg å ha stor innvirkning på både å samarbeide i team, og å fremme prestasjoner innen blant annet toppidretten. En kan anta at bevissthet rundt tankemønstre kan ha innvirkning på andre deler av arbeidslivet, noe som kan være interessant for både arbeidsgivere og arbeidstakere.

Boka kan fungere som et supplement til pensumlitteratur for

helsearbeidere som arbeider i både psykiatrien og somatikken, og gir leseren god oversikt over faglitteratur og forskning på bevissthetstrening, og leseropplevelsen er god. Boka tilfører nødvendigvis ikke ny kunnskap da varianter av bevissthetstrening har blitt utøvet av tibetanske munkere i hundrevis av år. Så i så måte er ikke bevissthetstrening noe nytt under solen. Like fullt kan det være nyttig å børste støv av dette tankegodset, og se på det med våre moderne briller. Det er en kjensgjerning at vi i et moderne samfunn ikke alltid er så tilstede i våre liv som vi burde være, og da kan denne boka være svært så verdifull.

### Fakta

#### Bevissthet

Av Bjørn Grinde  
Spartacus forlag  
200 sider  
ISBN 978-82-43-00891-5

Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier og master i sykepleievitenskap



## Motefenomenen eller psykologisk behandling?

**ANMELDELSE:** **«Å praktisere mindfulness er en måte å bygge styrke og robusthet til å møte livet, slik det er, med mange intense opplevelser, både lidelse og glede.» er sitatet denne boken innledes i. Boken er skrevet av fire psykologer som forsker, jobber klinisk og selv praktiserer mindfulness.**

De siste årene har det vært en oppblomstring av omtaler av mindfulness i media, både i form av kurs, fag- og populærlitteratur. Denne boken skiller seg fra andre mindfulness-bøker ved en grundig oppbygning av forskning som støtter praktisering av mindfulness som behandlingsform.

Forfatterne klarer på en god måte å introdusere mindfulness som behandlingsform ved angst og depresjon, et verktøy for stressmestring og økt livskvalitet. Boken er grundig og strukturert. Gode definisjoner settes opp mot hverandre. Teori og ny forskning kobles til praksis. Gode kliniske eksempler fra behandlingsrom kobler teori og forskning. Gode referanser går som en rød tråd gjennom hele boken og skaper troverdighet. Forfattere skriver på et akademisk nivå, samtidig som de forklarer og beskriver fagbegreper på en lett og forståelig måte slik at leseren ikke faller ut når vanskelige begreper introduseres.

Til tider kan det oppleves at forfatterne framstiller mindfulness som et vidunderfenomen slik at kompleksiteten ved depresjon, angst og stress ikke kommer fram. Jeg savner kritiske innvendinger mot metoden. Forfatterne retter kritikken mot manglende godkjenningssordninger for mindfulnessinstruktører som åpner feltet for uansvarlige aktører.

Boken anbefales til alle sykepleiere som er interessert i mindfulness. Den ville nådd flere sykepleiere hvis forfattere klarte å vinkle metoden mot mestring av somatiske plager. Deler av boken kan gi inspirasjon til ledere i helsevesenet til å satse på mindfulness – en kostnadseffektiv medisin uten bivirkning.

### Fakta

#### Mindfulness i psykologisk behandling

Av Binder, Gjelsvik, Halland, Vøllestad  
Univ.forl. 2014, ISBN  
978-82-15-02116-4

Anmelder: Sabina Hockic, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Hva  
leser du  
nå?

## Thore K. Aalberg Brobyggere og dissidenter

**LITTERATUR:** Jeg har nettopp begynt på *Det er ikke din skyld at du er tjukk* av lege Siri Aabel. Det er en personlig historie av en lege som ble tildelt «Brobyggerprisen» i fjor for evnen til å bygge bro mellom skolemedisin og alternativ medisin. Boken handler om veien fra tykk til tynn ved hjelp av et hormontilskudd. Innholdet er fascinerende og spennende, og formen er som en svært god roman, skrevet av en forfatter med en fantastisk god formidlingsevne.

Jeg tiltrekkes av bøker som stiller spørsmålstegn ved etablerte sannheter. Det kan være myndighetenes ernæringsråd, statlige tilsynsorganer, at vaksinasjon, psykofarmaka, evidensbasert medisin er ok, men ikke alternativ medisin, rettsoppjøret etter krigen, statskirkens berettigelse. Jeg er altetende når det gjelder bøker: Faglitteratur, historie, biografier og romaner. Jeg kan til og med bli oppslukt av en fagbok som har «komma» som hovedfokus.

*LiuvBjornhaug.Johansen@sykepleien.no*



Alder: 68

Yrke: Pensjonert høyskolelektor i pedagogikk og sosiologi, homøopat og bokanmelder i bl.a. Sykepleien

## Mord på medisinekspressen

**ANMELDELSE:** Peter C. Gøtzsche tegner et dystert bilde av legemiddelindustrien i denne boken. Dyre og farlige medisiner selges til intetanende pasienter. Samtidig mottar leger, pasientforeninger og medisinske tidsskrifter store pengesummer for å bidra til markedsføring og tvilsomme forskningsprosjekter, og rapporter om pasientskader ignoreres. De som skal godkjenne legemidlene er ofte maktesløse, eller bestukket.

Det høres ut som et plot fra en av John Grishams kriminalromaner, men Grøtzsche beskriver et system han er godt kvalifisert til å mene noe om: Etter en femårig grad i biologi og kjemi startet han i 1975 som legemiddel-selger i Astra, og i 1977 bidro han til å bygge opp en medisinsk avdeling i regi av Astra-Syntex hvor han var ansvarlig for kliniske forsøk, som han raskt ble skeptisk til. Han utdannet seg deretter til lege, og jobbet senere på ulike sykehus i København. Grøtzsche var med på å grunnlegge Cochrane-samarbeidet, og leder det nordiske Cochrane-senteret.

Hovedbudskapet er at legemiddelindustriens kommersielle interesser veier tyngre enn pasientenes helse, og at det er nødvendig med ny lovgiving for å sikre åpenhet om forskningsresultater og forsvarlig testing av medisiner før de slippes ut på markedet. Legemidler må testes under

realistiske forhold av forskere som ikke taper penger på å fortelle om skadevirkninger, eller mangel på effekt.

Dette er et polemisk oppgjør med en legemiddelindustri som beskrives som gjennomgående korrumpert. Boken inneholder mange referanser og er svært detaljrik. Språket er allikevel ikke preget av akademisk distanse. Grøtzsche bruker mange anekdoter og sammenlikninger for å få frem poengene sine. Dette er nyttige grep når han viser til eksempler fra forskningsmetoder, fordi det forenkler forståelsen. Den norske utgivelsen er på dansk, og enkelte vil kanskje foretrekke den engelske versjonen. Teksten er inndelt i 22 kapitler, som omhandler industriens ulike forgreininger, og forfatteren gir eksempler på legemidler som har blitt – eller burde ha blitt – trukket tilbake. Her diskuteres også patentsystemet, polyfarmasi, off-label bruk av medikamenter og mangel på innovasjon i industrien.

Noen lesere vil muligvis mislike forfatterens konfrontatoriske stil, men jeg synes at spissformuleringene er befriende. Han har et tankevekkende poeng: Legemidler er den tredje hyppigste dødsårsaken i USA og Europa, bare overgått av hjertesykdom og kreft. Samtidig har mange pasienter liten nytte av sine medisiner. Jeg anbefaler boken til alle samfunnsinteresserte lesere, både i og utenfor helsevesenet.

**«Desværre lider vi nu af to menneskeskabte epidemier: tobak og receptpligtig medicin, som begge er meget dødelige.»** Peter C. Gøtzsche i *Dødelig medisin og organisert kriminalitet*.



Fakta

### Dødelig medisin og organisert kriminalitet

Av Peter C. Gøtzsche  
Abstrakt forlag 2014  
454 sider  
ISBN: 978-82-7935-  
365-2

Anmelder: Line Bolgvåg,  
Anestesisykepleier



**Landssvik.** Frontsøstrene pleiet skadde tyske soldater.

De ble de dømt for landssvik. Nå beklager Norges Røde Kors.

# – Unnskyld, frontsøstre!

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Geir Brendens arkiv**

Unnskyldningen fra Norges Røde Kors kom 6. februar. Meldingen til norske sykepleierne som lot seg verve til Tyske Røde Kors, kom i seneste laget for dem det gjaldt: De aller fleste er nå døde, 70 år etter at de ble dømt for landssvik.

Det skal være rundt 450 norske sykepleiere som vervet seg under andre verdenskrig til tjeneste i Tyske Røde Kors. De fleste tjenestegjorde på feltsykehus ved østfronten. De pleiet tyske eller tyskallierte soldater, men også sivile og fiendtlige soldater.

Mange av frontsøstrene ble fratatt alle sine eiendeler av den norske staten da de ble dømt, og mange mistet borgerrettighetene sine.

**HINDRET IKKE DOMMENE.** Norges Røde Kors mente etter krigen at frontsøstrene burde dømmes for landssvik til tross for at internasjonale Røde Kors mente at de ikke skulle straffes.

Nå beklager Norges Røde Kors at organisasjonen ikke aktivt arbeidet for å hindre straffefølgelsen. Dette ble enstemmig vedtatt på et landsstyremøte 6. februar.

– Det skulle ikke skjedd. Ingen skal straffes for å gi medisinsk hjelp i krig og konflikt, sier Sven Mollekleiv, president i Røde Kors, i en pressemelding.

– Dette burde Norges Røde Kors tydeliggjort overfor norske påtalemyndigheter før og under rettsoppgjøret etter andre verdenskrig. Det skjedde dessverre ikke.

Mollekleiv viser til at Genevekonvensjonene klart og tydelig sier at stridende på alle sider av en konflikt har rett til helsehjelp. Han mener beklagelsen kommer for sent.

– Frontsøstrene som nå er døde fikk aldri den støtten de skulle fått.

Norge var et av få land som straffeforfulgte sykepleiere som tjenestegjorde i Tyske Røde Kors.

– *Anbefaler Norges Røde Kors at dømte og etterlatte prøver å gjenoppta sakene?*

– Det må være opp til de dømte og deres pårørende. Henvender noen seg til oss og ber om støtte til å gjenoppta saken, vil vi være positiv til det. Dommen var feil, men det er ikke vi som skal be om gjenopptakelse, sier Mads Harlem, leder for folkerettsseksjonen i Røde Kors.

Han presiserer at landsstyret sier unnskyld for at sykepleierne ble dømt for å ha vervet seg

## «Ingen skal straffes for å gi medisinsk hjelp i krig.»

Svein Mollekleiv,  
Røde Kors-president

for å pleie syke og sårete.

– Vi har ikke tatt stilling til andre forbrytelser. Det har vi overhodet ikke gått inn i. Har noen utført krigsforbrytelser, skal de selvsagt stilles til ansvar for det, sier Harlem.

**ERSTATNING.** Åse Grill Fasting fra Brumunddal var en av sykepleierne som vervet seg i 1941. Hun døde i 2010. I Ukraina pleiet hun soldater som hadde fått sprengt bort bein eller armer. Det var trangt og skittent på feltsykehuset.

Til NRK forteller sønnen Arnstein Grill Fasting at han nå vil forsøke å få sin mor frikjent for landsforræderi og deretter søke om erstatning. Han har alltid syntes det var galt at

moren ble straffeforfulgt.

– Får vi en liten erstatning, kan jeg si til barn og barnebarn at det som skjedde med mor og farmor var urettferdig.

**FIKK JERNKORSET.** Anne-Gunhild Moxness fra Trondheim er den eneste norske frontsøstren som fikk jernkorset.

– Den fikk hun for sitt heltemot da sykehuset i Tallin ble bombet. Om natten, i støvler og nattkjole, bar hun ut mannlige pasienter mens sykehuset brant, forteller krigshistorieskribent Geir Brenden.

Fullkommen fryktløs, uten tanke på seg selv, løp hun opp og ned trappene med sårede soldater hele natten, fortalte en dansk frontkjemper til avisen Fritt Folk, ifølge boken «Fordømte engler».

Brenden forteller at 21 norske frontsøstre falt i tjeneste for Røde Kors under krigen, de fleste under bombing av byer og sykehus.

Da Moxness fikk jernkorset, gikk bilder og intervjuer sin rundgang i Europa.

Hun fikk 15 måneder i fengsel for å ha vært frontsykepleier i tre år og medlem av Nasjonal Samling. I 1949 fikk hun mirakuløst tilbake jobben som sykepleier på Ullevål sykehus. Siden ble hun leder på Røde Kors-utdanningen av sykepleiere i Trondheim. Sine bragder skrøt hun ikke av. Hun giftet seg aldri og holdt seg mye for seg selv.

Tidligere sykepleierelever har karakterisert henne som real, sporty, ærlig og direkte. (Se Sykepleien 18/2007). Hun angret ingenting, skrev hun i et brev da hun var 66 år: «Jeg er like anti-russisk som noensinne og skulle ikke ha noe imot at man forstod hva vi tenkte den gang.»

Hun døde i 1994, 80 år gammel.





Minnes: Frontsøstrene legger blomster på graven til en frontkjemper.



Østfronten: En frontsøster og to frontkjemper ved en bunker i utkanten av Leningrad.



Reiseklare: En gruppe frontsøstre før de reiser på kurs til Tyskland og videre ut i tjeneste.

**VELDREVET I TYSKLAND.** Det er Egil Ulateig som har skrevet boken «Fordømte engler» om norske kvinner på østfronten. Han forteller at de første norske frontsøstrene som dro var utdannede sykepleiere. Men noen tok kurs i Norge før de dro i regi av Røde Kors, andre fikk kurs i Tyskland.

Tyske Røde Kors ble regnet som den beste Røde Kors-organisasjonen i verden. Den var drevet etter vanlige prinsipper og ble aldri utstøtt av internasjonale Røde Kors.

Stort sett var det på østfronten de norske

sykepleierne jobbet, på slutten var de i Tyskland. Noen var også i Nord-Norge og bidro til å hindre epidemier blant befolkningen, forteller Ulateig.

– De første reiste til Tyskland med Norges Røde Kors sin velsignelse og id-kort. De tilsluttet seg Tyske Røde Kors og dro så til fronten.

**NS-FAMILIER.** Frontsøstrene hadde ulik grad av nazisympatier. Mange var unge, og en god del kom fra NS-familier. Noen var selv medlemmer av Nasjonal Samling, andre ikke.



## Fakta

**FRONTSØSTER:** Sykepleier som tjenestegjorde hovedsakelig på østfronten under første og andre verdenskrig for Tyske Røde Kors.

**HVA GJORDE DE?** Under andre verdenskrig utøvet frontsøstrene humanitær virksomhet i henhold til Genevekonvensjonen. Som ikke-stridende hadde de status som «beskyttede personer» med rett og plikt til å gi pleie til alle sider av militære konflikter. Siden Tyske Røde Kors opererte på den tyske siden av fronten, var de fleste pasientene tyske eller tyskallierte soldater, men også sivile og fiendtlige soldater som var såret fikk pleie.

**GENEVEKONVENSJONENE:** Fire traktater om beskyttelse av krigens ofre. Den første konvensjonen ble vedtatt i 1864, etter initiativ fra Henri Dunant. Grunntanken var syke og sårede soldaters rett til medisinsk assistanse.

