

11
2015

Sykepleien

– Surt nederlag

Portrett. Likelønnpotten var et strategisk feilspor, mener avtroppende UNIO-leder Anders Folkestad. **80**

● **Hva skjer**
Norge på sisteplass
i hjemmedød. **24**

● **Sykepleie**
Rett medisin til
rett tid. **54**

● **Påfyll**
Dopamin i
hønsesgården. **67**

● **Meninger**
Hvem skal vi velge
bort i køen? **74**



Populær nyhet

Nord-England – fra vikinger til Beatles

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

Vår spennende reise til Nord-England setter fokus på vikinghistorien i nord-England, og reisen tar oss med ikke tilbake til romertiden, gjennom middelalderen og helt fram til den siste invasjonen av rock med the Beatles i Liverpool. På reisen besøker vi vikingenes hovedstad York, Lindisfarne-klosteret på Holy Island, festninger og middelalderborger og den oppdagelsesreisende James Cooks hus. Vi nyter det enestående britiske hedelandskapet i Yorkshire fra et damp tog, lar den flotte kysten passere mot nord og drar på båttur i det fascinerende Lake District i vest.

Turen kan by på pittoreske engelske landsbyer, gamle pubber, små museer og de fleste av Northumbrias øvrige severdigheter: Bamburg og Carlisle Castle, Hadrians mur og fort. Alt sammen blir avsluttet i Liverpool i fotsporene til the Beatles.

Reis trygt
og komfortabelt
med reiseleder

Inkludert i prisen

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo–Manchester t/r med SAS
- Utflukter og transport ifølge program
- Alle entreer og aktiviteter (værdi 1200,-)
- Innkvartering på godt hotell i delt dobbeltrom
- Halvpensjon (frokost og middag alle dager på nær dag 3: kun frokost – jf. program)
- Skatter og avgifter

Avreise fra Oslo

Reisens varighet: 8 dager
7/6 & 21/6 2016

Pris den 7/6

14 998,-

Andre spennende Albatros-reiser



Opera i Verona

Reisens varighet: 4 dager
1/7 & 29/7 2016

Pris KUN **8 998,-**



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

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.selhjelp.no eller ring 23 33 19 00

Vårt kunnskap er kostnadsfri. Bestill materiell på våre nettsider.



C Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifenanat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Regelmessig behandling av voksne og unge >12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet; pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov. **Kols:** 92 µg/22 µg: Symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV₁ <70% av forventet normalverdi (post-bronkodilator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodilatorbehandling. **Dosering:** Tas 1 gang daglig til samme tid hver dag. Legen bør avgjøre om dosen skal tas morgen eller kveld. Dersom en dose blir glemt, bør neste dose tas til vanlig tid neste dag. Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Bedret lungefunksjon oppnås normalt innen 15 minutter etter inhalasjon ved astma, og 16-17 minutter etter inhalasjon ved kols. Dersom symptomer oppstår i perioden mellom dosene, bør en dose korttidsvirkende beta₂-agonist inhaleres for øyeblikkelig effekt. **Astma: Voksne og unge >12 år:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig kontroll med 92 µg/22 µg, kan dosen økes til 184 µg/22 µg. Pasienten bør gis den styrken som inneholder egnet dose flutikasonfuroat (FF), tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. FF 92 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som flutikasonpropionat (FP) 250 µg 2 ganger daglig, mens FF 184 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som FP 500 µg 2 ganger daglig. Dosen bør titreres til laveste dose som opprettholder symptomkontroll. **Kols:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. 184 µg/22 µg er ikke indisert ved kols. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Forsiktighet bør utvises pga. økt risiko for systemiske bivirkninger assosiert med kortikosteroider. Ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon er maks. dose 92 µg/22 µg. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Barn <12 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Ved oppbevaring i kjøleskap, bør inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. Etter inhalasjon anbefales munnskylling med vann uten å svelge. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer eller ved akutt eksaserbasjon ved kols. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilator nødvendig. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll, og pasienten bør undersøkes av lege. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten tilsyn av lege, da symptomer kan komme tilbake etter seponering. Astmarelaterte bivirkninger og eksaserbasjoner kan oppstå under behandling. Pasienten bør informeres om å fortsette behandlingen, men oppsøke lege dersom astmasymptomene forblir ukontrollerte eller forverres etter behandlingsoppstart. Paradoksal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økende tungpust etter inhalasjon. Dette bør behandles umiddelbart med en korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon. Relvar Ellipta må seponeres umiddelbart, pasienten må vurderes, og alternativ behandling må påbegynnes om nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, hjerterytmeforstyrrelser, tyreotoksikose, ukorrigert hypokalemi og predisponering for lave serumkaliumnivåer. Pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør doseres med 92 µg/22 µg, og følges opp i forhold til systemiske kortikosteroidrelaterte bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. Faren for slike effekter er langt mindre ved inhalasjon enn ved oral kortikosteroidbehandling. Mulige systemiske effekter inkluderer Cushings syndrom, eller karakteristiske kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, redusert ben tetthet, hemmet vekst hos barn og ungdom, katarakt og glaukom, og mer sjeldent, ulike psykiatriske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (særlig hos barn). Forsiktighet bør utvises ved lungetuberkulose eller ved kroniske eller ubehandlede infeksjoner. Det er rapportert økning i blodsukkerverdier hos pasienter med diabetes. Dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter som har/har hatt diabetes mellitus. Legen bør være oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni hos pasienter med kols, siden de kliniske symptomene på en slik infeksjon kan ligne symptomer på eksaserbasjoner ved kols. Risikofaktorer for å utvikle pneumoni hos pasienter med kols inkluderer nåværende røyking, tidligere pneumoni, kroppsmasseindeks <25 kg/m² og FEV₁ (forsert ekspirasjonsvolum) <50% av forventet verdi. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere, grunnet mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås. Samtidig bruk av andre sympatomimetiske legemidler (alene eller som del av en kombinasjonsbehandling) kan potensere bivirkninger av Relvar Ellipta. Bør ikke brukes i kombinasjon med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Dyrestudier har vist reproduksjonstoksicitet som ikke er klinisk relevant ved eksponering. Det er ingen eller begrensede data fra bruk hos gravide. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Tilstrekkelig informasjon om utskillelse i morsmelk foreligger ikke, men andre kortikosteroider og beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-irisikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Luftveier: Nasofaryngitt. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksiøse: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, ryggmerter, frakturer. Øvrige: Feber. **Mindre vanlige (≥1/1 000 til <1/100):** Hjerne/kar: Ekstrasystoler. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1 000):** Hjerne/kar: Hjertebank, takykardi. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria. Nevrologiske: Tremor. Psykiske: Angst. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** En overdose kan gi tegn og symptomer på hvert av virkestoffenes effekter, inkl. de sett ved overdosering av andre beta₂-agonister, og i samsvar med kjente klasseeffekter av kortikosteroider til inhalasjon. **Behandling:** Ingen spesifikk behandling. Generell støttende behandling og tilstrekkelig monitorering. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose, hvor symptomene er av klinisk betydning og ikke responderer på støttende tiltak. Kardioselektive betablokkerende legemidler bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Ytterligere håndtering bør skje som klinisk indisert, eller som anbefalt av Giftinformasjonen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c og selektive beta₂-agonister R03C C side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av kortikosteroid (flutikasonfuroat) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virningsmekanisme:** Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med en potent antiinflammatorisk effekt pga. effekter på flere celletyper involvert i inflammasjon. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylsyklase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaxering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. **Proteinbinding:** Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd_{ss}: Flutikasonfuroat: 661 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av vilanterol etter 1 enkelt inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 2,5 timer. Etter gjentatte doser med inhalasjon av vilanterol 25 µg er effektiv t_{1/2} 16 timer hos personer med astma, og 21,3 timer hos personer med kols. **Metabolisme:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i lever via CYP3A4 gjennom hydrolyse av S-fluormetylkarbotoiat-gruppen til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Vilanterol: Primært O-dealkylering til en rekke metabolitter med betydelig redusert β₁- og β₂-agonistaktivitet. **Utskillelse:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i feces, <1% i urin. Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av beholder er 6 uker. **Pakninger og priser: 92 µg/22 µg i Ellipta:** 30 doser kr 390,40. 3 × 30 doser kr 1088,70. **184 µg/22 µg i Ellipta:** 30 doser kr 443,60. 3 × 30 doser kr 1248,20. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalasjonssteroid er indisert. Refusjonskoder: ICD J45, ICPC R96. Vilkår: 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spiometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spiometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Refusjonsberettiget bruk kols: 92 µg/22 µg: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spiometri. Hvis spiometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 13.10.2015.

Referanser:

1. Relvar preparatomtale (24.09.2015). 2. Bleeker ER, Lötvall J, O'Byrne PM *et al.* Fluticasone furoate-vilanterol 100-25 mcg compared with fluticasone furoate 100 mcg in asthma: a randomized trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014 2(5): 553-61. 3. Svedater H, Dale P, Garrill K *et al.* Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. *BMC Pulm Med* 2013; 13: 72. doi: 10.1186/1471-2466-13-72. 4. Svedater H, Jacques L, Goldfrad C *et al.* Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014 26; 24: 14019. doi: 10.1186/1471-2466-13-72. 5. Woodcock A, Bleeker E, Lötvall J *et al.* Efficacy and safety of Fluticasone furoate/vilanterol compared with Fluticasone propionate/salmeterol combination in adult and adolescent patients with persistent asthma. *CHEST* 2013; 144 (4): 1222-1229.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00.

NOR/FFT/0045/15a(1) Oktober 2015



GSK, Postboks 180 Vinderen,
0319 Oslo. Telefon: 22 70 20 00.
Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Relvar® Ellipta® er
utviklet i samarbeid med **Theravance**



24-TIMERS EFFEKT¹



Relvar® Ellipta® er indisert for regelmessig behandling av astma hos voksne og unge over 12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet: Pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov.¹

- Relvar er en ICS/LABA-kombinasjon som gir vedvarende 24-timers effekt^{1,2}
- ... med dosering én gang daglig^{1,2}
- ... i en enkel og klar-til-bruk inhalator^{1,3,4}



Relvar Ellipta har en bivirkningsprofil som tilsvarer Seretide.^{1,5}

Relvar Ellipta bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilatator nødvendig.¹

RELVAR[™] ELLIPTA[™]
(flutikasonfuroat/vilanterol)



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

Aldersrelatert skrøpelighet er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttap og lav fysisk aktivitet. Skrøpelighet er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av tegnene 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.

Les mer om aldersrelatert skrøpelighet på www.nutridrink.no

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



Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200 ml

18 gram protein
300 kalorier



NUTRICIA
Nutridrink
Næring til livet

Innhold



11 | 2015 Sykepleien
Utgivelsesdato: 12. november

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



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 17** Vil gjøre sårstell lettere
- 18** I nyhetene:
Monica Sailer
- 20** Forsker på alternativ til antibiotika
- 22** Færre lokalsykehus med akuttkirurgi
- 24** Tema: Hjemmedød
- 36** Sjekker flyktninger i Finnmark

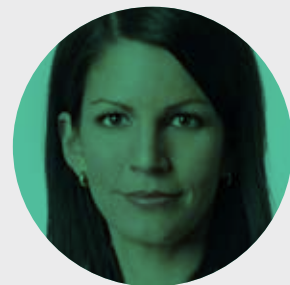


Hendene fulle i Finnmark. **36**



Sykepleie

- 44** Bruker ikke ny kunnskap
- 48** Samtykkekompetanse – sjelden enten eller
- 52** Sykepleier fikk forsker-pris
- 54** Sparer tid med multidoser
- 58** Etikkk: Behandle eller ikke?
- 60** Studenter trenger å lære organisering
- 64** Min jobb: Judith Kvåle



Første sykepleier med Jahre-pris. **52**



Påfyll

- 66** Smånytt
- 67** Liv laga
- 68** Bokanmeldelser
- 69** Hva leser du nå, Kjetil Skotte?
- 70** Lokalsykehusene – en del av identiteten
- 72** Quiz og kryssord



Fra fiskerisykehus til lokalsykehus. **70**



Meninger

- 74** Eli Gunhild By om brutte løfter
- 75** Meninger og minneord
- 76** Anlovs arrest om pårørende
- 77** Innspill: Kaja Flatøy om fordommer
- 78** Kronikk: Anne Merete Hage om sykepleierket
- 80** Tett på Anders Folkestad

- 85** Stillingsannonser og kunngjøringer



Slutter etter 14 år i Unio. **80**

Forsidefoto: Stig M. Weston

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, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S





Nybygg. Hva slags sykehus skal vi ha? Kanskje vi kan hente noen ideer fra en møbelgigant.

Ikea-konseptet



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

For noen uker siden besøkte jeg nye Karolinska sykehus i Stockholm. Etter at det første spadestikket ble satt i jorden i 2010, er et flunkende nytt sykehus i ferd med å ta form i den svenske hovedstaden. Hele bygget skal stå ferdig i 2018 og bestå av 330 000 kvadratmeter gulvflate.

Svenskene har bestemt seg for å bygge «fremtidens sykehus». Her blir det enerom til alle pasienter, prefabrikkerte praktbad som blir løftet inn i konstruksjonene ettersom bygningen skrider fram, rekordmye elektronikk skjult i himlingene, spesialtilpasset belysning i korridorene og roboter i kjelleren. Prislapp: 25 milliarder svenske kroner – 10 milliarder mer enn budsjettet i 2010.

SIGNALBYGG. «Nya Karolinska» er kanskje enda lekrere enn noe annet vi har sett, men superlativene er mistenkelig like de som ble brukt ved andre nylig oppførte sykehus. For to uker siden åpnet det nye sykehuset i Østfold («bare» 6 milliarder kroner for 86 000 km²). Det var også et sykehus for fremtiden, med enerom til alle pasientene. Før Østfold var nye Ahus på Lørenskog noe av det hotteste som var å oppdrive på sykehusfronten.

Tydeligvis er det få sykehuseiere som ikke bærer på en drøm om å bygge noe utenom det vanlige. De vil helst gjøre noe ingen andre har gjort. Men når drømmen er blitt realisert og dørene åpner for de første pasientene, ser vi likevel noen karakteristiske fellestrekk: Da kommer historiene om store kostnadsoverskridelser, teknisk utstyr som ikke vil funke, for små garderober for de ansatte eller at pasientkapasiteten er for liten allerede på selve åpningsdagen.

Det sies at å bygge sykehus er noe av det mest kompliserte man gjør. Det blir fort mismatch mellom visjoner og bevilgninger. Da Helse Sør-Øst for få år siden slo sammen sykehusene i hovedstaden til Oslo universitetssykehus (OUS), fikk ledelsen våte drømmer om å flytte inn i et supergigantkompleks på Gaustadjordet. Det blir det ikke noe av, men for dem som er glade i svære byggeprosjekter i Norge er det ingen grunn til å fortvile: Fra Kirkenes i nord til Kristiansand i sør står byggearbeidene i kø. I Narvik, Bodø, Vesterålen, Helgeland, Molde, Stavanger, Haugesund og Drammen er man enten i ferd med å reise helt nye sykehus, eller det foreligger

«konsept-planer». Da har jeg ikke engang nevnt alle de sykehusene som bare skal ha en ny fløy eller to.

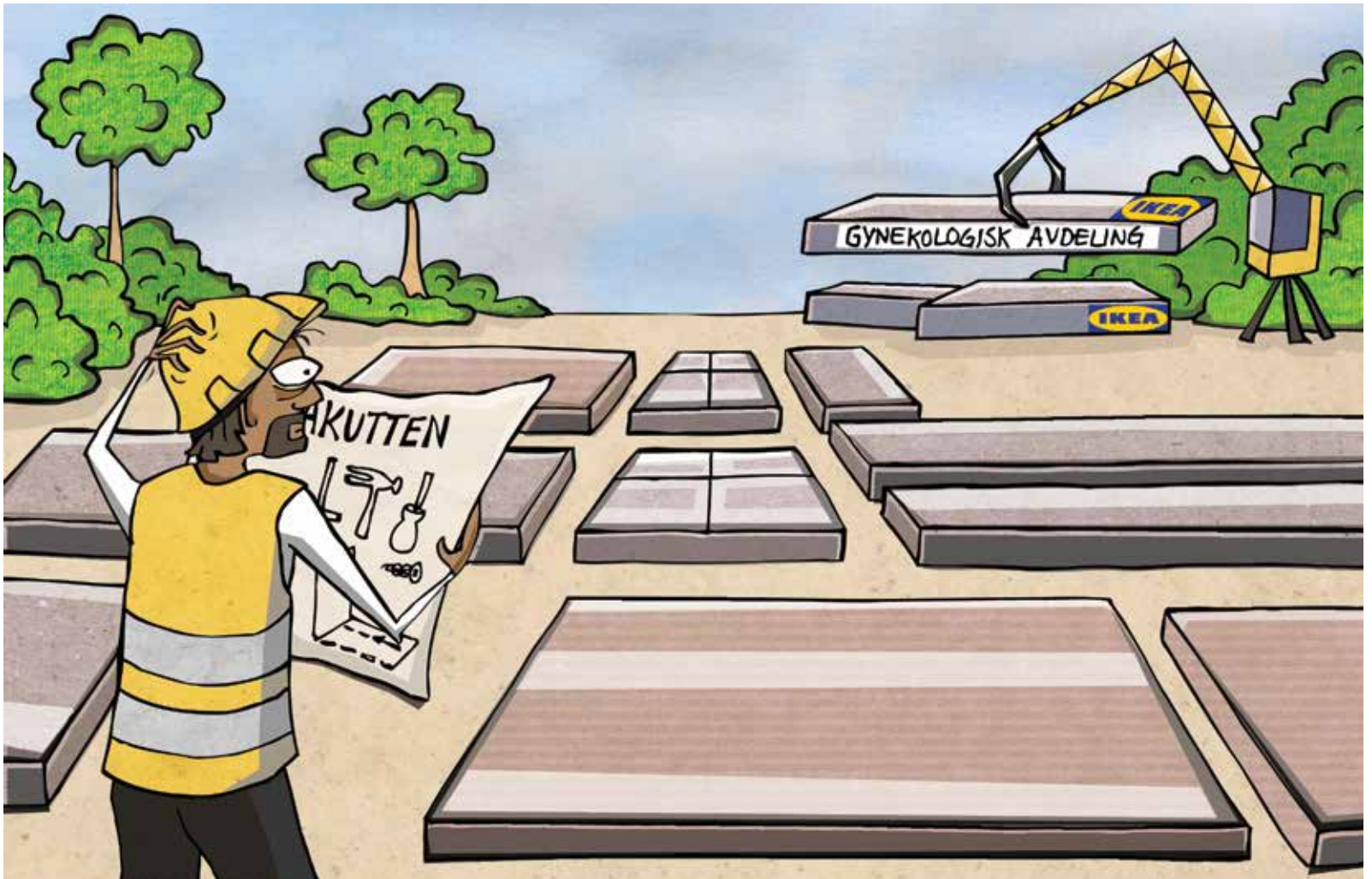
HEISEKRANER. Iveren etter å oppføre helsebygg er uttrykk for at sykehus generelt er en formidabel vekstbransje. For min del er det også grunn til en viss forundring. Samhandlingsreformen skulle jo flytte mer av behandlingen fra sykehusene og til kommunene. Mer skulle løses lokalt. Da er det litt rart at heisekranene aldri har hatt det travlere på sykehustomtene.

Om kort tid skal helseminister Bent Høie legge fram Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er ventet at den vil ta til orde for å kutte i antallet lokalsykehus med egen akuttkirurgi. I dag er 51 sykehus fordelt over det ganske land. Kirurgene trenger mer trening enn et lite sykehus kan gi, mener Høie. Løsningene kan trolig kokes ned til at enkelte store sykehus vil bli enda større, mens man skal forsøke å holde et visst liv i lokalsykehusene ved å gi dem noen nye funksjoner som oppfinnsomme sjeler i primærhelsetjenesten kan fylle.

Nasjonal helse- og sykehusplan vil være spekket med formuleringer om hvordan de beste sykehusene skal være hitech, befolket med livskraftige fagmiljøer og i tett symbiose med medisinsk og helsefaglig forskning. Men hvordan disse sykehusene faktisk skal se ut, rent fysisk, må foretakene trolig bare finne ut av selv.

ØDE ØY. Jeg har ofte lurt på hvorfor sykehus er så forskjellige når de stort sett inneholder de samme funksjonene. Det er som om planleggerne reiser til en øde øy når de skal finne inspirasjon. Man skulle tro at en akuttavdeling er en akuttavdeling – og et pasienthotell nettopp bare det. Likevel ser vi like mange fysiske løsninger som det er sykehus rundt omkring.

Det er her IKEA kommer inn. Har du noen gang besøkt IKEA i Firenze, på Taiwan, i San Francisco eller Moskva? Om du har det, oppdaget du sikkert at IKEA ikke bare selger akkurat de samme møblene overalt (Billy-hyllene går like bra i Yokohama som de gjør i Madrid). Det smått utrolige er at IKEA-warehusene er klin like overalt! I København, Hamburg og Budapest finner du sofaene, sengene og kjøkkeninnredningen (i den rekkefølgen) i annen etasje, mens du blir loset inn til belysningen, teppene,



Illustrasjon: Marie Rundereim

potteplantene og til slutt kassa i første etasje. Skrivebordet du kjøpte, henter du i flate pakker ved en skranke til venstre for kassen, men da må du passere et lite matsted som selger pølser og is, både i Stockholm, Murmansk og Manchester.

IKEA har tydeligvis skjont at kundene foretrekker forutsigbarhet framfor himmelstormende prakt. IKEA lar det funksjonelle seire over det lokale jåleriet. De vet at både nordmenn og spanjoler blir sultne etter at de har forlatt barneavdelingen, og at franskmenn så vel som bulgarere sveiper med seg telys, servietter og vinglass mens de venter på å få kredittkortene sine gjennom betalingsautomatene. IKEA har funnet ut at det også er mye rimeligere å bygge slik. De trenger ikke et nytt konsept og drømmer om å gjøre noe originalt for hvert nytt varehus de bygger – så lenge det ene konseptet de har funker.

SLAGORD. Det er en idé som sykehus kunne adoptere. Ikke slik å forstå at de må likne på et varehus, men at man ikke stadig

må finne opp kruttet når man trenger noe nytt. IKEAs slagord «Vi vil gjøre hverdagen din enklere» kan kanskje vekke en viss som skepsis hos dem mener at møbelgiganten er et verdensomspennende nettverk som distribuerer praktiske oppgaver som kvinner kan bruke for å knekke mannens selvtillit. Men det er

«Fra Kirkenes til Kristiansand står byggearbeidene i kø.»

først når de flate pakkene har havnet på stuegulvet.

Som konsept er IKEA uovertruffent, og kunne gjerne forsvart sin plass i den nasjonale sykehusplanen. For det er med sykehuspasienter som det er med oss IKEA-kunder: Vi er helt «avhengige» av å dra dit av og til, men når vi er der kan vi ikke komme oss raskt nok ut. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Foto: NTB scanpix

Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider:

mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500
Vi snakker norsk og engelsk – og somali og polsk på tirsdager kl. 1500–2000.

Ring 800 57 338 eller chat med oss på kreftforeningen.no



Bestill vårt nye temahefte om **hjemmedød** på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN

Sykepleien

er mer digital fordi det er der **du** er

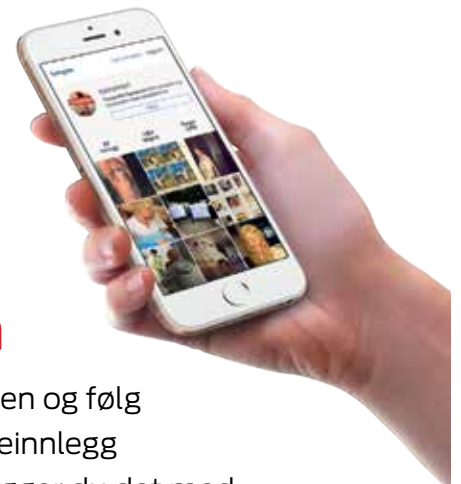


Facebook

Er du på Facebook?

Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. Kommenter, lik og diskuter viktige teamer med både andre sykepleiere og dine Facebook-venner.



Instagram

Søk etter Sykepleien og følg oss! Vi poster bildeinnlegg for sykepleiere. Tagger du det med **#sykepleier** bidrar du til en stor bildesamling av og for sykepleiere. Du kan også få bildet ditt med i bladet ved å tagge **#yrkesykepleier!**

Sykepleien



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 11 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



Pleies: Tom Rodell Marthinsen fra Fransiskushjelpen er med og sørge for at Sonja Rogndokken har det best mulig. Foto: Marit Fonn



Blærekatarr.

Kan kanskje unngå antibiotika. **20**



Kirkenes. Sykepleier Tine Renee Sætrevik har hektiske dager. **36**



I nyhetene. Skal lære sykepleiere å operere. **18**

Vil dø hjemme

Palliativ pleie. Bare 14 % nordmenn dør der de bor. Sonja Rogndokken blir hjemme så lenge som mulig. **24**



Bli med: Vis oss hvorfor du trives på jobben.

Film på jobben, få julebordet sponset

KONKURRANSE: Hva gjør dere egentlig på jobben? Hvorfor «elsker» dere arbeidsplassen?

Det er tema for Sykepleiens konkurranse der vi ber leserne om å sende oss korte videosnutter som viser hva sykepleie er på deres jobb.

Konkurransen er åpen for alle, og vinnerne skal få sponset julebordet sitt av Sykepleien med inntil 10 000 kroner.

Her er konkurransereglene: Videosuttene skal være på maks 1 minutt.

Vis gjerne dine kolleger i arbeid eller i andre situasjoner som viser hva dere liker med jobben.

De som er med på videoen må ha gitt sitt samtykke til det. Det gjelder særlig pasienter.

Send inn videoen til redaksjonen@sykepleien.no.

Husk å legge ved kontaktinformasjon og informasjon om arbeidsplassen videoen er fra.

Frist: 1. desember.

Redaksjonen i Sykepleien velger en vinner blant de innsendte bidragene.

Premie: Inntil 10 000 kroner som kan dekke avdelingens julebord.

Et utvalg av de innsendte videoene vil bli publisert på våre digitale utgaver - app og nettside.

Demens øker

Ifølge forskere vil det i 2060 være behov for 70 000 sykehjemsplasser for demente. Det er en betydelig utfordring. Vi har i dag 78 000 demente i Norge, noe som koster 28 milliarder kroner årlig her til lands. Forskere har regnet ut at vi har 112 000 demente i 2030, men tallet vil øke til 200 000 i 2060. h-a.no



Forebygger hoftebrudd

Elin Engh har skrevet mastergrad om sykepleieledet oppfølging av hoftebrudd. Nå er prosjektet i gang i praksis.

– Hvilke konkrete resultater av slike poliklinikker kan forskningen vise til?

– Forskning viser at de reduserer forekomsten av brudd nummer to, sier Ranhoff. Sykepleien Forskning



Svikt i behandling

115 kvinner har fått forsinket diagnose eller feilbehandling av brystkreft. 14 kvinner har dødd som følge av svikten.

Minst 25 kvinner har fått redusert levetid på grunn av forsinket diagnose eller feilbehandling. Det viser tall fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Tallene er hentet inn fra 2011 og frem til i dag. sykepleien.no



Anbefaler ikke egen «havarivernkommissjon»

Oslo. Arianson-utvalgets innstilling støtter ikke Bent Høies ønske om en egen kommisjon for uønskete hendelser i helsevesenet. Men han gir ikke opp. sykepleien.no

Fakta og tall. Uønskete hendelser

9536

I 2014 fikk meldeordningen inn 9536 meldinger om uønskete hendelser i spesialisthelsetjenesten.

443

Av totalt antall meldinger, førte 443 hendelser til død for pasienten.

1 mrd.

NPE utbetalte i 2014 en milliard norske kroner i erstatning.

2702

Pasient- og brukerombudet mottok i 2014 2702 klager i kategorien «pasient-skade og komplikasjoner».

Kilde: NOU Med åpne kort



Like: En psykebil er helt lik en vanlig sykebil – på utsiden. Foto: Lars Solhaug

Psykebil til Sykehuset Innlandet

PSYKEBIL: I november vil Sykehuset Innlandet få tilgang til en psykiatrisk ambulansesom vil være sentralt plassert på Moelven.

– Målet er at de som tilkaller 113 skal møte en mer kompetent tjeneste, sier prosjektleder Knut Anders Brevig.

Innenfor somatikken fungerer syke-transport som forventet, men ifølge Brevig er det ikke tilfelle i psykiatrien.

Bergen og Stavanger har hatt tilbud om psykiatrisk ambulansetil flere år, og i fjorårets statsbudsjett ble det tildelt midler slik at Sykehuset Innlandet også kunne opprette et slikt tilbud. Tilbudet skal dekke et befolkningsantall på rundt 200 000.

Som på vanlig ambulanser er AMK oppdragsgiver, og Brevig forteller at rapporter fra Bergen viser at både pasientene, pårørende, politiet og AMK

er fornøyd med tjenesten. På denne måten unngår man å kriminalisere psykisk ustabile pasienter.

Hovedforskjellen fra en vanlig ambulanser er at den psykiatriske ambulansen har med seg psykiatriske helsepersonell, i tillegg til to ambulansearbeidere. Ambulansen ser lik ut på utsiden, men inni er det er bedre plass og mer solid materiale.

sykepleien.no

GPS-veileder til kommunene

Forskere ved Sintef i Trondheim har laget en sjekklister som skal gjøre det enklere å ta riktige GPS-valg. Gjennom prosjektet «Trygge spor» har forskere jobbet i flere år med å kartlegge effekt og gevinst ved bruk av GPS for personer med demens. Nå har de laget en veileder med sjekkpunkter kommuner bør ha vært innom før en person blir utstyrt med sporingsteknologien.

sykepleien.no

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland



▼ Anoro «GlaxoSmithKline»

C **Adrenergikum + antikolinergikum.**

ATC-nr.: R03A L03

T **INHALASJONSPULVER 55 µg/22 µg i Ellipta:** Hver dose inneh.: Umeklidiniumbromid tilsv. umeklidinium 62,5 µg, (tilsv. avgitt dose 55 µg), vilanterol (som trifenatat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Regelmessig bronkodilatorerende behandling for å kontrollere symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 1 inhalasjon 1 gang daglig, helst til samme tid hver dag. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, da dette ikke er undersøkt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. Ved oppbevaring i kjøleskap, la inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved astma pga. manglende data. Preparatet seponeres umiddelbart ved paradoks bronkospasme, og alternativ behandling påbegynnes om nødvendig. Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll. Ved forverring av kols under behandlingen, bør pasienten vurderes på nytt. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, da hjerterytmie, f.eks. atrieflimmer og takykardi, kan oppstå. Bør brukes med forsiktighet ved urinretensjon eller trangvinkelglaukom (pga. antimuskarinerg effekt). Beta₂-agonister kan gi betydelig hypokalemi, som potensielt kan gi kardiovaskulære bivirkninger. Reduksjon av serumkalium er vanligvis forbigående og krever ikke tilskudd. Det er ikke sett klinisk relevante effekter av hypokalemi ved anbefalt dose, men forsiktighet bør utvises ved bruk samtidig med andre legemidler som potensielt kan forårsake hypokalemi. Beta₂-agonister kan gi forbigående hyperglykemi. Ved behandlingsoppstart bør plasmaglukose monitoreres tettere ved diabetes, selv om det ikke er sett klinisk relevant effekt på plasmaglukose ved anbefalt dose. Bør brukes med forsiktighet ved krampelidelser, tyreotoksikose og hos pasienter som er uvanlig følsomme for beta₂-agonister. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP3A4-hemmere grunnet mulig økt systemisk eksponering for vilanterol. Samtidig bruk av andre langtidsvirkende muskarinantagonister eller langtidsvirkende beta₂-agonister (alene eller som del av kombinasjonsbehandling) er ikke studert, og er ikke anbefalt da det kan forsterke bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide. Bør kun brukes dersom forventet nytte for moren er oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Utskillelse i morsmelk er ukjent, men andre beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier indikerer ingen effekter på fertilitet. **Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Obstipasjon, munntørrehet. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, sinusitt, nasofaryngitt, faryngitt, øvre luftveisinfeksjon. Luftveier: Hoste, orofaryngeal smerte. Nevrologiske: Hodepine. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerne/kar: Atrieflimmer, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rytme, takykardi, supraventrikulære ekstrasystoler. Hud: Utslett. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Sannsynligvis tilsv. bivirkninger av inhalerte muskarinantagonister (f.eks. munntørrehet, synsforstyrrelser og takykardi) eller overdoseringssymptomer med andre beta₂-agonister (f.eks. arytmie, tremor, hodepine, palpitasjoner, kvalme, hyperglykemi og hypokalemi). **Behandling:** Støttende, inkl. tilstrekkelig monitorering om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger se selektive beta₂-agonister R03C C side c og antikolinergika R03B B side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (umeklidinium) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Umeklidinium er et kinoklidinderivat med aktivitet på flere subtyper av muskarinreseptoren. Gir bronkodilasjon ved kompetitiv hemming av binding av acetylkolin til muskarinreseptorer på glatt muskulatur i luftveiene. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylysyklase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP (cAMP). Økt cAMP gir relaksering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** C_{max} nås etter 5-15 minutter. Absolutt biotilgjengelighet av umeklidinium og vilanterol er hhv. 13% og 27% av dosen, minimalt bidrag fra oral absorpsjon. Steady state nås for umeklidinium innen 7-10 dager, og for vilanterol innen 6 dager. **Proteinbinding:** Umeklidinium: 89% *in vitro*. Vilanterol: 94% *in vitro*. **Fordeling: V_d:** Umeklidinium: 86 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av umeklidinium og vilanterol etter inhalert dose i 10 dager er hhv. 19 timer og 11 timer. Plasmaclearance av umeklidinium og vilanterol etter i.v. administrering er hhv. 151 og 108 liter/time. **Metabolisme:** Umeklidinium: Hovedsakelig via CYP2D6, og er et P-gp-substrat. Vilanterol: Hovedsakelig via CYP3A4, og er et P-gp-substrat. **Utskillelse:** Umeklidinium: Feces (92%) og urin (<1%). Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C. Inhalatoren bør oppbevares i den forseglede folieboksen for å beskytte mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser kr 598,70. 3 × 30 doser kr 1713,70. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. **Vilkår:** 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Sist endret: 02.07.2015

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

References: 1. Maleki-Yazdi MR, Kaelin T, Richard N *et al.* Efficacy and safety of umeclidinium/vilanterol 62.5/25 mcg and tiotropium 18 mcg in chronic obstructive pulmonary disease: results of a 24-week, randomized, controlled trial. *Respir Med* 2014 Dec;108(12):1752-60. 2. Maltais F, Singh S, Donald AC *et al.* Effects of a combination of umeclidinium/vilanterol on exercise endurance in patients with chronic obstructive pulmonary disease - two randomized double-blind clinical trials. *Ther Adv Respir Dis* 2014; Dec;8(6):169-181. 3. Anoro preparatomtale (26.03.2015).

*In the largest of three studies (n=905). Primary endpoint mean change from baseline in trough FEV₁ Day 169: Spiriva 93 ml, Anoro Ellipta 205 ml, difference 112 ml (p<001).

‡Exercise endurance time was improved by 62,9 sec from a baseline of 307 sec (21%) in a *post hoc* analysis of two studies (n=246). Difference in improvement compared with placebo was 43,7 sec (p=0.001).

Dobbel bronkodilatator til symptomlindrende vedlikeholdsbehandling av kols³



ANORO™ ELLIPTA™
umeclidinium/vilanterol

Gi dine kolspasienter med tungpust dobbel bronkodilatasjon og muligheter for et mer aktivt liv^{1,2}



Gir dobbel bedring i lungefunksjon vs. Spiriva (tiotropium)*¹



Større fysisk utholdenhet med muligheter for et mer aktivt liv²



Klar-til-bruk Ellipta inhalator³



1 inhalasjon daglig³

Den mest vanlig rapporterte bivirkningen med Anoro Ellipta var nasofaryngitt (9%). Kardiovaskulære effekter som hjertearrytmier, f.eks atrieflimmer og takykardi, kan sees etter bruk av muskarinreseptor-antagonister og sympatomimetika, inkludert Anoro Ellipta og bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom.

ANORO ELLIPTA er utviklet i samarbeid med  Theravance



©2014 GSK group of companies. All Rights Reserved.

For mer informasjon - besøk helse.gsk.no

NOR/UCV/0044/15 - oktober 2015

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@hedda26
Nytt sykehus, nytt akuttmottak og champagnebrus på stett



@tinachk
Tilbake til kalde Norge og hverdagen etter en fantastisk ferie i Indonesia!



@gurorl
#barneavdelingen #pediatri #innkomst #sørlandet sykehus



@camtayspe
#klesbretting #sorigamledager



@annafja
Nesten klar for hospiteringsvakt på føde/barsel på Gjøvik!!



@andreak1
Morro dag i praksis



@soelvi1987
#workselfie



@karinaerichsen
Praksislivet



@markonordmann
Happy Halloween!



Vil gjøre sårstell lettere

• Tekst **Kristine Askvik**

OPPFINNERE: To sykepleiere er videre til semifinalen i nordisk innovasjonskonkurranse. Oppfinnelsen deres skal gjøre sårstell enklere og billigere.

Over 400 sendte inn forslag da den nordiske konkurransen The Nordic Independent Living Challenge ble utlyst i begynnelsen av 2015. Målet med konkurransen er å få opp gode ideer og nyvinninger som kan gjøre at eldre mennesker kan få gode og selvstendige liv, sett i lys av eldrebølgen som vil komme.

ØKT SELVSTENDIGHET. – Vi ønsker å finne løsninger, teknologiske eller andre type løsninger, som kan bidra til at eldre får selvstendige liv og kan utsette behov for sykehjemsplass. Vi ønsker løsninger som både kan hjelpe brukere, helsearbeidere og pårørende, sier Anne Romsaas, prosjektleder for innovasjon i helseetaten i Oslo kommune. Oslo kommune er en av medarrangørene sammen med de andre nordiske hovedstedene og Nordic Innovation.

25 av 400 oppfinnelser er klare for semifinalen. Åtte norske selskaper er med. En av bedriftene som har kommet gjennom nåløyet, ledes av to sykepleiere fra Bærum.

– Dette er en idé jeg har hatt helt siden jeg var sykepleierstudent. Sårstell på føtter og ben gjennomføres i dag på en veldig tungvint måte. Dette er pasienter som ikke klarer å holde foten sin oppe selv, og de har ofte store og tunge ben. Det kreves at man er to personer for å få det til. Hvis man gjør det alene, risikerer man å ødelegge ryggen, sier Ingvild Vik, gründer i Multipuff og avdelingssykepleier ved Norlandia Gullhaug bo – og behandlingssenter i Bærum.

STØTTER. Hun og sykepleier-

kollega Astrid Kristine Maliberg har utviklet to støtter som skal holde pasientens fot oppe mens man steller såret. Ved hjelp av støttene trenger man ikke lenger å være to personer til å gjøre dette.



«Vi ønsker også at løsningen skal være litt kul.» Ingvild Vik, gründer og avdelingssykepleier

– Løsningen skal være enkel å ta med, slik at den også kan brukes i hjemmesykepleien. Vi ønsker også at den skal være litt kul, slik at den fenger sykepleierne og er noe de ønsker å bruke, sier Vik.

Så langt har de bare laget en enkel modell. De er nå i dialog med finske designere for å utvikle en prototype.

KUTTER KOSTNADER. De viser til at sårstell for en person i ett år koster rundt 100 000 kroner. Rundt halvparten av disse kostnadene er knyttet til bemanning. De har erfaring fra både ortopedisk sengepost, hjemmesykepleie og sykehjem. Alle steder har de savnet et slikt hjelpemiddel.

Semifinalen er i Stockholm i desember. •

redaksjonen@sykepleien.no

SABO

- når du vil merkes!

Praktisk og nyttig i arbeidsdagen

Den nye lommeboken for helsepersonell.

