

Tabu. Tiss, fitte, fant eller lem.
Hvorfor er det så vanskelig å
 snakke om trøbbel nedentil?

Sex og skam

● **Hva skjer**
Her får eldre god
mat. **40**

● **Sykepleie**
Burka og niqab gir
signaler. **56**

● **Påfyll**
Bipolar superstar.
64

● **Meninger**
Døden tar sin tid.
80



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,30 %

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

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

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

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

Rammelån: Effektiv rente 2,50 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 682 584.

Prisene er per 25.09.2015 for nye lån og kan bli endret.





Helpensjon på skipet



Reis trygt og komfortabelt

Elvecruise på Rhinen og Mosel – fra Amsterdam til Basel

Bli med på båttur fra Amsterdam til Basel, og opplev de hyggelige middelalderbyene og UNESCO-fredede elvelandskaper med borger, fjell og vinranker i skrånningene

På to elver og gjennom fire land på Albatros Travels eget elvecruise. Fra Nederlands hyggelige hovedstad følger vi Rhinens løp sørover gjennom Tyskland, Frankrike og hele veien til Basel i De sveitsiske Alper. Turen fører også gjennom den mest spektakulære strekningen av Mosel, der vi bl.a. besøker Cochem.

Om bord på det komfortable og moderne 4-stjerners skipet vårt, "Serenade 1", glir vi stille forbi det ene vakre elvelandskapet etter det andre. Et av turens absolutte høydepunkter er den eventyrlige tyske Rhindalen, der fjellene blander seg med terrasse-vinmarker og pittoreske borggruiner.

Underveis anløper vi noen av Nord-Europas kulturelle tungvektene som Köln med domkirken Kölner Dom, og Strasbourg i Alsace med den UNESCO-fredede middelalderbykjernen. Vi skal også besøke noen av de små hyggelige Rhin-byene som Rudesheim am Rhein og Boppard, sammen med Mainz midt i Tysklands største vindistrikt.

Inkludert i prisen

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo/Bergen–Amsterdam og Zürich–Oslo/Bergen med mellomlanding
- Utflukter og transport jf. program
- Informasjonsmøter og foredrag ved reiselederen
- 8 dagers cruise med Serenade 1 i delt dobbeltlugar med vindu på Beethoven-dekk
- Helpensjon på skipet
- Kaffe, te og isvann til måltidene på skipet
- Skatter og avgifter

Avreise fra Oslo og Bergen

Reisens varighet: 8 dager
23/4 & 20/7 2016

Pris den 23/4

12 998,-

Andre spennende Albatros-reiser



Grønne, grønne Irland

Reisens varighet: 8 dager
12/4, 19/4 & 26/4 2016

Pris KUN **9 498,-**



Magiske Marokko

Reisens varighet: 8 dager
14/11 2015, 27/2 & 6/4 2016

Pris 14/11 **9 998,-**



Langtidsferie på Mallorca

Reisens varighet: 29 dager
19/4 & 3/5 2016

Pris 19/4 **18 498,-**

Rundreiser med reiseleder
albatros-travel.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros
Reis med hjerte, hjerne & holdning



Pneumovax «Sanofi Pasteur MSD»
Pneumokokkpolysakkaridvaksine.
ATC-nr.: J07A L01

C

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning: 0,5 ml inneholdende: 25 µg av hver av pneumokokkserotypene: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F og 33F. Fenol, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokkserotypene som inngår i vaksinen. Vaksinen anbefales for personer >2 år, som har økt risiko for morbiditet og mortalitet som følge av pneumokokkinfeksjon. Personer i risikogrupper som bør vaksineres, fastsettes på grunnlag av offisielle retningslinjer. Vaksinen forebygger ikke akutt betennelse i mellomøret, bihulebetennelse og andre vanlige øvre luftveisinfectionsjoner. **Dosering: Primæravksinerings:** Voksne og barn >2 år: 1 dose à 0,5 ml. Anbefales ikke til barn <2 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert og antistoffresponsen kan være dårlig. **Revaksinerings:** 1 dose à 0,5 ml. Tidsintervall og behovet for revaksinerings bør avgjøres på grunnlag av offisielle retningslinjer. Revaksinerings med <3 års mellomrom frarådes pga. økt fare for bivirkninger. Friske voksne og barn bør ikke revaksineres rutinemessig. **Voksne:** Revaksinerings anbefales ved økt risiko for alvorlig pneumokokkinfeksjon, >5 år siden forrige pneumokokkvaksinerings, eller ved raskt synkende pneumokokkantistoffnivåer. Revaksinerings etter 3 år kan vurderes for personer i høyrisikogrupper for fatal pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten milt). **Barn: 2-10 år:** Revaksinerings etter 3 år bør vurderes ved høy risiko for pneumokokkinfeksjon (f.eks. barn med nefrotisk syndrom, sigdcelleanemi eller barn uten milt). **≥10 år:** Revaksinerings kan vurderes som for voksne. **Spesielle pasientgrupper:** Vaksinen bør om mulig gis minst 2 uker før planlagt splenektomi eller igangsetting av kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling. Hos personer i behandling med kjemo- eller stråleterapi, må vaksinerings unngås. Etter fullføring av kjemo- og/eller stråleterapi for neoplastisk sykdom, oppnås muligens ikke tilstrekkelig immunrespons ved vaksinerings og vaksinen må derfor ikke gis før minst 3 måneder etter fullført behandling. Ved intensiv eller forlenget behandling, kan det være nødvendig å øke denne tiden. Personer med asymptomatisk eller symptomatisk hiv-infeksjon må vaksineres så snart som mulig etter bekreftet diagnose. **Administrering:** Injiseres s.c. eller i.m. Vaksinen må ikke injiseres intravaskulært eller intradermalt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinerings må utsettes ved akutt infeksjon med feber, annen aktiv infeksjon eller når systemisk reaksjon vil utgjøre betydelig risiko, med mindre ev. utsettelse innebærer en enda større risiko. Ved vaksinerings av pasienter med nedsatt immunreaksjon er det mulig at forventet antistoffrespons ikke oppnås etter 1. eller 2. dose. Det er derfor mulig at slike pasienter ikke er like godt beskyttet mot pneumokokksykdom som immunkompetente personer. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. For pasienter som får immunsuppressiv behandling, vil den nødvendige tiden for å gjenopprette immunresponsen variere iht. sykdom og behandlingsform. Det er observert betydelig bedring i antistoffresponsen hos noen pasienter i løpet av 2 år etter fullført kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling (med eller uten stråling), særlig når intervallet mellom behandlingsslutt og vaksinerings økes. Egnert utstyr til behandling av en ev. akutt anafylaktisk reaksjon, inkl. adrenalin, bør være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk. Nødvendig forebyggende antibiotikabehandling mot pneumokokkinfeksjon må ikke stoppes etter vaksinerings. Pasienter som er spesielt utsatte for alvorlig pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten milt eller personer som har fått immunsuppressiv behandling), må i tillegg få informasjon om at det kan være nødvendig med tidlig antimikrobiell behandling ved alvorlig og plutselig febersykdom. Pneumokokkvaksinen er muligens ikke effektiv for forebygging av infeksjoner som skyldes basalt kraniebrudd eller ekstern kontakt med cerebrospinalvæske. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07A L01. Kan gis samtidig med influensavaksine, men i separate sprøyter og på forskjellige injeksjonssteder. Immunogenisitet for Zostavax kan reduseres, og skal derfor ikke brukes samtidig. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ukjent om vaksinen forårsaker fosterskader eller har innvirkning på reproduksjonsevnen når den gis til gravide. Vaksinen må bare gis til gravide hvis absolutt nødvendig (potensiell fordel må veies opp mot potensiell fare for fosteret). *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Vaksinen må gis med forsiktighet til ammende. *Fertilitet:* Ikke evaluert. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet i form av smerte, ømhet, erytem, varme, hevelse og lokal indurasjon og feber (≤38,8°C). *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymf: Hemolytisk anemi hos pasienter som har hatt andre hematologiske sykdommer, leukocytose, lymfadenitt, lymfadenopati, trombocytopeni hos pasienter med stabilisert idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hud: Utslett, urticaria. Immunsystemet: Anafylaktoide reaksjoner, angionevrotisk ødem, serumyktom. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artritt, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, hodepine, parestesi, radikulonevropati, feberkramper. Undersøkelser: Økt CRP. Øvrige: Cellulittlignende reaksjoner rundt injeksjonsstedet kort tid etter vaksinerings, asteni, feber, illebefinnende, nedsatt bevegelighet i lemmer og perifert ødem i den injiserte ekstremiteten, frynsninger. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Rensede pneumokokkapselpolysakkaridantigener isolert fra de 23 vanligste serotyper av *Streptococcus pneumoniae*, som forårsaker ca. 90% av invasive pneumokokkinfeksjoner. *Virkningsmekanisme:* 85-95% av vaksinerter utvikler antistoffer mot alle de 23 antigenene. Beskyttende antistoffnivå vises vanligvis 3. uke etter vaksinerings. Ukjent hvor lenge vaksinen beskyttende virkning varer. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. **Andre opplysninger:** Må ikke blandes med andre vaksiner/legemidler. **Sist endret:** 06.03.2013 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 16.01.2013 **Priser per september 2015:** 0,5 ml (hettegl.) kr 203,40



Vaxigrip «Sanofi Pasteur MSD»
Influensavaksine (splittvirus, inaktivert).
ATC-nr.: J07B B02

C

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml inneholdende: Splittet influensavirus, inaktivert, inneholdende antigener tilsv. type A (H1N1 (pdm09-avledet stamme NYMC X-179A), H3N2 (avledet stamme NYMC X-223A)) og/eller type B, 15 µg hemagglutinin pr. stamme, natriumklorid, kaliumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot influensa, spesielt ved økt risiko for assosierte komplikasjoner, til voksne og barn ≥6 måneder. Vaksinerings skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering: Voksne og barn ≥36 måneder:** 0,5 ml. **Barn ≥6-35 måneder:** Kliniske data er begrenset. Doser på 0,25 ml og 0,5 ml har vært brukt. Dosen skal være i samsvar med nasjonale anbefalinger. Barn som ikke tidligere er vaksinerter, bør gis en ny dose etter et intervall på minst 4 uker. **Barn <6 måneder:** Ingen data foreligger. **Tilberedning/Håndtering:** Vaksinen bør ha romtemperatur ved bruk. Ristes før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler da uforlideligheter ikke er undersøkt. **Administrering:** Injiseres i.m. eller dypt s.c. Må ikke gis intravaskulært. Ved dosering av 0,25 ml til barn, skal stempelproppen skyves nøyaktig til kanten av merket, slik at halvparten av volumet fjernes og gjenværende volum skal injiseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller egg (ovalbumin, hønseproteiner), neomycin, formaldehyd og octoxynol-9 (spor kan finnes i vaksinen). Vaksinerings skal utsettes ved febersykdom eller akutt infeksjon. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Antistoffresponsen hos pasienter med endogen eller iatrogen immunsuppressjon kan være utilstrekkelig. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B B02. Kan gis samtidig med andre vaksiner. Vaksinasjonene bør i så tilfelle gis på separate injeksjonssteder (i hver sin ekstremitet). Ev. bivirkninger kan bli forsterket ved samtidig administrering av andre vaksiner. Immunologisk respons kan bli redusert hos pasienter som behandles med immunsuppressiver. Midlertidige falske positive resultater i serologiske tester med bruk av ELISA-metoden for å finne antistoffer mot hiv-1, hepatitt C og spesielt HTLV1, er blitt observert etter influensavaksinasjon. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Inaktivert vaksine kan gis i alle stadier av graviditeten, og ingen skadelige effekter forventes på foster eller mor. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Manglende data. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hud: Svetteing. Nevrologiske: Hodepine. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Øvrige: Feber, malaise, skjelving, utmattelse, lokale reaksjoner på injeksjonsstedet (rødhet, hevelse, smerte, ekkymose, indurasjon). Disse reaksjonene forsvinner vanligvis innen 1-2 dager uten behandling. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymf: Forbigående trombocytopeni, forbigående lymfadenopati. Hjerne/kar: Vaskulitt, i sjeldne tilfeller forbundet med forbigående nyrepåvirkning. Hud: Generelle hudreaksjoner inkl. pruritt, urticaria eller uspesifisert utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner, som i sjeldne tilfeller fører til sjokk, angioødem. Nevrologiske: Nevralgi, parestesi, feberkramper, nevrologiske sykdommer (f.eks. encefalomyelitt, nevritt og Guillain-Barrés syndrom). **Egenskaper:** *Klassifisering:* Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktete hønseegg. Vaksinen sammensetning av virusstammer er i samsvar med WHO's anbefalinger for den aktuelle influensasessong. *Virkningsmekanisme:* Beskyttende antistoffnivå oppnås vanligvis innen 2-3 uker. Immunitetens varighet etter vaksinasjon varierer, men er vanligvis 6-12 måneder. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Sist endret:** 10.11.2014 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 04.07.2014. **Priser per september 2015:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/kanyle) kr 103,60



Noen kan trenge mer enn en vinterjakke!

- Personer over 65 år
- Pasienter med kronisk hjerte- og karsykdom
- Gravide i 2. og 3. trimester

For disse kan influensa være en alvorlig sykdom*
Husk å tilby influensavaksinen

Obs! Folkehelseinstituttet anbefaler at personer over 65 år også vaksineres med PPV23 (Pneumovax®).¹

* se full liste over risikopasienter som bør tilbys vaksine på: www.fhi.no/artikler/?id=83024

¹ Folkehelseinstituttet: www.fhi.no/artikler/?id=68701 (18.9.2015)



Møter du mennesker som har det vanskelig?

Din kunnskap om selvhjelp kan være til nytte!

Selvhjelpsgrupper virker. Det er et sted der mennesker møtes for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvhjelp er gratis.

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er selvorganiserte selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Visjonen er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan de kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge – Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet og har viktige oppgaver i realiseringen av planen.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i liknende situasjon? Da kan din kunnskap om mulighetene i selvorganisert selvhjelp bidra til at de finner mot til å ta kunnskapen i bruk.

Kontakt oss! www.selvhjelp.no eller ring 23 33 19 00

Vårt kunnskap er kostnadsfri. Bestill materiell på våre nettsider.





Sykepleien øker i **antall lesere!**

Lesermålinger gir en god indikasjon på hvor attraktivt et blad er. Vi kan stolt konstatere at Sykepleien er oppskattet blant både lesere og annonsører.

Siste måling for Sykepleien viser at vi nok en gang har økt antall lesere til 146.000. Siste måling hadde vi 135.000 lesere. Også brutto antall lesere (dvs. gjennomsnittlig antall visninger av en side) har også økt fra 331.000 til 340.000.

**Vi takker alle våre lesere for tilliten!
Vi lover å arbeide knallhardt for å levere
et godt magasin med interessante artikler
også i fremtiden.**

Sykepleien

Kom nærmere opplevelsen

15 % rabatt på overnatting* og 50 øre/l
i rabatt på drivstoffet som tar deg dit.

Finne ut mer og søk på:
essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund

Energy lives here™

An ExxonMobil Brand

Effektiv rente ved kreditt på kr 15 000 er 31,13 %. Kredittkostnad kr 1947.

* Gjelder i helger og ferieperioder på Nordic Choice Hotels i Skandinavia og Baltikum.

Noe å tenke på for deg som har mye å tenke på.

Eurocard er mer enn et globalt betalingsmiddel. Vi forenkler også bedriftens betalingsløsninger for at du skal spare tid og penger. Tiden du får til overs kan du bruke til viktige ting, som å tenke ut planer for fremtiden.

Les mer om hvordan vi kan hjelpe deg på eurocard.no

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 fra 22,96 % til 33,87 %
(33,87 % hvis årsavgift kr 645). Kredittkostnad kr 1.441–2.086.



La verden forandres.

Innhold



10 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 22. oktober

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



Hva skjer

- 10 Aksjonisten
- 16 I nyhetene:
Mohsen Jamei
- 18 På jobb i Syria
- 24 Tema: Det vi ikke
snakker om ...
- 34 Dårligere vilkår
for etikken
- 36 Fra byggeplass
til sykehus
- 40 Sykepleie er også å sørge
for god mat



Gourmet til
danske eldre.
40



Sykepleie

- 46 Hjerterpasienter tar
ikke medisiner riktig
- 50 Riktig medisinbruk i
sykehjem
- 53 Min jobb: Raila Kallio
- 54 Intervju: Ida Bredesen
om trykksår
- 56 Etikkk: Berit Daae Hustad
om burka og niqab
- 58 For få timer mellom
vaktene påvirker søvn
og helse



Besøkene gir
«gyldne øye-
blikk». **53**



Påfyll

- 62 Smånytt om bøker
- 64 Forfatterintervju:
Stig Mass Andersen
- 66 Bokanmeldelser
- 67 Liv laga
- 67 Hva leser du nå,
Laila Solli Reitan
- 68 Fakta: Den grå
massemorderen
- 70 Quiz og kryssord



Inn i en bipolar
hjerne. **64**



Meninger

- 72 Eli Gunhild By om
landsmøtet
- 73 Meninger fra leserne
- 75 Minneord
- 76 Innspill: Silje Marita
Strand Skauge
- 77 Innspill: Heidi Schmidt
- 78 Kronikk: Elisabeth S.
Kjølrsrud
- 80 Tett på Astrid Rønsen

- 85 Stillingsannonser og
kunngjøringer



Kjenner livet
før døden. **80**

Forsidefoto: Colourbox

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

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





Dualisme. Binde pengene til alle gode formål – eller slipper midlene fri?

Det er det store spørsmålet.

Narsiss og Gullmunn i det 21. århundre



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

For 85 år siden skrev Hermann Hesse boken «Narsiss og Gullmunn». Da jeg leste den, som 17-åring, slo den inn som en bombe. Romanen skildrer livene til den asketiske munken Narsiss og hans elev Gullmunn, som faren har levert til klosteret for at han skal få utdanning. Gullmunn, som snart blir Narsiss' favoritt, har mange talenter. Men etter hvert som han blir større, forstår han at han må ta et valg: Skal han vie seg til et liv med fordypning, forsakelser og disiplin? Eller skal han gi etter for trangen til å kaste fornuften på bålet og «leve livet»?

LANDSSTRYKER. Han velger det siste. Det er starten på et omflakkende liv, drevet av eventyrlyst og begjær. Bakteppet er middelalderen, krig og svartedauden. Gullmunn livnærer seg etter hvert som billedhugger, på rastløs jakt etter det perfekte uttrykket. Når Gullmunn, som eldre mann, så møter sin motpol, munken Narsiss, igjen, oppsummerer de livene sine. Fant de egentlig det de lette etter?

Gjett om jeg identifiserte meg med Gullmunn da jeg leste romanen mens jeg gikk på gymnaset! Jeg var skolelei, og livet på landeveien (Interrail) sto plutselig fram som et lysende alternativ. Hvorfor plage meg selv med å lære matte, latin og geografi når livet der ute lokket med ekte fristelser? Jeg dro ut i verden og sendte varme tanker til Hermann Hesse. Farvel karriere og boliglån!

Jeg måtte bli voksen først (var det i fjor?) før det gikk det opp for meg at Hesse overhodet ikke hadde ment at vi enten er Narsisser eller Gullmunner. Det er ikke så enkelt at noen er skapt til å være livsnyttende kunstnere, mens andre er asketiske bokormer eller dølle ingeniører. Hesses bok må heller tolkes slik at vi alle har innslag av både Narsiss og Gullmunn. De to «slåss» innbyrdes inni oss gjennom hele livet. Noen ganger seirer den glade livsnyteren, men den strenge asketen er aldri langt unna med sin evige pekefinger.

BALANSE. Dynamikken mellom «ånd» og «kjød» har også fått meg til å se annerledes på mine omgivelser. Mange mennesker baler jo med å finne en slags balanse. Ja, til og med politikere, forvaltningen og organisasjoner preges forbausende ofte av

spagaten mellom ulike lyster. Et godt eksempel på det så vi da regjeringen nylig la fram sitt forslag til statsbudsjett.

Budsjettet inneholder statens overføringer til kommunene. Disse har ansvar for å sikre gode velferdstilbud til sine innbyggere, som primærhelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Tre firedeler av alle disse midlene gir regjeringen som såkalte rammetilskudd. Her oppfører finansminister Jensen seg gjerne som Gullmunn: Midlene er frie, det vil si at kommunene kan gjøre med dem hva de vil. Vær så god, sier Jensen, og overlater til kommunene å avgjøre om de vil bygge et flott rådhus eller om pengene skal gå til å drifte et nytt sykehjem. Kommunene skal jo være selvstyrte.

BABY. Men så snart budsjettet ligger på bordet, fylles vandrehallen i Stortinget med pressgrupper av ulike slag som har mye til felles med Narsiss: De krever at midlene øremerkes strengt slik at de tvinger kommunene til å ta seg av særskilt gode formål. Pressgruppene mener at det kommunale selvstyre er vel og bra, bare det ikke går utover deres «babyer».

Således rykket NSF-leder Eli Gunhild By ut og krevde øremerking av midler til skolehelsetjenesten og helsestasjoner, mens leder for jordmødrene ville ha en øremerking av midler til å bygge ut den kommunale jordmortjenesten. Begge viser til at kommunene ikke bruker de økte bevilgningene de får fra regjeringen, til å styrke disse tjenestene i tråd med intensjonene. En rekke kommuner gir rett og slett blaffen og bruker pengene på andre gode formål. Med øremerking vil kommuner som gir blaffen ikke få noen ting.

BEHOV. Dette synes imidlertid ikke statssekretær Lisbeth Normann noe om. «Det er kommunene som kjenner innbyggerens behov best», uttalte hun breialt til sykepleien.no. «Noen kommuner vil ha behov for flere helsesøstre, andre for jordmødre eller andre yrkesgrupper. De må selv vurdere sitt tjenestetilbud.» Denne lystbetonte holdningen til statssekretær Normann står for øvrig i grell kontrast til den heller stramme attityden som sykepleier Normann la for dagen da hun ledet Sykepleierforbundet fram til 2011. Man kan

Det er som med biler. En eldre modell krever litt mer vedlikehold.



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

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

NUTRICIA
Nutridrink
Næring til livet



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 10 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



FAVORITTER: Niels Hansen likte godt å lage mat da han bodde for seg selv og setter pris på måltidene han får i sitt nye hjem. Foto: Alf Ove Hansen



Sykehjem. Flyttet middagen, ble kjendis. **16**



«Jeg er imponert over syriske sykepleiere og leger.»

Elizabeth Hoff
18



Nytt sykehus. Østfoldsykehuset tar form. **36**

Gourmet til eldre

København. Sykepleierlederen sparket kjøkkenpersonalet som ikke ville gjøre mere ut av mattilbudet. **40**



Overrasket: Ved nøyere granskning fant forskerne en overraskelse.

Tidlig fødsel + depresjon = usant

INGEN SAMMENHENG: Dersom sammenhengen mellom depresjon i svangerskapet og for tidlig fødsel er klar, ville den ha kommet frem i en undersøkelse med over 40 000 deltakere, sier professor ved Ahus, Malin Eberhard-Gran til forskning.no.

Sammen med kolleger har hun sammenliknet data fra den norske

Mor og barn-undersøkelsen med informasjon om fødslene fra medisinsk fødselsregister.

I første omgang stemte resultatene med tidligere studier: Kvinner som fødte for tidlig hadde oftere depresjoner.

Nøyere granskning gjorde at forskerne fikk en overraskelse: Deprimerte fikk litt oftere keisersnitt eller

igangsatt fødsel før terminen. Men når fødselen kom i gang av seg selv, var det ingen tegn til at depresjon påvirket fødselstidspunktet.

Så hvorfor setter helsepersonell oftere i gang tidlig fødsel eller keisersnitt hos deprimerte? Kanskje er det slik at kvinner med depresjon oftere spør om keisersnitt eller igangsetting av fødselen, spekulerer forskerne. Forskning.no

Mindre kontroll med mensen

Kjønns hormoner svekker noen evner under menstruasjon. En ny studie gjort av Helene Hjelmer-vik ved UiB, viser at kvinner har



best kognitiv kontroll under egglosning og dårligst kontroll under menstruasjon. Forskeren håper studien kan gi økt kunnskap om hvorfor ulike sykdommer i hjernen rammer kvinner og menn ulikt.

forskning.no

Helende hav

Bakterier fra havet settes inn i kampen mot kreft og resistente bakterier. Det er bioteknologer ved Sintef og NTNU som skal åpne naturens legemiddelfabrikker.

– Teknologien vi utvikler, vil korte ned letetiden og effektivisere produksjonen av slike stoffer, sier Alexander Wentzel, seniorforsker i Sintef. Gemini.no



Teknologene inntar sykehusene

Tekno. På fremtidens sykehus vil teknologene nesten være like viktige som legene. Det er de som skal levere og drifte løsningene. Teknisk ukeblad

Hvem skal prioriteres?

1. november trer endringene i pasient- og brukerrettighetsloven i kraft. Helsedirektoratet har revidert 33 prioriteringsveiledere. Alle gir anbefalinger om rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og frist for når helsehjelpen skal ha startet. Helsedirektoratet



Fakta og tall.

781

Norske ambulanser kjørte 31,3 millioner kilometer i 2014. Det tilsvarer omtrent 781 ganger rundt jorda ved ekvator.

93 %

Sykehus hadde kapasitet 3,6 millioner liggedøgns pasienter i 2014. Antallet overnattinger var 3,3 millioner. Det gir en beleggsprosent på 93. Altså sto i snitt syv av hundre sykehussenger tomme i 2014.

40 %

Ved offentlige sykehus er 40 % av de ansatte sykepleiere, mens andelen er lavere ved private sykehus. Her er 30 prosent av de ansatte sykepleiere.

99 %

99 prosent av spedbarn fikk utført helseundersøkelse innen åttende leveuke i 2014.

SSB



Kontroll: Registret brukes for å sjekke at jobbsøkere har norsk autorisasjon.

Sjekk deg selv

REGISTRERT Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) oppfordrer alle sykepleiere og annet autorisert helsepersonell om å sjekke at alle opplysningene som er registrert i Helsepersonellregistret stemmer.

Problemet er at det i dag er en betydelig andel som ikke er oppført med fullt fødselsnummer eller D-

nummer (midlertidig norsk ID).

Registret brukes blant annet for å sjekke at jobbsøkere faktisk har norsk autorisasjon. Noe ledere har et spesielt ansvar for å gjøre.

Nå kan sykepleiere selv oppdatere informasjon fra egen Altinn-konto. Slik gjør du:

1. Gå inn på www.sak.no, trykk på menyen merket «Helsepersonellre-

gister» og søk deg opp via navn eller fødselsdato.

2. Se etter rød tekst under HPR nummeret. Hvis ingen rød tekst vises er alt OK.

3. Ser du rød skrift med teksten: «Mangler norsk identifikator i register (fødselsnummer)», følg lenken til Altinn med teksten: «Registrer fødselsnummer i Altinn.» Statens autorisasjonskontor

Balansekunst

Folk i god form kan ha like dårlig balanse som andre, skriver Annelise Dyrli i sin masteroppgave.

Hvert år faller rundt 30 prosent av dem som har fylt 65 år. Hver fjerde eldre som brenner lårhalsen dør i løpet av det første året etterpå, og de overlevende kan få sterkt redusert livskvalitet.

Dyrli oppfordrer derfor alle til å trene balanse.

Gemini.no





Mohsen Jamei

Mannen som fikk flyttet middagen

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Ragnhild Fladsrud, Gjøviks Blad**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier og ernæringsansvarlig på Bjørkelia bokollektiv på Gjøvik

Alder: 51 år

Bakgrunn: «Her serveres middagen sent, men godt» fortalte sykepleien.no i en artikkel 1. oktober. Ved å utsette middagsserveringen på Bjørkelia bokollektiv to timer, fikk beboerne mer kjøtt på beina. Ideen kom fra Mohsen Jamei. Historien om hvor enkelt det var å løse et ernæringsproblem slo godt an hos leserne. Rekordmange leste, kommenterte og delte saken. Etterpå ville flere medier intervju Jamei.

Hvordan kom ideen om å flytte middagen?

– Sist desember ble det bestemt at hver enhet skulle ha en ernæringskontakt. Jeg fikk ansvaret hos oss. Så vi startet med screening.

Hva gjorde dere?

– Vi har 24 eldre demente, fordelt på tre avdelinger. Vi veide alle og fant ut at flere var underernært.

Hva tenkte du da?

– Jeg lurte på hva som var årsaken. Men mange er jo over 90 år, de trenger tid på å spise. De kan ha problemer med tennene og brukte gjerne to timer på frokosten.

– Og da var det snart middag?

– Ja, klokken halv to. Kan vi prøve å ha den to timer senere, spurte jeg.

Måtte du overtale sjefen?

– Alle var redde for om det ville bli for mye arbeid for aftenvaktene. Men vi fikk prøve en måned på en av avdelingene, der alle var underernærte. Etter noen uker veide vi dem og ble veldig overrasket. De hadde gått opp i vekt. Vi prøvde i to måneder til. Vekten gikk opp igjen. Nå gjør dagvakten klart, og aftenvakten starter med middag.

Og alle fornøyde?

– Ja, veldig. Det er ubeskrivelig.

Er du overrasket over responsen?

– Ja, men jeg vet at hele Norge er opptatt av at eldre skal ha det bra. Det så vi i valgkampen også. Jeg har jobbet med eldre i 26 år. Jeg tror

middagen kan forskyves på sykehjem også. Men de må kanskje utvide arbeidstiden på kjøkkenet.

Mange har ringt?

– Ja, de vil ha tips i hele landet. De spør mest om det trengs mer bemanning. Det gjør det ikke. Vi får mat fra felleskjøkkenet, vi bare varmer den.

Blir beboerne tjuukkere og tjuukkere?

– Ja, men ikke overvektige. Mange har sykdommer som tar mye energi. De trenger mye næring.



Når liker du selv å spise middag?

– Jeg spiser klokken to eller tre, før eller etter jeg skal på jobb. Jeg har ikke noe valg.

Har du bakgrunn i ernæring?

– Nei, men jeg er opptatt av mat. Vi har kuttet ut lettprodukter. Kjøper ordentlig smør, som vi har framme på benken. Som i gamle dager. Men vi må passe på dem med diabetes.

Hvorfor kom du til Norge?

– Jeg flyktet fra Iran på 80-tallet. Da var jeg 22.

Hva synes du om dagens flyktningstrøm?

– Det er veldig vondt å se hva som skjer i andre land, og at folk må flykte. Det er ikke bra.

Har du familie?

– Ja, barna er 28 og 14. Den eldste studerer medisin.

Hvor ble du sykepleier?

– Her på Gjøvik. Jeg ville studere medisin i Iran, men det gikk jo ikke. Da jeg kom hit, begynte jeg på videregående. Så ble jeg hjelpepleier. Og så sykepleier. Jeg liker det veldig godt.

Og nå er du blitt populær i mediene?

– Ja, etter saken i Sykepleien er jeg intervjuet i Dagbladet, Oppland Arbeiderblad, Gjøviks blad, NRK.

Gøy?

– Jeg er ikke veldig oppmerksomhet. Men jeg er veldig glad for at dette har endret gamle rutiner. Artig å finne på noe som kan øke livskvaliteten. ● marit.fonn@sykepleien.no



Medlemmene er maktgrunnlaget

• Tekst Bjørn Arild Østby

MEDLEMSUNDERSØKELSE: 106 000 sykepleiere har valgt å melde seg inn i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Er de fornøyd med organisasjonen?

I NSF's Medlemsundersøkelse 2015 svarer ni av ti sykepleiere at de har et «svært» eller «ganske» positivt inntrykk av organisasjonen. Tre av fire er «helt» eller «delvis» enig i at NSF argumenterer godt for sykepleiere i lønnsoppgjør, at organisasjonen er synlig i debatten omkring lønns- og arbeidsforhold og når det gjelder helsepolitiske

spørsmål. Derimot er to av ti «svært misfornøyd» når de blir spurt om hvordan NSF framstår i media.

MEDLEMSKAP. Lønnsforhandlinger, arbeid for gode arbeidstidsordninger og arbeidsforhold, og at organisasjonen snakker sykepleierens sak overfor myndigheter er de tre viktigste grunnene for at de meldte seg inn i NSF. Minst viktig er tilgang til gode bankavtaler og forsikringsordninger, og muligheten til å være medlem i en faggruppe.

Tre av ti sykepleiere er medlem

av en eller flere av NSF's faggrupper. Flest medlemmer har helseøstrene, psykisk helse og rus og intensivsykepleierne.

Blant dem som er medlem av en faggruppe svarer nærmere 90 prosent at de er «svært fornøyd» eller «fornøyd» med informasjonen de får fra faggruppen.

KONTAKT. Vel 30 prosent av medlemmene har hatt kontakt med til-litsvalgte eller fylkeskontor siste år. Det store flertallet av henvendelse-ne er knyttet til arbeidsrelaterte

spørsmål som arbeidstid, turnus, lønn, ferie og juridisk bistand. Og de er «helt enig» i at det er lett å komme i kontakt med NSF (73 prosent), at de fikk raskt kontakt (65 prosent) og at de er fornøyd med hjelpen de fikk (63 prosent).

Rundt 5 000 av totalt 20 000 sykepleiere har svart på medlemsundersøkelsen. Store deler av undersøkelsen er ennå ikke tilgjengelig, men tallene Sykepleien har fått tilgang til finner du på sykepleien.no. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

DET LEDENDE ALTERNATIVET

for optimal hygiene og pasientintegritet



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

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

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



Farlig. Jordmor Elizabeth Hoff fra Ålesund leder Verdens helseorganisasjons arbeid i Syria. Det er ikke ufarlig.

– Jeg ser at det nytter

Tekst **Marit Fonn** • Foto **WHO**

Den skuddsikre bilen ventet som vanlig da Elizabeth Hoff (57) skulle på jobben i morges. Et kvarter senere var hun på plass i lokalene til Verdens helseorganisasjon (WHO) i Damaskus, hovedstaden i Syria.

At det er en norsk sykepleier og jordmor som leder WHO's mest krevende nødhjelpsarbeid siden den andre verdenskrig, er det mange som ikke vet.

Siden 2012 har hun levd i dette krigsherjete landet for å sørge for helsehjelp til et lidende folk. Dermed er hun den i FN-systemet som har oppholdt seg lengst i Syria.

TILBAKE FRA FELT. Sykepleien snakker med henne på telefon. Det er over en uke siden hun var på kontoret, for kvelden før kom hun tilbake fra felt. På turen fraktet tre pansrede kjøretøy henne og kollegene trygt fram og tilbake.

Utenfor sentrum er det svart røyk. Men det forteller hun ikke ennå.

Det er i Aleppo hun har vært den siste uken. Både Damaskus og Aleppo er blant verdens eldste byer, og de konkurrerer om å være Syrias største.

– Besøket preget meg og mine ansatte sterkt. Ifølge FN er Aleppo verdens mest utsatte by, sier hun.

Nyhetsbildene av Aleppo har for det meste vist nedbombete

bygninger og skadde og redde mennesker.

– *Jeg ser for meg en forlatt spøkelsesby?*

– Den er ikke det. Aleppo er fylt med liv. Byen nekter å dø.

Myndighetene kontrollerer Aleppo i vest, der 80 prosent av befolkningen bor, det vil si 1,5 millioner. I øst bor 300 000, inkludert militser og fremmedkrigere.

Hoff arbeider for det meste på hovedkontoret i Damaskus, men WHO har også kontorer i Aleppo og Homs, og skal åpne et til i Latakia. Hun reiser til Aleppo annenhver måned.

– Før tok turen 4–5 timer. Nå kan det ta dobbelt så lang tid.

RAKETTENE RAMMER NÅR SOM HELST. Tilstanden har forverret seg. Hoff ser langt flere skadde enn tidligere.

«Barna lekte, så falt raketten.»

Før var det fem offentlige sykehus i Aleppo. Nå er fire av dem bombet i stykker, og alt foregår på det ene som er igjen – Al Razi-hospitalet.

– Det er så overfylt at jeg skjønner ikke at de makter det. Pasientene ligger omtrent oppå hverandre.