Dunant var til stede ved slaget ved Solferino i 1859 og ble sjokkert over at ingen var der for å hjelpe de tusen sårede og døende soldatene.

De fire konvensjonene statene i dag er forpliktet til å respektere, har som formål å øke beskyttelsen til de som ikke deltar aktivt i konflikten. Sivilebefolkningen, syke og sårede soldater og krigsfanger er ikke lovlig angrepsmål.

**DET RØDE KORSET:**

Denne brosjen med rødt kors bar frontsøstrene. Det røde korset som beskyttelsesmerke ble vedtatt i 1864 gjennom den første Genevekonvensjonen. Senere har den røde halvmåne fått samme status, og i 2008 den røde krystall.



Kilder: Røde Kors, Wikipedia

→ – De fleste var idealister, det ligger jo i sykepleiernes natur å ville hjelpe.

De skjønnte at det var behov for hjelp da Tyskland angrep Russland. I utgangspunktet var de villig til å pleie hvem som helst, men det var jo ikke så mange jøder på lasarettet på grunn av Hitlers holdninger. Men flere hjalp russiske fanger og sivile og soldater fra Den røde armé, sier Ulateig.

Han har snakket med mange frontsøstre. Han fikk vite at da norske gutter meldte seg som frontkjempere i Waffen-SS, motiverte det mange jenter til å dra som pleiere for å passe på guttene sine som de kjente. Flere gjorde nettopp det; pleiet norske soldater på tysk side.

**BLE VOLDTATT.** – *Hvordan hadde de det på østfronten?*

– Først jobbet de på feltsykehus i Kaukasus og Ukraina. Det ble forferdelig etter hvert, spesielt da tilbaketrekningen begynte. I et bombeangrep omkom flere norske frontsøstre. Mange kom seg til Tsjekkoslovakia. Da de tok seg hjem, hadde de grusomme opplevelser. De ble voldtatt og gikk lange distanser på egne bein.

De var i stor fare og måtte holde seg skjult for Den røde armé. Det var best å bevege seg om natten. Da de kom på tysk jord, ble de tatt godt vare på av britiske og amerikanske styrker, kom i interneringsleir og sendt hjem. Men noen ble først bedt om å hjelpe de allierte med sykepleie en stund.

– *Og noen dro aldri hjem fra Tyskland?*

– Noen veldig få, de hadde gjerne forelska seg. Men de aller fleste ville hjem.

**YRKESFORBUD.** – *De ante ikke hva de hadde i vente?*

– Overhodet ikke. At de skulle bli arrestert og utsatt for rettergang var et sjokk. De ble betraktet som vanlige landssvikfanger.

Hjemme ble de sperret inne i Bredtvedt fengsel, og de fikk yrkesforbud. De fikk ikke jobbe som sykepleiere i Norge. En del dro til Sverige.

Så å si alle ble dømt. De første som fikk dom, fikk de strengeste straffene, på over et år. Etter hvert som lynsjestemningen dempet seg, ble dommene mildere, og noen ble bare dømt til å betale forelegg.

– *Og noen ble dømt for andre krigsforbrytelser?*

– Noen var angivere. Det var noen som åpenbart jobbet kriminelt og lot seg bruke av tyskerne. De ble kraftig dømt. Men de vanlige jentene som meldte seg, ville gjøre en god jobb og de gjorde også nytte for seg. Under rettssakene fikk de høre at deres motivasjon for å hjelpe de tyske soldatene var å gjøre dem i stand til å kjempe igjen.

Ulateig har stor sympati for dem.



Jernkors: Anne-Gunhild Moxness var eneste norske frontsøster som fikk utmerkelsen Jernkorset.

– Ikke minst fordi straffen har vært så langvarig. Fordi Norges Røde Kors slo hånden av dem, hadde de landssvikerstempelet på seg så lenge. De følte det som fullstendig urettferdig.

De ble uglesett og utstøtt i samfunnet. Familier ble splittet.

– Det var mange tragedier, mange opplevde ekle ting. Jeg vet om en som tok livet sitt.

## «De ble voldtatt og gikk lange distanser på egne bein.»

Egil Ulateig, forfatter

**SØSTRE PÅ FILM.** Dokumentarfilmen «Frontsøstre» kom i 2011. Den handler om Bjørg, Astrid, Janna, Gunvor, Grete og Aase som alle dro alle til østfronten under den andre verdenskrig for å være sykepleiere. Tre av dem ble dømt som landssvikere.

I et intervju i Sykepleien forteller Karoline Grindaker, en av filmskaperne, at valg frontsøstre gjorde som veldig unge fikk konsekvenser for dem for resten av livet. De seks i filmen har

**JERNKORSET:** En tysk militær utmerkelse. Ble innstiftet under Napoleonskrigene av Fredrik Vilhelm 3 i 1813. Ble bare delt ut for fortjenester i krig.

**LASARETT:** Midlertidig sykehus under ekstraordinære forhold, tidligere pestsykehus. Kommer fra de bibelske navnene *Lasarus* og *Nasaret*, som ble knyttet til hvert sitt sykehus i Venezia.

**FRONTKJEMPER:** Vanlig betegnelse for norske borgere som gikk i tysk kriststjeneste under den annen verdenskrig.

Kilder: Bokmålsordboka, Wikipedia

levd isolert. Ingen av dem jobbet som sykepleier etterpå. I intervjuet blir Grindaker spurt om hva som gjorde mest inntrykk i møtet med sykepleierne. Dette svarte hun i 2011:

– Den børen de har gått med resten av livet. Og hvor lett det er å fordømme. De var utsatt for ekstreme traumer.

– *Hvilke traumer?*

– For det første var de nær fronten og så



Sviktet: De fikk middag i Sykepleierforbundet før de dro. Da de kom hjem, ble de kastet ut. Fra jubileumsboken Framvekst og profesjonalisering.



Bevisst: Åse Grill Fasting kom fra en NS-familie og var fast bestemt på at hun ville til Tyskland.

voldsomme skader. Da de hvite bussene hentet nordmenn i leirene, fikk ikke front søstrene være med hjem. Mange ble frarådet å komme tilbake til Norge. Noen ble igjen og jobbet for tyskerne, andre ble i russisk sone. Noen gikk til fots fra Wien til danskegrensen. Det var ekstremt med voldtokter. De bodde i leire og levde av neslesuppe. Sult og fortvilelse gjorde at flere vurderte å ta sitt eget liv.

Grindaker fortalte at flere front søstre de traff ikke ønsket ikke å stå fram av hensyn til familien. De skjulte sin fortid.

– Mange har ikke klart å snakke om det.

**UTESTENGT.** – Selv om det er sent, er det flott at Røde Kors sier unnskyld. Vedtaket slår ring om prinsippet om at ingen skal bli straffet når de yter helsehjelp i krig, uavhengig av hvilken side de står på, sier leder i Norske Sykepleierforbund (NSF), Eli Gunhild By.

Hun viser til at det er mange pågående kriger.

– Det handler stadig om helsepersonells innsats i krig og rett på beskyttelse når de hjelper sårede og skadde.

– Hva gjorde NSF for front søstrene etter krigen?

– Flere var medlemmer i NSF. De som ble dømt, mistet medlemskapet.

## «Fullkommen fryktløs løp hun opp og ned trappene med sårede soldater.»

### Dansk frontsoldat

By har tatt en kikk i boken om NSF's historie.

– Der ser jeg at noen søkte om å få gjenoppta medlemskapet etter dommen. Det ble avvist.

– Sett i dagens lys – var det feil?

– Man kunne ønsket at saken ble behandlet annerledes, men det er lett å være etterpåklok. De gjorde vurderingen utfra den tiden, sier By.

**INGEN STORM.** Like før Sykepleien går i trykken har ikke Norges Røde Kors fått henvendelser fra front søstre eller pårørende som ønsker å gjenoppta landssviksakene.

– Men vi har fått henvendelser fra interessegrupper som lurer på om vi vil støtte disse sakene generelt. Røde Kors forholder seg imidlertid kun til front søstre selv eller deres pårørende som ønsker å ta opp sakene, sier Mads Harlem, leder for folkerettsseksjonen. ●

marit.fonn@sykepleien.no

### RØDE KORS:

- Etter sine opplevelser på slagmarken i Solferino, dro sveitseren Henri Dunant til Genève og satte i gang tiltak som førte til at Røde Kors ble stiftet i 1863. Dunant fikk den første Nobels fredspris i 1901.
- Den internasjonale Røde Kors- og Røde Halvmånebevegelsen er verdens største frivillige humanitære hjelpeorganisasjon med lag 97 millioner medlemmer og frivillige og over 300 000 ansatte.
- Den internasjonale Røde Kors-komiteen (ICRC) har hovedkontor i Genève i Sveits. ICRC overvåker at bestemmelsene i Genèvekonvensjonene blir overholdt. ICRC har mandat til å beskytte ofre for internasjonale væpnede konflikter.
- Det fins 186 nasjonale Røde Kors- eller Røde Halvmåneforeninger. De nasjonale foreningene yter humanitær bistand og utfører blant annet katastrofeberedskap og redningsarbeid.
- I Norge er ensomhet og integrering viktige arbeidsområder for Røde Kors.

Kilde: Norges Røde Kors



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

**1 Hva beskriver anatomi?**

- A Strukturen av levende organismer
- B Kroppens skjelett
- C Atomers oppbygning i mennesket

**2 Hva beskriver fysiologi?**

- A Kroppscellenes forandring
- B Organismers fysiske struktur
- C De levende organismers funksjon

**3 Hvilke to celler er større enn normalcellene?**

- A Cædcelle og stamcelle
- B Eggcelle og nervecelle
- C Hudcelle og beinmargcelle

**4 Hvilke blodtyper finnes?**

- A Røde og hvite blodlegemer
- B Vampyr, dyr og menneskers
- C ABO- og rhesus-systemet

**5 Hva er en infeksjon til forskjell fra en inflammasjon?**

- A Angrep fra mikroorganismer
- B En reaksjon i forbindelse med en immunologisk reaksjon
- C Det er et synonym

**6 Hva gjør det parakapillære kretsløp?**

- A Oppbevarer reserveblod i en parallell kapillær

- B Transporterer stoffer fra blod til celler og omvendt
- C Transporterer blod i det parasympatiske nervesystemet

**7 Hva er larynx?**

- A Strupehodet
- B Et legemiddel
- C Leamus (rykninger) på øyet

**8 Hva er lungehinnens funksjon?**

- A Å holde lungene samlet
- B Å holde lungene reine
- C Å holde lungene utspilt

**9 Hva er basalstoffskiftet?**

- A Stoffskiftet under hvile, faste og ro
- B Stoffskiftet slik det var ved fødsel
- C Stoffskiftet når basale behov tilfredsstilles

**10 Når skaper vi varme?**

- A Når vi er forelsket eller irritert
- B Ved fysisk aktivitet og nedbrytning av næringsstoffer
- C Ved lave østrogennivå



**Basale behov: Får disse to basalstoffskiftet sitt igang her?**

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😐 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1A, 2C, 3B, 4C, 5A, 6B, 7A, 8C, 9A, 10B

## Randis hypokonderkryssord

|             |            |           |       |     |      |       |                 |               |           |           |      |           |          |                    |                 |               |
|-------------|------------|-----------|-------|-----|------|-------|-----------------|---------------|-----------|-----------|------|-----------|----------|--------------------|-----------------|---------------|
| ☺           | APOP-LEXIA | TID       | PLAGE | HÅP | GIR  | TALL  | ALDER-DOM       | SKLED-SKIPSF. | ART       | LIK       | DEP. | MÅL-TID   | LIKE     | VARME-PARASIT-TENE | TELE-HIV-VOK.EN | ERG-RELSE-ELV |
| KA-NYLE     |            |           |       |     |      |       |                 |               |           |           |      |           |          |                    |                 |               |
|             |            |           |       |     |      |       |                 |               |           |           |      |           |          |                    |                 |               |
| SYKEP.KONJ. |            | FRYSE     |       |     |      | FISK  | ENER            |               |           | SUTUR-ERE |      | FISK      |          | TEGNE-SERIE-FIG.   |                 |               |
|             |            | BOLT      |       |     |      |       | FLÅ             | SYKD.         |           | SÅNN      |      |           |          | PS                 |                 | GLO           |
| GUDS-TRO    | HYLLE      | LIKE      |       |     |      |       | NABO-ER         |               | REDD-ETAN |           |      |           |          | LAND-TERTA         |                 |               |
|             |            |           |       |     |      |       |                 |               |           | FISK      |      | KARAK-TER |          | DEK-KES            |                 |               |
| REKKE       |            | KÅT       |       |     |      | PREP. | UT-HUSET-KLOKKe |               |           | DIE       |      |           |          | ADV.               |                 | FASE          |
|             |            |           |       |     | HÅR  |       |                 |               |           | EVEN-TYR  |      |           |          | FAR-TØY            |                 |               |
|             |            | IDR.-ARR. |       |     | VENE |       |                 | FEID          |           |           |      |           | VESEN-ET |                    |                 |               |

Se løsning på kryssord side 95.



# Meninger

Del 4 Sykepleien 03 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Hjemmesykepleier:  
Faye Pamela Peters jobber i hjemmetjenesten i Ullern bydel i Oslo.

## Du må stå på!

**Integrert.** Rådet Faye P. Peters vil gi andre utenlandske sykepleiere, er: Tro på deg selv og lær norsk! **102**



**Psykiatriske diagnoser.** Også friske kan høre stemmer. **100**



«For å si det forsiktig, så er LAR en forsømt anledning til å rehabilitere tusenvis av mennesker.»

Anlov P. Mathiesen. **98**



**Regelendring.** Må kvinner velge mellom jobb og familie? **94**



**Familie eller jobb.** Skal arbeidsministeren oppnå et familievennlig arbeidsliv, må en helomvending til.

# Ny arbeidsmiljølov bremser likestillingen



Fakta

**Eli Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Arbeids- og sosialdepartementet har knapt vurdert de likestillingsmessige konsekvensene av forslagene til endringer i arbeidsmiljøloven. Likevel påstår arbeidsminister Robert Eriksson at han vil skape et familievennlig arbeidsliv. Han tar feil.

Som samfunn har vi en felles interesse av et arbeidsliv som gjør det mulig å kombinere arbeid og familie. For Norge har dette ført til høy sysselsetting og relativt høye fødselstall sammenliknet med andre europeiske land. Skal vi møte framtidige demografiske utfordringer, er det helt nødvendig at dette fortsetter. Forutsigbarhet i arbeidsforholdet og arbeidstidsordninger som tar hensyn til omsorgsforpliktelser, er avgjørende for et likestilt samfunn. Det kan ikke være den enkelte families utfordring å løse balansen mellom lønnsarbeid og ulønnet omsorgsarbeid.

**LENGRE DAGER.** Arbeidstidsreglene vil være normgivende, og de foreslåtte endringene i arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler vil i praksis føre til perioder med lengre arbeidsdager og hyppigere arbeid på søn- og helgedager. Arbeidstakere som ikke har anledning til å jobbe slik, vil måtte redusere egen stillingsprosent for å kunne fortsette i arbeidet.