NYHET!
Designet på oppfordring fra helsepersonell

kr. 399,-



Alfabetisk index for dine notater.



Plass til ringer, mynter og bankkort.

Boken preges med dine initialer.

Samle dine notater, ringer, bankkort og penger i boken som passer perfekt i lommen – lommeboken!

Bestilles i nettbutikken
www.sabo.no



Monica Sailer

Skal utdanne sykepleiere til kirurger

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Privat**

Fakta

Aktuell som

Ortopedkirurg på Ahus og trener for CapaCare.

Alder: 46 år

Bakgrunn: Kirurg Monica Sailer er på vei til Sierra Leone for å lære sykepleiere opp til å bli kirurger. Det gjør hun for CapaCare, som har som mål å videreutdanne 30 leger eller legeassistenter i kirurgi innen 2017 og som har hovedkontor i Trondheim. Sykehuset der – St. Olavs Hospital – er vennskapssykehus med Masanga-sykehuset, der undervisningen skal foregå.

Du skal utdanne kirurger i Sierra Leone?

– Ja, jeg reiser 12. november. FN betaler flybilletten, men jeg jobber gratis for CapaCare mens jeg har overlegepermisjon. Først to uker, og så en måned etter nyttår.

Kirurger er mangelvare der?

– Før ebolaepidemien hadde Sierra Leone 12 kirurger. Nå er det ni, i et land med 5 millioner innbyggere. Behovet er skrikende. I hovedstaden Freetown er det én kirurg som kan ortopedi. Han drukner i pasienter.

Dere vil ta for dere av sykepleierne?

– De er nærliggende å lære opp, siden de har tre-årig medisinsk bakgrunn. Og det fins nesten ingen andre å ta av.

Trengs ikke sykepleierne som sykepleiere?

– Jo, klart. Men for å redde flest mulig liv, er det bra at de lærer å gjøre inngrep. Det er fint at de kan mer enn å utøve sykepleie. Det som tar mest liv, er trafikkulykker, ikke malaria. Men det trengs selvfølgelig også flere sykepleiere. De mangler jo allerede.

Hva skal de lære?

– Å utføre akutt kirurgi: Bløtdelskirurgi, gynekologi og ortopedi. De skal bli allroundere. De skal kunne operere brokk og utføre keisersnitt. Ellers blir det viktig å redde folks armer og bein, som ofte amputeres.

Hvordan det?

– I borgerkrigen, som tok slutt i 2002, kappet

soldatene av folks armer og bein. Å være uten, er en katastrofe for dem og et stigma. De blir utstøtt av sine, for de kan ikke gjøre nytte for seg, de fleste lever av jordbruk og gruvarbeid. Mange andre amputasjoner kunne også vært unngått.

Hvordan?

– Hvis folk blir skadd, henvender de seg ofte til en lokal medisinnmann i stedet for lege. De kommer

ofte for seint til sykehus. Mange dør derfor av infeksjon, eller de må amputere.

Sierra Leone er et fattig land?

– Ja, helseindikatorer er blant de verste i verden. Forventet levealder er 48 år. Siste ebolautbrudd var bare for en drøy måned siden. Man må stadig sette sykehuset i karantene.

Hva er CapaCare?

– En forening for opplæring av medisinsk fagpersonell i områder som mangler slikt personell.

– Har du vært i Sierra Leone før?

– Nei, det er første gang på et sånt oppdrag noe sted. Jeg reiser med en anestesisykepleier, vi to er teamet. Vi tenker enkelt: De kan lære ekstern fiksasjon. Kunne legge bein i strekk.

Kjenner du sykepleieren?

– Ikke ennå. Han heter Kyrre, og jeg skal møte ham i Brusel på vei til Sierra Leone. Jeg jobber på Ahus, han på St. Olavs Hospital. Det var ingen ortoperder der som kunne dra. Men jeg er jo trønder!

Hva skal sykepleier Kyrre gjøre?

– Legge folk i narkose. Undervise i anestesisykepleie. Dette er kjempe spennende. Opplæring i hygiene er også viktig. Men ofte har de ikke tilgang på vann og såpe. ●



marit.fonn@sykepleien.no

Les Sykepleien på din mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta, er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



NSF MasterCard



Kortet som gjør hverdagen tryggere

Et kredittkort med gode betingelser har du ofte nytte av: Når du skal ut og reise, når du skal handle på internett eller som en reserve i tilfelle en uventet utgift. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 1,25 % sparerente fra første krone.

NSF MasterCard:

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varsling av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av reisekostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 1,25 % sparerente fra første krone og ingen begrensning i antall uttak.

Sykepleien

NY BOK til salgs!

Forfatteren Ragnar Refsdal har 33 års erfaring som akupunktør.



”Blant organer og meridianer”

- ✓ Boken gir et innblikk i vårt mystiske indre.
- ✓ Flere tusen år gammel akupunkturfilosofi.
- ✓ Viser organenes innbyrdes arbeidsmåte.
- ✓ Signaliserer via meridianene utvendig.
- ✓ Hindrer varige tilstander.
- ✓ Advarer oss før skader oppstår.

Boken kan bestilles på adresse:

www.ragnar-refsdal.no

Pris med frakt kr 280,-



Søk om kortet på nsfmastercard.no

Spørsmål? Ring kundeservice 815 22 040

Eff. rente 27,6 %, kr 15 000,- o/12 md. totalt kr 16 841,-
NSF MasterCard – et produkt fra DNB Bank ASA



Blærekatarr. 260 Oslo-kvinner har deltatt i en blærekatarrstudie.

Håpet er at antibiotikabruken kan reduseres.

Forsker på alternativ til antibiotika

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

Halvparten av alle kvinner får en urinveisinfeksjon i løpet av livet, og rundt 20 prosent sliter med tilbakevendende infeksjoner.

I Norge skrives det ut rundt 400 000 resepter på minstepakninger med antibiotika mot blærekatarr – hvert år.

Hva om vanlig smertestillende er et like godt alternativ?

BLINDTEST. Det har forsker og legevaktslege Ingvild Vik, sammen med forskningssykepleierne Tonje Camilla Denstad With og Jenny Stranheim, sett nærmere på i den såkalte IMTU-studien (se faktaboks) ved Oslo legevakt.

260 Oslo-kvinner som har kommet til legevakten med symptomer på blærekatarr, har blitt inkludert i studien. De har avgitt en urinprøve, og de har fått med seg enten antibiotika eller «bare» ibuprofen hjem.

Verken kvinnene eller forskerne vet hva de har fått. Kvinnene har blitt bedt om å føre dagbok hjemme, som de så har sendt tilbake til legevakten. Alle kvinnene har sendt inn en ny urinprøve til dyrking etter to uker. De har blitt oppringt av forskningssykepleier etter to og fire uker.

LOVENDE. Den siste Oslo-pasienten ble inkluderte for få uker siden, og det er langt igjen til resultatene kan publiseres. Men noe

kan Ingvild Vik si allerede nå:

– Det virker lovende. Det ser ut som en stor andel blir friske uten å bruke antibiotika.

INNSPURT. Studien er internasjonal, og i Oslo venter de nå på at de svenske og danske bidragene skal bli ferdige.

Parallelt jobbes det iherdig ved Bergen legevakt og Olsvik legesenter i Bergen for å få med flere kvinner.

– Vi bør ha 400 til sammen før vi gir oss, sier Vik.

«Går det over uten antibiotika, er jo det det beste.» Ingvild Vik, forsker og lege

Forskningsteamet tar sikte på å bli ferdig med studien til våren, og at resultatene kan publiseres våren 2017.

GÅR OFTE OVER. Blærekatarr er den vanligste bakterieinfeksjonen blant kvinner.

En stor andel av kvinnene som oppsøker legevakta, har symptomer på blærekatarr. Og de aller fleste går ut derfra med en resept på antibiotika i hånden. Ifølge de nasjonale retningslinjene, er førstevalget ved slike symptomer nemlig en tredagers antibiotikakur.

– Det er allerede kjent at

blærekatarr i de fleste tilfeller går over av seg selv. Det er en selvbegrensende tilstand, sier Vik.

BREMSE RESISTENS. Men det er smertefullt mens det står på, og antibiotika tar smertene kjapt.

– Om det viser seg at ibuprofen er et like godt alternativ, vil det kunne redusere bruken av antibiotika. Noe som igjen vil bidra til å bremse utviklingen av antibiotikaresistens på verdensbasis, sier Vik.

Frykten er at man i fremtiden ikke har noe effektivt våpen mot infeksjoner, fordi bakteriene har blitt resistente mot antibiotika. For å unngå resistens er det et mål å få ned unødvendig bruk.

– Kan dere si noe om hvilke kvinner med blærekatarr som bør få antibiotika?

– Det er svært sjelden at en blærekatarr utvikler seg til nyrebekkenbetennelse. Men ut fra det vi vet fra før og foreløpige resultater fra andre studier, kan det være grunn til å tro at de pasientene som har svært sterke smerter og er veldig plaget, er de som bør få antibiotika, sier Vik.

90 SYKEPLEIERE I SVING. – Bakgrunnen for at sykepleierne har fått så mye ansvar i dette, er at vi ved legevakta allerede har en delegeringspraksis ved mistanke om blærekatarr.

– Sykepleierne som sitter i

Fakta ●●●●

Blærekatarrstudien

- Blærekatarr er det samme som nedre urinveisinfeksjon.
- Studien er et samarbeid mellom Norge, Sverige og Danmark, og forkortes IMUTI.
- IMUTI står for Ibuprofen versus Mecillinam in the treatment of uncomplicated lower Urinary Tract Infection in adult non-pregnant women.
- Ibuprofen blir sammenlignet med mecillinam i behandlingen av ukomplisert blærekatarr (cystitt) hos voksne, friske, ikke-gravide kvinner, altså betennelsesdempende og smertestillende behandling versus antibiotika-behandling.
- Studien er finansiert i sin helhet av Norges forskningsråd



Tester ut: Lege Ingvild Vik (til høyre) og sykepleierne Tonje C. Denstad With (i midten) og Jenny Stranheim har jobbet med antibiotikastudien siden 2013. Foreløpig ser dette lovende ut, sier Vik.

mottaket går gjennom et standardisert skjema sammen med pasienten, sier Denstad With.

Dette skjemaet har blitt kvalitets-sikret gjennom en studie ved Oslo legevakt i 2010 og 2011. Dersom alle krav i skjemaet er oppfylt, kan sykepleier be legen skrive ut en resept uten at pasienten må inn for legeundersøkelse.

Denstad With og Stranheim har hatt ansvaret for å lære opp de sykepleierne som allerede sitter i frontlinjen og tar imot blærekatarr-pasientene, i hvordan de skal rekruttere til studien. 90 sykepleiere har på halvannet år fått opplæring i hvordan de skal innlemme deltakere.

– Hos oss er det ofte stor pågang, så en av oss har overtatt i mottaket mens sykepleieren i mottaket har

fått opplæring, sier Jenny Stranheim.

VIL SLIPPE KUR. Oppfølgingen av deltakerne videre har vært en stor jobb.

– Selv om pasienten «bare» skal fylle ut dagboken og sende den tilbake, samt å sende en urinprøve til dyrking, så er det mye som kan gå galt. Det har vært avgjørende at vi har fulgt opp deltakerne tett, for å få pasientene til å fullføre deltakelsen, sier Denstad With.

Av de som har vært aktuelle da de oppsøkte legevakten, har 29 prosent svart ja, og så har 82 prosent fullført deltakelsen.

– Mange har gitt uttrykk for at de håper de kan slippe en antibiotikakur. Særlig gjelder det de som har tilbakevendende infeksjon. Men det er

også de som bare ønsker å få skrevet ut en resept raskt, fordi de må være på beina igjen til dagen etter, og ikke har tid til å vente på at kroppen selv eventuelt ordner opp, sier Denstad With.

TYSKE RESULTATER RUNDT HJØRNEN. Det er flere forskningsmiljøer som jobber med akkurat dette spørsmålet. I Tyskland er det nettopp avsluttet en studie som har sammenliknet ibuprofen med antibiotika hos 500 kvinner.

Resultatene derfra blir publisert i tidsskriftet British Medical Journal innen kort tid, ifølge Vik.

I en pilotstudie i forkant av den tyske studien, fikk 40 kvinner ibuprofen og 39 fikk antibiotika. Konklusjonen der er at de fant støtte for

at ibuprofen kan erstatte antibiotika for ukompliserte urinveisinfeksjoner, men at ytterligere studier var nødvendig.

Det er også gjort en liknende studie i Sveits, hvor 250 kvinner deltok. Resultatene fra denne studien er foreløpig ikke publisert.

VENTE OG SE. – Dersom det viser seg at ibuprofen er et like godt alternativ som antibiotika, kan det være grunn til å endre de nasjonale retningslinjene fra tre dagers antibiotikakur til en vente og se-holdning, sier Vik.

– Går det over uten antibiotika, er jo det det beste, både for den enkelte og som et bidrag for å få ned antibiotikabruken generelt, sier hun. ● aknbh@sykepleien.no



Færre lokalsykehus med akuttkirurgi

● Tekst Bjørn Arild Østby

NY SYKEHUSPLAN: De som håpet at helseminister Bent Høie skulle avsløre litt av innholdet i den kommende Nasjonal helse- og sykehusplan, da han innledet på NSH og HOD sin konferanse «Hvordan skal vi utvikle sykehusene for fremtiden?», ble skuffet.

Helseministeren var mest opp-tatt av å stille diagnoser, ikke fore-skribe hvilken behandling som trengs for å tilpasse dagens syke-husstruktur til framtida.

– Vi blir flere, vi blir eldre og flyttestrømmen til byene bare øker. Dette alene vil kreve 30 prosent flere ansatte ved sykehuse-ne i 2030, hvis vi ikke skifter kurs, sa Høie. Han lovet kursendring i den nært foreliggende helse- og sykehusplan.

HVILKE SYKEHUS? I dag er det 51 sykehus med akuttfunksjoner. Hvor mange og hvilke sykehus vil fortsatt ha akuttfunksjoner? Sva-ret må man vente på til Nasjonal helse- og sykehusplan legges fram for Stortinget seinere denne måneden.

– Det er for mange sykehus som driver akuttkirurgi hele døgnet i dag. Utfordringen blir hvem som skal gjøre hva. Her vil antall akutt-kirurgiske pasienter ved det en-kelte sykehus være avgjørende, sa Høie.

De sykehusene som ikke klarer å fylle pasientgrunnlaget for akutt-kirurgi, bør kun drive med indre-medisin og anestesi. Helseminis-teren har tidligere antydnet at for å drive akuttkirurgi kreves et pa-sientgrunnlag på minst 60 000 til 80 000 innbyggere. Det betyr at halvparten av dagens sykehus er for små.

FÅ PASIENTER. Spesialrådgiver Andreas Moan i Helse- og

omsorgsdepartementet har ledet en arbeidsgruppe som har sett på akuttinnleggelsler ved 14 mindre lo-kalsykehus. Alle sykehusene had-de et nedslagsfelt på under 60 000 innbyggere.

Tallene viser at over halvpar-ten av akuttkirurgiske pasien-ter blir sendt videre til andre sy-kehus, mens det samme kun gjelder en av fire indremedisinske akuttinnlagte.

– Vi vet ikke hvorfor mer enn halvparten av pasientene får sin operasjon på andre sykehus enn lokalsykehuset. Heller ikke om de som overføres får bedre eller dår-ligere behandling, sa Moan.

BEFOLKNINGSGRUNNLAGET. Legeforeningens leder, Marit Her-mansen, mener at størrelsen på

«Det er for mange sykehus som driver akuttkirurgi.»
Bent Høie, helseminister

nedslagsfeltet ikke skal være avgjø-rende for om lokalsykehus skal ha akuttkirurgi, men reisetid, geogra-fi og værforhold samt at sykehuset må gis ressurser for å kunne opp-rettholde god kvalitet.

– Vi trenger lokalsykehusene til å ta seg av en stadig eldre befolk-ning. Pasientene trenger både nær-het og kvalitet, ifølge Hermansen.

Legepresidenten ser blant an-net for seg at de store sykehusene i framtida overfører enklere oppga-ver til lokalsykehusene.

(Se også sak om lokalsykehuse-ne på side 70.) ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

C VAQTA Sanofi Pasteur MSD
Vaksine mot hepatitt A (inaktivert).

ATC-kode: J 07 B C 02

INJEKSJONSVÆSKE, Suspensjon i ferdigfylt sprøyte: *En dose (1,0 ml) inneh.:* Hepatitt A-virus (Stamme CR 326F) (inaktivert) 50 enheter, natriumborat, natriumklorid, aluminium (som amorf aluminiumhydrokysulfatadjuvans) 0,45 mg/ml, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Profylakse mot hepatitt A hos voksne fra 18 år og eldre. Bruk av VAQTA skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering:** Vaksinasjonen består av en primærdose og en boosterdose som gis etter følgende skjema: **Primærdose:** En enkel vaksinedose på 1,0 ml (50 E) på en valgt dato. **Boosterdose:** En boosterdose på 1,0 ml (50 E) 6 til 18 måneder etter første dose. Antistoffene mot hepatitt A-virus (HAV) vil være i minst 6 år etter andre dose (dvs. boosterdose). Basert på matematisk modellering av antistoffenes virkning, antas det at de vil være i minst 25 år. **Boosterdose med VAQTA etter primærvaksinasjon med annen hepatitt A vaksine:** En boosterdose med VAQTA kan gis ved 6 til 12 måneder etter den primærdosen av andre inaktivert vaksiner mot hepatitt A. **Voksne med HIV:** HIV-smittede voksne bør få én enkelt dose à 1,0 ml (50 E) på en valgt dato, etterfulgt av en boosterdose à 1,0 ml (50 E) 6 måneder senere (se punkt 5.1). **Pediatrisk populasjon:** En pediatrisk formulering er tilgjengelig for barn og ungdom. For ytterligere informasjon se preparatomtale for VAQTA 25 E/0,5 ml. **Administrering:** Vaksinen skal gis intramuskulært i deltooidregionen. Vaksinen skal ikke gis intrader-malt fordi dette kan føre til en ikke-optimal immunrespons. Til pasienter med blødnings sykdommer med risiko for blødning etter intramuskulær injeksjon (for eksempel blødere) kan vaksinen unntaksvis gis subkutan.

Kontraindikasjoner: Tidligere overfølsomhet overfor virkestoffet(ene), overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1, overfor neomycin eller formaldehyd (som kan finnes i spormengder). Vaksinasjonen skal utsettes i tilfelle av alvorlig infeksjon med feber.

Forsiktighetsregler: Pasienter som utvikler symptomer på overfølsomhet etter en injeksjon med VAQTA, bør ikke få ytterligere injeksjoner med vaksinen. Denne vaksinen kan inneholde rester av neomycin og formaldehyd som benyttes i fremstillingsprosessen. **VAQTA må ikke injiseres intravenøst.** Vis forsiktighet ved vaksinasjon av lateksensitive perso-ner siden sprøytestempelet og nålorken inneholder naturlig tørket lateksgummi som kan gi allergiske reaksjoner. Basert på sannsynligheten for tidligere hepatitt A-virusinfeksjon, bør kvalitativ testing for antistoffer mot hepatitt A overveies før eventuell vaksinasjon av personer født i høyendemiske områder, og/eller pasienter som har hatt gulsott. VAQTA gir ikke øyeblikkelig beskyttelse mot hepatitt A. Det kan gå 2 til 4 uker før antistoffer kan påvises. VAQTA beskytter ikke mot hepatitt forårsaket av andre patogen agens enn hepatitt A-viruset. På grunn av den lange inkubasjonsperioden (cirka 20-50 dager) for hepatitt A, kan infeksjonen være til stede, men ikke klinisk åpenbar, på vaksinasjonstidspunktet. Hos disse pasientene er beskyttende effekt usikker. Som ved enhver vaksinasjon, skal nødvendig behandling utstyr og medisin som f. eks. epinefrin (adrenalin) være tilgjengelig for øyeblikkelig anvendelse dersom det skulle oppstå en anafylaktisk eller anafylaktoid reaksjon. VAQTA kan gis subkutan når det er klinisk relevant (f.eks. hos personer med blødnings sykdommer med risiko for blødning), selv om kinetikken for serokonversjon er langsommere etter første subkutane dosen av VAQTA sammenlignet med historiske data for intramuskulær administrasjon. Som med alle vaksiner er det ikke sikkert at VAQTA utløser en beskyttende immunrespons hos alle som vaksineres.

Interaksjoner: Hvis VAQTA brukes hos individer med malign sykdommer, personer som gjennomgår immunosuppressiv behandling eller har nedsatt immunforsvar av annen årsak, kan det hende at forventet immunrespons ikke oppnås. *Kjent eller antatt eksponering for HAV/reise til endemiske områder* **Bruk med immunoglobulin:** VAQTA kan gis samtidig med immunoglobulin til personer som har behov for profylakse etter hepatitt A-eksponering, eller til personer som trenger både umiddelbar og langvarig beskyttelse mot hepatitt A (f.eks. personer som med kort varsel skal reise til endemiske områder). Injeksjonene med VAQTA og immunoglobulin skal gis på forskjellige injeksjonssteder, og det skal benyttes separate sprøyter. Oppnådd antistofftiter blir i slike tilfeller sannsynligvis lavere enn når vaksinen gis alene. Den kliniske relevansen av denne observasjonen er ikke fastslått. **Samtidig bruk av andre vaksiner:** VAQTA kan gis samtidig med vaksiner mot gulfeber og vaksiner mot tyfoidfeber (polysakkarid) på separate injeksjonssteder (se pkt. 5.1). Selv om det ikke foreligger data for individer fra 18 år og eldre, viser studier hos barn fra 12 til og med 23 måneder at VAQTA kan gis samtidig med vaksiner mot meslinger, kuma, røde hunder vannkopper 7-valent pneumokokk-konjugat vaksiner og inaktiverte poliovaksiner. Det foreligger ikke tilstrekkelige immunogenitetsdata for å støtte en samtidig vaksinasjon med VAQTA og DTaP (difteri, tetanus og kikhoste (acellulær)). Når det er nødvendig å gi flere vaksiner samtidig, må ikke VAQTA blandes med andre vaksiner i samme sprøyte og det må benyttes forskjellige injeksjonssteder for vaksine.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** VAQTA anbefales ikke til gravide med mindre det foreligger høy risiko for hepatitt A-infeksjon, og legen vurderer at mulige fordeler ved vaksinasjon oppveier risikoen for fosteret. **Amming:** Det er ikke kjent om VAQTA overføres i morsmelk. Det er ikke undersøkt om barn som blir ammet påvirkes når moren er vaksinert med VAQTA. Derfor bør VAQTA brukes med forsiktighet når det gjelder ammende kvinner. **Fertilitet:** Det er ikke utført fertilitetsstudier eller dyreproduksjonsstudier med VAQTA.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Øvrige: Ømhet, smerte, varme, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Nevrologiske: hodepine. Muskel- og skjelettsystemet: Armsmerter (i injisert arm), Øvrige: Asteni/tretthet, feber, ekkymose, smerte/sårhet på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Infeksiøse: Faryngitt, infeksjon i de øvre luftveiene. Blod/lymf: Lymfadenopati. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi. Øre/labyrint: Øresmerter. Vaskulært: Hetetokter. Luftveier: Tetthet i luftveiene, tett nese, hoste. Gastrointestinale: Kvalme, diaré, gastroenteritt, flatulens, oppkast. Muskel- og skjelettsystemet: Myalgi, stivhet, skuldersmerter, muskelskjelettsmerter, ryggsmarter, artralgi, smerter i bena, nakkesmerter, muskelsvakhet. Hud: Pruritus, urtikaria, erytem. Øvrige: Pruritus, stivhet/stramhet på in-jeksjonsstedet, smerter, hematom på injeksjonsstedet, frysninger, magesmerter, sykdomsfølelse, indurasjon og nummen-het på injeksjonsstedet, kuldefølelse, influensalignende sykdom. *Sjeldne (≥1/10 000 to <1/1000):* Infeksiøse: Bronkitt, smittsom gastroenteritt. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Psykiatrisk: Apati, søvnløshet. Nevrologisk: Søvnighet, migrene, skjelving. Øye: Kløe i øyet, fotofobi, tåredannelse. Øre/labyrint: Vertigo. Luftveier: Faryngealt ødem, sinusforstyrrelse. Gastrointestinale: Munntørrhet, munnsår. Muskel- og skjelettsystemet: Muskelkrampe, albuesmerter, hoftesmerter, kjevesmerter, spasmer. Forplantningsorganer: Menstruasjonsforstyrrelser. Øvrige: Svie og, indurasjon på injeksjonsstedet, muskelrykninger, utslett, oppblåst mage, brystsmarter, smerter i siden, irritabilitet. *Ukjent:* Blod/lymf: trombocytopeni. Nevrologisk: Guillain-Barré-syndrom.

Overdosering: Det foreligger ingen opplysninger vedrørende overdosering.

Egenskaper: *Klassifisering:* Virusvaksiner, hepatitt A, inaktivert, hele virus ATC-kode: J 07 B C 02 VAQTA inneholder inaktivert virus fra en kjent svekket hepatitt A virusstamme som er ytterligere dyrket i flere omganger før vaksineproduksjon. Viruset dyrkes, høstes, renses, formalinaktiveres og adsorberes deretter til aluminium hydrokysulfat. Med bakgrunn i analysenes grenseverdier, inneholder en dose VAQTA (50 E) mindre enn 0,1 mikrogram ikke-viral protein, < 4 x 10⁻⁶ mikro-gram DNA, < 1x10⁻⁴ mikrogram bovin albumin og < 0,8 mikrogram formaldehyd. Andre kjemiske reststoffer fra prosessen utgjør < 10 deler per milliard (ppb). *Virkemekaniske:* Hepatitt A-vaksine fremkaller tilstrekkelig sirkulering av antistoffer som nøytraliserer Hepatitt A-viruset til å gi beskyttelse mot viruset.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2- 8 °C). Må ikke fryses.

Sist endret: 04.08.2015. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 22.04.2015



VAQTA[®]
 Hepatitt A vaksine, inaktivert, adsorbent

Nå er Vaqta[®] tilgjengelig

for bestilling hos Folkehelseinstituttet!

Vaqta[®] er en vaksine til forebygging av hepatitt A-infeksjon.¹

Hepatitt A vaksine anbefales til:²

- Reisende til områder hvor hepatitt A er en vanlig sykdom (eks. Afrika, Asia).
- Stoffmisbrukere.
- Personer med visse sykdommer eller tilstander som medfører økt risiko for hepatitt A eller komplikasjoner ved sykdommen.
- Særlig smitteutsatte personer ved større utbrudd i Norge.

De tre siste gruppene ovenfor kan få hepatitt A vaksine dekket av folketrygden på blå resept §4 nr.3.³


sanofi pasteur MSD
 vaksiner for livet

www.spmsd.no



Tema.
Hjemmedød

Stiller opp
for Sonja. **26**

Forskere vil
finne ut hvordan
flere kan få dø
hjemme. **30**

– Det viktigste
er ikke hvor
man dør. **32**

4 om hjemme-
død. **33**



Sonja vil dø hjemme

Mot slutten. Sonja vil være hjemme den siste tiden.

For der er ektemannen Gunnar.

I Norge dør 14 prosent hjemme.

Det er sisteplass i hjemmedød.

● Tekst og foto Marit Fonn



Må ta avskjed: Sonja og Gunnar Rogndokken ble kjærester da de var 14 år. Nå er de 74. Snart blir Gunnar alene hjemme.



Stiller opp for Sonja

«Ventesorgen er verre for pårørende enn for den som skal dø.»

Tom Rodell Marthinsen, Fransiskushjelpen

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Nå behandler vi ikke kreften lenger, sa legen i august. Da var ikke ekteparet Rogndokken i tvil: Sonja må få dø hjemme. Hvis det er mulig.

Nå – et par måneder senere – åpner Gunnar Rogndokken døren til den lyse leiligheten i Oslo. Tom Rodell Marthinsen fra pleietjenesten i Fransiskushjelpen kommer på hjemmebesøk, slik han har gjort så mange ganger før. Han er hjelpepleier med videreutdanning i kreft og palliasjon.

På soverommet innenfor stuen ligger Sonja i sengen som har madrass med luftsirkulasjon. Hun er omringet av vegger fylt med bilder fra et langt liv sammen med Gunnar. De to ble kjærester da de var 14. Det er 60 år siden.

Hjemmesykepleierne har nettopp vært her. Sonja sliter med forstoppelse og spør Tom til råds.

VENTESORGEN ER LANG. Gunnar er på vei ut siden Marthinsen skal være her noen timer. Men Gunnar har tid til å prate litt først og slår seg ned i salongen.

Det er et par år siden Sonja fikk diagnosen lungekreft.

– Etter den samtalen med legen på Ullevål, skjønte jeg at nå nærmer det seg, forteller Gunnar.

– Etterpå snakket jeg med vaktlederen i hjemmetjenesten. Vi fikk tilbud om full pleie. Sonja og jeg var helt enige om at det var best at hun kunne bo hjemme.

Tom Marthinsen kommer og setter seg ned. – Vi som ikke kan døden, tror at det er lett å dø, sier Gunnar. – Det er det ikke. Det er smertefullt. Jeg trodde at man skulle sovne inn. Men virkeligheten består av smerter og forstoppelse.

Tom: – Og så er det ventetiden.

Gunnar: – Den er vond.

Tom: – Og det gjør prosessen veldig lang. Ventesorgen er lang og verre for pårørende enn for den som skal dø. Man har lyst til å gjøre alt man kan. Det blir lite tid til omsorg for seg selv.

Gunnar: – Ja, jeg føler meg kjørt. Sonja tar dette veldig fint. Vi snakker om mange ting. For eksempel om ny gravstein på Grefsen.

Sonja skal gravlegges sammen med foreldrene sine.

– Hun vil ikke ha svart stein, så da får hun grå. Det syns jeg er greit, sier Gunnar.

– **EN GOD EKTEFELLE.** Så lyser han opp. Forteller at det var Sonja som fridde og at de giftet seg da de var 21.

– Vi har hatt et kjempefint ekteskap. Hun har vært en god ektefelle og elskerinne, og er den som

«Jeg føler meg kjørt. Sonja tar dette fint.»

Gunnar Rogndokken, ektemann

Fakta

Fransiskushjelpens pleietjeneste:

- Finansieres av Oslo kommune.
- Ambulerende hospiceteam med sykepleiere og hjelpepleiere.
- Gir omsorg, pleie og lindrende behandling hovedsakelig til kreftpasienter som vil være hjemme.
- Tilbyr samtaler og støtte til pasienter og pårørende, smertebehandling og avlastning for pårørende.
- Samarbeider blant annet med hjemmetjenesten, sykehusene og fastlegene.
- Visjonen er nestekjærlighet i Frans av Assisis ånd; hjelpe, lindre og være til stede. De ansatte har ulike livssyn.

Kilde: Fransiskushjelpen

lærte meg opp.

Damer må være pertentlige, mener Gunnar:

– Jeg har høye krav: De må ikke banne, ikke røyke, de må være forsiktig med alkohol og te seg pent. Der har kona vært topp.

De har en sønn og en sønnesønn.

– Det kommer en dag da jeg bor alene. Jeg gruer meg. Da drar jeg nok til Spania, der vi har vært de siste vintrene. Så slipper jeg å være alene.

– Du vet at du vil bli trist og lei deg, men du vet



Tilrettelagt: Fransiskushjelpen (Tom Rodell Marthinsen t.v.) og hjemmesykepleien (Thomas Gytrup og Stine Randem) samarbeider om å pleie og støtte Sonja.

ikke hvordan du vil takle det, kommenterer Tom.

Gunnar går ut i høstsolen. Han vet at Sonja ikke er alene.

LAGET HATTER. Klokken er over ett og Sonja har ennå ikke spist noe i dag. Det er litt vanskelig å svelge, men nå har hun fått lyst på kyllingvinger.

– Hvor mange vil du ha? Vil du ha vin til, eller? spør Tom.

Hun sier ja takk til vin, men lar ham bestemme antallet vinger.

– Han er lett å ha med å gjøre, kommenterer hun muntert mens Tom forsvinner ut på kjøkkenet.

Snur hun hodet til høyre kan hun se de innrammete fagbrevene på veggen: Hun er modist, han er boktrykker.

– Få vet hva modist er. Dessuten er det nesten ingen igjen, sier hun.

Hun har modellert mange damehatter i sitt liv, hatt mange i lære og tatt seg av sårbare elever da hun underviste på videregående.

– Det har vært et interessant og slitsomt yrke, konkluderer hun.

Hun og mannen har sammen drevet hattebutikk.

På veggen bak henne kan hun beundres i en ungdommelig utgave, blond og vakker. Der er hun også avbildet i moden alder, fortsatt pen og nett med lyse krøller.

– Nå har jeg jo fått måneansikt. Og tynnere hår, sier hun.

Det skyldes kortisonet. Huden hennes er også tynn. Hun tåler dårlig å bli tatt hardt i.

FORNØYD MED LIVET. Nå kommer Tom med seks kyllingvinger dandert på et fat. Han dekker over Sonja og dynen med et rutete forkle og hun får fatet på magen og et vinglass i hånden.

Hun spiser forsiktig av kjøttet.

– Jeg har hatt det veldig bra. Er glad for det jeg har opplevd, selv om det har vært vanskelig og.

Hun er fra Nydalen – «midt nedi gryta» – som nå er en attraktiv bydel. Den gangen var det et typisk arbeiderstrøk.

– Vi turte ikke si hvor vi bodde. Vi hadde do i gården. Men det var en fin oppvekst. Hadde vi en krone, så delte vi.

Som voksen har hun reist mye.

– Hver vår tok vi fri en uke og dro til utlandet hver for oss.

Hun dro med soppforeningen,





Humor: Både Gunnar og Sonja har nytte av galgenhumor. Men det kan skifte fort mellom latter og tårer.



Godt ekteskap: De giftet seg da de var 21. – Livet har vært godt, sier Sonja. – Kona har vært topp, sier Gunnar.



Kjente omgivelser: Hjemme har Sonja styringen. Hun bestemmer selv om hun vil ta seg et glass vin.

➔ Gunnar var opptatt av biler og båter. Sonja har bare godord om Fransiskushjelpen og hjemmesykepleien, som kommer flere ganger daglig. Så langt sover hun hele natten.

– Om jeg kan være hjemme helt på slutten, vet jeg jo ikke. Det kan ikke jeg avgjøre.

Å være på sykehjem har hun prøvd, da hun for noen år siden fikk pacemaker:

– Jeg fikk sjokk. Jeg reagerte på omgivelsene. Jeg kom på et lite rom som jeg delte med en som lå på slutten. Det var ikke noe koselig.

Etter flere fall i det siste, ligger hun for det meste til sengs.

– Du tar det bra, Sonja, sier Tom.

– Ja, foreløpig, sier hun.

SLITEN MANN. Tom sier at han ser at mannen hennes er sliten nå.

– Ja, han har lettere for å ta til tårene, sier Sonja.

Tom: – Han spurte om vi kunne ta en vakt til hos deg denne uken. Jeg tror han trenger det, selv om du vil at han skal være her hele tiden. Men det er ikke bra for noen av dere om han knekker sammen.

Sonja: – Jeg syns han kunne gå ut litt mer. Treffe kompiser. Men han finner ikke ro.

Tom: – Kanskje han frykter at det skal skje noe med deg eller at du skal dø mens han er ute?

Sonja: – Jeg vet ikke. Det er plutselig i det siste at han har begynt å reagere, altså.

Tom: – Men før satt du mer i stolen på stuen.

«Håper jeg rekker jula.» Sonja Rogndokken, pasient

Det er nok forskjell for ham å se deg sånn, liggende hele dagen. Det er alltid vanskeligere å se ektefellen sin sengeliggende enn oppe i en stol.

Tom sitter i rullestolen hennes mens de prater.

– Syns du tiden blir lang, spør han.

– Nei, jeg syns ikke det. Jeg har det bra. Kan jo ligge her og kommandere. Hahaha.

Galgenhumor er helt nødvendig, synes hun. Hun har alltid vært sosial og likt å spøke.

Tom: – Det er forunderlig å treffe folk som deg som sier dere har det bra. Men det er godt at du har humor. Da blir hverdagen lettere å takle.

Sonja: – Jeg trodde jeg skulle vri meg i smerter.

Tom: – Du har jo smerteplaster, og smertelindringen kan vi gjøre noe med underveis i sykdommen så du slipper fysiske smerter.

Samtalen veksler mellom spøk og alvor:

– Jeg har raseriutbrudd også. Jeg er ikke så snill som jeg ser ut til her i sengen. Men det er koselig



Støtte: – Den siste tiden er det viktig at energien mest mulig brukes til det som gir glede og velbehag, ikke bekymringer, sier hjelpepleier Tom Rodell Marthinsen i Fransiskushjelpen.

at jeg har fått på meg litt sminke i dag, sier Sonja.

I morgen blir det hårvask. Det skal ikke skje i dusjen, men ved hjelp av en badehette med tørrshampo som blåses opp og varmes, og vips har hun rent hår.

Tom: – Det blir en bli ny-dag!

Sonja: – Ja, det hjelper altså. Jeg er grinete når jeg våkner, men liker å tulle og prate. Du er en veldig fin samtalestøtte, Tom.

Tom: – Og siden du er hjemme, er det du som har styringen.

HVOR LENGE ER DET IGJEN? Nå kommer Gunnar tilbake. Han har vært ute halvannen time. Tom reiser seg, og Gunnar setter seg i rullestolen. Han lurer på hvordan smertene vil utvikle seg.

– Jeg har sett mange dø, men jeg har aldri sett noen dø i smerter, sier Tom.

– Nei? Å, det er flott å høre, sier Gunnar lettet.

«Nå til dags får vi bukt med smertene.»

Tom Rodell Marthinsen,
Fransiskushjelpen

Tom: – Nå til dags får vi bukt med smertene, blant annet med smertepumper. Kroppen får nøyaktig tilpassete doser med medisin, døgnet rundt.

Gunnar: – Det er beroligende. Jeg trodde avslutningen var med smerter.

Sonja skyter inn:

– Det som er nifst er at jeg ikke vet når den kommer.

Tom: – Mange kjenner det på seg selv, og som regel stemmer det. Noen er døende i flere uker, for noen tar det en dag.

Sonja: – Håper jeg rekker jula.

Gunnar: – Hva tror du, Tom?

Sonja: – Det kan ikke han spør.

Tom: – Sånn som du ser ut i dag, håper jeg du rekker jula. Å love noe, kan jeg ikke. Men er det noe spesielt du vil ha gjort, så gjør det nå.

Gunnar: – Egentlig spør jeg ingen om hvor lenge det er igjen. Du er den eneste vi kommer inn på dette med. Men jeg forventer ikke svar.

Det ringer på døren. Hjemmesykepleien er på plass igjen. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleien APP

Se mer:

Se film om Sonja og pleien hun får hjemme.