Da hun var på sykehuset, kom det 36 traumepasienter etter et raketangrep i Vest-Aleppo. Seks av dem døde. Så var det nye raketangrep. Det kom over 30 flere skadde. 14 døde. Av dem var åtte barn.

– Jeg er imponert over hvordan leger og sykepleiere fungerer under umenneskelige forhold. Jeg kunne forstått det hvis det var første året de jobbet under press. Men det er altså det femte.

Hoff fikk høre hvor vanskelig og farlig det er å komme seg til og fra jobben. Derfor oppholder de seg på sykehuset en uke i strekk mens de jobber. Men når de er på sykehuset, engster de seg for barna sine når de skal til og fra skolen.

– *Slutter de i jobben?*

– Nei. Det som griper meg mest er at det ikke er internasjonale hjelpearbeidere som tar støytten, det er syrerne selv. Og det er ikke lønna de kommer for. De føler de er forpliktet til å hjelpe. De drives av en indre motivasjon.

Lønnen er minimal, for inflasjonen har vært på flere hundre prosent.

– *Hvor lenge kan de jobbe under et slikt press?*

– Det er nå viktig for WHO å støtte dem for jobben de gjør. Vi forbereder et program for 2016 om selvpleie og stressmestring.

Behovet er skrikende, mener hun:

Fakta ●●●●

Verdens helseorganisasjon (WHO):

- WHO står for World Health Organization.
- Er et organ under FN, etablert i 1948.
- Hovedkvarter i Genève i Sveits.
- Har 194 medlemsstater.
- Formålet er å sørge for best mulig helse for verdens befolkning.
- Setter standard for internasjonal helse og medisinsk behandling.
- Koordinerer medisinsk hjelp til steder som er rammet av infeksjonssykdommer som sars, malaria og aids. Distribuerer vaksiner.
- Elizabeth Hoff er WHO's stedlige representant i Syria.

Kilde: WHO og Wikipedia



Beskyttet: Elizabeth Hoff og kolleger leverer medisiner og utstyr til Douma, et opposisjonskontrollert område. Da må hjelmen og den skuddsikre vesten på.

– Dag ut og dag inn må de holde klar 30 senger på Al Razi-hospitalet, for de vet at det kommer hardt skadde pasienter. De må ha en mulighet til å snakke om det de er oppi. Personalet må lære hvordan de kan støtte hverandre i det daglige.

Hoff kaller WHO's Syria-arbeid «veldig vellykket»:

– Vi har det beste kriseteamet i WHO. Det er fordi vi har veldig godt utdannede syrere i staben. Kun fem av våre 80 ansatte er internasjonale.

STOPPET POLIOSMITTE. Hoff administrerer et årlig budsjett på 600 millioner norske kroner.

– Men det hjelper ikke å sende

medisin og utstyr hvis ikke personalet er der. Det må ivaretas.

WHO har levert 16 millioner behandlinger hittil i år. En behandling kan være en antibiotikakur, eller en cellegiftkur.

Det nasjonale rapporteringssystemet i Syria har brutt sammen, men WHO har en liste over smittsomme sykdommer som skal varsles, slik at tiltak kan settes i gang raskt.

– Det kan være sykdommer som polio og kolera. Det blir tatt blod- og avføringsprøver, slik at riktig medisin kan bli sendt.

Ingen kolera er påvist, men 35 poliosmittete barn ble rapportert inn i 2013

– Vi satte i gang 15 kampanjer for

å hindre smitte. Nå har vi ikke sett polio siden januar 2014.

Innkjøp av medisiner skjer via Damaskus. Så leveres den ut med



«Selv en såret soldat

er et sivilt menneske.»

lastebiler. Det er ikke bare bare:

– Mange medisiner må ha riktig temperatur, det er ikke lett når man nesten ikke har elektrisitet. Å

nå fram til hvert hjørne av landet er en svær operasjon, men etter fire år har vi et stort nettverk av leger og farmasøyter. De passer på at det ikke blir betalt under bordet for medisinene.

Hun er selv i felt minst en gang i måneden. Da er det på med den skuddsikre vesten.

– Å reise rundt kan være veldig kaldt. Eller, som nå i Aleppo, 40–50 varmegrader. Men her på kontoret har vi tross alt aircondition. De andre, stakkars, lever i det hele tiden. Jeg er velsigna som har en så spennende jobb, der jeg kan gjøre noe for andre mennesker.

GÅR IKKE UT OM KVELDEN. – Er du redd?





→ – Det er menneskelig å være redd når du ser så mye lidelse. Men jeg har vært her så lenge så jeg går ikke rundt og er redd. Jeg er klar over at raketter faller.

– Det er ikke ufarlig?

– Nei, ofte er det veldig farlig. Men man lærer å leve med det. Jeg er godt opplært i og vet hva jeg skal gjøre for å beskytte meg. Det reduserer angst og redsel.

– Hvordan beskytter du deg?

– Jeg holder meg klart til instruksjonene, for eksempel om hvor jeg kan bevege meg. Jeg går aldri ut om kvelden. Hvis raketter faller i området der jeg er, holder jeg meg innendørs. Det forventer vi av staben også. Jeg tar aldri unødvendige sjanser. Det har jeg klart å holde meg til.

INTERNASJONAL KARRIERE.

Hoff har jobbet i WHO i 20 år. Blant annet har hun jobbet på hovedkvarteret i Genève og i Zimbabwe med reproduktiv helse.

– Da jeg begynte, visste jeg at WHO var en organisasjon for leger. Jeg tenkte det ikke ville være lett å lykkes som sykepleier. Men så har det vært motsatt, å være sykepleier og jordmor er utrolig nyttig.

Hun har master i folkehelse, men vel så viktig er det å vite hvilke konkrete tiltak som fremmer helse. Alt fra hygiene til god pleie.

– Jeg kunne ikke hatt en bedre utdanning. Den går som en rød tråd i alt jeg gjør. Jeg tenker praktisk. Du kan si jeg jobber med pleieplaner på høyt nivå.

Sykepleier ble hun i hjembyen Ålesund, jordmor i Oslo.

– Jeg var jordmor på Ullevål i mange år. Mor og barn har stått i sentrum. Som sykepleier og jordmor har jeg løst konkrete problemer. Problemløsende metode bruker jeg nå også.

– Hva driver deg?

– Jeg har spennende arbeidsoppgaver. Jeg ser at det nytter. Og jeg har flotte kolleger.

Hun kommer alltid tilbake til hvorfor hun ble sykepleier:

– Fordi jeg ville hjelpe mennesker. Det er utrolig tilfredsstillende,

Stoppet polio: Flere barn fikk polio, og WHO satte i gang kampanjer. Her er Elizabeth Hoff i Aleppo.



slik det også var å være jordmor. Begge deler krever sin kvinne og mann.

Hun begynte å jobbe internasjonalt for Palestinske Røde Halvmåne i Kairo i Egypt. Da underviste hun som jordmor på en sykepleierskole. Siden da har hun vært solgt:

«Du kan si jeg jobber med pleieplaner på høyt nivå.»

– Jeg har fått forkjærlighet for Midtøsten.

SKREMT AV OPPRUSTNINGEN.

– Utdannes nye sykepleiere i Syria?

– Ja, på universitetene i både Damaskus, Latakia og Aleppo, men de lavere skoleutdanningene har vanskelige forhold. At sykepleierutdanningen må på et høyere nivå var et tema allerede før krigen brøt ut. Leger og farmasøyter,

derimot, har en solid utdanning.

– Nå bomber Russland i Syria. Hva er reaksjonene?

– Jeg vet én ting: Det fins ingen militær løsning. Konflikten må løses politisk.

– Opprustning skremmer meg. Det fører bare til flere såra og drep- te. Men jeg registrerer en optimisme blant folk i Damaskus. De opplever at Russland kan hjelpe.

– Bør Norge hjelpe flyktninger her eller der?

– Det er alltid best å hjelpe der problemet er. Men jeg skjønner at de fleste ønsker å komme seg ut av området for å holde seg i live. Det er opprørende å lese at noen mener syrere prøver å utnytte situasjonen. Jeg tror ikke de tenker at det er rosenrødt på andre siden. De vil bare komme unna for å redde livet og for å trygge framtiden for barna sine.

Bare det å kjøpe grønnsaker på markedet er farlig:

– Du vet ikke om du kommer hjem igjen i live før raketten faller. Alle med penger og muligheter har

Fakta

Krigen i Syria

- Borgerkrigen i Syria startet som fredelige demonstrasjoner mot Baath-regimet til Bashar al-Assad i mars 2011. Opprøret regnes som en del av den arabiske våren. Krigen er en konflikt mellom al-Assad og flere opprørsgrupper.
- Assad-regimet kontrollerer områder i vest, inkludert Damaskus. Den islamske staten (IS) kontrollerer store områder i øst.
- Opprørsgruppene kjemper også seg imellom. Russland og Iran støtter Assad. USA, Tyrkia, Saudi-Arabia og Qatar bistår noen av opprørsgruppene.
- Det er 22 millioner syrere. 7,6 millioner er internt fordrevne. Fire millioner har flyktet til nærlandene, som Libanon og Jordan.

Kilde: Wikipedia og Globalis

forlatt landet. De mest ressurs-
svake kommer ingen vei.

80 PROSENT ER FATTIGE. Over
sju millioner syrere er internt
fordrevne flyktninger. Før krigen
var Syria på god vei til å nå millen-
niumsmålene. Nå lever over 80
prosent under fattigdomsgrensen.

– Folk har ikke råd til mat, medi-
sin eller transport. Det er tragisk å se
hvor fort det har endret seg. Mer enn
halvparten har mistet hjemmet sitt.

Hoff ser det på nært hold. Kolle-
gene hennes deler sine små boliger
med husløse slektninger:

– En lege har en toroms leilig-
het. Der bodde han med kone og to
barn. Nå er de 11 i tillegg.

Hoff kan ikke lenger spise på re-
staurant, det er for utrygt. Det kun-
ne hun for et par måneder siden.
En gang hun var ferdig med målti-
det, kom en velkledd mann forbi.
«Kan jeg få spise restene av maten
din?» ba han.

– Han var ingen tigger, det var om-
trent som å se seg selv. Da gråt jeg. Å
se sånt rører ved det innerste. Han
var en respektabel borger, hadde
sikkert mistet jobben sin. Han var
bare sulten. Alle er berørt av krigen.

– *Hva gjorde du?*

– Ga ham penger til et måltid.

**SLAPPER AV MED BØKER OG
YOGA.** Hoff bor på ett rom på hotell
i Damaskus.

– *Du lever som i et fengsel?*

– Det er det tyngste. Jeg beveger
meg alltid fra hotellet til kontoret
i skuddsikker bil. Jeg har ikke eget
kjøkken. Og jeg som er et friluftsmen-
neske, jeg har jo så lyst til å gå
tur. Det gode er at jeg liker å lese.
Og så gjør jeg yoga fire ganger i uka.

– *På rommet?*

– Ja.

– *Hva leser du?*

– Nå går det i russisk litteratur. Jeg
har fått laget en leseplan. Det hjelper.

I sommer var hun én uke i Norge.
Det lengste hun har vært ute av
Syria siden hun begynte i jobben
for tre år siden, er to uker.

– Meningen er å være fire uker i Sy-
ria og én uke ute. Men det er sjelden
mulig. Det går gjerne to-tre måneder
før jeg tar fri. Jeg er jo preget, men jeg

klarer meg godt. Jeg ser situasjonen en
et år til. Jeg vil gjerne være i regionen,
her får jeg jo brukt meg selv.

– *Hva sier familien?*

– De er vant til det. Mine søsken er
veldig støttende og interessert.

Hun har en søster i Oslo og to brø-
dre i Ålesund. En niese studerer ara-
bisk i Beirut, henne treffer hun ofte.

– **DET VERSTE ER BRANN-
SKADETE BARN.** – *Hva gjør mest
inntrykk?*

– Barn med brannskader etter ra-
kettangrep. Det er vanskelig å takle.
De har bare vært ute og lekt, og så
falt raketene. De får skader for livet.

I Aleppo så hun en slik liten gutt.

– Han var totalt forbrent. Han
overlevde, men er blitt blind, og har
store brannsår på kroppen. Da var
det vanskelig å sove.

– *Skal de bare holde på?*

– Krigen er forferdelig. Jeg må ba-
lansere mellom forferdelsen og viss-
heten om at det jeg gjør hjelper.

Hun ser ut av vinduet. Forteller li-
ke rolig som før at hun ser svart røyk
utenfor Damaskus.

– De har bomba i drabantbyene,
forklarer hun.

Hun vet hva det betyr: Noen er
drept, noen er skadd.

– Krigføringen foregår i bystrøk. Si-
vilbefolkningen bærer byrdene.

Hoff har et humanitært ståsted:

– Selv en såret soldat er et
sivilt menneske. Her hos oss job-
ber 80 mennesker med 80 politis-
ke meninger. Jeg repeterer ukentlig
Genèvekonvensjonen om plikten til
å hjelpe. Det er uinteressant hvilken
politisk mening folk har, alle har rett
til helsehjelp. Vi må både ha et lang-
tidsperspektiv og jobbe fra dag til
dag. Planene må stadig endres.

Hver måned er det 25 000 nye
krigsskadde å ta seg av. WHO skal
komme fram med hjelp, også til op-
posisjonskontrollerte områder. Få
medisinene fram til hver krok i Syria.

– *Kan det skje at du plutselig må
forlate Damaskus?*

– Ja, vi har planer for hvordan vi
eventuelt må rømme. Det var nylig
180 raketter som falt i området rundt
byen. Men jeg håper jeg ikke må for-
late landet. ●

marit.fonn@sykepleien.no



sorbact®
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

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



abigo

ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com

Ny stillingsportal for sykepleiere

Få varslingsom stillinger som er relevante for deg, lag CV og søk jobber enkelt. Registrer deg på **sykepleienjobb.no** i dag.



Registrer deg nå!
Det er enkelt å komme i gang.

C GARDASIL Sanofi Pasteur MSD
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-kode: J 07 B M 01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborax, aluminium (som amorf aluminiumhydroksulfostatsulfatadjuvans) 0,225 mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk hos personer ≥ 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale), og premaligne anale lesjoner (tilsv. høygradig anal intraepitelial neoplasia), livmorhalskreft og analkreft som har årsakssammenheng med visse onkogene typer av humane papillomavirus (HPV), samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer ≥ 9 til ≤ 13 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml ved måned 0 og 6). Dersom 2. dose gis tidligere enn 6 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser (0,5 ml ved måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. **Personer ≥ 14 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser (måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. **Barn < 9 år:** Sikkerhet og effekt er ukjent, tilgjengelige data finnes ikke. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringsen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsen er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Synkope, i blant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinerings, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk/kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vakcinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva-, og vaginaldysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenisitet er vurdert hos personer ≥ 7 -12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M01. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥ 10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrenset data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksineringsen bør utsettes til etter fullført graviditet. Amming: Kan brukes til mødre som ammer. Fertilitet: Ingen direkte eller indirekte skadelige innvirkninger er sett på reproduksjonstoksisitet hos dyr. Effekt på fertilitet hos hannrotter er ikke observert. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Smertor i ekstremitetene. Øvrige: Hematom og pruritus på injeksjonsstedet, pyreksi. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/10000$): Hud: Urticaria. Svært sjeldne ($< 1/10000$): Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Ukjent: Blod/lymf: Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Infeksjoner: Cellulitt ved injeksjonssted. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, tretthet, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klasse: Ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrenesende viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. For kvinner 16-26 år, som er naive til HPV-vaksine, er det vist en beskyttelseseffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, ValN2/3 og kjønnsvorter på 95-100%. Det er også vist 100% effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV 16/18. For kvinner 16-26 år, som er naive til HPV 6-, 11-, 16- og 18-infeksjon eller sykdom ved dag 1, er det vist en beskyttelseseffekt mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN (1, 2, 3), AIS, VIN2/3, ValN2/3 og kjønnsvorter på 73-85%. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinerings-tidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Blant kvinner 16-26 år er 99,8% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11, 99,8% mot HPV 16, og 99,5% mot HPV 18 innen 1 måned etter 3. dose. Blant kvinner 24-45 år er hhv. 98,4%, 98,1%, 98,8% og 97,4% seropositive innen 1 måned etter 3. dose og blant menn 16-26 år er andelen hhv. 98,9%, 99,2%, 98,8% og 97,4%. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 er merkbart høyere hos yngre personer enn hos eldre. Beskyttelsesvarigheten med en injeksjonsplan med 2 doser er ikke fastslått. Eksakt varighet av immunitet etter primær-vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått og blir nå undersøkt. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vakcinerte kvinner som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) for vaksineringsen. Vakcinerte kvinner som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometriske middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Beskyttelsesvarigheten mot analkreft er for tiden ukjent. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter og gutter 9-15 år. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Sist endret:** 17.11.2014 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 26.06.2014 **Pris per oktober 2015:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler): kr 1137,-.


sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, telefon: 67 50 50 20, www.spmssd.no



HPV-relatert sykdom kan ramme begge kjønn

Også gutter og menn kan vaksineres med Gardasil¹

Gardasil er en vaksine som skal beskytte mot celleforandringer, livmorhalskreft, analkreft og kjønnsvorter som kan sees i sammenheng med visse spesifikke HPV-typer.^{1,2}

Personer som faller utenfor vaksinasjonsprogrammet og som ønsker å bli vaksinert med Gardasil må selv betale for vaksinen.

Gardasil har godkjent indikasjon til både jenter og gutter.¹

¹ Gardasil godkjent preparatomtale, www.legemiddelverket.no (23.09.2015)

² HPV type 6, 11, 16 og 18



Tema.
Sex og helse

Synes det er for privat. **26**

4 seksuelle utfordringer. **31**

6 historier fra samtalerommet. **26–30:**

Morabrødet som forsvant, Den skamfulle posen, Den tekniske sexen, «Så liten den er», Trekanten som gikk galt, Den stygge fitta

Det vi ikke snakker om ...

Ukjent landskap: Seksualiteten er en del av det å være menneske. Men mange mangler ord for å beskrive den, både på godt og vondt.

Sex. Vaginisme, sviktende lyst eller
for tidlig sædavgang – sykepleiere kan
hjelpe med å sette ord på det.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers** og **Nina Hernæs** • Foto **Colourbox**





Synes det er for privat

Det som påvirker seksualiteten må helsepersonell ta på alvor.» Anne Kristine Dobbe



Nesten alle setter seg ned og sier: Dette har jeg aldri pratet med noen om før. Noen begynner å gråte før de får sagt noe. Det sier Siv Gamnes, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning (NACS).

TIL RÅDGIVNING. Opp en trapp og inn en dør. Myke stoler til å synke ned i. Et stort vindu med utsikt til trær med blader som duver lett i vinden. Hit, til et kontor midt i Oslo, kommer menn og kvinner for å prate om det mest private.

– Det er i hvert fall like mange menn som kvinner, sier Gamnes, som har over 20 års erfaring fra klinikken Sex og samfunn, senter for ung seksualitet. I ett år har hun drevet egen praksis.

– De kommer for de tilsynelatende mest banale ting til altopplukkende problemstillinger.

LITE LURT. Seksuelle problemer er ganske vanlig, men mange søker ikke hjelp hos helsepersonell, ifølge Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. En kunnskapsoppsummering tyder imidlertid på at det er dumt. For det fins hjelp.

NOE LIKT, NOE ULIKT. Ereksjonssvikt er hyppigste grunn til at menn kommer til Gamnes. Det avspeiler funnene i en studie av sexologi i Norge fra 2013. Ereksjonssvikt, manglende lyst og trøbbel med forholdet er det menn oftest søker råd for. Vansker med å få orgasme og, som menn, manglende lyst og trøbbel i forholdet, er det kvinner oftest søker råd for.

Hjelp å få. Kunnskapsoppsummeringen fra Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten viser blant annet at:

- Gruppebehandling alene eller som supplement hadde positiv effekt for menn med erektil dysfunksjon.
- For kvinner med mangel på eller tap av seksuell lyst og orgasmesvikt, hadde seksualterapeutiske behandlinger, som kognitiv atferds-terapi, positiv effekt.

På de neste sidene kan du lese seks historier, fortalt av ulike sexologiske rådgivere. Historiene gir et slags bilde av hva mange sliter med:

MORRABRØDET SOM FORSVANT

Han er i begynnelsen av femtiårene og har vært alene noen år etter mange års ekteskap. Nå har han fått ny kjæreste, som er friggjort og veldig glad i sex. Dette tar helt luven av ham og han greier ikke få ereksjon. Dette gjør ham fortvilet, han er fryktelig forelsket og livredd for å miste henne. Han har sånn ereksjonssvikt at han ikke engang har morrabrød. På nettet har han lest at det er tegn på at det er noe alvorlig galt.

Et legebesøk avkrefter at det er noe fysisk i veien.

I dette tilfellet er det nok å overbevise ham om at problemet sitter i

hodet og handler om at han er redd for å miste sin nye kjæreste. Han får råd om å snakke med henne og fortelle om sin frykt og usikkerhet. Det gjør han, og han får ganske raskt ereksjonen tilbake. Siste gang han kommer til rådgivning sier han at han ikke har behov for hjelp lenger, men bare møter for å fortelle at problemet er løst. ●

- Seksualfunksjon ble bedre etter forholdsvis kortvarig seksualterapeutisk intervensjon for kvinner med underlivskreft.
- For par med seksuelle problemer var det bedre ved parterapi med kommunikasjonstrening og konfliktløsning supplert med seksualterapi.

VIKTIG FOR HELSEN. I Danmark er god sex regnet som god forebygging.

Ifølge forsker Morten Frisch har forebygging tradisjonelt handlet om kost, røyking, alkohol og mosjon, men at det er helsegevinster på å gjøre folk bevisste på seksualitet i bred forstand. Dette sier han til nhi.no

Det norske helsedirektoratet jobber i disse dager med en ny strategi for den seksuelle helsen i Norge. Arbeidet skal være ferdig i løpet av neste år.

MODELL FOR RÅDGIVNING. Den såkalte Plis-sit-modellen sier noe om hvilket nivå den seksuelle rådgivningen eller terapien skal foregå på. Problemet personen har bestemmer om det for eksempel kun skal gis rådgivning eller om klienten trenger å oppsøke psykolog. Men første trinn er å gi tillatelse til å snakke.

Fra Universitetet i Agder har de uteksaminert rundt 150 sykepleiere med videreutdanning i sexologisk rådgivning.

VEGRER SEG. Disse 150 kan dog ikke alene bryte tausheten. Og det viser seg at helsepersonell vegrer seg for å snakke om sex. Et doktorgradsarbeid på revmatisme og seksualitet viser at 96 prosent av helsearbeidere mener seksualitet er relevant i helsesammenheng, men 74 prosent tok sjelden eller aldri opp temaet.

Det var 174 som svarte, og de var leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og sosionomer. Mangel på tid og at pasientene ble forlegne var viktigste barrierer. Dersom temaet kom opp, var det som regel på pasientens initiativ.

– Jeg husker vi for 30 år siden på sykepleierutdanningen lærte å knipse foran på penis dersom en mann fikk ereksjon under et stell. Jeg håper virkelig de har endret praksis på det området nå, sier Torunn Bratvedt.

PÅLAGT AV LOVEN. Anne Kristine Dobbe, spesisykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning (NACS) i Bergen, minner om at både pasientrettighetsloven og helsepersonelloven pålegger helsepersonell å gi informasjon om virkning og bivirkning av behandling som er gitt.

– Det som påvirker seksualiteten er ikke noe unntak, og det må helsepersonell ta på alvor, understreker hun.



DEN SKAMFULLE POSEN

En kvinne i et etablert parforhold våkner opp etter narkosen, kroppen er endret av kirurgen. Hun har fått stomi. Hun orker ikke å se på seg selv. Mannen hennes vet hva hun har gått igjennom, men hun vil ikke vise ham hvordan det ser ut.

Hjemme igjen klarer hun etter hvert ikke å sove på samme rom som ham. Når de oppsøker hjelp, har det gått så langt at hun sover i dobbel pysj for å være sikker på at stomien ikke synes. I løpet av samtalene går hun motvillig med på å vise mannen stomien og hvordan den fungerer. Begge gråter. De starter med sensualitetstrening og får tips om stillinger som gjør at begge kan være trygge på at det kjennes godt og trygt for begge to. ●



Kvier seg: Sykepleier og sexologisk rådgiver. Siv Gammes erfarer at de fleste som kommer til henne, har kviet seg. Foto: Erik M. Sundt



→ – Vi kan ikke hoppe bukk over loven fordi vi selv ikke er bekvemme med å snakke om seksualitet. Sykepleiere er uansett så langt inne i intimsonen til folk at de må åpne opp for dette temaet. Det er mye god helse i et godt seksualliv, sier hun.

SNAKK TIL HVERANDRE. – I går kom det en mann hit som aldri har klart å gjennomføre et samleie på grunn av ereksjonssvikt, sier Siv Gammes.

– Det er lett å forstå hans fortvilelse.

Noen kilometer unna, på Fornebu rett utenfor Oslo, møter sykepleier og sexologisk rådgiver (NACS) Torunn Bratvedt mye av det samme som Gammes. Hun opprettet egen praksis fordi hun erfarte at hun hadde en kompetanse folk etterlyste.

Bratvedt sier det er viktig å ha et ordforråd for å snakke om seksualitet.

– Mange får «lim i munnen» når vi kommer inn på temaet. Det er som om ordene sitter fast. Når det er så ordløst blir man også mer sårbar – mange har sterke erfaringer av lyst eller skam som de ikke klarer å dele med en partner.

Fakta

Seksualitet

- Ifølge Verdens helseorganisasjon er seksualitet en integrert del av hvert menneskes personlighet, et aspekt ved det å være menneske, et aspekt som ikke kan skiller fra andre aspekter ved livet.
 - Det betyr at seksualitet er langt mer enn samleie.
 - NACS betyr autorisasjon fra Nordic Association for Clinical Sexology
- Kilde: snl.no

UTEN Å VÆRE STØTENDE. Hvor går grensen for hva en sykepleier kan diskutere med pasienten?

– En klient sa til meg at han likte store pupper. «Såne som du har», sa han med begjær i blikket. Det er ikke greit. Jeg skal ikke være et objekt i samtalen, sier Torunn Bratvedt bestemt.

– En mann som tente på å gå med bleier viste seg å ha på bleiene under en samtale med meg. Da han gikk var stolen våt. Da jeg så det, ble han

«Det er lett å forstå hans fortvilelse»

Siv Gammes

informert om at det ikke var akseptabelt at han brukte bleier under våre samtaler. Begge disse mennene fikk hjelp til å forvalte sin seksualitet uten at det støter omgivelsene. Det kan være rart for enkelte at det de selv synes er det deiligste i verden, kan være ekkelt og merkelig for andre.

PENIS OG VAGINA. Bratvedt sier også det for henne er unaturlig å bruke begreper som «pikk» eller «fytte» på kjønnsorganene.

– Jeg sier penis og vagina, det oppleves som mest naturlig ut fra min profesjon og bakgrunn. Samtidig tillater jeg at andre har andre begreper. Ofte starter jeg med en slik begrepsavklaring. Mange har ikke engang noe ord for det «der nede».

Siv Gammes sier hun er opptatt av ikke å bli privat.

Fakta

Normal penis

- En slapp penis er i gjennomsnitt 9,16 centimeter. Det viser kurver forskere fra King's College i London har utviklet.
- Slike kurver er ikke laget før.
- Kurvene viser variasjonene i tykkelse og lengde både når tissen er slapp og stiv. Forskerne bak kurvene tror de vil hjelpe leger med å berolige menn om at størrelsen på deres penis er innenfor normalen.
- Mer om kurvene kan leses i British Journal of Urology International.

– Jeg sier ikke «vi kvinner» for eksempel, jeg sier «kvinner». Dette handler om dem, ikke meg.

DEN SEKSUELLE HVERDAGEN. Torunn Bratvedt er opptatt av å sette riktig ord på de seksuelle problemene og ønskene.

– Jeg begynner ofte med å spørre om den seksuelle hverdagen, sier hun.

– Der personen er henvist, viser det seg i mange tilfeller at fastlegen ikke har spurt nøye nok. En ung mann kom med henvisning som fortalte at han hadde ereksjonsproblemer. Jeg bad ham forklare nærmere hvordan dette viste seg for ham. Mannen fortalte at han har stiv penis i ett minutt. Jeg spør «hva skjer så?» Mannen fortalte at han da får utløsning. «Dette er ikke ereksjonsproblemer, sa jeg. Dette er for tidlig sædavgang».

«HVA LIKER DU?» Torunn Bratvedt har ti års erfaring som utdannet sexologisk rådgiver, og forteller at det er mange som har behov for å snakke om seksuelle bekymringer, frustrasjoner og hemmelige lyster. Hennes klare inntrykk er at mange par rundt omkring aldri har snakket generelt om hva de liker og ikke liker seksuelt.

– Mange kommer til meg og gråter, fordi partneren aldri har spurt, og de selv ikke har klart å snakke om det.

HYLENDE ORGASME. Noen ganger må Siv Gamnes drive med realitetsorientering.

Et par hadde vidt forskjellige virkelighetsoppfatninger.

– Hun kom hit alene, fordi hun mente hun var problemet. Men da han ble invitert med, kom progresjonen, forteller Gamnes.

– Som terapeut er det utfordrende og spennende å høre begges versjon. Jeg sitter og observerer, og lar dialogen gå mellom dem.

– «Dere ser situasjonen veldig forskjellig», sa jeg etter å ha hørt på dem. De hadde helt ulike oppfatninger av hva den andre forventet.

Han hadde en forestilling om at kvinner ved sex alltid har hylende orgasmer og nærmest står i bro. Når hennes orgasmer ikke var sånn, ble det sårt og touchy for ham. Hun trodde menn alltid har lyst på sex og at kvinner alltid skal gi dem det de vil ha. Hun følte hun ikke greide å gi ham det hun trodde han ønsket, og følte håpløshet over det. Hun mistet også lysten selv.

DEN NORMALE KROPPEN. De sexologiske rådgiverne har tro på å skape et større rom for det normale. Her kan sykepleiere drive opplysningsarbeid. En kropp som har levd får på ulikt vis merker. En graviditet, en ulykke, en hudsykdom, små og store arr, vektoppgang, vektnedgang, muskler som buler her – men ikke der, rynker, eksem, merker etter sol, vind, år. Merkene kan ses på som tegn på erfaring, levd liv, overlevelse.

Enkelte sliter med å vise frem disse ar-

«Vi kan ikke hoppe bukk over loven.» Anne Kristine Dobbe



ne, skrukkene, skjevhetene, den løse huden, den nuppete huden, magen som dissler eller hoftebenet som stikker ut at det blir til et presentasjonstraume.

– Tanken på å skulle vise seg foran en annen – gammel eller ny partner, blir uoverkommelig.

For å ha en trygg inngang med en ny partner, eller gammel partner som opplever at det er noe nytt med en kjent kropp, er det fint å ha snakket sammen om det på forhånd, sier hun.

– Ikke la det gå for lang tid. Da kan det utvikle seg til et fastlåst presentasjonstraume.

SEX OG PSYKE. Tidligere jobbet Bratvedt på urologisk poliklinikk på et sykehus. Der var det mange menn med ereksjonsproblemer, pasienter med stomi eller smerter under samleie. Det var flest menn som ønsket å få sexologisk rådgivning.

– De var i alle aldre, fra 18 til 80, men gjennomsnittsalderen var nok menn på rundt 40 år. For mange var det den psykiske delen som var hovedproblemet,

DEN TEKNISKE SEXEN

En mann i begynnelsen av 20-årene setter seg tungt ned i stolen inne på samtalerommet. Han er en stor mann. Mye kropp. Store muskler.

Den unge mannen har ereksjonsproblemer. Han forteller hvordan han har sex, hva han gjør, stillinger, ingenting om hvordan det føles eller oppleves. Ut fra hva han forteller, er han mest opptatt av seg selv. Forenklet sagt: Det høres ut som han onanerer inne i henne. Han blir spurt om han ser på partneren når de har sex. Spørsmålet overrasker, og det åpner for en øvelse: Mannen skal se på kjæresten. Etter hvert starter han med andre former for sensualitetstrening, som å stryke, lukte, se på kjæresten, uten å ha samleie. Etter en periode med sansetrening kommer ereksjonen tilbake, han forteller at han også har fått det svært mye bedre med kjæresten. ●

«SÅ LITEN DEN ER»


Han er en flott mann i midten av 30-årene. Vel-trent og lett å snakke med. I ung alder hadde en jente i en bisetning sagt «så liten den er». Han oppsøkte hjelp fordi han mente at penisens hans var for liten, og var overbevist om at det var noe galt. En måling viste at penis var 17,5 centimeter. Han fikk se i penisatlasen, og så bilder av mange normale penis. Hans var helt normal. Han fikk informasjonen om at størrelsen på penis i slapp tilstand ikke sier noe om størrelsen i erigert tilstand. I dette tilfellet var det behov for ytterligere terapi for å få hjelp for hva kvinner har sagt til han. Mannen ble henvist videre til psykolog. ●

TREKANTEN SOM GIKK GALT

De har et bra sexliv. Hun får orgasme sammen med han med jevne mellomrom, men ikke sånn at den går fra tærne og opp. Sammen har de en fantasi om å ha trekant, og de tar avgjørelsen om å invitere med en mann til.

Denne mannen gir henne en orgasme hun aldri har opplevd før. For partneren hennes blir dette fryktelig vanskelig.

En fantasi kan man ha kontroll over, men når den leves ut i virkeligheten får den sitt eget liv. Den blir en reell hendelse som er umulig å endre. Paret måtte akseptere at det hadde skjedd og bestemme seg for hvordan de skulle klare å gå videre. Enten sammen eller hver sin vei. ●



forteller hun, som mener det burde være en sexologisk rådgiver på alle sykehus.

ET LIV UTEN SEX. – Dessverre er holdningen i helsevesenet at seksualitet er såpass privat at den får de ordne opp i selv, sier hun.

– Mange tenker på seksualitet som en form for luksus. Og det er klart man kan ha et godt liv uten sex. Men om man ønsker sex, og ikke får det, er det veldig sårt. Dårlig seksuell helse kan føre til dårligere livskvalitet. Noen par ender også opp med å gå fra hverandre fordi de ikke klarer å løse opp i de seksuelle problemene, sier Bratvedt.

FAGLIG AVGRENSNING. Siv Gamnes setter pris på sin helsefaglig bakgrunn når hun jobber som sexologisk rådgiver.

– Jeg er trygg på når jeg må be folk gå til legen,

«Holdningen i helsevesenet at seksualitet er privat.»

Torunn Bratvedt

når det er medisinske tilstander som er årsak til problemene.

Ved for eksempel ereksjonssvikt eller smerter under samleie gir hun alltid råd om å bli undersøkt av lege. Noen ganger kan det være fysiske årsaker til problemene og det kan også være at de første symptomer på sykdom viser seg i kjønnsorganene.

– Men jeg har ennå ikke vært borti noen som har en fysisk årsak til ereksjonssvikt, sier hun.

MER VAGINISME. Da Siv Gamnes begynte å jobbe med seksualitet, møtte hun ikke så veldig ofte på vaginisme. Nå ser hun det ofte.

– Vaginisme er ufrivillig sammentrekning av skjeden. Det kan være så ille at det ikke er mulig å stikke inn en q-tips, sier hun.

Jentene som kommer er gjerne unge.

– Typisk en jente som har vært i forhold nummer tre, fire eller kanskje ti som har gått føyken fordi hun ikke har greid å gjennomføre samleie, forteller Gamnes.

– Noen ganger har kjæresten stilt ultimatum og bedt henne søke hjelp. Mange har smerter i tillegg. De får først vondt, så trekker skjeden seg sammen.

Årsaken kan være at de har hatt sex uten å ha hatt lyst.

– Noen dumper bare ned og sier: «Jeg greier

ikke gjennomføre samleie». Andre begynner å gråte før de får sagt noen ting. Vaginisme kan være et kjempeproblem, de er handikappet seksuelt, sier Gamnes.

MÅ NØSTE. Hennes verktøy er samtalen.

– Jeg har ikke en knapp å trykke på eller en pille å putte i folk, sier hun.