NSF har gang på gang argumentert for at dagens arbeidsmiljølov er svært fleksibel og gir rom for omfattende unntak og tilpasninger, i tråd med virksomhetenes og de ansattes behov og ønsker – men for døve ører.

«Forslagene vil bidra til å sementere den kjønnstradisjonelle arbeidsdelingen i familiene.»

**MOR TILPASSER SEG.** Til tross for høy yrkesdeltakelse blant kvinner, er samfunnet fortsatt basert på et tradisjonelt kjønnsrollemønster. Det er fortsatt mor som tilpasser sin yrkesdeltakelse til familiens behov. Menn befinner seg i de deler av

arbeidsmarkedet der heltid, overtid og tidspress er vanlig.

Hvis det blir vanskeligere å kombinere omsorgsansvar med heltidsjobb på grunn av lengre arbeidsdager og hyppigere helgedagsjobbing, er det all grunn til å tro at flere kvinner vil trekke seg delvis tilbake fra arbeidslivet. Dette vil ikke støtte opp om regjeringens ambisjon om heltidskultur.

Lønnsforskjellene mellom kvinner og menn vil i de fleste familier bety at mor reduserer sin innsats i lønnet arbeid, mens far vil jobbe enda mer for å kompensere for bortfallet av mors inntekt. I forbindelse med diskusjonen om endringer i fedrekvoten har vi fått demonstrert hvor vanskelig det allerede er for menn i deler av arbeidsmarkedet å ta ut sine lovfestede rettigheter som omsorgspersoner. Forslagene til endringer i arbeidstidsbestemmelsene vil bidra til å sementere den kjønnstradisjonelle arbeidsdelingen i familiene, ikke til økt likestilling.

**TRENGER FOLK.** Arbeidskraftbehovet i helsesektoren må møtes med en offensiv satsing på å rekruttere og beholde kompetente og dedikerte ansatte. Da snakker vi om verdsetting av kompetanse, hele stillinger og arbeidstidsordninger som ivaretar hensynene til helse, velferd, likestilling og faglig forsvarlighet.

Norge har, som et av få europeiske land, klart å holde fødselstallene relativt høye fordi kvinner har kunnet satse på både utdanning, arbeid og familie. Blir dette endret, er det grunn til å frykte en utvikling i retning av det vi kjenner fra andre europeiske land, der mange kvinner blir tvunget til å velge mellom lønnsarbeid og økonomiske selvstendighet eller familie. Det er en utvikling som ingen er tjent med. ●



Fakta

**Fast skribent**

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



## Ikke rom for pårørende

**PÅRØRENDE:** Historien om Idas erfaringer (gjengitt i fagkronikken «Ikke rom for pårørende», Sykepleien 2/2015) vakte til live minner om min egen tid som pårørende til en mor som var sykehjemsbeoer. Jeg føler trang til å dele mine opplevelser med bladets lesere. Og jeg er så enig i overskriften – vi opplevde ikke at det var rom for oss pårørende. Vi var stort sett i veien.

Det er lenge siden min mor døde nå. Hun var i mange år beoer på sykehjem i den samme kommunen hvor jeg bodde, og fortsatt bor. Hun var på to forskjellige sykehjem. Det vil føre for langt å forklare grunnen til dette, men mamma var nokså spesiell: Hun var ikke dement, heller ikke var hun så fysisk svekket at hun ikke kunne klare seg selv. Derimot led hun av sterk angst og depresjon, gråt mye, var fortvilet og klamrende. Etter hvert fikk hun blant annet diagnosen personlighetsforstyrrelse.

Ikke på noen av sykehjemmene ønsket man inntakssamtale med oss pårørende. Da hun ble flyttet til sykehjem nr. 2, gav jeg uttrykk for at vi ønsket en slik samtale, og da gikk de med på det: «Men vi vil jo helst danne oss vår egen oppfatning av henne.» Det ene behøver vel ikke utelukke det andre, tenker nå jeg.

På det første sykehjemmet var det relativt hyggelig å komme på besøk. Vi var der ganske ofte, og fikk iblant en kopp kaffe, kanskje til og med en kakebit. På det andre hjemmet, noen kilometer unna, men altså i samme kommune, fikk jeg klar beskjed om at det var ikke verdt å komme dit for å spise. Det hadde de ikke budsjett til. Nei, vi hadde da mat hjemme, så det var ikke derfor vi kom på besøk. Dessuten fikk jeg ikke lov til å sitte ved det felles bordet når beboerne spiste formiddagsmat. Det hadde dessverre skjedd en gang at jeg hadde hevet stemmen litt for mye i en diskusjon med mamma – hun kunne være meget provoserende – og en av de andre beboerne hadde reagert på det.

Etter den episoden ble det vanskeligere å komme på besøk. Jeg nærmest snek meg langs veggen i korridoren for ikke å bli sett, og jeg besøkte mamma bare på rommet. I fellesstuen var hun så allikevel bare ved måltidene. Jeg tok aldri mer kontakt med personalet. Jeg følte meg uønsket.

Vi hentet mamma hjem til oss så lenge hun var i stand til det: til jul, fødselsdager og andre merkedager i familien. Vi prøvde å snakke positivt om sykehjemmet. Vi lånte dagligstua på institusjonen for å feire bursdagen hennes; vi hadde selv med kaffe og kaker, og vi inviterte broren

hennes og andre hun ønsket å treffe. Vi sørget for at barnebarna kom på besøk i den grad det var praktisk mulig. Vi møtte opp på sykehjemmets juletreffester, sommeravslutninger, konserter og andre tilstelninger. Vi ønsket at hennes siste år skulle være så gode som mulig.

Jeg tror mamma fikk godt stell på sykehjemmet. Hun var alltid pen i tøyet og virket velstelt. Hun kom til fotpleier, tannlege og frisør.

Hun klaget og gråt mye og var ingen takknemlig beoer. Også overfor oss barn og svigerbarn var hun vanskelig og urimelig. Jeg kunne ha fortalt personalet mer om hennes bakgrunn, noe som kunne ha bidratt til å kaste lys over hennes væremåte. Men ingen var noe interessert i det, og særlig jeg ble oppfattet som «den håpløse datteren».

Vi pårørende var greie å ha når det gjaldt å komme med bilen for å ta henne ut på et eller annet. Det er stygt å si at «utover det var vi i grunnen hår i suppa». Men det var slik vi følte det mange ganger.

Nei, det var ikke rom for oss på det sykehjemmet, og jeg blir fortsatt trist til sinns når jeg tenker på det, ti år etter hennes død.

Lajla Mageli, sykepleier



Løsning på kryssord i nr. 3/2015 (se side 92)

|                |          |       |     |      |       |                         |                  |      |              |      |             |           |              |                            |     |               |   |      |
|----------------|----------|-------|-----|------|-------|-------------------------|------------------|------|--------------|------|-------------|-----------|--------------|----------------------------|-----|---------------|---|------|
| APOR<br>LENA   | TO       | PLAGE | HÅP | ØK   | TALL  | ALDER<br>DOM            | GRØSKE<br>BRØSKE | A    | ART          | ØK   | DEP         | MÅL<br>TO | LØK          | VÅRER<br>PARASIT<br>T. TRÅ | T   | T             | T |      |
| KA<br>WEL      | S        | P     | R   | Ø    | Y     | T                       | É                | S    | K            | R    | É           | K         | Ü            | T                          | L   | Ø             | S | É    |
| A              | L        | M     | E   | N    | T     | I                       | L                | S    | T            | A    | N           | D         | V            | U                          | R   | D             | E | R    |
| ENKELT<br>FORU | A        | FØRER | I   | S    | E     | FRÅ                     | D                | ENNE | E            | S    | S           | S         | UTRÅ         | E                          | ERÅ | I             | N | E    |
| Ø              | G        | ROLT  | S   | K    | R     | Ù                       | E                | FLA  | S            | YKED | E           | GARN      | S            | L                          | I   | K             | P | E    |
| ØKSD<br>TRØ    | WILLE    | LØK   | E   | E    | E     | NABO<br>ER              | R                | S    | BRØD<br>ETÅR | R    | Y           | D         | D            | I                          | G   | LUND<br>TERTA | U | S    |
| E              | R        | O     | S   | D    | Y     | R                       | K                | I    | N            | G    | FRÅ         | S         | KRANK<br>TER | N                          | S   | K             | L | E    |
| REKKE          | E        | KÅT   | Y   | R    | ENNEP | ØP<br>PUSKET<br>ET FORU | B                | U    | A            | ØK   | Å           | M         | M            | E                          | ADV | A             | T | FAGE |
| P              | O        | L     | K   | Ø    | HAR   | P                       | Ù                | B    | E            | S    | ØYEN<br>TRØ | S         | A            | G                          | N   | FÅR<br>ØK     | K | A    |
| L              | ØL<br>NØ | E     | M   | VENE | Å     | R                       | E                | FØD  | S            | O    | P           | T         | VEGGEN<br>ET | E                          | T   | A             | T | E    |

### SAMLINGSBASERT VIDEREUTDANNING

2 år deltid / 1 år heltid, 60 studiepoeng

### AVANSERT GERONTOLOGI

-en tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg

Tidspunkt for ukesamlinger, fagplan m.m på:

[www.betanien.no](http://www.betanien.no)



Høgskolen  
Betanien  
Fyllingsdalen / Bergen



## Ufarlig alternativ til antibiotika

**HOMØOPATI:** Endelig er det noen med politisk makt som setter antibiotikaresistens på dagordenen. Helseminister Bent Høie mener at det bare er et tidsspørsmål før antibiotika ikke lenger er virksomt.

Da det ble tatt i bruk var det en medisinsk revolusjon og det reddet mange menneskeliv. Mange leger i allmennpraksis har for sikkerhets skyld ordinert antibiotika hvor det enten har vært virkningsløst eller ikke nødvendig. For eksempel ved infeksjoner som like gjerne kan være forårsaket av virus som av bakterier. Noen pasienter på sykehus kan oppleve at de får drypp av antibiotika uten at de blir informert om det. Det finnes mennesker som er allergiske mot antibiotika. Unødvendig bruk av antibiotika til mennesker og dyr samt som vekstfremmende stoff til dyr og fisk, er med på å forkorte æraen til antibiotikumet. Det er noe av kjernen i moderne medisin at medisiner ofte er mot naturen og kroppen og ikke med den. Derfor vil nye remedier som blir sett på som en velsignelse, etter hvert kunne vise seg å bli til en forbannelse.

Homøopatisk medisin er et ufarlig alternativ til antibiotika. Homøopati er en behandlingsform som blir anvendt av flere millioner mennesker over store deler av verden. Men homøopati er ikke så useriøst som mange i Norge kan få inntrykk av. Homøopati er en medisinsk akseptert behandlingsmetode i mange land. I homøopatiens hjemland Tyskland er behandlingsmetoden et naturlig innslag i det daglige livet. Homøopatiske legemidler selges som i mange land, Norge inkludert, på apotek ved siden av konvensjonelle medisiner. Forskjellen fra Norge er at medisinerne i flere land er mye mer synlige i apotekene. I Frankrike benytter hver tredje lege seg av homøopatiske legemidler, og homøopatisk behandling gir samme rett til refusjon fra det offentlige som vanlig skolemedisin. Sveits er et foregangsland ved at de har dokumentert homøopatiens berettigelse. Der tok myndighetene for noen år siden initiativet til en grundig forskning på homøopati. Konklusjonene var entydige nok til at homøopati ble sidestilt med skolemedisin.

I England er homøopati svært utbredt som behandlingsform. Det finnes flere homøopatiske sykehus. Hvis vi definerer et vitenskapsfag som noe som kan studeres på et universitet, ser England, Italia og andre land på homøopati som vitenskapelig basert. Til og med det britiske og norske kongehuset hører med til dem som anvender homøopati som behandlingsform. Hver dag blir det skrevet ut tusenvis av resepter på ufarlig homøopatisk medisin som behandler infeksjoner. I folkerike land i Asia er homøopati en vanlig behandlingsform. I India er homøopati sammen med konvensjonell medisin og Ayurveda en av de tre store behandlingsmetodene. India har over 200 000 registrerte homøopatiske leger, og cirka 12 000 studenter tar hvert år eksamen i homøopati fra 178 universiteter. I USA og Canada har homøopati fått et stort oppsving de seneste 10–20 årene, og i flere land i Sør-Amerika er det en populær og offisielt akseptert behandlingsform.

Homøopatiske medisiner er både billige og enkle å produsere. Flere av ingrediensene hentes fra planteriket. Men siden det er medisiner som ikke kan patenteres, er ikke den farmasøytiske industrien interessert. For den som er villig til å sette seg inn i forskningen på dette området, finnes det et vell av seriøs forskning. Men en trenger ikke å dra lengre enn til Norge for å finne slik forskning. Den første doktorgraden avlagt av en homøopat i Norge handler om øvre luftveisinfeksjoner hos barn. Konklusjonene var entydige. Barn som fikk homøopatisk behandling ble fortere friske enn de som fikk antibiotika eller ingen behandling. For de to siste gruppene var det ingen forskjell i tid for tilfriskning. Vedkommende homøopat er i dag professor ved NTNU. Selv om virkningsmekanismen for homøopati er ukjent, også for homøopater, er det på tide å la en behandlingsform som er godkjent og sidestilt med skolemedisin i mange land, også få en sjanse i Norge.

Det skal bli spennende å se om Bent Høie, som leflet med alternativmedisinen i sin ungdom, tør å utfordre den etablerte medisin og dets helsebyråkrater på ufarlige alternativer til antibiotika. I tillegg må han gjøre noe med motstanden i eget parti. Det er ikke nok at Fremskrittspartiet og flere av de minste partiene er relativt positive.

**Thore K. Aalberg**, cand.polit. og homøopat

Siden  
sist

Siden sist inneholder korrigerede og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)



Nr. 2 | 2015

### Feil om Elin-k

**ELIN-K:** Sykepleien laget tittel og ingress til fagartikkel i nr. 2 2015, som ikke forfatter kan stå inne for. I ingressen står det at sykepleiere ikke får lagt inn viktig informasjon i elektronisk innleggelsesrapport. Dette er en ukorrekt påstand, da sykepleiere har mulighet til å legge inn fritekst i rapporten, men gjør det sjelden. Dette framkommer også i teksten. Det er heller ikke forfatters intensjon med artikkelen å hevde at Elin-k svekker informasjonsflyten, slik overskriften lyder. Elin-k som samhandlingsverktøy gir mulighet for raskere og sikrere informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene, forutsatt at informasjonen som oversendes er relevant. Artikkelen omhandler kun utfordringer knyttet til innleggelsesrapportens utforming.

**Mvh Marion Nordberg**



Relevante stillinger.

Enkel å bruke!



## Ny stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no er finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobilen som hjemme foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

**Din neste jobb finner du på  
sykepleienjobb.no**

**Sykepleien jobb.no**

## TVERRFAGLIG KURS I BRANNSKADEBEHANDLING

### Sted

Kalfaret Bryggghus, Hansaparken,  
Kalfarveien 76, 5018 Bergen

Startdato: 06.05.2015 kl. 08:30  
Sluttdato: 07.05.2015 kl. 16:00

Kurset er tellende med 12 timer til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie

### Målgruppe

Sykepleiere, spesialsykepleiere, fysioterapeuter, leger og annet helsepersonell med ansvar innen behandling av brannskadde pasienter

### Læringsmål

Etter endt kurs skal deltakerne: Kunne vurdere og behandle brannskader på skadested og etter ankomst lokalsykehus. Kunne vurdere skadedybde, skadetype og beregning av skadet areal. Kunne gjennomføre initialbehandling hos brannskadde voksne og barn. Kunne intensivmedisinske behandlingsprinsipper, herunder væskebehandling, luftveishåndtering og hemodynamisk monitorering. Ha kjennskap til vanlige følgetilstander etter brannskade, og håndteringen av disse.