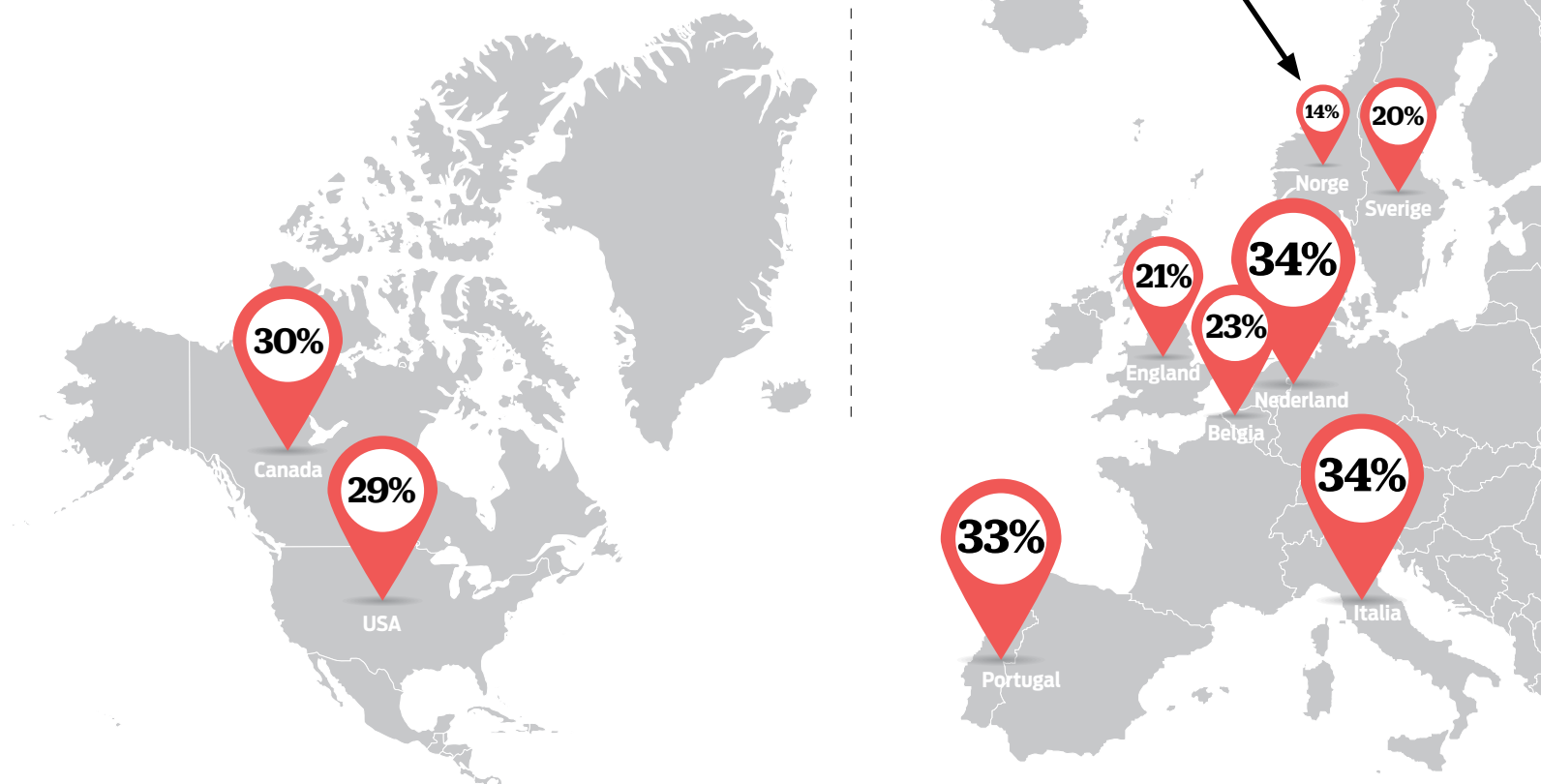


Norge på sisteplass i hjemmedød

14 prosent dør hjemme i Norge. I andre land er hjemmedød-tallet dobbelt så stort.

Det ser ut som at flere med kreft dør hjemme, sammenliknet med befolkningen generelt. I Nederland dør for eksempel 45 prosent med kreft hjemme (mot 34 prosent i befolkningen totalt). Forskning viser at hjemmebasert palliasjon fører til at flere får dø hjemme når de ønsker det. Men det er store mangler i kunnskapen om hjemmedød.

Kilde: Senter for alders- og sykehjemsmedisin, Universitetet i Bergen



Illustrasjon: Colourbox/Sykepleien

Vil vite hvorfor

NEDERST: I Norge dør 14 prosent hjemme, i de store byene bare 7 prosent. Norge inntar dermed jumboplassen i hjemmedød.

Bør det være slik? Nei, mener Bettina Husebø, leder for Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Derfor skal det forskes på dette.

På senteret skal en forskergruppe med Husebø i spissen finne ut hva som fremmer og hva som hemmer hjemmedød. Prosjektet heter «Hjemmetid-hjemmedød».

Planen er å etablere et ambulant team med sykepleiere og leger med palliativ kompetanse. Dette teamet skal støtte hjemmesykepleiere

og fastleger. Også pårørende skal involveres.

– Målet er også å få være lenger hjemme, ikke bare det å kunne lukke øynene i egen stue, sier Husebø.

DE FLESTE VIL DØ HJEMME. Husebø er tysk, men flyttet til Bergen for tjue år siden. Hun er spesialist i anestesi og intensivmedisin med påbygging i palliativ medisin. I flere år har hun jobbet med eldreomsorg på Bergen Røde Kors sykehjem.

De fleste ønsker å dø hjemme. Det gjelder både unge og eldre, friske og terminale, i mange land.

Det fins ikke norske tall for dette, men flere internasjonale studier

sier det samme: Rundt 70 prosent vil være hjemme så lenge som mulig når enden er nær.

– Da er det et paradoks at så få dør hjemme i Norge. Jeg tror at nesten 90 prosent kan være lenge hjemme eller dø hjemme, sier Husebø.

Hun begrunner det slik: De fleste dødsfall kan man forutse. Og et fåtall trenger spesialisert behandling i sykehus.

«Det bør finnes et mangfold av tilbud.» Bettina Husebø, forsker

– Likevel er døden flyttet fra hjemmet til sykehjem og sykehus.

– **ALDERDOM ER KVINNESAK.** En av årsakene til jumboplassen i hjemmedød er endrete familiestrukturer. Alderdom er kvinnesak, sier Husebø:

– De fleste pasienter på sykehjem er kvinner, og de fleste eldre som bor alene er kvinner. De får mest omsorg fra kvinner, både som helsearbeidere og pårørende. Menn dør tidligere, eller de skaffer seg kanskje unge koner, så blir de muligens tatt vare på av dem.

Norske kvinner er blant de mest yrkesaktive i Europa, samtidig som

de får mange barn.

– Dette begrenser deres kapasitet som omsorgspersoner ved livets slutt.

SYKEPLEIERE MÅ SIKRE VERDIG DØD. Mange sykepleiere møter daglig døende og deres pårørende, påpeker Oscar Tranvåg, psykiatrisk sykepleier og postdoktor.

Han er med i forskningsprosjektet.

– Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleierne en fundamental plikt til å sikre sine døende pasienter en verdig død. Den forpliktelsen verken kan eller vil de løpe fra.

En del av prosjektet er å utforske hvorfor det er så viktig for mange å få dø hjemme.

– Trolig er opplevelsen av selvbestemmelse en viktig faktor: Folk vil ikke bli fratatt sin stemme på slutten. De vil ha et reelt valg om hvor de skal dø, sier Tranvåg.

– Men mange har ikke et valg om å dø hjemme. De kan oppleve at det er andre som bestemmer hva som skal skje i deres siste levetid.

Studier viser at friske, eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig.

– Det er der de hører til, men de frykter at de vil miste alt dette. Samtidig vil de gjerne ha døren åpen, slik at de selv kan si at «nå vil jeg på sykehjem», sier Tranvåg.

HVEM DØR HJEMME? – Det har jo en verdi å dø i kjente omgivelser. Men det kan være like verdig å dø på sykehjem eller sykehus, understreker lege og stipendiat Camilla Kjellstadli Thoresen.

Hennes oppgave i hjemmedød-prosjektet er å finne ut hvem som dør hjemme i Norge og hvem som er hjemme de tre siste månedene.

– *Hvor vil du selv dø?*

– Det er lettere å si hvordan man ikke vil dø. For eksempel i en ambulanse i skytteltrafikk mellom sykehus og sykehjem, sier Thoresen.

– *Er det galt å dø i fart?*

– Det kan bli vanskelig å finne roen, og det kan føles utrygt i transport med fremmede, uten å si noe galt om ambulansespersonellet.

Mye må være på plass for en god

hjemmedød:

– Man må ha en plan for å lindre smerte og andre symptomer. Hvem kan man henvende seg til hvis det

Fakta

Hvor dør vi i Norge?

De fleste dør på sykehjem i Norge. Få dør hjemme. Tallene er fra 2013.

Alle	41178
I utlandet	113
Somatisk sykehus	13 018
Psykiatrisk sykehus	29
Pleie og omsorgsinstitusjon	18 695
Annen helseinstitusjon	255
Hjemme	5 768
Under transport til sykehus	104
Annet oppgitt	847
Uoppgitt	2 349

Kilde: Folkehelseinstituttet

blir akutt fredag kveld og fastlegen har gått hjem? Her trengs samarbeid og kompetanse satt i system, og det blir viktig å lytte til pårørende, sier Thoresen.

IKKE BARE KREFT. Langtkomne demente er ikke en del av forskningsprosjektet.

– De fleste av dem er på sykehjem og er en helt annen gruppe enn de vi jobber med.

De vil ha med kreftpasienter, hjertesyke og lungesyke og andre med kort forventet levetid, uavhengig av alder.

– Ofte snakker vi ikke om at kols og hjerte-kar-sykdommer er dødelig. Forberedende samtaler om døden blir sjelden tatt opp, for når passer det? Slike sykdommer kan ha svingende forløp, og det kan være vanskelig å forutsi når slutten nærmer seg. Det kan det også være med kreft, men det er ofte enklere, sier Thoresen.

– **LÆR AV EUROPA.** Forskjellene i Europa er veldig store, påpeker

Bettina Husebø:

– Mange land i sør og øst har ikke sykehjem. Da må de døende være hjemme, så kommer de kanskje på sykehus på slutten. Tradisjonelt er det døtrene som tar vare på dem.

Flere land har mer erfaring med ambulerende team enn Norge. Et eksempel er Østerrike:

– Teamene er tverrfaglige, godt betalt og de besøker bare alvorlig syke og døende pasienter, sier Husebø og understreker at ingen skal tvinges til å dø hjemme.

Et dødsforløp kan gå over lang tid.

– Familier kan gå i grøften hvis de skal passe på i ti år. Men ifølge den engelske rapporten «Stay safe at home» vil døtrene gjerne ha mor lenger hjemme hvis de får avlastning.

Løsningen, tror Husebø, er at flere frivillige må delta, så pårørende kan få et pustehull. Et alternativ er betalt permisjon for å passe mor, som i Østerrike. Der deles også pleietrengende inn i a-, b- og c-grupper.

– C-gruppen får penger som enten kan brukes til å betale tjenester,



Skal forske: Bettina Husebø mener mange flere kunne dødd hjemme i Norge. Nå skal hun sørge for mer fakta om norske forhold.



→ eller pårørende kan beholde pengene og pleie de gamle hjemme, forteller Husebø.

Noen løsninger er mer tvilsomme:

– I Tyskland og Østerrike importerer arbeidskraft fra land som Polen, Albania og Thailand for å være hjemme med mor eller far. I tre måneder, så lenge oppholdstillatelsen varer, bor de hos familien. Så reiser de tilbake og en ny kommer.

Det er et etisk dilemma, for de reiser fra land som ikke har sykehjem, og de forlater sine barn og sine foreldre som sitter alene igjen hjemme.

MER HJEMMEDØD I NEDERLAND. I Nederland er prosentandelen som dør hjemme over dobbelt så stor som i Norge.

– Men der er det korte avstander og tett mellom byene. Pårørende bor aldri langt unna, de kan fort nå fram med tog. Dessuten har



Verdighet: Ingen skal tvinges til å dø hjemme. Det kan være like verdig å dø på institusjon, understreker Camilla K. Thoresen og Oscar Tranvåg.

de et godt system med kompetent hjemmesykepleie og mye frivillighet, og både kvinner og menn jobber oftere deltid.

– Ikke alle har barn som kan passe på?

– Nei, og derfor må vi engasjere oss sammen med venner, og skape

bofellesskap mens man fortsatt er i stand til det. Alle bør reflektere over hvordan man kan bygge sosiale settinger så man ikke blir alene i alderdommen. Vi er avhengig av staten, men alle har et individuelt ansvar.

Hun opplyser at i Tyskland koster det nesten 40 000 kroner i måneden for en sykehjemsplass.

– Den må pasientene selv eller pårørende betale. Jeg snakker om store forskjeller i Europa. Velferdsstaten, som jeg verdsetter høyt, har vi inntil videre i Norge.

I ÅPEN KISTE I STUEN. Foreldrene til Bettina Husebø ønsket å dø hjemme. Og begge døde hjemme, med noen års mellomrom. Begge lå også tre dager i åpen kisten i stuen. Der tok venner og familie avskjed med dem.

– Barnebarna har fått gode minner. Vi kom alle i gang med sørgeprosessen allerede i stuen ved

– Det viktigste er ikke hvor du dør

LINDRENDE: Professor Stein Kaasa mener lindrende behandling bør gis innenfor helsevesenet.

– Bør flere dø hjemme?

– Jeg er blitt mer opptatt av hjemmetid enn hjemmedød. Hjemmedød er nærmest brukt som en suksessindikator. Men det viktigste er ikke hvor du dør, men hvor du er den siste tiden, sier Stein Kaasa.

Han er professor i lindrende medisin og har i en årrekke vært tilknyttet St. Olavs Hospital. Nå leder han kreftavdelingen på Oslo universitetssykehus.

– Norge kommer lavt ut på hjemmedød-statistikken, og høyt på institusjonsdød. Slik samfunnet vårt er skrudd sammen, med høy yrkesaktivitet, er det viktig å se på hvordan sykehjemmene skal se ut i framtiden.

Å differensiere mellom pasientgrupper er viktig:

– En eldre Alzheimer-pasient trenger en annen behandling enn en ungdom som dør av sarkom.

(Sarkom er kreft opptatt i bevegelsesapparat og bindevev.)

KRITISK TIL HOSPICE. – Ved hjemmedød vil man være avhengig av at pårørende stiller opp. At flere dør hjemme i Italia henger sammen med at færre kvinner arbeider og forventninger om at døtre – og sønner – skal ta seg av sin gamle mor og far.

Kaasa har tro på lindrende ambulante team:

– Men spørsmålet er hvor teamene kommer fra. Jeg synes de skal være et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

– Hva synes du om hospice – hjem for døende pasienter?

– Hospice-begrepet er forvirrende, det fører fort til avsporing.

Forkjemperne argumenterer for egne institusjoner. Men det handler om god omsorg og lindrende behandling ved livets slutt. Jeg mener det best kan gis innenfor



Foto: Geir Mogen/TNU

«Sykepleierne bør lære mer om medisinsk palliasjon.»

Stein Kaasa, professor

helsevesenet: sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten.

– MÅ LÆRE OM PALLIASJON. For å få til en bedre død mener Kaasa dette må til:

- Mer kompetanse om palliasjon.
- Mer ressurser til kreftbehandling og lindrende behandling.
- Bedre samarbeid.

– På medisinstudiet i Oslo har palliasjon lite plass, i Trondheim er det bedre. Jeg synes sykepleierne bør lære seg mer om den medisinske delen i palliasjon for å kunne fungere godt i palliative team.

– Frykter du at smertebehandlingen blir for dårlig med mer hjemmedød?

– Nei, heller omvendt. Men dersom de døende er hjemme, må man passe på at det er nok kompetanse og ressurser.

– Føler leger mer kontroll ved å

4 på
gangenBør flere dø
hjemme?

kisten. En intens, men god prosess.

– *Hvorfor er du så opptatt av døende?*

– Man kommer så tett inn på mennesker. Plutselig blir alt veldig sant. Det er ikke tid for tullprat.

– *Hvordan ser hjemmesykepleierne på hjemmedød, tror du?*

– De opplever det som en fjær i hatten når de får det til hjemme. De elsker dette. Det er alltid vondt å gi pasienten fra seg. Men de trenger støtte fra øverste hold, og er avhengig av at fastlegen kommer på hjemmebesøk.

Det er fastlegen som har det overordnede ansvaret ved hjemmedød.

– Sykepleierne må også ha noen å ringe til. Hvis ikke blir de usikre.

Det fins ikke et optimalt helsevesen, understreker Husebø:

– Hver familie og hvert land må finne sine løsninger. Men det bør finnes et mangfold av tilbud. Og de som vil være hjemme, bør få nok støtte. ●
marit.fonn@sykepleien.no

ha døende i institusjoner?

– Selvsagt. Men jeg er ikke overbevist om at de har det. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Fakta

Palliasjon

- Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av fysiske smerter er sentralt.
- Målet er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.
- Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen.

Kilde: Helsebiblioteket

**Astrid Rønsen**

Sykepleier og leder i Hospiceforum Norge

Ja, de som ønsker det. Erfaringer med Ambulant Hospiceteam på Romerike for vel ti år siden viste at tre ganger så mange valgte å være hjemme og å dø hjemme, sammenliknet med gjennomsnittet. Det handler om å ha stødige fagfolk – i særdeleshet sykepleiere. Det hjelper ikke å pøse på med fagfolk hvis ikke pasienten, og ikke minst pårørende, er trygge på at de får den hjelpen og støtten de trenger. Stikkord er kompetanse og organisering.

**Berit Daae Hustad**

leder i Rådet for sykepleieetikk

Ofte er pasient, og særlig pårørende, for utrygg. Det skyldes manglende kompetanse hos de som kommer hjem. Å skape egne team for hjemmedød er vanskelig, og det blir for mange involverte. Utryggheten gjelder ofte smerte- og kvalmebehandling. Men ingenting skaper mer angst enn når man ikke får puste. Når det er mange ufaglærte som kommer hjem, vil de heller på sykehus. Mange flere ønsker nok å dø hjemme i kjente omgivelser med familien rundt seg, men det praktiske er ikke lagt til rette. Dette burde det absolutt arbeides med.

**Kari Sollien**

fastlege og leder i Allmennlegeforening

Undersøkelser viser at flere ønsker å dø hjemme hvis det legges til rette for det. Jeg mener dette er svært viktig å få til. I livets slutfase kan det være behov for kontakt med fastlegen daglig, både i form av sykebesøk og på telefon. Befolkningen har rett til en tilgjengelig fastlege for nødvendig behandling og oppfølging. Dessverre strekker ikke alltid kapasiteten til for å følge opp denne pasientgruppen i den grad det er behov for det. Derfor er det viktig å ha nok fastleger. I dag er det for få. Minst like viktig er kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten.

**Marianne E. Lundberg**

leder for hjemmesykepleien i Søndre Land

Jeg er heldig som har 16 årsverk med sykepleiere. Derfor kan vi legge til rette for dem som ønsker å dø hjemme, i samarbeid med fastlegen og kreftsykepleier. Hos oss er det mulig at enda flere kan dø hjemme. Vi bruker spesielle medikamentskrin når det er behov for symptom- og smertelindring for døende. Vi har også hatt et prosjekt om å tilrettelegge for at også psykisk utviklingshemmede også skal kunne få dø i eget hjem. Mange kommuner har for få sykepleiere, men jeg håper mange flere kan la pasientene som ønsker det få anledning til å dø sammen med sine.

Er du spesialsykepleier og vil utvikle deg faglig innenfor intensiv og nyfødttmedisin? Da bør du søke jobb hos oss!

Nyfødt intensiv!

- Spennende og unik pasientgruppe.
- Faglig utfordrende miljø som jobber kunnskapsbasert.
- Svært gode muligheter for egen faglig utvikling med god oppfølging av faggruppe og leder.
- Individualisert opplærings- og kompetansehevsingsprogram.
- Ønsketurnus.
- 4 fagdager i turnus/året.
- Arbeidstid: 35,5 t/uken.
- Meget godt og inkluderende arbeidsmiljø.



Kompetanse, forskning og omsorg Kun det beste – til de minste

Vi behandler kritisk syke nyfødte og premature. Avdelingen har landsfunksjon for nyfødte med hjertefeil. Vi er en høyintensiv avdeling, som trenger flere engasjerte medarbeidere med spesialkompetanse.

Avdelingen har nylig mottatt utdanningspris for vårt arbeid relatert til utdanning og kompetanseheving internt. Vi har fokus på et positivt læringsmiljø og gir grundig opplæring innenfor faget.

Vi ser etter deg som:

har et sterkt ønske om å jobbe med kritisk syke barn i et engasjert og tverrfaglig miljø. har evne til å takle stress i akutsituasjoner og opprioritere planlagte oppgaver når det er nødvendig.

Vi ønsker sykepleiere med spesialutdanning:
nyfødtsykepleie, barnesykepleie, intensivsykepleie.

Ta kontakt med: Cecilie Thorvaldsen, cthorval@ous-hf.no eller 23074649



Oslo universitetssykehus



Det du skriver i journalen i dag
kan redde liv i morgen.

Derfor jobber vi for en strukturert og standardisert pasientjournal.





Holdning kan hindre aggresjon

• Tekst **Ellen Morland**

ARBEIDSMILJØ: Stadig flere utsettes for vold og trusler på jobb, og ansatte innen helse og sosial er mest utsatt, har tidligere undersøkelser vist. I fagtidsskriftet **Psykisk helse og rus** har Tatiana Penzo, Øystein Skaare og Tone Brita Insterfjord ved akutteamet ved Lovisenberg DPS beskrevet hvordan de arbeider med sikkerheten i akutteam.

TRYGGERE. Forfatterens undersøkelser viser at få ambulante akutteam driver med systematisk sikkerhets- og samhandlingstrening. Deres egen erfaring er at slik trening øker sikkerheten. I de årene teamet har øvet på samhandling, har det ikke hatt personskader. Dette til tross for at en høy andel av deres pasienter sliter med typiske storbyproblemer som rus og sosio-økonomiske vansker og flyktningbakgrunn. Lovisenberg DPS har det høyeste antallet pasienter som er dømt til behandling i Norge.

Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan en utagerende og voldelig atferd oppstår og kan se tegnene på aggresjon. Å kunne kommunisere med pasienten i en slik situasjon krever at man selv kan formidle ro og kontroll. Åpen, konkret og ærlig tale om hva som skjer her og nå, vil kunne dempe konflikt og fremme trygghet.

SIMULERING. I treningen er simulering av autentiske utageringssituasjoner i trygge omgivelser en viktig ingrediens. Metoden har vist seg å være mer motiverende og effektiv enn tradisjonelle læremåter. Mer enn 80 prosent husker det de har vært igjennom og øvd på.

I simuleringstreningen øves det på å opptre med et tydelig og aggresjonsdempende kroppsspråk, lære å sondere rommet og posisjonere seg riktig i forhold til



Ny utgave: **Psykisk helse og rus** NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, i samarbeid med Sykepleien. Bladet kommer som bilag med Sykepleien til medlemmene av faggruppen.

pasienten, utløse alarmen og på samhandlingstrening.

Teorien som ligger til grunn for treningen er at holdninger kan være avgjørende for om man oppnår en god dialog og om utageringen vil eskalere eller avta. Å være aktivt lyttende gjør at pasienten føler seg anerkjent og bekreftet. Det vil også gi sykepleieren best innsikt i pasientens situasjon og gjøre at hun eller han oppfatter tegn og signaler på eventuell økt aggresjon.

ETISK FORSVARLIG. Forfatterne understreker også at man i møte med utagerende pasienter må finne måter å håndtere situasjonen på som er etisk forsvarlige.

Grunnleggende prinsipper er å ikke skade, ikke krenke, gripe inn minst mulig og få til mest mulig pasientmedvirkning. Målet er å ivareta pasientens verdighet og samtidig ivareta egen sikkerhet. •

ellen.morland@sykepleien.no

De kjente og kjære.....



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



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



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

De ukjente og fremtidens kjære.....



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



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

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

ditt naturlige valg
NATUR
import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no



Kirkenes. – Møtet med flyktningene har gjort noe med meg, sier Tine Renee Sætrevik. Hun er sjef for sykepleierne som jobber lange dager på transittmottaket for asylsøkere i Kirkenes.

– Jeg klager
mindre enn før





Skjermes: Asylsøkernes hjem beskyttes strengt mot nysgjerrige journalister. Tine Renee Sætrevik får ikke lov av kommunen å vise oss kontoret sitt inne i Fjellhallen.

FJELLHALLEN

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Hans Aage**

Det graves i Sør-Varanger kommune. Veien mellom flyplassen og Kirkenes sentrum er full av maskiner og avstengte kjørefiler. Trange og humpete strekninger lager kø. Sånn har det vært lenge, og sånn skal det være ennå ei stund.

FORANDRET. Vanligvis ville sykepleier Tine Renee Sætrevik irritert seg grønn over å måtte stampe i kø når det haster å rekke barnehagen på Bjørnevatn utenfor sentrum før den stenger klokka fire. Hun er alenemor og har ingen mann å fordele henting og bringing med.

– Hvorfor må jeg alltid bli henta sist, sa sønnen Sander til henne her om dagen.

Men etter at hun i høst begynte å jobbe i Fjellhallen

på kommunens transittmottak for asylsøkere, har hun liksom forandra seg. Selv om hun nå ofte må jobbe overtid og kanskje ikke rekker barnehagen, går ikke verden under for det. Hun har heldigvis sine foreldre i nærheten som ofte hjelper til med henting og middagslaging.

MER TAKKNEMLIG OG ENGASJERT. – Jeg klager mindre over småting i hverdagen. Jeg er blitt mer takknemlig for hva vi har her. At sønnen min har en trygg seng og at jeg har min familie i nærheten, sier hun hjemme rundt middagsbordet.

Hun og Sander har pølse i brød til middag, Sanders favoritt. Sætrevik får ikke lov å møte Sykepleien på jobb i Fjellhallen. Kommunen har bestemt at asylsøkerne skal skjermes for all presse, så hun har invitert oss hjem i stedet.



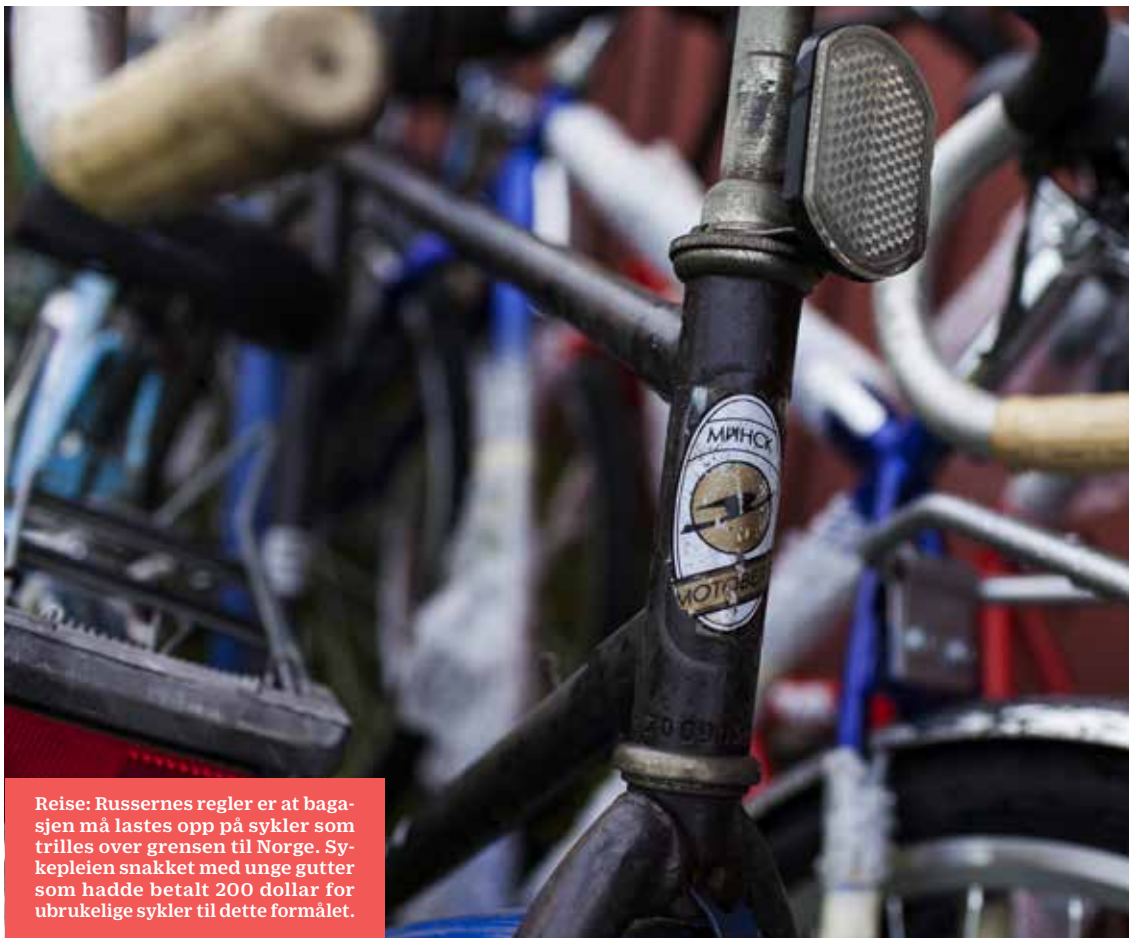


Fakta

Flyktningfakta i Finnmark

- Per 1. november var det de siste tre ukene kommet 1 784 asylsøkere via Norges eneste grensestasjon mot Russland: Storskog, i Sør-Varanger kommune. Til sammen i år har det kommet om lag 3 000 migranter denne veien.
- Den siste uka i oktober kom det 800 asylsøkere til Sør-Varanger. 114 per dag. Sammenliknet med innbyggertallet, tilsvarer det at Oslo skulle fått 6 840 asylsøkere per dag.
- Servi på tallene for hele året, kommer de fleste fra Syria (67 prosent hittil i uke 43), etterfulgt av irakere, afghanere og statsløse.
- En ny trend har oppstått etter at den nordlige ruten til Europa har blitt kjent: 68 prosent av dem som kom i uke 43 kom fra andre land enn Syria. De fleste kom da fra Afghanistan, etterfulgt av Irak.
- Flere har begynt å gå de tre milene fra Nikel til grensepasseringsstedet, fordi det er fullt på overnatningsstedene i Nikel. De er tynnkledde og gradestokken kryper under null på denne tiden (se video på sykepleien.no).
- Noen av asylsøkerne er sendt videre til Hammerfest og Sulitjelma, men de fleste har blitt innlosjert av Sør-Varanger kommune, på transittmottak og hotell. Her sjekkes de for tuberkulose før de sendes videre til ordinære asylmottak i resten av landet.
- Siden transittmottaket åpnet, har det vært ca. 2000 asylsøkere innom per 3. november.

Kilder: Storskog grensepasseringssted, NTB, The Independent Barents Observer, Aftenposten



Reise: Russernes regler er at bagasjen må lastes opp på sykler som trilles over grensen til Norge. Sykepleien snakket med unge gutter som hadde betalt 200 dollar for ubrukelige sykler til dette formålet.

→ – Jeg har nok blitt mer engasjert. Før brydde jeg meg ikke om nyheter. Nå er det nesten litt for mye. Jeg må få med meg alt som skrives om asylsøkerne. Jeg har blitt avhengig av å lese alle kommentarene og ligger våken om nettene og pønsker på hva jeg skulle ha svart dem. Jeg må nesten beskytte meg sjøl litt. Det er utrolig hva folk kan lire av seg i kommentarfeltene. Det er mye fremmedfrykt der ute.

OMGJORT STILLING. Tine Sætrevik er egentlig ansatt i halv stilling som flyktningsykepleier ved kommunens helsestasjon og halv stilling på medisinsk avdeling ved Finnmarkssykehuset, klinikk Kirkenes. Den 20. september ble stillingen omgjort. Nå er hun en dag i uka på helsestasjonen og resten i Fjellhallen, kommunens idrettshall hvor 150 asylsøkere til enhver tid bor i tre etasjers senger. De kan være der inntil fire dager før de sendes videre til ordinære asylmottak rundt omkring i landet.

Tre andre sykepleiere jobber sammen med Sætrevik, deres stillinger er utlånt fra kommunen. En kommer fra sykehjem og en fra en rehabiliteringsinstitusjon. En kommer fra vikarbyrå.

Kommunen har skrevet kontrakt med UDI om bruk av Fjellhallen fra slutten av september til mars neste år.

LAGET SKJEMAET SELV. Sætrevik og kollegene sørger for å ta den aller første helsesjekken av asylsøkerne. Det gjøres ved hjelp av et intervju.

– Jeg henvendte meg til et annet transittmottak for å se hvilket skjema de brukte, men hørte ikke noe. Jeg fikk ikke noe fra UDI heller.

Så hun utarbeidet like godt et forenklet skjema basert på det hun bruker som flyktningsykepleier overfor de asylsøkerne som er direkte bosatt i kommunen. Skjemaet ble godkjent av smittevern- og kommuneoverlegen, og nå bruker de det samme i Bergen også.

– Vi spør om sykdomshistorikk, om de føler seg friske nå, hvilke medisiner de går på og om de har behov for noen nye. Om de har allergier og om de har vært utsatt for vold eller tortur.

KALDT. – *Hvordan er helsetilstanden deres?*

– Veldig bra. Hittil har ingen fått påvist smittsom tuberkulose i lungene. Men ungene og kvinnene går

«Det er bare 18 grader i Fjellhallen.»

Tine Sætrevik

aldri ut, selv om vi oppfordrer dem til å få ungene til å gå på lekeklassen eller sparke litt fotball. De klager på kulden. Har de vondt i foten, er det kulden sin skyld. Det er bare 18 grader i Fjellhallen.

– Har dere tolker nok?

– Stort sett. Vi bruker tolk også for dem som snakker engelsk, for å unngå misforståelser.

TUBERKULOSETESTING. Etter denne første helsesjekken, skriver sykepleierne ut rekvisisjoner for røntgen og blodprøver (IGRA-test). Så kjøres asylsøkerne til sykehuset hvor de testes for tuberkulose. Fem timer noen ettermiddager og kvelder hver uke, samt litt på dagtid, sitter bioingeniører og sykepleiere klar med nålene, og radiografene tar røntgenbildene. De jobber frivillig overtid.

Tre glass med blod og to røntgenbilder tas av hver person. Røntgen tas bare av de over 15 år.



«Hittil har ingen fått påvist smittsom tuberkulose i lungene.»

Tine Sætrevik



Pøsegutt: Sanders favorittmiddag er pølse. Det passer bra når arbeidsdagene på transittmottaket blir lange og tiden til matlaging blir mindre.



Seinere fører Sætrevik og kollegene på prøvesvarene i skjemaet når de kommer.

Røntgenbildene kan si om asylsøkerne har tuberkulose i lungene, som jo er den smittsomme typen. De tolkes dagen etter. Blodprøvene kan si noe om tuberkulose andre steder i kroppen, men dette er ikke smittsomme typer. Glassene sendes til Tromsø og tar lengre tid å få svar på. Da er flyktningene sannsynligvis reist, og sykepleierne må ha orden i papirene for å finne ut hvor svarene skal sendes.

– Over 10 prosent har påvist smitte ved IGRA-prøvene, men dette er altså ikke den smittsomme typen. Røntgen har påvist tuberkulose i lungene hos noen, og disse har blitt isolert mens vi har tatt hosteprobe (ekspektoratprøve) for å påvise om det er smittsom type. Det har det hittil ikke vært, sier beredskapskoordinator ved sykehuset i Kirkenes, Geir Braathu.

TAKKNEMLIGE. Før asylsøkerne ankommer mottaket, har bagasjen deres blitt gasset for å drepe eventuelle småkryp og utøye.

– *Hva sier asylsøkerne om all denne helsesjekkingen?*

– Ingen synes det er rart at vi gjør det eller at vi er helt «nazi». De er i godt humør og det virker som de setter pris på det og føler at vi bryr oss.

– *Hva sier de om mottakelsen i Kirkenes?*

– De er så takknemlige. De er kristne og muslimer om hverandre og stemningen er rolig. Og så hjelper de til. Jeg synes det er mye hyggeligere å jobbe med disse folkene enn nordmenn. Ei som kom og skulle levere varer til Fjellhallen, rakk bare å åpne døra på bilen, så hadde plutselig fem menn som stod utenfor og røykte, båret inn alle varene for henne. Det hadde ikke skjedd med norske menn!

MYE PAPIRER. Sykepleierne fører alt på papir, ikke noe er digitalt. De har allerede flere permer med data.

– Vi tar kopier av alt. Jeg savner noen til å avlaste oss med papirarbeidet og utsending av prøvesvar, sier Sætrevik.

– *Hvor fort jobber dere?*

– Vi kan klare seks-sju stykker på en halvtime, men så kan det plutselig komme en det er noe med, og så går det en halvtime på den. I går gjorde vi helsesjekk på 40 stykker på fem timer. Det

blir oftest overtid, og jeg blir sliten.

– *Hvordan er kjønnsfordelingen blant asylsøkerne?*

– Det er mest menn. Kanskje over 70 prosent. Rundt 20 prosent er barn og kanskje 10 prosent kvinner, anslår Sætrevik.

Hun synes lydnivået i fjellhallen kan være ubehagelig høyt med alle fjellveggene.

– Vi har forsøkt å fylle på med pappeskene med utstyr som vi lagrer rundt omkring for å dempe klangen.

ETT ELLER TO BILDER. En buss kommer rullende inn foran sykehuset i Kirkenes litt over klokka fem om ettermiddagen. Plutselig er det 65 personer inne i resepsjonen. Menn, kvinner og barn. Noen snakker lavt på arabisk. De geleides inn til laboratoriet og røntgenavdelingen hvor de slår seg ned på stoler på venteværelset og i korridorene rundt. Stemningen er rolig, mange surfer på mobiltelefonene sine. Det er gratis nett-tilgang på sykehuset.

En dame med gul crew-vest er den eneste tolken. Hun flyr inn og ut mellom gangene non-stop. Inne på et kontor med vidåpen dør sitter leder for radiologisk avdeling, Ranvei Sneve, foran datamaskinen. I det siste har hun jobbet fra morgen til seint kvelden hver dag.

Hun leser forskriftene fra helsemyndighetene. I Kirkenes tar de to røntgenbilder når de tester for tuberkulose, et forfra og et fra siden. Det er mer enn minstepbefalingene fra Folkehelseinstituttet. Nå er antallet asylsøkere imidlertid så høyt at de fremover vil gjøre som transittmottak andre steder i landet hvor det kun tas ett bilde.

Myndighetene vurderer fortløpende endringer i gjennomføring av tuberkulosekontroll for å kunne håndtere et høyt antall asylsøkere. I Kirkenes prioriteres rask røntgen. Det er det viktigste for å finne smitteførende tuberkulose. Blodprøvetaking som kan avdekke latent tuberkulose kan vente, det er anbefalt tatt innen to måneder.

På bordet bak Sneve ligger stillingsannonser som må leses korrektur på. Der søker de etter en til to radiografer, helsesekretær/bioingeniør til både røntgen og laboratoriet, samt helsesekretær/assistent til røntgen.

ETTERORD. Etter at Sykepleien besøkte Kirkenes i midten av oktober, startet bygging av et nytt transittmottak i kommunen: en leir ved flyplassen med 600 overnattingsplasser.

Rutinene i Fjellhallen er lagt om på grunn av den økte tilstrømmingen av asylsøkere. Nå utføres ikke lenger helsesjekk. I stedet tar sykepleierne seg av alle som trenger akutt helsehjelp. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Sykepleien APP
og Sykepleien.no

Se film

Geir Braathu, forteller om flyktningssituasjonen og arbeidet som gjøres på sykehuset.



Moss. Frontene er steile i debatten om demenssatsing etter at driften av Orkerød sykehjem ble overlatt til Norlandia.

Rasert, eller bare forandret?

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

Orkerød sykehjem ligger idyllisk og naturskjønt til på Jeløya rett utenfor Moss sentrum. Det er et område, som kan friste noen hver ut på søndagstur. Det er tross alt ikke her, ved den fredfulle skogkanten, men i lokalavisspaltene det har larmet som verst denne høsten.

Et leserbrev i Moss Avis 28. august ga startskuddet for en debatt med høy temperatur og til dels svært motstridende synspunkter.

BREVET. I nevnte leserbrev hevdet legene Lorentz Nitter, Knut Lindholm og Linda Gathen, som alle tre har vært knyttet til Orkerød, at det som der var bygget opp av demenskompetanse over 13 år, var blitt revet ned i løpet av ett år.

De skriver blant annet at «det blir lovet veiledning og opplæring i blant annet demensutredning og demensforståelse, men dette blir ikke prioritert». Videre at «den demensfaglige tenkningen og utredningen av demente pasienter er omtrent fraværende».