– Jeg må gjennom samtaler nøste opp i det folk



DEN STYGGE FITTA

En kvinne i midten av 50-årene kommer inn på kontoret. Hun sliter med manglende lyst. Hun er også redd for å vise seg naken foran partneren.

Etter noen samtaler kommer det frem:

I mange år har hun båret på en skam over sitt eget kjønnsorgan. Hun har aldri vært i en situasjon hvor hun har klart å snakke om det.

Starten på det hele? En gang hun var i begynnelsen av 20-årene, var det en mann som sa til henne: «Fitta di er stygg».

De ordene har hun aldri glemt. ●

4
seksuelle
utfordringer

sliter med. Noen kommer med en gang problemet har oppstått, og de er veldig mye lettere å hjelpe. Andre har dessverre ventet altfor lenge. Når problemet oppsto for åtte år siden, eller godt voksne har slitt med seksuelle problemer siden ungdommen, er det klart det er mer krevende. ●

aknbh@sykepleien.no

nina.hernes@sykepleien.no



Åpen: Torunn Bratvedt sier det er avgjørende å gi tillatelse til å snakke. Foto: Ann-Kristin B. Helmers

Dette kan skape krøll i sengeleken:

Foto: Scanpix



1

Vaginisme

Ufrivillige muskelsammen- trekninger i skjeden, som gjør penetrering umulig. Seksuell tenning blir forbundet med smerte og frykt, og det utvikles en fobi for enhver inntrengning i skjeden.

Den danske gynekologen og sexologen Else Schytte Christensen har skrevet boken «Vaginisme – når kroppen sier nei». Ifølge henne vet man ikke særlig mye om vaginisme, utover at det er snakk om uønsket og ubevisst sammentrekning av skjedemuskulaturen.

Smerter rundt skjedeåpningen, smerter i underlivet eller å ha vært utsatt for overgrep ser ut til å gi risiko for vaginisme, i tillegg til en særlig psykisk sårbarhet.

Kilde: Siv Gamnes og forskning.no



2

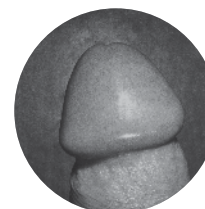
Erekttil dysfunksjon

Manglende evne til å oppnå, eller vedlikeholde, tilstrekkelig reisning av penis til å kunne gjennomføre samleie med sædutløsning i skjeden. Defineres som et medisinsk problem om det skjer i en av fire situasjoner der ereksjon er ønsket.

De vanligste årsakene er psykiske, som tidligere dårlig seksuell opplevelse, depresjon og prestasjonsangst.

Erekttil dysfunksjon er vanligere blant eldre enn yngre menn. Man antok før i tiden at nedsatt seksuell funksjon var en naturlig del av å eldes, men dette er en forestilling som er forkastet.

Kilde: nhi.no



3

Prematur ejakulasjon

Rask eller for tidlig utløsning hos menn. Dersom utløsningen kommer innen to minutter kvalifiserer det vanligvis for diagnosen, kombinert med at tilstanden er gjentakende og at den oppleves som et problem for pasient eller partner. Det finnes behandling mot for tidlig utløsning, både medisiner, psykologisk rådgiving og læring av seksuelle teknikker som forsinker utløsningen kan bedre tilstanden. Startstopp-teknikk innebærer kort forklart å avbryte seksuell aktivitet og klemme over penis idet utløsning nærmer seg. Dette gjentas i 10 minutter eller 3–4 ganger før man ejakulerer.

Kilde: nhi.no



4

Nedsatt seksuell lyst

Nedsatt lyst defineres som: Fravær av eller svekket interesse eller ønske om sex. Fravær av seksuelle tanker eller fantasier, og mangel på etterfølgende lyst. Motivasjonen for å forsøke å bli seksuelt opphisset er tynn eller fraværende. Manglende interesse oppfattes å være under det som oppfattes som normalt for aldersgruppen og varigheten av forholdet. Flere kvinner enn menn sliter med nedsatt seksuell lyst, viser studier. Total aversjon mot sex foreligger imidlertid sjelden.

Kilde: nhi.no

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



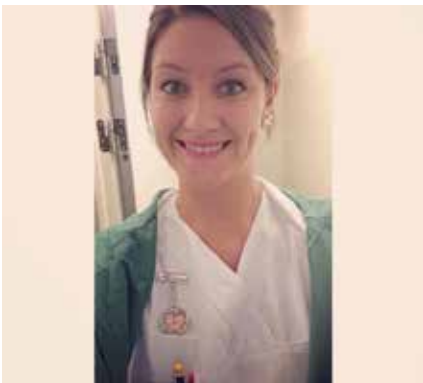
@lksandseter
Welcome to Europe



@lamalin
Det sykepleierstudenter regner som en fin torsdagskveld



@ceccagun
Mine flotte kollegaer



@hedda26
Nattsøster



@solgullet
Morgenblidfiser med godt mot etter ei lang nattevakt



@r0gnils
Tommel opp for kirurgisk praksis



@eirhoy
Litt moro i pausen på jobb



@tuvatapetfjes
Nattevakt på infeksjon



@karusellfi
Praksis dag Jobb natt Praksis dag Jobb aften



Mye sol gir færre barn

Tekst **Johan Alvik** • Illustrasjonsfoto **Colourbox**

UV-STRÅLER: Perioder med høy UV-stråling kan påvirke fertilitet over flere generasjoner, melder forskning.no og gemini.no med utgangspunkt i en ny studie fra NTNUs institutt for biologi.

Forskeren Gine Roll Skjærvø har studert kirkebøker fra perioden 1750–1900. Hun vurdert livshistorievariabler ut ifra hvor mange år det gikk mellom hver barnefødsel og hvor mange av barna som overlevde i dette tidsrommet. Informasjonen ble så sammenliknet med miljøfaktorer, og blant annet solaktiviteter.

Skjærvø brukte informasjon om antall solflekker som en indikasjon graden av UV-stråling i ulike år. Det viste seg at barn født i år med mye UV-stråling, hadde høyere sannsynlighet for å dø, sammenliknet med barn som født når det var mindre. Risikoen for tidlig død var

størst i to første leveårene.

Barn født i solrike år som overlevde, fikk i sin tur færre egne barn, som igjen fødte færre barn enn andre. UV-strålingen hadde med andre ord effekt over flere generasjoner.

– Det er nok mange faktorer som spiller inn, men vi har klart å

«Vi har klart å måle en langtidseffekt over generasjoner.»

måle en langtidseffekt over generasjoner. Konklusjonen i vår studie er at du ikke bør sole deg hvis du er gravid og vil ha mange barnebarn, sier Skjærvø i et intervju med Gemini.no. •



Din samarbeidspartner!



VI HAR TID TIL PASIENTEN DIN!

UTSTYR PÅ BLÅRESEPT

Banda er en kjede med 54 butikker over hele landet med høyt kvalifiserte helsearbeidere.

Vi har bl.a. kompetanse innen stomi, inkontinens, ernæring, fiksering og urinretensjon.

- råd og veiledning i våre samtalerom, eller ved hjemmebesøk til dine pasienter
- tilpasning/valg av utstyr i samarbeid med deg
- hjelp ved sår hud, lukt, brokk og lekkasje
- tilpasset utlevering av utstyr
- hjemkjøring av varer er en selvfølge

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



Følg oss på Facebook/bandakjeden
Bandas hovedkontor: 23 38 48 58

HUSK! - det er pasientene som eier blåresepten. De kan fritt velge den bandagist/apotek de mener gir den beste service og oppfølging.

Vi har blåresept ekspedering via mail på www.banda.no



✓ RASK LEVERING ✓ 14 DAGER RETUR ✓ KJOP NÅ - BETAL SENARE

10% RABATT Angi koden: SP102015

Fire

grunner til å bruke
Støttestrømper

- 1) Øker blodsirkulasjonen i beina og føttene
- 2) Forhindrer blodpropp og åreknuter
- 3) Hindrer hevelse og smerte
- 4) Støttende og behagelig for slitne bein



149 kr

I Mange Färger



159 kr

199 kr

59 kr

99 kr

Håndlagede Arbeidssko



Fleur, lakk 599 kr



Fleur, matt 599 kr



149 kr

www.color4care.no

23 96 09 36

Hva skjer. Rådet for sykepleieetikk



Dårligere vilkår for etikken

• Tekst Bjørn Arild Østby

KVALITET: Sykepleierne må ta faget tilbake, så får andre ta seg av økonomien, mener Berit Daae Hustad. Hun leder av Rådet for sykepleieetikk, en adresse for sykepleiere, sykepleiestudenter og andre som opplever vanskelige etiske situasjoner. Rådet skal også delta aktivt i den offentlige debatten om pleie- og omsorgstjenestens vilkår og utfordringer.

– I hvilke grad har dere lyktes med oppdraget i landsmøteperioden?

– Jeg synes Rådet har fått utrettet en god del. Opplever at vi er blitt mer synlige blant sykepleiere, og at saker vi har tatt opp har fått mye oppmerksomhet og skapt debatt, oppsummerer hun.

– Eksempler?

– Rådet har hatt flere saker både i hjemmesykepleien og på sykehjem knyttet til pasienter som dør alene. Mange steder blir det ikke leid inn ekstra hjelp til disse pasientene, ofte på grunn av dårlig kommuneøkonomi. Det ble en stor mediasak og vi fikk mange henvendelser fra organisasjoner og enkeltpersoner, forteller Daae Hustad.

Rådet fikk også stor oppmerksomhet da det tok opp spørsmål om det er riktig å vekke pasienter kl. 04.00 for å begynne morgentilstanden. Debatt ble det også da Rådet tok opp bruk av hel nattdress for demente som lukkes bak, for å hindre at pasienten fjerner bleien.

– Man kan spørre seg om pasientens integritet og verdighet ble ivarettatt. I mange tilfeller er ikke nødvendig samtykke innhentet, påpeker Daae Hustad.

TOPPEN AV ET ISFJELL. I løpet av landsmøteperioden 2011–2015 har henvendelsene til Rådet økt. Til sammen har det behandlet vel 235 saker. Men når over 100 000 sykepleiere og sykepleierstudenter er medlemmer i Norsk Sykepleierforbund (NSF) kan det synes som et

lavt tall. Daae Hustad skulle gjerne sett at flere henvendte seg til Rådet. For de etiske utfordringene er mange og økende.

– I en hektisk arbeidshverdag står mange sykepleiere daglig overfor situasjoner som de faglig ikke får gjort på en tilfredsstillende måte, og som strider mot deres yrkesetikk. Mange opplever å balanse på absolutte minstemål, og ikke sjelden under det som lovverket krever.

Rådslederen synes Sykepleiens spørreundersøkelse, som viser at mer enn halvparten av sykepleierne svarte at de ikke kunne tenke seg å bo på institusjonen de jobber når de blir eldre, er en tankevekker.

Norsk senter for menneskerettigheter har også uttalt seg kritisk til hvordan norsk eldreomsorg drives i dag, og at den er på grensa til å bryte menneskerettighetene.

– Sakene som kommer til Rådet er nok bare toppen på et stort isfjell. Tror mange sykepleiere har resignert. De opplever at det ikke er stor hjelp i å melde avvik. Det fører sjelden til noe som helst.

SAMHANDLINGSREFORMEN.

– Har dere merket endringer etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012?

– Vi har ikke statistikk på i hvilke grad reformen har medført nye og flere etiske utfordringer. Men pasientene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester er i løpet av de tre årene som er gått, blitt stadig sykere med flere sammensatte diagnoser. Vi har et klart inntrykk av at trykket på de ansatte er blitt mye større; særlig i hjemmesykepleien, sier Daae Hustad.

Dette blir også bekreftet i Telemarksforskning sin undersøkelse «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiernes erfaringer». Her svarer ni av ti

sykepleiere at de har fått økt arbeidsbelastning og større kompleksitet i de sykepleiefaglige oppgavene, uten at dette er fulgt opp med økt bemanning og fagkompetanse. Det er her snakk om tilbud til de mest ressursvake pasientene.

Daae Hustad mener det er svært betenkelig at den største yrkesgruppen i mange kommuners pleie- og omsorgstjenester er ufaglærte. En gruppe som i dag teller rundt 60 000. De fyller en viktig oppgave, men har ikke den kompetanse som trengs i dagens og morgendagens helsetjeneste.

HENVENDELSER. – *Hvem tar kontakt med Rådet?*

– Det er i all hovedsak vanlige sykepleiere som jobber tett på pasientene og som har opplevd hendelser eller vært vitne til episoder de ikke kan glemme eller legge bak seg. Når en sykepleier har ansvar for 20 pasienter eller flere, vil vedkommende daglig stå overfor et valg om hvem som skal prioriteres og hvem som må vente. Det byr på store etiske utfordringer.

Rådet mottar også flere henvendelser fra studenter og lærere ved høyskoler og universiteter. Derimot kommer det svært få spørsmål og saker fra sykepleieleidere på forskjellige nivåer i helsetjenesten.

Rådslederen opplever at sykepleiere er engstelige for medieoppmerksomhet og reaksjoner fra pårørende, hvis de tar opp etiske problemstillinger knyttet til arbeidsstedet.

Det samme gjelder ikke i bruk av sosial media, mener Daae Hustad.

– Mange sykepleiere skriver om hva de gjør på jobben, selv om det er klare regler om ikke å skrive om arbeidsplassen. Det kan være meldinger som «Blålys på jobben i dag» eller «Hjertestans». Mange er lite kritiske og ikke bevisst grensene for taushetsplikt.

FÅR TILBAKEMELDINGER. Alle som henvender seg til Rådet får skriftlig svar.

– Vi er et rådgivende organ, ikke klage- eller domsorgan. Rådet gir innspill som partene kan ta med seg videre i «prosessen» for å løse en eventuell konflikt på lavest mulig nivå. Det burde ledere og mellomledere se nytten av. Mange ledere føler seg i skvis og er svært lojale mot rammene.

Daae Hustad opplever at det blir mye snakk om tjenestevei og økonomiske rammer.

– Mitt råd til sykepleierne er å ta faget tilbake – kvaliteten og kompetansen – så får andre ta seg av økonomien i helse- og omsorgstjenestene.

Hun ønsker ikke å svartmale situasjonen, selv om det er mye å gripe tak i.

– Rådet mottar stort sett henvendelser om svært negative hendelser. Det må ikke overskygge at det finner sted mye positiv kreativitet i pleie- og omsorgstjenesten, understreker Berit Daae Hustad. ●
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fakta

Rådet for sykepleietikk skal:

1. Overvåke og fremme etisk standard i sykepleiepraksis og -utdanning.
2. Behandle saker og avgi uttalelser om etiske spørsmål som bringes inn for Rådet, eller som Rådet selv tar initiativ til.
3. Være høringsinstans og påvirke saker av etisk karakter internt i NSF.
4. Fremme etisk refleksjon og diskusjon internt i NSF.
5. Bidra til å styrke helsetjenestens generelle verdibevisthet.
6. Påvirke den offentlige debatt i saker av etisk karakter.

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



Fra byggeplass til sykehus

Østfold. 287 000 østfoldinger får snart nytt sykehus på Kalnes. Men først må Lasse med stigen bli ferdig.

● Tekst og foto **Ann-Kristin B. Helmers**

Jeg har sju minutter, sier sykepleier Anette Siebenherz mens hun med hastige skritt viser vei innover i den 400 meter lange korridoren som vil bli hovedpulsåra i det nye sykehuset på Kalnes i Østfold.

Hva som er sykehusets hjerte vil nok avhenge av hvem som spør, men en kandidat er det medisinske døgnområdet, som Siebenherz nå svinger til høyre inn i. Hun forserer sperrelinjer og pappesker. Her skal det om kort tid være pasienter, nyredde senger – og sykepleiere med full kontroll.

ENEROM I TUN. Siebenherz peker til høyre og venstre: Her skal det være ni og ni én sengsrom i sengetun. En arbeidsstasjon for personalet omtrent midt i tunet.

Anette Siebenherz har jobbet med å fintenke på

logistikken på avdelingen et par år allerede. Ikke bare på hvordan pasienten skal komme seg gjennom sykehusoppholdet, men også alt rundt, senger, medisiner, medarbeidere, mat.

SNART FLYTTESJAU. For snart skjer det: Mandag 2. og tirsdag 3. november kommer ambulanser, busser og andre biler til å gå i skytteltrafikk mellom Fredrikstad sentrum og Kalnes.

180 pasienter skal fraktes i ambulanser og busser, 4000 medarbeidere skal ha nytt arbeidssted,

«Det blir mer ro, det ser vi frem til.» Anette Siebenherz, sykepleier

med alt det innebærer av fungerende inngangskort, datatilganger og arbeidsklær. De 30 tøyautomatene må være fylt til randen.

På slaget klokken 0800 mandag morgen må alt utstyr virke. Da stenger akuttmottaket i Fredrikstad, samtidig som det nye åpner på Kalnes.

LUKKET SLØYFE. Til sammen er det 415 somatiske senger, 101 psykiatriske og 55 såkalte tekniske senger på hele sykehuset. Tekniske senger er for eksempel fødeseng, intensivseng eller oppvåkings-seng. Medisinsk sengeområde disponerer 144 av de somatiske sengene.

– På sikt skal vi ha en lukket medikamentsløyfe. Det viktigste for å få til dette, er systemet elektronisk kurve, forteller Siebenherz.

Klokker som ringer i korridorene blir en saga



Straks ferdig: Lasse Bydal, tekniker fra firmaet Diko, gjør seg ferdig med takmoneringene før operasjonssykepleier Rigmor Johansen kan slippe til.

Fakta

Skal forske på flyttingen

Rundt 3000 ansatte og 1000 pasienter ved Sykehuset Østfold ble i begynnelsen av september spurt blant annet om jobbtilfredshet og oppfattelse av kvalitet på helsetjenestene. Kartleggingen er gjort av Høgskolen i Østfold i forbindelse med flyttingen.

I løpet av 2016 vil det så bli en tilsvarende spørreundersøkelse på Kalnes, slik at man kan sammenlikne resultatene fra gammelt til nytt sykehus.

blott – i stedet for kommer det en melding på sykepleierens telefon.

– Det blir mer ro, det ser vi frem til, sier hun.

PSYKIATRISK FØRST. Det har vært en lang vei fra beslutning til faktisk sykehus: I mai 1999 besluttet fylkestinget i Østfold at et nytt sykehus skulle erstatte de seks sykehusene. Forprosjektet for nytt sykehus på Kalnes ble godkjent av styret i Helse Sør-Øst 16. desember 2011.

I mai i år kom de første pasientene.

– Det var et spesielt øyeblikk å se pasientene fra det gamle asylet på Veum komme inn gjennom dørene her som de aller første, sier psykiatrisk sykepleier Ragnhild Tranøy.

At psykisk helsevern samlokaliseres med somatikk, er viktig for å oppjustere statusen til

pasientene i psykisk helsevern, mener hun.

Sammen med kollega Marie Therese Urholmen har hun overtatt omvisningen. De tar heisen opp til alderspsykiatrisk seksjon, og viser frem den strategiske plasseringen vegg i vegg med ortopedisk avdeling. Brukne hofter og forvirringstilstander hos eldre henger ofte sammen.

MYKE MØBLER. Ned igjen i første etasje ligger pasientrommene på ungdomsseksjonen. De to er fornøyd med utformingen av pasientrommene:

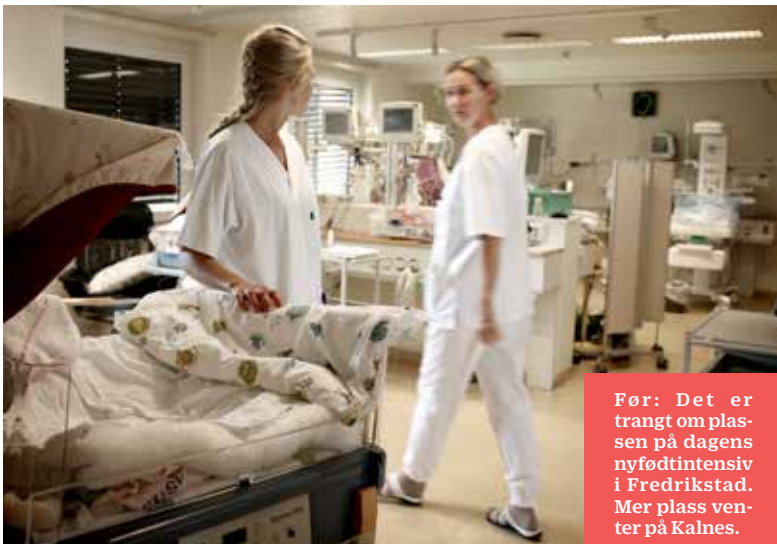
– Sykepleierne har vært sentrale i valg av møbler og annet interiør. Det har blant annet ført til skap uten hjørner. Det skal ikke være kanter til å henge tau eller belter i, forteller de.

Møblene er spesialtilpasset og skal ikke kunne brukes som våpen. Stolen foran





Virker det? Om ganske få dager er det fullt kjørt inne på denne operasjonsstua. Da må operasjonssykepleierne Hilde Aslie (foran) og Rigmor Johansen vite hvor av- og påknappen til lampene er, for eksempel.



Før: Det er trangt om plassen på dagens nyfødtintensiv i Fredrikstad. Mer plass venter på Kalnes.



Etter: Her blir det bedre plass. Intensivsykepleier og avdelingskoordinator Jane Larsen og fagsykepleier på nyfødtintensiv intensiv Caroline Tangen gleder seg til å ta i bruk de nye lokalene.



skrivebordet er lett og av plast, den kan vanskelig skade pasient eller personale.

BEDRE FOR BARN. Det er tre akuttmottak på sykehuset: Ett for somatikk og to for psykisk helsevern. Øyeblikkelig hjelp-henvendelser til barne- og ungdomssenteret går via akuttmottak for somatikk til akuttmottak for barn og ungdom.

– Tenk på dette i forhold til det vi har nå, sier Jane Larsen, avdelingskoordinator barn og ungdom.

Hun vender seg mot Caroline Tangen, fagsykepleier på nyfødtintensiv, som står bøynd over en splitter ny kuvøse. Lokalene de reiser fra er kanskje en tredel av hva de sykeste nyfødte får av plass her. Mer plass betyr at foreldre kan overnatte på rommet med barnet, og at det er mulig å gjennomføre kengurumetoden, som innebærer hud-mot-hud-kontakt med den nyfødte.

Dette gjøres også i dag, men med nytt sykehus og mer plass, så ligger forholdene mye bedre til rette, sier de.

– Både de aller yngste og de eldste barna får et bedre tilbud i det nye sykehuset, sier Larsen.

De eldste barna har til nå måttet ligge på vanlig voksenavdeling. Nå får de et eget tilbud inne i barne- og ungdomssenteret helt til de er 18 år. – Det er et stort framskritt, sier Larsen.

GRØNN MANN. All øyeblikkelig hjelp-kirurgi foregår på Kalnes, mens det meste av dagkirurgi og noe elektiv kirurgi foregår i Moss.

Operasjonssykepleier og avdelingskoordinator Rigmor Johansen, flyttekoordinator Hilde Aaslie og anestesisykepleier Ketil Grønneberg må først slippe ut en mann i grønt, før de selv kan gå inn på operasjonsrommet. Ikke så rart, bortsett fra at denne mannen, kledd for en dag på operasjonsstua, med hette og det hele, tar trappetige og verktøy under armen før han går ut fra rommet.

Hvem var det? En praktisk anlagt kirurg?

Det viser seg å være tekniker Lasse Bydal fra

firmaet Diko. Han har ansvaret for å installere takhengt utstyr.

HAR ØVD. De tre sykepleierne som nå overtar operasjonsrommet, forteller at de allerede har hatt noen gjennomkjøringer, og begynner å kjenne utstyret.

– Har dere kontroll?

– Ja.

De drar litt på det.

– Vi har det. Det er godt med folk som jobber med dette nå, så i alle fall kommer vi til å ha det når pasientene kommer. Det er satt av tid til opplæring, så vi er sikre på at det kommer til å gå bra når vi først er i



«Det kommer til å gå bra.»
Mona Nyberg,
sykepleier i
prosjektledelsen.

gang. Men det er mange detaljer å tenke på før den tid, sier de, mens blikkene vandrer over rommet.

MINDRE FELLESAREALE. Enerom til alle pasienter og topp moderne teknisk utstyr er utvilsomt et gode – men noe blir det også mindre av på det nye sykehuset. Fellesarealene er mindre. Mindre lagerrom, samlingsrom og færre kontorlokaler har blitt standarden for hele sykehuset.

– Vi har holdt budsjettammen, og vi er foran tidsplanen, sier Mona Nyberg, som er programleder for utstyr. Hun er intensivsykepleier og har vært med i prosjektledelsen siden 2009.

Sammen med byggherreorganisasjonen har hun hatt hovedansvaret for at alt av utstyr og inventar har kommet på plass. Det er gjennomført godt over

Fakta

Dette er noe av det sykepleier Mona skal ha oversikt over:

- 3184 funksjonsrom
- 480 tekniske rom:
- 42 røpoststasjoner
- 21 heiser
- 8 AGV (automatisk gående vogn)
- 7 etasjer med teknikkplan i topp og bunn
- 4282 dører
- 2845 vinduer
- 415 somatiske senger
- 101 psykiatriske senger
- 55 tekniske senger
- 9 operasjonsstuer
- 91 poliklinikkrom:
- 17 billediagnostiske enheter
- 117 172 utstyrselementer

100 anskaffelsespakker, og anskaffet nytt utstyr for cirka 550 millioner kroner, forteller hun.

Hun sier at alle kategorier medarbeidere, inkludert sykepleierne, har hatt en sentral rolle både i anskaffelse av utstyr og i utformingen av sykehuset.

– Er du stresset før de store flyttedagene 2. og 3. november?

– Nei. Ikke nå. Det kommer helt sikkert til å bli noen innkjøringsutfordringer. Men det kommer til å gå bra, pasientene trenger ikke være redd, sier hun. ●

aknbh@sykepleien.no



Se hvordan sykepleierne forbereder seg til storinnrykket.

– Flott sykehus, men redd det blir for lite

BEKYMRET: Karen Brasetvik, fylkesleder i NSF Østfold, gleder seg over at Østfolds befolkning endelig får nytt sykehus.

– Dette har vi ventet på så lenge. Det nye sykehuset er historisk for Helse-Norge, sier hun.

Hun er imidlertid bekymret over størrelsen på sykehuset:

– Helse Sør-Øst bevilget 5

milliarder til sykehusutbygging i Østfold. Det var for lite for å få det bygget vi egentlig ønsket. Dermed kan det bli trangt om plassen på det nye sykehuset.

Heldigvis ligger sykehuset slik til at det er mulig å bygge ut både i høyden og bredden, sier hun.

Hun er spent på å se om visjonen om null korridorpasienter er mulig å få til:

– Sykehuset Østfold har i dag dessverre mange korridorpasienter. Det til tross for at vi har få overliggere og en kommunehelsetjeneste som er nesten for flink til å ta imot dårlige pasienter. Det skal ikke være korridorpasienter på det nye sykehuset, sies det. Det blir spennende å se om man klarer å innfri på det. ●

aknbh@sykepleien.no



Sykepleien APP

Se mer:

Se flere bilder på Sykepleiens nettbrettversjon



Sykepleie er også god mat

København. Rundskuedagens plejecenter er et profilsykehjem for mat. Det betyr ekte kokker og økologisk, hjemmelaget mat.

Tekst **Ann-Mari Gregersen** • Foto **Alf Ove Hansen**

Et grisetryne stikker opp mellom laurbærblad og grønnsaksrester i en putrende stålgrøte. Svinet blir snart buljong. Resten av kroppen er partert og ligger på kjøll. Mel veies og blir til en kaldhevende brøddeig, som nattevaktene etter hvert skal steke. Fennikel krydres og surres på en stekepanne. Syltetøy helles over eplekaker.

De tre kokkene jobber stille og rolig med radioen lavt på. Vi er på hippe Vesterbro, få minutter fra Rådhusplassen i København. Kjøkkenet hører ikke til på en kul restaurant, men hos ett av hovedstadens seks profilsykehjem.

MAT, DYR OG HOMOFILE. Rundskuedagens plejecenters profil er altså «mat». Det er ett av i alt seks sykehjem som har fått en egen profil. De andre fem har: dyr og hageliv, sport og lek,

musikk, homofile/lesbiske og mangfoldighet, da særlig om religion.

Profilsykehjemmene fikk sin status i 2014 og 2015. Formålet er å i større grad imøtekomme

«Favorittene er kalvehjerte i fløtesaus og kalvelever.»

Niels Hansen, beboer

innbyggernes individuelle behov og interesser. Kommunen mener også at dersom mange deler like interesser, kan det bidra til å forebygge ensomhet.

Det var ikke stor konkurranse om å bli

sykehjemmet som skulle profileres på mat. I Dannebrogsgade 44 har de nemlig i mange år sett på mat som noe mer enn et måltid. Leder og sykepleier Jo Helvad har stått på, og tatt mange kamper for å komme dit de er i dag. Alltid med den faglige fanen hevet.

– Rent sykepleierfaglig er jo ernæring et grunnlag for at du kan leve. Hvis vi vil at våre beboere skal holde seg i livet, bevege seg, klare å gå selv, tenke og få sove skikkelig, betyr det mye hva de spiser, sier sykepleieren, som har solid erfaring fra både akutt-tjeneste og geriatri.

INGEN VARMMAT ETTER 12. Jo Helvad har alltid vært opptatt av mat som en del av sykepleien. Da hun startet på sykehjem for over 30 år siden, likte hun ikke det hun så. Menyen var laget måneder i forveien. Noen steder ble maten



Favoritter: Niels Hansen likte godt å lage mat da han bodde for seg selv og setter pris på måltidene han får i sitt nye hjem.



Klar: Maten skal være både delikat og velsmakende.



Godt: Bodil Christiansen får i seg sunn og lekker mat. Fennikelen dufter og smaker godt, men er også rik på kostfiber, vitamin C og B-vitaminet folat.

laget etter om den passet inn i boksene den skulle leveres i eller ei. Andre ganger kom måltidene i store vogner, og hun husker at det ikke luktet særlig godt. Ernæringsplanene sa at det skulle være en bestemt mengde saus, poteter og kjøttkaker. Alt ble korrekt porsjonert og servert, men brettene ble så samlet sammen og restene kastet av rengjøringspersonalet. Ingen ante altså hvor mye den enkelte hadde spist.

Slik ville hun ikke ha det da hun startet i jobben på Rundskuedagens plejecenter for 13 år siden. Men kampen var lang. Husøkonomen og kjøkkenassistentene jobbet fra 7 til 14. De startet dagen med å lage brødskiver som skulle serveres klokken 18. Så var det varm lunsj klokken 12, og to timer senere var kjøkkenet stengt for alle.

– Tenk deg hvordan de brødskivene smakte

etter en hel dag i kjøleskapet! For meg er mat viktig. Det hjelper ikke med ernæringskonsulenter som beregner hvor mye de eldre skal spise hvis ikke maten ser innbydende ut og smaker godt. For da spiser de jo ikke. Kjøkkenpersonalet var ikke flinke til å lage mat, og hadde heller ingen interesse for det.

Helvads ønske var at kjøkkenpersonalet skulle jobbe fra 8 til 18. Og at beboerne fikk en varm middag senere enn 12. Det var de ikke interessert i, og dermed ble de sagt opp.

FRA NESE TIL HALE. Reformene ble satt ut i livet. Kokker ble ansatt. All mat skulle så langt det var mulig være økologisk, og laget fra bunnen av. Hele griser kjøpes inn, parteres og brukes fra nese til hale. Alle brød bakes på huset. Laks og bacon røkes i eget skap. Sennep,

majones og mangochutney serveres ikke fra tuber og glass. De lager sin egen fond, som brukes i supper og gryter. Duft av egenbakte kaker og kjeks fyller gangene. Mat tygges, luktes og sees. De eldre får ta i bruk alle sansene.

– Mange har i mange år fått dårlig mat. De er ikke vant til at måltidene smaker noe. I starten var det derfor noen som syntes maten var for salt. Da sa jeg «Dette er fennikelsuppe. Smak igjen og se om du kan smake fennikelen». De oppdaget at de svarte at maten var salt fordi de ikke kunne gjenkjenne smakene. Én av dem fikk til slutt spicy gulrotsuppe som favorittrett. Flere måtte også vende seg til å tygge. For vi lager grønnsakene al dente, de moses ikke!

PRATEN RUNDT MATEN. Maten er også navet for mange av aktivitetene





→ og samtalene på sykehjemmet. De ansatte sitter alltid sammen med beboerne. De snakker om maten og hører hva de liker. Mat bringer også frem historier fra gamle dager, og ny mat sammenliknes med den de er vant med. Sushi og gravlaks kan ha felles trekk. Har beboerne spesielle ønsker, kan de få det oppfylt etter kort tid. Menyen er ikke spikret mer enn en uke fremover, og selv da kan den justeres om noe dukker opp.

– Vi har også aktiviteter for å bringe lokalområdet inn. Vi har en vennskapsforening med andre beboere i bygården. Vi har allerede invitert barn og foreldre på middag på sykehjemmet tre ganger. Maten er samlingspunktet, og et mål for å skape kontakter. De eldre kan ha en samtale med andre enn dem som jobber her, og det betyr noe, mener Jo Helvad.

HVA BETYR MATPROFILIEN? Hvordan merker de eldre som er her, og de som kommer i fremtiden, at Rundskuedagens plejecenter er blitt et profilsykehjem?

– Vi har 37 beboere med ulikt funksjonsnivå. Noen har demens, andre husker litt mer. Interessen for mat varierer. Ingen av dem som er her nå har søkt seg hit på grunn av at vi er et profilsykehjem, sier Jo Helvad, som er spent på hva som vil skje fremover.

«Vi lager grønnsakene al dente, de moses ikke.» Jo Helvad

– Dette er noe helt nytt. Vi fortsetter i samme spor, og ser gode resultater av det. Hos oss er få underernærte. Maten er viktig både sosialt og ernæringsmessig. Så får vi se hvor mange som søker seg hit etter hvert nettopp på grunn av matprofilen.

Foruten stort matfokus internt og som kontaktpunkt, er det også mat som står på programmet når de går utenfor sykehjemmet.

– Vi vil fortsette med å dra på restaurantbesøk, og fremover ønsker vi også å ha besøkturer til matprodusenter. Nå holder vi ellers på med å renovere våre to takterrasser. Vi vurderer hvor vi skal ha flere planter, og jeg har et ønske om høner der også. Baking på søndager for dem som vil, er også på gang.

CÆSAR-LÆRDOM. Klokken nærmer seg 12. Vi forlater møterommet, og tar turen til hjemmets hjerte. På kjøkkenet er de snart klare med lunsj. Laks, kjøtt, grønnsaker og saus er anrettet. Jonas Jensen blar i klassikeren «Den blå bagebog» for å finne morgendagens kake. Han har vært

I sentrum: Leder Jo Helvad og Rundskuedagens plejecenter holder til i en bygård på Vesterbro i København sentrum. I hagen dyres urter og salat, og mange måltider i den varme årstiden spises ute.



Best: Kokk Lasse Tietze forbereder middagen. Klokken 16 serveres blåskjell, dampet i dill, hvitvin og fløte.



Fakta

Rundskuedagens plejecenter

- **Eid:** Privateid, men har samarbeidsavtale med København kommune.
- **Sted:** Vesterbro i København
- **Leiligheter:** 37
- **Pris:** Ca. 9000 med strøm. De fleste får 6000 av disse i bostøtte.
- **Servicepakke:** 3575 (mat og drikke, vinduspøling, rengjøringsartikler)
- **Ventetid:** 5 personer på liste
- **Profil:** Mat. Det meste lages av 3 kokker fra bunnen av. De har urtehage, takterasse og snart høner. Har egen buss, og drar hvert år på sommerferie.

6 profilsykehjem

- **Rundskuedagen:** For matentusiaster
- **Sølund:** Fokus på musikk
- **Peder Lykke:** Mangfoldighet
- **Hørgården:** Sport og lek
- **Slottet:** Regnbuehjem for homofile, lesbiske
- **Bonderupgård:** Hageliv og dyr

med på reformene siden starten.