### Emner som vil bli belyst

Epidemiologi, Skadested og transport. Brannskadevurdering og behandling. Intensivmedisin, Infeksjoner, smittevern. Barn med brannskader, reaksjoner hos barn og foreldre. Omsorgssvikt, mishandling. Mottak. Sårbehandling. Smertebehandling. Fysioterapi, arrbehandling, poliklinisk oppfølging. Ernæring. Rekonstruksjon etter brannskade. Livskvalitet etter større brannskade. Livet etter alvorlig brannskade. Behandling av mindre skader; tips og triks. Vi tar forbehold om mindre endringer.

### Kontaktinformasjon

Eli Haugsmyr, tlf: 55 97 62 41  
brannskadekurs2015@helse-bergen.no

### For påmelding

<https://www.deltager.no/brannskadekurs2015>

### Påmeldingsfrist

30.04.2015 kl. 23:00

**Kursavgift:** kr. 3200,-





**Forsømt.** LAR-pasientene er en av helsevesenets største ressurser.

Bare så synd at vi ikke benytter oss av den.

# Legemiddelassterte lausbikkjer



Fakta

## Anlov P. Mathiesen

Stilling: Politisk rådgiver i Mental Helse og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

Legemiddelasstert rehabilitering (LAR) er en relativt ny ordning i Norge. Da den ble innført før årtusensskiftet lå Norge som vanlig langt etter andre land. Å teste ut nye løsninger til det beste for syke, avhengige mennesker var uaktuelt. Ting måtte diskuteres i årevis, og politikernes moralske magerfølelse var langt viktigere enn de narkomanes lidelser.

Over hele landet behandles nå tusenvis av rusmisbrukere gjennom denne ordningen. Over hele landet er helsepersonell og saksbehandlere tilknyttet systemet. Men dessverre, og svært tragisk: over hele landet misbruker vi mulighetene systemet gir oss.

**STATSDOP.** For å si det forsiktig, så er LAR en forsømt anledning til å rehabiliterer tusenvis av mennesker. Til å skape en forskjell i tusener av enkeltmenneskers liv. Brukerorganisasjoner og LAR-pasientene selv har varslet om systemets baksider i årevis, og listen er lang: ekstreme kontrollregimer, voldsomme regionale variasjoner, nedlatende saksbehandlere, manglende brukermedvirkning og viktigst av alt, manglende reell rehabilitering.

LAR er unikt fordi det gjør en stor andel av landets rusavhengige tilknyttet helsevesenet. Det viser ikke bare at det er mulig å nå frem til de avhengige, men også at viljen til endring i eget liv er stor. Men det som skulle være en nasjonal kilde til rehabilitering er blitt en riksdekkende neddoping og oppbevaring av syke mennesker. Kynisk sett er det helt greit. En narkoman på «dop» fra staten er langt mindre problematisk enn en som trekker i gatene. LAR blir Halsbåndet hvormed staten kan tøyte samfunnets lausbikkjer.

## «Det ligger ingen prestisje i å jobbe med disse uheldredelige avhengige.»

**ANKLAGER.** Stortinget behandlet i februar et representantforslag fra Senterpartiet om en gjennomgang av LAR-systemet etter tilfeller av overdoser ved metadon og lekkasjer av medisiner. Altså at medisiner som gis LAR-pasientene finner veien til gatemarkedet i stedet for inn i pasientens kropp. I høringen til forslaget fremmet mange brukerorganisasjoner ønsker om en

bredere gjennomgang. En som både måler resultatene, evaluerer metodene, kontrollregimene og ikke minst vurderer ansvarlighet knyttet til skadelidende pasienter.

For det finnes mange anklager mot LAR-systemet. Derfor er det synd at verken storting eller regjering ser behovet for en uavhengig granskning av et system som etter alt å dømme skjuler en stor mengde menneskelige lidelser og systematiske forsømligheter. Men rusfeltet er ikke større enn at det er de samme menneskene som håndterer LAR-systemet, evaluerer det og samtidig rådgir politikerne. Noen av dem er attpåtil de samme som i sin tid satte det hele i gang. Det overrasker ingen at de ikke ønsker en uavhengig granskning. Det er ikke desto mindre tragisk.

**PLANLØSHET.** En av nøklene i behandling av rusavhengige er en såkalt individuell plan. Den er ment å koordinere tjenester slik at brukeren skal få en individuelt utviklet oppfølging av sitt behandlingsforløp og sin rehabilitering. I LAR er spesialisthelsetjenesten lovpålagt å gi pasienten en slik plan. Men den årlige statusrapporten om LAR slår fast at andelen som mottar individuell plan i dag er på 34 prosent. Selv om vi tar høyde for at noen narkomane kan være mistenksomme overfor det offentlige og derfor lite samarbeidsvillige, så er dette tallet intet annet enn en voldsom offentlig forsømmelse. Årsaken er sammensatt, mer det ingen hemmelighet at narkomane fortsatt behandles som annenrangs borgere i helsevesenet. Det ligger ingen prestisje i å jobbe med disse skitne, klagende og uheldredelige avhengige. Dette menneskesynet gjenspeiles dessverre i systemet. Vi skal ikke tro at den enkelte behandler eller saksbehandler ikke unner den rusavhengige alt godt, men vi kan trygt fastslå at helsevesenet fortsatt ikke er helt kompatibelt med et moderne menneskesyn. ●



Fakta

## Fast skribent

Anlov P. Mathiesen  
er fast skribent i Sykepleien.



**Eldreomsorg.** For å spare penger velger norske kommuner å sette de eldres menneskerettigheter til side.

# Annenrangs medborgere

**F**ør jul kom rapporten som slår fast at det er flere brudd på menneskerettighetene i norske sykehjem. Det var ikke overraskende. Vi har lenge sett medieoppslag om offentlig omsorgssvikt, og at våre sykeste eldre ikke får de tjenestene de trenger. Det har ikke manglet flotte ord og løfter fra våre politikere om en eldreomsorg som skulle skinne, men handlingene har uteblitt. Dette bekrefter inntrykket av at de sykeste eldre blir betraktet som annenrangs borgere i verdens rikeste land.

**LOVBRYTERE.** Denne rapporten stempler altså våre kommuner som lovbrøtere. Kontroller fra Statens helsetilsyn viser at langt over 50 prosent av landets kommuner bryter loven, men de rettsforfølger ikke kommunene. De etterlater kun en rapport med mange avvik.

De eldre selv som utsettes for omsorgssvikt har et svakt rettsvern. Saksøkerne er i en livsfase hvor få orker en lang rettsprosess. Domstolene er erfaringsmessig tilbakeholdne med å utfordre kommunene. Men alle vi andre og pårørende må stå sammen og kjempe og stå opp for våre eldre! Helsearbeidere skulle streiket i lojalitet til pasientene, blåst i lojaliteten til sin ledelse og gått i demonstrasjonstog! Politikere som har vært med på å vedta rammene for omsorgen

burde ta helt nye grep. Men hva skjer. Det er stille. HELT STILLE.

**MODIGE.** Før jul kom nok en tilstandsrapport i Aftenbladet fra to modige hjelpepleiere i Stavanger som bekrefter lovbruddene. Dette er tøff lesing. Der kom det fram at ledelsen etter en omorganisering og reduksjon av stillinger på sykehjemmet, feilaktig instruerer sine ansatte om at pasientene kun har krav på pleie, mat og medisiner. Pasientene må finne seg i følgende:

- Er en av de ansatte syk, får man ingen vikar. Da rekker man ikke å dusje alle pasienter som er satt opp til dusj den dagen. Det kan gå en uke til neste dusj.
- Pasientene må vente 15 timer på mat, fra kvelds kl. 18. til frokost kl. 09.
- Pasientene må legges fra kl. 18.30 for å rekke å bli ferdig før kveldsskiftet på 2 ansatte går av post. Man kan ikke da forvente at pasientene sover 14 timer. Det gjør at natten blir veldig lang og ubehagelig for pasientene, og travel for nattevaktene.
- Ikke lenger ressurser til fastvakt for døende pasienter.

» **«Helsetilsynet etterlater kun en rapport med mange avvik.»**

- Pasienter sitter i gangen og strekker ut armene for å stoppe pleierne og ber om at de blir hørt. De ansatte må løpe forbi. Ikke tid til å ta med pasienten ut i frisk luft.

**HOLDNINGER.** Dette skjer ikke bare i Stavanger. Vi påvirkes alle av grunnleggende holdninger i samfunnet som ikke eksplisitt diskuteres. Dersom en gruppe over lengre tid nedprioriteres og frarøves rettigheter, oppstår det lett en resignert holdning. I en Fafo-rapport fra 2012 kommer det fram at helse- og sosialarbeidere har en forestilling om at skrøpelige eldre har mindre behov for sosial kontakt, frisk luft, personlig hygiene og aktiviteter enn yngre tjenestemottakere.

Her hviler det et stort ansvar på den faglige ledelsen ved våre eldreinstitusjoner som må gi kunnskap og utrettelig målbære pasientenes behov og rettigheter

Psykolog Kitwood definerer menneskeverdet som den status vi gir hverandre i kraft av å ha en omsorgsfull, tillitsfull og respektfull relasjon til hverandre, uavhengig av svikt, manglende mestring og hjelpeløshet. Hjelpeløshet og manglende mestring er en del av den menneskelige eksistens de fleste av oss får erfare. Vi må stå opp for våre menneskerettigheter. Nå gjelder det våre mest sårbare medborgere, og etter hvert vil det ramme oss selv. ●



Fakta

**Anne Karin Gammelsrud**

Pensjonert  
spesialsykepleier



**Diagnose.** Psykiatriske lidelser er beheftet med uklare og ukjente sykdomsmekanismer. Så, hva er en psykiatrisk diagnose, egentlig?

# Psykiatrisk diagnostikk – en krevende øvelse



Fakta

## Kristin Lie Romm

Lege, avd. for psykisk helse og avhengighet, OUS

Psykiatrisk diagnostikk har glidd inn i dagligtalen som en del av språket vårt. Vi har til og med omformulert diagnoser til adjektiver som «deppa», «hyper», «emo» og «skizo» for lettere å kunne beskrive mennesker som omgir oss. Men er vår tids hyppige referanser til psykiatrisk diagnostikk ensbetydende med øket kunnskap om psykiatriske diagnoser?

Mange vil nok sette et likhetstegn mellom en diagnose og en sykdom. En sykdom i ordets strengeste forstand forteller oss noe om årsak og virkning. For diagnoser som ebolainfeksjon er dette ukomplisert. Vi vet hvilket virus som fører til ebola og hvordan sykdommen arter seg. Dessverre er en lang rekke lidelser, herunder de psykiatriske, beheftet med langt mer uklare og ukjente sykdomsmekanismer. Så, hva er en psykiatrisk diagnose, egentlig?

Selve ordet diagnose kommer fra gresk, og betyr å skille fra hverandre ved hjelp av kunnskap. Det vil si, vi kan skille den ene tilstanden fra den andre ved hjelp av en viten vi har tilegnet oss på forhånd. Mentale lidelser har selvfølgelig vært stede i alle samfunnslag til alle tider, men psykiatri som vitenskap er relativt ny. Det var først med opprettelsen av asylene på 1700-tallet at man begynte å tenke i retning av systematisering og kategorisering av psykiatriske tilstander. Her fikk man endelig en mulighet til å observere pasientene over tid. Tidsdimensjonen var en nødvendig forutsetning for utviklingen av diagnostisk tankegang.

«På den positive siden, en psykiatrisk diagnose vil aldri gi et svar som er hugget i stein.»

Når det er sagt, psykiatrien var ikke en rakettvitenskap i noe henseende. Mens andre spesialiteter innen medisinen dro nytte av 17-1800-talls innovasjoner som mikroskopet og kjemiske substanser for å kunne skille sykdommer fra hverandre, stod psykiatrien på bar bakke. «In the present state of our knowledge, no classification of insanity can be erected upon

a pathological basis» sa legen Pliny Earl i 1886. Til å begynne med begrenset man seg derfor til å klassifisere dødsårsaker. Første utgave av vårt nåværende klassifikasjonssystem var derfor en dødsårsaksklassifikasjon (Bertillon Classification of Causes of Death 1893). Først i 1949, ved den 6. revisjonen kom sykdommer med.

**KLASSIFIKASJONSSYSTEMER.** I Norge forholder vi oss til ICD-systemet (International classifications of diseases). Verdens helseorganisasjon står ansvarlig for jevnlige revisjoner og utgivelse av denne. I tillegg finnes det flere nasjonale klassifikasjonssystemer, f.eks. i Kina, men det er kun det nasjonale amerikanske systemet DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorder) som har fått en internasjonal gjennomslagskraft. Til gjengjeld er den så kraftig at de leder an når det gjelder endringer innen diagnostisk tenkning. Det er flere årsaker til dette, bl.a.: 1) DSM er hovedinntektskilden til den amerikanske psykiatriske foreningen (APA), hver revisjon gir enorme inntekter. For WHO er revisjoner en ren utgiftspost, 2) Amerikanerne skal kun overbevise egen forening for å gjøre endringer, mens WHO krever et samarbeid mellom nærmere 200 land for å gjøre større endringer.

**STORT TOLKNINGSROM.** Det var da også amerikanerne med DSM-III som revolusjonerte diagnostisk tenkning. Inntil da hadde man hatt en forståelse av at psykiatriske lidelser var reaksjoner på hendelser. Dette medførte et for stort tolkningsrom. For å sette det på spissen, hvilken diagnose du fikk avhang mer av behandler enn av pasient. For å rette opp på dette ønsket man seg et system som gjorde reliabiliteten mellom behandlere høyere, dvs. det skulle være et større samsvar mellom ulike behandleres diagnostisering av samme pasient. Dermed ble det kriteriebaserte systemet innført. For å få en diagnose måtte du ha et visst antall symptomer som var listet opp under angjeldende diagnose i manualen. Vitenskapelige komiteer besluttet sammenstillingen av kriterier basert på oppdatert forskning innen feltet. Det ble en braksuksess! Manualene gikk unna som varmt hvetebrød i krigstid, og gjenspeilet nok et

behov hos klinikere for et mer håndfast redskap for beslutningsprosesser.

ICD har fulgt samme utvikling, og vi har nå fått et globalt system hvor psykiatriske diagnoser er satt sammen av kriterier/symptomer som statistisk sett ofte opptrer sammen ved spesielle observerbare tilstander.