Det er konkurranseutsettingen av driften, og det private selskapet Norlandia Cares overtakelse fra kommunen 1. september i fjor, som skal ha skapt en markant forverring, ifølge brevskriverne.

FORANDRING, IKKE FORVERRING. Dagens ledelse ved hjemmet

sier seg sterkt uenig i påstandene i leserbrevet.

– Det er snakk om forandring, ikke forverring, sier daglig leder Sissel Ruud-Hansen i dag.

Hun tar imot Sykepleien på et fargerikt kontor, en stil som gjenspeiles også andre steder på sykehjemmet.

– Vi har vært opptatt av å skape demensvennlige omgivelser her, forklarer hun.

– I samarbeid med oppdragsgiver, Moss kommune, har vi fått byttet ut en del møbler og interiør slik at omgivelsene blir tilpasset beboerne.

Debatten har preget høsten for Ruud-Hansen og Orkerød, som nå sier hun mest av alt ønsker ro for både ansatte, beboere, pårørende.

«Det er snakk om forandring, ikke forverring.» Sissel Ruud-Hansen, daglig leder Orkerød sykehjem

– Det er klart at omstillinger som dette kan skape uro og usikkerhet blant ansatte, men det er feil å si at vi har mistet vesentlig kompetanse. Vi har bare organisert annerledes. Noen valgte å slutte i prosessen rundt konkurranseutsetting, men de aller fleste har

jobbet her lenge og har solid kompetanse innen demensomsorg.

TILFREDS ORDFØRER. Det har vært lokalvalg i mellomtiden. Høyreordfører Tage Pettersen blir sittende. Opposisjonens uttalte ambisjoner om å tilbakeføre privatiserte og konkurranseutsatte virksomheter, som Orkerød, til kommunal drift, vil dermed neppe bli realisert i overskuelig fremtid.

Ordfører Pettersen sier seg, i likhet med Ruud-Hansen, tilfreds med tingens tilstand.

– Norlandia hadde noen utfordringer med sykepleierdekningen i starten, men det har de rettet opp i. Så lenge min rådmann forteller meg at de driver etter kontrakten, så er jeg tilfreds, sier han til Sykepleien.

– Jeg synes derimot det er synd at denne debatten har rammet de ansatte og pårørende hardt, men det var selvsagt ikke meningen fra noen av de involverte.

Ifølge Pettersen var tilbudet fra Norlandia hele ti millioner kroner rimeligere per år enn det kommunens eget foretak la på bordet. Som privateid selskap skal Norlandia helst også gå med overskudd, men Pettersen mener de likevel kan levere et vel så godt tjenestetilbud som kommunen.

– Så lenge vi har definert hvilken og hvor mye fagkompetanse som trengs, så er svaret «ja» på det.

Fakta ●●●●

Orkerød sykehjem

- Sykehjemmet ligger på Jeløy i Moss.
- Ble opprettet i 2001.
- Har vært Moss kommunes spesialsykehjem og kompetansesenter for demensbehandling og -utredning.
- 1. september 2014 overtok Norlandia Cares driften fra kommunen etter en anbudskonkurranse. Debatten går om sykehjemmet etter det har klart å opprettholde kompetansen på demens.



Kritisk: Lege Lorentz Nitter mener demens-tilbudet er revet ned det siste året.



Feil: Daglig leder Sissel Ruud-Hansen tilbakeviser Nitters påstander og mener demens-tilbudet er godt på Orkerød.

Norlandia har levert med hensyn til kravene og har dessuten større dekning av sykepleiere enn det var under kommunal drift. De har også lavere sykefravær.

DYR DEMENSOMSORG. Orkerød sykehjem ble opprettet rundt tusenårsskiftet og har vært Moss kommunes spesialsykehjem og kompetansesenter for demensbehandling og -utredning.

Mange lot seg imponere av resultatene, og da statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg besøkte Orkerød i fjor sommer, skrøt hun til Moss Avis at demenssatsingen der var «bedre enn jeg har sett noe annet sted i landet».

Ikke dermed sagt at alt var rosenrødt og på stell under kommunal drift. Det var flere som den gang påpekte hjemmets utfordringer med rekruttering og høyt sykefravær, samt kritiserte daværende ledelse.

Utspillet fra de tre legene om konsekvensene av konkurranseutsettingen, har derimot ikke gått

på den generelle driften, men på forhold knyttet til spesialkompetanse, intern opplæring og satsing på diagnostikk og utredning.

– Orkerød har vært et såkalt kompetansesenter for demensproblematikk, og jeg mener at det faglige nivået nå er for lavt til at det fremdeles kan kalle seg det, sier doktor Lorentz Nitter når vi treffer ham på hans legekontor i Moss sentrum.

Det er viktig for ham å understreke at dagens ansatte ved Orkerød, så langt han kan bedømme, gjør en fremragende jobb. Han tviler ikke på at dagens beboere får forsvarlig og god omsorg.

– Det som er viktig for meg i denne saken, handler ikke om den daglige omsorgen, men om det demensfaglige. Det har vært en betydelig svekkelse av demensutredningen på Orkerød, hevder Nitter, som har jobbet ved hjemmet siden oppstarten.

SATSER PÅ KOMPETANSE. Daglig leder Ruud-Hansen avviser Nitters

påstander om at det ikke satses nok på kompetanse og utredning under Norlandias drift.

– Vi skal innrømme at det nok var noen feilansettelser og feilplasseringer av personell i starten, og vi måtte rokere underveis. Men vi overtok en institusjon med mange

«Det er ikke mulig å tjene penger på demensomsorg.»

Lorentz Nitter, lege

ubesatte stillinger og måtte komme i gang med rekruttering raskt.

Hun forteller videre at de satser mye på kompetanseheving innen geriatri og demens, både gjennom intern opplæring, på høyskoler og via tilbud fra Nasjonal

kompetansetjeneste for aldring og helse.

– Dessuten har en stor andel av helsefagarbeidere som i dag jobber på utredningsavdelingen, lang erfaring fra geriatri og demensomsorg.

Ruud-Hansen forteller videre at en stor andel av hjemmets ansatte har vært, og enda flere skal, gjennom studiepakken *Demensomsorgen ABC* og *Demensomsorgens ABC miljøbehandling* fra Aldring og helse.

UFORUTSIGBARE KOSTNADER.

Doktor Nitter understreker til Sykepleien at han ikke er prinsipielt mot konkurranseutsetting av kommunale omsorgstjenester. Han mener derimot at demensproblematikk har utfordringer som det er vanskelig å ta høyde for gjennom en anbudsprosess.

– Norlandia fikk tilsagnet blant annet på grunn av pris, men det er umulig å forutsi hva en demenspasient vil koste. Det finnes mange ulike typer demens, og én enkelt bruker



→ kan kreve opp til tre ganger så mye ressurser som en annen.

Legen mener å ha sett en generell utvikling der personer med demens, som tidligere ville fått plass på institusjon, nå tas hånd om av hjemmetjenesten. I lettere tilfeller blir ikke sykdommen diagnostisert og utredet, ifølge Nitter, som mener langtidsplasser på sykehjem nå i større grad fylles opp av mer krevende brukere.

– Før var det flere «enklere» brukere og en større aksept for medikamentbruk innen demensomsorgen. Nå stilles krav om eksakte diagnoser og miljøterapi, noe som kan bidra til at flere av de lettere tilfellene rett og slett ikke diagnostiseres, men blir gående hjemme, sier Nitter.

Han mener dermed at institusjonene vil få en økende andel krevende brukere og at utgiftsnivået vil øke.

– Derfor tror jeg rett og slett ikke det er mulig å tjene penger på demensomsorg – å drive det som butikk, sier han.

Høyre-ordfører Tage Pettersen er av en annen oppfatning.

– I prinsippet mener jeg alt innen helse- og omsorg kan drives av private aktører, men det betinger at kommunen må kunne bestille på en god og tydelig måte og at oppfyllelsen av kravene kan måles, sier han.

Han forteller at dersom det i tiden fremover blir aktuelt å konkurransesette andre kommunale tjenester i Moss, vil det derimot være til ideelle organisasjoner.

MISFORNØYD OPPOSISJON. – Vi er ikke tilfreds med Norlandias drift av Orkerød, sier fraksjonsleder i Arbeiderpartiet, Fred Jørgen Evensen.

– Det er et faktum at kvaliteten på demenskompetansen ved Orkerød har blitt dårligere. Det innrømmet da også rådmannen i Moss tidligere i høst, påpeker Evensen.

Opposisjonen i Moss, ved Arbeiderpartiet, SV og Rødt, lovet under valgkampen at de så raskt som mulig ville tilbakeføre privatiserte og konkurransesatte virksomheter til kommunal drift, så snart kontraktene åpner for det.

– Vi har aldri sagt at beboerne på

Orkerød ikke får god omsorg, men dette handler – som Nitter påpeker – om kontinuiteten og oppbygging av kompetanse, understreker Evensen.

Han sier at hans parti ser prinsipielle utfordringer med konkurranseutsetting av slike tjenester.

– Det blir for det første et ledd til som skal tjene penger. Driften blir også mer lukket, der kommunen står på utsiden i stedet for å ha egne folk som rapporterer direkte.

– Vi ser også private er flinke til å skrive vannrette kontrakter, som sikrer dem progresjon i driftstilskudd, også i år der kommunen må kutte. Dermed blir kommunalt drevne virksomheter ekstra sulteforet.

IKKE PROFITTORIENTERT. – Vi er ikke drevet av profitt, men jobber her fordi vi brenner for god demensomsorg og vi betrakter virksomheten som en del av velferdsmodellen, sier daglig leder ved Orkerød Sissel Ruud-Hansen.

Hun påpeker at de må forholde seg til de samme retningslinjer for behandling som andre.

– Vi ruster opp om det trengs, og ønsker å minimere sykehusinnleggelses, da dette ofte oppleves traumatisk for et menneske med demenssykdom.

Ruud-Hansen jobbet også på Orkerød da sykehjemmet var under kommunal drift.

– Det gjøres mye fint innen kommunal omsorg også, men vi ser at styrken til Norlandia er at de har

«Vi ønsker å minimere sykehusinnleggelses, da dette ofte oppleves traumatisk for et menneske med demenssykdom.»

Sissel Ruud-Hansen

utrolig gode systemer for intern kontroll og oppfølging.

En av doktor Nitters innvendinger, er at selv om Norlandia har gode prosedyrer på papiret, så svikter det når det gjelder å etterprøve at disse virkelig blir implementert.

– Det stemmer ikke. Vi følger opp

gjennom både månedlig intern revisjon og årlig revisjon fra Norlandias kvalitetsteam. Norlandia og Orkerød er dessuten ISO-sertifiserte virksomheter. Det betyr at vi har hatt inne eksterne kontrollører, som har sjekket både våre systemer og hvordan systemene følges opp i praksis.

KREVENDE OG KOSTBART.

Doktor Nitter holder fast ved sin kritikk, og forteller at han har opplevd massiv støtte etter sitt innlegg og den etterfølgende avisdebatten.

– Sykepleiere på Orkerød har tatt massiv kontakt og uttrykt enighet med meg. Jeg kjenner også mange pårørende og tror ikke det er en gjengs oppfatning at kritikken er feilplassert.

Nitter forteller at han ønsker en prinsipiell debatt rundt hva som er god demensomsorg, hva det virkelig koster og om samfunnet skal ta seg råd til det.

– Om svaret er «nei, det blir for dyrt», så får man heller være ærlig om det. Det er nemlig krevende og kostbart! Vi må løfte diskusjonen opp til et høyere nivå enn at dette handler om å dekke primære behov. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no

Fakta

Konkurranseutsetting av sykehjem

- Temaet har, siden tidlig 90-tall, vært et hett tema i det offentlige ordskiftet, både nasjonalt og lokalt.
- Ifølge tall fra Norsk institutt for by og regionsforskning, økte antall kommuner som konkurranseutsetter sykehjemdrift fra 15 i 2004 til 23 i 2012. (Tallet kan dog i realiteten ha vært lavere da det i undersøkelsen ikke ble skilt tydelig mellom driftstjenester og helse- og omsorgstjenester.)
- Selv om meningene kan være svært basstante på begge fløyer av debatten, har det vist seg vanskelig å konkludere klart om hvorvidt kvaliteten blir dårligere eller bedre under privat drift.
- Fafo-rapporten «Konsekvenser av konkurranseutsetting» fra 2013 viser til at forskningslitteraturen ikke gir noe entydig svar på dette, verken for Norge, Sverige eller Danmark.
- En gjennomgang foretatt av organisasjonen For velferdsstaten i 2012, viste at private aktører vant anbudsrunder i 38 av 47 undersøkte tilfeller.
- Selv om det ofte fra kommunalt hold understrekes at kvalitet teller mer enn penger, hevder For velferdsstaten at kommersielle aktører ofte vinner anbud på pris.
- Samtidig konkluderte nevnte Fafo-rapport, etter gransking av fem utvalgte kommuner, at ingen av disse hadde oversikt over de samlede utgiftene knyttet til konkurranseutsetting. Det vil blant annet si hva det kostet å gjennomføre anbudsprosesser, utforme egne tilbud samt følge opp og kontrollere at de private aktørene leverte etter avtale.

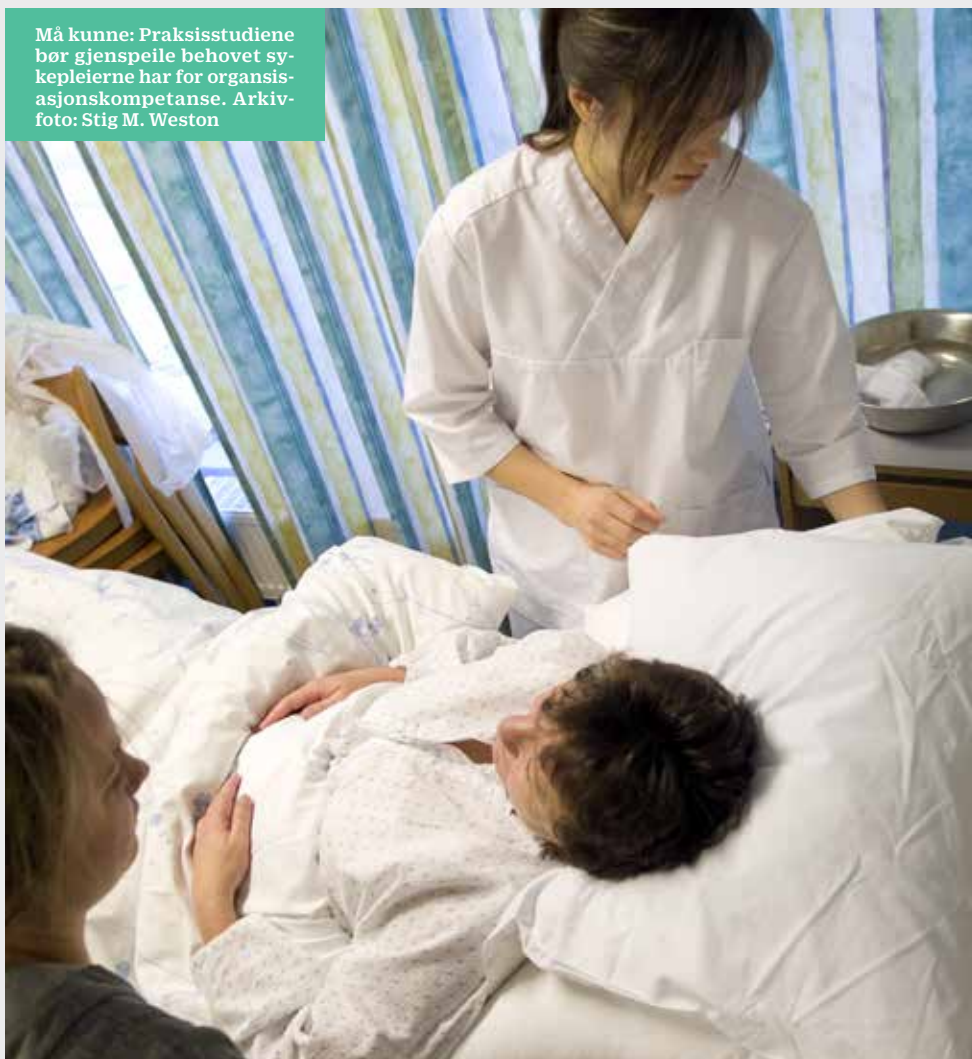


Sykepleie

Del 2 Sykepleien 11 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju

Må kunne: Praksisstudiene bør gjenspeile behovet sykepleierne har for organisasjonskompetanse. Arkivfoto: Stig M. Weston



Må lære organisering

Samarbeid. Det er viktig at samarbeid på tvers av faggrupper inngår i praksisstudiene. **60**



Samtykkekompetanse. Hvert enkelt tilfelle må drøftes. **58**



«**Man må våge å satse.**» Pernilla Lagergren. **52**



Multidoser. Rett medisin til rett tid. **54**



Min jobb. Rus og psykisk helse. **64**



BRUKER IKKE NY KUNNSKAP

Sykehjem. Ansatte tilegnet seg nye erfaringer og kunnskap som viste seg vanskelig å gjennomføre i praksis.

KVALITATIV STUDIE:

Artikkelen bygger på
50% praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55634



Guri Bitnes Wiik, anestesisykepleier og høyskolelektor, bachelorutdanning i sykepleie, Høgskolen i Nord-Trøndelag

I tilknytning til etablering av lindrende enhet ved et sykehjem, satte man igang med kompetansehevede tiltak for helsepersonell.

POLITISK FORANKRET. Etablering av lindrende enhet var en politisk forankret avgjørelse i den aktuelle kommunen, og bestillingen fra det kommunale sykehjemmet var temaene lindrende omsorg og behandling, kommunikasjon og ernæringsutfordringer. Integreert undervisning ble valgt som pedagogisk metode, og simulering og gruppearbeid var sentralt i oppgaveløsningen. Hensikten med den pedagogiske tilnærmingen var å knytte teori til praktisk sykepleieutøvelse. Målet var å implementere kunnskapen på eget arbeidssted.

DELTAKERNE. Til sammen 20 sykepleiere og hjelpepleiere fra det aktuelle sykehjemmet deltok på ukesamlingen. Deltakerne verdsatte muligheten til å få oppdatert kunnskap, spesielt ble teori knyttet opp mot relevante caser vurdert som en nyttig og god læringsform. Å få mulighet til oppdatering blir også nevnt som en faktor som gir bedre samhold på arbeidsplassen (1). Kurset skulle også gi nyttig kunnskap om å anvende kartleggingsverktøy for å registrere smerter hos pasientene.

METODE. Seks sykepleiere og fire hjelpepleiere fra det aktuelle sykehjemmet deltok i fokusgruppeintervju et år etter gjennomført fagsamling, og ble fordelt på to heterogene grupper. Det ble benyttet delvis strukturerte spørsmål i fokusgruppeintervjuene. Spørsmålene var knyttet til kurssets gjennomføring, nytteverdi og hvorvidt kunnskap og erfaringer fra kursdagene var implementert i avdelingen (2). Studien er vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

PLEIERNES BESKRIVELSE. Gjennom å delta i fokusgruppeintervjuer, fikk deltakerne mulighet til «å se tilbake» på fagsamlingen de deltok på ett år tidligere. Dette ga dem mulighet til å diskutere og reflektere sammen, og se situasjoner med et nytt blikk. En tilnærming som egner seg for å synliggjøre erfaringer og holdninger hos flere som samarbeider (2).

Pleierne har stor vilje til å yte det maksimale for de hjelpetregende, men opplever at de ikke strekker til. De mangler tid, personale, tilstrekkelig legedekning og assistenter som kan avlaste dem i alle oppgavene de må ta hånd om: «Vi skal lage mat, vaske kjøleskap, følge med på temperaturen i kjøleskap, sette inn i og ta ut av vaskemaskinen, varme middagen – huske på å sette på ovnen.»

STRESS. Deltakernes beskrivelser av situasjonen viser at det blir liten mulighet til å ivareta kontinuitet i pleien av pasientene, noe som lett kan føre til stressende situasjoner for både pasienter og pleiere. Heidi Haukelien beskriver i sin doktorgradsavhandling en opplevelse av arbeidshverdagen som fra observatørens side oppleves vanskelig både moralsk og følelsesmessig. Haukelien har anvendt deltakende observasjon som metode i en sykehjemsavdeling. Pleiernes travelhet står i kontrast til det hjelpebehov beboerne har (3): «21 beboere og 17 som trenger hjelp i spisesituasjon, og bare fire helsepersonell gir ikke rom for de gode stundene».

FRUSTRETE. Pleierne føler seg ikke komfortable med at tiden i økende grad benyttes til assistentoppgaver og at mindre tid og oppmerksomhet rettes mot direkte pasientomsorg. De har ikke lenger assistenter på avdelingen. Pleierne er frustrerte over mange oppgaver på få hoder og hender. Et personale på fire pleiere skal ivareta 21 pasienters behov for hjelp til å få dekket grunnleggende behov samt oppgaver som sengering, rydding og vasking av rom.

En pleier uttrykker: «Jeg rekker ikke å stille mer enn to pasienter før jeg skal begynne å smøre

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Studien viser et sprik mellom intensjoner fra ledelsen og resultater ved sykehjemmet. Sykepleierne hadde stor vilje til å anvende ny kunnskap, men forholdene var ikke lagt til rette.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Organisering
- Kurs
- Undervisning
- Palliasjon
- Sykehjem



Husmoroppgaver: Ansatte ved sykehjemmet bruker mye tid på tilberedning av mat til beboerne, som skulle vært brukt til å assistere pasienter som trenger hjelp til å spise. Arkivfoto: Erik M. Sundt

frokost som tar nesten en time. Hvis noen kunne ha tatt seg av slike ting ... Det jeg ønsker å arbeide med, har jeg minst fokus på. Jeg går aldeles tom, jeg.» Kravet om antall måltider blir vektlagt, men mindre oppmerksomhet rettes mot at måltidene blir spist. Sentrale sykepleieoppgaver er observasjon og kartlegging av for eksempel beboernes ernæringstilstand og smerte. Ifølge deltakerne i studien, er det minimal tid til dette.

MINISYKEHUS. Flere av deltakerne i studien savner muligheten til

«Mindre tid og oppmerksomhet rettes mot direkte pasientomsorg.»

å diskutere ulike problemstillinger i løpet av arbeidsdagen, da de skal håndtere mange beboere og komplekse problemstillinger. De fremhever også at de har et stort behov for å kunne diskutere med legen,

men at tidsrammen er så begrenset at det sjelden lar seg gjennomføre. De opplever at arbeidsplassen fungerer som et minisykehus da pasienter raskt kommer tilbake etter sykehusopphold.

KJENNSKAP VIKTIG. De organisatoriske valg man tar og begrensninger som innføres, har stor betydning for hverdagen og omsorgen man tilbyr beboerne. Deltakerne beskriver hvilke endringer som har skjedd og at «kulturen» er forandret. De ruller mellom flere avdelinger, noe de mener vanskeliggjør

kontinuitet i pleien. God kjennskap til beboerne er sentralt, spesielt ved smertekartlegging av beboere med kognitiv svikt.

En av kursdeltakerne understreker dette med å si: «Det er viktig å unngå smertetopper, forstå signalene fra pasienten og være i forkant av smertene». Det blir også uttalt at: «det er vanskelig å være her og nå på grunn av travelhet». «Det var omsorg før – butikk nå.»

HUSMOROPPGAVER. Tiltak som ofte blir igangsatt handler om å





redusere ressursbruk hvor nedbemanning og reduksjon i budsjettet gjennomføres. Det at pleiepersonalet får flere «husmoroppgaver» er også tiltak som benyttes for å «spare» i kommunebudsjettet (3). Tilberedning av mat som pasientene skal ha, legger beslag på mye av den tiden som skulle vært anvendt til å assistere pasienter som trenger hjelp til å spise maten som er tilberedt. Dette er et paradoks. Måltidssituasjonen må tilrettelegges slik at det blir en positiv opplevelse både sosialt og kulturelt for pasienten, og at lysten på mat og drikke fremmes (4–7).

NEDSKJÆRINGER. I en rapport utført for Sosial- og helsedirektoratet kommer det fram at underernæring og feilernæring hos beboere på sykehjem i Norge er påtakelig (8).

Ifølge tidligere nestleder i NSF Unni Hembre, kan underernæringen skyldes flere årsaker som for eksempel sykdommer og bivirkninger av medisiner, slik at både fysisk og mental helse svekkes. Dersom dette er et resultat av underbemanning, er det ifølge Hembre et alvorlig tegn på at nedskjæringskarusellen har gått for langt (9).

PALLIASJON. «Standard for palliasjon» (10) er basert på erfaringer og anbefalinger fra det norske fagmiljøet, og gir sammen med «Nasjonalt handlingsprogramets retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» (11) klare føringer for hvordan palliative enheter i sykehjem skal organiseres, bemannes og hvilket tilbud slike enheter bør ha. Bemanningsnorm i sykehjem har vært gjenstand for diskusjon i ulike fora. Legeforeningen har gitt tydelige signaler på behov for både bemanningsnorm og nasjonale kompetansekrav (12). Heidi Gautun og Astrid Syse ved NOVA viser til en informant fra sykehjem som uttrykker: «Vi gjør mange oppgaver for andre – vi sliter oss helt ut. Sånn kan det ikke være» (13).

NYTTEVERDLI. Vi spurte deltakerne om kursuken ga nyttig kunnskap om å anvende kartleggingsverktøy for å registrere smerter hos

pasienten, og fikk blant annet dette til svar; «En trenger repetisjon ofte for å føle seg trygg på bruk av kartleggingsverktøy og å vurdere funn».

Ett år etter gjennomført kurs er ikke anvendelse av kartleggingsverktøy implementert i avdelingen. Dette forstår vi som at pleierne opplever observasjon av smerter som en ekstraoppgave, og at de ikke ser på dette som en sentral og integrert del av sykepleiere og andre helsearbeideres ansvar. De uttrykker at de savner engasjement og tettere samarbeid med lege for å bli trygge på å anvende slike verktøy.

KARTLEGGINGSVERKTØY. Når det gjelder smertetilstander til eldre som kan ha vanskelig for å uttrykke seg, er standardiserte og validerte kartleggingsskjemaer verdifulle redskaper for å kunne gi nøyaktige og mer presise opplysninger i kommunikasjon med behandlingsansvarlig lege (10,14). Det gir et mere objektivt grunnlag for å vurdere pasientens tilstand og behov, og sikrer en bedre kvalitet på omsorgen for eldre pasienter med smerteproblematikk. Alvorlig syke personer kan i mange tilfeller ha vansker med å beskrive og uttrykke symptomer og tegn på for eksempel smerte og sykdom. I denne pasientgruppen er det derfor spesielt viktig å anvende validerte og anerkjente kartleggingsverktøy.

FAGLIG OPPDATERING. I Nasjonal helse- og omsorgsplan presiseres behovet for å øke kompetansen i den kommunale omsorgstjenesten for at kunnskapsgrunnlaget skal videreutvikles. Det fremkommer imidlertid ingen forslag eller anbefalinger om hvordan dette skal gjennomføres og implementeres (13).

Faglig oppdatering er nødvendig for å holde tritt med nye behandlingsmetoder og tiltak innenfor sykepleiefaget. Det er også nødvendig med handlingskapasitet for å kunne prioritere riktig og håndtere de vanskelige situasjonene som kan oppstå.

En deltaker mener at: «Skal man begynne med noe nytt krever det

mye, fordi det er nødvendig at alle da tar det i bruk og at det er krevende å få det inn i system. Avhengig av at legen kunne være med, men kartlegging kunne vi gjort, for da hadde vi hatt mere fakta å legge fram».

IMPLEMENTERING. Det er godt dokumentert at oppdatert kunnskap ofte ikke når ut i praksis, og at utarbeidelse av retningslinjer alene ikke er tilstrekkelig. En planlagt prosess for implementering av kunnskaps-

basert praksis er nødvendig i arbeidet med å forbedre kvaliteten i tjenestene, og det er naturlig å planlegge

tiltak både på person, system- og organisasjonsnivå (15, 16).

Ifølge Andersen m.fl. (17), er det flere faktorer som må innfris for at implementering av ny kunnskap skal lykkes:

- Plan for utvikling av berørte personer og ansvarlige personer i organisasjonen som skal anvende nye prosedyrer må være utarbeidet.
- Det er en forutsetning at de som skal endre rutiner og metoder i arbeidet sitt må få opplæring og motiveres til å gjennomføre endring.

PLEIERNES ANSVAR. Pleierne ved det aktuelle sykehjemmet har fått faglig oppdatering og er blitt kjent med retningslinjer, standarder og verktøy knyttet til pleie av alvorlig syke. Resultatene fra denne studien viser at pleierne underkjenner sitt eget ansvar for å ta i bruk for eksempel smertekartleggingsverktøy (14). Praktiske oppgaver prioriteres på tross av at de erkjenner at systematisk observasjon er viktig for å gjøre faglig gode vurderinger. Å anvende kartleggingsverktøy er særlig viktig i en avdeling der kontinuiteten for å ivareta pasienten er utfordrende og legedekningen er lav: «Pleiekulturen hviler på en grunnleggende verdi som sjelden reises som eksplisitt tema; men som hele arbeidet; arbeidsrytmen, rapportene, observasjonene er organisert rundt, nemlig ansvar» (18). Dette innebærer for eksempel å sikre rutiner på dokumentasjon og tilstrekkelig

«Det var omsorg før – butikk nå.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

faglig bemanning (19). I forsvarlig-
hetskravet inngår også plikten til å
holde seg faglig à jour for å kunne
oppfylle kravet om å ta personlig
ansvar for å utøve en faglig, etisk og
juridisk forsvarlig praksis (20).

LEDERS ANSVAR. Etablering av
lindrende enhet var forankret i
ledelsen som har et særskilt ansvar
for at bemanning og faglig kompe-
tanse er i tråd med gjeldende
standarder for palliasjon (10). I rap-
porten «Etablering av lindrende en-
het» i Gjøvik kommune, fremheves
at «for å kunne gi et godt tilbud i en-
heten er kompetanse og fag det
overordnede suksesskriteriet. Det
pekes på behovet for nok kompe-
tanse, at man får inn gode og
mange nok sykepleiere med ønsket
videreutdanning, og ikke minst å få
en god lege med interesse for palli-
asjon uttrykkes som et «must». Det
fremheves også at et godt tverrfag-
lig samarbeid vil være viktig» (21).

PLASSERE ANSVAR. «Å ikke ta del
i en endringsprosess kan føre til
utrygghet og en følelse av

ekskludering som kan hindre sam-
arbeid mot et felles mål for
virksomheten.» skriver Enmarker
og Olsen (22).

Når ny kunnskap og nye ruti-
ner skal implementeres er det,
ifølge Stein Kaasa nødvendig å
plassere ansvar hos dedikerte
personer i organisasjonen, såkalte
«implementeringsagenter» som blir
ansvarlige for å drive implemente-
ringsprosessen (23). Implemente-
ring skjer på ulike nivåer i en orga-
nisasjon. For å unngå at prosessen
ikke skal stagnere på systemni-
vå, er det viktig å identifisere mu-
lige barrierer. Fagpersoner i orga-
nisasjonen må gjøres kjent med og
ansvarliggjøres for å følge plan for
implementering av nye retningslin-
jer og rutiner som skal anvendes.

Implementeringstiltak som in-
volverer pasienter og pårørende
ser for øvrig ut til å være effektive
for endring av helsearbeideres at-
ferd. Rapporten «Skjørt og perso-
navhengig» – en undersøkelse ved
palliative enheter på sykehjem, vi-
ser at på tross av gode standarder
og retningslinjer innen palliasjon,

er det «faglige skjønn» i stor grad
styrende for de vurderinger og til-
tak som iverksettes (24).

KONKLUSJON. Sykepleiere og
ledere må ta Nasjonale faglige
retningslinjer på alvor. De er å
betrakte som anbefalinger og råd,
og anses som god praksis for å opp-
fylle kravet om god faglighet. ●

REFERANSER:

1. Wiik, GB, Omli R (2014). Praksis og utdanning hånd I hånd. Med simuleringsenhets som læringsarena for helsepersonell i Namdalen. Sluttrapport HINT, nr. 101.
2. Malterud K. Kvalitative metoder I medisinsk forskning. En innføring. Universitetsforlaget, 3. utgave 2011.
3. Haukelien H (2013). Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferds kommunen. Avhandling for graden philosophia doctor (ph.d.) ved Universitetet i Bergen, 2013.
4. Stratton R.J., Elia M, Green C.J (2006). Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing; 2003. Nasjonalt råd for ernæring.
5. Meld. St. 16. (2010–2011). Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Bundgaard KM (2005). The meaning of everyday meals in living units for older people. Journal of Occupational Science, July 2005, Vol 12, No 2.
7. Helseinspektoren (2012). Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgssektoren s. 29.
8. Aagaard H (2006). Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Høgskolen i Østfold. Rapport 2008:3. <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/148556>.
9. Hembre U. Kommentari i Vårt Land 19.02.2007.

10. Helseinspektoren (2012). "Standard for palliasjon"
11. Nasjonale faglige retningslinjer: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. <http://helseinspektoren.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?SearchExpression=palliasjon>
12. Legeforeningen (2013). Trenger en bemanningsnorm for sykehjem. <http://legeforeningen.no/Nyheter/2013/Trenger-en-bemanningsnorm-for-sykehjem/>
13. Gautun H og Syse A. (2013). «Vi gjør så mange oppgaver for andre – vi sliter oss helt ut. Sånn kan det ikke være». NOVA rapport nr. 8/13. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.
14. Torvik K. (2013). Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmehelsetjenester i Midt-Norge. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Senter for omsorgsforskning. http://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport_2-2013.pdf.
15. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. "Håndbok i implementering". Helsebiblioteket og Sykehuset Innlandet HF. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelse/16.plan-for-implementering>.
16. St.melding nr. 10 (2012-2013): God kvalitet – trygg tjenester. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>.
17. Andersen ES, Grude KV og Haug T. (2009). Måltid og prosjektstyring. 6. utg. Bekkestua: NKI-forlag.
18. Hamran T. Pleiekulturen: En utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal 1992.
19. Helsepersonelloven § 16.
20. Norsk Sykepleierforbund: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. https://www.sykepleierforbundet.no/ikb/Viewer/Content/785285/NSF-263428-vl-YER-hefte_pdf.pdf.
21. Sogstad, M. (2011). Lindrende enhet i Gjøvik kommune – fra idé til virkeliggjøring. Høgskolen i Gjøvik. http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144276/elektronisk_versjon_rapport01_2011.pdf?sequence=1.
22. Enmarker I og Olsen R (2014). Utfordringer i bruk av Akutt-plasser i sykehjem.
23. Kaasa S. Sykepleien Forskning 2014;3:205.
24. Runhovde G. (2012). «Skjørt og personavhengig»: tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjonelle grenser: en undersøkelse ved palliative enheter på sykehjem. <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148284/Runhovdel.pdf?sequence=1>

xwear.no

Benytt sjansen - få 20% rabatt!

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



Rabattkode:
helse



SAMTYKKEKOMPETANSE – SJELDEN ENTEN ELLER

Må vurderes. En pasient kan ha samtykkekompetanse i noen situasjoner, og ikke i andre.

DOKUMENTASJONSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55646



Ingunn Thoen,
 sykepleier og
 avdelingsleder,
 St. Hansåsen
 sykehjem, Pors-
 grunn kommune

Hensikten med denne artikkelen er å formidle en praktisk og nyttig måte å dokumentere vurderingen av samtykkekompetanse på hos pasienter med demens. Pasienter med demens får etter hvert redusert samtykkekompetanse. Slik beskrives det i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5:

«Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp.» (1)

BAKGRUNN. Vurdering av samtykkekompetanse var en del av arbeidet for å forbedre dokumentasjonen på en skjermet avdeling ved St. Hansåsen Utviklingssenter for sykehjem i Telemark. Vi fant ingen verktøy eller beskrivelser av hvordan samtykkekompetanse skulle vurderes for pasienter med demens i skjermet avdeling. Vi ønsket derfor også å få mer klarhet i dette.

Det er sjelden et spørsmål om

pasienter med demens har eller ikke har samtykkekompetanse. Vår erfaring er at de fleste pasienter har samtykkekompetanse i noen situasjoner og redusert, eller ikke i det hele tatt, i andre. Dette gjør vurdering av samtykkekompetanse til en krevende øvelse. Lovverket gir ingen enkle løsninger.

Vi ønsker å formidle en mulig måte å jobbe med dette på og har landet på at vurdering av samtykkekompetanse ikke lenger skal være et punkt på tiltaksplanen, men en integrert del av den.

UTFORDRINGENE. Hos pasienter som får vedtak om langtidsopphold på en skjermet enhet, må samtykkekompetansen deres vurderes. Men vi så på hva som skulle tas med i vurderingen og hvordan vi skulle dokumentere dette som en utfordring. Vi visste at samtykkekompetansen skulle vurderes (1), men vi hadde ikke noe godt verktøy. Enten ble det gjort altfor lett-vint, eller det var en stor jobb å prøve å tenke ut alt man måtte vurdere for å gjøre det godt nok.

INSPIRASJON. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo arrangerte høsten 2013 et kurs i samtykkekompetansevurdering med professor i psykiatri Paul Appelbaum. Appelbaum presenterte et verktøy som kunne brukes i

samtykkekompetansevurderingen, men dette passet ikke til vår pasientgruppe. Vi fikk imidlertid en klar forståelse av at man ikke burde vurdere samtykkekompetansen generelt, men i forhold til hver enkelt situasjon. Er konsekvensene av valget pasienten skal ta store, stilles det større krav til samtykkekompetansen enn om det ikke har så store konsekvenser.

I NOU-rapporten om økt selvbestemmelse og rettssikkerhet fra 2011, står det blant annet:

«Selv om pasienten har redusert samtykkekompetanse på ett område, innebærer dette ikke at vedkommende automatisk mangler samtykkekompetanse på andre områder. Det er forståelsevnen og evnen til å kunne treffe en beslutning med hensyn til den konkrete helsehjelpen som skal vurderes. Det er derfor i utgangspunktet ikke adgang til å treffe en avgjørelse om manglende samtykkekompetanse en bloc.» (2)

MULIG VEL. Pleieplan eller tiltaksplan skal være en god beskrivelse av den helsehjelpen pasienten skal ha. Ved at vurderingen blir gjort ut ifra hver enkelt situasjonsbeskrivelse, blir den en mer aktiv del av planen og helsehjelpen som gis. Vurderingen vil dermed også danne grunnlaget for hvordan tiltaket blir utformet. Dette gir oss en god forståelse

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med demenssykdom i sykehjem bør gjøres i forhold til hver enkelt situasjon. Dette vil styrke pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det vil også være en hjelp for helsepersonell til å gi pasienten individuell behandling og pleie.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Samtykkekompetanse
- Demens
- Etikk
- Sykehjem



Vurdering: Det kan være nødvendig å bruke tvang, men det avhenger av hvor alvorlige beslutninger som skal tas. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh.

av hvilke ressurser pasienten har, og det blir tydeliggjort hva pasienten kan samtykke til og hvilke valg han eller hun må få ta selv. Det blir også lettere å tilpasse vurderingen til den enkelte pasient og unngå for mange generelle formuleringer og standardvurderinger.

I vurderingen av pasientens samtykkekompetanse legger man vekt på pasientens evne til å uttrykke et valg. Videre legger man vekt på pasientens evne til å forstå informasjon, evnen til å anerkjenne informasjonen som relevant og evnen til å resonnerer, gjøre avveininger og ta beslutninger omkring sin egen situasjon. (Se faktaboks på neste side.)

I sjeldne tilfeller kan pasienten ha samtykkekompetanse på alle områder eller ikke på noen. Da vil det være aktuelt å gjøre en generell samtykkekompetansevurdering.

EKSEMPEL PÅ VURDERINGER.

En pasient lukker av og til munnen når hun får medisiner. Kan dette tolkes som at hun ikke vil ha medisiner?