– Jeg trives som kokk fordi vi får stor frihet. Fra å lage menyer til å forske i ting som kaldrøkt laks. De eldre setter pris på det meste. Fra de klassiske rettene som stekt flekk med persillesaus, til ris, chutney og sushi. Jeg har jo lært litt etter hvert også. Som for eksempel å ikke ha for lange blader i Cæsar-salaten, og å finne rett koketid på grønnsakene, forteller han smilende.

Han tar frem mel og kanel, for valget falt på julens krydderkake. Ved vasken står kollega Lasse Tietze og renser skjell fra Limfjorden. Til middagen klokken 18 er det blåskjellsuppe kokt i hvitvin, dill og fløte. Tredje kokk i flokken, Cathrine Joakim Jerrik, sørger for at eplekaken får nok krem og syltetøy. Hun synes det er fint at alt lages fra bunnen av, og at det er økologisk.

– Dette er mat jeg er stolt over å servere de eldre.

NORSK BESØK. Jo Helvad er veldig glad hun

ansatte kokker. Det mener hun gjør hele forskjellen, iallefall for hennes sykehjem. De lager så god mat, at de nå også leverer til et nabosykehjem.

– De er proffer, som jobber hurtig og elsker

«Jeg trives som kokk fordi vi får stor frihet.»

Jonas Jensen, kokk

jobben sin. Det smitter over på hele huset. Jeg har hatt besøk fra Norge, som sier at «dette kan vi ikke gjøre hos oss». Det forstår jeg ikke, så rikt som Norge er. Jeg har ikke et større budsjett enn andre sykehjem. Vi handler smart og stort, som hele dyr. Vi utnytter det meste. Så jeg kan betale kokkene en skikkelig lønn, og dermed beholder jeg dem også. Det optimale er gjerne å

ha både kokk og kjøkkenassistenter. For kokker tenker annerledes, og kan få mer ut av maten som kjøpes inn.

Maten trilles inn, og noen faste beboere fra de tre etasjene og dagbrukerne samler seg rundt fire-femmanns bord i den intime matsalen. Dagbruker Bodil Christiansen har forlatt Ludoen, og gleder seg til dagens rett.

– Min svigerdatter Helle Brønnum Carlsen er matanmelder. Hun anbefalte meg å dra hit. Så nå kommer jeg to ganger i uken for å spise den gode maten her, sier hun og setter seg ned.

KALVEHJERTE I FLØTESAUS. De faste beboerne kan selv velge om de vil spise i første etasje med dagbrukerne, eller i egen etasje. Nils Hansen har valgt å komme ned fra tredje i dag.

– Jeg er så fornøyd med maten her. Etter hvert måltid går jeg alltid til kjøkkenet og takker kokken. Favorittene er





Stolt: For kokken Cathrine Joakim Jerrick er det viktig at maten er økologisk.



→ kalvehjerte i fløtesaus og kalvelever. Kål kan jeg styre meg for, sier han og ler godt.

Det er god stemning rundt bordene. Maten dominerer hverdagen på hjemmet, og de rundt 40 ansatte er også opptatt av den. Sykefraværet er veldig lavt, og de ansatte blir i mange år. Flere videreutdanner seg fra hjelpepleier til sykepleiere også, og kommer tilbake til Rundskuedagens plejecenter.

Jo Helvad er stolt over at de med mat som dreiningspunkt er et velfungerende sykehjem, som overholder alle dokumentasjonskrav og bare får positive tilsynsbemerkninger. Både sykehjemmet og Jo Helvad personlig har fått mange utmerkelser for matsatsingen. Diplomer fra blant annet Danmarks gastronomiske

akademi henger på veggen. Kjente matpersonligheter som Claus Meyer og andre fra Københavns Madhus har vært på besøk.

DYSTER FREMTID. Hun lever og ånder for å gi de eldre et verdig liv, men er ikke imponert over

«**Dette er mat jeg er stolt over å servere til de eldre.**» Jo Helvad

hvordan maten prioriteres i resten av Danmark.

– København kommune hadde på starten av 1990-tallet tenkt å legge ned alle kjøkken på sykehjemmene, for å få maten levert fra ett

sted. De gikk heldigvis bort fra denne tanken. Dessverre ser ikke resten av landet ut til å ha lært. På mange nye sykehjem andre steder i landet nedlegges nå kjøkkenet.

Jo Helvads ønske er at mat kommer inn som en enda større del av sykepleierutdanningen.

– Joda, vi lærer om ernæring og at det er viktig med proteiner. Men hva med det sosiale rundt mat, kvaliteten og det kulturelle aspektet? Det burde jo også være viktig i et helseperspektiv.

Den driftige lederen har mange år igjen i yrkeslivet. Trolig blir sykehjemmet Jo Helvads adresse også etterpå.

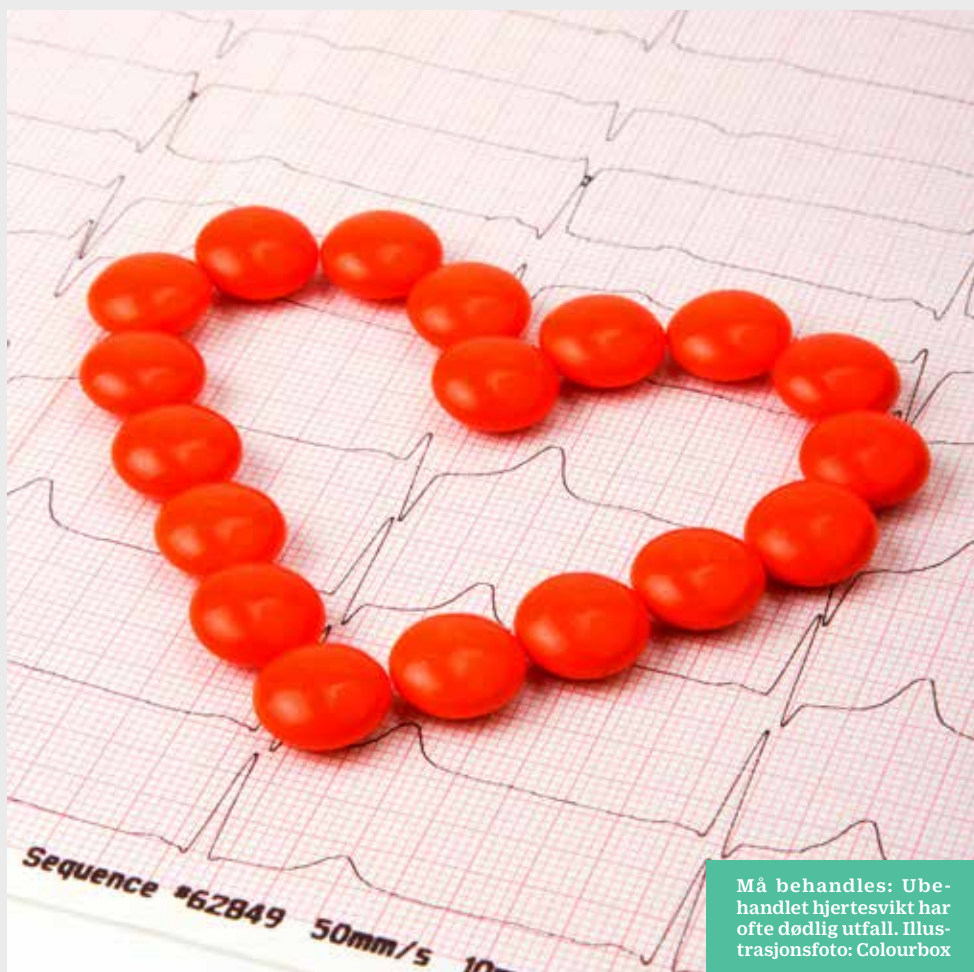
– Jeg bor jo på Vesterbro, så Rundskuedagens sykehjem kan godt bli mitt fremtidige hjem. Så jeg må sørge for å ansette en dyktig etterfølger! ●



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 10 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



Følger ikke opp behandling

Forverring. Manglende etterlevelse av hjertesviktregimer forverrer symptomene. **46**



Min jobb. Helse-søster i eldreomsorg. **53**



«Antall sykepleiere er ikke avgjørende for forekomst av trykksår.»

Ida Bredesen. **54**



Eldreomsorg. Kvalitetsikrer medisinerbruk i sykehjem. **50**



HJERTEPASIENTER TAR IKKE MEDISINER RIKTIG

Forverring. Pasienter med hjertesvikt som ikke tar medisiner som anbefalt har dårligere prognoser.

FORDYPNINGSOPPGAVE:

Artikkelen bygger på
10 % praksis
90 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55296



Therese Helene Opdahl, Spesialsykepleier i Kardiologisk sykepleie, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Hjertesvikt er i dag den mest utbredte kardiovaskulære sykdommen i verden, og forekomsten er stadig økende (1). Omtrent 2 prosent av den voksne befolkningen og 10 prosent av alle over 70 år har hjertesvikt (2), hvilket i Norge tilsvarer om lag 100 000 personer. Til tross for fremskritt i evidensbasert behandling av hjertesvikt, forblir prognosen dårlig (3,4).



Vigdis Sveinsdottir, Stipendiat, Uni Research Helse

MEDISINER. Etterlevelse omhandler i hvilken grad en pasient tar et legemiddel som forskrevet av lege. Dersom pasienten tar for lite eller for mye av et legemiddel, eller tar riktig dose, men til feil tid, har pasienten dårlig etterlevelse (5). Studier viser at omtrent 50 prosent av pasienter med kroniske sykdommer ikke tar medisiner som forskrevet (5–7), og at 20–30 prosent av alle resepter aldri fornyes (8).



Marianne S. Holm, Fagutviklings-sykepleier/MSc, Rikshospitalet, OUS og veileder, Videreutdanning i Kardiologisk sykepleie, HiB

Mangelfull overholdelse av hjertesviktregimer medfører forverring av symptomer, reinnleggelser, redusert livskvalitet (2,9) og dårligere prognose (10). Denne artikkelen har som mål å gi økt forståelse for faktorer som påvirker etterlevelse i denne pasientgruppen, og diskutere tiltak som kan iverksettes for å bidra til bedre etterlevelse.

HJERTESVIKT. Hjertesvikt defi-

neres som et klinisk syndrom kjennetegnet av typiske symptomer og tegn på unormal struktur eller funksjon av hjertet, hvilket medfører redusert minuttvolum og dermed også redusert leveranse av oksygen og næringsstoffer til kroppens øvrige organer. Typiske symptomer kan være dyspné, ortopné, ankelødem, tretthet og redusert arbeidstoleranse. Når pasienten har hatt hjertesvikt over tid, anses den som kronisk (2).

OND SIRKEL. Når en pasient utvikler hjertesvikt, kompenserer kroppen med å aktivere nevrohormonelle mekanismer. Dette fører blant annet til at hjertefrekvensen øker, hvilket videre øker behovet for oksygen til hjertemuskulaturen. Aktivert av Renin-Angiotensin-Al-dosteron Systemet (RAAS) øker reabsorpsjon av vann og salter. Dette gir et større sirkulerende volum og dermed høyere blodtrykk, som igjen øker belastningen på hjertet. Dette blir en ond sirkel, som over tid fører til ytterligere skade (11). Den medikamentelle behandlingen ved hjertesvikt går ut på å hindre denne onde sirkelen (12).

NYHA. Hjertesvikt kan klassifiseres etter funksjonsnivå og grad av symptomer, og i den sammenheng er det vanlig å benytte New York Heart Assosiation (NYHA) sitt

NYHA-klassifikasjon

NYHA klasse 1: Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet

NYHA klasse 2: Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet

NYHA klasse 3: Symptomer på hjertesvikt ved nesten all fysisk aktivitet

NYHA klasse 4: Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet

Figur 1: NYHA-klassifikasjon (25)

klassifikasjonssystem (12) (se figur 1). Pasienter med få eller ingen symptomer er i klasse 1–2, og pasienter med moderat til alvorlig grad av symptomer er i klasse 3–4 (2). Det er mange risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt, og koronarsykdom er den hyppigste (13). Dårlig medikamentetterlevelse er også en betydelig, men ofte ukjent kardiovaskulær risikofaktor for alle pasientgrupper (3,14).

BEHANDLING. Ubehandlet hjertesvikt gir alvorlig og ofte dødelig utfall (14). Dødeligheten er i tillegg 40 prosent høyere blant dem som ikke tar

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Medikamentetterlevelse er en vesentlig utfordring i behandlingen av hjertesviktspasienter. Tiltakene for å bedre etterlevelse dreier seg i hovedsak om informasjon og undervisning av pasienter og helsepersonell, og er relevante for flere ulike profesjoner innenfor helsevesenet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Hjertesvikt
- Medisinhåndtering
- Informasjon



Årsaker: Frykt for bivirkninger eller følelsen av ikke å være syk kan være årsaker til at pasienter med hjertesvikt ikke tar medisiner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

medisiner som forskrevet, enn blant dem med god etterlevelse (10). En rekke effektive medikamenter har blitt utviklet gjennom kliniske studier av kardiovaskulære sykdommer (14), deriblant sentrale legemidler som Angiotensin Converting Enzyme-hemmere (ACE), betablokkere, aldosteronantagonister (MRA), Angiotensin 2 Reseptor-blokkere (ARB), samt slyngdiuretika. Sistnevnte har imidlertid ikke vist effekt på dødelighet eller sykkelighet, men brukes som symptomatisk behandling (2).

BIVIRKNINGER. Målet med den farmakologiske behandlingen er å lindre symptomer, forebygge sykehusinnleggelse, forbedre prognose og redusere dødelighet (2,15). De fleste medikamentene skal startes opp i lav dose og økes så langt opp mot måldose som mulig før utskrivelse fra sykehus. Etter utskrivelse bør det være en plan for videre optimalisering av medikamentene (2). Medikamentene kan også gi bivirkninger. Kjente bivirkninger ved bruk av ACE-hemmere er blant

«Ubehandlet hjertesvikt gir alvorlig og ofte dødelig utfall.»

annet tørrhoste, symptomatisk lavt blodtrykk, forverring av nyrefunksjon og i sjeldne tilfeller hevelser i munn og svelg (2). Ved oppstart med betablokker vil pasienter kunne oppleve økt dyspné, tretthet og tyngdefølelse i kroppen,

samt redusert arbeidskapasitet. Vanligvis forsvinner disse bivirkningene innen sju dager, mens noen opplever å få varige plager (5). Fare for bivirkninger av medikamenter øker med alderen og ved tilleggssykdommer (16).

ETTERLEVELSE. Etterlevelse er et stort problem verden over ved langtidsbehandling av kroniske sykdommer (6). Dette gjelder også pasienter med hjertesvikt, på tross av at





pasienter i denne gruppen selv rapporterer høy etterlevelse (17,18). Studier viser imidlertid store forskjeller mellom selvrapportert og objektivt målt etterlevelse (18,19). Blant annet viste en klinisk studie at selvrapportert etterlevelse var hele 100 prosent, men objektivt målt var det kun 76 prosent av de samme pasientene som tok medisinen som forskrevet (18).

I tillegg til dårligere utfall for pasienten, medfører dårlig etterlevelse økt ressursutnyttelse av helsetjenester og helseøkonomiske kostnader (2,6,14). En nyere studie konkluderte med at dårlig etterlevelse av medikamenter faktisk er den viktigste årsaken til reinnleggelse i sykehus for pasienter med hjertesvikt (1).

ÅRSAKER. Eldre pasienter er en sårbar gruppe når det gjelder medikamentetterlevelse (9). De har ofte flere diagnoser og må forholde seg til komplekse medikamentregimer (4). Dårlig etterlevelse kan være en bevisst eller ubevisst handling. Ubevisste handlinger kan være forglemmelser eller misforståelser, og er mest vanlig blant eldre og blant pasienter som tar mange legemidler daglig (5).

Bruk av mange legemidler, redusert syn, hørsel, kognitiv funksjon, sosiale og økonomiske ressurser eller kunnskap om egen helse, er faktorer som kan komplisere eldres evne til å ta medikamenter (4,20). Bevisste handlinger som fører til dårlig etterlevelse kan dreie seg om skepsis, frykt for bivirkninger, følelse av ikke å være syk, manglende effekt eller kostnader for pasienten (5).

Etterlevelse av medikamenter og råd som blir gitt av helsepersonell er også et problem blant yngre personer, og da spesielt blant menn (20,21).

TILTAK. Tilnærminger for å overvåke og forbedre etterlevelse av medikamenter må være flerdimensionale og tverrfaglige (7,9,20). Tiltak på politisk nivå handler blant annet om å redusere utgifter for pasienten ved økt dekning av

reseptbelagte legemidler (22,23). Tiltak rettet mot helsevesenet dreier seg om å informere helsepersonell bedre om etterlevelse, å forskrive langtidsvirkende medikamenter (7) og å redusere doseringsfrekvens (7,14). Å involvere farmasøyt har også vist seg å være effektivt og anbefales som en del av tverrfaglig oppfølging hos denne pasientgruppen (24).

POLIKLINIKK. Et sentralt oppfølgingstilbud i dag er sykepleierledet hjertesvikt-poliklinikk hvor pasienten settes i en læringsarena og får oppfølging over tid (25). Her er sentrale elementer optimalisering av medikamenter og opplæring til egenomsorg (12), deriblant medikamentetterlevelse og egendosering av diuretika (2). Denne type oppfølging har vist seg å forebygge symptomforverring, sykehusinnleggelse, dødelighet (12) samt bedret etterlevelse (26).

MULTIDOSE. Tiltak på pasientnivå retter seg blant annet mot økt opplæring, inkludert informasjon om hvor viktig etterlevelse er (7). Det er nødvendig at opplæringen starter allerede under sykehusoppholdet og fortsetter ved oppfølging etter utskrivelse (27). Tilbakemelding om etterlevelse fra helsepersonell (22), samt hjelpemidler som medisindosett eller multidose, har også vist seg positivt. Multidose er i dag blitt en vanlig erstatning for de tradisjonelle medisindosettene (5).

DISKUSJON. Når pasienten føler seg frisk, kan det være vanskelig å se behovet for å ta medisiner. Dette kan sees i sammenheng med pasienter som er i lavere NYHA-klasser, som har få eller ingen symptomer. Opplevelse av at medisiner ikke virker kan forstås ved at medikamentene som brukes i behandlingen av hjertesvikt ikke eliminerer symptomene etter kort tid, men virker langsiktig for å forsinke den progressive utviklingen av hjertesvikten (2).

Skepsis til å ta medisiner og frykt for bivirkninger er gjerne basert på rykter fra bekjente eller media.

Samtidig ser vi at flere pasienter opplever å få bivirkninger. Alternativet kan da være å bytte til et annet medikament i samråd med lege, som for eksempel å endre til ARB dersom pasienten ikke tolererer en ACE-hemmer (2).

Det er viktig at informasjon om vanlige bivirkninger blir gitt før oppstart med et medikament (5). Det er derfor nødvendig at helsepersonell kjenner til de ulike legemidlene, vanlige bivirkninger og deres varighet. For å unngå å skremme pasienten bør slik informasjon være balansert og legge vekt på de positive effektene ved å ta legemidde-

let. Det kan forebygge at vedkommende avslutter behandlingen dersom han eller hun opplever ubehag (5). Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på bivirkninger hos eldre og pasienter med flere diagnoser, ettersom de er mer utsatte.

«Medikamentene kan også gi bivirkninger.»

DIURETIKA. Diuretika kan gi praktiske og sosiale utfordringer for pasienten. Å slutte med det kan gi alvorlige konsekvenser, som utvikling av lungeødem. Opplæring til egenomsorg og egendosering av diuretika, ut fra symptomovervåkning og daglige vektmålinger, kan forebygge dette (2,5). Pasienten må også få informasjon om at inntak av diuretika kan justeres ut fra planlagte sosiale aktiviteter eller liknende (5).

Dette er en del av opplæringen som tilbys ved hjertesvikt-poliklinikkene, men sjelden på sengepostene.

INFORMASJON. En fellesnevner for utfordringene ved etterlevelse er med andre ord behovet for informasjon og undervisning, og det er nødvendig at nettopp denne type opplæring starter allerede under sykehusoppholdet (27). Mange slutter med medikamenter når de skrives ut fra sykehuset (7), hvilket understreker viktigheten av tidlig intervensjon.

Det kan være utfordrende å få tid til samtaler og informasjon på sengepost. Sykehushverdagen er

ofte travel, legevisitter blir korte, og det er begrenset tid til å lytte til pasientene (25).

Ved utskrivelse fra sykehus motar alle pasienter en skriftlig orientering som blant annet inneholder oversikt over videre medikamentell behandling. Den skal ideelt sett forklares muntlig, men i praksis er kvaliteten på slik gjennomgang tidvis variabel, og av tidshensyn er det ofte ikke praktisk gjennomførbart med utskrivingsamtaler. På tross av at orienteringen skal være formulert på en lettfattelig måte og uten bruk av fagspråk, inneholder den blant annet referanser til doseringsfrekvens. Dette har enkelte pasienter problemer med å forstå og illustreres enkelte ganger av at pasienter ber sykepleier om videre forklaring og utdypning.

Det er vist at en time undervisning med sykepleier før utskrivelse har ført til forbedret medikamentetterlevelse (28). For at dette skal bli praktisk gjennomførbart må det tilrettelegges for dette på systemnivå. Dårlig etterlevelse er ofte en viktig årsak til reinnleggelse hos pasienter med hjertesvikt (1). På sikt kan det dermed ligge god økonomi i å prioritere tid til informasjon, slik at en sikrer at pasienten er innforstått med hvordan han skal forholde seg til de medisinerne han utskrives med. Bedre tid til kommunikasjon og informasjon vil bidra til å fremme etterlevelse basert på forståelse fremfor passiv overholdelse av et foreskrevet regime.

KOMPLISERT. Den farmakologiske utviklingen har resultert i et komplisert medikamentregime (9). Forskrivning av medikamenter som er langtidsvirkende og kan doseres en gang daglig er verdifulle for å bedre etterlevelse, i de tilfeller pasienten tåler det (7,14). Dette vil relativt enkelt kunne implementeres i praksis dersom lege er bevisst på det under forskrivning av medikamenter.

I møte med eldre pasienter ser vi ofte at det er vanlig med støtte fra ektefelle som bidrar med å administrere medisiner. I andre tilfeller ønsker pasienten gjerne å få hjelpemidler som medisindosett

eller multidose. Dette kan være nyttig, spesielt for pasienter med kognitiv svikt (5).

Ifølge en dansk studie (29), er multidose best egnet for personer som bruker flere legemidler, i den grad dose og medikamentbruk er stabilt over tid. Studien viste imidlertid at medikamentendringer i mange tilfeller ikke registreres hos apotek eller fastlege, hvilket kunne få alvorlige konsekvenser for pasienten. Dette støttes av erfaringer fra vår egen praksis. Man kan derfor spørre om multidose er et egnet hjelpemiddel til denne pasientgruppen ettersom pasientene har hyppige innleggelse i sykehus der justering av medikamenter ofte forekommer.

OPPFØLGING. Ved utskrivelse fra sykehus bør det være en plan for videre oppfølging (2,27). Tidlig henvisning til hjertesviktpoliklinikk kan sikre at opplæring og oppfølging av pasient blir ivaretatt. De fleste blir henvist etter sykehusopphold, men det har også vært påpekt at langt flere burde henvises fra allmennpraksis (12). For å gjøre helsepersonell oppmerksomme på dette er det nødvendig at slike tilbud er synlige både i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Det anbefales også at farmasøyt involveres i oppfølgingen av hjertesviktpasienter (24). Dette kan bidra til å øke pasienters kunnskap om medikamenter, sikre optimalisering av behandlingen og redusere fare for bivirkninger (4). I praksis er denne profesjonen lite synlig i pasientbehandlingen, og det kan derfor være viktig å tilrettelegge for slik involvering.

BARRIERER. Som tidligere nevnt har selvrapporert medikamentetterlevelse vist seg å være meget høy blant hjertesviktpasienter (17,18), samtidig som den har vist seg å være betraktelig lavere ved bruk av objektive mål. Mulige forklaringer på dette kan være at forglemmelse er en fremtredende barriere mot å følge forskrevet medisin, eller at pasientene ikke ønsker å innrømme at de ikke har

tatt medisin som forskrevet. Det er sjelden at pasienter selv forteller om dårlig etterlevelse, og det er derfor viktig at helsepersonell aktivt spør pasienten om det (5). Dette er også nødvendig for å kunne gi tilbakemelding om etterlevelse til pasienten, og på den måten bidra til å bedre etterlevelse (22). I kliniske studier vet pasientene at de blir observert. Man kan spørre seg om kliniske studier reflekterer den «virkelige praksis» eller om faktisk etterlevelse, uten observasjon, er enda lavere.

KONKLUSJON. Medikamentetterlevelse er en vesentlig utfordring i behandlingen av hjertesviktpasienter. De ulike barrierene for etterlevelse påvirkes av en rekke faktorer, både bevisste og ubevisste, hos enkeltindivider så vel som på systemnivå. Tiltakene for å bedre etterlevelse dreier seg i hovedsak om informasjon og undervisning av pasienter og helsepersonell, og er relevante for flere ulike profesjoner innenfor helsevesenet.

For å sikre optimal behandling er det nødvendig å øke kunnskap om etterlevelse på alle nivåer. Tilrettelegging av tverrfaglig samarbeid, tid til informasjon under sykehusopphold og videre oppfølging er nødvendig for å sikre at pasienter skal kunne følge behandlingen. Konkrete tiltak som for eksempel undervisning med sykepleier før utskrivelse, vil kunne være nyttige virkemidler for å oppnå dette. ●

REFERANSER:

- Riegel B, Knafelz GJ. Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients. *Patient Prefer Adherence* 2013; 8:1–13.
- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure 2012. *Eur Heart J* 2012;33:1787–1847.
- Bleumink GS, Knettsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure: The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004;25:1614–19.
- Rich MW. Management of heart failure in the elderly. *Heart Failure Reviews* 2002;7(1):89–97.
- Nordeng H, Spigset O. Legemidler og bruken av dem. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
- World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action 2003. Geneva: WHO. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf (16.01.2015)
- Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor.

- MedGenMed 2007;9(3):58.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2): CD000011.
- van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol* 2008;125(2):203–8.
- Hauptman PJ. Medication adherence in heart failure. *Heart Failure Reviews* 2008;13(1): 99–106.
- Stokstad O. Hjertesvikt, angina og infarkt. I: Stokstad O, red. *Kardiovaskulær intensivmedisin*; 2. utg. Latvia: Cappelen Damm AS, 2011:146.
- Gullestad L. Hjertesvikt i allmennpraksis. I: Forfang K, Istad H, red. *Kardiologi- klinisk veileder*; 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012:174–88.
- Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part I: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442–63.
- Frishman WH. Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens. *Cardiol Rev* 2007;15(5):257–63.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr. DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013;128:240–327.
- Cheng JW, Nayar M. A review of heart failure management in the elderly population. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7(5):233–49.
- Martje HL, van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006;27:434–40.
- Nieuwenhuis MW, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, van der Wal MH. Self-reported versus true adherence in heart failure patients: A study using the medication event monitoring system. *Net Heart J* 2012;20:313–19.
- Muzzarelli S, Brunner-La Rocca H, Pfister O, Foglia P, Moschovitis G, Mombelli G, et al. Adherence to the medical regime in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2010;12(4):389–96.
- Ambardekar AV, Fonarow GC, Hernandez AF, Pan W, Yancy CW, Krantz MJ. Characteristics and in-hospital outcomes for nonadherent patients with heart failure: Findings from Get With the Guidelines–Heart Failure (GWTG–HF). *Am Heart J* 2009;158(4): 644–52.
- Lainscak M, Cleland JG, Lenzen MJ, Nabb S, Keber I, Follath F, et al. Recall of lifestyle advice in patients recently hospitalised with heart failure: a EuroHeart Failure Survey analysis. *Eur J Heart Fail* 2007;9 (11):1095–1103.
- Demonceau J, Ruppar T, Kristanto P, Hughes DA, Fargher E, Karadas P, et al. Identification and Assessment of Adherence Enhancing Interventions in Studies Assessing Medication Adherence Through Electronically Compiled Drug Dosing Histories: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Drugs* 2013;73(6): 545–62.
- Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(11):785–95.
- Ponniiah A, Anderson B, Shakib S, Doecke CJ, Angley MJ. Pharmacists' role in the postdischarge management of patients with heart failure: a literature review. *J Clin Pharm Ther* 2007;32(4):343–52.
- Fälun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesiell kompetanse. *Sykepleien* 2013;101(13): 68–70
- Lu L, Jackevicius C, de Leon N, Warner A, Chang D, Mody F. Impact of a multidisciplinary heart failure post-discharge management clinic on medication adherence. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(12):S
- Prasun MA. Heart failure patient education. *Heart Lung* 2014;43(6): 485
- Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;111(2):179–85.
- Rheuter LO, Lysen C, Faxholm M, Salomon L, Hendriksen C. Multi-dose drug dispensing is a challenge across the primary-secondary care interface. *Dan Med Bull* 2011;58(12): A4341.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



RIKTIG MEDISINBRUK I SYKEHJEM

Sjekkes. Regelmessig systematisk gjennomgang av beboernes legemiddelbruk vil sikre at listene stemmer med det de faktisk får.

PROSJEKTARBEID:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55303



Anne Marit Græe,
 Farmasøyt, Cand
 pharm. Syke-
 husapoteket
 Lørenskog

Vinteren 2010–2011 gjennomførte Sykehusapoteket Lørenskog og Skedsmo kommune et prosjekt med legemiddelgjennomgang på to sykehjemsavdelinger i Skedsmo.

TRE FUNN. Første hovedfunn i prosjektet er at sykehjemsbeboerne på disse avdelingene i stor grad behandles i tråd med faglige retningslinjer. Dette kom fram ved at det var lite bruk av legemidler som er uegnet til eldre, jamfør lister som NorGeP og STOPP. Dette er sannsynligvis et resultat av at sykehjemslegene har hatt oppmerksomhet på riktig legemiddelbehandling over tid.

Andre hovedfunn var at ikke alle aktuelle diagnoser var ført i elektronisk journal (Gerica). Det har betydning som dokumentasjon for om legemidler skal brukes videre eller ikke.

Tredje hovedfunn var at legemiddeloversikten ikke alltid samsvarte med det beboerne faktisk fikk av legemidler.

LANGE LISTER. Sykehjemsbeboere har ofte stort hjelpebehov og flere sykdommer. De har gjerne i løpet av et langt liv forholdt seg til flere leger. Begge deler bidrar til lange legemiddellister. En undersøkelse om legemiddelbruk ved to

sykehjemsavdelinger i Oslo viste at beboerne brukte fra seks til tolv faste legemidler inkludert vitaminer og kosttilskudd, medianverdi åtte faste legemidler (1).

Lange legemiddellister øker sjansene for legemiddelrelaterte problemer. Dette er definert som en hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt (2). Et legemiddelrelatert problem kan være problemer knyttet til for høy dose, for lav dose, unødvendig legemiddel, manglende legemiddel, interaksjoner, bivirkninger, avvikende legemiddelbruk eller annet. Ved systematisk legemiddelgjennomgang for 224 sykehjemsbeboere i Bergen, der farmasøyt deltok i tverrfaglig team, fant man i snitt 1,98 LRP per beboer (3).

ELEKTRONISKE MELDINGER. Ved overgang til elektronisk journal blir den gamle håndskrevne medisinkardexen for legemiddeloversikter borte. Legemiddeloversikter i medikamentmodul i elektronisk journalsystem overtar. Sykehjemslegene forholder seg til elektronisk versjon, og det er sykehjemslegene som faktisk fører endringer i legemiddeloversikten.

Etter hvert foregår kommunikasjon mellom ulike nivåer i helse- tjenesten via Helsennett i form av

elektroniske meldinger. Den som sender informasjon, kan hente denne direkte fra eget journalsystem. Da må informasjon i elektronisk journalsystem være korrekt.

PRAKTISK GJENNOMFØRING. Prosjektet ble gjennomført ved at farmasøyten deltok i tverrfaglig team for legemiddelgjennomgang på to sykehjemsavdelinger i Skedsmo. Praktisk gjennomføring bygget på en modell utviklet i Halland i Sverige (4). Farmasøyten gjennomførte undervisning om eldre og legemidler i flere omganger både på dagtid og kveld, slik at flest mulig av de ansatte i avdelingene fikk anledning til å delta.

For å kunne evaluere om endring i legemiddelbehandlingen også medførte endring i atferd, ble det gjennomført en atferdsregistrering av beboerne over en 14-dagers periode både før oppstart og ved avslutning av prosjektet. Skjemaer som allerede var i bruk ved avdelingene tilsvarte de som ble brukt ved Kroken sykehjem i Tromsø (5). Variabler som ble registrert var søvn, våken, uro, smerte og uvel eller svimmelhet.

LEGEMIDDELGJENNOMGANG. Farmasøyten hadde tilgang til legemiddeloversikter og diagnoser fra Gerica, eventuelle laboratoriesvar og signeringslister for gitt lege-

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Feil i legemiddeloversikt kan få store konsekvenser for pasienten. Samstemning må gjennomføres for å få korrekt liste over pasientens legemidler i bruk (LIB), også ved elektronisk legemiddeloversikt.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Legemidler
- Informasjonsteknologi
- Dokumentasjon
- Sykehjem

middel ved forberedelse til møte i tverrfaglig team. Lister over legemidler som er uegnet til eldre som NorGeP (6) og STOPP (7), samt liste over aktuell behandling i forhold til diagnoser, START (7), ble brukt i forberedelsene.

Det viste seg å være vanskelig å få med ansatt med primæransvar for aktuell beboer i de tverrfaglige møtene. Det var derfor lege, sykepleier og farmasøyt som deltok på møtene der potensielle legemiddelrelaterte problemer tatt opp. Ved legemiddelgjennomgangene ble det sett på både faste og eventuelle legemidler. Det ble gjennomført nytt møte med oppfølging etter en måned og på nytt etter fem til seks måneder.

Legemiddelgjennomgangene viste at det var lite bruk av legemidler som etter NorGeP og STOPP er uegnet til eldre. Det var bare en beboer som brukte trisyklisk

antidepressivum og en som brukte langtidsvirkende benzodiazepin. Dette viser at legemiddelbehandlingen av beboerne ved de aktuelle sykehjemsavdelingene er i tråd med gjeldende faglige normer.

ETIKK. Det var dialog med Regional etisk komité (REK) før oppstart av prosjektet. REK besluttet at søknad ikke var påkrevd fordi prosjektet var intern kvalitetssikring av legemiddelbehandling for beboerne. Det ble utarbeidet samtykkeskjema som sykepleier gikk gjennom med beboerne.

«Sykehjemsbeboere har ofte stort hjelpebehov og flere sykdommer.»

POTENSIELL PROBLEMER. Faste legemidler kunne ikke alltid knyttes til diagnose i diagnoseoversikt. Der det reelt ikke forelå diagnose, kunne legemidler seponeres. For legemidler som Risperdal tabletter, SeloZok depottabletter, Simvastatin tabletter og Gabapentin tabletter der det forelå diagnoser, ble diagnoser ført i diagnoseoversikt.

En del eventuelle legemidler var ordinert for lang tid siden og diagnoser var ikke lenger aktuelle. Dokumentasjon viste at legemidlene ikke ble gitt. Vival tabletter, Oxy-Norm tabletter og Veracard tabletter ble avsluttet.

EFFEKT. Salver og kremer brukes ofte en periode eller man prøver om de har effekt. Hvis ønsket effekt uteblir, avsluttes behandlingen. Signeringslister viste at flere legemidler som var ordinert, ikke ble gitt lenger. De skulle vært avsluttet.

Dette var andre legemiddelformer enn tabletter eller kapsler, for eksempel Hydrokortison krem, Zon gel, Differin gel og Canesten krem.

Signeringslister viste at Ovesterin vagitorier som var ordinert og skulle gis, ikke ble gitt. Videre viste signeringslister at enkelte legemidler ble gitt fast uten at de sto på legemiddeloversikt. Typisk her var avføringsmidler som Dulcolax stikkpiller.

KONSEKVENSER. Sett opp mot legemiddelbehandling brukes diagnoser i Gericar for å vurdere om behandlingen er korrekt. Det betyr en vurdering av om diagnoser behandles i samsvar med behandlingsretningslinjer og om det er behov for alle legemidlene.