Hvor mange symptomer du skal ha for å oppfylle kriteriene for en diagnose vil variere. La oss ta diagnosen F20.0 Schizofreni som et eksempel. Her har du flere forskjellige kriterier å velge mellom. Fire av dem ansees som viktigere enn de andre (influenssymptomer, vrangforestillinger, hørselshallusinasjoner, bisarre vrangforestillinger). Du kan få diagnosen ved å ha et av de fire viktigste i en måned, eller 2 av de mindre viktige (vedvarende hallusinose av alle modaliteter, tankeforstyrrelser, katatoni, negative symptomer, kvalitetsendring ved sider av personlig atferd) i en måned. Resultatet er at to mennesker med diagnosen schizofreni ikke behøver å ha ett overlappende symptom. Samtidig er det relativt sett stor forskjell på å høre stemmer og ha vrangforestillinger, selv om man saktens kan være utsatt for begge deler. Vi snakker altså om en meget heterogen gruppe.

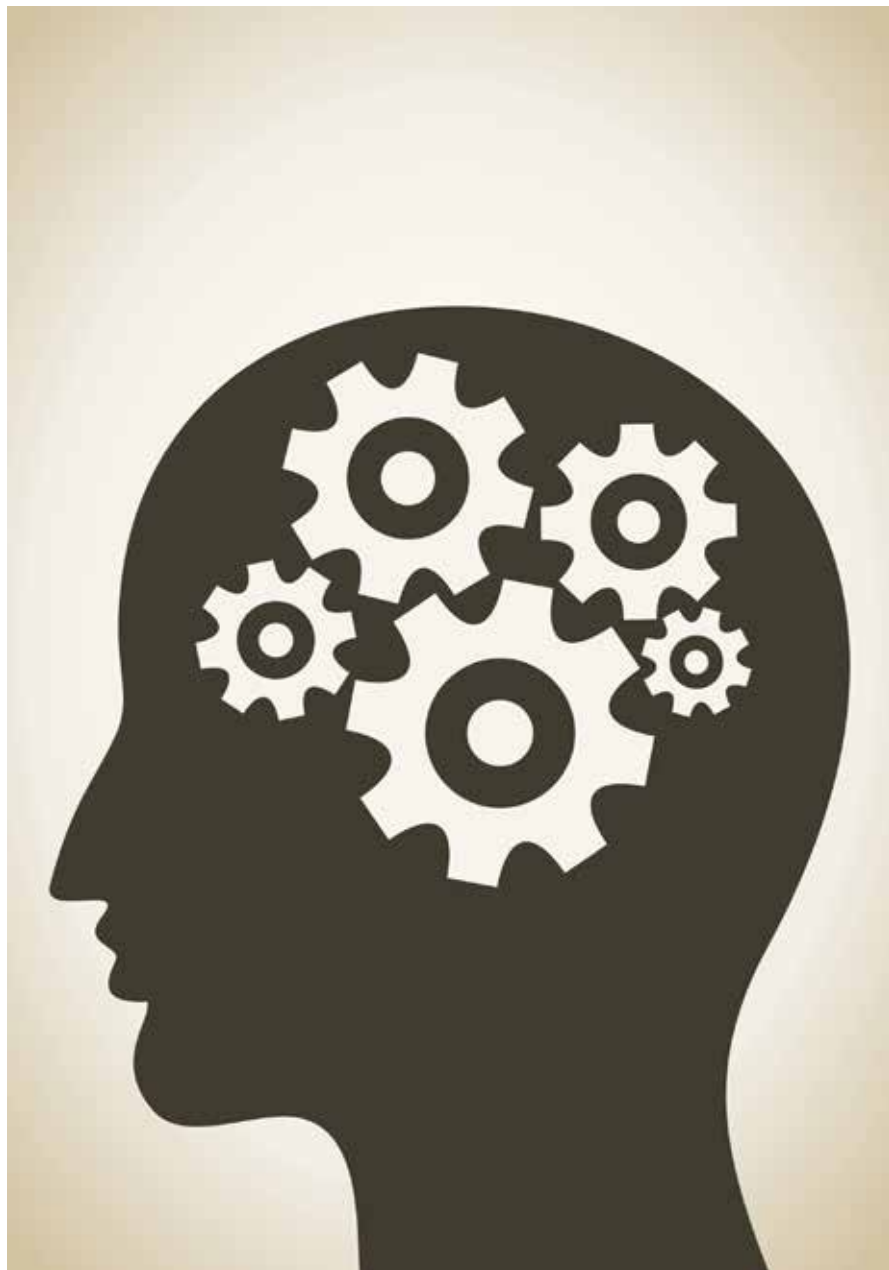
**KOMMUNIKASJON.** For oss som jobber i helsevesenet er det viktig å kunne formidle vår viten om hva som feiler de menneskene vi behandler. Innen en rekke helseområder er ikke dette forbundet med større komplikasjoner enn de som ligger implisitt i behandlerens evne til god kommunikasjon. Pasienter har ofte en forventning om at vi skal kunne innfri et høyst forståelig ønske om å få vite noe om etiologi (årsaker), symptomer og prognose. Men hva gjør vi når vi sitter der med Sara som har vært klart psykotisk med sterk stemmehøring, men er på bedringens vei og fyller kriteriene for diagnosen schizofreni? Vi kan ikke si noe klart om årsak, annet enn at det sannsynligvis er en blanding av genetisk sårbarhet (som mange av oss har), psykiske og sosiale belastninger og en x-faktor vi ikke kjenner.

Hva med symptomene? Heller ikke her er det noe å slå bantant i bordet med. Stemmehøring er ikke spesifikt for schizofreni, det er ikke engang spesifikt for syke mennesker. En god del friske mennesker hører stemmer, uten å ha behov for behandling.

Hva så med prognose? Også her beveger vi oss på listeføtter over tynn is. Vårt første møte med en akutt psykotisk pasient kan ikke si oss med sikkerhet om personen tilhører den fjerdedelen som har en enkelt episode, eller den fjerdedelen som vil ha vedvarende symptomer, eller halvdelen som vil ha tilbakefall, men leve rimelig symptomfritt mellom tilbakefallene.

**DIAGNOSTISKE VERKTØY.** Hvordan bør vi som profesjonelle forholde oss til dette? Personlig har jeg ingen tro på at vi på det nåværende tidspunkt har et bedre verktøy i skuffen enn nettopp de diagnostiske manualene. Men, det er et potent verktøy. Det bør brukes med den største aktsomhet, og her kommer vår tids store utfordring inn. Diagnosene ekspanderer i de nyere revisjonene. Vi har nå opp mot 400 ulike psykiatriske diagnoser. Det er en reell bekymring for at vi er i ferd med å snevre inn grensene for normalitet med en påfølgende utvidelse av indikasjonene for medisinerings. De teoretiske grensene mellom normalreaksjoner og patologi er uklare.

Samtidig er det fortsatt svært syke mennesker vi ikke klarer å



fange opp i spesialisthelsetjenesten som burde hatt hjelp. Skal vi kunne dra optimal nytte av diagnostiske verktøy innen psykiatrien, bør vi bruke dem med ydmykhet og fornuft. Vi har et

## «En god del friske mennesker hører stemmer, uten å ha behov for behandling.»

samfunnsmessig ansvar for å forstå diagnosen som den konstruksjonen den er. På den positive siden, en psykiatrisk diagnose vil aldri gi et svar som er hugget i stein. Det er viktig kunnskap med tanke på at behandleres og pårørendes tro på bedring er en av de viktigste faktorene når det gjelder tilfriskning. ●



## **Faye Pamela Peters**

**Hvorfor:** Fordi hun som utlending fra trange kår vet hva det betyr å lære norsk og å utdanne seg.

**Stilling:** Hjemmesykepleier og tillitsvalgt.

**Utdanning:** Omsorgsarbeider, medisinsk sekretær, sykepleier.

**Alder:** 44 år

# – Alle har bagasje

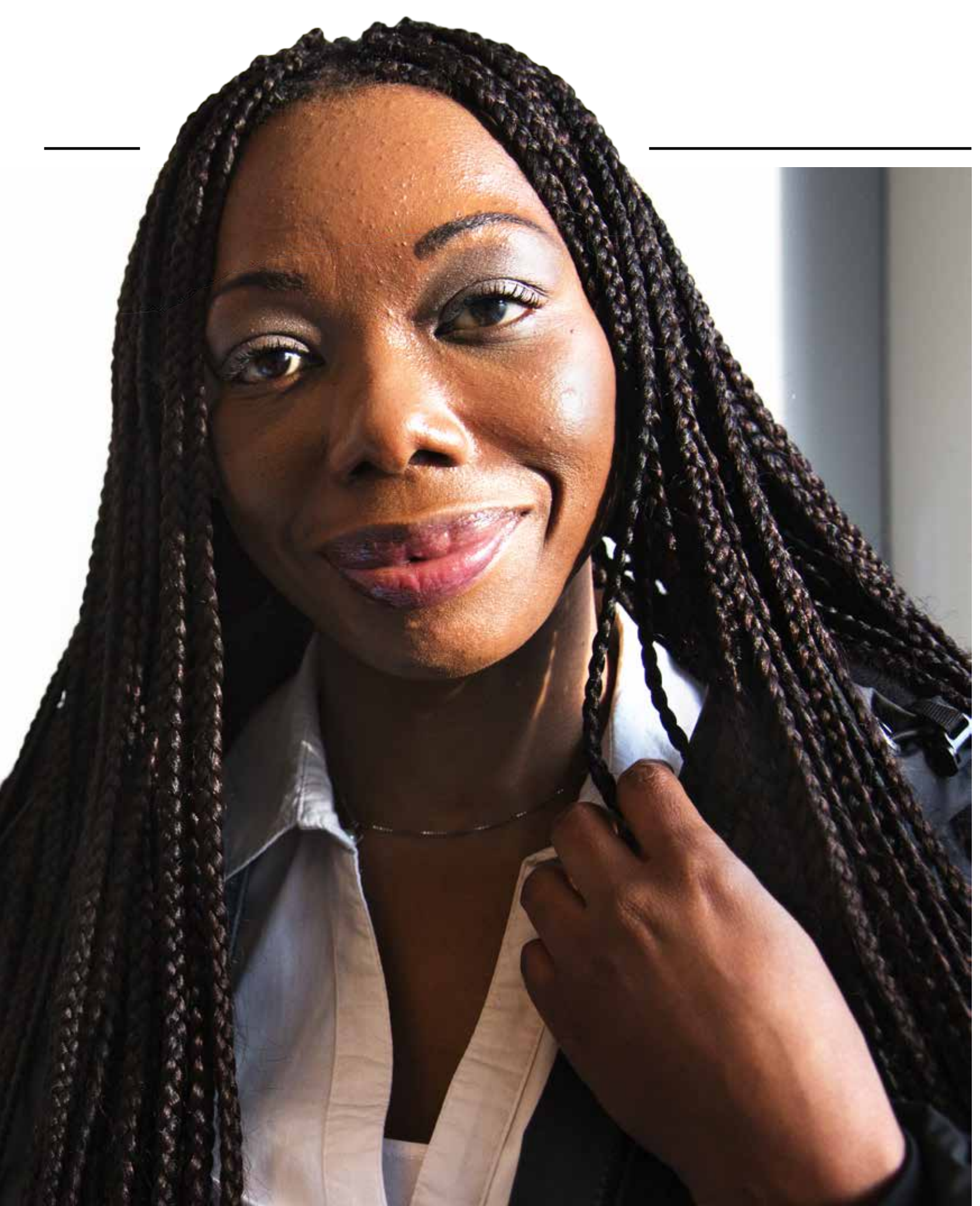
**Råd.** – Kom deg videre, selv om du har en tung fortid. Lær norsk!

Det er rådet fra hjemmesykepleier Faye Pamela Peters til utenlandske sykepleiere med liten tro på seg selv.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



**Lang reise:** Som 14-åring kom Faye Pamela Peters til Norge fra Guyana i Karibia.





**P**å bensinstasjonen står en snerten sportsbil med motoren i gang. Ved rattet sitter Faye Pamela Peters, hjemmesykepleier i Ullern bydel, Oslo vest. Hun plukker opp Sykepleiens utsendte, rekker

å fortelle om bilkjøpet – hun hadde råd fordi hun jobbet ved siden av sykepleierstudiene i stedet for å ta opp lån – før hun smetter kabrioleten inn i garasjen til hjemmetjenesten. Hun parkerer elegant ved siden av el-bilene som tilhører jobben. De mangler ofte strøm, så hun foretrekker å kjøre til og fra pasientene i sin egen Mazda MX5, som dessuten har piggdekk.

En trapp opp i bydelshuset, og der er hjemmetjenesten. Peters har fri i dag. Nå finner hun et ledig rom, går på toalettet og henter kaffe.

Hun har selv henvendt seg til Sykepleien og foreslått en rapportasje. Ikke for å vise seg fram, understreker hun i en e-post, men for å dele sin erfaring med «mange som kommer til Norge og ikke har tro på at de klarer noen ting fordi språket er en utfordring».

**FRA KARIBIA.** Peters ble født i 1971 i Guyana, en liten karibisk stat på fastlandet mellom Brasil og Venezuela, året etter at republikken hadde frigjort seg fra koloniherrn Storbritannia. I tantens hus vokste hun opp sammen med mor, en yngre halvbror, tanter, onkler og søskenbarn.

– På barnerommet var vi seks. Tre per seng, minnes hun.

## «Magen var full av orm.»

Far, som var fra det enda mindre landet Saint Lucia, var kokk på en norsk båt og levde ikke sammen med dem. Etter hvert flyttet han til Norge. Mor hadde avtalt at når datteren ble 16, skulle faren ta over ansvaret.

Da hun var ni, ble Faye syk.

– Magen var full av orm, sier hun over kaffekoppen.

Spolormene overlevde alle kurer. Hun var tynn med stor mage, og ormene kom ut flere ganger i døgnet i tre åpninger: Rumpen, munnen og nesen.

Ormene på 10 til 30 centimeter lever bare noen sekunder i luft. Hun måtte dra dem ut.

– Jeg var veldig redd. Det var masse blod i avføringen.

Fleire døde av å ha så mange innvollsormer i kroppen. Hun husker en baby på et halvt år som hadde 200 ormer i bleien. Ingen andre i familien hennes hadde denne plagen.

Eggene kom fra maten og utviklet seg i varmen. Hun ble besatt av å spise sand, visste ikke at også der var det ormeegg.

– Dette tok over livet mitt, forklarer hun.

Det ble mange sykehusbesøk. Allerede da spiret ideen: Jeg vil jobbe med syke folk.

Hun jaktet alltid på mat. Lunsjen kunne bestå av vannet som ble silt av etter å ha kokt ris, iblandet sukker.

– Jeg var underernært. Huden sprakk her.

Hun peker på munnvikene.

– Det var flaut. Jeg brukte kull for å dekke over de lyse flekkene.

Til tross for lav energi klarte hun seg godt på skolen og fikk pris som beste elev.

Slag var en del av oppdragelsen.

– Ofte ba jeg: Kjære Gud, la meg slippe juling i dag!

Men det var stadig en anledning både for læreren og tanten å ta fram beltet. Altfor mange slag ved nyrene gjør at hun sliter med blæren i dag.

Fem år gikk, og ormene var der stadig. Så fant familien ut: Du må til Norge for å bli frisk.

**BLE FRI FOR ORM.** Hun kom hit 12. mai 1985. Hun var 14 og ante ingenting om sykepleiernes dag eller sitt framtidige yrke.