I denne konkrete saken gjorde vi følgende vurdering: «Pasienten uttrykker ved handling (og unntaksvis) ord at hun vil ha eller ikke vil ha medisiner. Hun er imidlertid ikke i stand til å forstå informasjon knyttet til medisinenes virkning, eller hvilken relevans dette måtte ha

«I vurderingen av pasientens samtykkekompetanse legger man vekt på pasientens evne til å uttrykke et valg.»

for henne. I situasjoner der pasienten ikke vil ha medisiner, tolkes dette mer som at hun ikke ønsker å åpne munnen for å få noe inn, enn at det er et nei til å ta medisiner. Det er derfor ikke noe i veien for å administrere medisiner på andre måter enn per os såfremt hun ikke motsetter seg dette.»

I vurderingen legges det vekt på at i dette tilfellet dreier det seg om smertestillende og pasienten har

uttalt smerteproblematikk. Det kan derfor være godt for pasienten å få medisiner som lindrer smertene.

Et annet eksempel er et tilfelle der man hadde store utfordringer med å få gjennomført en tilfredsstillende hygiene hos pasienten. Før pasienten kom til oss fikk vi rapport om at vi nok burde lage et tvangsvedtak om dette. Vi hadde også noen runder med prøving og





feiling, men etter hvert har vi funnet fram til flere tillitsskapende tiltak som fungerer.

På veien vurderte vi også samtykkekompetansen: «Samtykkekompetanse i forhold til personlig hygiene: Hun har evne til å forstå at vi ber henne vaske seg, men har ingen innsikt i at dette er noe hun trenger å gjøre. Har forestilling om at hun stadig vasker seg hver dag hjemme. Skjøpper ikke og merker ikke at hun kan lukte vondt, at hun kan ha urin og avføring i bukse og at dette kan medføre helse-skade over tid. Har ikke innsikt i at hun har moderat grad av apraksi og kan trenge noe hjelp i stellsituasjonen. Hun har evnen til å uttrykke hva hun vil, men dette bygger ikke

Fakta

Samtykkekompetanse

For å beskytte pasientens rett til å ta meningsfulle valg og styrke pasientrettighetene, er det viktig med en god vurdering av samtykkekompetanse. I tråd med dette må samtykkekompetanse forstås som spesifikk, d.v.s. i forhold til en bestemt oppgave/type hjelp/valg, og til en bestemt tid. Man må også ha i bakhodet at jo mer alvorlig konsekvensene av valget blir, jo strengere krav må stilles til samtykkekompetansen eller beslutningskompetansen. Er konsekvensene små, legges det større vekt på pasientens rett til selv å velge. I vurderingen legges vekt på:

- **Å velge:** Pasientens evne til å gi uttrykk for et valg.
- **Å forstå:** Pasientens evne til å forstå informasjonen om sykdommen og behandlingsoptionene, med deres fordeler og risikoer.
- **Å anerkjenne:** Pasientens evne til å anerkjenne informasjonen og forståelsen som relevant for sin egen situasjon.
- **Å resonnerere:** Pasientens evne til å anvende informasjonen, gjøre avveininger mellom alternativene, for å ta beslutninger omkring sin egen situasjon.

på en forståelse av de faktiske forhold, men mer på hvordan situasjonen var mange år tilbake.»

I behandlingen av pasienten har vi ingen intensjon om å rokke ved pasientens virkelighetsforståelse. Tiltaket inneholder derfor flere handlingsalternativer for hvordan man kan nærme seg pasienten uten at det går utover hennes verdighet, men på en måte som gjør at hun vil ta imot hjelp. Når hun ikke har innsikt i eller kapasitet til å forstå at hun er inkontinent, har det heller ingen hensikt å gjøre henne oppmerksom på dette. Dette vil bare krenke henne og føre til at hun blir sint.

I mange situasjoner vil vurderingen være enklere. Det kan være så enkelt som å si at pasienten har samtykkekompetanse. Eller det kan være en vurdering av at samtykkekompetansen mangler eller er redusert, men der situasjonen ikke er utfordrende: «Samtykkekompetanse: Uttrykker sjelden selv at hun har behov for søvn eller hvile. Kan svare ja på forespørsel, men usikkert om det er et bevisst svar. Er ikke i stand til selv å ta initiativ til nok søvn eller hvile, men tar imot hjelp til å få lagt seg.»

VAKSINE – NEI TAKK. Da tilbudet om å ta influensavaksine kom på høsten, gjorde vi en vurdering som førte til at noen pasienter selv ble spurt om de ønsket vaksine, mens hos andre forhørte vi oss med pårørende. Her er to eksempler: «Pasienten er blitt spurt om influensavaksine. Hun sier hun ikke har vært syk og ønsker ikke å ta denne. Samtykkekompetanse: Pasienten skjønner spørsmålet og uttrykker et klart valg i forhold til dette. Noe usikkert om hun kan forstå endringer i egen tilstand og gjøre vurderinger på bakgrunn av dette. Men på bakgrunn av tidligere holdninger, konsekvenser av å ta eller ikke ta vaksinen, veier pasientens valg tyngst i denne situasjonen.»

«Samtykkekompetanse: Pasienten har langtkommen Alzheimers sykdom, og ville trolig ikke forstått spørsmål angående influensavaksine og kunne ta et reelt valg i forhold til om hun ønsker vaksinen

eller ikke. Av samme årsak vil det heller ikke være mulig for pasienten å forstå eventuelle konsekvenser av ikke å ta vaksinen. Pasientens datter kjenner pasienten godt og kan opplyse at pasienten selv ønsket å ta denne vaksinen før hun fikk demens. De siste ti årene har hun tatt influensavaksine hvert år.»

Pasientene uttrykte ikke noen form for motstand når vaksinen skulle settes, derfor ble det heller ikke nødvendig å vurdere om det skulle fattes noe vedtak om tvang.

OPPSUMMERING. I flere situasjoner ser vi altså at det å vurdere samtykkekompetansen bidrar til å

finne gode tiltak for pasienten. Det er ikke bare et lovpålagt krav som fører til merarbeid, men vurderingen kan sette i gang refleksjoner og gi oss økt innsikt i pasientens virkelighetsforståelse og ressurser.

Det varierer hvor omfattende vurderingen vil bli. Det kreves ingen begrunnelse når pasienten har samtykkekompetanse, men det kan være lurt å dokumentere det, for å få fram individuelle variasjoner og løfte fram pasientenes ressurser framfor de områdene hvor samtykkekompetansen er redusert. Dette vil medføre en vektlegging av hva pasienten selv kan bestemme. ●

REFERANSER:

1. Pasient- og brukerrettighetsloven LOV-1999-07-02-63 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (28.11.2014)
2. Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/5/1.html?id=647639> (28.11.2014)
3. Gjertsen H, m.fl. Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene, Nordlandsforskning, Bodø 2012 http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/Dokumenter/Rapporter/2012/Rapport_12_2012.pdf (28.11.2014)
4. Naustdal AG, Netteland G Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv, Sykepleien forskning 2012 nr. 3/7 <http://sykepleien.no/forskning/2012/10/sjukepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv> (28.11.2014)

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

torhild.apall@sykepleien.no



Sør-Trøndelag

FYLKESMEDLEMSMØTE/JULEMØTE

Norsk Sykepleierforbund Sør-Trøndelag, har med dette gleden av å invitere alle medlemmer til fylkesmedlemsmøte/julemøte

Dato: Onsdag 2. desember 2015
Kl.: 18.00 – 21.30 (Registrering fra kl. 17.15)
Sted: Clarion Hotel & Congress Trondheim, Brattørkaia 1

Program

- **Jakten på dømmekraft.** Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten v/Marie Aakre, æresmedlem i NSF og nå aktuell med ny bok
- **Kunstnerisk innslag**
- **Utdeling av Sykepleierprisen 2015**
- **Bespising**
- **Aktuell informasjon fra NSF's landsmøte**

Arrangementet er gratis for våre medlemmer. Påmelding gjøres ved å gå til vedlagte lenke. Husk at du må være innlogget for å kunne melde deg på.

Bindende påmeldingen innen tirsdag 24. november på www.nsf.no/sortrondelag

Ved spørsmål, ta kontakt med fylkeskontoret: Tlf. 02409 eller e-post: sor-trondelag@nsf.no

Hjertelig velkommen!

Vennlig hilsen
Kari Værnes Fiske
Fylkesleder



Tydelig - Modig - Stolt



Pernilla Lagergren

Avdekket hvordan pasientene egentlig hadde det

● Tekst **Nina Hernæs**

Spiserørskreft. Pernilla Lagergren er første sykepleier som vinner Anders Jahres medisinske pris.

Jeg trodde ikke det var sant, sier Pernilla Lagergren på telefon fra Stockholm.
– Særlig siden prisen ikke pleier å deles ut til feltet jeg forsker på.

LIVSKVALITET. På Karolinska Institutet leder hun en forskergruppe i kirurgisk vårdvetenskap, og hennes forskningsområde er helserelatert livskvalitet, med hovedvekt på pasienter med kreft i spiserøret.

– Livskvalitetsforskning er litt «luddigt», sier hun.
– På engelsk har man survivorship, som bedre beskriver at det handler om å leve med og gjennom noe. På svensk har vi ikke et bra ord for hva dette handler om, kanskje det burde defineres tydeligere.

DIARE OG SURE OPPSTØT. Hennes egen forskning har vært veldig konkret. Hun har vist at de som opereres for spiserørskreft kan få problemer i etterkant, som problemer med å spise, vektnedgang, sure oppstøt og diare. Hennes forskning har vist hvor vanlig disse problemene er.

Som relativt nyutdannet sykepleier fikk hun jobb på Karolinska sjukehuset, og det var her hun møtte pasientene med spiserørskreft. Senere ble hun kontaktsykepleier for dem med denne krefttypen.

– Jeg så hva de slet med og undret på hvordan jeg best kunne hjelpe dem.

TRODDE DE HADDE DET BRA. Hennes verktøy ble å spørre pasientene om hvordan de hadde det. Ved hjelp av enquirer samlet hun inn data fra alle pasienter operert for spiserørskreft i Sverige. Svarene overrasket særlig legene.

– De trodde at disse pasientene hadde det bra. Som kontaktsykepleier erfarte jeg at pasientene uttrykte takknemlighet overfor legene, og tok problemene med meg. At de som var hos oss ikke hadde det særlig bra, så jeg. At problemene var landsomfattende var nedslående, men viktig å få frem.

MER OPPMERKSOMME. Lagergren sier leger og sykepleiere kan hjelpe pasientene ved å informere om mulige konsekvenser av sykdom og behandling.

– For eksempel kan vi si «det er vanlig å være lei seg, er det noe du kjenner igjen?». Vi er ikke i mål, men jeg tror vi er blitt mer oppmerksomme på hvordan pasientene opplever sykdom og behandling.

TAKKNEMLIG. I forskningsarbeidet har hun avdekket at mange ikke umiddelbart kopler problemer som skyldes behandlingen med hva de har vært gjennom. Diare er et eksempel.

– De har vært gjennom kirurgi i brystregionen, og det er ikke åpenbart at det kan føre til symptomer fra tarmen. Det må helsepersonell være klar over.

Hun berømmer pasientene som har latt seg forske på.

– Deltakerprosenten er høy. Jeg er utrolig takknemlig for at de tar seg tid til å svare på spørsmålene våre. Det virker også som pasientene synes det er godt å gå gjennom det de har opplevd. At de gjør det kan hjelpe andre. Disse pasientene har en stor plass i hjertet mitt.

TAR SATS. Nå tar hun forskningen videre ved å se

på en subgruppe av pasientene.

– Vi har gjort en studie av hvordan pasientene som overlever spiserørskreft har det på lang sikt. De fleste henter seg inn igjen, selv om de har noe besvær. Men det er en liten gruppe, på 15 prosent, som

«Disse pasientene har en stor plass i hjertet mitt.»

bare blir dårligere og dårligere, og vi vet ikke hvorfor. Håpet er å kunne identifisere disse tidlig og forsøke å hjelpe dem til å få det bedre.

Denne studien er foreløpig bare delfinansiert, men Lagergren satser på at den får full finansiering etter hvert.

– Man må våge å satse, sier hun rolig.
– Jeg tror på dette prosjektet, og da fins det ikke noe som kan stoppe oss.

UNG PROFESSOR. Lagergrens karriere beskrives som å være av kometslaget. 34 år gammel ble hun den yngste professoren på Karolinska Institutet. Det er hun fremdeles i en alder av 38. Hun er gjesteprofessor ved King's college i London, er valgt inn i europeiske forskningsgrupper og har vunnet pris for forskningen også før Anders Jahre kom inn i bildet.

Hun sier hun føler hun bryter med det gjengse bildet av en professor. Hun er ung, kvinne og småbarnsmor som ikke er redd for å ta barna med på jobben.

– Jeg får noen overraskende blikk, men mest positive reaksjoner.

TOK TELEFONEN. Hun var på kafé med sønnen

Jahre-prisen

Anders Jahres medisinske priser går til fremragende forskning innenfor basal og klinisk medisin. Prisene er blant de største innen medisin i Norden. Prisene deles ut av Universitetet i Oslo, og hvert år deles det ut to: Anders Jahres medisinske pris (1 million kroner) og Anders Jahres medisinske pris for yngre forskere (400 000 kroner). Alle tjenestegjørende medisinske professorer i Norden kan foreslå kandidater.

Kilde: Universitetet i Oslo



JÄTTEKUL: Jeg får være frontfigur for både sykepleie og helserelatert livskvalitetsforskning, sier Pernilla Lagergren. Foto: Johan Bergmark/Karolinska Institutet

Harald på fem da lederen for utdelingskomiteen av Anders Jahres medisinske priser, Harald A. Stenmark, ringte.

– Det var et utenlandsk nummer, så jeg tenkte jeg måtte ta den, sier hun og ler litt.

– Sønnen min lurte på hvorfor jeg ble sittende og måpe. Så syntes han det var stas at han som ringte også heter Harald.

BLIR LAGT MERKE TIL. Harald A. Stenmark selv sier det er gledelig at også forskning som helserelatert livskvalitet får oppmerksomhet.

Han var den første som i Jahre-prisens 55 år lange historie kunne gi den til en sykepleier.

– Hvis forskningen har høy nok kvalitet, blir den lagt merke til internasjonalt. Pernilla Lagergrens forskning har veldig høy kvalitet, den er publisert i de mest anerkjente tidsskriftene innenfor kreftforskning og har hatt betydning for klinisk praksis.

Han utelukker ikke at det innenfor enkelte miljøer er noen som rynker litt på nesen over fagfeltet.

– Men igjen, når man blir publisert i de beste tidsskriftene er det et godt tegn på at forskningen er av høy kvalitet og betydning.

SAVNER PASIENTKONTAKT. Det var ikke drømmen om forskningspriser Pernilla Lagergren bar på da hun ble sykepleier. Hennes motivasjon var pasientkontakten.

– Da jeg jobbet klinisk, kunne jeg hjelpe det mennesket jeg hadde rett foran meg. Som forsker kan jeg kanskje hjelpe mange flere. Det er motivasjonen min nå, sier hun, og avviser ikke at hun en dag kan jobbe klinisk igjen.

– Akkurat nå er det uaktuelt. Men jeg kan kjenne at jeg savner pasientkontakten. Den følelsen av å gjøre noe praktisk godt, sier Pernilla Lagergren. ●

nina.hernes@sykepleien.no



SPARER TID MED MULTIDOSER

Lønnsomt. Trondheim kommune sparer tid og penger på å bruke multidoser i sykehjem.

EVALUERINGSSTUDIE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55316



Astrid Gilje Hageler,
 Kommune-
 farmasøyt,
 Enhet for service
 og internkontroll
 i Trondheim
 kommune

Multidose er maskinelt pakkelegemidler hvor hver legemiddeldose pakkes i en pose og merkes med pasientens navn, legemiddelets navn, dose og tidspunkt for når tablettene skal tas. Multidose angis å ha flere fordeler; økt kvalitetssikring, spart sykepleiertid, redusert kassasjon av legemidler og mindre lager (1,2).

KVALITETSTILTAK. I Norge er det cirka 70 000 pasienter som får pakket multidose. Rundt 80 prosent av disse er hjemmeboende pasienter tilknyttet hjemmetjeneste eller ulike boliger med tjenester, mens rundt 20 prosent er sykehjemspasienter, ifølge Tove Irene Bakken ved Apotek 1, juni 2015.

Trondheim kommune har brukt multidosepakkelegemidler til hjemmeboende siden 2006 og har nå rundt 2200 hjemmeboende multidosebrukere. Det er i tillegg innført multidose ved de tre nyeste sykehjemmene med totalt cirka 200 pasienter. Erfaringene derfra er at de ansatte er fornøyd med bruk av multidose som system, de ser på det som et viktig kvalitetssikrende tiltak.

HENSIKT. Trondheim kommune hadde kun erfaring med bruk av multidose ved nyetablerte sykehjem, og man ønsket å evaluere en oppstart

ved andre sykehjem. Hensikten med evalueringen var å få kunnskap for eventuell overgang til multidose ved flere av sykehjemmene.

En evaluering av før-situasjon med tradisjonelle ukesdosetter og etter-situasjon med multidosepakkelegemidler ble gjennomført. Man vektla kvalitet, ressursbruk, økonomi og ansattes erfaringer. To sykehjem med langtidspasienter ble valgt ut med totalt 59 pasienter.

Ulike rapporter viser til at feilprosenten ved istandgjøring av dosetter er cirka 10 prosent (3), og vi ønsket å finne ut av hva som er bakgrunnen for dette.

KONTROLL. Det ble gjennomført en kvalitetskontroll hvor innhold i ukesdosetter ble kontrollert en ekstra gang etter at de var ferdig istandgjort og kontrollert ved enheten. Tablettene i dosettene ble identifisert, kontrollert og tallet mot gjeldende medisinkort i den elektroniske pasientjournalen Gericca. Det ble totalt kontrollert 90 ukesdosetter i løpet av en måned.

Man antar at innføring av multidose kan flytte sykepleier- eller vernepleierressurser fra medisinnrommet til mer pasientrettet arbeid.

TIDSREGISTRERING. Det ble gjennomført tidsregistrering for istandgjøring og kontroll ved bruk av tradisjonelle ukesdosetter før

innføring av multidose. Etter innføring ble det gjennomført tidsregistrering for mottak, kontroll og istandgjøring av multidoseruller og istandgjøring og kontroll av dosetter til enkeltpasienter. Dosetter er fortsatt aktuelt for pasienter med Marevan, til kortvarige kurer som antibiotika og til tabletter eller kapsler som ikke kan pakkes som multidose. Dette istandgjøres i dosett i tillegg til andre faste legemidler som pakkes i multidose.

KOSTNADER. Man antar at legemiddelkostnadene ved bruk av multidose vil reduseres. Ved multidose betaler man kun for det faktiske antallet tabletter som benyttes, og man trenger et mindre lager av legemidler. Sammenlikning av kvartalsvis innkjøpsstatistikk i kostnader (kr) og innkjøp i definerte døgndoser (DDD) ved innkjøp av legemidler er gjort før og etter innføring av multidose.

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse med spesifikke spørsmål til sykepleiere og vernepleiere involvert i istandgjøring av legemidler og spesifikke spørsmål til alle andre som har godkjenning til å dele ut legemidler. Spørreundersøkelsen vektla ansattes erfaringer og opplevelse med bruk av multidose.

RESULTATER. Kvalitetskontroll for istandgjøring av ukesdosetter:

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Innføring av multidose ved sykehjem er et kvalitetssikrende tiltak. Det gir store tidsbesparelser ved istandgjøring av legemidler og er et system som de ansatte er godt fornøyd med.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Legemidler
- Medisinhantering
- Kvalitet
- Økonomi



Sikkert: Multidose gir oversikt over hvilke synonympreparater som er istandgjort, og at antallet tabletter angitt på posen stemmer med innholdet. Arkivbilde: Erik M. Sundt

FØR INNFORING AV MULTIDOSE:	Istandgjøring og kontroll av dosetter før innføring	Sykehjem 1	204 minutter (3,4 timer)
		Sykehjem 2	298 minutter (5 timer)
ETTER INNFORING AV MULTIDOSE:	Mottak, kontroll og istandgjøring av multidose	Sykehjem 1	50 minutter (0,8 timer)
		Sykehjem 2	85 minutter (1,4 timer)
	Istandgjøring og kontroll av dosetter i tillegg til MD	Sykehjem 1 (11 stk.)	4,9 min/dosett
		Sykehjem 2 (3 stk.)	6,7 min/dosett

Tabell 1: Ukentlig tidsbruk på istandgjøring og kontroll av legemidler før og etter innføring av multidose (per 24 pasienter).

97 prosent (87 av 90) av dosettene var istandgjort i samsvar med medisinkort i Gerica ved at riktig virkestoff, legemiddelform og styrke stemte. 17 prosent (15 av 90) av dosettene var istandgjort med et annet antall tabletter enn angitt på medisinkortet, men styrken var riktig. For eksempel var en halv tablett på 100 mg istandgjort i stedet for en hel tablett på 50 mg. Dette var ikke dokumentert eller anmerket noe sted av dem som hadde istandgjort og kontrollert dosettene. Ved en telkontroll ved utdeling, som er standard prosedyre i Trondheim

kommune, kan dette skape usikkerhet og mistanke om avvik. I 52 prosent av dosettene var det legemidler som var et synonympreparat av det som var forordnet på medisinkortet, uten at dette var anmerket.

Legemiddelhåndteringsforskriften og overordnet prosedyrer i Trondheim kommune sier at det skal dokumenteres hvilket synonympreparat som til enhver tid gis. Dette kan man gjøre ved å ha oppdatert medisinkort i Gerica på hvilket synonympreparat som brukes, eller ved å anmerke det manuelt





på skjemaet som dokumenterer istandgjøring og utdeling.

TIDSREGISTRERINGER. De to evaluerte sykehjemmene har henholdsvis 24 og 35 pasienter. Tidsregistreringene er regnet om til gjennomsnittlig ukentlig tidsbruk per 24 pasienter og per dosett.

Ukentlig tidsbruk for istandgjøring av legemidler endres gjennomsnittlig fra 4,2 timer før innføring av multidose til 1,1 time + 5,8 minutter/dosett i tillegg.

BESPARELSE. Evalueringen ga ingen tydelige svar på besparelser ved innkjøp av legemidler etter innføring av multidose. Det ble skiftet legemiddelleverandør fra før-situasjonen til etter-situasjonen, noe som har gitt kommunen en generell besparelse på legemidler. I tillegg er innkjøp av legemidler i ett kvartal en kort evalueringsperiode hvor enkeltinnkjøp og enkeltpasienter kan medvirke til store forskjeller. Det ene sykehjemmet som ble evaluert skiftet pasientkategori i løpet av perioden, noe som medførte høyere innkjøp av legemidler enn tidligere. Det andre sykehjemmet, som hadde stabil pasientpopulasjon før og etter innføring av multidose, viste en nedgang i kostnader per kvartal, og også en nedgang i innkjøp av tabletter i DDD (=definerede døgndoser).

Ved innføring av multidose betales det for det faktiske antall tabletter man bestiller i multidoseposser. I tillegg må man kjøpe inn legemidler i originalpakninger til bruk som kurer og ved behov. Begge enhetene forteller imidlertid at etter innføring ble medisinalagrene deres mye mer oversiktlig og de hadde færre legemiddelpakninger i hyllene.

I tillegg til de faktiske legemiddelkostnadene må enheten betale et pakkegebyr på cirka 2000 kroner per pasient per år. HELFO gir kommunen tilskudd til multidose på 500 kroner per år for hjemmeboende pasienter, men ikke for sykehjemspasienter (4).

SPØRREUNDERSØKELSE. Denne ble sendt ut til totalt 57 ansatte, og

hadde en svarprosent på 54 prosent. Alle spørsmålene ble formulert som påstander, og ble svart i form av en vurdering etter en skala fra 1 til 4 hvor 1 sto for «helt uenig», 2 for «ganske uenig», 3 for «ganske enig» og 4 for «helt enig».

80 prosent av alle som ble spurt anbefaler bruk av multidose til andre sykehjem, 20 prosent er usikre/vet ikke. Det er ingen som ikke anbefaler multidose som system. En del av begrunnelsene for anbefalingene er:

- Tidsbesparende. Enkelt å håndtere. Oversiktlig.
- Innføring av multidose har gjort det lettere å gjøre i stand neste ukes medisin.
- Synes det er enklere for å unngå feil i utdeling av medikamenter og sparer inn tid for sykepleierne til å gjøre andre ting enn å dosere medisiner.
- Multidoser gir mer oversikt over antall medisiner, rett tid, rett pasienter. Det spares samtidig mye tid.
- Et sikkert system, mindre feilmedisinering. Alle tabletter er merket på eget ark med bilde og styrke.
- Jeg synes det er oversiktlig og greit å se at det er riktig medisin som blir gitt til riktig bruker.
- Vanskeligere ved medisinforandring. Ved et sykehjem er det ofte forandringer, kanskje oftere enn hos hjemmeboende. Tungvint hvis vi må klippe opp posene og legge medisin over i dosett.
- Det er lettere å kontrollere medisiner da det er beskrevet hvilke medisiner som er på multidosen som er angitt for det tidspunktet, og bruker man bildekortet aktivt er det enkelt å se over at medisinerne stemmer.
- Sikkert og tidsbesparende. Veldig oversiktlig og ryddig.
- Tidsbesparende, nedsatt feildoseringer, reduserer medisinalagrene, vet hvilken dag medisinerne blir levert, faste bestillingsdager gjør det oversiktlig med bestillinger/endringer.
- Ja, synes det er mye tryggere. Det står hvor mange tabletter det er og navnet og styrke. Mye tryggere enn dosett synes jeg.

«I Norge er det cirka 70 000 pasienter som får pakket multidose.»

DISKUSJON. Istandgjøring av dosetter krever at eventuelle endringer som blir gjennomført med bruk av annet antall tabletter eller valg av synonympreparat, må dokumenteres slik at den som deler ut legemidlene kan gjøre en sikker og god kontroll på telling av tabletter. Denne evalueringen viste at dette ikke alltid ble gjennomført, og for cirka 50

prosent av dosettene var det ikke dokumentert hvilket synonympreparat som blir gitt ved et generisk bytte. Med multidose vil leverandøren ved enhver endring vedlegge et oppdatert ordinasjonskort. Dette skjer også dersom de pakker et annet

antall tabletter enn angitt på medisinkort i Gerica, og ved alle generiske bytter. Det finnes da alltid dokumentasjon av hvilket synonympreparat som er gitt. Sammen med oppdatert ordinasjonskort, vedlegges alltid et bildekort som viser navn og utseende på tablettene pakket som multidose. Bildekortene har også tilleggsopplysninger om knusing og deling av tabletter, som er nyttig ved utdeling.

TIDSBRUK. Våre tidsregistreringer viser at selv ved istandgjøring av dosetter til enkeltpasienter i tillegg til multidose, sparer sykepleier eller vernepleier mye tid på medisinnrommet. Dette kan brukes til andre pasientrettede oppgaver. Med kun dosetter brukte enhetene gjennomsnittlig 4,2 timer per uke til istandgjøring av legemidler. Dette ble redusert til 1,6 timer ved istandgjøring av multidose med 5 dosetter til enkeltpasienter i tillegg. Dette viser at ved et sykehjem med 24 pasienter som har multidose og istandgjør fem dosetter i tillegg, vil man med innføring av multidose bruke 2,6 timer mindre på medisinnrommet. Dette utgjør reduksjon i tidsbruk på over 60 prosent. Dette funnet har hatt stor betydning for vurdering av utvidet bruk av multidose ved våre sykehjem.

OVERSIKTLIG. Ved lik pasientsammensetning ser det ut til at

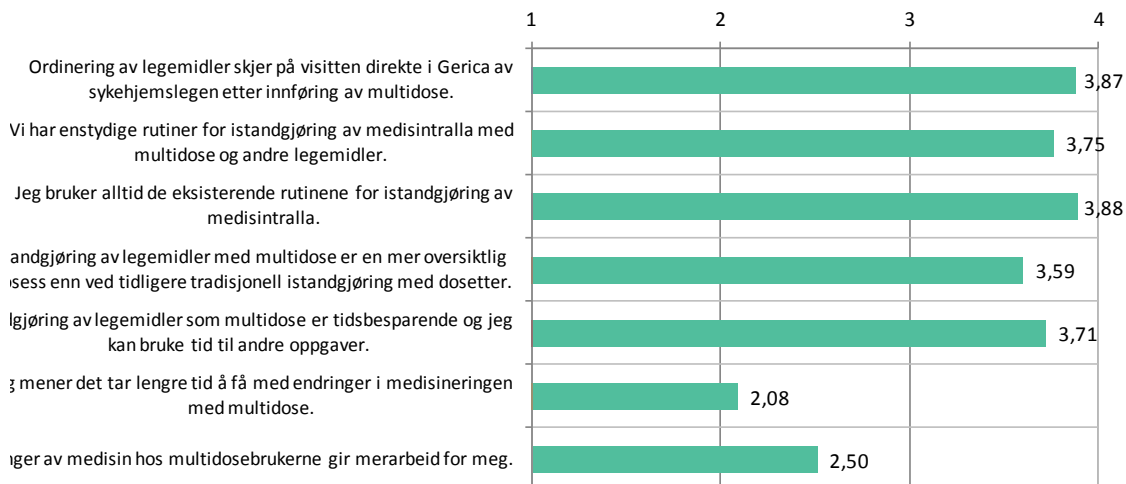
REFERANSER:

1. ECON 2002: Kassasjon av legemidler, rapport 41/02
2. Meld. St. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk
3. Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. Oslo: rapport fra Helsestilsynet 11/2002.
4. Helfos regelverk og refusjonar ved tilskott til multidose, <https://helfo.no/takster/regelverk-og-refusjonar-ved-tilskot-til-multidose> (21.09.15)

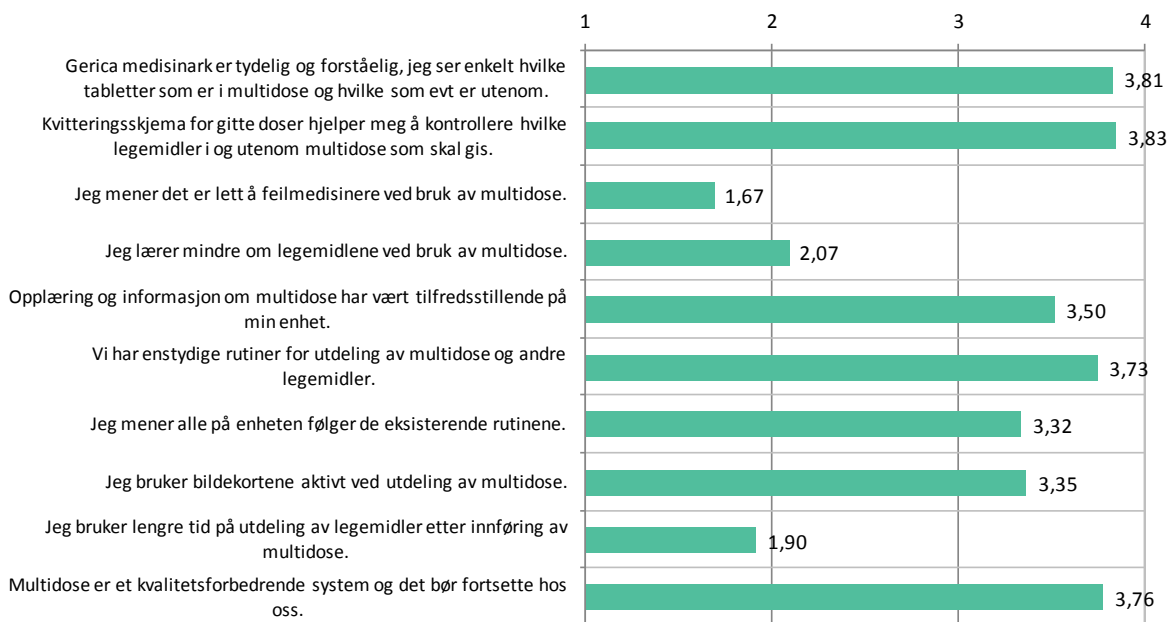
FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Tabell 2. Spørsmål om istandgjøring kun stilt til sykepleiere og vernepleiere:



Tabell 3. Spørsmål om utdeling stilt til alle som deltar i legemiddelhåndteringen:



legemiddelkostnadene (i kr.) og innkjøp av tabletter (i DDD) reduseres ved innføring av multidose. Innkjøpskostnad av tabletter utgjør vanligvis cirka 50 prosent av total-kostnaden av legemidler, så besparelsen ved innføring av multidose vil uansett ha begrensninger. I tillegg til legemiddelkostnadene vil multidose medføre et pakkegebyr

med en årlig kostnad på cirka 2000 kroner per pasient. Sykehjemmene rapporterer om at de etter innføring av multidose har fått mye mer oversiktlige medisinlagre, dette er i seg selv et kvalitetssikrende tiltak.

FØRNØYDE. Sykepleierne og vernepleierne er fornøyde med multidose som system, men de

svarer litt varierende på spørsmål om det kan gi merarbeid. Det er viktig at sykehjemslege og sykepleier eller vernepleier som deltar på visitten, tar et bevisst valg om en endring i medisineringsmåte må skje med en gang eller kan vente til neste multidoserull kommer to virkedager etter bestilling. Endring av legemidler fra multidose og manuell overføring

til dosett som en midlertidig løsning er helt klart ressurskrevende, men medisinsansvarlige beskriver at dette ikke skjer så ofte.

REFLEKSJON. Et annet område hvor det er litt spredning i svarene er om man lærer mindre om legemidlene ved bruk av multidose. Enkelte sykepleiere har i etterkant fortalt at når de gjør i stand dosetter, reflekterer de samtidig rundt legemiddelbruken til den enkelte pasient. Det er viktig at refleksjon og oppfølging av legemiddelbehandlingen i stedet blir ivare tatt gjennom kontinuerlig vurdering, på legevisitten og gjennom systematiske legemiddelgjennomganger.

Legemiddelkomiteen i Trondheim kommune har behandlet evalueringsrapporten og anbefalt multidose som system ved sykehjem. Åtte nye sykehjem starter med multidose før sommeren 2015, med plan om evaluering før alle sykehjem får tilbud om multidose i løpet av 2015–2016.

KONKLUSJON. Istandgjøring av legemidler som multidose sikrer at man til enhver tid har oversikt over hvilke synonympreparater som er istandgjort, og at antallet tabletter angitt på posen stemmer med innholdet. Dette ser ut til å gi en bedre kvalitet og sikkerhet enn tradisjonell istandgjøring av dosetter. Telling av tabletter er en viktig kontrollfunksjon for å sikre at pasienter får riktige legemidler i henhold til forordning fra lege, uavhengig av hvilket håndteringssystem man bruker.

Tidsregistreringer viser at man ved multidose bruker betydelig mindre tid enn man gjør med kun tradisjonelle ukedosetter. Ved lik pasientsammensetning ser det ut til at legemiddelkostnadene (i kr.) og innkjøp av tabletter (i DDD) reduseres ved innføring av multidose.

De ansatte er i stor grad fornøyd med multidose som system, og 80 prosent anbefaler bruk av multidose til andre sykehjem. Men bruk av multidose krever grundig opplæring og ensartede rutiner for å sikre god etterlevelse. ●



Avslutte livet. Det er et viktig etisk prinsipp at all behandling skal være til pasientens beste, men beslutningsansvaret ligger hos den ansvarlige behandleren.

Fru Hansen vil ikke mer. Eller?



Fakta

Lillian Lillemoen

Forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og medlem av Rådet for sykepleieetikkk



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Fru Hansen er 89 år. De siste to årene har hun bodd på sykehjemmet, dels på grunn av en generell svak helse-tilstand, dels på grunn av en betydelig kognitiv svikt som gjør at hun ikke kan bo alene i eget hjem. Fru Hansen har ingen nær familie, men en nevø har pleid å besøke henne fra tid til annen.

I løpet av de tre siste månedene har fru Hansen hatt til sammen fem perioder med lungebetennelse som har blitt behandlet med antibiotika.

Det har også blitt stadig vanskeligere for de ansatte å få fru Hansen til å spise og drikke. Ofte kniper hun munnen sammen eller vender hodet bort når de forsøker å mate henne eller gi henne drikke. De ansatte tolker dette som et nei til å ta til seg mat og drikke. Mens noen forsøker å lokke og lirke for å få i henne noe, mener andre at det er uetisk å presse henne til noe hun ikke vil. Når hun på nytt får temperaturstigning, blir surklete i pusten og nekter å ta til seg drikke, vurderer pleiepersonalet at tiden er kommet for en samtale med kvinnens nevø om behandlingstilstand. Pleiepersonalets vurdering av situasjonen er at kvinnen er døende og eventuell antibiotikabehandling vil, slik de ser det, bare innebære en ekstra belastning for kvinnen, en forlengelse av hennes lidelse. «Er det ikke snart riktig å la fru Hansen få slippe flere kurer med antibiotika, og la henne få lov til dø i fred?», er det flere som spør seg.

BEHANDLE ELLER IKKE? I samtale med kvinnens nevø presenterer fru Hansens primærsykepleier situasjonen slik de vurderer den, og at de anser at tiden nå er kommet for å avslutte medisinsk behandling og gå over til lindrende behandling. Dette er imidlertid en vurdering nevøen er uenig i. Han fastslår at fru Hansens liv alltid har vært sterkt preget av hennes jødiske tro, og at det innebærer å ha en sterk tillit til at døden kommer når den skal komme, verken for tidlig eller for sent. Nevøen påpeker at ifølge fru Hansens tro er det ikke er opp til sykehjemmets leger eller sykepleiere «å leke Gud». Nevøen er tydelig på at selv om han ikke har snakket direkte om dette med sin tante, er han sikker på at hun mener som ham, og at det er helt uaktuelt å avslutte eller ikke igangsette

påkrevd behandling. Om nødvendig vil han kontakte jurist for at deres vilje skal etterkommes.

ET ETISK DILEMMA. Hva kan etikken hjelpe oss med i en slik situasjon, og hva sier jussen?

Det er et viktig etisk prinsipp at all behandling skal være til pasientens beste, og den må være i samsvar med hva pasienten ville ha ønsket om hun hadde hatt beslutningsevne. Her må man også ta hensyn til eventuelle ønsker pasienten har gitt uttrykk for før hun ble alvorlig syk, mens hun ennå var i stand til å gi uttrykk for sin vilje.

Ikke all behandling er til pasientens beste. Noen ganger kan den bare forlenge lidelse og et smertefullt dødsleie. I denne situasjonen kan det se ut til å være slik. Pleiepersonalet vurderer det også som uetisk å påføre kvinnen mer plager. Vi vet bare om pasientens religion fra hennes nevø og ingenting om hennes oppfatninger om egen slutt på livet, eller hennes eget forhold til sin religion. Kanskje skulle det vært invitert til samtaler om dette, forberedende samtaler, før hun ble alvorlig syk, men dette ble aldri gjort.

SAMTALE OM DØDEN. En forberedende samtale på et tidligere tidspunkt, ville vært en invitasjon til fru Hansen om å formidle tanker om egen død mens hun fortsatt var i stand til det. Ikke alle har et gjennomtenkt forhold til egen død, og det må respekteres at man ikke kan svare på det. Likevel, forberedende samtaler er en anledning, kanskje sammen med sine pårørende, til å tenke over spørsmål som senere, når beslutninger om behandling må og skal tas, kan bidra til at disse er mest mulig i samsvar med personens ønsker.

ANSVARET ER HOS ANSVARLIG BEHANDLER. I denne situasjonen er det en sannsynlig konklusjon at videre behandling ikke er i fru Hansens interesse og at det ikke vil gjøre henne noe godt. Avvergereaksjoner mot inntak av næring kan også være uttrykk for en manglende vilje til å leve videre, men det kan også være mer ubevisste avvergereaksjoner.

Det er godt mulig at nevøen er opptatt av tantens beste, kanskje

Rådet for sykepleieetikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.