Med fast sykehjemslege og sykepleiere ved avdelingene, vil noen huske hvorfor et legemiddel er ordinert.



Feil: Sykehjemslegen går ut fra at ordinerte legemidler gis. Det er ikke alltid slik og da blir grunnlaget for vurderinger feil. Arkivfoto: Stig M. Weston



Det er høyst usikkert kunnskap om diagnoser overføres til nye leger og sykepleiere når de ikke er ført i Gerica. Informasjon om diagnoser vil ikke overføres til annet behandlingsnivå via PLO-meldinger når den ikke foreligger i Gerica. Både ny lege og annet behandlingsnivå kan seponere legemidler som skal brukes. For beboeren kan det medføre at nødvendig behandling avsluttes.

NYE TILSTANDER. Eventuelle legemidler som blir stående på legemiddelloversikt etter at indikasjon for bruk ikke er aktuell lenger, kan bli gitt ved behov for nyoppståtte tilstander uten at lege blir kontaktet. Det kan ta lang tid før lege blir informert om beboers tilstand og om bruk av eventuelle legemidler. Det er ikke sikkert legemiddelet er det riktige for den nyoppståtte tilstanden.

MANGLENDE INFORMASJON. Full informasjon om hvilke legemidler som gis, inkludert avføringsmidler, er nødvendig for å vurdere legemiddelbehandlingen. Manglende informasjon kan medføre at lege velger en behandling som er uegnet for beboeren. For eksempel bør ikke kalsiumantagonister velges hvis beboer i utgangspunktet har store problemer med forstoppelse (STOPP-listen).

BRUDD PÅ FORSKRIFT. Når legemidler gis til sykehjemsbeboere uten at de er ordinert av lege, er det i tillegg et brudd på forskrift om legemiddelhåndtering. Ifølge § 7 i forskriften skal grunnlaget for istandgjøring og utdeling være ordinasjon gjort av lege (eller andre med rekvisisjonsrett). Det gjelder alle legemidler, både reseptpliktige eller reseptfrie. Legemidler som gis fast uten at de er oppført på legemiddelloversikt, kan ikke sies å være ordinert av lege.

FEIL GRUNNLAG. Sykehjemslegen går ut fra at ordinerte legemidler gis og vurderer behandling ut fra dette. Når dette ikke stemmer, blir grunnlaget for vurderinger feil. Med korrekt informasjon om hvilke

legemidler som gis, kan vurderinger bli annerledes i forhold til behandling. Hvis en profylaktisk behandling ikke gis, er det aktuelt å vurdere annen profylakse.

Når man ikke seponerer salve eller krem som viste seg ikke å gi ønsket effekt, kan ansatte som ikke er godt kjent med beboer komme til å gi et legemiddel som ikke skal brukes. Eller de bruker unødig tid på å finne ut om ordinert legemiddel skal gis.

ANDRE KONSEKVENSER. Med elektroniske meldinger ved skifte av omsorgsnivå, kan opplysninger som skal viderefremmes, som legemiddelloversikter, hentes direkte fra Gerica. Det er en rask og enkel måte å sikre overføring av riktige opplysninger på. Dette skal være tidsbesparende for begge parter.

Når legemiddelloversikten inneholder legemidler som ikke gis, eller når man gir legemidler fast som ikke er oppført, får mottaker feil opplysninger. Det kan få konsekvenser for beboers behandling på neste omsorgsnivå. Legemiddelbehandlingen kan bli feil, eller ansatte bruker unødig tid på å innhente riktige opplysninger. Da får man ikke de positive forbedringer PLO-meldinger skulle gi med å forhindre feil knyttet til informasjonsoverføring og unødig tidsbruk.

AVVIK. Ved bruk av den gamle, håndskrevne medisinkardexen, var det kun den man forholdt seg til. Sykepleier kunne stryke med markørpenn over legemidler som ikke lenger skulle gis. Ved oppstart av behandling på dager der lege ikke var til stede, førte sykepleier etter avtale legemiddel i kardedex. Lege signerte endringene ved første visitt. Med elektronisk medisinsoversikt brukes i praksis både den elektroniske i journalsystemet og papirutskrift av denne. Endringer gjøres elektronisk av lege som tar ny utskrift. Det krever tett samarbeid mellom sykepleiere og lege om avslutning eller ordinasjon i elektronisk oversikt. Dette kan glippe i en travel hverdag. Da vil ordinasjon være opprettholdt eller mangle i den

elektroniske medisinsoversikten.

Ved de aktuelle avdelinger hadde de signeringslister der man dokumenterte at multidose eller dosett var gitt. I tillegg var alle legemidler utenom multidose eller dosett oppført slik at man fikk dokumentert at hvert enkelt av dem var gitt. Ved utdeling forholdt man seg til utskrift fra medisinsoversikt og signeringsliste. Hvis endringer ikke var tatt opp med lege, kunne listen avvike fra elektronisk oversikt.

«Lange legemiddellister øker sjansene for legemiddelrelaterte problemer.»

KONKLUSJON. Regelmessig systematisk gjennomgang av beboeres legemiddelbruk vil sikre at lister samsvarer med det beboere faktisk får. Pasientsikker-

hetskampanjen med innsatsområdene «Samstemming» og «Riktig legemiddelbruk på sykehjem» er bidrag til dette. Der legges det opp til å bruke sjekklister for systematisk legemiddelgjennomgang. Funnene i denne studien tyder på at slik systematisk samstemming og legemiddelgjennomgang må gjennomføres rutinemessig for å øke pasientsikkerheten ved legemiddelbruk. ●

Prosjektet mottok økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

REFERANSER:

1. Kersten H, Ruths S, Bruun Wyller T. Farmakoterapi i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1732–5.
2. Ruths S, Viktil K, Blix H S. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3073–6.
3. Tverborgvik E, Aasen H, Krüger K, Bredal Irgens M M. Legemiddelgjennomgang på sykehjem i Bergen kommune. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2012; 6: 14–17.
4. Borg M, Lundborg M, Fastbom J et al. Modell Halland. Strukturert arbeidsmetode for gjennomgang av åldres lækemedel. Lækartidningen nr. 11 2011 volum 108: 606–8.
5. Riksvold, E. Legemiddelgjennomgang i sykehjem og hjemmetjenesten i Tromsø kommune. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2012; 6: 12–13.
6. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. Scand J Prim Health Care 2009; 27: 153–9.
7. Bakken MS, Granås AG, Ruths S et al. Oversatt versjon av: Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (screening Tool and Older persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment) consensus validation. Int J Clin Pharm Ther 2008; 46: 71–83. Norsk versjon 2010. Oppdatert norsk versjon 2014 tilgjengelig f.eks. på: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/32047_ts=14c0824d46e.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Raila Kallio

Fine møter med livserfarne brukere

Fortalt til **Monica Hilsen** • Foto **Øivind Arvola**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1983

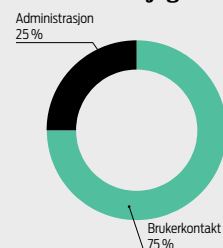
CV

1990: Videreutdanning som helsesøster.
2001–d.d.: Helsesøster ved helsestasjon for eldre i Harstad kommune.
2002–d.d.: Hørselskontakt i Harstad kommune.



Jobber i Harstad kommune
68°N

Når jeg jobber på helsestasjon for eldre driver jeg med



Jobben min som helsesøster er å bidra til et godt og selvstendig liv for eldre i egen bolig ved å fremme helse og trivsel. Hovedvekten av brukere er 78 år og oppover. Harstad kommune har hatt helsestasjon for eldre i 25 år.

Min arbeidsdag starter på kontoret, lokalisert på Sama Kafe og aktivitetssenter. Derfra besøker jeg tre brukere om dagen. Disse bor fra Sandtorg i sør, til øyene Grytøy, Bjarkøy og Sandsøy i nord.

Vi sender brev 2–3 uker i forkant, med dato og tid for når vi skal komme på hjemmebesøk. Ønsker de ikke at vi kommer, må de ringe for å avlyse. Før besøket ringer jeg opp vedkommende for å minne om avtalen, men også for å få litt kontakt og kanskje for en veibeskrivelse.

Vårt satsningsområde er syn, hørsel, sosialt nettverk, fysisk aktivitet, kosthold, ulykkesforebygging og psykisk og fysisk helse. Dette har jeg i hodet når jeg kommer fram, men starter alltid med å spørre «Hvordan har du det?». Noen har mye på hjertet, mens andre bare er glad for besøk.

Jeg henviser til hjelpemidler, hjemmesykepleie og annet. Ofte gjøres det administrative på stedet eller så tas det når jeg er tilbake på kontoret. Jeg har også mulighet til å måle blodsukker, hemoglobin og ta hørselstest, men de fleste får dette gjort hos fastlege.

Vi har åpen helsestasjon så brukerne kan komme dit til timeavtale, og jeg følger opp ved behov.

Det beste med min jobb er samholdet mellom oss kolleger og de fine møtene med brukerne som har mye livserfaring. Tilliten jeg får når de forteller sine livshistorier, skaper «gyldne øyeblikk».

Dessverre er det stor ensomhet blant de eldre. De er mye alene. Alle har ikke sine nærmeste rundt seg, eller venner har gått bort. Noen er deprimerte. TT-kortet som kan brukes for å komme til aktivitetssenteret, prioriteres til matinnkjøp. Jeg føler det er lite jeg kan gjøre med ensomheten. Det er et stort problem.

Men har hørt om kommuner som har busser som henter brukerne. Det hadde vært et flott tiltak hos oss. ●

monica.hilsen@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



På farten: Hjemmebesøk er en viktig del av Raila Kallios arbeidsdag.



Ida Bredeesen

Kultur for sikkerhet gir færre trykksår

Tekst **Kristine Askvik** • Foto **Erik M. Sundt**

Pasientsikkerhet.

– Antall sykepleiere er ikke avgjørende for forekomst av trykksår.

Pasientsikkerhetskultur er viktig for forebygging av trykksår, viser ny studie.

– Vi fant en sammenheng mellom bedre pasientsikkerhetskultur og lavere odds for trykksår, sier doktorgradskandidat Ida Bredeesen ved Universitetet i Oslo.

Hun jobber som sykepleier ved ortopedisk avdeling ved Oslo universitetssykehus.

Bredeesen og kollegene hentet data fra en forekomstundersøkelse og en undersøkelse av pasientsikkerhetskultur, og analyserte disse samlet. Begge undersøkelser var gjort i 2012.

Studien ble publisert i BMJ Open i slutten av august.

OVER TUSEN PASIENTER. Tallene er hentet fra ulike avdelinger ved fire norske sykehus. 1 056 pasienter inngår i studien. 149 fikk trykksår i løpet av sykehusoppholdet. Det tilsvarer 14,3 prosent. Pasienter som hadde trykksår ved innleggelse, ble ikke inkludert.

Forskerne summerte poengskår for samarbeid, ledelse og sikkerhetskultur ved den enkelte sengepost og laget en skår for pasientsikkerhetskultur. Deretter sammenliknet de dette med trykksårforekomsten ved den enkelte sengepost.

I studien inngikk også variablene antall

pasienter per sykepleier, om forebyggende tiltak var implementert, kjønn, alder, kroppsmasseindeks og Braden-skalaens totalskår. Skalaen kartlegger risiko for trykksår.

Flere av de nevnte variablene hadde sammenheng med oddsen for trykksår. Forskerne konsentrerte seg om å se nærmere på variablene knyttet til arbeidsplassen. De fant blant annet at jo høyere skåren for pasientsikkerhetskultur var, jo lavere var oddsen for trykksår.

– Mens antall pasienter per sykepleier på vakt ikke er en avgjørende faktor for dette i vårt materiale, sier Bredeesen.

FÆRRE PASIENTER. Hun viser til at Norge har færre pasienter per sykepleier enn andre land, men likevel en like høy prevalens av trykksår som i andre land.

– Studien vår viser at dette kan ha sammenheng med organisatoriske elementer som ledelse og samarbeid ved den enkelte avdeling.

– Studien viser at antall pasienter en sykepleier har ansvar for på vakt ikke spiller inn på forekomsten, hva tenker du om det funnet?

– Det er kanskje ikke antall hoder som spiller inn, men om ledelsen på avdelingen legger vekt på pasientsikkerhet og får til et godt samarbeid. Ledelsen må tilrettelegge slik at sykepleierne får det de trenger for å kunne gjøre en god jobb. Det er også vist i andre studier, sier Bredeesen.

Hun viser til at tidligere undersøkelser både har

«Norge har færre pasienter per sykepleier enn andre land.»

Fakta

Tiltak mot trykksår

- Vurder alle pasienter for trykksårrisiko ved innleggelse i sykehus og ved første møte med pasient i sykehjem
- Sikre nødvendig trykfordelende utstyr/underlag hos alle risikopasienter
- Undersøk regelmessig huden til alle risikopasienter
- Sikre stillingsforandring og/eller aktivitet hos alle risikopasienter
- Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos alle risikopasienter
- Involver pasient og pårørende i planlegging og gjennomføring av trykksårforebyggende tiltak
- Informer om trykksårrisiko og forebyggende tiltak ved henvisning, utskrivelse og overflytting

Fra Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender».

vist og motbevist at det er en sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og forekomst av trykksår.

– Vår studie viser at det er en sammenheng, sier Bredeesen.

Svakheten ved studien er at det er et relativt lite materiale og få pasienter med trykksår.

– Hvis vi hadde hatt et større materiale, kunne vi ha inkludert flere variabler. Variabler som ikke har blitt målt i denne undersøkelsen, kan påvirke sammenhengene, sier Bredeesen.

De som er mest utsatt for trykksår er pasienter med redusert aktivitet og mobilitet som ved brudd, eldre pasienter og pasienter ved intensivavdelinger.

Senere samme år som tallene i forekomstundersøkelsen ble hentet inn, ble forebygging av trykksår inkludert i Pasientsikkerhetskampanjen.



Forebygge: Trykkfordelende madrasser og planlagt stillingsendring forebygger trykksår. Arkivfoto av Ida Bredesen fra 2009; Erik M. Sundt

RETNINGSLINJER. For å legge til rette for en bedre pasientsikkerhetskultur, mener Bredesen det er viktig å sette av tid til å implementere nye nasjonale retningslinjer ved den enkelte avdeling. For en del pasienter som hadde trykksår, eller var i risiko for å få trykksår, var det ikke iverksatt forebyggende tiltak som trykkfordelende madrasser og planlagt stillingsendring.

– Kunnskap og holdninger og tilgang til utstyr kan spille inn. Mange poster er veldig travle, men det er likevel viktig å få tid til å implementere nye retningslinjer.

«Det er ikke antall hoder som spiller inn.»

Oppdaterte internasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av trykksår kom i 2014. Norsk oversettelse kommer i løpet av høsten.

TENKE KVALITET. I tillegg mener Bredesen det er viktig at ledere på avdelingene er faglig interessert og holder seg faglig oppdatert. Hun viser

til at mellomledere gjerne kommer i en skvis mellom ansatte ute blant pasientene og ledelsen oppover i sykehushierarkiet, og at det stilles strenge krav til å holde budsjetter.

– På tross av press, så er det viktig at ledelsen tenker kvalitet, og ikke bare penger, sier Bredesen.

Studien er finansiert av Sofies Minde AS, Norsk Sykepleierforbund og Universitetet i Oslo. Bredesen sin lønn er dekket av ortopedisk avdeling ved Oslo universitetssykehus. ● redaksjonen@sykepleien.no



Religiøse symboler. Å sette grenser for bruk av burka eller niqab bør reguleres av myndighetene.

Burka og niqab gir politiske signaler



Fakta

**Berit Daae
Hustad**

Leder av Rådet
for sykepleieetikk

Her høst kommer diskusjonen om bruk av burka og niqab til studenter i høyskoler eller i praksis. Enkelte høyskoler har nektet å gi undervisning til studenter som bruker burka eller niqab, andre har ikke tatt standpunkt i saken. Det burde ikke være opp til det enkelte institutt eller den enkelte lærer å sette grenser for bruk av burka eller niqab. Det er en praksis som bør reguleres av myndighetene for å gi enhetlig praksis.

FLERE TYPER SYMBOLER. Burka er en ankellang, heldekkende kvinnedrakt med heklet gitter foran øynene, slik at det er mulig å se uten selv å bli sett. Niqab er et heldekkende hodeplagg med en smal åpning for øynene. Debatten om bruk av religiøse kjennetegn – enten det er på skoler, i bedriftsliv eller helsetjenesten – verserer i flere land og i flere profesjoner.

Dilemmaet handler mest om påkledning/arbeidsantrekk for muslimer, men det kan også omhandle bruk av turban for sikher, kalott for jøder eller smykker som kors for kristne. Som oftest er det betinget av religiøs tilhørighet, men det kan også gi politiske signaler.

ULIK PRAKSIS. Dommerne i Strasbourg konkluderer at Frankrikes forbud mot heldekkende slør over ansiktet ikke strider mot Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Loven retter seg ikke mot at dette er et religiøst plagg, men at det er heldekkende foran ansiktet.

«Det er pasientenes livssyn og åndelige behov som har forrang og ikke ens eget.»

Nederland går inn for forbudt mot arbeidsantrekk som skjuler ansiktet. Det begrunnes med at alle skal kunne identifiseres. Allerede i 1997 forbød Tyrkia (med unntak av en kort periode) bruk av burka eller niqab på universiteter.

Nordiske land har ulik praksis. Politiet har i norsk sammenheng sagt tydelig nei til bruk av burka, niqab, hijab/turbaner

eller andre religiøse symboler i jobbsammenheng. Det gir et viktig signal til andre og sammenliknbare yrker der tillit, kommunikasjon og samhandling med andre er av stor betydning.

PROFESJONSETIKK. Yrkesetiske retningslinjer slår fast at «dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger skal hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres».

Profesjonsetikken understreker at overordnet alle andre hensyn er pasientsikkerhet og konsekvenser for pasientomsorg og behandling det viktigste.

I tidligere tider brukte sykepleiere uniform i kontakt med pasienter. Bruk av uniform hadde flere hensikter, både hygieniske og at vi var like og gjenkjennbare. Et motargument har vært at mange i dag går kledd i privat tøy og at man dermed ikke går likt kledd. Det er likevel normer og regler for hvordan klesdrakten kan se ut med hensyn til bar hud og lignende. Man skal heller ikke signalisere for eksempel politisk ståsted eller annet. Klesdrakten skal være nøytral.

Pasienten er hovedpersonen i møtet, og den sårbare part, derfor teller hensynet til pasienten mest. Det er pasientenes livssyn og åndelige behov som har forrang og ikke ens eget. Ord-taket: «Pasienten først» gjenspeiler dette. Derfor er lik uniform/klesdrakt formålstjenlig.

Vi blir stadig mer tverrkulturell og samhandler mer med mennesker med ulik kulturell og religiøs bakgrunn, men kan burka, niqab eller for den del et stort kors prege førsteinntrykket så sterkt at det skaper unødig avstand?

Gjør religiøse kjennetegn noe med forvaltning av makt og avmakt mellom hjelper og pasient eller mellom lærer og student? Alt som kan hemme de modige samtaler og de sårbare møter, bør dempes.

Vi har stor grad av autonomi eller selvbestemmelse der oppmerksomhet rundt egne rettigheter er en selvfølge. Autonomiprinsippet er utledet fra pliktetikken. Hovedprinsippet i pliktetikken er at «fordi man har en del rettigheter, så har man også noen plikter». Er det slik at rettighetene har fått stor plass til fordel for plikter? Er det slik at hensynet til at «pasienten kommer først og teller mest» noen ganger går tapt?

HØYSKOLER OG HELSEVESEN. Kommunikasjon er det viktigste virkemiddelet vi har. Mye av kommunikasjonen, opptil 80 prosent, er av nonverbal karakter. Det er derfor helt avgjørende at mimikk og kroppsspråk kan formidles. Vi har i dag en god del fremmedspråklige, med minimal norsk språkkunnskap og med uklare uttale. Vi har derfor allerede fått språkbarriere i helsevesenet. Den vil forsterkes ved å tildekke ansiktet.

Hvis man skulle åpne opp for fri bruk av burka eller niqab blant studenter, vil man i neste omgang også få lærere som ønsker en slik klesdrakt. Hvordan ville det være for studenter i et auditorium, med opp til 200 studenter, der den som underviser er iført niqab, og 80 prosent av kommunikasjonen mangler?

Hva gjør en niqab eller andre tydelige religiøse kjennetegn med det gode møtet med dem vi er til for, enten det er i utdanning eller helsevesen? Hvordan kan man få til et møte preget av likeverd, respekt og åpenhet når mye av kommunikasjonen er skjult?

Det finnes faglige og etiske grunner til at man tilstreber et felles utgangspunkt for kontakt og kommunikasjon som optimaliserer studenten eller den sykes behov for å bli møtt, sett og forstått. Hvilke konsekvenser kan det da ha for den syke, for læreren eller studenten at religiøse kjennetegn dominerer så sterkt i møtet at det er umulig å overse dem?

DEMPE ELLER FORSTERKE? Er det frykten for å bli stemplet som rasist som gjør at vi godtar at noen markerer sin religiøse tilknytning så tydelig? Det finnes en del grelle eksempler på at vår pressefrihet er blitt tolket som rasisme.

I vår del av verden har vi rett til å kunne identifisere hvem man samtaler med. Det er en rettighet som bør gå over hensynet til bruk av religiøse symboler. Både religionsfrihet og uniformsreglement skal ivaretas, men retten til religionsfrihet er ikke rett til å bære religiøs klesdrakt og andre symboler på jobb.

Det må ikke bli slik at vår iver etter å imøtekomme andre religioner og kulturers behov, går foran hensynet til et tillitsskapende miljø. Vårt helsevesen og vårt utdanningssystem er i stor grad bygget på tillit, og det er viktig at vi ivaretar våre tradisjoner. Det vil i det lange løp komme studentene og pasientene til gode. ●

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





FOR FÅ TIMER MELLOM VAKTENE PÅVIRKER SØVN OG HELSE

Nye resultater. Men antall spontanaborter blir ikke påvirket. Dette er blant funnene i forskning på sykepleieres turnusarbeid.

OPPSUMMERINGSARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
30 % praksis
 70 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55403

I 2014 ble den sjette runden av SUSH-undersøkelsen gjennomført. Vi sendte ut spørreskjemaet til litt under 2900 norske sykepleiere. Svarprosenten i denne runden var 71 prosent, som vi er veldig tilfredse med. Høy svarprosent er viktig for å kunne generalisere funnene, og dermed opprettholde god vitenskapelig kvalitet på artiklene.

SUSH-undersøkelsen inneholder mange forskjellige spørsmål, hvor hovedvekten er på hvordan helsen utvikles over tid, spesielt sett opp mot arbeidstidsordning. Flere av artiklene som ble publisert i 2014 benyttet data fra flere av rundene (longitudinelle studier), og på den måten kan vi blant annet se hva som predikerer ulike helseutfall. Styrken til SUSH-undersøkelsen er muligheten til nettopp å se på utvikling og sammenhenger over tid, og derfor gjentas mange av spørsmålene fra år til år. Som i tidligere runder vektla spørreskjemaet i 2014 søvn, psykisk helse og reproduksjon.

I det følgende vil resultater fra SUSH-undersøkelsen som er publisert i 2014 bli presentert.

KORT FRIPERIODE MELLOM VAKTENE. Mange sykepleiere jobber roterende turnus, enten i form av todelt eller tredelt turnus. Lengden på friperiodene mellom

vaktene er viktig for god søvn og helse. Når slike friperioder er kortere enn elleve timer mellom vaktene, kalles dette «quick returns» i engelsk litteratur.

I tidsskriftet Sykepleien presenterte vi i fjor resultater fra en artikkel publisert i 2013 som viste at sykepleiere med friperioder på under elleve timer mellom vaktene hadde økt grad av søvnløshet, tretthet, utmattelse og turnusarbeidslidelse. I 2014 har vi publisert nye data på betydningen av slike «quick returns» (16). Her viste vi at antall «quick re-

«Lengden på friperiodene mellom vaktene er viktig for god søvn og helse.»

turns» oppgitt i runde én predikerte helseproblemer ett år senere, det vil si data innhentet fra runde to i undersøkelsen. «Quick returns» økte både grad av utmattelse og forekomsten av turnusarbeidslidelse ett år senere.

I tillegg fant vi at en reduksjon i antall «quick returns» fra runde én til runde to reduserte risikoen for å utvikle alvorlig utmattelse. Dette er

den første longitudinelle studien av betydningen korte friperioder mellom vakter har for helsen, og viser at disse bør unngås.

SPONTANABORTER. Et av hovedmålene i SUSH er å se på sammenhenger mellom arbeidstid og reproduktiv helse. I 2014 undersøkte vi forholdet mellom turnusordning, antall nattevakter og spontanabort (17).

Totalt 914 kvinner fra SUSH-undersøkelsen som hadde jobbet samme type turnusordning i perioden fra 2008 til 2010, enten permanent dagturnus, tredelt turnus eller permanent nattturnus, inngikk i denne delundersøkelsen.

Konklusjonen i artikkelen er at det var ingen signifikant økt risiko for spontanabort blant sykepleiere i permanent nattturnus sammenliknet med sykepleiere som jobbet dagtid. Det var heller ingen sammenheng mellom antall nattskift sykepleierne hadde jobbet og spontanabort.

Antall sykepleiere med permanent nattturnus i denne studien er relativt få, slik at resultatene som angår denne gruppen er litt usikre. Dette er en svakhet ved studien.

SYKEFRAVÆR. Også i 2014 har vi undersøkt sykefravær blant norske sykepleiere i samarbeid med forskere fra Nederland. To artikler på det-

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Ingen sammenheng mellom antall nattskift og spontanabort blant norske sykepleiere. Sykepleiere som slutter med nattarbeid rapporterer mindre søvnproblemer og reduksjon i symptomer på angst og depresjon.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Skiftarbeid
- Turnus
- Sykepleier
- søvn
- Angst
- Depresjon



Bedre humør: Sykepleiere som slutter å jobbe regelmessig nattarbeid rapporterer en bedring i sin mentale helse. Arkivfoto: Stig M. Weston.

te temaet ble publisert dette året.

I den første artikkelen undersøkte vi om en modell som inkluderte personrelaterte variabler som alder, kjønn, sivilstatus, helserelaterte variabler som BMI, fysisk aktivitet, røyk, kaffe og alkohol, samt arbeidsrelaterte variabler som jobbtilfredshet, jobbkrav og så videre kunne predikere høyt sykefravær blant norske sykepleiere på et senere tidspunkt (18).

Vi tok utgangspunkt i data fra spørreskjemaene i 2010 og 2011, og inkluderte i alt 1557 sykepleierne.

Konklusjonen fra denne artikkelen var at modellen identifiserte korrekt 73 prosent av dem som

hadde risiko for høyt sykefravær. Det er likevel nødvendig å identifisere flere prediktorer før modellen kan brukes til å screene sykepleiere med økt risiko for høyt sykefravær. I den andre artikkelen ønsket vi å undersøke om psykisk og fysisk helse påvirker sammenhengen mellom psykologiske jobbkrav og selvrapportert sykefravær ett år senere blant 2180 av de norske sykepleierne (19). Både psykisk og fysisk helse bidro til å forklare sammenhengen mellom psykologiske jobbkrav og sykefravær.

Konklusjonen i artikkelen er at ledere for sykepleiere bør ta hensyn til sykepleieres mentale og

fysisk fungering på arbeid, spesielt hos nyutdannete. Generelt vil god sosial støtte og veiledning samt fysisk aktivitet være viktig i forebyggingsarbeidet.

MENTAL HELSE. Turnusarbeid generelt, og nattarbeid spesielt, er assosiert med en rekke negative fysiske helsekonsekvenser. Sammenhengen mellom turnusarbeid og mental helse har vært mindre studert. Vi undersøkte om nattarbeid predikerte forskjeller i utvikling av angst og depressive symptomer over en toårsperiode på et utvalg av sykepleierne fra SUSH (20).

Resultatene viste at sykepleiere som hadde nattarbeid som del av sin arbeidstidsordning og sykepleiere som gikk over til slikt arbeid i løpet av perioden, ikke var forskjellige fra sykepleiere som ikke hadde nattarbeid, verken i symptomer på angst eller depresjon, eller i utvikling av slike symptomer over tid. Et viktig funn var likevel at sykepleiere som endret fra nattarbeid til en arbeidstidsordning uten nattarbeid rapporterte betydelig reduksjon i symptomer på både angst og depresjon.

TURNUSARBEIDSLIDELSE. Vi har i flere





tidligere artikler fra SUSH foku- sert på turnusarbeidslidelse, som er en døgnrytmeforstyrrelse kjen- netegnet av søvnproblemer og ut- tatt tretthet knyttet til arbeidstids- ordninger der man må arbeide på tidspunkt man normalt ville ha so- vet. For første gang har vi under- søkt utviklingen av slike søvn- og tøtthetsproblemer over tid, og vi inkluderte her 1533 sykepleiere som hadde deltatt i SUSH i første og tredje runde (21).

Litt overraskende fant vi en ned- gang i forekomsten av turnusar- beidslidelse fra 35,7 prosent til 28,6 prosent fra første til tredje runde av undersøkelsen. I tillegg fant vi flere variabler målt på det første tidspunktet, som bidro til økt risi- ko for å ha turnusarbeidslidelse på det andre tidspunktet: antall net- ter på jobb det siste året, å ha hatt lidelsen to år tidligere, høy grad av søvnighet, bruk av melatonin eller lys og symptomer på depresjon.

I tillegg viste studien at det å slutte med nattarbeid mellom før- ste undersøkelse og oppfølgingen var assosiert med en betydelig re- dusert risiko for å ha turnusar- beidslidelse ved oppfølgingen i tredje runde (2011).

SUSH I ÅRENE SOM KOMMER.

Norske sykepleiere er en stor ar- beidsgruppe. En betydelig andel arbeider i ulike former for turnus- arbeid. Det er derfor viktig med kunnskap om turnusordninger, helse, sykefravær, sikkerhet og ulykker blant dem. Mye av fors- kningen som er gjort på dette feltet består av såkalte tverrsnittsdata; der alle fenomenene måles på sam- me tidspunkt. Denne type fors- kning viser som oftest en sammen- heng mellom skift- eller turnusarbeid og svekket helse, men gir ingen informasjon om mu- lige årsak- og virkningsforhold, og heller ikke hvordan turnusarbeid- res helseproblemer endres over tid.

Hensikten med SUSH, som er en longitudinell undersøkelse, er å kartlegge sammenhenger mellom arbeidsmiljøfaktorer, helse og søvn over tid blant sykepleiere i Norge.

Det er også viktig å undersøke om det er spesielle faktorer som øker evnen til å tilpasse seg turnusar- beid uten negative konsekvenser.

I år (2015) sendte vi ut den sju- ende runden av denne årlige spør- reundersøkelsen. Vi har et godt samarbeid med Norsk Sykepleier- forbund (NSF), som har gitt oss ver- difull økonomisk støtte til alle run- dene så langt.

«Litt over- raskende fant vi en nedgang i forekomsten av turnusarbeids- lidelse.»

Vi har i tillegg forberedt innhol- det i spørreskjemaene som er plan- lagt til utsending de tre neste åre- ne, fra 2016 til 2019. Resultatene hittil har gitt oss viktig informasjon om mange forhold mellom arbeids- tid, arbeidsmiljø og helse blant norske sykepleiere, men vi har flere in- teressante og viktige spørsmål. Det siste året har vi blant annet koplet data fra SUSH-undersøkelsen med data fra ulike registre som sykefravær- og fødselsregisteret som vil gi grunnlag for gode studier.

Det er viktig å presisere at det ikke er mulig å identifisere enkelt- individ ut fra informasjonen som presenteres og publiseres på bak- grunn av SUSH-undersøkelsen. Vi ønsker å formidle nye, spennende og viktige resultater i de kommen- de årene, og både håper og ønsker derfor å beholde flest mulig delta- kere i undersøkelsen i de neste inn- samlingsrundene. Vi vil takke alle sykepleierne som deltar, og håper å kunne videreføre undersøkelsen i flere år framover. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Fakta

SUSH- under- søkelsen

Spørreundersøkelsen om skiftarbeid, søvn og helse hos sykepleiere (SUSH) startet med første spørreskjema (runde 1) i 2008.

I underkant av 3000 sykepleiere har deltatt på denne årlige spørre- undersøkelsen, og svarprosenten har vært svært god ved hver opp- følgning. Dette gjør at vi har mulighet for å si noe om hvordan søvn og helse endrer seg over tid hos norske sykepleiere. Totalt har SUSH-un- dersøkelsen bidratt til i alt 21 vitenskapelige publikasjoner i interna- sjonale vitenskapelige tidsskrift, og flere er skrevet og under revi- sjon for publisering i slike tidsskrift (1–21). I fagartikkelen presen- terer vi funn fra de arti- klene som ble publisert i 2014, i alt seks viten- skapelige artikler (16– 21). Data samlet inn siste år er ikke publisert ennå, det tar tid fra data samles inn til re- sultater publiseres.

REFERANSER:

- Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, Bjorvatn B. Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. *PLoS one* 2012; 7(4):e33981.
- Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Harvey A, Costa G, Pallesen S. Personality factors predicting changes in shift work tolerance: A longitudinal study among nurses working rotating shifts. *Work & Stress* 2012; 26(2):143–160.
- Kunst JR, Løset GK, Hosøy D, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Pallesen S. The relationship between shift work schedules and spillover in a sample of nurses. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 2014; 20(1):139–147.
- Flo E, Bjorvatn B, Folkard S, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, Pallesen S. A reliability and validity study of the Bergen Shift Work Sleep Questionnaire in nurses working three-shift rotations. *Chronobiology International* 2012; 29(7):937–946.
- Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Åkerstedt T, Pallesen S. Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(5):1136–1146.
- Natvik S, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Sivertsen B, Pallesen S. Personality factors related to shift work tolerance in two- and three-shift workers. *Applied Ergonomics* 2011; 42(5): 719–724.
- Roelen CAM, Magerøy N, van Rhenen W, Groothoff JW, van der Klink JLL, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE. Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50:366–373.
- Schreuder JAH, Roelen CAM, Groothoff JW, van der Klink JLL, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE. Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nursing Outlook* 2012; 60:37–43.
- Vedaa Ø, Bjorvatn B, Magerøy N, Thun E, Pallesen S. Longitudinal predictors of changes in the morningness-eveningness personality among Norwegian nurses. *Personality and Individual Differences* 2013; 55(2):152–156.
- Storemark S S, Fossum IN, Bjorvatn B, Moen BE, Flo E, Pallesen S. Personality factors predict sleep-related shift work tolerance in different shifts at 2-year follow-up: a prospective study. *BMJ Open* 2013; 3(11):e003696.
- Flo E, Pallesen S, Åkerstedt T, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, Bjorvatn B. Shift-related sleep problems vary according to work schedule. *Occupational & Environmental Medicine* 2013; 70:238–245.
- Øyane NM, Pallesen S, Moen BE, Åkerstedt T, Bjorvatn B. Associations Between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. *PLoS one* 2013; 8(8):e70228.
- Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, Excessive Sleepiness, Excessive Fatigue, Anxiety, Depression and Shift Work Disorder in Nurses Having Less than 11 Hours in-Between Shifts. *PLoS one* 2013; 8(8):e70882.
- Reknes I, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Bjorvatn B, Einarsen S. Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: Results from the prospective SUSH-survey. *International Journal of Nursing Studies* 2014; 51(3):479–487.
- Roelen CAM, Bültmann U, Groothoff J, van Rhenen W, Magerøy N, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. *Research in Nursing & Health* 2013; 36(5):453–465.
- Flo E, Pallesen S, Moen BE, Waage S and Bjorvatn B. Short rest periods between work shift predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. *Occupational Environmental Medicine* 2014; 71:555–561.
- Moen BE, Waage S, Ronda E, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B. Spontaneous Abortions and Shift Work in a Cohort of Nurses in Norway. *Occupational Medicine & Health Affairs* 2014; 2:160.
- Roelen CAM, Heymans MW, Twisk JWR, van Rhenen W, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N. Updating and prospective validation of a prognostic model for high sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2014; Epub March 25.
- Roelen C, van Rhenen W, Schaufeli W, van der Klink J, Magerøy N, Moen B, Bjorvatn B, Pallesen S. Mental and physical health-related functioning medians between psychological job demands and sickness absence among nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(8):1780–92.
- Thun E, Bjorvatn B, Torsheim T, Moen BE, Magerøy N, & Pallesen S. Night work and symptoms of anxiety and depression among nurses. *Work and stress* 2014; 28:4.
- Waage S, Pallesen S, Moen E, Magerøy N, Flo E, Di Milla L, & Bjorvatn B. Predictors of shift work disorder among nurses: a longitudinal study. *Sleep Medicine* 2014; 15(12):1449–55.