– *Hadde du lyst til å dra hjemme fra?*

– Ja, for å kunne skape en framtid. I Guyana tok skolegangen slutt etter ungdomsskolen. Både mor og lærerne oppfordret meg til å reise for å få et bedre liv.

Far måtte ta over ansvaret to år tidligere enn planlagt. Nå skulle hun bo hos ham, som hun kun hadde sett et par ganger, hans nye kone og tre halvsøstre.

Det bar rett på Askim sykehus. Etter en uke var spolormene vekk.

– Det var uvant. Men det var en befrielse.

Lyse folk hadde hun sett én gang.

– Jeg kom ut av flyet: Oj! Men jeg ble ikke skremt. Jeg tenker at det er som masala (krydderblanding), jeg liker at mennesker er blandet.

Hun var vant til å stå tidlig opp, hente vann og vaske klær. Skoleuniformen var alltid nyrstrøket. Derfor ble hun forundret da hun møtte elevene på ungdomsskolen i Norge.

– Det var bra at jeg var vant til å ta ansvar. Men jeg var misunnelig, alle snakket jo norsk.

Siden hun var under 18 år, fikk hun seks timers norskundervisning hver dag.

– Jeg ble godt tatt vare på i klassen. Jeg bestemte meg for å lære fort. Etter tre måneder snakket jeg norsk. Heldigvis ble jeg rettet på underveis.

**FLYTTET.** Etter to år flyttet hun fra faren, det ble for komplisert i den nye familien. Hun forelsket seg og flyttet til Hadeland. 18 år gammel fikk hun og kjæresten en sønn. Samme år begynte hun på helse- og sosiallinjen. Etterpå fikk hun jobb som hjemmehjelp her på Ullern.

– Jeg pendlet mellom Oslo og Hadeland i fem år.

Så ble det trøblete hjemme. Hun dro til Kabelvåg og ble der i tre år. Tilbake i Oslo tok hun fagbrevet i omsorgsarbeid. Deretter utdannet hun seg til medisinsk sekretær.

– Jeg jobbet på et legesenter, men der var det bare rutiner. Så jeg kom tilbake hit til Ullern. Jeg har 19 års ansiennitet, sier hun fornøyd, mens kollegene passerer i korridoren.





Var syk: – Ormene tok over livet mitt.

Hjemme: Faye er 1,5 år, utenfor huset hun bodde i. Dette er det eneste bildet hun har av seg selv som liten. Foto: Privat



Det gikk noen år. Så begynte hun på sykepleien på Høgskolen i Oslo. Etter erfaringer med gjeld, bestemte hun seg: Aldri mer studielån.

– Jeg jobbet 70 prosent og studerte full tid. Det ble litt tøft så jeg tok et års pause.

Hun reduserte jobbingen til 50 prosent og studerte videre på full tid. I 2010 var hun ferdig.

**BLE STYRKET AV SØNNEN.** – Alle har bagasje, sier hun mens hun hviler haken i hånden.

– Har du ikke bagasje, har du ikke levd. Uten hadde jeg ikke blitt den jeg er. Det er ikke greit å bli mishandlet, men reiser du deg, kan du komme deg videre.

Andre har det verre, kan hun tenke.

– Jeg lar meg ikke knekke. Men innimellom husker jeg ting. Hvis jeg ser en film med vold, kan jeg få flashback og bli lei meg.

Det er sønnen som har gjort henne sterk:

– Jeg ville være et forbilde for ham. Han er nå 26, driver med musikk og har samboer.

Selv har hun fått psykologhjelp og gruppeterapi på Dixi ressurscenter for voldtatte. Hun har fått voldsoffererstatning for varige men.

– Den gjelder vold i et forhold i Norge. Men jeg vokste opp

med slag hver dag. Det begynte som baby. De mente streng disiplin er til barnas beste. Slik er det fortsatt.

Mor døde i 2010, da Peters holdt på med bacheloroppgaven sin.

– Jeg hadde skrevet 2 000 ord. Det skulle være 9 000. Hvis jeg ikke leverte i tide, måtte jeg vente ett år.

## «Lyse folk hadde jeg sett én gang.»

Hun dro, gravla mor og leverte to dager før fristen. Hun hadde ikke sett moren på ti år. Planen hadde vært å besøke henne da hun ble ferdig sykepleier og sende henne penger hver måned. I stedet kjøpte hun sportsbilen.

– Den er blitt et symbol, en påminnelse om mor som døde så brått.

Allerede to uker før hun var ferdig sykepleier, spurte kollegene om hun ville være tillitsvalgt. «Hvis du består», sa de. «Ok», sa hun.

Nå er hun både plasstillitsvalgt og hovedtillitsvalgt og har hatt sine første lokale lønnsforhandlinger.

**38 NASJONALITETER.** Her i hjemmetjenesten er det drøyt 100 ansatte med 38 ulike nasjonaliteter.

– Vi er fra fire verdensdeler. Kun Australia mangler. Spesielt



i hjemmesykepleien er det mange utlendinger, flest fra Filippinene. Og mange fra Serbia. Og svensker.

For ikke å glemme Polen.

– Mange sliter med språket. De fleste synes det er lettere å spørre en annen utlending enn en nordmann.

– *Hvorfor?*

– Det er tryggere å henvende seg til en annen fremmedspråklig som er i samme situasjon. Det kan være om noe på arbeidslisten som de ikke skjønner.

Selv oppfordrer hun dem til å spørre enhetslederen:

– Han er fra Nord-Norge, og kan høres streng ut, ler hun, – men han er verdens snilleste, det er bare dialekten. «Han vil støtte og veilede deg», sier jeg til de andre. Ingen er perfekt i denne jobben her.

Er ikke jobben kjedelig, blir hun ofte spurt.

– Men vet du hva, ingen dager er like. På sykehus er det mindre rom for å tenke selv, man spør gjerne legen. Når du kommer hjem til pasientene, må du ta bestemmelsen selv. Det gjør at jeg vokser og lærer.

– *Har pasientene mange nasjonaliteter?*

– Om 15 år vil de ha det. Men nå er det noen få.

Hun var 19 da hun begynte som hjemmehjelp.

– Da jeg kom hjem til en dame, sa hun: «Dere må ansette noen andre enn disse utlendingene.» Men etter et par uker, ville hun bare ha meg. Jeg visste jo ikke hva en langkost var, så jeg skrubbet golvet på knærne. Hun likte at jeg vasket grundig.

Men språket er avgjørende:

– Vil du jobbe med gamle og syke, må du kunne bli forstått. Ellers risikerer du feilmedisinering.

– *Er du bekymret?*

– På sykepleiermøter spør vi: «Er det noe du trenger hjelp til?» Vi spør og spør, det er vi flinke til. Heller en gang for mye enn en for lite, for vi må unngå feil. Vi har et godt miljø, mange har vært her i mange år. Hvis man ikke trives, jobber man ikke bra.

## «Jeg ville være et forbilde for sønnen min.»

Hun liker de gamle:

– Når de forteller, kjenner jeg meg igjen. Vi brukte også vaskebrett.

– *Er pasientene interessert i deg?*

– Ja, særlig i språket. En gang hadde jeg snakket med en dame på telefon før jeg dro til henne. Da hun åpnet døren, var hun overrasket «Det var en norsk dame som ringte meg», påsto hun.

Hun ler. Og fastslår at norsk er vanskelig.

– Mange snakker norsk bare på jobben. Da stopper utviklingen opp. Men man kan ikke tvinge dem.

Selv har hun engelsk som morsmål.

– Når jeg treffer mørkhudete, for eksempel fra Kenya, går det på engelsk.

Så kan vi stå fast: «Hm, trygdebolig? Har vi det ordet på engelsk?» Men det er egentlig litt ufint å slå over på engelsk når andre er til stede, erkjenner hun.

Arbeidet er mangfoldig:

– Vi må kunne om kreft, ernæring, demens. Sårstell, vi har mye kurs. Mange dør hjemme med kreft. Vi må kunne bruke vap-pumpe.

Hun bor i Bærum, ikke langt unna. Der har hun kjøpt seg leilighet.

– Der er det godt å slappe av etter arbeid. Jeg trives i eget selskap.

**BESØKER TANTE.** Om en uke reiser hun til Santa Lucia. Hun skal besøke fars familie. Tanten har brystkreft, onkelen har magekreft. Hun vil støtte dem og følge med når onkel får cellegift.

– Jeg vil sammenlikne behandlingen der med den norske. I Karibia er det slik: Har du penger, får du bra behandling; Har du ikke penger, får du ikke så bra behandling. Jeg er stadig bekymra for dem hjemme, de er så nære. Kusinene mine er som søstre. Det syns nordmenn er rart.

Hun har klart seg selv siden hun var 16 år. Nå er hun 44.

– Det er håp for alle. Mange har lett for å gi opp. Det gjelder å ha de rette folkene rundt seg. Komme seg videre, selv om for tiden ikke er glemt.

– *Hva har vært avgjørende i livet ditt?*

– Først og fremst sønnen min. Men også min sønns farmor.

Da sønnen var nyfødt, fikk svigermor kreft med spredning.

– Det var mitt første møte med døden. Jeg var bare 18 år, men jeg stelte henne fra april til august. Da skjønte jeg at jeg skal jobbe med syke mennesker. Jeg var ikke redd for det. Jeg så det som en lærdom å ta med senere i livet.

– *Hva skal du gjøre framover?*

– Jobbe i hjemmesykepleien. Jeg har utdannet meg nok for en stund, men jeg tar gjerne noen kurs. Jeg er opptatt av stomi, det er litt sært. Ernæring fenger meg veldig. Men psykiatri er ikke min sterke side, der må jeg si jeg er feig. Sikkert fordi jeg kjenner meg igjen. Jeg er redd for å møte altfor syke personer, kanskje de klikker. Demens takler jeg.

– *Blir du boende i Norge?*

– Yes! Men når jeg blir 60, kan jeg kanskje jobbe ni måneder i Norge og så jobbe frivillig i Karibia i tre. Da kan jeg ta med meg det jeg har lært. Jeg tror ikke det er noe som heter hjemmesykepleie der. Vi er ganske bortskjemt.

Hun tar seg en tur på do igjen. Det er den blæren.

Det er ikke lett å glemme spolormene. Jeg ringer henne dagen etter.

– *Har du mareritt om ormene?*

– Det har faktisk skjedd de siste årene. Et par ganger i måneden drømmer jeg at de kommer ut av munnen, ti stykker, i en bunt. Jeg prøver å dra dem ut. De er uendelig lange. Til slutt må jeg bite eller klippe dem av. Da bråvåkner jeg. ●

marit.fonn@sykepleien.no

# JOB

## Sykepleien 03 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger  
på nett: [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no)



## Vil du jobbe med et viktig IT-system for sykehusets sykepleiere og leger?

Vi er en gruppe på 7 forvaltere i Sykehuspartner HF som er ansvarlig for den digitale kurveløsningen MetaVision. Systemet erstatter dagens papirkurve, og er i bruk på et økende antall avdelinger på de største sykehusene i Helse Sør-Øst. Derfor utvider vi og trenger deg med klinisk bakgrunn og interesse for IT!

Enheten kurve ligger i seksjonen kliniske spesialistapplikasjoner, som igjen hører til i forvaltningsavdelingen. Forvaltningsavdelingen har ansvaret for flere tusen applikasjoner som er kritiske i helsepersonellens arbeid med å redde pasienters liv og helse.

Som forvaltere er vi eksperter på applikasjonen og jobber for å sikre den daglige driften på sykehusene.

### Arbeidsoppgaver

- Håndtere feilsituasjoner.
- Være bindeledd mellom kunde, forvaltning og leverandør.
- Konfigurere løsningen til forskjellige brukere og områder.
- Delta i videreutvikling og forbedringer.

### Kvalifikasjoner

- Utdannelse på universitets-/høyskolenivå tilsvarende bachelor eller høyere, primært innen helsefag
- Erfaring fra bruk av elektronisk kurve hadde vært bra, men er ikke et krav
- Erfaring fra systemutviklingsprosjekter er også en fordel, men heller ikke et krav

### Utdanning

- Helsefag
- Høyskole/Universitet, Diplom- / Bachelorgrad
- IKT fag

### Egenskaper

- Jobben innebærer mye samhandling og vi vil derfor legge vekt på personlige egenskaper. Med det mener vi at du må være positiv, kunne formulere deg godt og være motivert for å ta ansvar.
- Du må også kunne jobbe godt selvstendig og fungere i team.

### Vi tilbyr

- Stillingsbrøk: 100%
- Interessante, utviklende og varierte arbeidsoppgaver i et spennende fagmiljø med mye kompetanse
- Fleksible arbeidstidsordninger
- Gode pensjons- og forsikringsvilkår

### Kontaktinfo

Magnus Clough, enhetsleder, tlf. 950 25 757

**Søknadsfrist: 22. mars 2015**

**Ref. nr.: 2514725660**

For søknad se under ledige stillinger på [www.sykehuspartner.no](http://www.sykehuspartner.no)

## Kristiansund kommune har ledig

### 75 % stilling for jordmor

Tiltredelse snarest mulig.

**Søknadsfrist: 30. mars 2015.**

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema finner du på [www.kristiansund.no](http://www.kristiansund.no)



Kristiansund kommune

I medvind uansett vær



## III kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no), fremkaffer og formidler forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak og arbeider med å måle kvalitet på utvalgte helsetjenester. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret har ca. 200 ansatte og holder til i Oslo sentrum.

K1/2015

### Sykepleier

Vi søker: **til en stipendiatstilling**

Det er ledig et treårig PhD-stipend tilknyttet Seksjon for brukeropplevd kvalitet, finansiert av Norsk Sykepleierforbund.

Søker må være autorisert sykepleier og tilfredsstillende kvalifikasjonskrav for opptak til PhD-program ved Universitetet i Oslo.

Målet i det aktuelle prosjektet er å studere arbeidsbetingelsene til sykepleierpersonell, kvalitet og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten. Det innebærer bl.a. utvikling og utprøving av spørreskjema og rutiner for datainnsamling.

**Søknadsfrist:** 25. mars 2015

**Kontaktperson:** Ingeborg Strømseng Sjetne, seniorforsker, tel. 464 00 400. Øyvind Bjertnæs, seksjonsleder, tel. 911 76 045. Prof. Anne Karin Lindahl, avdelingsdirektør, tel. 930 11 169.

Se full utlysningstekst: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no).



**Tasta Sykehjem**  
-trygghet og trivsel for alle

Med 240 ansatte, 145 heldøgns plasser og 27 dagplasser er Tasta sykehjem Stavangers største sykehjem med et bredt tverrfaglig miljø. Sykehjemmet er en diakonal institusjon, og vår målsetting er å drive omsorgsarbeid på et kristent verdigrunnlag. Vår visjon er "Trygghet og trivsel for alle".

### SYKEPLEIER

Utfyllende annonsetekst finnes på våre nettsider:  
[www.tasta-sykehjem.no](http://www.tasta-sykehjem.no)

Nærmere oppl. om stillingen ved henvendelse til oversykepleier Berit Ihle Olsen eller daglig leder Per Andreassen, tlf.: 51 56 85 00

Skriftlig søknad med CV sendes:  
Daglig.leder@tasta-sykehjem.no, eller

Tasta sykehjem  
Prestveien 14  
4025 Stavanger.