● Telefon: 99 04 91 69 ● e-post: berit.daae.hustad@sykepleierforbundet.no

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2015.55653

mistolker han hva som er til hennes beste. Uansett kan ikke nevøen bestemme om tanten skal eller ikke skal ha behandling. Han kan ikke kreve behandling som vurderes å være nytteløs.

Pårørende skal informeres og tas med på råd, og særlig viktig er dette når pasienten har en kognitiv svikt som i fru Hansens situasjon. Men beslutningsansvaret ligger hos den som «er ansvarlig for helsehjelpen» i samråd med samarbeidende helsepersonell (§4.6 i Pasient og brukerrettighetsloven). Ansvarlig for helsehjelpen vil i de fleste slike situasjoner være den lege som har behandlingsansvaret for pasienten.

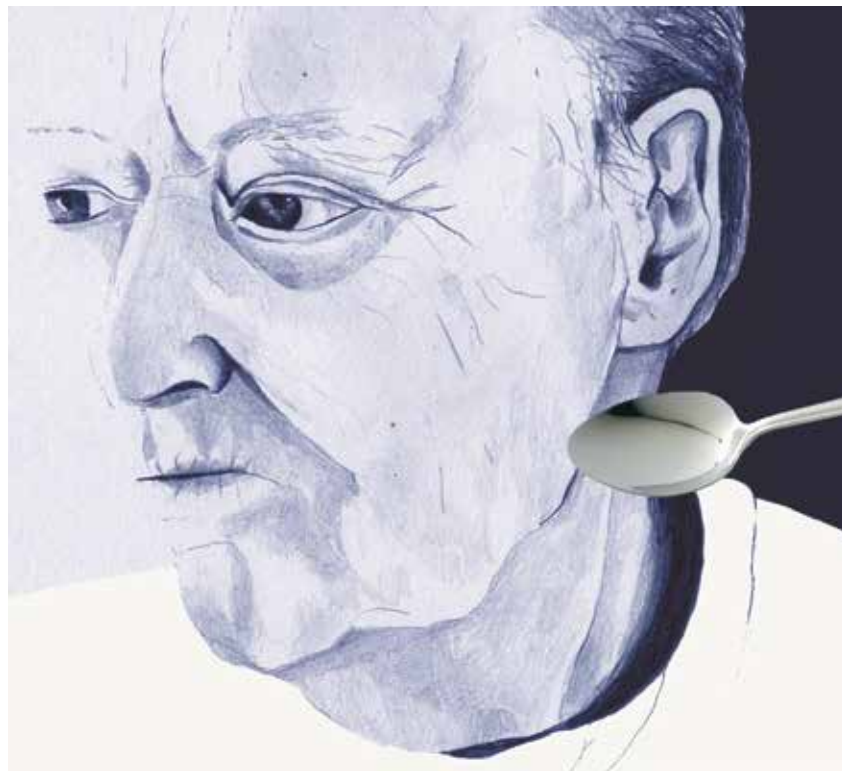
IKKE SKADE-PRINSIPPET. Så hvordan kan man da håndtere situasjonen og i størst mulig grad unngå at den tilspisser seg og kanskje utvikler seg til en konflikt?

Det vil være riktig å informere og forklare nevøen om alvoret i situasjonene og at videre behandling med antibiotika, væske og

«Nevøen påpeker at det ikke er opp til sykehjemmets leger eller sykepleiere «å leke Gud».»

ernæring bare vil øke fru Hansens plager. Det må undersøkes hvorvidt jødedommen pålegger behandling som ikke har nytte eller ikke er til pasientens beste, men uansett vil det være problematisk om religiøse doktriner skal diktere hva som er i den enkelte pasients beste interesser. Det vil i så fall kunne føre til at helsepersonell påfører pasienter som fru Hansen unødig lidelse og at man bryter ikke skade-prinsippet.

En forhåpentlig løsning kan være at nevøen vil gå med på at fru Hansen ikke skal aktivt behandles med antibiotika, men at hun får noe væske intravenøst, det vil si at man ikke direkte trekker tilbake alle tiltak av behandlingsmessig art, men lar «naturen gå sin gang». Situasjonen med fru Hansen viser kanskje først og fremst hvor viktig det er at før man kommer i slike situasjoner, har samtalt med pasienten om hva hun selv ønsker eller ikke ønsker og hvordan hun selv ser for seg en fredfull avslutning på livet sitt. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



STUDENTER TRENGER Å LÆRE ORGANISERING

Utdanning. Praksis med vekt på samarbeid kan øke studentenes organisatoriske kompetanse.

PRAKSISSTUDIE:

Artikkelen bygger på
60% praksis
 40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55668



Sigurd Roger Nilsen, Førstelektor, Høgskolen i Østfold

Det stilles nye krav til sykepleiernes kompetanse. Endringer i kompetansebehov skyldes at pasienter, ofte med et betydelig rehabiliteringsbehov, tidligere blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. De fleste pasientene er eldre, har flere diagnoser og stort omsorgsbehov (1).

kunnskap» (4:8). Hensikten med å utarbeide en ny modell for organisering av praksisstudier er å utdanne sykepleiere med kunnskaper og ferdigheter tilpasset dagens og morgendagens helsevesen. Stortingsmelding nr. 13 «Utdanning for velferd» refererer til Stjernø-utvalget som fastslo, blant annet på bakgrunn av NOKUTs evalueringer, at det er behov for tiltak som kan heve kvaliteten i praksisstudiene (5).

i begrepet organisatorisk kompetanse (6). Allan (7, s. 136) skriver at sykepleiere gjennom sitt organisatoriske arbeid er «network builders, system enablers and principal mediators». Samtidig viste studien hennes at sykepleierne først og fremst identifiserte seg med det direkte pasientrettede arbeidet, samt at bevisstheten var mindre når det gjaldt organisatoriske forhold. Kunnskap og ferdigheter relatert til organisatoriske forhold ble utviklet gjennom lang erfaring, noe som ifølge Allan (7) reiser spørsmål ved måten utdanningen av sykepleiere er organisert på.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen er basert på et studie hvor hensikten var å revidere innholdet i sykepleierstudentenes siste praksisperiode, sykepleierens undervisende- og ledende funksjon, ved å vektlegge utviklingen av studentenes organisatoriske kompetanse. Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for takle rollen som koordinerende helsefaglig person i det tverrprofesjonelle team.

NYE KRAV. Orvik (6) hevder at den administrative sykepleierfunksjonen i sin gamle form er avleggs fordi den opprettholder en yrkesrolle preget av tekniske og praktiske assistentfunksjoner.

PRAKSISMODELLER. Det er behov for mer forskning på praksisstudier der tverrprofesjonelt samarbeid benyttes som arbeidsmetode. Det er også behov for å utvikle og prøve ut praksismodeller der det legges vekt på erfaringslæring og samarbeidslæring (8, s. 109). Internasjonal forskning bekrefter at samarbeidslæring gjør helsearbeidere bedre i stand til å håndtere sammensatte helsebehov (9). Studiens forsknings spørsmål var følgende: Hvordan har praksismodellen bidratt til studentenes opplevde læringsutbytte relatert til organisatorisk kompetanse? Begrepet organisatorisk kompetanse dekker både systemforståelse og samhandlingskompetanse (6).

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Praksisstudie
- Fokusgruppe
- Samhandling
- Tverrfaglighet

«Vi reflekterer og tenker og lærer av hverandre.»

Framtidens sykepleiere trenger organisatorisk kompetanse. Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for å takle rollen som koordinerende, helsefaglig person i tverrprofesjonelle team. Kompetanse i å organisere pasientarbeidet, og evnen til å forstå helseorganisasjonen som system, inngår



Camilla Gjellebæk, Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold

SAMMENSATT BEHOV. «Mange er avhengig av assistanse og hjelp fra både fastlege, kommunale pleie- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på tjenestene vil ofte være avhengig av hvor godt dette samspillet fungerer» (2). En studie som undersøkte Eldres erfaringer ved overføring fra sykehus til kommunale tjenester bekrefter dette. Studien viste at det er utfordrende å gi de eldre god nok informasjon (3).



Siri Brynhildsen, Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold

FORSKNING. Helse- og omsorgsdepartementet (4) peker på forskning og innovasjon som en forutsetning for en kunnskapsbasert og fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste. Utdanningsinstitusjonenes ansvar for forskning beskrives ved at «det må sikres høy kvalitet og relevans i utdanning, og disse må så langt som mulig baseres på forskningsbasert



Inger Tjøstolsen, Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold



Siv Groth Johansen, Rådgiver, Sykehuset Østfold



Samarbeid: Praksis i tospann er en av modellene som har vist seg å øke sykepleierstudentenes samarbeidskompetanse. Arkivfoto: Stig M. Weston

GJENNOMFØRING. Prosjektpraksisen ble organisert etter prinsippet om gruppepraksis (10). To virksomheter innenfor hjemmesykepleie, en enhet for utskrivningsklare pasienter på sykehjem (USK-avdeling) og en intermediær-avdeling på sykehjem, utgjorde de fire praksisbasene. Base betyr i denne sammenheng den virksomheten hvor studentene hadde sin hovedtilknytning og praksisveileder. Studentene fikk mulighet til å følge pasienten på tvers av behandlingseenheter og nivåer.

Prosjektgruppen besto av representanter fra spesialist- og kommunehelsetjeneste og lærere fra høyskolen. Gruppen utarbeidet en oversikt over aktuelle

Tabell 1. Utdrag fra læringskategori og læresituasjonsbeskrivelse

Læringskategori	Konkretisering av læresituasjoner
Samhandling om mottak av pasienter:	<ul style="list-style-type: none"> - Mottak av pasienter for type tilbud; korttidsplass, intermediær plass (ø-hjelp) eller utskrivningsklare pasienter fra sykehuset - Gjøre seg kjent med og benytte innkomstprosedyrer på avdelingen - Samarbeide med innleggende instans - Mottak av ny/kjent bruker/pasient i hjemmetjenesten
Refleksjon over praksis:	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i etisk refleksjon på avdelingen - Refleksjon over aktuelle pasientkasustikker - Ukentlig veiledning med studentveileder - Utfordre studentene i siste del av praksisperioden å ha ansvar for gjennomføring av en refleksjon med personalet på avdelingen

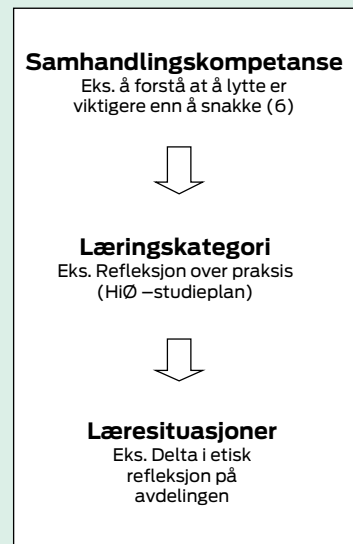
læresituasjoner ved hver base. Denne tilnærmingen støttes av Stortingsmelding nr. 13 som vektlegger at utdanningene utarbeider læringsutbyttebeskrivelser og tilrettelegger for at studentene tilegner seg disse gjennom praksisstudier (5). Studentene fikk presentert en samlet oversikt over aktuelle læresituasjoner før praksisstart. Praksislærerne møtte veilederne og studentene i forkant av praksisstart. Det ble definert totalt 11 læringskategorier og 75 læresituasjoner.

METODE. Studien har et beskrivende design (12). Hoveddataene er kvalitative, innhentet gjennom





Figur 1. Et eksempel på hvordan læringskategorien Samhandlingskompetanse og de konkrete læresituasjonene er forankret i teori. Utvikling av samhandlingskompetanse er et sentralt tema i praksisstudiet; sykepleiens organisatoriske kompetanse.



fokusgruppeintervjuer med studentene. Utvalgskriteriet var at studenter fra alle basene skulle være representert. Ifølge Wilkinson (13) består en fokusgruppe av personer med felles erfaringer som samhandler med utgangspunkt i vektlagte temaer. Intervju gir mulighet for å gå dypere inn i forskningsspørsmålene, samt å avdekke ny kunnskap (14).

Fokusgruppeintervjuene ble analysert gjennom tematisk innholdsanalyse (15). Bearbeiding av data ble gjort manuelt. For å validere studiens kvalitative funn, valgte vi å supplere med kvantitative data fra studentenes elektroniske emneevaluering i læringsplattformen Fronter (16). 27 av 29 studenter (93 prosent) deltok i emneevalueringen.

MODELLER. Kvaliteten i praksisstudiene fikk økt oppmerksomhet etter NOKUT's gjennomgang av sykepleierutdanningen (17). Ulike modeller for organisering av praksisstudier er prøvd ut. Flere studier er forankret i et sosiokulturelt læringssyn (18) gjennom

vektleggingen av praksisfelleskapet (10,19,20). Studien som ligger til grunn for vår artikkel, hvor gruppepraksis med tospann inngår, bekrefter tidligere forskning som viser at medstudenters støtte og tilbakemelding er viktig for hvordan studenter opplever læringsutbyttet.

Mange utsagn fra fokusgruppeintervjuene viste at deltakerne opplevde medstudenter som en støtte i praksisperioden. «Vi var to på den sona jeg var – og det fungerte veldig godt de gangene vi kjørte sammen – vi hadde mye glede av hverandre. Man snakker mye sammen – diskuterer fag.» En annen student responderte på dette ved følgende utsagn: «Ja du gjør det – vi reflekterer og tenker og lærer av hverandre.»

Gjennom gruppepraksis og tospann bidrar praksisfelleskapet til å gjøre studentene trygge i studiesituasjonen. Nilsen et al. (10) beskriver hvordan refleksjon i gruppe fremmer læringen. I dette prosjektet har studentene erfart at medstudentene er en ressurs for læringen deres. Dette vurderer vi som en viktig holdningsskappende erfaring som kan overføres til studentenes fremtidige yrkesfunksjon og forhold til fremtidige kollegaer.

SYSTEMFORSTÅELSE. Studentene fulgte pasientene på tvers av behandlingseenheter. Et eksempel på læresituasjoner hvor målet var å forstå systemet, var at studentene hospiterte på legevakten, fulgte opp pasienter i overgangen til intermedieæravdeling og til slutt forberedte overføring til hjemmesykepleie.

I fokusgruppeintervjuene refererte studentene til utsagn fra pasienter som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til kommunale virksomheter. Pasientene formidlet at de trodde de skulle få et annet behandlingstilbud etter utskrivelsen enn det de fikk. Eksempler er at pasienter og pårørende ved utskrivelse fra sykehus til sykehjem, helsehus eller intermedieæravdeling, har trodd og

håpet at de skulle få et korttidsopphold på tre uker før de kom tilbake til sitt eget hjem. Oppholdet på institusjon varte bare i få dager og de opplevde ikke å være klare for hjemreise (21). En annen student bekreftet at utskrivelse fra sykehus skjedde for tidlig.

«Så var det jo noen pasienter som ble skrevet ut fra sykehuset for tidlig også, som kom til USK-posten og som måtte tilbake igjen til sykehuset.»

Studiens hensikt var ikke å

evaluere kvaliteten på tjenestene i kommunene eller spesialisthelsetjenesten. Gjennom studentenes erfaringer kom det likevel fram beskrivelser av situasjoner som ikke fungerte optimalt. «Jeg tenker på meldeskjemaer og slike ting – det syntes jeg man er ganske dårlige på. Både når det gjelder hjemmesykepleien og fra sykehuset egentlig. Det kommer liksom i siste rekke hele tiden – det merka jeg også der jeg var også. Nei må liksom skyve bort den bunken litt – har ikke tid til det nå liksom – men det er jo ganske viktig – men de tar jo heller en telefon og sier noe om det i stedet for å sende meldeskjemaet.»

TVERRFAGLIG SAMARBEID.

Studentene hadde ulik erfaring med hvordan samarbeidet med andre yrkesgrupper fungerte. «Når det gjelder legene – det er avgjørende hvem som gidder å ta seg en tur.» Noen av studentene stilte seg kritiske til kvaliteten på samarbeid med fysioterapeutene: «Ikke følt at det var mye samhandling. Har blitt vist noe av fysioterapeutene – og så legger de igjen skjemaer. Fysioterapeuter lager plan som blir hengt opp – blir nesten aldri fulgt opp». En av dem refererte til utsagn fra en fysioterapeut som hadde uttalt at «Sykepleiere bør helst ikke blande seg fordi de kan gjøre feil – mot sin hensikt».

«Jeg følte vi fikk oppleve samhandling tverretatlig og tverrprofesjonelt.»

På spørsmål om hva studentene tenkte var forklaringen på mangelfullt samarbeid, svarte en: «Det at man ikke skal trække i hverandres bedd hindrer samarbeid. Holdninger handler mye om hvordan lederen fungerer. Nye arbeidsoppgaver kan være et hinder fordi man antar at samarbeid tar mer tid. Det må et generasjonsskifte til».

ERFARINGER. En av studentene beskrev sine samarbeids erfaringer ved at «Jeg har opplevd god samhandling. God samhandling er når hjemmesykepleien har god kjennskap til sin pasient. Ja, da vet vi at han har vært på sykehuset – og vi vet at han kommer hjem – og vi er forberedt på å ta ham imot. Det er nesten som en pølsefest på trappa når de kommer».

Funn fra emneevalueringen viste at 59,2 prosent av studentene svarte at de i svært stor eller stor grad hadde utviklet kompetanse i å samhandle med andre yrkesgrupper. Studentene erfarer flest samarbeidssituasjoner med fagarbeider (77,7 prosent) og lege (55,5 prosent). Funn fra fokusgruppeintervju underbygger legen som en viktig samarbeidspartner. «Vi hadde tre leger faktisk, som var der hele dagen, og de var jo hele tiden inne. De samarbeidet godt med oss sykepleierne. Jeg følte vi fikk oppleve samhandling tverretattlig og tverrprofesjonelt». Positive erfaringer fra samarbeid med lege ble bekræftet fra flere studenter.

FORDOMMER. I den sosialiseringsprosessen som en profesjonsutdanning innebærer, identifiserer studentene seg med sine fremtidige profesjoner, deres verdi, kultur, rolle og ekspertise. Det kan skje at studentene kommer inn i utdanningen med negative oppfatninger om andre yrkesgrupper (22). Flere forutsetninger har blitt beskrevet som nødvendige for å redusere fordommer eller stereotyper blant yrkesutøvere så vel som studenter fra ulike

profesjoner. Felles læring gir grunnlag for lagarbeid, å kunne arbeide sammen som et team. Areskog (23) hevder at økt forståelse og kunnskap om andre yrkesgrupper, kombinert med forståelse av seg selv som framtidig yrkesutøver, vil utvikle holdninger preget av respekt og tillit. Dette betyr at samhandling ikke kan læres gjennom teori alene, det forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper.

VURDERING. Studentene vurderer følgende hovedelementer ved praksismodellen positivt for sitt læringsutbytte og elementene anbefales implementert i praksisstudier:

- Klargjøre mål med praksisperioden gjennom forhåndsdefinering av læringskategorier og læresituasjoner.
- Studentene tar ansvar for å følge pasienter på tvers av behandlingssenheter og nivåer.
- Felles forberedelse av praksisveileder, student og lærer gjennom etablering av møteplasser for praksisstart.
- Gruppepraksis bidrar til å utvikle trygghet og læring i praksisfellesskapet.

PASIENTNÆRT. Tidligere har læringsutbyttebeskrivelsen i emnet *Sykepleiens undervisende og le-*

«Når det gjelder legene – det er avgjørende hvem som gidder å ta seg en tur.»

dende funksjon (11) i stor grad vært rettet mot sykepleielederens administrative funksjon. I vår studie har vi vektlagt å utvikle kunnskap knyttet til det pasientnære; kliniske kunnskaper og organisatorisk kompetanse. Studien viser at studentene har

utviklet god systemforståelse, både ved organisering av tjenestene innad i de aktuelle kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Studentene har erfart flere situasjoner de mener påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet negativt. Dette gjelder både negative holdninger til samarbeid og svakheter ved dokumentasjonssystemene. Dette tyder på at studentene har utviklet organisatorisk kompetanse gjennom å bli bevisste på hva som påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet. Studien viser at studentene har erfart gode samhandlingssituasjoner med andre yrkesgrupper.

Studien tyder på store individuelle forskjeller i viljen til å samarbeide med andre yrkesgrupper, og at dagens organisering av tjenestetilbudet gjør det mulig å praktisere sin motvilje. Vi vurderer at det ikke vil være mulig å skape tilfredsstillende samhandling mellom ulike yrkesgrupper, kun gjennom politiske vedtak og nye samarbeidsrutiner. Samhandling kan ikke læres gjennom teori alene, det forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper i studiene. Dette vil være i tråd med Stortingsmelding nr. 13 som anbefaler møteplasser for ulike yrkesgrupper (5).

KONKLUSJON. Vi vurderer at det er behov for mer fagutvikling og forskning på å utvikle pedagogiske metoder som fremmer samarbeidslæring. Det vil være en praktisk utfordring å legge til rette for at alle studenter innenfor helse- og sosialfag møter og samhandler med studenter fra en eller flere andre utdanninger i studiene. Vi foreslår å prøve ut bruk av digitale læringsressurser som et supplement til fysiske møter, for eksempel utprøving av en «pedagogisk verktøykasse» som består av case og digitale historier. Slik kan samarbeidslæring oppnås, både gjennom praktiske gjennomføring i tverrfaglige grupper og tematikken som verktøye- ne belyser. ●

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo, Departementenes servicesenter; 2009. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
2. Sosial- helsedirektoratet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Veileder IS-1201. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 2004. IS-1201 Veileder.
3. Foss C, Hofoss D, Romøren TI, Bragstad LK, Kirkevold M. Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. Sykepleien Forskning. 2012 Apr;7(4):324–33.
4. Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012–2015.
5. Kunnskapsdepartementet. Utdanning for velferd: Samspill i praksis. Oslo, Departementenes servicesenter; 2011. St.meld. nr. 13 (2011–2012).
6. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. 1. utgave. Oslo: Cappelen Forlag; 2004.
7. Allen D. Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organizational relationships. Social Science & Medicine. 2014 Aug;119(8):131–38.
8. Furunes KA, Brataas HV. Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studentpraksis som arena for tilegnelse av trygghet på rolle og ansvar. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2014;9(2):98–111.
9. Barr H. The WHO Framework for Action: Commentary. Journal of Interprofessional Care. 2010. <http://informahealthcare.com/toc/jic/24/5> (28.01.2014).
10. Nilsen SR, Raising H, Brynhildsen S. Erfare, skrive, dele, diskutere og lære: om strukturerte, planlagte refleksjonsprosesser og tverrprofesjonelle møteplasser. Uniped. 2012. http://www.idunn.no/file/pdf/66753489/erfare_skrive_dele_diskutere_og_laere_om_strukturerte.pdf (20.03.2012).
11. Studieplan for Bachelorstudium i sykepleie, deltid. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold. <http://www.hiof.no/studieinformasjon/studieplaner/?function=dumpBeskrivelse&module=studieinfo&type=studiem&key=743> (17.02.2013).
12. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2010.
13. Wilkinson S. Focus group research. I: Silverman D, redaktør. Qualitative Research: Theory, method and practice. Ca: Thousand Oaks, 2004:177–99.
14. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
16. Røising H. Bedre med enkel bruk av elektronisk læringsplattform enn ingen bruk? Uniped. 2009. <http://hdl.handle.net/11250/147903> (17.04.2010).
17. Haugdal BK. Revidering av akkrediterte sykepleieutdanninger: Kvaliteten i praksisstudiene. Oslo: NOKUT; 2009.
18. Dysthe O. Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: Dysthe O, redaktør. Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag; 2001.
19. Slettebø Å, Bryn V, Hovdsveen RK, Veitsle KC, Syvertsen AL. Praksisstudier i tospenn. Sykepleien Forskning. 2009;1(4):44–50.
20. Flateland S, Kristiansen A, Söderhamn U. Sykepleierstudenters læring: Læring i praksis gjennom deltakelse i refleksjonsgrupper. Nordisk Sykepleieforskning. 2011;1(1):5–18.
21. Nilsen SR, Andersen KL, Karlsen H, Johansen SG. Helsehus, MLMS, USK eller intermedieavdeling? Sykepleien. 2013. <https://sykepleien.no/2013/10/helsehus-mlms-usk-eller-intermedieavdeling> (15.12.2013).
22. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption & Evidence. London: Blackwell Publishing; 2005.
23. Areskog NH. Multiprofessional education at the undergraduate level. I: Owen P, Carrier J, Horder J, redaktører. Interprofessional issues in community and primary health care. London: Macmillan Press, 1995.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Judith Kvåle

Står opp for dem med ROP-lidelser

Fortalt til **Nina E. H. Hauge** • Foto **Hans Ole Færestrand**

Fakta

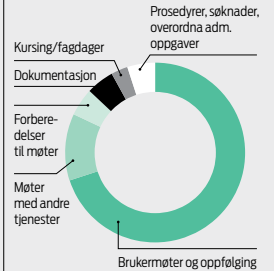
Nyutdannet sykepleier i 2000

CV

2000–2004: Vågsøy Sykehjem
2004–2010: Område: fastlandet, åpen omsorg
2008: Videreutdanning i veiledning
2010– : Sykepleier og ruskonsulent, NAV Vågsøy
2012–2014: Videreutd. i rus



Når jeg jobber som ruskonsulent driver jeg med



Jeg veileder mennesker fra 18 år og oppover som har forskjellig grad av rusavhengighet, problemer knyttet til rus og som i tillegg har psykisk sykdom. De er stort sett langtidsbrukere, og man må tenke at man tar små skritt i et langt perspektiv.

Vanligvis møter jeg fem–seks brukere på en dag, men aldri færre enn to. Da henter og bringer jeg dem til legebesøk, avhør, ansvars- og selvhjelpsgrupper og møter med andre tjenester. Ofte må vi dra langt, og da får jeg god tid til å snakke med dem. Jeg følger dem opp, gir håp og nærhet, koordinerer helsetilbud, og henviser. Jeg hjelper dem med å sikre egen økonomi, bosted og rettigheter og at de klarer å oppfylle sine forpliktelser ovenfor samfunnet.

I de fem årene jeg har vært ruskonsulent, har jeg jobbet hardt for å fjerne stigmaet rundt rusmisbrukere. Lidelsen må likestilles med andre sykdomsbilder. Ofte klarer man ikke å se forbi russyntomene og gå til bunns i problemene. Derfor kan andre symptomer bli oversett. Brukerne skal også bli behandlet med de samme etiske normene som andre. Diabetes- og hjertepasienter med ruslidelse kan ofte få høre: «Ja, dette har du jo fortjent».

Ordet «ettervern» bør vi gå vekk fra. Innholdet er riktig, men begrepet er misvisende. Det indikerer noe som kommer etter noe, og det blir feil. Rus og psykisk sykdom vil komme i uforutsette vendinger i løpet av livet. Er man etter et institusjonsopphold, er man fortsatt foran noe annet.

Det er viktig å vise respekt i situasjonen man er i. Relasjonen blir ikke bedre enn det man er villig til å gi selv. Samtidig er det vanskelig å være så tett på noen, og likevel holde profesjonell avstand. Noen gutter kan trenge fosterhjem til de er 32 år. Av og til må jeg tenke at jeg ikke kan ta den rollen, at det ikke er min jobb. Det er vanskelig å se dem ta valg som kan ende livet deres.

Fine øyeblikk opplever jeg likevel. En ung gutt, som jeg måtte jobbe mye med for å få relasjon til, kom til meg tungt ruset. Han hadde en håndskrevet liste over ting han ville gjennomføre. Nederst på listen sto det:

«Gi Judith en rose på bursdagen hennes». Og det har jeg fått, mange ganger. •

nina.hauge@sykepleien.no

Se flere historier i Sykepleiens APP



Tett på: Judith Kvåle møter brukere med ROP-lidelser (samtidig Ruslidelse Og Psykisk lidelse) og treffer dem der de er.



Påfyll

Del 3 Sykepleien 11 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



Folkebevegelse: Aksjonister, lokalpolitikere og ordførere fra hele landet demonstrerte 21. oktober 2003. Foto: Cornelius Poppe/NTB scanpic.

År med kamp

Lokalsykehus. Forslag om å legge ned «vårt» sykehus setter sinnene i kok. Det kan forklares. **70**



Quiz. Er zoonose en vanlig sykdom i zoologisk hage? **72**



«Kanskje ligger ikke lykken i bingotorsdag og vaffelkveld annenhver lørdag.» Liv Bjørnhaug Johansen i Liv laga. **67**



Bok. Memori mor-to – om døden, for barn. **68**



Dikt



solen gjennom skylaget
 brennende ute i solsystemet
 melkevei andromeda
 en liten avstand
 i rommet i hundens
 vidstrakte tid
 en hukommelse utenfor
 menneskets minne
 solstriper i hjertet
 stjerner som våkner
 til enorme lysstyrker
 rett før de slukner og dør
 ganske likt et menneske
 eller et dyr
 etter lang tids sykeleie
 brått styrket og friskt
 en siste mobilisering
 før lyset slukner
 og brenner videre
 i baner vi ikke kan se

Kjersti Bronken Senderud,
 fra Fall- og lytteøvelser, 2015

Om forfatteren

Kjersti Bronken Senderud

Kjersti Bronken Senderud (1971) er forfatter og bhuto-danser. *Fall- og lytteøvelser* er hennes åttende diktsamling. Diktene er sterkt eksistensielle og utforsker balanse og tap av balanse i menneskelivet.



En av de beste: Caroline B. Morken er en av de beste norske i monté. Foto: Åge Liland/Bergen travpark

Sykepleier til hest

NORDISK MESTERSKAP: Caroline L.B. Morken er sykepleier i hjemmetjenesten og konkurrerer i monté.

Hun er en av tolv ryttere som kjempet om å bli nordisk mester i monté eller travritt, der hesten har rytter og sal i stedet for kusk og sulky. Ifølge travritt.no er monté i vekst i både Norge, Sverige og Danmark,

men er desidert størst i Frankrike.

Til strilen.no sier Morken at hun har drømt om å få ri et stort mesterskap siden hun som ungjente ble bitt av travbasillen.

Utenfor travbanen jobber hun som sykepleier i hjemmetjenesten i kommunen. Neste år venter legevakten i Bergen.

Som montérytter har hun tatt 26 seire på 186 starter. 8 av seirene tok hun i fjor, og derfor ble hun tatt ut til det nordiske mesterskapet.

Morken er 22 år, men vant sitt første løp som 16-åring. Da ble hun den første vinneren av en norsk montécup.

Kilde: strilen.no

Fra psykiatri til kultur

Knut Harald Pleyrn er ny sjef for Drammen scener, som drifter Drammen teater og Union scene.

Han er utdannet sykepleier, men i 1998 takket han nei til fast jobb på Ullevål sykehus og hoppet over til musikkbransjen og senere sjefsjobben for lbsenhuset i Porsgrunn.

Kilde: Dagsavisen Fremtiden

Cheerleading og sykepleie

Sykepleierstudentene Kaja Staubo og Ida Gjerde har startet det første cheerleadinglaget på Høgskolen i Oslo og Akershus.

– Dette er gøy, og i tillegg en fin måte å engasjere seg i skolemiljøet på, forteller Kaja Staubo til journalen.hioa.no

Ny forskerskole

Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo (UiO) har fått midler til å opprette The Norwegian Research School for Research and Development of Municipal Health and Care.

UiO samarbeider med flere andre universiteter og høyskoler, og forskerskolen skal være for hele Norge.

Kilde: med.uio.no

Bøker. 3 om velferdsstaten

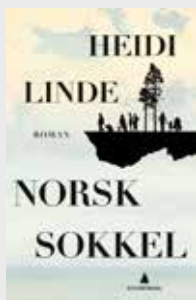
Verdier i forandring?

SAMTIDSHISTORIE: Tore Nyseter er sosionom og har fulgt velferdsutviklingen på nært hold gjennom sitt mangeårige arbeid i helse- og sosialsektoren og offentlig forvaltning. Med boka *Velferd på avveie* gir han en kritisk gjennomgang av de reformene som har påvirket den norske velferden de siste 45 årene. Gjennomgangen viser at verdigrunnlaget for vår velferdsmodell er i ferd med å endres.



Menneskene i velferden

ROMAN: I sin nye roman *Norsk sokkel* utforsker Heide Linde menneskenes hverdag i den norske velferdsstaten. Hvert kapittel innledes med en lovtekst, og vi møter en rekke mennesker som lever sine liv i berøring med samfunnets tjenester og tilbud. Hun skildrer blant annet fosterhjemsbarnet, den høyrisikogravide, alkoholikerens kone og den skrantende eldre damens bekymrede sønn med stor innsikt, varme og humor.



Å utforske institusjonene

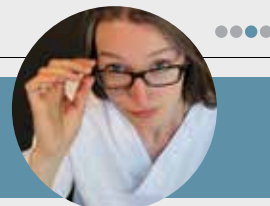
FORSKNINGSMETODE: Institusjonell etnografi er en forskningsmetode som studerer enkeltindividets erfaringer med og kunnskap om institusjonene for å tegne kart over ulike deler av samfunnet. Sosiolog Karin Widerberg har redigert *I hjertet av velferdsstaten*, som presenterer en rekke empiriske studier av institusjoner og aktører i lys av institusjonell etnografi. En bok til nytte og inspirasjon for sykepleievitenskapen.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Dopamin i hønsegården

Etter en hel del bygging, leising og planlegging har fire unghøner flyttet inn i hagen min. Mitt mål er at de foruten å gi meg egg skal være maksimalt lykkelige. Jeg har dermed brukt litt tid på å sette meg inn i hva det er som gjør en høne lykkelig.

Dette er det jeg har kommet fram til: Høner liker å spise, men aller best liker de å lete etter og finne mat. Altså er det ikke maten i seg selv, men prosjektet matfinning som bringer lykken inn i hønslivet. De vil gjerne jobbe litt for maten. Dermed sprer jeg frøene deres ut i høyet, gir dem peanøtter med skallet på, hele maiskolber som må angripes fra flere hold, dinglede urtebunter, og hønene går fornøyde og selvtilfredse rundt og leter, lirker og plukker. Til tross for sitt noe begrensede areal, er de strålende fornøyd med tilværelsen og fulle av selvtilitt.

Nå vet ikke jeg så mye om hva som foregår i hønsehjerner, men jeg vet en del om menneskehjerner. Og menneskehjerner er slik at når vi gjør ting som bidrar til vår egen og artens overlevelse, som matsanking og -laging, sex, omsorgsoppgaver, trening og redegging, belønner den oss med en dose dopamin, servert av hjernes lyst- og motivasjonssenter nucleus accumbens. Det gjør oss tilfredse og glade og vi føler oss flinke. Som hønene trives vi best med å måtte jobbe litt for å holde oss selv og dem rundt oss i live. Vi spiser ikke fisken rett fra pakka, men koker og tilbereder

og serverer pent ved bordet. Vi lager kjøkkenhager selv om jord og frøposer koster dobbelt så mye som gulrøttene i butikken. Vi pusler i huset, maler og pusser opp og pynter og ordner (og bruker tid på å forberede utfordrende hønsemat) og pumper ut dopamin og føler oss flinke og fornøyde. Sånn får vi selvtilitt, og livet får innhold og mening.

Jeg sitter med kaffekoppen i hønsegården og føler meg flink og fornøyd mens jeg ser på hønene som flinkt og fornøyd sysler med matfinning. Og jeg ten-

«Kanskje ligger ikke lykken i bingotorsdag og vaffelkveld annenhver lørdag.»

ker på alle langtidspasienter og sykehjemsbeboere som lever, som hønene mine, på et ganske begrenset areal. Kanskje burde de også fått lov til å slite litt mer for føden. Kanskje ligger ikke lykken i bingotorsdag og vaffelkveld annenhver lørdag. Kanskje man blir lykkeligere av å få røre i gryta, dekke på bordet og henge opp klesvasken, og på den måten bidra som best man kan til å sikre ens egen og artens overlevelse. Og belønne seg selv med en daglig dose dopamin. ●



Fakta

Jeg er Døden

Av Elisabeth Helland Larsen/Marine Schneider (illustrasjoner)
 Magicon Forlag, 2015
 ISBN: 9788292863633

Anmelder: Line Bolgvåg, anestesisykepleier

Memento mori

ANMELDELSE: Døden. Et universelt litterært tema, og destinasjonen vi alle deler. Kanskje det er derfor det finnes så mange barnebøker om den? Forfatter og sykehusklovn Elisabeth Helland Larsen og illustratør Marine Schneider har laget en vakker og direkte bok, hvor budskapet er at alle skal dø og at man ikke trenger å være redd for det.

I billedboken «Jeg er Døden» personifiseres døden i skikkelsen til en pike med perlemorshud og røde kinn. Hun besøker alle, er alltid til stede, uløselig knyttet til livet. Dette er ikke en lineær fortelling, med begynnelse, midte og slutt. Dødens mange fasetter

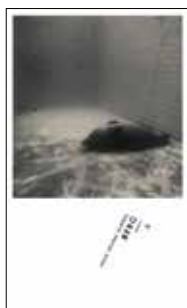
presenteres på en tablå-aktig måte. Vi får se Døden i ulike situasjoner, tilsynelatende løstrevet fra hverandre, men som på bokens siste side inngår i en større sammenheng: Himmelen?

Styrken ved dette fortellergrepet er at det gir rom for å snakke utenom teksten. Detaljrrike illustrasjoner i varme farger innbyr også til dette. Teksten er kortfattet og konkret. Dette gjør boken velegnet for barn i førskolealder. Ettersom den visualiserer et abstrakt tema og teksten stiller mange åpne spørsmål, så tror jeg at også eldre barn vil kunne like den.

Å skrive om døden, for barn eller voksne, er utfordrende. Mangelen på linearitet gjør at det er vanskelig å leve

seg inn i historien, men dette kompenseres av bokens andre gode kvaliteter. Hvis det er noe jeg savner i teksten, så er det en form for underfundig humor, som for eksempel finnes i Wolf Erlbruchs billedbok «And, Døden og tulipanen».

En utfordrende del av jobben til sykepleiere som har omsorg før døende barn, og for barn som mister noen, er å gi hvert barn forståelse og en følelse av sammenheng. Åpenhet rundt sykdom og død, og informasjon på barnets premisser, kan gi mestring. Denne oppgaven må tilnærmes med ydmykhet. «Jeg er Døden» kan være et utgangspunkt for fine samtaler. ●



Fakta

Bebo

Av Anne Helene Guddal
 Kolon Forlag, 2015
 98 sider
 ISBN 978-82-05-48597-6

Anmelder: Elisabeth Heggernes

Sjangeroverskridende prosa

ANMELDELSE: «Jeg ville kaste nøkkelne om jeg kunne, men jeg kommer alltid tilbake til de låste dørene for å åpne rom etter rom». Slik åpner kortromanen Bebo av Anne Helene Guddal, hvor de fragmentariske kapitlene kanskje kan sies å åpne seg som rom etter rom, hvert av dem på ulike steder og tidspunkt, med innhold av skiftende minner, fantasier og refleksjoner.

Anne Helene Guddal fikk mye og velfortjent omtale for sin første diktsamling «Også det uforsonlige finnes», som kom ut i 2014. Diktene inneholder mye besk humor og litterære referanser til blant annet nyere norske forfattere

som Tor Ulven og Gunvor Hofmo. Bebo er den vanskelige andreboken, og er nok ikke fullt like vellykket, mye på grunn av bokens fragmentariske form.

Kapitlene i Bebo er korte, og mange av tekstene er som små korttekster. Glimt for glimt presenteres vi for ulike fasetter av et kjærlighetsforhold, fra det første upersonlige møtet, til interesse, et forhold og samboerskap, som så rakner og tar slutt. Uten å gå inn i og beskrive de store følelsene, viser tekstene frem hvordan kjærligheten etter hvert blir umulig, og hvor vanskelig det er å leve sammen med et annet menneske og samtidig få være seg selv.

Når kjærlighetsforholdet går mot

slutten aner vi at jeg-personen er på vei inn i psykiatrisk sykdom. Dette kommer frem ved at tekstene blir mer preget av fantasier og drømmebilder som glir inn i virkeligheten, og det blir vanskelig å skille mellom realitet og fantasi.