Påfyll

Del 3 Sykepleien 10 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



FRYKTET: Røntgenbilde av bryst viser tuberkuloseinfeksjon i øvre del av høyre lunge. Foto: Colourbox.

Tæringen drepte

Historien om en sykdom. Tuberkulosen drepte rundt 7000 nordmenn per år for 100 år siden. **68**



Bok. Tegnehanne gir ut bok. **62**



«Sykepleierne snakket med vanlige ord så jeg forsto.»

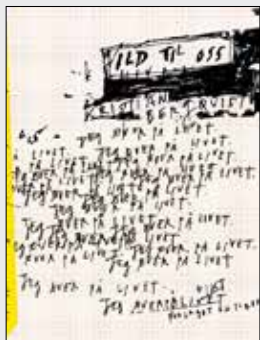
Stig Mass Andersen. **64**



Quiz. Hvor god sykepleier er du? **70**



Dikt



*hva om alt er litt småskitt
en stund, men
så går dette seg til, så
ordner det seg for
meg, for de på snøen i
Andes som spiste
hverandre og tok seg ned
fra fjellet, og hun
Natacha Kampusch kom
seg opp og ut
av kjelleren, akkurat det
sammen gjorde
Elisabeth Fritzl og Amanda
Berry og de
to andre jentene i
Cleveland, folk klarer
seg i ett sett, og larver blir til
sommerfugler*

Fra *Ild til oss*, Oktober Forlag, 2015

Om forfatteren

Kristian Bergquist

Kristian Bergquist (1975) debuterte i 2007 med den kritikerroste *Hva nå, kjære* om tapet av et nyfødt barn. *Ild til oss* er hans femte diktsamling. Her skriver han nakent og selvutleverende om sosial angst, kjærlighets-sorg og selvmordsforsøk, men ikke uten lysglimt og øyeblikk av optimisme.



#elskerjobben: Tegnehanne elsker å være sykepleier, men er ikke redd for å utlevere egen usikkerhet.

Tegnehanne med bok

SYKEPLEIER: Hanne Sigbjørnsen har gitt sitt alter ego stive permer. «Jeg er 25 år og bor i Oslo. Hvis du er arbeidsgiver, forelder eller annen nær slektning så er alt jeg skriver fiksjon.»

Det skriver Hanne Sigbjørnsen på bloggen sin. Men alle vet at hun skriver og tegner om seg selv. Og leserne er mange. Nå frister hun dem med bok. Der har hun samlet striper som har

stått på trykk forskjellige steder.

Etter 5 år er hun så etterspurt som tegner at hun har redusert stillingen som sykepleier på hjerteavdelingen på Rikshospitalet til 50 prosent. Det synes hun er perfekt.

– Jeg får såpass mye inspirasjon der, og så trenger jeg et sted å gå til og folk å snakke med, sier hun og ler litt.

Som Tegnehanne har hun blant annet utbasunert sin kjærlighet til jobben

i stripen «En revurdering av sykepleieryrket». Leserne hennes er menn og kvinner i alle aldre, med en klar overvekt av unge jenter. Nå er hun spent på om internett-folket er klare for å gå i bokhandel.

– Tegnehanne startet på internett, og så kom hun i aviser og tegneserier, forklarer hun.

– Andre har startet på papir. Men går dette bra, lager jeg gjerne flere bøker.

Hvordan skrive en akademisk tekst

Å skrive fag er en ny bok av Åse Høyvoll Kallestad, der hun gir en innføring i skriveprosessen. Kallestad er utdannet i norsk og litteratur og tar for seg skrivepraksiser i ulike fag. Hun drøfter også yrkeserfaringenes plass i en akademisk tekst.

Dokumentar om forskning

Breakthrough er en ny serie på National Geographic Channel, som handler om gjennombrudd i forskningen. Først ut er Pandemi-kampen, som forteller om hverdagen til de som prøver å stoppe dødelige virus.

Andre tema er sammensmeltingen mellom biologi og teknologi og aldring.

Det merkelige med hunden

Det Norske Teatret setter opp igjen *Det merkelige som hende med hunden den natta* av Mark Haddon.

Stykket handler om Christopher, som er litt annerledes, og hva som skjer etter at han finner nabohunden Wellington brutalt myrdet. Jakten på morderen gir han nytt syn på verden rundt ham.

Bøker. 3 for flyktningstrømmen



Grunnbok i kulturforståelse

KULTURFORSTÅELSE: Hva betyr familien for innvandrere? Hvordan oppfattes helse og sykdom? Hvor går grensen for toleranse overfor minoriteter?

Kulturforskjeller i praksis er redigert av Thomas Hylland Eriksen og Torunn A. Sand og gir en innføring i problemstillinger og begreper rundt den nye innvandringen. Budskapet er at det er nødvendig å problematisere begrepene vi tenker med for å unngå fordommer og vanetenking.



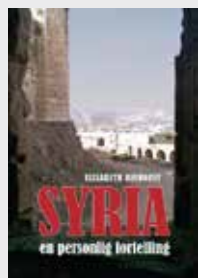
Makt, forståelse og etikk

PROFESJONSUTØVELSE: 10 forfattere fra helse- og sosialsektoren diskuterer og reflekterer over sitt arbeid med asylsaker, gateprostituerte, rumenske tiggere og flerkulturelle problemstillinger i barne- og familievern. Elise Kipperberg vil med boka *Når verden banker på* bidra med nye innsikter og konstruktiv kritikk av profesjonsutøveres møter med minoritetene.



Personlig om Syria

BAKGRUNN: Elisabeth Reehorst har både som reisende og gjennom nære venner fulgt utviklingen i Syria gjennom mange år. Hun har skrevet boken *Syria – en personlig fortelling* for å utfylle bildet vi får gjennom mediene. Hun forteller om sin opplevelse av landet og folket og beskriver bakgrunnen for og konsekvensene av konfliktene gjennom et bredt kildetilfang, egne reiser og syernes egne fortellinger.



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Den magiske skilleveggen

Min venninne A. var inne på sykehus for et elektivt inngrep og lå de påfølgende timer på en oppvåkingsstue sammen med tre andre kvinner. Vel hjemme forteller hun meg at hun nok hadde vært heldig, for de andre på rommet hadde mer smerter, og flere hadde måttet ha mer kompliserte inngrep enn henne. Hun kunne også fortelle meg om de andre kvinnens mulighet til å få barn etterpå og en rekke andre høyst intime opplysninger.

«Så fint at dere kunne pratet sånn sammen», sa jeg og tenkte på verdien av å være på flermannstuer – det gir en faktisk en mulighet til å møte andre i samme situasjon som deg. Mange syke føler seg ensomme, de er redde og usikre og er i en ny situasjon. Medpasienter kan helt sikkert være til støtte for hverandre på en måte verken pårørende eller helsepersonell kan.

«Nei, nei», sier hun. «Jeg snakket ikke med dem, jeg bare hørte hva legen sa når hun gikk gikk runden». På mine sjokkerte utrop, svarer hun beroligende at hun latet som om hun sov, da.

Det er lett å raljere over legers mangel på respekt for taushetsplikten når de holder visitt på flermannsrom, men saken er at, med unntak av de aller nyeste sykehusene er ikke respekt for pasientens integritet noe som har stått på arkitektenes agenda når våre sykehus ble planlagt. Følgelig blir taushetsplikten basert på en illusjon om at

nabopasienten en meter bortenfor verken kan høre eller se noe som helst. For hver eneste gang i vi spør pasienten om symptomer, forbereder dem på undersøkelser og forklarer hvilke medisiner de får, blir pasienten i nabosenga like godt informert som pasienten.

Og selv om vi gjør vårt beste for å late som om pasientens integritet er intakt bak den tynne skilleveggen, er det øyeblikk da den grimme sannheten blottlegges. Som når du informerer en pasient om at du vil legge en rektumsonde for å se om magesmertene kan skyldes luft i tarmen og mannen i nabosenga høflig spør om du kan åpne vinduet først.

Vi har ikke mulighet til å trille folk inn og ut eller sette på naboen øreklokker og neseclype hver gang vi skal si noe konfidensielt, stille et illeluktende sår eller skifte en bleie. Vi er rett og slett bare nødt til å late som og stole på hver enkelt diskresjon og taktfullhet. Og de aller fleste tar poenget og later veloppdragent som om de sover eller som om den 170 cm høye skilleveggen eller gardinen som skiller dem er laget av et magisk materiale som stenger alle lyder, lukter og synsinntrykk borte.

Jeg trøster meg med dette: om tjue år sitter jeg forhåpentligvis på vaktrommet på et nytt sykehus med bare enkeltrom og forteller sjokkerte, unge sykepleierne røverhistorier fra flermannsrommenes eksotiske tidsalder. ●



Stig Mass Andersen

Lagt i håndjern på Telenor Arena

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

Bipolar. I romanen «Bipolar superstar» kan du bli med inn i hjernen til Oliver, som sliter med mani og depresjon.

Da Stig Mass Andersen ble tvangsinnlagt, forstod han ingen ting. Han skulle jo bare sjekke lyden før konserten sin, og hamret løs med en bjelke på midtscenen på Telenor Arena. Det var vanvittig deilig å høre ekkoet fra slagene. For ham var gjenklangen fra dekket under kunstgresset øredøvende, en lyd som knapt er hørbar for et normaløre.

Men så kom altså politiet og la ham i håndjern og kjørte ham til psykiatrisk avdeling. Han kunne ikke fatte at statsansatte hadde lov å nekte ekte superstjerner å holde konsert.

LAGT INN TRE GANGER. Andersen har vært innlagt på psykiatrisk avdeling tre ganger, første gang i 25-årsalderen, siste gang for fire år siden. En til to måneder per gang.

Nå er han 34 år og holder bipolariteten (type 1) i sjakk med en ærlig dialog med folk rundt seg, i tillegg til medisiner og samtaler hos fastlegen.

Tre dager i uka jobber han i bank som kundekonsulent. Resten av uka vier han til sitt prosjekt «Bipolar superstar». Det er både en blogg, et band, diverse foredrag om hans erfaringer med norsk psykiatri, og i høst kom også romanen Bipolar superstar, utgitt på Tigerforlaget.

Jeg-personen i romanen er Oliver, som også spiller i band. Og i likhet med Andersen, blir han lagt i håndjern på Telenor Arena ved bokens begynnelse.

FIKK SJOKK AV JOURNALEN. – *Hvor mye av romanen er selvopplevd?*

– Vanskelig å si, kanskje halvparten.

Romanen ble til etter at Andersen leste sin egen journal og fikk sjokk.

– Jeg kjente meg ikke igjen og fikk ikke sove på ei uke eller mer. Det var en gjennomkald beskrivelse av meg, fri for omtanke.

«Han gikk imot meg – jeg følte meg truet», stod det. Selv mener han at han bare lekte, naivt som et barn.

– Dermed fikk jeg en tvangsparagraf mot meg. Jeg skjønner at det ikke er lett i en travel hverdag å møte en manisk person, men jeg har aldri vært truende. Helsepersonell burde tenke mer

«Sykepleierne snakket med vanlige ord så jeg forstod.»

over hva de skriver i journalen og at det kan påvirke pasienten veldig å lese det. De bør ikke skrive mer enn de kan si direkte til meg, siden jeg kan lese det bare ved hjelp av et lite tastetrykk.

VIL VISE DET FRISKE. Andersen bestemte seg for å ta tilbake sin egen historie ved å skrive sin opplevelse av innleggelsen. Så gikk han til forlaget. Der så de potensialet for en roman og ba ham skrive om og dikte litt i tillegg. Det gjorde han, og i september var det lansering av det forlaget

kaller den «styggvakre» historien. Inni den har det også blitt plass til en kjærlighetshistorie mellom Oliver og Elin, som lider av posttraumatisk stressyndrom.

– *Hva vil du med romanen?*

– Jeg vil vise at et menneske som er innlagt på psykiatrisk avdeling også har mye friskt å by på. Men det har vært tøft å skrive boka og utlevere meg selv så mye.

– *Kan sykepleiere lære noe av å lese romanen?*

– Ja. Jeg har prøvd å skildre mest mulig virkelighetsnært hvordan det oppfattes å være i depresjonen og det maniske. Jeg vet ikke om så mange bøker som har gått så mye inn i hodet til den bipolare på denne måten. Og det er viktig at sykepleiere viser respekt for virkelighetsoppfattelsen til personen.

ABSTINENSER FRA MANIEN. – *Savner du noe fra tida som bipolar?*

– Jeg har nesten abstinenser fra manien. Alle sanser skjerpes, man hører og lukter bedre og alle farger blir fantastiske. Jeg følte jeg kunne gjøre ting både fortere og bedre enn alle andre og at alt jeg tok i ble til gull.

– *Hvordan var sykepleierne du møtte som innlagt?*

– De var de nærmeste. Blant mange fagarbeidere jeg møtte, er sykepleierne de som har hjulpet meg best. Mer enn psykiatere og psykologer. De snakket med vanlige ord så jeg forstod. Som jeg sier i boka: «Det er ikke adekvat at du hele tiden bruker ordet adekvat».

– *Var alle like flinke?*

– Nå var ikke det å skille mellom faggrupper det jeg tenkte mest på som innlagt, men jeg husker ei som sladret mye om andre og familien sin. Når man er inne i en depressiv og paranoid



Fakta

Stig Mass Andersen

Aktuell med:
Bipolar superstar, en roman som er delvis selvopplevd.

periode, kan man bli ytterligere paranoid av slikt, og tenke «hva sier hun om meg?»

SKAPTE LIKEVERDIGHET. Den som hjalp ham mest, var en sykepleier på DPS som han gikk til samtaler hos i to år.

«Det er viktig med avdramatisering og forenkling for et hode som tenker komplisert.»

– Jeg hadde litt fordommer først, og tenkte: «Bør det ikke heller være en psykolog eller psykiater?». Var redd hun ikke skulle ha kompetanse nok, men det hadde hun.

– *Hva gjorde hun?*

– Hun skapte samtaler og fikk meg til å føle at vi var to likeverdige personer. Og så var hun direkte. Jeg kunne for eksempel slite og stresse med energi. Jeg ble redd fordi jeg tenkte at mer energi betød at nå kommer det en manisk periode.

Da forenkla hun og avdramatiserte det hele. «Nei, nå har du lenge vært så flink til å trene. Man får jo mer energi da», kunne hun si.

– Det er viktig med avdramatisering og forenkling for et hode som tenker komplisert.

– *Boka di er ikke anmeldt ennå. Hvordan synes du selv den har blitt?*

– Jeg er veldig fornøyd. Men bokbransjen er hierarkisk. Vi kalles debutanter og får beskjed om ikke å regne med å selge noe. Men for meg er det viktigste at folk løfter den opp og leser den. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Fakta

Mens vi venter på eldrebølgen.

Av Kjersti Vik
Gyldendal Akademisk,
2015
ISBN 978-82-05-
44961-9

Anmelder: Håkon
Johansen

Nytenkning om eldreomsorgen

ANMELDELSE: Samfunnsutviklingen, med økende andel eldre, begrensede økonomiske ressurser og færre personer til å gi omsorg, kaller på nytenkning. Ergoterapeut og professor Kjersti Vik oppfordrer med *Mens vi venter på eldrebølgen* til en dreining fra omsorg til aktivitet og deltakelse. Boka er god å lese og er aktuell både for sykepleierstudenten og sykepleieren med noen års erfaring.

Forfatteren tar utgangspunkt i 68-generasjonen som vil kreve medbestemmelse og kontroll over livet også når de blir eldre. Den gir en grundig og kunnskapsbasert gjennomgang av aktivitet og deltakelse for eldre med

kartlegging, tilrettelegging og stimulering til økt aktivitet. Omdreiningpunktet i boka er den enkeltes hverdagsliv og interesser. Forfatteren peker på at helsevesenet altfor ofte gir passiverende hjelp, og uten å spørre hva den eldre interesserer seg for. For sykepleieren er boka nyttig for å få ideer om aktivitet og deltakelse i egen yrkesutøvelse, for å få innsikt i ergoterapeutens arbeidsområde og for å forstå betydningen av bredt og utradisjonelt samarbeid. Eldre med demens og aktivisering er også grundig behandlet.

Jeg oppfatter boka som en god lærebok og et friskt innlegg i samfunnsdebatten om eldreomsorg. Den hadde

imidlertid fortjent en grundigere korrekturlesning. Vik diskuterer om det kan bli lagt for stor vekt på aktivisering, men i egen overbevisning om aktivisering som det beste i eldreomsorgen, underkjenner hun innsatsen til andre aktører som tillitsvalgte og politikere.

Forfatteren har et radikalt syn på eldre i samfunnet og vektlegger sterkt hjemmet og hverdagsaktivitetene. Med dette perspektivet savner jeg en diskusjonen om sykehjem egentlig er egnet som boform. Forfatteren vektlegger også at eldre vil ha kontroll over eget liv, og da kunne hun ha pekt på ansvaret for å planlegge egen alderdom. ●



Fakta

Pasientskaden.

Av Tore Bakken
Agape Forlag/
Tore Bakken 2015
ISBN 978-82-303-
2924-5

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen

Svak roman med kraftig innhold

ANMELDELSE: Tore Bakken har en agenda. Allerede i forordet beskriver han hvordan han selv kjempet seg ut av flere års avhengighet av smertestillende og beroligende medikamenter. Alt ordinert av lege etter fysisk sykdom. Han har skrevet denne romanen for å tenne varsellampene, både hos pasienter og leger, og gjøre oppmerksom på konsekvensene av uforsiktig bruk av b-preparater. Varsellamper tennes, men om han har valgt rett sjanger for prosjektet sitt er jeg mer usikker på.

Boken er skrevet som en roman om forretningsmannen Kristen Hansen,

som etter en angstreaksjon etter et samlivsbrudd ledes inn i benzodiazepinens lenker. Det ene medikamentet legges på det andre, og etter et par år er han tungt medisineret, dårlig fungerende og preget av bivirkninger.

Det er en troverdig skildring av veien inn og ut av avhengighet. Boken gir viktige gløtt inn i en virkelighet alle som ordinerer og administrerer disse tablettene bør ha innsikt i. Og den reiser relevante spørsmål som; hvorfor blir man kalt misbruker når man har fulgt legens forordning? Og; hvorfor er det så vanskelig å få helsevesenet til å ta ansvar for å rette opp skaden?

Selv om prosjektet er troverdig har

boka store svakheter som roman. Den er utgitt på eget forlag, og savnet etter en redaktørs hånd er til tider stort. Språket er preget av klisjeer som «sover som en stein» og «rekende på ei fjøl». Dialogene er livløse og lite troverdige. Karakterene er flate og handlingen noe endimensjonal. Det handler i lang tid bare om tablettene og jobben, familien dukker plutselig opp mot slutten av boka som om forfatteren ikke evner å holde flere baller i luften.

Jeg sitter igjen med en følelse av at dette hadde blitt en bedre og viktigere bok om Bakken hadde gjort som så mange andre gjør for tiden; tatt en Knausgård og skrevet om seg selv. ●

Hva
leser du
nå?

Laila Solli Reitan **Inn i ukjente verdener**

LITTERATUR: – Jeg leser nå andre bok i fortellingen om Karitas, skrevet av Kristin Marja Baldursdottir. Karitas er en kunstner som vokser opp på Island på begynnelsen av 1900 tallet. Vi følger henne gjennom et langt liv. Gjennom håp, lengsel, lykke, kjærlighet, psykose og bunnløs sorg. Dette er en bok som får en til å senke skuldrene og bare bli med inn i Karitas verden.

Reitan er masterstudent og leser mye i utdanningen og for å holde seg oppdatert som intensivsykepleier. Men hun leser også mye romaner, biografier og krim og har barn hun leser for.

– Bøker som utvider horisonten, som åpner sinnet og som gir meg et innblikk i en verden som ellers er ukjent er spesielle. Disse bøkene får meg til se litt lengre enn nese-tippen og gjør meg nok til et bedre medmennesker og sykepleiere. Et eksempel på en slik bok er *Livets skole* skrevet av Kristin Solheim. Den handler om kvinner i Afghanistan som lever et liv langt fra mitt eget. ●

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Alder: 42 år

Yrke: Intensivsykepleier og masterstudent i avansert klinisk sykepleie, og bokanmelder i Sykepleien.

Gode intensjoner, mye papir

ANMELDELSE: **Tiden da psyke og soma, kropp og sinn, ble ansett som atskilte størrelser er over, og i helsevesenet er vi i økende grad opptatt av helhet og integrert medisin. Vi skal behandle hele personer, ikke diagnoser. Til tross for gode intensjonene er praksis og kunnskapsnivået høyst varierende. Denne boka skal bøte på dette og ønsker «å sprengre disse grensene i somatisk medisin». Med sine 1,5 kilo og 735 sider er formatet i hvert fall egnet som slagvåpen.**

42 bidragsyttere bolttrer seg over 44 kapitler. Boka dekker et enormt spekter av diagnoser, symptomer, terapiformer og problemstillinger. Vi er igjennom det meste fra delirium til kviser. Stoffet er godt formidlet, språket flyter fint og lettfattelig. Noteapparatet er upåklagelig. Uansett hvor i helsevesenet du jobber er det noe i denne boka du hadde hatt nytte av å lese.

Forfatterne viser hvordan prognoser forverres og symptomer forsterkes når depresjoner eller angst ledsager somatisk sykdom, og kommer med konkrete forslag til aktiv behandling. På sitt beste ser vi virkelig hvordan psykisk og fysisk sykdom påvirker hverandre gjensidig, noen ganger betinger hverandre og hvordan vår behandling av en lidelse kan utløse en annen.

Men store deler av boka er allikevel

trøttende lesing fordi den i altfor stor grad preges av generelle utgreiinger. Alle kapitlene er strukturert slik at de først gir en generell framstilling av feltet sitt før de kommer inn på bokens kjernetema. Dermed går minst halvparten av denne boka med til skolebokpresentasjoner av temaer alle i målgruppen er kjent med. Når i tillegg mange av artiklene overlapper; som når fatiguekapittelet tar for seg revmatikere og revmatismekapittelet fatigue, oppleves det tidvis som langt mellom de nye innsiktene. Et sted blir også samme undersøkelse av hvor stor andel av pasienter med brystsmarter som diagnostiseres med panikkangst, gjengitt i to etterfølgende kapitler. Når pasienter reagerer ganske likt på kroniske smerter enten det skyldes kreftbehandling, muskelplager eller revmatisme, er det vel unødvendig med tre parallelle drøftinger?

Artikkelforfatterne sitter i stor grad på hver sin tue uten å gløtte til hva som kommer før og etter. Kapitlene om komorbiditet, trøtthet og smerter fyller absolutt redaktørenes visjoner, men ellers savner jeg de store linjene og en bredere og dypere drøfting og konklusjon. Tidvis føler jeg at jeg har lest et grovtkast til noe som kan bli en viktig bok om psykiske reaksjoner på somatisk sykdom. Men kjære forlag og redaktører; ikke gi dere, for dette trenger vi. Lag den boka og få den inn på 300 sider. Da leser vi den! ●



Fakta

Psyriske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling

Av Alv A. Dahl, Trond F. Aarre og Jon Håvard Loge (red)
Cappelen Damm Akademisk, 2014
735 sider
ISBN 978-82-02-41878-6

Anmelder: Liv Bjørnhaug Johansen

«De somatiske sykdommene gir økt risiko for psykiske lidelser og vice versa.» Alv A. Dahl og Ellen Karine Grov i *Psyriske reaksjoner ved somatisk sykdom*



Tuberkulose. Rundt regnet døde en kvart million mennesker i Norge av tuberkulose i tidsrommet 1895-1955.

Den grå masse-morderen

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

Tuberkulosen var den store folkesykdommen i Norge gjennom første halvdel av forrige århundre. Fryktet under navn som «tæring», «den hvite pest» og «svindsott». I årene rundt 1900 døde nærmere 7 000 hvert år, i en befolkning på drøye to millioner.

Sykdommen er kjent langt tilbake i historia. Hippokrates identifiserte allerede i 460 f.Kr. phthisis som den mest utbredte sykdommen på den tida, nesten alltid dødelig. Forfatter Dag Skogheim, som selv hadde sykdommen i elleve år (1943-1954), skriver i en artikkel i Aftenposten (21. oktober 2011) at tuberkulose til forskjell fra andre farsotter som pest og kolera ikke forsvant etter en tid. Tuberkulosen forlot aldri menneskene. Den var en konstant trussel.

Så tidlig som 200 år e.Kr. beskrev legen Aretaios sykdomsbildet på følgende måte: «Kinnbenene er fremtredende med hektisk feberøde kinn, glinsende blikk, blek eller blygrå hudfarge. Kinnene legger seg om tennene liksom en leende og gir ansiktet et utseende som et lik mens leddene trer tydelig frem både på knær, hofter og armer mens skulderbladene rager frem som fuglevinger.»

INSTITUSJONSBYGGER. I Norge toppet tilfelle-ene av tuberkulose seg rundt 1900. Det var bakgrunnen for «Lov angaaende særegne Foranstaltninger mot tuberkuløse Sygdomme» fra 1900 som påla leger plikt til å melde fra om alle tilfeller av smittefarlig tuberkulose, og til å føre tilsyn med hjemmet. Loven åpnet også for anbringelse på sykehus eller tuberkulosehjem.

Tvangstiltakene i loven skapte strid. Wollert Konow fra Høyre uttalte at loven ville innebære «et av de sterkeste indgrep i den personlige frihed, som vor slægt nogen sinde vil komme til at votere over». Loven ble likevel vedtatt fordi den

var ment som en beskyttelse av de friske.

Loven av 1900 hadde også positive konsekvenser. Den la blant annet grunnlaget for en omfattende institusjonsutbygging i perioden 1900 til 1930. Særlig tre store frivillige helseorganisasjoner (Norske Kvinners Sanitetsforening, Nasjonalforeningen mot tuberkulose og Røde Kors) var aktive med å bygge og drive institusjoner. I 1940-åra var det etablert hele 5 500 sengeplasser for tuberkuløse landet rundt. I 1960 var antallet rundt 2 700, mens det sank til 700 sengeplasser for tuberkuløse mot slutten av tiåret.

Man kan dele institusjonene i to hovedgrupper: Sanatoriene var store institusjoner med behandling som hovedmål. Tuberkulosehjemmene var oftest mindre og i større grad pleiehjem for mer alvorlige tilfeller. De ble av mange oppfattet som oppbevaringssteder for døende pasienter. Det ble også etablert tre egne kysthospitaller for «skrofuløse barn» (barn med tuberkulose i kjertler).

På sanatoriene måtte pasientene forholde seg til svært strenge regimer. Hvis man ikke overholdt husorden- og kurreglene kunne man bortvises.

HELSEOPPLYSNING. Det offentlige stod ikke alene i kampen mot tuberkulosen. I tillegg til å drive institusjoner satte de store frivillige organisasjonene i gang omfattende informasjonsarbeid om hvordan man kunne unngå å bli smittet. Leger og sykepleiere holdt hundrevis av foredrag rundt om på bygdene. Og oppsøkte familier som de mente hadde behov for opplysning om

«Mer alvorlig var stigmatiseringen.»

Dag Skogheim

hygiene. Samtidig tok de seg av de syke som de tilfeldig kom i kontakt med. I tillegg ble det delt ut brosjyrer. Nasjonalforeningen alene delte i 1912 ut 174 000 informasjonsbrosjyrer.

Spytting var en utbredt uvane blant menn og representerte en stor smittefare. I mange miljøer ble spytting oppfattet som et uttrykk for maskulinitet. Å spytte langt og rikelig ble sett på som en karslig egenskap. Det sterkeste virkemiddel synes å være å vekke avsky. Sognepresten i Sund skrev i Nasjonalforeningens Meddelelser i 1910: «En saa motbydelig og sundhetsfarlig uskikk som spytting skulde ikke finde tilhold indenfor kirkedøren.»

UTSATT GRUPPE. Sykepleierne var en utsatt gruppe. Derfor innledet man i 1924 systematisk Pirquet-testing av elever ved Sykepleieskolen på Ullevål sykehus. På denne tiden var omtrent en firedel av sengene ved Medisinsk avdeling på sykehuset belagt med pasienter med aktiv tuberkulose. Sykepleierne kunne dermed ikke unngå å bli eksponert for tuberkulosebakterier. Ved inntak til skolen var 208 av 397 elever Pirquet-negative (dvs. ikke smittet). Når de samme elever ble testet ved slutten av den 3-årige elevtiden var nesten alle blitt Pirquet-positive. Mens 40 av disse elevene utviklet tuberkuløs sykdom, var det svært få av de opprinnelig positive elevene som gjorde det samme. På bakgrunn av disse svært foruroligende funnene begynte man et pionerprogram med systematisk tilbud om BCG-vaksinering av sykepleierelevener. (K. Bjartveit, Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2001).

STIGMATISERING. Det som kjennetegnet tuberkulose, eller tæring som det mer presist ble omtalt på folkemunne, var at sykdommen kunne utvikle seg over måneder og år.

Fakta

ROBERT KOCH: Tysk lege som i 1882 påviste tuberkulosebakterien. En påvisning som gav grunnlag for å forstå årsak, smitteveier og det faktiske omfanget av sykdommen.

TUBERKULOSE: En infeksjon forårsaket av tuberkelbasillen. Den kan være lokalisert til forskjellige organer, men angriper oftest lungene. Sykdommen overføres hovedsakelig ved dråpesmitte fra en pasient med lungetuberkulose. Ved aktiv lungetuberkulose kan sykdommen til å begynne med utebli, men etter hvert vil de fleste pasientene få symptomer som hoste, eksekretor, slapphet, avmagring, feber og nattesvette.

HELSELOVGIVNING: Den norske Tuberkuloseloven av 1900 var verdens første på feltet og dannet mønster for en rekke andre lands lovgivning. Loven var gjeldende (med endringer) til smitteloven av 1994 kom. I 1948-1949 ble det innført masseundersøkelse med skjermbildefotografering som også omfattet Pirquet-test og BCG-vaksinasjon.

INSTITUSJONER: Den tyske legen Herrmann Brehmer mente sykdommen kunne behandles ved opphold i frisk luft og under gode sanitære forhold. Han startet det første såkalte sanatoriet i 1850-åra. På 1870-tallet ble det i Norge bygget private sanatorier i Gausdal, Oppdal og Valdres. Da forbeholdt de rike. På 1940-tallet var det opprettet 5 500 sengeplasser for tuberkulose i Norge.

OMFANG: I første del av 1900-tallet døde nærmere 7 000 av sykdommen hvert år i Norge. Fram til 1950 var tuberkulose en folkesykdom i Norge. I 2014 ble det registrert 324 tilfeller. De fleste tilfellene er reaktivering av latent smitte hos personer som kommer fra land med høy forekomst.

Kilde: Kilde: Store medisinske leksikon, Sykehusstatistikk 1853-2002. SSB og Folkehelseinstituttet



Pirquet-prøve: Skolejente tar tuberkulinprøve 1942. Foto: NTB/Scanpix



Beviset: Røngten av lungene som viser tuberkuloseinfeksjon. Foto: Colourbox



Skjermbilde: Her gjør sykepleiere klar til fotografering 1949. Foto: NTB/Scanpix

Ifølge Dag Skogheim var sykdommen en tragedie i seg selv, men mer alvorlig var stigmatiseringen. Ofte ble de syke isolert, både i familie og nabolag. Barn mistet lekekamerater. Gårdbrukere mistet leveranser.

De merket også stigmatisering når de friskmeldt vendte tilbake til samfunnet for å arbeide igjen. En nær venn av forfatteren arbeidet i posten. Kort tid etter at han var begynt igjen, måtte postmesteren snakke med ham en dag. Det gjaldt folk som ringte og gjorde oppmerksom på at de ikke ville utsettes for smitte når de fikk å gjøre med den tidligere tuberkulose som ekspederte ved en disk. Han sa opp på dagen, helt fortvilet.

– Vi var rettsløse i den forstand at en protest enda mer ville understreke vår situasjon som tidligere tuberkulose og gjøre det dobbelt

problematisk for oss, skriver Skogheim.

FRAMTIDA. FNs tusenårs mål er å snu spredningen av tuberkulose. I Norge bør det være et mål å utrydde sykdommen, ifølge Folkehelseinstituttets veileder for helsepersonell.

Det tror verken professor Gunnar Bjune ved Universitetet i Oslo eller overlege ved Folkehelseinstituttet Trude Arnesen er realistisk.

– Med bakterier som er utbredt over hele jorda, med globalisering og nordmenns økte reiseaktivitet, er det bare en drøm. Men vi har gode muligheter til å holde omfanget på et lavt nivå.

Hvert minutt tar tuberkulose livet av tre mennesker i verden, noe som utgjør 4 500 dødsfall hver dag. ●

bjoern.arild.ostby@sykepleien.no



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

- 1 Hva er Stendhals syndrom?**
 A At den kidnappede forelsker seg i kidnapperen
 B Psykosomatiske symptomer ved sterk kunstopplevelse
 C Medfødt hjertefeil og trange blodårer

- 2 Hva er kjønnsinkongruens?**
 A At opplevd kjønn ikke samsvarer med kjønn tildelt ved fødsel
 B At kjønnsorganene er misdannet ved fødsel
 C At man er tvekjønnet (hermafrodit)

- 3 Hvor mange medlemmer har NSF?**
 A Mellom 50 og 60 000
 B Mellom 70 og 80 000
 C Over 100 000

- 4 Hva heter parasitten som forårsaker malaria?**
 A Malarium
 B Det er ingen parasitt, men en mygg
 C Plasmodium

- 5 Hva er man redd for hvis man lider av nyctophobia?**
 A Mørket
 B Å være nykter
 C Edderkopper

- 6 Hva heter kniven som kan skjære i muskler?**
 A Keratom

- B Myotom
 C Barberatum musculus

- 7 Hva kan du ikke åpne hvis du er rammet av trismus?**
 A Munnen
 B Knyttneven
 C Øynene

- 8 Immunitet kommer fra latin immunis, som opprinnelig betyr**
 A Motstandsdyktig
 B Fritatt for skatt eller tjeneste
 C Den sterkeste rett

- 9 Hva har du hvis du er ikerisk?**
 A En reumatisk sykdom
 B Blodmangel
 C Gulsott

- 10 Hvilken legemiddelgruppe tilhører ibuprofen (f.eks. Ibux)?**
 A NSAIDs
 B Opiater
 C Glukokortikoider



Låste fingre: Er dette et dobbeltsidig tilfelle av trismus?

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😐 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B, 2A, 3C, 4C, 5A, 6B, 7A, 8B, 9C, 10A

Randis hypokonderkryssord

😊	PAR-ESER	ERT! UT-SLETT	LIKE	SYKD.	DYR	UTVIDE	EKS. (OMV.)	ORGAN FUGL-EN	DEKKE	PREF.	LIKE	TIL-BAKE	KAR-AKTER	GLOSE	SYK-DOM-MEN	JUS-TERE PLATE	ELV
OPP-SLAGS-VERK-ENE																	
ANTI-HISTA-MINER																	
MÅL		KAR	ØKE	HYL			FISK				FØDE		MÅL			TID BRA	
TRO OPP-GAVE				ORG.			RI		PREP. LURT			GIVER		HJELP!			
				BIBEL-DEL				GUD		PREP.			NOE YTTER-LIGERE				
LIKE DYR		FLIRER		EMMEN	TYPE		BLÅ-VEIS							ETSE		VOKSE	BE-VEGE
			FØL-SOM BAKKE					GUD SVAR		PRON.	SY						MYNT
BRETT SYKD.							BÆRE-RED-SKAP										
						DYR					MERE HYGIEN-ISK						

Se løsning på kryssord side 74.