**Søknadsfrist: 5. april 2015**



## Seksjonsleder

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Avdeling for psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner har ledig stilling som seksjonsleder ved Regional sikkerhetsseksjon (RSA). RSA er en høyspesialisert tjeneste med regional funksjon for Helse Sør-Øst.

Seksjonen søker en samlende og målrettet leder. Som seksjonsleder har du faglig, administrativt og økonomisk ansvar.

Seksjonen har fokus på samfunnsvern og pasientbehandling av høy kvalitet.

Kontaktinfo:  
Trond Haakon Noddeland, avdelingsleder, tlf. 982 07 585.

**Ref.nr. 2502245794      Søknadsfrist: 26.03.2015**

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



## Avdelingsleder

KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET

Avdeling psykisk helsevern, døgntilbud har ledig stilling som avdelingsleder. Avdelingen søker en samlende og målrettet leder. Som avdelingsleder har du faglig, administrativt og økonomisk ansvar for avdelingen.

Avdelingsleder rapporterer til klinikkleder og er en del av klinikkens ledergruppe.

Kontaktinfo: Marit Bjartveit, klinikkleder, tlf. 908 64 267 eller Karin Erlimo, HR-leder, tlf. 916 18 316.

**Ref.nr. 2512817319      Søknadsfrist: 22.03.2015**

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

**FOKUS ØYEKLINIKK**  
Øyelege Åge Vardenær

**SYKEPLEIER, FORTRINNSVIS  
ØYEOPERASJONSSYKEPLEIER, SØKES!**

Fokus øyeklinikk i Trondheim er en privat travel øyeklinikk med stor vekt på kirurgi (hovedsakelig introkulære opr./ grå stær og refraktiv opr., også noe oculoplastikk) hvor sykepleier har viktig funksjon med forberedelse og operasjonsassistanse. For øvrig vanlig praksis/poliklinikk med øyepasienter hvor sykepleier har en sentral rolle.

Vi søker sykepleier til 50-100 % stilling for tiltredelse primo juni. Fortrinnsvis har du erfaring fra øyefaget, men ikke absolutt krav så lenge du er motivert for nye utfordringer.

Klinikken holder til i lyse, trivelige og romslige lokaler sentralt i Trondheim. Arbeidstid dag, ikke helg. Konkurransedyktig lønn.

Kontakt daglig leder/ øyelege Åge Vardenær,  
agevardener@fokusoyeklinikk.no tel 95770737  
FOKUS ØYEKLINIKK, Kjøpmannsgt.31, 7011 Trondheim  
[www.fokusoyeklinikk.no](http://www.fokusoyeklinikk.no)

**Fagutviklingssykepleier**  
**Mariehaven bo- og behandlingssenter**

Nytt og moderne sykehjem søker etter en dyktig medarbeider som har utdanning eller lang erfaring fra demensomsorg, helst spesialutdanning.

**Ref. nr.: 2525560939**  
Les mer på [www.baerum.kommune.no/jobb](http://www.baerum.kommune.no/jobb)

Bærum kommune –  
kanskje ditt viktigste valg



Sogndal kommune har om lag 7800 innbyggjarar og er regionsenter i Sogn. Sogndal kommune har 630 tilsette og er største arbeidsgjevar i kommunen. Kommunen kan tilby storslått natur, med høge toppar, djupe fjordar og vakre dalar. Det er spesielt gode mogelegheiter for skikøyring, klatring og anna bratt moro. Idrettslaget er aktivt og har eit breitt tilbod av aktivitetar. På same tid er det eit godt lokalmiljø, eit koseleg sentrumsområde, der ein har «alt» det urbane ein treng, deriblant eit variert kulturliv. Sogndal er stort nok til å gi mangfald, men lite nok til å gi oversikt, tryggleik og nærleik.

Kommune byggjer nytt Helse- og Omsorgssenter som skal opnast i 2017. Dette bygget skal innehalde helsestasjon, legesenter, rehabiliteringsavdeling, sjukeheim, omsorgssenter, frisklivs- og mestringssentral, dagsenter og heimesjukepleie. Sjukeheimen har i dag kommunale akutte døgnplassar der vi ønskjer sjukepleiarar med vidareutdanning i akuttsjukepleie. Sogndal kommune satsar på høg kompetanse i tenestene sine og tilretteleggjer for vidareutdanning i jobbsamheng

**VI HAR LEDIG**

- 2 faste sjukepleiarstillingar i 100 %.
- 2 faste sjukepleiarstillingar i 100 % som institusjonsvikar.
- Fleire vikarstillingar som sjukepleiar.
- Tilkallingsvikarar innan sjukepleie.

**Kontaktpersonar:**

Avdelingssjukepleiar Karita Nes, tlf.: 57 62 98 18, e-post: karita.hjelmeland@sogndal.kommune.no  
Tenesteleiar Jarle Helge Skaar, tlf. 57 62 98 16, e-post: jarle.helge.skaar@sogndal.kommune.no

**Søknadsfrist: 31.03.2015**

Fullstendig utlysningstekst for stillingane finn du på vår heimeside: [www.sogndal.kommune.no](http://www.sogndal.kommune.no) - ledige stillingar og vår Facebookside. For søknad bruk vårt digitale søknadsskjema som er knytt til utlysningsteksten på heimesida.



**Oppdal kommune**

Oppdal kommune er fjellbygda i Midt-Norge også kjent for Norges største alpine skiområde. Mellom Dovrefjell og Trollheimen ligger oppdalsbygda, som kan tilby et utall av naturbaserte aktiviteter for hele familien.

**Ved Oppdal helsesenter har vi ledig 100 % stilling som avdelingssykepleier**

For fullstendig utlysning se våre nettsider [www.oppdal.kommune.no](http://www.oppdal.kommune.no)



**VADSØ KOMMUNE**

**Sykepleiere**

Hjemmesykepleien har ledig en fast 100 % stilling som sykepleier, og ett vikariat i 100 % stilling ledig fra 01.06.15 - 31.05.16 med mulighet for forlengelse.

Som sykepleier i hjemmetjenesten vil du ha en arbeids- hverdag preget av mange faglige utfordringer, og du vil utføre dine arbeidsoppgaver i mørketid og midnattsol, og i vær og vind.

**Søknadsfrist: 22.03.15, stilling nr 12/15**  
**For fullstendig utlysningstekst, se [www.vadso.kommune.no](http://www.vadso.kommune.no) under ledige stillinger.**



VADSØ KOMMUNE  
Postboks 614, 9811 VADSØ Telefon 78 94 23 00. Telefaks 78 94 23 09  
postmottak@vadso.kommune.no [www.vadso.kommune.no](http://www.vadso.kommune.no)



Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 470 000 mennesker i 26 kommuner.

## OPERASJONSSYKEPLEIERE

### AIO Operasjon, Bærum sykehus

Referansnr. 2535483065

Søknadsfrist: 8. april 2015

Bærum sykehus ligger i naturskjønne omgivelser nær Oslo med muligheter for mange gode opplevelser og rekreasjon fra marka, sjøen og storbyen.

Operasjonsseksjonen er organisert i samme avdeling som sterilforsyning, anestesi, postoperativ, intensiv og akuttmottak samt renhold operasjon (AIO). Seksjonen har fokus på fag og godt arbeidsmiljø, med pasienten i sentrum.

**Vi har ledig 3 x 100 % stilling, fast og vikariat, for operasjonssykepleiere.**

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Ann Vikebø, avdelingssykepleier, tlf. 67 80 96 40 / 918 09 253 eller Nanna Strengenhagen, assisterende avdelingssykepleier, tlf. 67 80 93 31.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)

frantz.no



St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 9 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på [www.stolav.no](http://www.stolav.no)

### St. Olavs Hospital og Orkdal Sjukehus

Klinikk for Anestesi og intensivmedisin, Anestesiavdelingen

## Anestesisykepleier

- 100 % fast stilling lokalisert i Trondheim.
- 100 % vikariat, ett år med mulighet for forlengelse ved Orkdal Sjukehus.

Nærmere opplysninger om stillingene kan fås ved henvendelse til avdelingssjef Bjørg Fenstad, tlf. 72 57 56 40, [bjorg.helene.fenstad@stolav.no](mailto:bjorg.helene.fenstad@stolav.no) eller avdelingssjef Tage Jonas Holmqvist, tlf. 72 57 56 04, [tage.jonas.holmqvist@stolav.no](mailto:tage.jonas.holmqvist@stolav.no)

Søknadsfrist: 12. april 2015

Søknad sendes elektronisk via [www.stolav.no](http://www.stolav.no), velg **Jobbsøk, deretter ledige stillinger**.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no



## Få de beste jobbsøkerne!

I Sykepleien blad og nett når du ut til ALLE sykepleierne i Norge, og ikke bare de som er på aktiv jobb jakt. Derfor får du bedre søkere gjennom en stillingsannonse i Sykepleien. Velg mellom blad og nett, eller ta begge deler som de fleste gjør!

**Sykepleien**



**SEL  
KOMMUNE**

Sel kommune med ca. 6000 innbyggere ligger midt i Gudbrandsdalen med kort avstand til landets flotteste og mest besøkte nasjonalparker og elver. Kommune- og regionsenteret Otta er et viktig samferdselsknutepunkt for vei og jernbane. Otta har bystatus.

### HELSESØSTER – 100 % FAST STILLING

Sel kommune har ledig spennende og utfordrende stilling som helsesøster. Helsestasjon er delt i skolehelse- og småbarnteam. Tjenesten har 7 årsverk, inkludert jordmor og miljøterapeuter. Helsestasjonen er en del av virksomheten Familie og Velferd, som i tillegg består av avdelingene psykisk helse arbeid, interkommunal barneverntjeneste, fysioterapi og ergoterapi.

- For fullstendig utlysning og søknad på elektronisk se vår hjemmeside: [www.sel.kommune.no](http://www.sel.kommune.no)

Spørsmål om stillingen rettes til avdelingsleder Anne Enkerud Lien tlf. 93 45 23 50.

Søknadsfrist: 27.03.15



**Engerdal kommune**

Engerdal kommune ligger i Hedmark fylke med grenser mot Sverige, Trysil, Røros, Os, Tolga og Rendalen. Utmark, jord, skog og reiseliv er viktig for næringslivet. Kommunen er veldrevet og har et godt utbygd tjenestetilbud, med høy kvalitet. Kommunen kan tilby full barnehagedekning, et godt skoletilbud og et rikt kulturliv. Her er det rimelig å bo og gode og varierte muligheter for friluftsliv, jakt og fiske.

### Innen Pleie og Omsorg er det ledig umiddelbart:

1. **100 % stilling som avdelingsleder, hvorav 50 % administrative oppgaver og resterende 50 % er aktiv tjeneste på avdeling.**
2. **100 % stilling som sykepleier hvorav 75% stilling er fast og 25% er vikariat**

Søknad sendes elektronisk og søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finnes på [www.engerdal.kommune.no](http://www.engerdal.kommune.no)

Søknadsfrist: 21. mars 2015

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

**Kristiansand**

**Spesialutdannet sykepleier/sykepleier  
- Anestesiavdelingen, Intensiv enhet**

Intensivsenheten ivaretar akuttberedskap innenfor kirurgi, akutt- og intensivmedisin. Enheten behandler både intensiv- og intermedieærpasienter.

I forbindelse med økning av intermedieærkapasitet, blir det opprettet nye stillinger tilknyttet intensiv enhet, Sørlandet sykehus HF. Oppstart medio august, ev. annet tidspunkt etter avtale.

Opplysninger: Grethe Abusdal, enhetsleder, tlf. 38 07 37 61 eller Alf Frode Eriksen, ass. enhetsleder, tlf. 38 07 61 38

**Søknadsfrist: 06.04.2015**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobbsok](http://www.sshf.no/jobbsok)

**Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.**

frantz.no



**Sykepleier**

**Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung, Døgnbehandlingsenhet, Gaustad**

Seksjon rus- avhengighetsbehandling ung tilbyr differensiert, fleksibel, individuelt tilpasset behandlingstilbud for rusavhengige under 26 år med behov for spesialisthelsetjeneste i OUS' opptaksområde.

Til Døgnbehandlingsenheten søker vi etter sykepleier i 100 % stilling. Stillingen inngår i to-delt turnus med arbeid hver 3. helg.

Kontaktinfo: Stian Løvsett, enhetsleder, tlf. 479 04 539 eller Linda J. Sundby, spes. utd. sosionom, tlf. 994 22 860

**Ref.nr. 2495733580**

**Søknadsfrist: 22.03.2015**

frantz.no

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Sykehuset Østfold gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Vi samarbeider med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak for å gi Østfolds befolkning et best mulig helsetilbud. Vi er et sykehus i utvikling. Nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg vil stå ferdig i 2015, og Sykehuset Østfold Moss er oppgradert. Dette skal, sammen med helsetjenester i Østfolds fem regioner, gi gode helsetjenester til befolkningen i fremtiden. Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.

**Intensivavdelingen**

**Spesialsykepleier/sykepleier**

Faste stillinger og vikariater

**Kontaktinfo:**

- Seksjonsleder Cathrine Kalmer, intensiv- og postoperativ seksjon, tlf. 69 86 06 03
- Seksjonsleder Anne Kristin Melby, overvåkningen, tlf. 69 86 11 65
- Seksjonsleder Therese Sture, overvåkningen, tlf. 69 86 11 35

**Søknadsfrist: 31. mars 2015**

Fullstendig utlysningstekst finnes på [www.sykehuset-ostfold.no](http://www.sykehuset-ostfold.no) og [www.nav.no](http://www.nav.no). Søknad sendes elektronisk via link på [www.sykehuset-ostfold.no](http://www.sykehuset-ostfold.no).

frantz.no



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

**Sykepleier/miljøterapeut**

Ved Avdeling for Traumebehandling blir det ledig en 50 % fast stilling som sykepleier/miljøterapeut med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Tiltredelse 1.juni 2015.

**KONTAKTPERSON:**

Avdelingsleder Gun Abrahamsen på tlf.: 32 74 97 00.

Søk elektronisk via [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no). Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 27. mars 2015

[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)



## Ledige stillinger i Tromsø kommune

### Omsorgstjenesten Jadeveien

– et sykehjem for pasienter med demenssykdom

3 x 100 % faste sykepleierstillinger (dag) med arbeid hver 3. helg

2 x 50 % faste sykepleier stillinger (natt) med arbeid hver 4. helg.

Det er også ledig faste helgestillinger og behov for flere tilkallingsvikarer.