Det kan være vanskelig å finne en klar sammenheng mellom de ulike tekstene, og selve handlingen i romanen blir fortalt indirekte. Ved mangelen på en samlende handling og en til dels forvirrende oppbygning tøyer Bebo romanformatet og bryter med leserens forventninger. Kanskje hadde det vært bedre å kalle den for det den er, nemlig en samling prosadikt eller korttekster. ●

Hva
leser du
nå?

Kjetil Skotte Bok inspirerte til utdanning

LITTERATUR: – Nå leser jeg *Att må dårlig är en bra början* av en svensk lege som het Bengt Stern, som jeg fant ved en tilfeldighet. Den handler om at vi mennesker alt fra fosterstadiet og de første leveårene tar inn følelser hos mor, og integrerer dem som egne. Opplever mor traumer, kan også barnet oppleve frykt og dødsangst. Stern beskriver hvordan man som voksen kan møte denne frykten, og få et liv med mer fred. Det er fascinerende lesning! Skotte leser også mye skjønnlitteratur og er særlig glad i historiske romaner som Jan Guillous bøker om det 20. århundre. Han leste nylig Herbjørg Wassmos *Disse øyeblikk*.

Skotte er nyutdannet rosenterapeut og forteller at Solveig Bøhles *Når kroppen husker det du vil glemme* har vært viktig. – Den åpnet øynene mine for at berøring er et grunnleggende behov som lindrer både sorg og smerte. Boka førte også til at jeg etter hvert tok utdannelsen. ●

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Yrke: Sykepleier, rosenterapeut og bokanmelder i Sykepleien
Alder: 49

Et skritt på vei til økt veilederkompetanse

ANMELDELSE: **Hva er god veiledning? Hvordan vurdere sykepleierstudentens praksis? Hvordan legge til rette slik at studenten får best mulig utbytte av praksis? Hva forventes av deg som veileder? Er refleksjon noe vi bør bruke tid på? Dette er spørsmål som denne boka gir svar på. Den er praksisnær og skrevet direkte til deg som praksisveileder.**

Hovedperspektivet i boka dreier seg om læring og utvikling av grunnleggende praktiske veiledningsferdigheter. Boka tar for seg ulike situasjoner som kan oppstå mellom student og veileder. Den inneholder en del case som beskriver disse situasjonene. Et eksempel er misforståelser som kan oppstå mellom student og veileder i et flerkulturelt samfunn.

Bjerknes og Christiansen har lang erfaring med veiledningskurs for praksisveiledere og har forsket på feltet og vet hvilke utfordringer en møter i denne rollen. De har sett behovet for å øke veiledernes kompetanse og ønsker at veiledning av studenter skal bli en tydeligere og mer integrert del av praksisfeltets virksomhet. Forfatterne ønsker at den ekstra belastningen det er å veilede studenter skal bli

sett slik at det blir frigjort tid til å drive god veiledning. Den store kløften mellom høyskolene og praksisplassene blir adressert. Et eksempel på det er en diskusjon omkring hvordan skolen har altfor høytsvevende og generelle mål for praksis slik at veilederne har behov for å få målene oversatt for å være i stand til å vurdere dem.

Jeg mener boka kan lykkes med å skape en mer felles forståelse mellom høyskole og praksisplass. Eksempelvis forstår en, etter å ha lest denne boka, hvor stort læringsutbytte en student har av å reflektere over en hendelse, og får dermed forståelse for hvorfor høyskolene vektlegger refleksjon i praksis.

Den største utfordringen som veileder oppstår om en er usikker på studentens ferdigheter og om studenten er egnet som sykepleier. En avgjørelse om ikke bestått praksis medfører store personlige og ressursmessige utfordringer. Dette er så krevende at jeg mener boka burde viet mer plass til temaet.

Jeg mener at boka er en nødvendighet på alle praksisplasser for sykepleierstudenter. Man blir nok ikke en god veileder bare av å ha lest boka. Til det kreves erfaring og trening, men man er i hvert fall på vei til å fylle rollen. ●



Fakta

Praksis- veiledning med sykepleier- studenter

Av Mari Skanche
Bjerknes og Bjørg
Christiansen (red)

174 sider

Gyldendal Norsk Forlag,
2015

ISBN 978-82-05 48079

Anmelder: Laila Solli
Reitan, intensivsykepleier
og masterstudent i
avansert klinisk sykepleie.

«En veileder som utstråler trygghet, og er bevisst på betydningen av relasjonen til studenten, kan bidra mye til studentenes læring (...).» Bjerknes og Christiansen



Lokalsykehus. Hvilke sykehus er store nok til å overleve, blir sammenslått eller vil miste helsetjenester? Nå kommer nasjonal sykehusplan.

En del av identiteten

● Tekst **Bjørn Arild Østby**

Fra slutten av 1960-tallet har nedleggelse av lokalsykehus vært et tilbakevendende tema i den helsepolitiske debatten. Ingen helsepolitisk sak har engasjert så mye som trusselen om nedleggelse av «vårt» sykehus.

Hvorfor er vi kommet i denne situasjonen? For å nærme oss et svar må man se lokalsykehusene i et historisk perspektiv. Sykehusene hadde vokst fram uten nasjonal plan og styring.

FISKERISYKEHUS. Løsrivelsen fra Danmark i 1814 førte til at Norge måtte bygge opp et nytt sentralapparat: Institusjoner som Det medisinske fakultet, Fødselsstiftelsen og Rikshospitalet ble til på 1810- og 1820-tallet. De somatiske sykehusene vokste derimot fram på lokalt eller regionalt initiativ.

Eksempel på denne type lokale spleiselag mellom frivillige organisasjoner, enkeltpersoner og kommunale krefter er de såkalte fiskerisykehusene langs kysten.

Sesongfiske, med konsentrasjon av mange mennesker på liten plass, og dårlige sanitærforhold, var som skapt for spredning av epidemiske sykdommer. I fiskeridistriktene ble det midt på 1800-tallet derfor ansatt egne leger og etablert egne sykehus som ble benyttet i sesongene. Ifølge medisinalberegningene ble det opprettet totalt 19 fiskerisykehus. Flere av dagens lokalsykehus har bakgrunn som fiskerisykehus.

INGEN PLAN. Rundt år 1900 var sykehuset som institusjonstype preget av at flertallet av pasientene hadde lav sosial status, og at en stor del var lagt inn på regningen til fattigvesenet. I løpet av første halvdel av 1900-tallet endret dette seg, og sykehusene fikk høyere status. Ikke minst fordi stadig flere leger begynte å ta jobb ved sykehusene.

Men i og med at sykehusene verken var regulert av et felles lovverk eller planlagt sentralt, var mye overlatt til lokale aktører. Først i 1948 ble det opprettet et eget helsedirektorat som en del av Sosialdepartementet (etablert 1916). Direktoratets første direktør var Karl Evang, som satt i stillingen fram til 1972.

Evang jobbet for å få på plass en sykehuslov, da sykehuset var en av de «viktigste grunnstener i det system av sosial sikkerhet og trygghet som ethvert moderne samfunn søker å skape».

Situasjonen for sykehussektoren ble av Sykehusordningskomiteen (nedsatt i 1957) beskrevet som «et nær sagt forvirrede antall forskjellige typer

«Å legge ned lokalsykehus rører ved grunnleggende verdier.» Aina Schiøtz

av sykehus og nær beslektede helseanstalter eller helseinstitusjoner for diagnose, behandling, etterbehandling, attføring og medisinsk pleie».

SYKEHUSLOV. Ny medisinsk teknologi, bedre økonomi og politisk vilje til satsing bidro til en kraftig ekspansjon innen sykehussektoren i 1950- og 60-åra. Men en egen sykehuslov ble ikke vedtatt før i 1969.

– For første gang ble det mulig å gjennomføre en tilnærmet nasjonal sykehuspolitikk. Sentralisering ble sett på som et nødvendig gode. Det ble satset på store differensierte enheter på regionalt nivå og fylkesnivå (fylkessykehus), samt en sanering eller omstrukturering av de mange små og

tredelte (kirurgi, medisin, røntgen) sykehusene, ifølge professor i medisinsk historie Aina Schiøtz.

Den lange tida som gikk før en sykehuslov var på plass, viser at det var et komplisert spørsmål: Viljen til samordning var sterk i Helsedirektoratet, men ikke lett å omsette i praksis.

Da sykehuslova ble satt ut i livet resulterte det i en massiv sykehusutbygging. Helsedirektoratet og Statens sykehusråd ivret for større enheter ut fra faglige hensyn, og fikk en viktig rolle ved å godkjenne fylkenes planer på området.

Blant annet overprøvde Statens sykehusråd Sogn og Fjordane sin fylkesplan, og via regjeringen fikk fylket beskjed om å utforme en ny plan. I praksis var dette et sentralt pålegg om å bygge sentralsykehus i Førde (ferdig i 1979). For sykehuset i Høyanger innebar dette en kraftig nedbygging og nedlegging i 1980.

Også internt i fylkene ble det utkjempet harde kamper om lokalisering av de ulike sykehuse- ne, der lokalpolitiske interesser stod mot hverandre. Striden i Sogn og Fjordane er også et eksempel på dette. Kampen for de eksisterende sykehusene var intens og kunne, som i Sogn og Fjordane, resultere i en situasjon der lokale sykehus fortsatt å eksistere samtidig som et nytt sentralsykehus ble oppført.

Men etter hvert synes sentrale myndigheter å ha gått i seg selv. Styringen av sykehusene ble lagt til fylkeskommunene og deres politikere, til dels i strid med fagekspertisens anbefalinger. Lokaliseringskampen fortsatte internt i fylkene.

VENTELISTENE. Det store spørsmålet i 1980-årene var de lange ventelistene. Aldri før hadde tilbudet vært så bredt og aldri før hadde ventelistene vært så lange. Skylden for miseren ble lagt på myndighetene, som ikke maktet

Fiskerisykehus: Vardø sykehus var opprinnelig opprettet i tilknytning til fiskeriene. I dag er det en del av Finnmarksykehuset. Arkivfoto fra 1962: Ivar Aaserud/Aktuell/Scanpix



Aksjon: Demonstrasjon mot nedleggelse av lokalsykehus foran Stortinget 16. juni 2014. Foto: Heiko Junge/NTB scanpix.



Helseministeren: Bent Høie møtte demonstranter utenfor Stortinget 4. mai 2015. Foto: Gorm Kallestad/NRB scanpix.

Fakta

RIKSHOSPITALET: Første avdeling ble åpnet 1826 med 100 senger. I 1842 fikk hospitalet ny hovedbygning. Hospitalet står i en særstilling, både ved at det var statlig og at en sentral del var knyttet til forskning og utdanning av medisinerere.

HELSEDIRIKTORAT: I 1948 ble det opprettet et eget Helsedirektorat som en del av Sosialdepartementet. Første helsedirektør var Karl Evang.

SYKEHUSLOV: Loven av 1970 er den første loven som regulerte sykehusvesenet. Ansvar for planlegging, utbygging og drift av sykehus ble lagt til fylkene. 75 prosent av driftsutgiftene skulle dekkes av staten gjennom folketrygden.

HELSEFORETAKSLOV: Loven trådte i kraft i 2002 og medførte at sykehusene ble overført til staten. Denne reformen blir også kalt sykehusreformen eller helseforetaksreformen. Lova delte landet inn i fem (seinere fire) regionale helseforetak. Under disse ligger helseforetak bestående av flere sykehus/enkeltinstitusjoner.

Kilde: Helsebygg i Noreg - et historisk oversikt. Helse- og omsorgsdepartementet 2006.

oppgaven med å styre disse store og kompliserte enhetene.

Nyliberalisme og privatisering slo igjennom, og næringslivets ledelsesmodeller ble overført til helsetvesenet. Omorganiseringen kom i 2001, da sykehusene ble vedtatt overført fra fylkene til staten.

Helseforetaksloven og sykehusreformen, som trådte i kraft 2002, kom etter at fylkets rolle hadde vært diskutert helt siden sykehusloven ble innført i 1970.

Demografien, sykdomsbildet og kommunikasjonsene hadde endret seg, og medisinen og teknologien ble stadig mer komplisert. Men motstanden mot å legge ned lokalsykehus var der

like fullt. For igjen å sitere professor Aina Schiøtz:

– Vi identifiserer oss med sykehuset der barna er født, der vi fikk hjelp, der mor døde, der vi kjenner sykepleierne, hjelpepleierne og legene. Å legge ned lokalsykehus rører ved grunnleggende verdier i velferdsstaten. Det dreier seg om likhet, rettferdighet, trygghet og nærhet, verdier vi er oppdratt til å verdsette og hegne om.

Men også andre momenter spilte inn: Gjennom frivillig innsats, ofte over generasjoner, har svært mange lagt inn følelser, tid og penger i «sykehuset vårt». Kampen mot nedleggelse dreier seg også om sykehuset som hjørnestensbedrift. Frykten for arbeidsløshet og fraflytting ligger nær.

NASJONAL SYKEHUSPLAN. I løpet av høsten vil helseminister Bent Høie (H) legge fram regjeringens nasjonale sykehusplan.

Signalene så langt fra helseministeren er at halvparten av norske sykehus er for små til å drive akuttkirurgi hele døgnet. Til det kreves et pasientgrunnlag på minst 60 000 til 80 000 innbyggere.

Det som uten tvil vil skape mest engasjement landet rundt når den nasjonale sykehusplanen kommer, er hvilke sykehus som er store nok til å overleve, hvilke som blir sammenslått eller hvilke som vil miste flere helsetjenester. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



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

1 Hva er vaginisme?

- A Sykelig opptatthet av vaginaer
- B Ufrivillige muskelsammentrekninger i skjeden
- C Skjedebetennelse

2 Hvilken smitte er norsk helsevesen pålagt å teste asylsøkere for mens de er i transit?

- A Tuberkulose
- B MRSA
- C Begge

3 Hvilken av disse amøbene kan gi sykdom hos mennesker?

- A Naegleria fowleri (den hjerne-spisende amøben)
- B Iratusque (den sinte amøben)
- C Sanguinolentus (den blod-spisende amøben)

4 Hvilken sykdom har blitt kalt «Svindsott»?

- A Svineinfluensa
- B Bondeangeren
- C Tuberkulose

5 Hva er hospice?

- A Et hospits for rusavhengige
- B Et hotell for utbrente sykepleiere
- C Et hus for lindrende pleie og omsorg for dødsyke

6 Hvilket av følgende frø kan brukes som avføringsmiddel?

- A Solsikke
- B Lin
- C Karse

7 Hva er en koriontottprøve?

- A Måling av kalkinnholdet i skjelettet
- B Morkakeprøve
- C Vevsprøve fra tarmtottene

8 Hva er det folkelige navnet på sykdommen Tularemi?

- A Vannkopper
- B Skarlagensfeber
- C Harepest

9 Hva er opphavet til navnet på sykdommen Legionellose?

- A Det første utbruddet oppsto under en legionærkonferanse på 70-tallet
- B Den var vanlig blant legionærer på 1800-tallet
- C Den ble oppdaget av den franske legen Thomas Legionaux

10 Hva er en zoonose?

- A En influensa som bare rammer dyr
- B En sykdom hos dyr som også smitter mennesker
- C En sykdom som kun opptros hos dyr i fangenskap



Syk pus: Har denne stakkaren en zoonose?

- ☺ 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, 3A, 4C, 5C, 6B, 7B, 8C, 9A, 10B

Randis hypokonderkryssord

☺	PA-RESER	ERT-SYKD.	▽	LIKE	SYKD.	DYR	UTVIDE	FORK.(OMV.)	ORGAN-FUGL-EN	▽	DEKKE	PREF.	LIKE	TIL-BAKE	KAR-AKTER	GLOSE	SYKD-EN	JUS-TERE-PLATE	▽	ELV
OPPSL-VERK-ENE	▶	▶		▶	▶	▶	▶	▶	▶											
ANTI-HISTA-MINER	▶																			
MÅL	▶		KAR	ØKE	HYL	▶			FISK	▶			FØDE		MÅL	▶			TID-GREIT	▶
TRO-OPP-GAVE	▶				ORG.	▶		RI	▶		PREP.-LURT	▶		GIVER		HJELP!	▶			
	▶				BIBEL-DEL	▶				GUD	▶	PREP.	▶		GANSKE-YTTER-LIGERE	▶				
LIKE-DYR	▶		FLIRER		EMMEN	TYPE		BLÅ-VEIS	▶							ETSE		ØKE		BE-VEGE
	▶			FØL-SOMT-BAKKE	▶	▶			GUD-SVAR	▶		PRON.	SY	▶					MYNT	▶
BRETT-SYKD.	▶							BÆRE-REDSK.	▶											
	▶						DYR	▶						MER-HYGI-ENISK	▶					

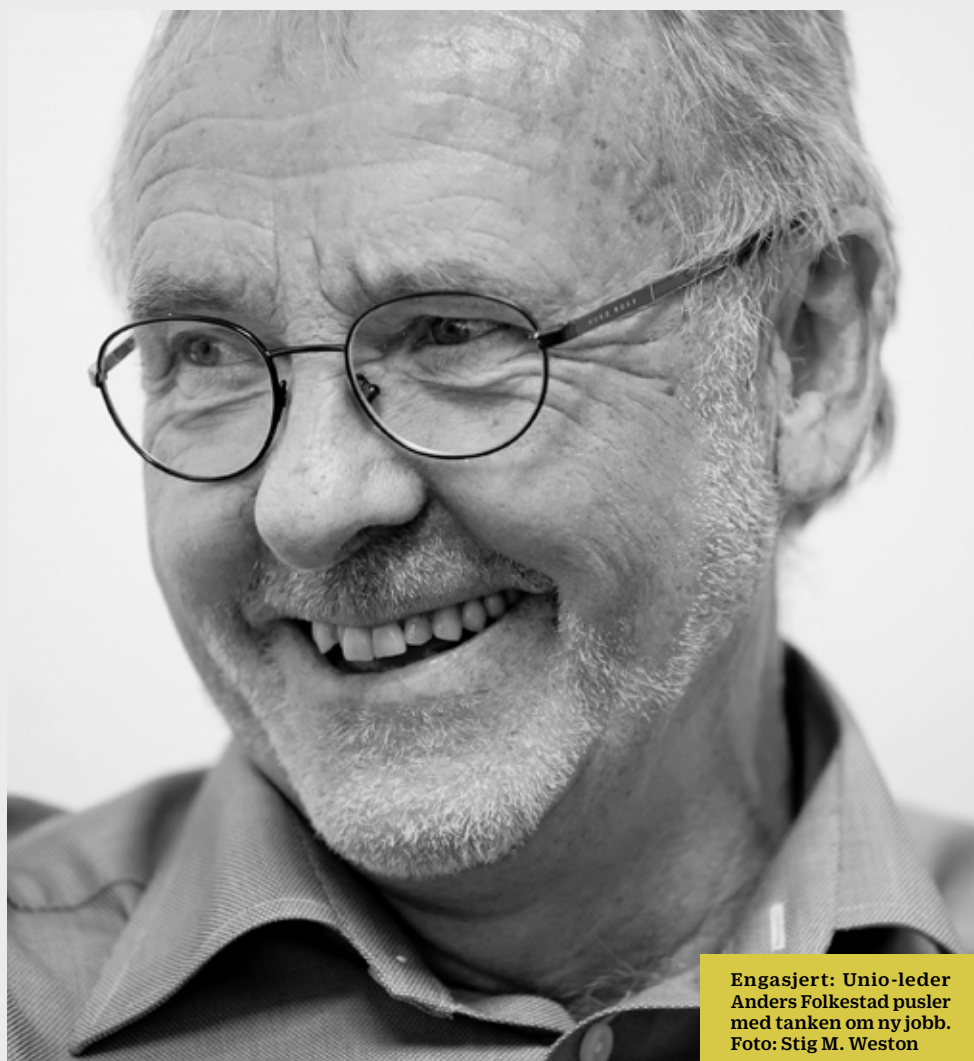
Se løsning på kryssord side 79.



Meninger

Del 4 Sykepleien 11 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Engasjert: Unio-leder Anders Folkestad pusler med tanken om ny jobb. Foto: Stig M. Weston

Ut av Unio

Slutter. Anders Folkestad ser ikke helt for seg hvordan det vil bli å være pensjonist. **80**



NSF. Høie holder ikke løftet. **74**



«Skal for eksempel politikerne bestemme hva vi som sykepleiere skal gjøre?» Anne Merete Hage. **78**



Pårørende. Vi overser en av de viktigste ressursene. **76**



Livets valg. Vi leter for mye utenfor oss selv. **77**



Løfte. Tolv milliarder over fire år. Det var Bent Høies friske løfte til sykehusene før han tiltrådte som helse- og omsorgsminister.

Hvem skal vi velge bort i behandlingsskøen?



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

I oktober ble statsbudsjettet lagt frem. Man kan trygt si at Bent Høie ligger bak skjema. Før han tiltrådte som helse- og omsorgsminister lovet han tolv milliarder over fire år til sykehusene.

I tillegg til de 12 milliardene lovet han at reformen fritt behandlingsvalg skulle finansieres på toppen. Nå er det bare et budsjett igjen for denne stortingsperioden, og dessverre ser det ikke ut som det blir som lovet.

I forslaget for 2016 fremgår det at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør 668 millioner i helseforetakene. 500 millioner av dette blir gitt tilbake, men da bundet til investeringer. Økte merverdiutgifter på 260 millioner kroner forutsettes også dekket innenfor rammen. Det samme gjelder bevisst underregulering av takster innen radiologi og røntgen for å stimulere til effektivisering. Det blir derfor en noe snodig konstruksjon når det i forslaget fremstår som om de regionale helseforetakene tilføres mer midler enn det som faktisk er reelt.

SKRUMPER INN. Går man inn i tallene, ser man at 2 884 millioner til økt aktivitet reelt skrumper til 1 819 millioner som de regionale helseforetakene faktisk kan disponere til økt aktivitet. Dette igjen er så vidt nok til at de holder tritt med demografiveksten knyttet til en økende aldrende befolk-

økonomi. I ytterste forstand blir sykehusenes eneste mulighet til å frigjøre kapasitet, å skrive ut eldre syke til kommunene, så raskt det lar seg gjøre. Kommunene har ikke tilstrekkelig kompetanse til å møte denne veksten på en god nok måte.

Det er viktig at det er åpenhet om både mål for helse- og omsorgstjenesten og ressurser som avsettes. Vi som tar ansvaret for pasientene krever at politikerne også viser ansvar. Regjeringen har lansert at den kommer med en melding om prioritering i helse- og omsorgstjenesten til våren. Der forventer vi et svar på hva vi eventuelt ikke skal prioritere i fremtiden.

KJEMPER FOR KOMPETANSE. Vi er også bekymret for at oppfølging av St. melding 13 «Utdanning for velferd – Samspill i praksis» ikke følges opp i budsjettforslaget. Tiltakene i stortingsmeldingen er helt sentrale for å sikre kompetanse, kvalitet og kapasitet til å møte befolkningens behov for helse- og velferdstjenester i årene som kommer.

Når dette leses har NSF akkurat lagt bak seg et landsmøte som har staket ut kursen for landets fjerde største fagforbund de neste fire årene. Ny tid, nye roller og kampen om arbeidskraften har vært overskriften på de sentrale debattene. Med gode debatter og viktige marsjordre fra landsmøtet til ledelsen blir dette en periode der NSF skal sette våre saker høyere på dagsorden og få gjennomslag for en helt nødvendig satsing og investering i sykepleiernes kompetanse. Det skylder vi fremtidens pasienter. ●

«Forslaget innebærer ingen reell opprustning av helsetilbudet til befolkningen.»

ning. Forslaget innebærer ingen reell opprustning av helsetilbudet til befolkningen.

Samtidig har kravene til spesialisthelsetjenesten økt med innføring av nye og dyre medikamenter og behandlingsmetoder. Det kommer nye lovkrav og styringssignaler, krav til reduserte ventetider og økt kvalitet og pasientsikkerhet. Dette setter betydelig press på spesialisthelsetjenestens



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Hva signaliserer tatoveringer?

SYMBOLER: I Sykepleien nr. 10-2015 er religiøse symboler og uniform tema i etikkspalten. Berit Daae Hustad har skrevet en utmerket tekst («Burka og niqab gir politiske signaler»), og jeg er langt på vei enig med henne. Jeg ønsker å se ansiktet til den jeg prater med. Ord er kun en liten del av kommunikasjonen.

Så er det dette med signaleffekten. Det plager meg ikke det ringeste at folk går med hijab, så sant den er ren. Men det kan være hygieniske problemer knyttet til en del religiøse symboler – hijab, turban, jødisk kalott eller et halssmykke. Bakterier henger i smykker, og de bryr seg ikke en døyt om smykket er et kors, en davidstjerne eller en giftering. Det er smykker, og man bør ikke gå med det på jobb.

Jeg er lei av å høre hva «de andre» – de brune? – ikke bør signalisere. Hva med signaleffekten av diverse tatoveringer? Ikke alle har vakre mønstre, blomster eller sommerfugler tatovert på armene! Er det OK med tatoverte kors, hodeskaller, davidstjerner, hakekors, englevinger eller bibelvers som tatoveringer hos helsepersonell? Tatoveringer som ses når man er i arbeidstøyet?

Slike tatoveringer gir også en signaleffekt. Vel så sterk en signaleffekt som hijab og andre ting. Hvorfor prater vi aldri om det? Pasienten først! Og hvorfor skal pasientene akseptere signalene slike tatoveringer gir?

Helsevesenet har blitt internasjonalt. Jeg har arbeidskamerater fra alle verdenshjørner, og vi er nære hverandre i garderoben. Ikke alle tatoveringer jeg ser i garderoben er noe særlig. Noen av dem er med på å forme mitt syn på arbeidskameraten som har tatovert seg. Og da har de en signaleffekt. Men som sagt er det «pasienten først», og da bør man også tenke på hva synlige tatoveringer signaliserer, ikke bare signaleffekten av religiøse smykker og plagg.

Eller? Hva mener dere?

Inger Marie Andersen

Minneord Anne Britt Orset



1959–2015: Det var med stor sorg vi i sommer mottok meldingen om at Anne Britt hadde gått bort. En god kollega, venn og fantastisk helsesøster.

Anne Britt vokste opp på Kleive utenfor Molde sammen med to eldre brødre. Allerede på gymnaset ble hun kjæreste med Per Kristian Orset som hun senere giftet seg med og fikk to sønner sammen med. Hun utdannet seg til sykepleier og jobbet noen år innen kreftomsorgen. Lite visste hun den gang at det var denne sykdommen som senere skulle ramme henne og føre til at hun måtte forlate livet bare 56 år gammel.

Anne Britt forstod tidlig at hun helst ville arbeide forebyggende med barn og unge, og hun videreutdannet seg derfor til helsesøster. Hun og familien flyttet fra Trondheim til Bergen, og hun begynte i 1996 å jobbe som helsesøster i den gangen Løvstakken bydel. Etter hvert fortsatte hun sitt virke som helsesøster ved Solheimsviken helsestasjon i Årstad. De siste årene som helsesøster ved Solheimsviken helsestasjon og Minde skole.

Anne Britt var opptatt av faglig utvikling og hvordan vi best mulig kunne videreformidle faglige råd og anbefalinger til foreldre, studenter og kollegaer. Hun startet i 2000 nettstedet barnimagen.com og la sammen med mannen Per Kristian ned et stort arbeid i utarbeidelse og produksjon av filmer som ble brukt både i gruppetilbudet på helsestasjoner og i opplæring av nyansatte lokalt og nasjonalt. Temaene for filmene var utenlandsreiser, søvn, kolikk og mat og måltidsituasjoner med små barn.

Da vi i Årstad som første bydel i Bergen begynte å jobbe med sertifisering som amme-kyndig helsestasjon, tok hun etterutdanning

ved Nasjonalt kompetansesenter for amming. Gjennom dette var hun med på å bedre tilbudet til ammende mødre.

Anne Britt sitt fokus på faglig utvikling og hennes omtanke for brukerne på helsestasjonen har satt dype spor etter seg. Hun var en omsorgsfull helsesøster som strakte seg langt og en høyt respektert og velansett kollega. Hun var faglig sterk og visste god omsorg for de familier, barn og unge hun hadde ansvar for å følge opp. Hun var opptatt av at alle skulle kjenne seg godt ivaretatt i møte med helsestasjonen. Anne Britt var en person som «gikk stille» i dørene, hun snakket ikke om egne prestasjoner, men var alltid tilgjengelig med tid og gode råd om noen av oss kollegaer skulle trenge det, hun hadde mye omsorg for oss alle.

Selv om Anne Britt hadde stor glede av å jobbe som helsesøster og dele av sin kunnskap, var hennes største glede Per Kristian og sønnene Anders og Kjetil. Den nye hytten på Lillehammer så hun som et samlingssted for familie og venner fra ulike deler av landet.

Det var med sjokk og vantrø vi fikk vite at hun var kreftsyk for halvannet år siden. Det som både hun og vi trodde var en «enkel» tarmbetennelse viste seg å være så mye mer. Likevel hadde vi troen på at dette skulle gå bra, Anne Britt skulle komme tilbake.

For ett år siden kunne vi ikke forestille oss at Anne Britt ikke skulle komme tilbake til oss på helsestasjonen. I løpet av året har vi likevel måtte innse at dette ville bli utfallet. For oss som har jobbet med henne er det et stort savn å ikke ha henne der med sin faglige trygghet og gode omsorg. Det er vanskelig å fatte at hun har gått bort. Anne Britt har satt dype spor etter seg hos oss alle. Plassen hennes er tom, men hun er likevel med oss.

Akk din plass er tom!

Hvor vi ser oss om.

Luften synes enn å gjemme

Klangen av din kjære stemme.

Takk for smil og gode stunder, millioner små sekunder.

Vi lyser fred over Anne Britt sitt minne.

Kollegaer og venner ved Solheimsviken helsestasjon



Rusarbeid. Vi overser en av de viktigste ressursene i arbeidet med vanskeligstilte.

De usynlige pårørende



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Skribent og styreleder i Fønixs Ruspolitisk Tenketank, tidligere redaktør av gamemagasinet =Oslo.

Rusomsorgen i Norge er langt fra god nok, og en av feltets svakeste sider er mangelen på involvering av brukerne selv. I beste fall må de nøye seg med en klapp på hodet eller representasjon i råd og utvalg gjennom noen få brukerorganisasjoner. Selv er de aldri representert, og holdningen er at misbrukere verken er skikket til å ta beslutninger knyttet til egen hverdag eller å bidra til utforming av politikk.

Men det finnes en gruppe som involveres enda mindre enn brukerne, nemlig de pårørende. I praksis snakker vi om titusener av familiemedlemmer og nære venner som befinner seg tett på ruslidelser. En nasjonal brukerundersøkelse fra Kunnskapssenteret fra 2013 viste at 72 prosent av pasientene mente behandlerne ikke hadde samarbeidet tilstrekkelig godt med pårørende.

HÅPLØS KAMP. I et intervju jeg gjorde for =Oslo i april 2008, fortalte Bente Eck om den håpløse kampen som pårørende. Hun har en sønn med ruslidelse, og innsatsen som pårørende har skapt problemer for både arbeidssituasjon og foreldrerolle. Hun var i full jobb ved NTNU i Trondheim, men har nå vært uføretrygdet i flere år: «Hjelpeapparatet svikter, og ofte motarbeides man direkte. Det mangler kompetanse, og det er for mye fokus på regler og konsekvenser. Jeg har skrevet klagebrev til LAR, fordi de manipulerte sønnen min til å skrive seg ut. De sier det var frivillig, men ofte er det bagateller som gjør at de blir

verste, og hver gang vi prøvde å formidle hva vi mente burde gjøres, ble vår sønn kalt inn på teppet og fikk skikkelig kjeft. Slikt er helt forkastelig. Represalier er dessverre noe som flere opplever i sine møter med hjelpeapparatet. Når de behandler en ung narkoman med to aktive pårørende på denne måten, er det skremmende å tenke på hvordan de uten pårørende har det.»

Ecks sterke påstander betyr ikke at alle opplever det samme. Men det forteller noe om hvordan det kan oppleves ikke å bli tatt på alvor som pårørende.

NOEN GODE ERFARINGER. Det offentlige bør se nærmere på gode erfaringer fra arbeid landet rundt og lage nasjonale minstekrav for inkludering av familie og pårørende.

Selv om den overhengende nasjonale innsatsen for pårørende er altfor svak, finnes det unntak, behandlingssteder med egne programmer og rutiner for pårørendearbeid. Som ved Lade behandlingssenter, som har egen pårørendeansvarlig. Avdelingsleder Åse Prestvik poengterer selv at pårørendearbeid er et pionerarbeid: «Familieterapien har ikke så stor plass i psykiatri eller rusbehandling. Dette er et paradigmeskifte i rusbehandlinga. Det å trekke inn pårørende og familie gir en helt annen effekt enn det å kun behandle den rusavhengige.» (Adresseavisen, 20.12.2014).

Utsagnet avslører en tragisk mangelvare. Pårørende sitter med viktig kunnskap og bør i likhet med brukere gis plass ved bordet i beslutningsprosesser og i råd og utvalg. Dernest må vi skape systemer som trekker de pårørende inn i forebyggende arbeid og i rehabilitering. Selv om erfaringen som pårørende kan være smertefull, gir det mening å kunne bruke den til noe positivt gjennom å hjelpe andre. Derfor kan pårørende spille en nøkkelrolle i ettervernet, som kompetansepersoner, støttekontakter og ledd i det psykososiale apparatet rundt den rusavhengige. ●

«Pårørende bør i likhet med brukere gis plass ved bordet i beslutningsprosesser og i råd og utvalg.»

kasta ut. Selv om rusomsorg er et av de vanskeligste politiske områdene, har fagbyråkratene i politikken mange dødsfall på samvittigheten. De går over lik og må byttes ut.»

Hun hevder sønnen fikk svi for at hun torde komme med kritikk. «Vi kritiserte en institusjon, og da sønnen vår søkte reinnntak ble det full isfront. Jeg opplevde hersketeknikker på sitt



Fakta

Fast skribent

Anlov P. Mathiesen
er fast skribent i Sykepleien.



Fordommer. Hvilken rett har jeg til å dømme eller ha fordommer mot mennesker som skylder på sine ytre omstendigheter?

Å lete etter svar

Jeg hadde en utrolig fin prat med en av byens rusmisbrukere her en dag. Han lever som tung misbruker i perioder, og andre perioder fungerer han veldig godt i deltidsjobb og i samfunnet. Jeg spurte ham hva det var som førte til at han ramlet utpå igjen og igjen – om han så noe mønster i det?

Han svarte da at han ikke trodde det var spesielle ting som førte til at han ramlet utpå, men at han bare var impulsiv og gjorde dårlige valg innimellom, og at disse valgene førte med seg en livsstil som rusmisbruker som han egentlig ikke ville ha.

Svaret overrasket meg veldig, og grunnen til at svaret overrasket meg, overrasket meg enda mer!

FORDOMSFRI. Jeg trodde nemlig jeg var ganske fri for fordommer, også mot rusmisbrukere. Det slo meg at jeg ofte forventer at rusmisbrukere skal forklare sine «tilbakefall» til misbruket med at kommunen ikke har gitt den hjelpen de trengte, at NAV ikke fungerer som det skal eller at noen sviktet eller såret.

Jeg har kanskje sett på det som å skyve ansvaret over på noe eller noen, som en unnskyldning for å ta de valg som blir tatt. Men kanskje er det ikke sånn det oppleves? Kanskje er det sånn at man har

lett utenfor seg selv etter forklaringer på at en har det kjipt, og tror en trenger å finne noe utenfor seg selv for å fikse det, døyve det, få bort følelsen, føle noe annet, for en stund?

DEN YTRE ÅRSAK. Det slo meg at også jeg har gjort dette mye – lett utenfor meg selv for å finne forklaring på hvorfor jeg føler det sånn eller slik. Jeg ble gretten fordi barna ikke ville høre etter det jeg sa. Følte meg mislykket når jeg sammenliknet meg med noen andre som hadde det sånn som jeg ønsket å ha det. Jeg ble lei meg fordi kjæresten sa noe, eller ikke sa noe jeg ville han skulle si.

Faktisk har jeg i mange år hatt forvane å lete etter årsaken utenfor meg selv, dersom jeg følte meg trist, eller utenfor, eller lei eller glad, for den saks skyld.

Og jeg har lett så lenge at jeg alltid har funnet en årsak, for det finner man om en leter lenge nok. Grunnen til at jeg har lett etter årsaken, har kanskje vært et forsøk

» **«Faktisk har jeg i mange år hatt forvane å lete etter årsaken utenfor meg selv.»**

på å finne noe som jeg kunne fikse, eller som noen andre kunne fikse, for at jeg skulle ha det bedre.

TA KONSEKVENSENE. Så hvilken rett eller grunn har jeg til å dømme eller ha fordommer mot mennesker som skylder på sine ytre omstendigheter? Forskjellen er bare at for min del har det ikke fått så store konsekvenser, jeg har alltid hatt kort vei tilbake til det livet jeg ville leve.

Å leve med et rusmisbruk fører med seg mange konsekvenser som gjør veien tilbake mye lengre, og som føles mye tøffere å gå. Det som fascinerte meg med denne mannen jeg snakket med, var at han hadde sett noe utrolig viktig: at årsaken til at han foretok de valg han gjorde ikke fantes noe sted utenfor ham selv.

Dersom årsaken ikke finnes noe sted utenfra, har en jo mulighet til å leve mer uavhengig av de ytre omstendighetene. For meg ga dette en følelse av trygghet. Trygghet på at det er jeg som lever mitt eget liv, jeg er ikke et offer for det som skjer rundt meg, selv ikke når det føles slik noen ganger.

Det er ikke så farlig eller ubehagelig å ha en dårlig dag så lenge en ikke setter himmel og jord i bevegelse for å prøve å endre det. Da kan man akseptere de dårlige dagene og være takknemlig for de gode. ●



Fakta

Kaja Flatøy

Akuttsykepleier ved St. Olavs Hospital



Identitet. Skal politikerne bestemme hva vi som sykepleiere skal gjøre?

Hvem skal definere hva sykepleie er?



Fakta

Anne Merete Hage

Sykepleier og cand.san

Sykepleierutdanningen er satt under lupen. Den skal oppgraderes og kvaliteten skal heves. Mitt spørsmål er da: Hvem skal bestemme hva sykepleierutdanningen skal inneholde? Hvem skal bestemme hvordan kvaliteten på utdanningen skal bli bedre? Hva er sykepleie? Hvem er det som vet hva sykepleie er?

Spørsmålene mine aktualiseres også av andre temaer i tiden. St.meld. 26, Primærhelsemeldingen har som et punkt at sykepleiere i fremtiden skal kunne skrive ut resepter. Ute i praksisfeltet i kommunen ser vi eksempler på at sykepleiefagets viktigste arbeidsredskap for faglig praksis, sykepleieprosessen, er slettet til fordel for forvaltningsspråk og vedtak. For mange sykepleiere er det selve legeassistentrollen, med medikamenthåndtering og behandling av akutt sykdom, som er det som utgjør sykepleiefaget. Pleie og omsorg er ikke statusfremmende for sykepleiere, kan det se ut som. I sykepleierutdanningen har det de seneste år vært legemiddelregning som er den store bøygen, i og med at en test uten feil avgjør om du kan gå videre eller ikke.

TA ANSVAR. For meg har dette med hva sykepleie er alltid hatt en vesentlig plass i mine valg. Da jeg som nyutdannet sykepleier i 1984 valgte å begynne i sykehus, var det for å skaffe meg større erfaring i mange av de oppgaver og det ansvar jeg som sykepleier der kunne utvikle mer trygghet i, før jeg skulle utvikle meg videre som sykepleier. Det var god erfaring å få med seg. Men etter noen år kjente jeg veldig på at jeg ønsket meg

«Det kreves bruk av sykepleieprosessen for å få bestemt og evaluert de beste tiltak.»

over i sykehjem, i primærhelsetjenesten, fordi jeg som sykepleier i sykehus i for stor grad brukte tiden min på legeassistentoppgaver. Jeg ville bruke meg og mine faglige ferdigheter og kunnskaper på en mer helhetlig måte.