Meninger

Del 4 Sykepleien 10 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Lærer bort: Astrid Rønsen jobber med videreutdanning i palliativ omsorg på Høgskolen i Gjøvik og er leder av Hospiceforum Norge. Foto: Marit Fonn

Kjenner døden

Hospiceforkjemper. Astrid Rønsen jobber for at tiden før døden skal bli så god som mulig. **80**



Åndelig omsorg.

Laget en ny prosedyre. **77**



«Det profesjonelle skjønn må gis mer spillerom.»

Elisabeth S. Kjølrsrud. **78**



NSF. Landsmøtet for fremtiden skal i gang. **72**

Fremtid. Sammen skal vi utforme NSF's politikk for de neste årene.

Det er klart for landsmøte i Norsk Sykepleierforbund.

Derfor er landsmøtet viktig



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

9. til 13. november avholder NSF landsmøte. Da skal vi behandle mange saker om hva vi skal jobbe med i årene fremover. Selv om det er med ærefrykt jeg og forbundsstyret møter landsmøtet, så tenker jeg at det først og fremst er en fantastisk flott og spennende arena. En arena der vi gjennom delegater bestemmer hva slags organisasjon vi skal være, hvordan vi skal jobbe, hva vi skal jobbe med og hvem som skal lede NSF videre.

Vi behandler mange viktige saker på landsmøtet. Jeg ønsker å løfte frem et par saker som vil ha stor betydning for NSF's politikk i årene fremover.

NYE KRAV. Den ene saken jeg tenker på er «Ny tid – Nye roller», som handler om sykepleieren som ekspert og kunnskapsarbeider. Det har lenge vært snakk om fremtidens helsetjeneste, nye roller og sykepleierprofesjonen i fremtiden. Men de store endringene skjer nå. Rollene er endret, grensedragningen mellom sykehus og kommuner er også endret. Dette stiller krav til kompetanse, samarbeid på tvers av institusjoner og fag. Det er avgjørende at tjenestene sees i sammenheng.

Denne saken handler om at NSF skal være premissleverandør for fremtidens helsetjeneste. Sykepleiernes roller og funksjon må fremheves og manifesteres. Da blir samfunnet i stand til å yte nødvendige og gode helsetjenester til befolk-

disse forholdene i et noe utvidet perspektiv. Gode lønns- og arbeidsvilkår er helt avgjørende for at vi skal klare å tilby nok arbeidskraft i helsetjenesten. Derfor ber forbundsstyret landsmøtet om å peke vei for vårt videre arbeid med likelønn og lønn for kompetanse.

PRIVATISERING. I denne saken tar vi også opp utfordringer knyttet til konkurransehopping og privatisering. Vi mener at dette er forhold som både truer pasienttilbudet i det lange løp, og det er definitivt noe som utfordrer våre lønnspolitiske mål. Vi må være en relevant og forberedt organisasjon, som kan håndtere disse utfordringene.

Landsmøtet skal ta stilling til mange viktige saker. Her viser medlemsdemokratiet seg i full blomst. Her er det lov å si sin mening, det er lov å være uenig og det skal være rom for diskusjon. Jeg ser frem til å møte mange flotte sykepleiere fra hele landet. Jeg blir alltid stolt når jeg møter medlemmer som representerer NSF og verdens beste og viktigste yrke.

Vi skal fortsette å være tydelige, modige og stolte sykepleiere – sammen er vi sterke og klare for å jobbe mot nye mål. ●

«Vi er en av garantistene for den velferdsstaten Norge er og skal være.»

ningen, også fremover. På denne måten er vi en av garantistene for den velferdsstaten Norge er og skal være. Godt for pasienten – godt for samfunnet.

Vi har ambisjoner på både helsetjenestens og sykepleiernes vegne. Jeg vet ikke hvor mange ganger og hvor lenge NSF har advart mot mangel på kompetent personell. I landsmøtesaken «Kampen om arbeidskraften» tar vi opp



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Miljøterapi kamuflerer inkompetanse

PSYKISK HELSEVERN: Det finnes ingen dokumentasjon for at det vi i dag kaller miljøterapi har noen som helst form for terapeutisk funksjon.

I lys av den spektakulære mangelen på kurativ behandling for de alvorlige psykiske sykdommene, er det ironisk at man overhodet bruker ordet terapi. Det er vanskelig å lage gull av gråstein, men det er akkurat det Ole Greger Lillevik og Lisa Øien forsøker når de i artikkelen «Hva er miljøterapi?» i Sykepleien nr. 5–2015 fremmer konstruksjonen «holistisk humanistisk miljøterapi». Grunnleggeren av begrepet mil-

jøterapi ville trolig snudd seg i graven om han hadde visst at dagens praksisaktivitet på blant annet sikkerhetspsykiatriske avdelinger blir kalt for miljøterapi. Jeg mener begrepet miljøterapi kamuflerer manglende kompetanse innenfor arbeidet med å ta vare på og sørge for psykisk syke mennesker. Vi driver ikke med terapi, men på en god dag driver vi med pleie og omsorg – sykepleie.

Miljøterapi som behandlingsform og ideologi har sitt utspring i arbeidet og tenkningen til den skotske sosialpsykiateren Maxwell Jones. Han og hans sam-

arbeidspartnere utarbeidet i etterkrigsårene det som senere ble kalt terapeutiske samfunn. Innenfor den egalitære strukturen til Jones terapeutiske samfunn finner vi det som ble definert som miljøterapi (Kringlen, 2001; Sundin, 1972). Ifølge Sundin (1972) definerte Jones miljøterapi som «behandlingsprosess som utnytter det systemet av sosiale relasjoner som utgjør organisasjonen» (s. 155).

Hensikten med miljøterapi var «å hjelpe klienten til gjennomgripende læring av sosialt samliv ved stadig påvirkning av klien-



Få sår til å gro raskere med



Woulgan® er en ny biogel for aktiv sårbehandling, utviklet i Tromsø. Produktet er primært utviklet for behandling av kroniske sår og sår som har vanskelig for å gro, men kan benyttes på en rekke ulike sårtilstander, inkludert mindre alvorlige sår som kutt og rifter.

Ønsker du mer informasjon? Ta kontakt på info@biotec.no

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg



tens innstilling til seg selv og andre» (Sundin, 1972, s. 155). Jones vektla sosial læring som terapi, som skulle resultere i vekst og forandring (Jones, 1976). Forutsetningen for vekst og forandring (terapi) lå i miljøet der klienten oppholder seg. Jones og hans tilhengere uttrykte en type logikk der sykdom eller sosiale problemer kunne forklares av negative faktorer i miljøet rundt klienten. Disse sosiale problemene kunne endres gjennom å oppholde seg i et miljø hvor skadelige faktorer var fjernet – et terapeutisk samfunn (Jones, 1976). Klienten skulle sosialiseres inn i et samfunn som var demokratisk. Dette innebar at behandlings- og administrative spørsmål ble bestemt av personalet og pasienter gjennom demokratisk avstemming. Et annet sentral forhold var frivillighet. Klienten måtte selv forstå at han/hun hadde behov for å søke seg inn til behandling (Sundin, 1972).

Det er viktig å merke seg at Jones terapeutiske samfunn ikke var tiltenkt mennesker med alvorlige lidelser som schizofreni (Kringlen, 2001). Den amerikanske psykiateren John G. Gunderson etterlyste en miljøterapi for gruppen med alvorlige psykiske lidelser (Gunderson, Will, & Mosher, 1983). Gundersons refleksjoner over behovet for å reformere den tradisjonelle psykiatrien har av Thorsen, Brathetland og Haaland (1999) blitt fremstilt nærmest som en egen type miljøterapi. Det blir imidlertid feilaktig å hevde at John G. Gundersons utviklet en egen miljøterapi. Gundersons bidrag kan raskt oppsummeres under overskriften grunnleggende behov, og tilfører derfor ikke noe nytt for sykepleiere som kjenner sin egen faghistorie.

Det er god grunn til å forholde seg kritisk til dagens bruk av begrepet miljøterapi. Dessverre finnes ikke forskningsbasert litteratur som beskriver årsaken til

nedleggelsen av de få terapeutiske samfunn som ble opprettet i Norge. Det finnes heller ingen litteratur som beskriver hvordan begrepet miljøterapi ble overført fra de terapeutiske samfunn til det som kan kalles den tradisjonelle psykiatrien. Begrepet miljøterapi representerer en tenkning som fordømmer tradisjonell psykiatri. Denne kritikken er fortsatt like aktuell, og det er derfor merkelig at en bruker begrepet miljøterapi i psykiatrisk praksis.

I min mastergradsoppgave konkluderer jeg med at begrepet «miljøterapi» representerer et brudd med den historiske bruken av ordet (Kristiansen, 2010). Dagens bruk er mangefasettert og har ved flere anledning blitt brukt som plattform for ulike teoretiske retninger. Eksempler på dette er Vatne (2006) der relasjonsteoretisk tenkning pares med miljøterapi-begrepet. Et annet eksempel er Oestrich og Holm (2001) som bygger på Aron T. Becks kognitive terapi. Med jevne mellomrom kommer det forskningssvake fagbøker som påberoper seg å representere ny miljøterapi. Felles for disse bøkene er en delvis ukritisk holdning til miljøterapi-begrepetets historiske betydning, og få beskrivelser av hvordan forfatterne forestiller seg at miljøet faktisk skal være terapeutisk. Fagartikkelen til Lillevik og Øien i Sykepleien (2015) representerer et eksempel på ukritisk bruk av begrepet miljøterapi. De hevder at «miljøterapi er en kompleks og krevende terapiform» (s. 62). Svakheten med denne påstanden er at de uten videre aksepterer at dagens miljøterapi er en terapiform. Til kontrast viste Skorpen og Øye (2009) sin forskning at miljøterapi fremstod som usystematisk samt ideologisk og teoretisk ubegrunnet. Disse funn er identisk med funnene i min mastergradsoppgave (Kristiansen, 2010).

Vi trenger ikke flere forsøk på å tåkelegge begrepet miljøterapi. Min erfaring, både i forbindelse med mastergradsarbeidet og som psykiatrisk sykepleier gjennom mange år, er at de som bruker tittelen «miljøterapeut» ikke har noen spesifikk utdanning innenfor miljøterapi. Alle som en har på mitt spørsmål ikke kunnet forklare hva miljøterapi er eller hvilke deler av miljøet som de anser som terapeutisk. Å drive terapi uten å differensiere terapibegrepet i forhold til dets kurative konnotasjon er uetisk praksis og respektløst overfor pasienten. En terapeut må vite hva terapien innebærer. Hva gjør de som driver med ikke-kurativ terapi i psykiatrisk praksis? Mitt svar er at de burde drive med sykepleie.

Pasientene innenfor psykiske helsevern trenger sykepleierens kompetanse. De trenger å få dekket sine grunnleggende behov. De trenger vår kunnskap om sykdom og ikke minst trenger de vår omsorg. Sykepleiere må ta tilbake sitt eget fag og heller lære andre yrkesgrupper hvordan man driver omsorg for alvorlig syke mennesker.

Kilder:

- Gunderson, J. G., Will, O. A., & Mosher, L. R. (1983). Principles and practice of milieu therapy. New York: Jason Aronson.
- Jones, M. (1976). Maturation of the therapeutic community: an organic approach to health and mental health. New York: Human Sciences Press.
- Kringlen, E. (2001). Psykiatriens samtidshistorie. Oslo: Universitetsforl.
- Kristiansen, P.J.L. (2010). Moderne miljøterapi. Tromsø: P.J.L. Kristiansen 2010.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? Miljøterapi er et uttrykk for en fagideologisk tenkning mer enn en konkret metode. Sykepleien
- Oestrich, I. H., & Holm, L. (2001). Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. København: Dansk psykologisk forlag.
- Sundin, B. (1972). Individ institusjon ideologi: anstaltens sosialpsykologi. Oslo: Gyldendal.
- Thorsen, G.-R. B., Brathetland, O., & Haaland, T. (1999). Miljøterapi: en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Vatne, S. (2006). Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk.

Løsning på kryssord i nr. 10/2015 S (se side 70)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Per Jørgen Langø Kristiansen, psykiatrisk sykepleier, master i Helsefag og universitetsstipendiat ved Universitetet i Tromsø

Minneord Ruth Wenche Borgan



1953 – 2015: Det var med stor sorg vi i Norsk Sykepleierforbund mottok budskapet om at fylkesleder i Nord-Trøndelag, Ruth Wenche Borgan, var død. Hun var i vår blitt gjenvalgt som fylkesleder for sin andre periode, noe hun var både svært glad for og svært stolt over. Hun var full av energi og planer for hva

hun ville jobbe videre med i den kommende fireårsperioden. Ruth deltok på sentral ledersamling i NSF i mai, men måtte reise hjem midtveis i samlingen på grunn av sterk hodepine. Hun trodde det var migrene, men dessverre viste det seg å være kreft. Ruth ble raskt dårligere, tross behandling, og sovnet stille inn hjemme med sine nærmeste rundt seg 3. september 2015.

Ruth ble født 1. mars i 1953 i Sarpsborg. Familien flyttet til Steinkjer da hun var fire år, for å ta over småbruket Borgan. Ruth var nummer fire i en søskenflokk på seks. Etter å ha vært alenemor til Dolfen i 4 år, flyttet Ruth sammen med sin kjære Trond i 1975 og sammen har de sønnen Caos. Etter hvert er det blitt to flotte svigerdøtre som beskriver Ruth som «verdens beste svigermor», og 3 barnebarn. Barnebarna ble nesten det viktigste av alt for Ruth, og hun var en fantastisk bestemor.

Ruth utdannet seg som sykepleier i voksen alder etter mange år som skomaker, hun måtte omskolere seg av

helsemessige årsaker. Hun fikk jobb i heimesykepleien i Stod og var veldig stolt av yrket sitt. Etter at Ruth ble sykepleier, engasjerte hun seg raskt i Norsk Sykepleierforbund. Hun ble tillitsvalgt, hovedtillitsvalgt og fylkesleder. Hun gikk til tillitsvalgtvervet på samme måte som det hun ellers engasjerte seg i; satte seg grundig inn i sakene, leste seg opp og kunne sitt fag. Det gjorde henne i stand til å hjelpe mange, og med sin sterke rettferdighetsans utfordret hun mange arbeidsgivere. Hun var heller ikke redd for å ta en kamp om det var nødvendig. I dette arbeidet hadde hun god nytte av sin klisterhjerne, sitt brennende engasjement og sin evne til å skille sak og person.

Ruth var stolt av å representere Norsk Sykepleierforbund både i Nord-Trøndelag og nasjonalt. Hun var engasjert i de politiske sakene og var en aktiv pådriver for å få gjennomslag for det som var viktig for NSF. Hun var raus med støtte og oppmuntring til andre og var også en aktiv bruker på sosiale medier for å bli hørt.

Vi kjente Ruth som en flott kollega med stort engasjement, ukuelig optimisme, masse energi, stor arbeidskapasitet og alltid i godt humør. Hun var raus, romslig, uredd, sosial, snakkesalig, blid, hadde pågangsmot og hata urettferdighet. Hun hadde alltid tid til og et blikk på de rundt seg og du gikk ikke uberørt fra et møte med Ruth.

Privat var Ruth glad i naturen, glad i dyr, glad i god mat. Hun hadde en fin sangstemme og var veldig glad i sang og musikk. Hun var den som samla familien og elska å ha dem rundt seg. Hun var den som ordna opp og hadde svar på de fleste spørsmål, var et samlingspunkt i familien, en bauta for dem alle.

Ruth vil bli sterkt savnet i NSF, både på fylket og i lederkollegiet på nasjonalt nivå. Men tankene og omsorgen vår nå går først og fremst til den nærmeste familien. Vi lyser fred over Ruths minne.

Eli Gunhild By, forbundsleder og
Olav Flo Brekke, generalsekretær

Holdningsendring til sykepleieyrket

REKRUTTERING: Norge vil mangel 30 000 sykepleiere innen få år. Politikerne krangler om ulike tiltak og hvem som har de beste tiltakene. Hvem som har mest troverdighet har jeg ingen formening om.

Reportasjen «Skoleelever. Vil bli advokater, ikke sykepleiere» i Sykepleien nr. 7/2015, hvor barn på ungdomstrinnet ble spurt hvilket yrke de ville velge, var rimelig nedslående for sykepleieyrket.

Økt rekruttering, økt kompetanse, løfte her og løfte der. Tiltak som i mange tilfeller sikkert fungerer. Men hva med den generelle holdningen befolkningen har til sykepleiere? Hva med å fokusere på framsnakk av yrket? En heving av profesjonens anseelse trengs.

Noen sykepleiere framsnakker ikke selv sitt yrke til sine barn: «Ikke bli sykepleier sånn som mamma, det er hardt arbeid og dårlig lønn», er et utsagn jeg hørte for ikke så lenge siden. Når skal sykepleieren få den respekten de fortjener? Dagens

unge må ønske å bli sykepleiere, og for å ønske dette må nok sykepleieyrket bort fra merkelappen «de vasker gamle i baken».

Hva med å implementere noen grunnleggende opplysninger i grunnskolen om hva en sykepleier faktisk gjør i løpet av sin arbeidsdag? Etter jeg selv begynte på sykepleiestudiet, oppdaget jeg mye som en sykepleier kunne gjøre, mye som jeg ikke hadde noen aning om på forhånd.

Sykepleiere skal være stolte. Og de skal bli satt pris på. Dette medfører faktisk høyere lønn. Regjeringen må vise oss hvor mye de trenger oss. Det skal ikke lengre gå på den enkeltes veldedighet og godhet. Med høyere lønn vil sykepleieyrket virke mer attraktivt på de unge. Mange sykepleiere jobber overtid hver dag, og skriver ikke opp denne overtiden fordi avdelingen ikke har råd til det. Men som de ansvarlige fagfolk, som de fleste sykepleiere er, går de ikke før jobben er gjort. Sykepleieyrket kan være gøy! Det kan være gøy å sette vene-

kateter, sette sprøyter, og det er ikke minst svært givende å hjelpe folk i vanskelige og sårbare situasjoner. Ungdommer vet ikke dette.

Uten å sammenlikne kan man dra paralleller til politiet. En nyutdannet politimann som jobber turnus i ordensavdeling vil tjene i nærheten av 100 000 mer enn en nyutdannet sykepleier som jobber turnus på sykehus. De har begge praksis i sine studier, vurderinger av praksisansvarlig, eksamener og 180 studiepoeng på sin bachelor som tar 3 år å tjene. Men respekten og anseelse, ikke minst lønnen, ligger på to totalt forskjellige nivå.

Vi trenger kompetanseheving, vi trenger respekten som vi fortjener, og vi trenger at sykepleieyrket blir mer attraktivt. Slik kan vi få 30 000 nye sykepleiere som vi må ha innen få år.

Beate Abbedissen,
sykepleierstudent, Haraldsplass



Økonomi. Vi vil ikke lenger leke butikk, helseminister Bent Høie.

Kvinner og barn først!

Det er den måneden igjen. Oktober og høsten har senket seg over oss. For oss som jobber i helseforetakene er det tid for å ta fram sparekniven. Budsjettet for inneværende periode er snart oppbrukt, og vi kan ikke i mål i år heller.

På Kvinneklubben (KK) har vi gjort dette mange ganger før. Vi har protestert mot kutt. Vi har løpt fortere, og arbeidet smartere. Slik som så mange andre ansatte i helsevesenet.

Plutselig skulle kreftpasientene få en ny type behandling. Ordren var klar. Bestill. Administrer. Kreftmedisinen Avastin har kostet oss 2 millioner kroner i år. Det bidrar til negative tall på budsjettet. For med ordren kom det ingen friske penger. Bent Høie og våre egne direktører er klinkende klare. Budsjettrammen er sånn den er. Vi kan omfordele, men ikke under noen omstendigheter legge til.

URETTFERDIG. Det er blodig urettferdig! For hvem er det som i et av verdens rikeste land ikke unner kvinner med kreft den siste og beste behandlingen?

Det er ikke sykepleierne og jordmødrene på KK. Vi vet at selv om det er fødeseksjonen som er vår mest kjente attributt, så skjer det mer innenfor våre fire vegger. Kunstig befruktning,

kreftbehandling, behandling for gynekologiske plager du ikke visste du kunne få. Og selvfølgelig, noe av det viktigste i denne verden; barn. Både friske og dem som trenger ekstra starthjelp.

Fjoråret var preget av mange komplikasjoner for våre kvinner. Vi betalte i blod, svette og tårer, og fikk arbeidsplassen vår, som vi er så glad i, brettet ut i media. Det var ikke alltid pent. Men vi fikk tross alt godt betalt for den jobben vi måtte gjøre med å rydde opp etter oss selv. I år har vi vært flinkere. Dessverre lønnet det seg ikke. For komplikasjonene ga gode penger i kassen i fjor, som vi ser lite til i år. Det forklarer deler av underskuddet vårt dette året.

LEKER BUTIKK. Det er lammende, som sykepleier og som jordmor, å oppdage at den gode forebyggende jobben vi har gjort ikke gir uttelling på budsjettet. Vi jubler for framskritt og alt som går bra. Men vi gråter når vi ser at det var komplikasjoner vi tjente penger på. Helseforetakene våre leker butikk, og resultatet er sørgelig.

Vi har flere ansatte som jobber med å få de rette kodene på plass,

slik at vi ikke mister tilføringer vi trenger for å tjene på den aktiviteten vi har på våre operasjonsstuer. Det minner mer og mer om et samleband. Vi skjønner ikke hvorfor det skal være sånn.

På tampen av budsjettåret 2015 stenger vi flere fødestuer når det er helg. Vi må spare penger. Vi kan ikke umiddelbart leie inn ekstra personale når det er sykefravær og må kanskje gå ned i bemanning neste år. Resultatet er situasjoner ingen ønsker seg. Vi vil nemlig bare gjøre jobben vår på en slik måte at vi kan gå av vakt uten å gråte av dårlig samvittighet. Og en gnagende angst for at noe viktig ble glemt.

KVINNEHELSE. Hva hendte med mottoet «kvinner og barn først»? Hva er det med kvinnehelse som gjør at det skal være så vanskelig å betale det som det faktisk koster? Vi på KK kan mye om kvinnehelse. Men vi trenger fagmiljøer som ikke hele tiden er truet av sparekniven. Vi trenger stadig mer kunnskap – ikke mindre. For utviklingen av faget lider når man skal være marginalt bemannet hele tiden.

Alle ansatte gjør sitt beste. Men vi er fortvilte, og vi er i samme båt, alle sammen. Jeg vet ikke annet enn å henvende meg til vår øverstkommanderende, Bent Høie. Vi leker butikk. Kan vi slutte leken mens den ennå er god? ●



Fakta

Silje Marita Strand Skauge

Sykepleier og hovedtillitsvalgt for NSF ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus

»**Kan vi slutte leken mens den ennå er god?»**



Åndelig omsorg. I en superhektisk hverdag kom dette med tro og livssyn nederst på prioriteringslisten.

Har du tid til det da?

I Sykepleien nr. 8-2015 etterlyser sykepleier og forsker Liv Skomakerstuen Ødbehr åndelige sykepleiere, og i Forskning.no 9. august gir hun uttrykk for at «religion bør få en mer naturlig plass i eldreomsorgen». Til avisen Dagen 18. august sier forskeren at hun «savner samtaler om Gud på sykehjemmet».

Avisen Vårt Land hadde denne våren artikler med tema om hvor vanskelig det kan være for mennesker å bli møtt på sin tro i det norske helsevesenet. Det var overskrifter som «Gud kastes ut av terapirommet» (24. mars), «Savner tro på sykehjemmet» (30. mars) og «Skamfullt med tro på sykehjem» (1. april).

Undertegnede er sykepleier med nærmere 40 års fartstid i dette helsevesenet, både fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien. På min kommunale arbeidsplass i hjemmesykepleien oppdaget og erkjente vi for noen år siden hvor lite bevisste vi var på dette feltet og hvor mangelfullt tilbudet vårt var i møte med brukere og pasienter. Sannsynligvis skyldtes ikke dette en bevisst nedprioritering, men rett og slett det økende arbeidspresset. I en superhektisk hverdag kom dette med tro og livssyn nederst på prioriteringslisten og ble i praksis ofte glemt. Vi bestemte oss for å gjøre noe med dette!

KVALITETSPROSEDYRER. Som sykepleiere ønsker vi å gjøre en god jobb. Vi har kvalitetsprosedyrer for det meste for å sikre at vi gjør en faglig forsvarlig jobb. Vi har prosedyrer for medikamenthåndtering, hygiene, sårstell, dødsfall i hjemmet etc. Kunne vi skrive en kvalitetsprosedyre for åndelig omsorg? Selv var jeg tvilende, men hadde heldigvis en sjef som sto på.

Så laget vi en prosedyre for åndelig omsorg. Den ble kortfattet og enkel. Vi har tre kvalitetsmål som går på å vise respekt for pasientens verdier/skikker/tro; å gi helhetlig omsorg med forståelse for hvordan fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sider henger sammen og at pasienten skal bli møtt på sine åndelige/eksistensielle behov og oppleve at disse blir ivaretatt. Vi evaluerer oss selv i forhold til følgende spørsmål: Har vi husket å spørre pasienten om hva som er viktig for han? Har vi synliggjort vårt tilbud om åndelig omsorg? Har vi Bibel, salmebok, utskrift av Fader Vår og andre relevante religiøse skrifter tilgjengelig på avdelingen? Har vi oppdaterte lister med telefonnummer til

«Skriv en kvalitetsprosedyre for åndelig omsorg.»

lokale prester og representanter fra andre tros- og livssynssamfunn?

Dette er noen av spørsmålene vi forsøker å løfte opp på dagsorden i en travel hverdag.

FOREBYGGENDE. Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) har mye nyttig litteratur, både i skrifter og på nett. I 2013 kom Helsedirektoratet i samarbeid med STL og Den norske kirke ut med heftet «Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn.» Her er også viktig og nyttig informasjon.

Ut fra det vi opplevde på min egen arbeidsplass, skrev jeg i 2009 boken «Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien». I løpet av ett døgn registrerte hjemmesykepleien i vår lille kommune 586 besøk. Mange av disse er mennesker i dyp krise, med kroniske og akutte sykdommer, med kreftdiagnoser og dårlige prognoser. Å ignorere deres eksistensielle eller åndelige behov hadde ikke vært i samsvar med god, helhetlig omsorg og sykepleie. Åndslivet kan være en kraft til å bli friskere, til å tåle tap og utholde påkjenninger. Åndelig omsorg kan med andre ord virke forebyggende, lindrende og behandlende og burde derfor ha en naturlig plass i helsevesenet vårt. ●



Fakta

Heidi Schmidt

Sykepleier



Etikk. Helsearbeiderne blir drevet inn i en rolle som utfordrer profesjonsmoralen.

Tillit på bunnlinjen



Fakta

Elisabeth S. Kjølrsrud

Psykiatrisk sykepleier

En døende kvinne på 89 år ligger hjemme alene i sin seng, sine siste fire levemåneder. Av kommunens bestillerkontor hadde hun fått innvilget 30 minutter tilsyn og pleie i døgnet. Hun hadde ikke store krav, slik vi kjenner den generasjonen. Men to ting ønsket hun seg utenom å få tildelt sine medisiner og hjelp til stell. Det ene var at helsearbeideren skulle ta med søpla for dagen. Søppeldunken var plassert der bilen til helsearbeideren stod. Det ble ikke etterkommet fordi det ikke stod på lista over arbeidsoppgaver. Dernest ønsket hun at sykepleieren på kvelden før hun gikk, skulle tenne en fyrstikk i ovnen slik at kvinnen kunne se på flammene gjennom natten. Det ble hun rolig av. Men dette var heller ikke definert i de tjenestene som skulle tilbys, (det ville tatt ett minutt) og hun strevde seg urolig og våken gjennom natten alene i sitt hus uten flammene å se på.

DILEMMAER. Jeg har gjennom de siste årene skrevet mye om arbeidslivet og de profesjonelles vilkår og handlingsrom i helsevesenet. En av de som har inspirert meg i dette arbeidet er den amerikanske sosiologen og professoren Richard Sennett. Han er i særdeleshet opptatt av et arbeidsliv som stadig er i endring, og at dette er utfordrende på mange måter. Et av mange viktige spørsmål han gjør seg tanker om, er også den gamle debatten hvorvidt rutiner og byråkratisk styresett undergraver den personlige karakter. Mange store tenkere har gjennom tidene drøftet denne tematikken, og Sennett selv mener at et rutinemessig, monotont arbeid passiviserer, (noe også selveste Adam Smith, «Økonomiens far», mente på 1700-tallet). Jeg sy-

«Det profesjonelle skjønn må gis mer spillerom»

nes debatten er spennende sett i lys av de ulike rollene vi blir tildelt i vår arbeidssituasjon. Utfordringene gjelder på ulike vis alle profesjoner; advokater, lærere og soldater i krig.

Skjønnlitteraturen er også full av dilemmaer knyttet til roller vi får som profesjonelle. I boka «Alt lyset vi ikke ser» av Anthony

Doerr, følger vi blant annet livsløpet til Werner Pfennig, et barnehjemsbarn som vokser opp i en gruveby i Tyskland i mellomkrigstiden. Han har et sjeldent talent for å reparere radioer, noe som bringer ham bort fra gruvearbeid til en tjeneste som en nyttig brikke for Hitlers samfunnsoppdrag. Boka beskriver hvordan Werner er med på hendelser og overgrep mot uskyldige mennesker, noe som til slutt ødelegger ham.

Det er rystende, men interessant å lese hvordan mennesker handler under ulike vilkår og situasjoner. Det er også en slående fortelling til refleksjon hvorvidt Werner har et personlig ansvar i hendelsene han er med på.

I boka «Ramis vei» skriver forfatter Christian Borch om en bevegelse og organisasjon kalt «Courage to refuse». De som tilhører den er soldater i Midtøsten som ikke går på kompromiss med sin samvittighet, men som heller går i fengsel, fordi de ikke vil «bli brukt som instrumenter». De ønsker å være soldater, men hevder at et sted går grensen for hva de vil være med på.

Jeg nevner disse eksemplene, fordi de gir et godt bilde av dilemmaer profesjonelle kan oppleve, selv om det naturligvis er absurd å sammenlikne soldater med helsepersonell.

PROFESJONSMORAL. Helsevesenet i dag er i stor grad preget av standardiseringer, rutiner og instruksjoner. Helsearbeiderne blir drevet inn i en rolle som utfordrer profesjonsmoralen. Jeg sier ikke at rutiner og instruksjoner nødvendigvis er feil. Men når instruksjonen ikke gir anledning til å tenne en fyrstikk i ovnen på grunn av tidspress (og minuttetelling) slik at en døende pasient kan ligge og se på flammer gjennom natten for å få litt ro i sjel og sinn, må det åpenbart være noe som er feil. Og det burde lære oss noe.

Historien er full av eksempler hvor profesjonelle, bokstavelig talt i pliktetikkenes navn, gir forrang til reglene fremfor å se menneskets behov der og da. Noen ganger går det helt galt. Ideene om tidsmåling innen helsevesenet er nytt. Noen husker kanskje at tidsmåling og stoppeklokke var helt sentralt i USA innen organisering av bilindustrien på 1800-1900 tallet.

Nye ideologiske tanker fikk grobunn på 1980-90 tallet i Norge.

Flere mente at landet brukte for mye penger til helse. Så hvordan skulle dette løses? Norge så til andre land i vesten, sentrale politikere drog blant annet til New Zealand og kom med glede og forventning tilbake. Nå hadde man funnet et egnet middel til å løse de store utfordringene man så for seg. Mantraet nå ble markedsstyring, hvor kontrakter, regler, effektivitet og mål ble sentralt. Kontroll over økonomien i form av målesystemer og pasienten i sentrum ble viktig.

Ideologien kan diskuteres på mange plan, og langt fra alt kan nevnes her. En vesentlig tanke er imidlertid at den bygger på mistillit. Mistillit til borgere, og ikke minst profesjonene, som skal tjene borgerne i samfunnet. Nettopp denne siden av saken er blitt lite kommunisert. Tankegangen er svært reduksjonistisk. Den bygger på et menneskesyn som sier at mennesker alltid vil forsøke å maksimere sin egen nytte, og er det vi kaller en rasjonell aktør. Den tar ikke tilstrekkelig høyde for at det skjer noe i møtet mennesker imellom. Av denne grunn er kontroll fra samfunnets side nødvendig. Utøverne av tjenestene må kontrolleres, og alt må dokumenteres.

TIDSBRUK HOS HVER ENKELT. Når en helsearbeider besøker en bruker, har denne med seg en computer som skal angi tid hos den enkelte. Hvis helsearbeideren overstiger minuttene som er tildelt, kommer det røde tall på computeren. Slik registreres hvor lang tid som brukes. Det er ikke vanskelig å tenke seg at oppmerksomheten vil være på tidsbruken hos helsearbeideren.

Jeg nevnte innledningsvis at det er et bestillerkontor som angir tidsbruk hos hver enkelt pasient. Det er med andre ord ikke lenger slik at den enkelte helsearbeideren selv kan avgjøre tidsbruken (men selvfølgelig bruker helsearbeideren også skjønn). Eksempler på denne praksisen har Agderpostens lesere blitt orientert om, da ordføreren i Arendal beundringsverdig ble med en sykepleier på hennes daglige runde en arbeidsdag i våres. Her ble det også synliggjort (med NRK Sørlandet på slep) at det ikke alltid er rasjonaliteten som styrer. Møtet med enkeltmenneskene er så mye mer.

Men det er ikke bare tidsbruken bestillerkontoret angir. Hver enkelt tjeneste som skal tilbys er også definert og beskrevet på forhånd. Dette kan slå svært uheldig ut slik jeg beskrev innledningsvis.

TILLIT UNDER ANSVAR. Det foregår nå en gryende «oppvåking» mot de nye ideene som har festet seg i den offentlige helsesektoren. Mange varsler om hvordan ideologien utarter seg i praksis. Systemkrav gir helsearbeiderne dårlig samvittighet, i likhet med soldatene Borch skriver om i Ramis bok. Flere og flere tar til orde for at tillit må erstatte mistillit, og at det profesjonelle skjønn må gis mer spillerom.

I vår egen region har Risør kommune valgt en spennende modell. Sykepleierne har ansvaret for pasientene de får tildelt i løpet av en dag, og de styres ikke av stoppeklokke. Kommunen har heller ikke eget bestillerkontor som angir tid og tjenester for utøverne.

Nettopp nytteverdien av bestillerkontorene er under evaluering, i alle fall i Danmark. Avisen Berlingske hadde for en tid tilbake store oppslag om ny organiseringsmodell innen hjemmesykepleien i København. Helsearbeideren har tillit under ansvar, og «overvåkeren», det vil si bestillerkontoret, er borte. I tillegg er

en rekke krav til dokumentasjon sløffet, og nye regler innført og omarbeidet. En ny grunnholdning preger hele systemet. Tankegangen er at mistenkeliggjøringen av borgere og medarbeidere skal bort. Den enkelte helsearbeider kan på en bedre måte utøve skjønn hos den enkelte bruker. De bruker sin faglighet og hva de har lært på en bedre måte, lyder erfaringen frem til nå. Og som en interessant «bieffekt» av å gi helsearbeiderne tillit, har kommunen spart mangfoldige millioner, fordi «overvåkerne» er spart bort. I København snakker man om en innsparing på opp mot 60 millioner, skriver Berlingske. Dette er spennende tatt i betraktning at incentivet til markedsstyring med vekt på effektivitet,

«Ideologien bygger på mistillit til borgere, og ikke minst profesjonene»

kontroll og dokumentasjon skulle føre til innsparing.

Rutiniserte og stringente regler egner seg lite som arbeidsmetode i arbeid med syke og eldre mennesker. Det personlige ansvaret kan også lett pulveriseres. Tillit på bunntinjen er trolig en god vei å gå. Kanskje kunne det også bety at den døende kvinnen hadde hatt flammer å se på gjennom natten i sine siste levemåneder? ●

Metodebok 2015

Den nye utgaven har blitt revidert og er utvidet med nesten 100 sider.

Boken er pensum på flere av høyskole- og universitetsutdanningene for ulike grupper helsepersonell. Helsedirektoratet ønsker at Metodebok skal være en standard for alle som jobber med prevensjon og seksuell helse i et livsløpsperspektiv.