■ Frist: 21. mars

### Selnes barne- og avlastningsbolig

100 % stilling som sykepleier/vernepleier (dag/kveld) med arbeid hver 3. helg

■ Frist: 27. mars

### Kroken sykehjem – utviklingscenter for sykehjem i Troms

100 % fast sykepleierstilling i todelt turnus med arbeid hver 3. helg

■ Frist: 15. mars



Som Nord-Norges største kommune har vi høye forventninger til oss selv. Derfor ønsker vi deg som har ambisjoner – både på egne og samfunnets vegne. Mer informasjon på [tromso.kommune.no/jobb](http://tromso.kommune.no/jobb)



## Skjervøy kommune

En trivelig kommune i Nord-Troms

Skjervøy kommune med ca. 2.900 innbyggere hvorav 2.400 på tettstedet, er en øy kommune i Nord-Troms beliggende nær eksotiske havstrøk som Lopphavet og Fugløybanken. Kommunen er ei naturperle med flott friluftsliv- og turterreng sommer som vinter, og er en livlig sjøretta småby med industri og handelsvirksomhet. Tettstedet har avgiftsfri fastlandsforbindelse via undersjøisk tunnel, daglig hurtigruteanløp, hurtigbåt til Tromsø flere ganger pr. uke og småflyplass i nabokommunen. Fra år 2000 ble nytt helsesenter tatt i bruk med lege- og fysioterapiavdeling, sykestue, sykehjem, skjermet enhet, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

## FERIEVIKARIATER FOR OFF. GODKJENTE SYKEPLEIERE

**Pleie- og omsorgstjenesten har behov for ferievikarer i tidsrommet 22.juni til 14.august 2015:**

- Skjervøy sykestue og sykehjem inkl. avdeling for personer med demenssykdom
- Hjemmetjenesten
- Psykiatritjenesten inkl. Omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser

### Vi driver med aktiv sykestue slik:

- Akutt medisinsk behandling m/legevaktfunksjon
- Behandling av barn
- Avansert medisinsk behandling
- Videre sending til UNN
- Postoperativ behandling etter utskrivelse fra UNN

Hjemmetjenesten og institusjonen er samlokalisert i det nye helsesenteret. Psykiatritjenesten er samlokalisert i Skoleveien 2. Søkere til hjemmetjenesten må ha førerkort for bil. Lønn og arbeidsvilkår etter lov- og avtaleverk.

**Vi tilbyr fri reise på billigste måte, og bolig for ferievikarer. I forhold til boliger kan flere dele på sammen i leilighet hvor boligen har flere soverom.**

**Ferievikarer som arbeider 4 uker og mer vil få et tilskudd med kr. 4.000 som stiger med 1.000 kr. pr. uke for inntil 8 uker.** Det forutsettes at arbeidet utføres sammenhengende i full stilling, og at man ikke har fravær i denne perioden.

Nærmere opplysninger fås ved å kontakte leder ved Skjervøy sykestue og sykehjem tlf. 77 77 5742, leder av hjemmetjenesten tlf. 77 77 5732, leder i Skoleveien 2 tlf. 77 77 55 63 eller helse- og omsorgssjef tlf. 77 77 55 50

Søknad med kopi av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og omsorgssjefen **innen 6.april 2015.**

Les mer om oss under helse- og sosialtjenestene på [www.skjervoy.kommune.no](http://www.skjervoy.kommune.no)

Diakonhjemmet Høgskole er en diakonal utdanningsinstitusjon som tilbyr utdanning innen helse- og sosialfag, ledelse og diakoni.

## Førsteamanuensis i sykepleie/helsefag

Det er ledig to faste stillinger på 100 % ved Institutt for sykepleie og helse i Oslo.

**Søknadsfrist 13. april 2015**

Fullstendig stillingsannonse:  
<http://dia.no/015-00400>



## MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - BERGEN - BODØ - KRISTIANSAND  
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

[mediyoga.no](http://mediyoga.no) +46 85 40 882 80



## Vil du bidra til bedre helse for eldre og innen psykisk helsearbeid?

Ta master i klinisk helsearbeid

- Geriatrisk helsearbeid eller
- Psykisk helsearbeid


Videreutdanning / masteremne i Helse - og velferdsteknologi i samhandling og omsorg (15 sp)

Kontaktperson: Hilde Eide, tlf. 48 24 30 96

**Søknadsfrist: 15. april**

[hbv.no](http://hbv.no)





**NORSK GESTALTINSTITUTT**  
HØYSKOLE

**ØNSKER DU Å JOBBE MER KREATIVT OG MED EN STØRRE HELHETSFORSTÅELSE?**

Vi tilbyr utdanning i **GESTALTTERAPI**  
4-års deltidsstudium som gir 120 studiepoeng.  
Oppstart høst 2015

**COACHING/VEILEDNING**  
2-årig deltidsstudium som gir 60 studiepoeng.  
Oppstart høst 2015

**INFOMØTER**  
**Oslo: 17.mars** klokken 18:00 - 19:30,  
Pilestredet 75 C, 0354 Oslo  
**Trondheim: 7. april** klokken 18:00 - 19:30 I RELASJON,  
Olav Tryggvasonsgate 8 - 10

Gestaltmetode er en av de mest utbredte retninger innenfor psykoterapi, coaching, veiledning og i organisasjons- og konfliktarbeid.

Les mer: [www.gestalt.no](http://www.gestalt.no)



[www.vt-medical.com](http://www.vt-medical.com)  
**AKTROMMET**



**UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER**

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:  
[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)




[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)  
[post@vaktrommet.no](mailto:post@vaktrommet.no)  
Tel: 926 97 497

 Lik oss og vær med i trekninger!



**UNIVERSITETET I BERGEN**  
Det psykologiske fakultet

**Søknadsfrist: 15.april 2015**  
Studieoppstart august 2015

**Master i barnevern**  
Har du bachelorgrad fra sosialhøgskole, bachelorgrad i psykologi, pedagogikk, helsefag, samfunnsvitenskap, e.l.? Da kan en master i barnevern være noe for deg!

2 års fulltidsstudium med samlingsbasert undervisning.  
For nærmere informasjon: [www.uib.no/studieprogram/MAPS-BARN](http://www.uib.no/studieprogram/MAPS-BARN)

**Master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi**  
Har du bachelorgrad i sykepleie, helsefag, eller samfunnsvitenskap e.l. og har lyst å jobbe med folkehelse og helsefremming? Da kan en master i helsefremmende arbeid være noe for deg!

2 års fulltidsstudium  
For nærmere informasjon: [www.uib.no/studieprogram/MAPS-HEFR](http://www.uib.no/studieprogram/MAPS-HEFR)

Spørsmål kan stilles til informasjonssenteret ved Det psykologiske fakultetet:  
Tlf: 55 58 27 10/ E-post: [studierettleiar@psyfa.uib.no](mailto:studierettleiar@psyfa.uib.no)

*Les mer i annonsen på sykepleien.no*



Ta en master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre. Heltid, deltid, eller ta enkeltemner.

Studiet er tverrfaglig.

Les mer på

[www.diakonhjemmet.no/eldre](http://www.diakonhjemmet.no/eldre)

  
**Diakonhjemmet**  
Høgskole



## Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA) tilbyr grunnutdanning i gruppepsykoterapi med ettårig grunnleggende og toårig videregående trinn. Utdanningsprogrammets målsetting er å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmene legger vekt på integrering av gruppeanalytisk/-dynamisk teori, veiledning på egen praksis og egenerfaring i smågrupper og storgruppe.

I tillegg til treårig grunnutdanning er det mulighet for påbygging/fordypning i forskjellige retninger: kvalifiserende utd (to år) i gruppeanalyse (diplom), mentaliseringsbasert gruppepsykoterapi, gruppepsykoterapi ved rusavhengighet for ungdom og gruppeterapeutisk kunst/billedterapi.

IGA starter høsten 2015 nye ettårige grunnleggende trinn på Voksenåsen kultur- og konferansehotell. Utdanningen består av 5 delkurs à 3 dager pr. år. Mellom delkursene møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider [www.iga.no](http://www.iga.no). **Søknadsfrist 15. april 2015.**

**Institutt for Gruppeanalyse**  
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo  
Tel: 466 11 330, E-post: [iga@iga.no](mailto:iga@iga.no)



## MANGFOLD I SYKEPLEIEFAGET

Vi har mye faglig å lære av hverandre

24. april arrangerer Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontorer i Oslo og Akershus gratis fagseminar for sine medlemmer i Oslo kongressenter, Folkets Hus.

Vi gjentar suksessen fra foregående år og lar noen av NSF's 33 faggrupper sette fokus på ulike sider av sykepleiefaget. Det vil være andre faggrupper i forhold til foregående år da vi ønsker å vise mangfoldet i sykepleien. I tillegg har vi i år med foredragsholdere som ser helsetjenesten mer i et overordnet perspektiv.

Vi håper dette vil være inspirerende, lærerikt og med overføringsverdi for sykepleiere som jobber i ulike deler av helsetjenesten.

Velkommen til et inspirerende fagseminar hvor sykepleiefaget løftes fram.

**MELD DEG PÅ INNEN** 9. april på [nsf.no](http://nsf.no). Gå så inn på enten Oslo eller Akershus sine sider. Deretter finner du fagseminaret under «Kalender». Du vil få en bekreftelse på mail som kan brukes som vedlegg til søknad om permisjon. Forfall som må meldes på selve seminardagen gjøres på tlf 913 97 813. Dersom du ikke melder forfall blir du belastet seminaravgift (lunsj/div. materiell) på kr 550,-

UNIK TVERRFAGLIG UTDANNING MED FOKUS PÅ  
ELDREOMSORG, DEMENS OG PALLIASJON:

## OMSORG VED LIVETS SLUTT – EN VERDIG ALDERDOM?

Skaff deg kompetanse og trygghet og bli en viktig ressursperson. Våre deltakere vil i løpet av studiet få faglig støtte til å etablere prosjekt på egen arbeidsplass. Utdanningen er ettårig. Undervisningen er fordelt på 3 samlinger, totalt 9 dager.

1 deltager 6.000,-

2 deltagere 10.000,-

Ytterligere deltagere 4.000,- per person.

Studiet er for øvrig finansiert av Helsedirektoratet og Fagforbundet.

Ledelse: overlege Stein Husebø og tverrfaglig team ved Verdighetsenteret i Bergen.

### OPPSTART:

Kull 16: 15. – 17. september 2015

[www.verdighetsenteret.no](http://www.verdighetsenteret.no)

Ta gjerne kontakt:

[sykepleier@verdighetsenteret.no](mailto:sykepleier@verdighetsenteret.no)

Olaug Finsrud tlf.: 55 39 77 35

Silje B. Eikemo tlf.: 55 39 77 36



**Verdighetsenteret**  
OMSORG FOR GAMLE

## Utlysning av FORSKNINGSFONDET 2015

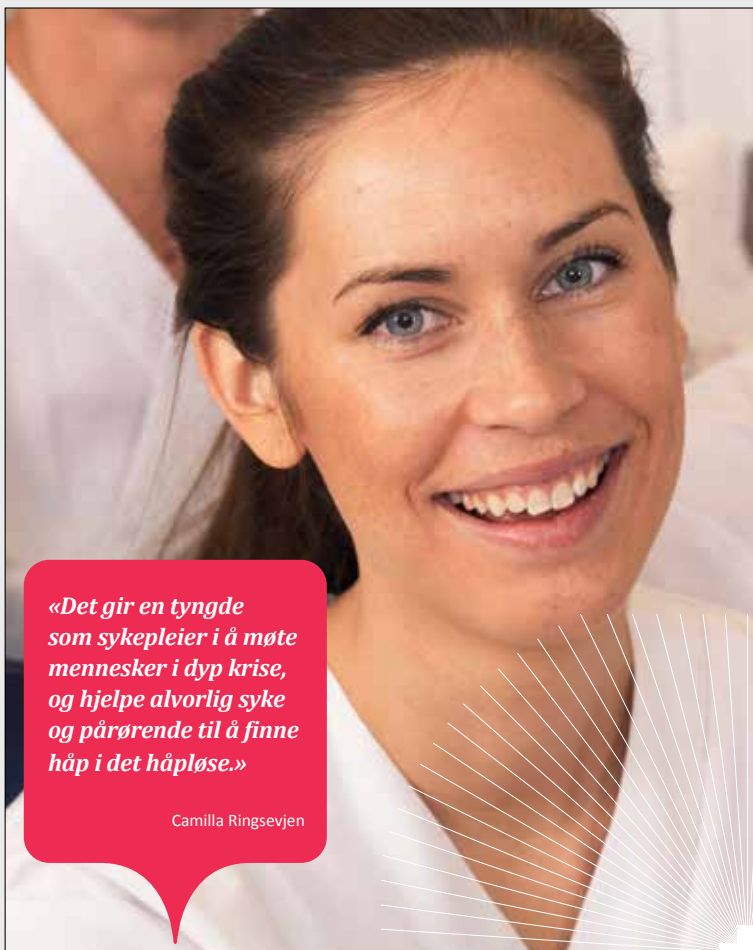


**Norsk Revmatikerforbunds  
Forskningsfond, Pahles legat og  
Stortuens legat vil i år 2015 etter  
søknad kunne gi økonomisk støtte til  
forskning vedrørende revmatiske**

**FRIST 1. OKTOBER**

Nærmere informasjon se:

[www.revmatiker.no](http://www.revmatiker.no)



«Det gir en tyngde som sykepleier i å møte mennesker i dyp krise, og hjelpe alvorlig syke og pårørende til å finne håp i det håpløse.»

Camilla Ringsevjen

VIDEREUTDANNING  
I SYKEPLEIE



## Sykepleie til pasienter med **KREFTSYKDOM**

**Studiet kan tas på heltid over ett år eller på deltid over to år. Hvert semester inneholder både ukesamlinger og praksisperioder.**

**Hvor:** Høyskolen Diakonova, midt i Oslo

**Når:** Studiestart høsten 2015

**Hvordan:** Send søknad innen 1. mars 2015

Les mer på [www.diaconova.no/kreft](http://www.diaconova.no/kreft)



Høyskolen Diakonova  
Fredensborgveien 24 Q  
post@diaconova.no  
Tlf. 22 98 63 00  
www.diaconova.no

Wittem E Jensen // Foto: christina.no

## Høgskoleutdanning for sykepleiere innen hudpleie og kosmetisk dermatologi

Senzie Akademiet er en hudpleieskole som tilbyr videreutdanning av sykepleiere innenfor hudpleie, kosmetiske behandlinger og ledelse/drift. I samarbeid med HBV tilbyr vi høgskolestudier med studiestart vår og høst. Alle studier har mulighet for finansiering via Lånekassen. Vi har delt studietilbudet vårt inn i 2 studier:

- 1. Kosmetisk dermatologisk sykepleier:** 30 stp., 2 semestre  
= Hudpleier for sykepleiere + Kosmetisk dermatologisk hudbehandling
- 2. Senzie Kandidat:** 70 stp., 4 semestre  
= Hudpleier for sykepleiere + Kosmetisk dermatologisk hudbehandling + Ledelse og drift av helse- og velværeklinikker

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi, blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og den anerkjente legen Kieren Bong fra Skotland.

Kun hos Senzie Akademiet:  
Dr. Kieren Bong



**KB<sup>3</sup>-step system**

dermal fillers injections made easy

Les mer på [www.senzie.no](http://www.senzie.no) eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

**senzie**  
akademiet



# NÅ KAN DU DELE DATAUTSTYR UTEN Å OVERFØRE SMITTE!

Antibac har utviklet to ulike spesialtilpassede våtservietter for desinfisering av keyboard og touchscreen.

**NYHETER**  
FRA  
MARKEDSLEDEREN  
ANTIBAC

- Myk og fleksibel
- Kommer lett til overalt
- Enkel og effektiv

- Papirkvalitet
- Etterlater ingen striper
- Fjerner fett og smuss

- Desinfiserer - dokumentert effekt
- Enkeltpakket i praktisk displaykartong
- Spesialtilpasset elektronisk utstyr
- Store og effektive servietter



 **antibac**<sup>®</sup>