Bestilling

Informasjon om antall bøker, faktura- og postadresse sendes per e-post til: post@sexogsamfunn.no

Pris

Kr. 490,- eks. porto og gebyr



Sex og samfunn har helt siden oppstarten i 1971 hatt sin egen metodebok, i begynnelsen til internt bruk. I 1998 kom den første utgaven i bokform. Metodebok 2015 er 7. utgave.



Astrid Rønsen

Hvorfor: Fordi hun er sykepleier og forkjemper for hospice i Norge.

Stilling: Førstelektor og ansvarlig for tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg på Høgskolen i Gjøvik. Leder i Hospiceforum Norge.

Utdanning: Ble sykepleier i 1981.

Alder: 57 år

Ro: Det er både mye liv og mye død rundt Astrid Rønsen. Et dyr som holder seg i ro kan være fint, synes hun.



Døden tar sin tid

Noen puster bare ut. Andre strever. Astrid Rønsen jobber for en bedre død.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





Hva er døden?
– Kunne jeg svart på det, ville jeg blitt nedringt.
Sier Astrid Rønsen, som burde vært ekspert.

Hun har satt seg til rette i godstolen hjemme i det rødmalte tømmerhuset i skogkanten, like ved sykehuset Ahus. Fra gangen høres hundeklynk.

– Hva som er etter døden, vet vi lite om. Jeg forholder meg til det som er før. Klart man undrer seg. Som sykepleier har jeg sett mange dø. Det er en merkverdig hendelse: Det pulserer, og så er det helt stille.

Rønsen utdanner helsepersonell i palliasjon på Gjøvik, hun leder Hospiceforum Norge og hun har stadig vakter på Hospice Lovisenberg.

– Har du lært noe om døden?

– Mer og mer har jeg fått bekrefta ...

Intense hundepip sprer seg inn i stuen. Her er furupanel på både vegger og gulv.

Hun reiser seg og forsvinner et lite øyeblikk. Hun kommer tilbake med to fyrige fuglehunder. Far og sønn, som de er, hilser oppglødd. Rønsen fortsetter der hun slapp:

– Jeg har fått bekrefta hvor viktig døden er i menneskers liv.

Hun står på golvet mens Birk og Biko vimser rundt.

– Død er noe som tar sin tid, fortsetter hun.

– Hvordan denne tiden oppleves for dem som er nærmest, er avgjørende når de skal leve videre.

De firbeinte får ligge på teppet under salongbordet. Matmor forteller at de fleste av oss dør av en kronisk sykdom vi ikke blir frisk av. Én av fire dør av kreft. Ellers dør vi av hjerte-

«Skrekken er å ende opp som far.»

og lungesykdommer, demenstiltander, aldri ...

– De fleste vet når avslutningen av livet nærmer seg. Døden handler om hvordan prosessen blir. Derfor er det viktig å ha god tid.

FAR BLE GJENOPPLIVET. – *Hvordan vil du helst dø selv?*

– Jeg håper å være sammen med dem som betyr mye for meg, familie og venner. Gjerne hjemme, under forutsetning av at de tåler å ha meg her. Det vet man ikke før man er der.

– *Hva vil du helst dø av?*

– Noen sier «la det gå fort», som i en trafikkulykke. Men nei, jeg vil ha tid til å fullføre livet mitt. Ha de gode samtaler.

– *Men dette rår du ikke over?*

– Nei, og heller ikke hvordan de rundt tar det.

Rønsen svarer på neste spørsmål før det er stilt:

– Det skrekkeligste vil være å ende opp som far.

Før åtte år siden brakk han lårhalsen.

– Han ble nagla, kom til postop. Da stoppet hjertet. Han ble gjenopplivet.

Etterpå holdt respiratoren hjertet i gang.

– Han lå der med sju slanger på intensiven. Hjertet slo, men han var ikke til stede. For meg var det ekstra forferdelig at far ble holdt kunstig i live fordi han alltid hadde strevd med å leve.

– *Men personalet gjorde det de skulle?*

– Ja, men døden og ansvaret for døende er blitt mer komplisert. Personalet er reddet for å bli kritisert for ikke å ha gjort alt. Men vi hadde god dialog med legen og sykepleierne, og far fikk mulighet til å dø en gang til.

– *Det måtte han jo?*

– Jo, men det viktige var at han skulle slippe å bli holdt i live.

Ti timer etter gjenopplivningen døde han.

– Jeg håper jeg dør på naturlig vis.

– *Dør vi veldig forskjellig eller veldig likt?*

– Både likt og ulikt. Det som er likt, er at kroppen gir opp. Kroppslige funksjoner svekkes gradvis. Men folk lever ulikt, og de dør ulikt. Noen puster ut, noen strever mer og er urolig. Man omgir seg med ulik familie. Den flokken du har rundt deg betyr mye.

– *Blir den engstelige trygg og den trygge redd i denne fasen?*

– Det er alle varianter. Men det er spesielt å komme i de rommene der man har falt til ro.

LØPER ETTER MIRAKLER. En døende dame sa til henne: «Det er merkelig at jeg er så rolig, jeg har jo slåss mot sykdommen i mange år. Nå bryr jeg meg ikke. Men de rundt meg er engstelig, for jeg gjorde jo hva som helst for å overleve. Nå er det viktig for meg at de går ut av rommet med et smil, at jeg gir dem ro.»

– Kommer man seg gjennom de etappene der man kjemper imot – «hvorfor meg?» – og gjennom de rundene hvor man løper etter mirakler, ja, da er det noen som faller til ro. Noen evner å leve livet når det er snakk om kort tid. Ikke alle er der.

Noen angrer på noe de har gjort, eller på noe ugjort.

– De som har fått en avklaring og aksepterer det som skal skje, har det lettere.

Temaet død kan man forberede seg på i familien, mener hun. Å snakke åpent om hva man ønsker eller ikke ønsker på slutten av livet, kan være en god investering.

– Her hos oss er vi ikke tause om døden. Jeg vil ikke etterlate meg «unfinished business», skjeletter i skapet.

– *Dere går ikke rundt grøten?*

– Vi prøver i hvert fall.

– *Man kan få prestasjonsangst av det du snakker om?*

– Den siste prestasjon, dør riktig og pent? Hjertens enig! Hvis vi setter en standard på god død, er vi på ville veier. Døden er det det er. Vi må heller ikke gjøre pasientens død til vårt prosjekt. Jeg



Pilegrim: Astrid Rønsen gikk 65 mil for å skape blest om hospice-saken.



Eidsvoll: Da Astrid Rønsen var innom Eidsvoll på pilegrimsturen, fikk hun trefte helseministeren. Foto: Kjell Aasum



Mye liv: Sykepleierparet har tre hunder, tre barn og seks barnebarn.

sier ikke at vi som prøver å hjelpe ikke gjør en forskjell. Det gjør vi. Men det er pasienter og pårørende som er hovedpersonene.

Bildet av den siste tiden er ofte et rom fullt av lidelse:

– Men det kan også være en rik tid med mye glede. Mange bruker tiden godt. De samler minner, tar avskjed, rydder opp. Det er en del av det å fullføre livet, sier Rønsen, som foretrekker «fullføre» framfor «avslutte».

KUSINEN DØDE FRA BARNA. St. Christopher's Hospice var første i sitt slag i verden. Det ble til i London i 1967, grunnlagt av Cicely Saunders, hospicebevegelsens mor. Fire tiår senere ble Hospiceforum Norge opprettet.

– Hva er hospice-filosofien?

– Det er å bidra til å ha det så godt som mulig når noen er alvorlig syk og vet at de skal dø. Hjelp med å lindre plager og ha det godt med de rundt. Det handler mye om tillit og velvære. Det skal være mer levetid enn ventetid på slutten.

– Min kusine døde da hun var 39 – på 11-årsdagen til tvillingsine sine. Den yngste sønnen var seks.

Rønsen var med henne den siste tiden, både hjemme og på Radiumhospitalet.

– Det var vanskelig å være mamma til tre og være på sykehus. Hun ville hjem. Og vi fikk det til. Hun døde hjemme. Det er snart 20 år siden, og det er ingenting jeg har lært så mye av. Hun så hvor mye barna strevde.

– Mannen min skjønnte før meg at vi skulle bli fosterforeldre. I to år var de en del av flokken vår.

«Vi må ikke gjøre pasientens død til vårt prosjekt.»

Fra å være en familie på fem, ble de åtte – til barnas far var klar til å ta ansvaret.

FÅ DØR HJEMME. Norge er på bunnen av statistikken over hjemmedød.

– Det er underlig, spesielt siden Norge bruker så mange penger på helse.

I Norge dør de fleste nå på sykehjem. Før døde flest på





sykehus. Andelen som dør hjemme, har vært stabilt på 14,5 prosent.

– Det som er sikkert er at mange pasienter ønsker å være hjemme. Studier peker på at pårørende ofte ønsker det også. Voff, voff.

– I USA dør 39 prosent hjemme ...

Hun reiser seg.

– ... uavhengig av kjønn, rase og diagnose.

Hun forsvinner ut av stuen med et logrende tospann. Kommer tilbake alene.

– 1,2 millioner amerikanere som dør, er tilknyttet et hospiceprogram.

– *Hvor er hundene?*

– Jeg tok dem opp.

– *Hvorfor dør så få nordmenn hjemme?*

– Her er det ingen enkle svar. Men vi kan lære av dem som får dette til, som det amerikanske hospicesystemet. Der viser de til en nøkkelfaktor: Sykepleierne er krumtappen.

(Krumtapp betyr veivtapp, hovedperson eller drivkraft, ifølge ordboken.)

– Der er ikke hospicesykepleierne opptatt med alle andre oppgaver. Sykepleierne er dedikerte og følger særskilt opp syke og døende. De er trent i å stå i vanskelige situasjoner.

«Jeg vil ikke etterlate meg skjeletter i skapet.»

Det er lett å forstå at hjemmesykepleiere her hjemme sier det er for vanskelig å følge opp.

Mye handler om organisering og å nyttiggjøre seg kompetanse, tror hun.

– Slik det er nå, er altfor mange pasienter på flyttefot mellom hjemmet, sykehuset og sykehjemmet. Da er det vanskelig å falle til ro.

Hun vil ha flere miljøer som kan spre hospice-verdiene, men ikke bare i egne hus.

– Mer og mer er tanken at dette kan foregå hjemme.

I juni vedtok Stortinget at palliasjon skal offentlig utredes i en såkalt NOU. Rønsen er enig i at et dypdykk i feltet er nødvendig, for mye har skjedd: Samhandlingsreform, livsforlengende behandling, vi lever lengre med sykdom. Men de øremerkete midlene mangler fortsatt.

– Så mye er gjort. Skal vi vente på midler til nye tiltak i mange år? Hvis utredning betyr utsettelse, er det veldig synd.

– Det kan høres ut som om alle må ha en god familie rundt seg for å dø lykkelig?

– Nei, sånn er det jo ikke. Finalen i livet er en oppsummering av det du har hatt med deg. De fleste har hatt

sammensatte og trøblete liv. Ikke alle har lykkelige familier, ikke alle har familier engang. Derfor er det viktig å se dem som skal dø med vidt blikk: Det er vanskeligere å dø hvis du er bekymret for barna dine. Mange er ensomme.

Derfor har de frivillige en sentral plass i hospice. Det trengs mange hjelpere.

– *Ingen skal dø alene, heter det. Hvor viktig er det?*

– Det er viktig at man ikke føler seg forlatt. Men det skjer stadig at familien sitter der i ukevis, så er det akkurat som pasienten passer på å dø akkurat når de er ute og henter kaffe. Kanskje må de ha nok space for å gi slipp. Men før leide man fastvakt, det var ikke noe å diskutere en gang.

To ting er verst, mener hun:

– At fastvaktordningen gradvis blir borte. Og at vi tillater at folk flyttes på sitt mest sårbare. Det er godt å vite at noen er der. Jeg merker at når pårørende kommer for sent, er det fint at noen kan si: «Mor døde fredelig, jeg så at hun ikke hadde vondt.»

LÆRTE AT MAN KAN BLI FRISK. Sønnen Aslak fikk hjernevulst da han var 22 år. Det var et par år etter at kusinen døde, og Rønsen drev med palliasjon både her og der.

– Etter operasjonen sa han: «Mamma, det har gått helt fint!» Det var før han visste om svulsten var godartet eller ondartet. Da skjønte jeg at jeg ikke kunne bruke livet mitt til å påføre ham min bekymring. Jeg forsto at man kan bli frisk, og det var en bra øvelse for meg på den tiden.

Sønnen lever bra og har fått to barn. Rønsen har nå seks barnebarn.

– Da barna var små, var jeg veldig opptatt av døden – at jeg ikke måtte dø for tidlig. Nå er det ingen katastrofe lenger. Men det var en katastrofe for kusinen min.

– *Er du religiøs?*

– Det er ikke interessant hva jeg tror på. Men jeg har respekt for folks trosliv. Tanker om mening, håp og håpløshet, hva skjer når vi dør ... Vi vet jo lite. Men jeg kan lytte til det folk er opptatt av.

Nå kommer mannen hennes hjem fra tur med hundemor Cita. Jan Tore er psykiatrisk sykepleier og jobber natt på Ahus.

– Tre hunder er én for mye, medgir Astrid Rønsen, mens hun klør Cita bak øret.

– Men hvem skal man velge vekk? Nei, det går ikke.

Hun er makelig anlagt, ifølge eget utsagn. Likevel gikk hun 65 mil i fjor sommer for å få blest om hospicesaken. På motorvei, gjennom byer, over fjell gikk pilegrimsturen fra Oslo til Trondheim. Denne sommeren nøyde hun seg med 25 mil.

Jan Tore kokkelerer på kjøkkenet. Astrid er sjelden å finne ved komfyren:

– Jeg holder heller foredrag for tusen enn å lage middag til fem. ●

marit.fonn@sykepleien.no

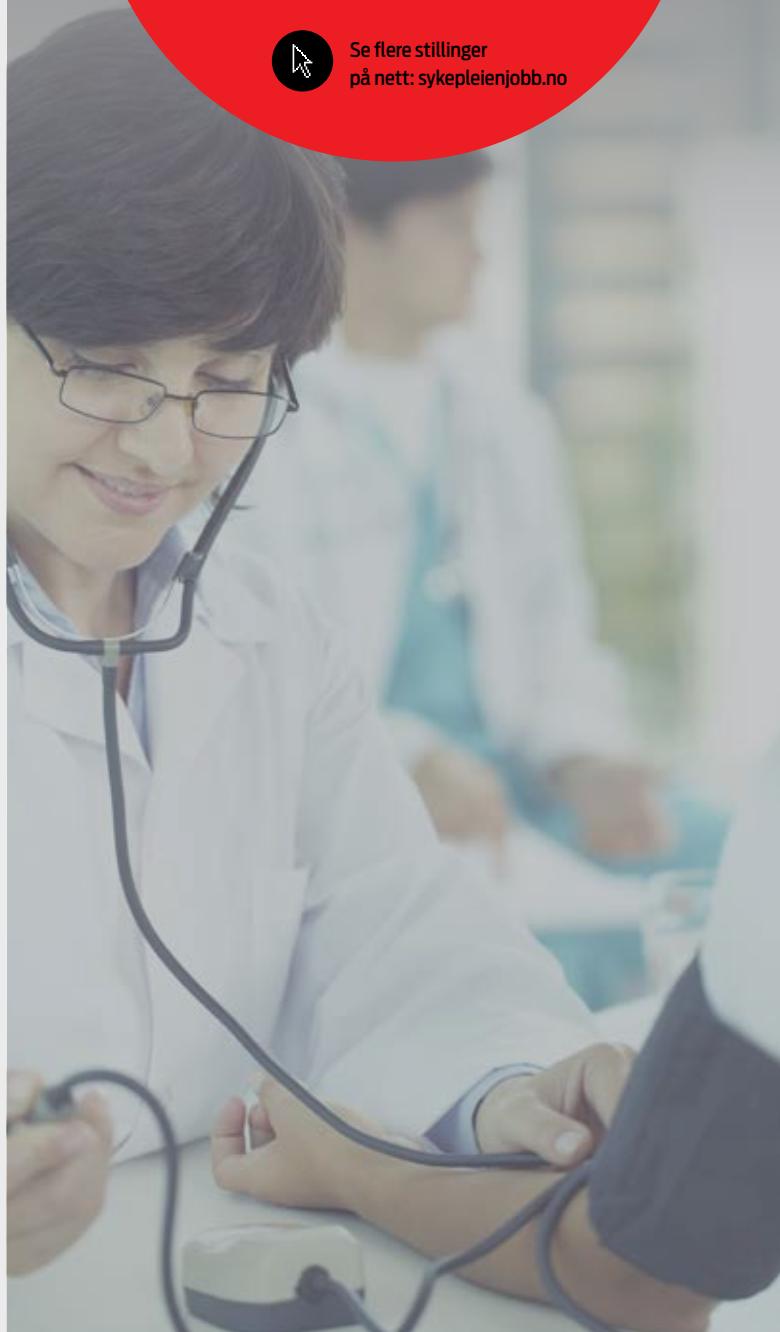
JOB

Sykepleien 10 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Avdeling for nyfødt

Spesialsykepleiere/sykepleiere

Referansnr: 2810765565

Les mer om stillingene på www.ahus.no/jobb

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no

Oslo HMS-senter SA

Oslo HMS-senter SA er en privat, medlemseid fellesordning som leverer bedriftshelsetjenester til ca. 300 virksomheter lokalisert hovedsakelig i Oslo og Akershus.

BEDRIFTSSYKEPLEIER 100 % STILLING

Du må ha norsk autorisasjon som sykepleier og helst bred kompetanse erfaring innen HMS og forebyggende bedriftshelsearbeid.

Du må ha stor arbeidskapasitet, være fleksibel og kunne arbeide både selvstendig og tverrfaglig i team.

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til daglig leder Vigdis Engen, tlf. 23 15 88 50.

Se hele utlysningen på vår hjemmeside www.oslohms.no

Skriftlig søknad med CV sendes pr. e-post til: vigdis.engen@oslohms.no

Søknadsfrist snarest mulig

Anestesisykepleier

Ved anesthesiavdelingen er det med snarlig tiltredelse ledig 100 % stilling som anestesisykepleier

Anestesiavdelingen:

Består av 6 anesthesioverleger, 15 anestesisykepleiere og en tekniker. Vi setter faget i høysete, følger med på utviklingen innen ortopedisk anesthesi og deltar jevnlig på kurs/kongresser. Avdelingen er preget av et særdeles godt arbeidsmiljø. I 2014 ble det gitt ca. 10.000 anestesier.

Hva vi kan tilby en jobb som er/ gir deg / har:

- Uten vakter, hverken kvelds-, natt-, helg- eller skjev helligdagsvakter
- Én fridag hver 3. uke (en del av turnusen)
- Rotasjon mellom hovedoperasjon og dagkirurgi
- Fleksibilitet
- Mulighet for å være med på å utforme en spennende fremtid
- Artige kolleger
- Mye å gi deg (flere kurs- og velferdstilbud)

Ved spørsmål, vennligst ta kontakt med avdelingssjef, Susanne Kjær på tlf.: 67 52 17 92.

Søknaden merkes «anestesisykepleier» og sendes til: postmottak@mh.no

Søknadsfrist: 15. November 2015

Vi søker intensivsykepleiere



Det er ved Thoraxkirurgisk intensiv ledig 5x100 % faste stillinger og 4x100 % vikariater med mulighet for forlengelse.

Thoraxkirurgisk avdeling har lands- og regionfunksjon for utredning og kirurgisk behandling av pasienter med hjerte, lunge- og karlidelser, inkludert transplantasjon av hjerte- og lunger. Avdelingen behandler medfødt og ervervet karsykdom, inkludert sykdommer i hjertenære kar, både med åpen og endovaskulær kirurgi.

Thoraxkirurgisk Intensivseksjon består av to enheter: én intensivsenhet, TKAI 1 og én postoperativ enhet, TKAI 2. Intensivsykepleierne er ansatt på seksjonsnivå og ruller mellom enhetene.

TKAI 1 har 8 bemannede intensivsenger. TKAI 1 behandler voksne og barn med kompliserte hjerte og lungesykdommer. Enheten har spesialkompetanse hva gjelder intensivpasienter som har gjennomgått komplisert hjertekirurgi, hjerte- og lungetransplantasjon, barn som er operert for medfødt hjertefeil samt pasienter som trenger assistert sirkulasjon (ECMO og kunstig hjerte).

Det har det siste året vært en betydelig økning av antall intensivdøgn med ECMO behandling ved TKAI 1.

TKAI 2 har 6 intensivsenger i nye lokaler og mottar voksne pasienter som er hjerteoperert. Denne pasientgruppen har primært behov for ett intensivdøgn. Enheten er stengt i helgene.

Seksjonen ledes av en seksjonsleder, med en assistent/enhetsleder på hver enhet. I tillegg inngår to undervisningssykepleiere i lederteamet. Vi har gode, engasjerte og høyt kvalifiserte medarbeidere, og avdelingens pasientgrupper gir våre sykepleiere varierte oppgaver med mulighet for unik faglig utvikling.

Seksjonen har opplæringsprogram for nyansatte med obligatoriske kurs internt i seksjonen og sykehuset. Seksjonen satser kontinuerlig på ressursgrupper og vedlikehold og utvikling av ansattes faglige kompetanse. 5 % fagutviklingstid inngår i turnus. Vi har fleksiturnus, med arbeid vekselvis hver 3. og 4. helg.

Etter helsepersonelloven § 20a skal arbeidstaker fremlegge politiattest ved tiltredelse. Poliattest skal ikke være eldre enn 3 md.

Oslo Universitetssykehus HF benytter elektronisk søknadsbehandlingssystem og søkere må benytte dette. Kun søkere som leverer søknad elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert.

Søknadsfrist: 8. november 2015

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Thoraxkirurgisk avdeling, Intensivseksjonen



Arbeidsoppgaver

- Postoperativ sykepleie til voksne og barn i intensivfasen ved hjerte- og/eller lungekirurgi.

Kvalifikasjoner

- Søker må ha godkjent videreutdanning i intensivsykepleie.
- Klinisk erfaring med hjerteopererte pasienter i intensivfasen er ønskelig.

Utdanningsretning

- Sykepleie
- Spesialsykepleie
- Utdanningstittel: Spesialistutdanning i intensivsykepleie

Personlige egenskaper

- Egenskaper som pasientorientert med faglig innsikt, nøyaktighet, fleksibilitet, selvstendighet og samarbeidsevne vil bli vektlagt.
- Vi ønsker at du kan arbeide målrettet og strukturert, og at du mestrer data som arbeidsverktøy.
- Ferdighet til å vurdere behov for sykepleie og formidle dette

• muntlig og skriftlig i et tverrfaglig miljø.

- Du må være en god teamarbeider med gode samarbeidsevner og trives med å jobbe i tverrfaglige team.
- Må trives i et aktivt, positivt og travelt miljø
- Bidra i vårt gode arbeidsmiljø

Vi tilbyr

- Lønn etter avtale
- Medlemskap i pensjonsordning, 2% pensjonstrekk, gruppe- og ulykkesforsikring samt fritidsulykkesforsikring
- Strukturert nyansattprogram med kurs og veiledning
- 5 % av tid i turnus til vedlikehold og utvikling av faglig kompetanse
- Høyt faglig nivå
- Fleksibel arbeidstid med mulighet for nattevaktsturnus

Kontaktpersoner: Seksjonsleder Ildri Myrseth, tlf. 23 07 28 55, e-post ildri.myrseth@ous-hf.no eller ass. seksjonsleder Jan Petter Lia, tlf. 23 07 28 54 / 23 07 28 52

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.





Lyst til å lede oss?

● Seksjonsleder Sykehuset Namsos

Akutt/allmennpsykiatrisk sengepost gir et bredt tilbud til innbyggerne. Til å lede et lag bestående av leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere, søker vi ny seksjonsleder.

Etter vår mening en av de mest givende og interessante lederstillingene i Nord-Trøndelag.

Avdelingen består av seksjon for akutt og allmenn, psykose, alderspsykiatri, poliklinikk, oppgaver ved DPS Kolvereid og avdeling for rusrelatert psykiatri.

Totalt vil vår nye leder ha ansvar for cirka 50 ansatte.

Til å lede et kompetent og bredt fagteam søker vi en engasjert og omsorgsfull person som har lyst til å lede andre.

Vi mener å kunne tilby gode betingelser, interessante og givende arbeidsoppgaver.

Ta gjerne kontakt med *avdelingsleder Arnt H. Moe (948 39 889)* for ytterligere informasjon.



Fullstendig utlysning av stillingen www.hnt.no/jobb (evnt. scan QR-koden)



Søknadsfrist er 15.11. 2015.

Lege Monica Jensen (foran og bakover), sykepleierne Torill I. Åsvik, Maria Stein og Ariel B. Wahlen, samt assistent Lasse Kløvik og kollegene deres jakter ny seksjonsleder. Noe for deg?



Bydel
Grorud

BYDEL GRORUD

har ca. 800 årsverk og er en utviklings- og omstillingsdyktig organisasjon med mål om å levere effektive tjenester med riktig kvalitet til våre 27.000 innbyggere. Bydelen ligger nordøst i Oslo, nær markagrensen, med variert bebyggelse og mangfoldig befolkning.

For mer informasjon:
www.bydel-grorud.oslo.kommune.no

AVDELINGSSJEF PLEIE OG OMSORG

Nyopprettet, spennende lederstilling i spennet mellom politikk, administrasjon, fag og ledelse.

Vi søker etter en handlekraftig og engasjert leder som motiveres av å være med å utvikle framtidens pleie og omsorgstjenester. Stillingen inngår i bydelsdirektørens ledergruppe og har ansvar for bolig, aktivitets- og miljøarbeider-tjenesten, hjemmetjenesten og bestillerkontoret.

Du er en samlende leder med stor gjennomføringsevne og med gode kommunikasjonsegenskaper, som kan vise til gode resultater innen økonomistyring og endringsledelse. Vi søker etter deg som er god til å prioritere og som trives i samspill med politikere og tillitsvalgte.



Habberstad

KONTAKT OSS

TA GJERNE KONTAKT MED VÅRE RÅDGIVERE I HABBERSTAD, MARIT MELLEM, TLF. 905 46 532, ELLER HANS PETTER KARLSEN, TLF. 934 25 743. DU SØKER VIA OSLO KOMMUNES JOBBSØKERPORTAL WWW.OSLO.KOMMUNE.NO/POLITIKK-OG-ADMINISTRASJON/JOBB-I-OSLO-KOMMUNE-INNEN 2. NOVEMBER 2015.

KIRKENS BYMISJON



Kirkens Bymisjon i Oslo er en diakonal stiftelse med ca 1300 ansatte og 1400 frivillige medarbeidere. Arbeidsfeltet omfatter tiltak innen sosial- og helsesektoren, rusfeltet, eldreomsorg, psykisk helsevern, arbeidsmarkedstiltak, boligutvikling, nærmiljø og frivillighet, arbeid blant barn, unge og familier, samt kirkelig arbeid.

VÅLERENGEN/ BO- OG SERVICESENTER drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) etter avtale med Oslo Kommune og søker:

AUTORISERT SYKEPLEIER 100%

Skjermet enhet for demens og somatisk avdeling.

Vi ønsker ansatte som

- Aktivt vil bidra til å realisere vår visjon og målsetting
- Mestrer kombinasjonen mellom brukerorientering og kvalitetsutvikling i arbeidet
- Er løsningsorientert i møte med utfordringer
- Er positiv, trygg og engasjert

Krav til stilling

- Autorisasjon som sykepleier
- Bestått språktest (Bergenstesten)

Vi kan tilby

- Spennende og utfordrende arbeidsdager
- Flere sykepleiere på hver vakt
- Introduksjonsprogram
- Internopplæring
- Opplæringsprogrammet Maurtua
- Turnus med arbeid hver 3.helg og langfri
- Lønns- og arbeidsvilkår iflg. Avtale med Virke og organisasjonene

Er du interessert? Ta kontakt med sjefsykepleier Torill Havnø, 23 03 58 40 for nærmere informasjon om virksomheten og stillingen. Besøk gjerne vår hjemmeside: www.bymisjon.no/valerengen



Fræna kommune

Helse-familie

KOMMUNEJORDMOR 100% FAST STILLING

2.gangs utlysning

Vil du vite meir?

Ta kontakt med leiande helsesøster Marita Jacobsen tlf. 71268305 eller marita.jacobsen@frana.kommune.no eller einingsleiar Iren Stranden tlf. 97098670 eller iren.stranden@frana.kommune.no

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finn du på vår heimeside www.frana.kommune.no. Dette skjemaet må nyttast.

Søknadsfrist 09.11.2015

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

Rømskog kommune

Rømskog kommune ligger nord i Østfold og er med sine 680 innbyggere Østlandets minste kommune. Skogens ro gir liv og vekst fordi vi har en natur til å bli rolig av, en luft til å bli sunn av og kostnader til å leve med. Vi har gode oppvekst-vilkår for barn og et rikt kulturliv. Avstanden til Oslo og Gardermoen er 1 time og 10 minutter med bil. For mer info: romskog.kommune.no

Tjenesteleder helse og omsorg

Hovedansvarsområdene er ledelse og utvikling av helse og omsorgstjenestene, samt tildeling av tjenester. Tjenesteleder inngår i rådmannens ledergruppe og rapporterer direkte til rådmannen.

Kvalifikasjoner:

Vi søker primært etter en leder med høyskoleutdanning innen helsefag, fortrinnsvis sykepleie. Du må også ha utdanning innen ledelse og/eller relevant ledererfaring.

Vi kan tilby:

Utfordrende og interessante oppgaver, lønn etter avtale, god pensjonsordning i KLP, god seniorpolitikk, barnehageplass, behjelpelig med å skaffe bolig. Se mer på kommunens hjemmeside; www.romskog.kommune.no

Søknad med CV sendes postmottak@romskog.kommune.no innen 15.11.15

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BERGEN

NARVIK - TROMSØ - ALTA

mediyoga.no +46 85 40 882 80





I 2016 starter videreutdanning i Kunst- og Uttrykksterapi (75 stp.) ved HBV i Drammen.

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen.

Forkurs: 26.-28.februar 2016

v/ Melinda A. Meyer; Psyk. sykepleier, PhD in Expressive Arts, Psykodramareg., leder av NIKUT og Dijana Milošević, Director, Co-Founder- DAH Theater Research Center

Tema: Expressive Arts Therapy with focus on Theater, transformation & mental health

This training is designed to increase your capacity to remain healthy and energized in your body no matter what situation you find yourself in.

Kontakt/påmelding:

Tlf:+47 90070078 tirsdager kl 9-15
@:nikut@online.no / web: www.nikut.org
Sted: Høgskolen i Drammen

NB: 8 dagers kurs i kunst- og uttrykk, menneskerettigheter og global helse ved The European Graduate School 3.4 – 10.4. 2016 på Malta (8 stp.) (ta kontakt med Melinda A. Meyer, meli-m@online.no)
Begge kursene teller som introduksjon til MA in Expressive Arts in Conflict Transformation and Peacebuilding

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»

Kurs i Oslo, 2016

Scandinavian Centre of Awareness Training, www.scat.no

UTDANNINGER SOM INSTRUKTØR I OT

(3 x 2 dager + egen daglig trening)

Vinterkurset 2016: fredag og lørdag, 8 – 9 januar, 5 – 6 februar, 4 – 5 mars

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for mennesker i en vanskelig situasjon.

INTRODUKSJONSKURS

fredag – lørdag, 8 – 9 april

OT: En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring.

Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

Forfatter av flere bøker om OT.

For mer informasjon om kursene kontakt:

ajkroese@online.no, tel. 90151734 eller www.scat.no



Bli Sertifisert Lærer / Instruktør i Mindfulness-Basert Stress Reduksjon (MBSR) og Mindfulness-Basert Kognitiv Terapi (MBCT)

Høgskolen i Gjøvik og Institute for Mindfulness-Based Approaches i Tyskland samarbeider nå om en lærerutdanning i MBSR / MBCT.

Utdanningen går over tre semestre med oppstart 21. januar 2016 og består av syv samlinger ved Kringler Gjestegård (Gardermoen) og sentralt i Oslo. Undervisningen holdes av høyt kvalifiserte lærere fra IMA. Alle lærere har langvarig meditasjonspraksis og bred erfaring med å lede MBSR / MBCT kurs for ulike grupper deltakere. IMA har utdannet MBSR / MBCT lærere i over ti år og kullet som nå starter vil være det tredje kullet med norske studenter. For første gang vil utdanningen gi studiepoeng.

Utdannelsen følger internasjonale standarder mht. ønskede kvalifikasjoner og egen fordypning i mindfulness hos en MBSR / MBCT instruktør, og gir adgang til å bli medlem av Fagforeningen for MBSR / MBCT lærere i Norge (www.mbsrmbctnorge.no). Videreutdanningen er søkt godkjent som et fritt spesialistkurs gjennom NPF.

Søknadsfristen er den 15. november.

For mer informasjon se; www.hig.no, eller kontakt fagansvarlig førsteamanuensis Gunvor Marie Dyrdal, gunvor.dyrdal@hig.no

Ved NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen. I. januar 2016 slår NTNU seg sammen med høgskolene i Ålesund, Gjøvik og Sør-Trøndelag. Det gir oss et mer komplett studietilbud og større forskningsmiljøer. Sammen lager vi Norges mest spennende, innovative og største universitet.

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

14. - 16. april 2016

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris: kr 4.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.



ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

ETIKK FOR HELSEARBEIDERE

Universitetet i Bergen tilbyr et nytt videreutdanningskurs som skal gi bedre kompetanse i møte med sentrale helseetiske utfordringer:

- Genteknologi
- Helseetikk i møte med pasienter
- Prioritering av ulike pasientgrupper

Kurset er aktuelt for deg som jobber med pasient- og klientkontakt, med forvaltning og administrasjon eller undervisning.

Deltidsstudium på 15 studiepoeng – 4 studiesamlinger i Bergen våren 2016. Les mer og søk plass: uib.no/evu



UNIVERSITETET I BERGEN

Søknadsfrist:
15. des 2015

www.vt-medical.com
VAKTROMMET

HELSEARBEIDERE SE HER!

Kjøp utstyr som gjør din jobb enklere!

Vi leverer det **meste** av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner.

Besøk www.vaktrommet.no.



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497

Nye Clogs i butikken!

Vi lager alle typer skilt!



Retro musikkanlegg 7-i-1

NOSTALGISK UTENPÅ - HIGHECH INNI

Veil.: 4.199,-
Kun:
3.699,-

Inkl. DAB+ og Bluetooth!

OPPGRADERT MODEL
BESTSELGER!
KUN HOS OSS



 **Bluetooth™**

DAB+
Digital Audio Broadcasting



DAB+ og FM-radio



CD-spiller



Platespiller



Kassettpiller



USB-lagring/-avspilling



USB minnepinne 8 GB



Reservestift



Platerengjøringssett



Platebord

- Innebygd DAB+ radio med teleskopisk antenne • Bluetooth for avspilling av lydfiler fra smartphone eller nettbrett
- FM-radio og 75 Ohm husantenneinngang • Integrerte stereohøytalere 2 x 5W (RMS) som gir god lyd • Equalizer med 5 ulike valgmuligheter for klang
- Platespiller for LP'er (33), singleplater (45), "steinkaker" (78) • Kassettpiller med hurtigspoling • Programmerbar CD-spiller for audio-CD og Mp3-CD
- USB-inngang for avspilling og lagring av musikk fra radio, plater, CD, kassett, Mp3-disc og Bluetooth • Inngang for eksterne avspillingsenheter
- Tilkobling av eksterne høyttalere mulig (forsterker nødvendig) • Fjernstyring av alle funksjoner via godt lesbart LED-vindu • Norsk bruksanvisning
- Språkvalg i display: norsk, svensk, engelsk, tysk, nederlandsk • Flott kabinett i massiv eikefinér • Mål (b/d/h) 51x35x22 cm (42/52 cm åpnet)

For ekstra tilbehør, se småbildene med hvit bakgrunn

Informasjon og bestilling:
www.powermaxx.no Tlf: 38 26 45 52



POWERMAXX