Men det er ikke alltid like enkelt å si hva som er sykepleie.

Legeyrket er mye mer avklart enn hva som er tilfellet med sykepleien. Leger skal behandle sykdom. Men hva er det sykepleiere gjør?

IDENTITETSKRISE. I 1996 skrev jeg et innlegg i Sykepleien med tittelen: «Sykepleie – et fag i identitetskrise?». Jeg undrer om ikke det spørsmålet fortsatt er like aktuelt. Jeg mener, hvordan kan sykepleieledere godta at vårt viktigste faglige arbeidsverktøy, sykepleieprosessen, fjernes fra vårt dokumentasjonssystem, om det ikke er fordi vi fortsatt er et fag i identitetskrise?

På omslaget til jubileumboka «Virke og profesjon» av Ellen Cathrine Lund står det avslutningsvis: «Å utvikle kompetansen, derimot, har siden stiftelsen vært helt sentralt for NSF. Men i hvilken retning skulle kompetansen utvikles? Hva slags kunnskap skulle stå sentralt i yrket? Og kunne yrket utvikles til å bli en profesjon? Dette var spørsmål forbundet ble tvunget til å ta stilling til i 1960- og 1970-årene. Siden da har sykepleiefaget blitt utviklet i spenningsfeltet mellom legenes posisjon og den nye voksende yrkesgruppen – hjelpepleierne.»

Når utdanningen vår nå er under lupen, tror jeg dette er en viktigere debatt enn noensinne å ta stilling til; – hva er faget sykepleie? Og hvem skal definere hva sykepleie er?

Det er kanskje slik at samfunnet har behov for at sykepleiere i fremtiden skal skrive ut en del resepter? Men er det noe sykepleiefagets utøvere skal ha ansvaret for? Blir det bedre kvalitet i tjenestene av dette? Eller blir det bare mindre kostnads-krevende for samfunnet?

Jeg mener det er et viktig spørsmål å ta stilling til, for sykepleiere, for det er vi som skal si hva vårt fag er.

KULTUR. Fra mitt ståsted, som sykepleier i sykehjem, ser jeg spørsmålet som viktig først og fremst fra et kvalitetsperspektiv, for pasientene. I effektiviseringens navn er det likhet og samlebåndspraksis som er dagens organisering. Helsefagarbeidere og sykepleiere skal gjøre det samme, og så skal sykepleiere trå til ved akutt sykdomsutvikling og behandling, som mellomledet fram til legetjenester.

Hjelpepleiere, eller helsefagarbeidere, er dyktige og

samvittighetsfulle yrkesutøvere, slik jeg opplever dem. Men de har en kortere utdanning, mindre kunnskaper i symptomer, funksjonssvekkelser og behandlingers effekt på mestring av hverdagslivets gjøremål. Det ligger i sakens natur for min del, men i en kultur der man først og fremst skal være like, og kanskje aller mest like lite verdt, så påvirker denne kulturen kvaliteten i tjenestene til pasientene.

I sykehjem er for eksempel 80 prosent av pasientene rammet av sykdommen demens i en eller annen form. Demenssykdommens konsekvenser for funksjoner og for muligheter til mestring av hverdagslivet er imidlertid enormt varierende. Å assistere disse pasientene på en god måte kan ikke beskrives i en rutine for alle, fordi framgangsmåtene er like mange som pasientene. Dette krever gode sykepleieplaner for hver enkelt pasient. Det krever stor kunnskap og fleksible ferdigheter for å assistere disse syke mennesker.

Selvsagt skal også hjelpepleierne tas med i behandlingen, men det kreves først og fremst mer utdanning for å få med alle aspekter som er viktig for å komme fram til gode tiltak for pasientene, og det kreves bruk av sykepleieprosessen for å få bestemt og evaluert de beste tiltak. Den forenklede behandling av for eksempel demenssyke mennesker, som møter meg i dagens sykehjem, er ikke preget av kunnskap og kompetanse, men av samlebandsproduksjon der hovedmålet er å være kjapp og rekke over flest mulig oppgaver.

EFFEKTIVITET. Å overføre rett til å skrive ut resepter til sykepleiere, hviler på den samme tankegang. Mest mulig likhet og mest mulig effektivitet. Jeg tror ikke det blir bedre kvalitet for pasientene av dette. Men det jeg er overbevist om, er at det er viktig å bli tydelig på hva sykepleie er, og hva det er vi kan ta ansvar for. Jeg opplever at det er et stort behov for å diskutere og jobbe oss fram til en tydeligere definisjon, og konsensus, på hva det er sykepleie er.

Jo, det er viktig at vi kan legemiddelregning, men at en feilfri test skal bli det store punktet for om du kan få en godkjenning som sykepleier, er det riktig prioritering? I mine vel 31 år som sykepleier har jeg knapt nok brukt legemiddelregning i praksis. Det er doser, skjemaer og alt annet tilgjengelig for å hjelpe meg å finne riktig svar, uten at jeg bruker medikamentregning.

Kommunikasjon derimot, det er ferdigheter som jeg må kunne, og som jeg bruker mange ganger hver bidige dag i min praksis. Jeg skal veilede og støtte helsefagarbeiderne/hjelpepleierne. Pasientene jeg skal hjelpe til mestring, ja der er det utrolig mange varianter i behov for kommunikasjonsferdigheter. Det er klare og orienterte pasienter med ulike behov for omsorg, for veiledning til trening og mestring og for læring. Det er assistanse til pasient og pårørende for å oppleve en verdig død. Så er det pasienter med ulike sykdommer som krever ulike ferdigheter i kommunikasjon. Det kan være slagpasienter med afasi, ulike psykiske vanskeligheter eller ulike kognitive ferdigheter og kognitive svikt ved demenssykdom. Her kunne jeg sikkert fulgt opp med mange flere eksempler.

Men hovedspørsmålet mitt her er altså hva sykepleie er og hvem som skal definere hva sykepleie skal være. Skal for eksempel politikerne bestemme hva vi som sykepleiere skal gjøre? Eller er det noe ved sykepleiefaget, likedan som ved legefaget, som ingen politikere skal berøre? ●



Sykepleiere ved Legevakt/intermediær og KAD

Vi har ledig 3 x 80 % fast stilling fra 01.01.16 og 50 % vikariat fra 15.01.16 til 15.06.17 som autorisert sykepleier.

Vi søker etter positive, engasjerte, medmenneskelige, ansvarsbevisste, dyktige og fleksible sykepleiere som ønsker å være med å bygge opp et nytt og spennende tilbud i Valdresregionen.

Ønsker du ytterligere opplysninger om stillingene kontakt avdelingssykepleier Stine Mari Skrindsrud Nordaas, tlf. 995 39 117, stine.mari.skrindsrud.nordaaas@nord-aurdal.kommune.no eller virksomhetsleder Toril Naustdal, tlf. 970 43 084 eller e-post: toril.naustdal@nord-aurdal.kommune.no

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no -Ledig stilling. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Søknadsfrist: 30. november 2015



Løsning på kryssord i nr. 11/2015 (se side 72)

SM RESEN	ERT SVIK	E	LNE	SVND	DNR	UTVIDE	FORK GRUP	ORGAN FUNKJ EL	A	DEHJE	PREP	LNE	TIL BASE	KARL ALTER	GLOBE	SVIK- EN	JOB TERE BLATE	A	SVI		
ORSEL VENE ENE	L	E	G	E	M	I	D	D	E	L	K	A	T	A	L	O	G	E	N	E	
ANVI- NETA- SINER	A	L	L	E	R	G	I	T	A	B	L	E	T	T	G	R	U	P	P	E	
VAL	M	V	KAR	ENE	HYL	UL		FOR	U	E	R	FRID	T	VAL	D	L	TIL GABT	A	M		
TRØ DVAL- SINE	M	E	N	E	ONG	A	A	N	V	E	OPR LURT	O	M	GJEN		PUBLI	S	O	S		
	R	E	B	U	S	RAU- DEL	N	T		GLD	S	PREP	A	D	ANNA TITTE HANE	N	O	K	S	A	
LNE DNR	L	L	PLNER	E	EMEN	TYPE	E	BLA- TER	H	E	M	A	T	O	M	ETSE	T	ENE	E	SE- VRE	
	E	S	E	L	VAL- EITTE BAGE	S	A	R	T	GLD SVAR	R	A	FRON	BY	N	E	S	T	E	SVIN	L
BRITT SVIK	E	S	E	L	Ø	R	E	ALRE ROSK	J	O	R	D	M	O	R	V	E	S	K	E	
	A	R	T	R	I	T	T	DNR	R	O	T	T	E	LAR HYE	R	E	I	N	E	R	E



Exit Folkestad

Oppsummering. Kampen for likelønnsporten var et feilskjær, mener avtroppende Unio-leder Anders Folkestad. Men samarbeidet med sykepleierne har gått bra. Nesten alltid.

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



Paradoks: – Paradokset er at sykepleiere som yrkesgruppe er veldig opptatt av å se andre. Men som forbund ser de først og fremst seg sjøl, mener Anders Folkestad.



Anders Jan Folkestad

Hvorfor: Fordi han går av som leder av Unio etter 14 år. Han har vært den eneste Unio-lederen siden oppstarten i 2001.

Utdanning: Lektor, hovedfag i engelsk, mellomfag i fransk, faglærer i idrett fra Idrettshøgskolen

Alder: 66



Anders Folkestad går av som leder av Unio etter 14 år i desember. Endelig kan han si hva han egentlig synes om sykepleierne uten å ha noe å tape. Når vi minner han om det, ler han:

– Så vidt jeg vet er det bare godt å si om dem.

Det spørres forresten om du mener sykepleierne eller Norsk Sykepleierforbund. NSF har jeg jo kjent siden slutten av 80-tallet og kjenner dem mest på godt. Og litt på vondt, kommer det kryptisk.

– Jaha?

Som en ekte storebror hopper han fram og forsvarer forbundet mot nesten-angrepet han selv forårsaket:

– Det er viktig å legge merke til sykepleiernes historie for å forstå posisjonen deres i dag: De har måttet kjempe både for faget og sin posisjon som kvinne-dominert yrkesgruppe mellom pasientene og legene. Det har vært en likestillingskamp. Det er ikke lenge siden det var utenkelig at sykepleiere kunne ha lederstillinger. De har blitt anklaget usaklig og stygt, både for å

«Jeg er ikke spesielt sosial, nesten tvert imot.»

bruke vanlige arbeidstaker-virkemidler som streik, og de har fått høre at de var så søte når de var sinte av tidligere forhandlingsleder i KS, Tor Kåsa.

– Ja?

– Dermed er forbundet preget av å være på vakt. «Er det noen som vil angripe oss her?» Det gjør at de av og til blir for smale i tilnærmingen og at kraften deres svekkes. De inntar litt kjapt nei-posisjonen og bruker formelle kanaler som tvistemekanismer og arbeidsrett. Jeg tror NSF i en del saker hadde stått seg på å forhandle mer i stedet for å forsvare seg.

FEIL MED LIKELØNNSPOTT. Folkestad gjør motsatt av hva lenestolen på Uniokontoret med utsikt til Stortinget inviterer til. Han bøyer seg forover og borer blikket gjennom Harry Potter-brillene. Det er fredag rundt lunsjtid, og han drikker ikke en gang kaffe. Om noen timer skal han sette seg på flyet hjem til Sunnmøre. Han har ukependlet alle disse årene han har jobbet på toppen i norsk fagbevegelse.

Utholdende som den gamle gymlæreren han er, holder han tråden i resonnementet, mens han trommer fingeren i bordet for hver stavelse når han kommer til noe han vil understreke.

– Paradokset er at sykepleiere som yrkesgruppe er veldig opp-tatt av å se andre. Men som forbund ser de først og fremst seg sjøl.

– Akkurat det ligger vel i et fagforbunds natur?

– Jo, men et kjennetegn med fagorganisering og det å bli sterke, gode fagorganisasjoner, er også evnen til å se utover seg sjøl. Du utvikler aldri makt eller strategier gjennom bare egne posisjoner. Du er i et samfunn, det handler om samarbeid, dialog og solidaritet.

– Hvem bør NSF se bedre enn de gjør i dag?

– Vanskelig å svare på. Jeg skjønner godt at de velger like-lønnsdefinisjon ut i fra egen posisjon, men det er klart at like-lønn i samfunnet handler om mer enn dem med tre- eller fire-årig høyere utdanning, selv om det er der gapet er størst.

Folkestad synes det sureste nederlaget i Unio har vært nett-opp likelønnskampen. At ikke likelønnskommisjonen manifesterte seg. Han mener det var feil å konsentrere debatten rundt en likelønnsrott.

– Det låste tankegangen. Det er ikke godt nok med en pott. Hele systemet skulle vært annerledes. Rammene burde vært større. Sjøl med frontfagsmodellen kunne man fått til det, mener han.

KLOK. – Strategisk, målretta og klok, sier Eli Gunhild By, leder av NSF, når hun blir bedt om å karakterisere Folkestad.

Til og med hans erkefiende rundt forhandlingsbordet, arbeidsgiverforeningen Spekters leder Anne Kari Bratten, har bare skryt å komme med.

– Jeg setter pris på at Anders er så lite pompøs. Han har alltid vært real mot meg, enten jeg var nytilsatt grønn rådgiver i Spekter i 2001, eller nå som jeg er administrerende direktør. Han er en av de mest kunnskapsrike fagforeningslederne jeg vet om, og jeg kjenner en del, sier hun.

– Ingenting som irriterer ved ham?

– Bare de faglige posisjonene han fronter, slik som arbeids-tidsbestemmelser og offentlig tjenestepensjon. Men han evner å skille sak og person og er et varmt og oppmerksomt med-menneske. Dessuten er han morsom i sine lune replikker og får stemningen til å bli løsere.

– Er du helt perfekt, Folkestad?

– Ja! He-he, nei. Jeg har nok mange feil og lyter. Jeg er for eksempel ikke spesielt sosial, nesten tvert imot. Noen sier jeg er sta, men det stemmer ikke. Jeg er alltid for seint ute med det jeg skal gjøre. Det irriterer meg grenseløst! Jeg maser alltid på mine kolleger om at de må sørge for å ha god tid, men jeg gjør det ikke sjøl. Jeg er heller ikke noen vitse- eller historieforteller. Jeg er egentlig en litt kjedelig fyr...

– Hva er det første du skal gjøre når du kommer hjem i dag etter å ha vært borte hjemmefra i fire uker?

– Besøke mor mi. Hun bor i omsorgsbolig.

Deretter skal han kjøre hjem til kona Aud på Stranda. Hun er dekan ved avdeling for kulturfag ved Høgskulen i Volda. De to sønnene er for lengst ute av forhandlingsområdet og har bostatt seg i Bergen. Til sammen har de produsert fem sønnesønner, nå er et sjettede barnebarn på vei.

– Hva tror du barnebarne forbinder med deg?

– Først og fremst en som kommer på besøk. Jeg forsøker å bidra til litt liv og røre når vi møtes i Arendal om somrene. Da tar jeg dem med på sjøen og fisker. Og så er jeg han som bare kan én sang. Jeg synger «mellom bakkar og berg» enten det er morgen eller kveld.

Det glimter til bak brillene.

Fisker: Anders som 11- 12-åring med sin yngre søster ved Folkestadgården i Volda.



På ski: Skiturere på fjellet på Stranda er en viktig del av livet til Anders Folkestad. Her er han en gang på 70-tallet.



Ridetur: Anders bakerst med naboungene og søster fremst på den gamle merra til beste-foreldrene på Folkestad.



PIANOBAREN. I 2001 ringte daværende NSF-leider Bente Slaatten til Anders Folkestad og ba om et møte. Akademikernes Fellesorganisasjon (AF) var i full oppløsning og noe måtte gjøres. De møttes i pianobaren på Hotel Bristol og søt musikk må ha oppstått. Navnet ble Utdanningsgruppenes hovedorganisasjon (UHO), og starten var med lærere, sykepleiere og politi som de tre store. De satset på å få flere små innen helse med etter hvert.

– Det eneste jeg trega på var at vi ikke var mer offensive og fikk med oss flere av de gamle AF-organisasjonene som for eksempel ingeniørene.

Det var ikke mange på motsatt side av bordet som trodde det skulle gå bra med så mye stridigheter mellom mange sterke primærorganisasjoner. Dessuten var ikke UHO garantert forhandlingsrett. Men det ble suksess. I dag har paraplyorganisasjonen 12 medlemsforbund og til sammen rundt 335 000 medlemmer.

– *Hvordan overlevde dere?*

– En viktig grunn er at vi representerer store kjernegrupper i samfunnet og velferdsstaten. Disse gruppene blir framheva som de viktigste det skal satses på i alle partiprogram. Den politiske tyngdekrafta er på vår side.

Spekterleder Anne Kari Bratten mener Folkestad sin kloke interne styring sikret suksessen.

– *Hva er de viktigste ingrediensene i lederskapet ditt internt?*

– Et av dem er samfunnsanalyse. Hva gagnar fellesskapet og hva kan den enkelte dra nytte av gjennom forsterka samarbeid? Det er bakgrunnen for all fagorganisering. Jeg er flink til å snakke fag. Og det hjelper kort og godt å snakke med folk. Dessuten er det veldig samlende å skaffe seg en ytre fiende. I så måte har for eksempel Bratten vært lett å bruke. Hun er knalldyktig, frittalende og spiss, og det hjelper!

Øynene beveger seg bak brilleglassene. Det er kanskje de øyebevegelsene Bratten fremdeles blir nervøs av mens hun snakker, for da vet hun at han har blitt irritert på noe hun sier og hun må bare forberede seg på et vel plassert spark i diskusjonen.

PERLER. I 2005 ble UHO til Unio samtidig som to nye forbund ble innlemmet i paraplyorganisasjonen.

– *Hvordan kom dere på navnet?*

– Vi fleipa jo med at «Utdanningsgruppenes hovedorganisasjon» ikke akkurat ble unnfanget på et nachspiel. Det





var helt tilfeldig at det ble Unio. Det ramla plutselig bare ut fra en medarbeider her. Det satt godt fonetisk og betyr «jeg forener» på latin.

Unio er også en slekt av ferskvannsmuslinger, som det av og til kan være perler i.

Når Folkestad etter alle solemerker leverer stafettpinnen som Unio-leder videre til etterkommeren sin i desember, blir det til nok en lærer fra Volda. Ragnhild Lied har til og med vært kollega med Folkestad.

– *Må man være lærer for å lede Unio?*

– Nei.

– *Men lederen bør være fra Volda og ha jobbet på Stranda vidaregående skule?*

– Det er aldri ei ulempe! Nei, det er nok litt tilfeldig. Men her evner NSF å se utover seg sjøl og har backa Ragnhild Lied fra første stund.

– *Hva er det med kystbeltet mellom Bergen og Trondheim som har fostret så mange fagforeningsfolk?*

– Det er litt rart. Jeg har egentlig ingen gode forklaringer på det. Det er nesten et paradoks fordi historisk er ikke kysten en veldig sterk fagforeningsarena, i alle fall ikke Møre og Romsdal. Regionen er jo mer kjent for gründer- og næringsvirksomhet.

«Hadde jeg ikke vært universitetsmann, kunne jeg godt blitt bilmekaniker.»

– *Kanskje Røkke-typene også får frem motsatsen?*

– Ja, i nyere tid kan det være slike mekanismer. Men den kulturen som ligger i lokalt samspill, og det å forene ulike interesser, selv om det er motsetninger der, har nesten vært en del av næringsgrunnlaget hos oss.

KLARTE IKKE HOLDE KJEFT. Folkestad kaster den grå dresjakka. Han har snakket seg varm og slenger den ene foten oppå motsatt kne. Han har klart å holde kulemagen på avstand til tross for kontorjobb med mye reise- og møtevirksomhet. Ofte god mat og stundom seine kvelder med alkohol, hvis man lar seg friste. Det gjør ikke Folkestad, ifølge fagforeningskollegaer. Han tar heller en trimtur ut. Gjerne på fjellet i helga med kona.

I 1977 ble han engelsk- og gymmlærer ved Odda gymnas som hadde idrettslinje. Det var der han ble fagforeningsmann.

– Jeg hadde ikke vært noen rabulist i studentpolitikken, men i Odda opplevde jeg at idrettsfaget ble underkjent i forhold til teorifag. Jeg måtte undervise 18 timer i engelsk for å få godkjent full jobb, men hele 26 timer i kroppsøving for det samme. Det var urimelig, og jeg skrev i fagbladet om det. Og så var det et par andre ting jeg ikke klarte å holde kjeft om, så etter trekvart år kom den tillitsvalgte med hele arkivet i tre plastposer og sa at nå måtte jeg bli tillitsvalgt.

BILMEKANIKER. Folkestad og hans to yngre søsken er tredje generasjon med lærerutdanning på farssiden, men han har også primærnæringsblod i årene. Han bodde i Volda på Folkestad, småbruket til besteforeldrene, til han var seks år. Morfaren startet som fisker og jobba etter hvert for kystverket hvor han var skipper på en av skutene. Det hendte Folkestad fikk følge med på spennende oppdrag i nærmiljøet.

– Jeg var der i alle sommerferier etterpå og likte det varierte livet der. Det var der jeg lærte å være litt praktisk. Er ikke kjempehandy, men hadde jeg ikke vært universitetsmann, kunne jeg godt blitt bilmekaniker.

Han holder seg med passelig gamle biler.

– Så jeg må skru litt. Nå er det nesten umulig. Med all den nye elektronikken kan en nesten ikke skifte lyspære en gang.

– *Hva med kvinnene i slekta?*

– Mor var stort sett hjemmeværende. Det var bestemødrene mine også, men de ble låst inne i sin kultur. De var et lesende folk, men fikk aldri sjansen til å ta utdanning. Særlig den ene skrev mye dikt.

– *Har du arva den åra?*

– Ikkje ein snev! Liker å skrive, men ikke rim og rytme.

SISTE ETAPPE. – *Hva skal du gjøre når du slutter i Unio?*

– Vet ikke helt. Jeg søkte arbeidsgiver om pensjon i går. Når folk spør meg om hva jeg skal gjøre, liker jeg ikke å si at jeg skal bli pensjonist.

– *Hvorfor ikke?*

– Det er en stor overgang. Jeg vet at det er rett at jeg slutter i Unio, men pensjonist? Det er liksom ut av arbeidslivet. En siste etappe...

Han ser litt brydd ut. Forteller at han har fått et par uformelle forespørsler om jobb, blant annet fra et arbeidsmiljøsentor hvor han er styreleder.

– Jeg vet jo ikke hva det i praksis blir til. Og så har jeg slitt med to dårlige kne. Gamle skader og artrose. Bør vel operere, men jeg kvier meg så innmari.

– *Blir det middag til kona når hun kommer hjem da?*

– Tror ikke hun har så store forventninger om det.

Folkestad liker ikke å snakke privat, vi får medlidenhet med ham og går over til mer behagelige temaer:

– *Hva blir de viktigste sakene for Unio fremover?*

– Det er tre: Undergraving av arbeidsvilkår, at organisasjonsgraden har gått ned og pensjon.

Han ønsker også at Unio vil vurdere å inkludere medlemmer fra privat sektor med mindre enn treårig utdanning.

– De gamle grensene mellom offentlig og privat er annerledes nå. En åpning for disse gruppene vil gi Unio mer styrke.

– *Hvilke råd gir du til din arvtager før du går?*

– Hun må finne sin form og sin måte. Det eneste rådet jeg vil gi er å kommunisere godt med medlemmene uansett størrelsen på forbundene. Og så må hun ta av seg lærerhabitten og bli «vår». ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 11 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Ås kommune har 1300 medarbeidere som arbeider sammen for å levere gode tjenester og bidra til å utvikle et godt lokalsamfunn. Vi er vertskommune for Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, og ligger nær hovedstaden sentralt i Follo.

AVDELINGSSYKEPLEIER 100 % FAST STILLING

Vil du jobbe i vekstkommunen Ås?

Kommunen er i sterk vekst noe som gir oss mange muligheter i tiden fremover. Vi kan derfor by på spennende og utviklende oppgaver. Vi ønsker oss flere initiativrike og dyktige medarbeidere som tar ansvar og bidrar i løsningen av kommunens oppgaver.

Kvalifikasjoner:

Bachelor i sykepleie/offentlig godkjent sykepleier. Lederutdanning og ledererfaring kreves.

Kunnskap og erfaring fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste er en forutsetning.

Opplysninger om arbeidssted og stilling:

Hjemmebaserte tjenester består av distrikt nord og distrikt sør, samt en avdeling for brukerstyrte personlige assistenter og kreftkoordinator i 100% stilling. Avdelingssykepleier vil ha det faglige, økonomiske og personaladministrative ansvar for driften av hjemmesykepleie og praktisk bistand i distrikt sør. Totalt 26 årsverk. Nærmeste overordnede er enhetsleder for hjemmebaserte tjenester. Vi arbeider for at brukere og pasienter skal motta et tilbud hvor trygghet, respekt, verdighet og kompetanse oppleves gjennom tjenestene vi yter.

Vi ønsker deg som

- Har en tydelig og inkluderende lederstil
- Er strukturert
- Har god muntlig og skriftlig fremstillingsevne
- Har evne til å myndiggjøre, motivere, veilede og videreutvikle medarbeidere
- Er tålmodig og trygg i en krevende arbeidssituasjon
- Med fordel har kjennskap til programmene; Gatsoft, Gerica, Public360 og HR Manager
- Personlig egnethet vektlegges

Vi kan tilby

- En faglig utfordrende hverdag i et aktivt og hyggelig arbeidsmiljø
- Engasjerte medarbeidere
- Aktiv deltagelse i en prosess med kontinuerlig fokus på kompetanse og kvalitetsutvikling
- Muligheten til å arbeide i en kommune med stort samfunnsansvar
- Faglig utvikling
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger, blant annet gruppe- og fritidsforsikring

Kontaktperson: Ingeborg Elise Siggerud, tlf. 6496 2504 / 480 10 584

Stillingen er ledig fra 01.12.2015

Lønn: i henhold til tariffavtale og Ås kommunes lokale lønnspolitikk, bl.a. med tillegg for utvidet kompetanse og ansvar for enkelte stillinger

Søknadsfrist: 01.12.2015

Ås kommune er en IA- virksomhet og ønsker å gjenspeile mangfoldet i befolkningen. Alle kvalifiserte kandidater oppfordres til å søke stilling uavhengig av kjønn, alder, funksjonsevne eller etnisk bakgrunn.

I henhold til offentleglova kan søknaden offentliggjøres selv om du har bedt om å ikke bli oppført på offentlig søkerliste. Du vil i så fall bli varslet.

Ås kommune ønsker ikke tilbud fra rekrutteringsfirma eller annonsører.

STEIGEN KOMMUNE



Sykepleiere

Steigen kommune har for tiden ledig sykepleierstillinger i sykehjemsavdeling og i hjemmesykepleien. Stillingene er både vikariater og faste stillinger.

Steigen kommune arbeider med omstilling av våre pleie- og omsorgstjenester for å møte framtidens og kommunens sykepleierfaglige behov. Dette innebærer at våre medarbeidere aktivt deltar i arbeidsprosesser som skal sikre en god og bærekraftig helsetjeneste i vår kommune.

Kontaktpersoner er helse- og omsorgsleder Siv Johansen, tlf. 476 40 622, leder for sykehjem Anne Lise Dreyer, tlf. 404 53 460.

Søknadsfrist: 23. november 2015.

For fullstendige annonsetekster og elektronisk søknadsskjema se www.jobbnorge.no

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.



jobbnorge.no



Gol kommune

Sjukepleiar/vernepleiar ved Gol Helsetun

Vi har ledig:

80 % fast stilling

100 % fast stilling

100 % vikariat for fødselspermisjon fram til 31.07. 2016

100 % vikariat for fødselspermisjon fram til 31.12.2016

Søknadsfrist 20.11.2015

For fullstendig utlysning og innsending av elektronisk søknad, sjå Gol kommune si heimeside www.gol.kommune.no – Ledige stillingar



8475 Straumsjøen
Tlf. 76 11 42 00
Faks 76 11 43 01
www.boe.kommune.no

Bø er eventyrkommunen lengst vest i øyriket Vesterålen. Her bor 2700 bøfjerdinger omgitt av vakker og variert natur med nærhet til storhavet og fjellet. Vårt levebrot har siden jernalderen vært tuftet på nærhet til havets ressurser - dette er basisen også i dag. Vi har plass nok til deg også, og er du initiativrik og eventyrlysten finnes det mange muligheter. Det tar deg bare en time fra flyplassen på Skagen før du er i Bø.

Helsesøster

Med forbehold behold om kommunestyrets godkjenning har Bø kommune ledig 100 % fast stilling som helsesøster med tiltredelse snarest. Stillingen er nyopprettet og lyses ut som ledd i kommunens satsing på barn og unge.

Flyttegodtgjøring etter avtale.

Se fullstendig utlysningstekst på Bø kommune sine hjemmesider <http://www.boe.kommune.no>

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til kommuneoverlege Anders Svensson, tlf. 76 11 42 23/416 82 489 eller helsesøster Gunnhild Paulsen, tlf. 76 11 42 43/468 00 492.

Søknad sendes elektronisk via Jobbnorge.no

Søknadsfrist: 24.11.15



jobbnorge.no



Haugesund Sanitetsforening Revmatismesykehus AS er et privat sykehus, som eies og drives med et ideelt formål i regi av Haugesund Sanitetsforening. Vi har driftsavtale med Helse Vest, og er et spesialsykehus for revmatologi og revmakirurgi med nedslagsfelt på ca 500.000. Sykehuset har i tillegg Hudpoliklinikk, og totalt 170 ansatte. Både Revmatologisk avdeling og Hudavdelingen er godkjent for spesialistutdanning, gruppe 2 tjeneste

Operasjonssykepleier i 100 % fast stilling

Vi søker deg som:

- Er offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning i operasjonssykepleie.
- Har relevant erfaring.
- Har en utpreget serviceinnstilling og god samarbeidsevne.
- Kan arbeide selvstendig.
- Er fleksibel.
- Er endringsvillig.
- Har gode kommunikasjonsevner.

Vi kan tilby

- Varierte og spennende oppgaver innen revmakirurgi og ortopedi.
- Godt arbeidsmiljø.
- Utviklende arbeidsoppgaver i et høykompetent miljø.
- Tiltredelse etter avtale.
- God pensjonsordning i KLP.
- Konkurransedyktige betingelser.

Nærmere opplysninger for stillingen ved revmakirurgisk seksjon på 52805000

Søknadsfrist: Snarest, innen 18. november 2015

Søknad med kopi av attester og vitnemål sendes **Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS v/adm. personalsjef, Postboks 2175, 5504 Haugesund.**

E-post: post@hsr.as

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

OPERASJONSSYKEPLEIERE

Operasjonsseksjon, Bærum sykehus

Referansnr: 2811635020 Søknadsfrist: 11. november 2015

Operasjonsseksjonen er organisert i samme avdeling som sterilforsyning, anestesi, postoperativ, intensiv og akuttmottak samt renhold operasjon (AIO).

Vi har ledig 100 % fast stilling og vikariat.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til avdelings-sykepleier Ann Vikebø, tlf. 67 80 96 40 / 918 09 253 eller assisterende avdelingsykepleier Nanna Strengenhagen, tlf 67 80 93 31

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no





Nore og Uvdal kommune ligger øverst i Numedal - Middalalderdalen, med ca. 2.500 innbyggere. Store deler av Hardangervidda Nasjonalpark ligger innenfor våre grenser med gode muligheter for jakt, fiske og friluftsliv. Nore og Uvdal er en kraftkommune med fokus på reiseliv, tradisjoner og naturopplevelser. Vi har gode oppvekstvilkår; med full barnehagedekning, desentralisert skolestruktur og en videregående skole. Kommunen har et spennende og variert kulturskoletilbud, nytt hovedbibliotek og et rikt utvalg av lag og foreninger.

Bergtun Omsorgssenter ble ferdigstilt oktober-06. Det er bygget etter moderne prinsipper for drift og organisering. 27 sykehjemsplasser fordelt på institusjon og skjerna enheter, samt 8 Korttids-/rehabiliterings- plasser. I tillegg er 16 nye omsorgsboliger og 5 omsorgsenheter tilknyttet omsorgssenteret, disse har også 24-timers døgnbemannning og serves av hjemmebaserte tjenester.

**Fagavdeling for pleie, rehabilitering og omsorg søker etter:
SYKEPLEIERE 3 X 100 % STILLING**

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent sykepleier
- Videreutdanning i tråd med gjeldene behov

Arbeidsområder

- Fokus på helsefremmende tiltak
- Skape forutsigbarhet, trygghet og faglig struktur i et helhetlig pasientforløp fra hjemmeboende til institusjon
- Tverrfaglig samarbeid

Personlige egenskaper

- God på tverrfaglig samarbeid med andre, og til å jobbe selvstendig, målrettet og strukturert
- God muntlig og skriftlig fremstillingsevne
- Personlig egnethet for stillingen vil bli særlig vektlagt

Det tilbys

- 10 års ansiennitet; for øvrig økes lønnen i tråd med ansiennitetsstige.
- Fast tilsetning
- Turnusarbeid, jobb hver 4 helg.
- Delta i kommunale og interkommunale kompetanseløft
- Stipendordninger for etter- og videreutdanning
- Kommunen garanterer barnehageplass

For stillingen gjelder vanlige kommunale ansettelsesvilkår i overensstemmelse med gjeldende lover, reglementer og tariffavtaler, herunder pensjonsordning i KLP.

Politiattest bes fremlagt. Egnerklæring tuberkulose og taushetsklæring må leveres før tiltredelse, i henhold til gjeldende regelverk. Den tilsatte må ha førerkort

Søknadsfrist: 25.11.15

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Heidi Fanøy på tlf. 31024300/ e-post: Heidi.Bardsen@nore-og-uvdal.kommune.no . Søkere oppfordres til å bruke kommunens elektroniske søknadsskjema. Alternativt sendes søknad vedlagt CV, gjerne også bekreftede vitnemål og attester, til: Nore og Uvdal kommune Sentrum 16 3630 Rødberg eller via e-post: post@nore-og-uvdal.kommune.no



Stiftelsen Solliakollektivet søker

SYKEPLEIER

Stiftelsen Solliakollektivet er Norges eldste bo- og arbeidsfellesskap med formål å behandle rusmiddelavhengige over 18 år. Vi er en del av spesialisthelsetjenesten som tilbyr langtids heldøgnsbehandling, med en driftsavtale med Helse Sør Øst. Virksomheten inneholder økologiske drift av gårdsbrukene på Sollia og Trogstad, og en avdeling på Raufoss som inneholder tre boenheter. Virksomheten omfatter i alt 23 elever og 26 ansatte, hvorav 19 ansatte er medlevere og bor på kollektivet med sine familier.

Det er nå ledig en medleverstilling på avdeling Sollia som sykepleier med tiltredelse snarest mulig. **Søknadsfrist 23.11.2015.**

Arbeidsoppgaver

- Tilhøre administrasjonen
- Medansvar for inntak av nye pasienter og forvern
- Medansvar for rusdata og rapportering til NPR og HSØ
- Behandlingsansvar for pasienter
- Samarbeid om medisinsansvar

Kvalifikasjoner

- Det søkes etter en autorisert sykepleier
- Gode datakunnskaper
- Det er en fordel med kjennskap til Rusdata, men grundig opplæring vil bli gitt
- Må beherske godt norsk, skriftlig og muntlig
- Gode samarbeidsevner
- En person som kan tilslutte seg Sollia's ideologi og rehabiliteringsmodell og arbeide i tråd med denne
- Det vil være en fordel om søkerne har erfaring fra arbeid med rusavhengige fra tidligere
- En person som vil bo på kollektivet
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Vi kan tilby

- En utfordrende jobb med en spennende tilnæringsmåte til rusproblematikk
- Et givende og lærerikt miljø med stor innflytelse gjennom vår demokratiske modell
- Gode lønnsbetingelser og friordninger for ansatte som er medlevere.
- Ytelsesbasert pensjon
- Veiledning
- Faglig og personlig utvikling
- Bolig på gården ved avdeling Sollia med lave boutgifter
- Et levende og trivelig arbeidsmiljø

Nærmere opplysninger v/Bente Skaugerud og Charlotte Larby tlf. 61 12 87 00. Se også www.sollia.no for mer info om Sollia. Skriftlig søknad, med CV, sendes innen 23.11.2015 på mail til bente@sollia.no eller til Stiftelsen Solliakollektivet, Sollivegen 403, 2840 Reinsvoll.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  **UiO Universitetet i Oslo**

Ungdomspsykiatrisk klinikk

Miljøterapeuter

Ønsker du å jobbe i et faglig spennende felt i stadig utvikling?
Vi søker 2 sykepleiere/vernepleiere til 100 % p.t. nattstillinger.
- turnus hver 3 helg.
Refferanse nr: 2822038628

Les mer om stillingene på www.ahus.no/jobb

www.ahus.no 

frantz.no

 **Skånland kommune**
Sammen for hverandre

Vi har følgende ledige stillinger:

Sykepleiere

Skånland sykehjem

- 2 x 100% faste stillinger ledig fra snarest.

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finner du på www.skanland.kommune.no Ledige stillinger

Søknadsfrist: 25. november

Jobbnorge.no

Stiftelsen Betania Alta



Vi ønsker å gi et faglig godt tilbud i trygge og hjemlige omgivelser. Våre kjempeverdier er kompetanse, raushet, ansvarlighet, nærhet og kreativitet. Vi har et kristent verdigrunnlag, med fokus på den enkeltes verdi og vårt medansvar for vår neste.

Avd. sykepleier (Bossekop sykehjem)

- 100 % fast stilling fra 1.2.2016

Sykepleierstillinger (Furuly sykehjem)

- 100 % fast stilling
- 93 % fast stilling
- 80 % fast stilling
- 77 % fast stilling

Der dato ikke er oppgitt gjelder snarlig tiltredelse.

Sykepleiere gis 6 års tilleggsansiennitet, i tillegg til lokale lønnstillegg utover minstelønna.

Kontaktperson: Solfrid N. Lund, tlf. 99 64 64 78

fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknad se www.betania-alta.no. Oppgi ref. nr 20150311
Søknadsfrist: 20. november 2015

- engasjert omsorg

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene

Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for det faglige tilsynet med sosiale tjenester i Nav, barneverns-, helse- og omsorgstjenesten. Tilsynet blir utført av fylkesmannen i hvert fylke. Statens helsetilsyn skal utvikle tilsynsvirksomheten og vedvarende kompetanseoppbygging. Videre skal vi medvirke til at erfaringer fra tilsyn blir gjort tilgjengelig for de politiske oppdragsgiverne, for de som har ansvar for tjenestene og personellet der, for brukere av tjenestene og for befolkningen.

Fagsjef (fast) – 2015/11

Statens helsetilsyn har ledig fast stilling som fagsjef, for tiden i Avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester. Avdelingen har ansvar for å saksbehandle tilsynssaker mot helsepersonell og virksomheter etter hendelser, å understøtte det planlagte tilsynet som Fylkesmannen gjør, og for å sikre kunnskapsgrunnlaget for tilsynet.

For fullstendig utlysning, se www.helsetilsynet.no (Ledige stillinger).

Søknadsfrist: 22. november 2015.



Den 1. januar 2016 fusjonerer Diakonhjemmet Høgskole, Haraldsplass diakonale høgskole, Høgskolen Betanien og Misjonshøgskolen til **VID vitenskapelige høgskole**. Den nye høgskolen får ca. 300 ansatte og 3500 studenter og vil ha studiesteder i Bergen, Oslo og Sandnes/Stavanger.

Førsteamanuensis i sykepleie/helsefag

Akutt og kritisk syke, psykisk helsearbeid

Det er ledig to faste stillinger på 100 % ved Institutt for sykepleie og helse i Oslo.

Søknadsfrist 7. desember 2015

Se fullstendig stillingsannonse på www.diaconhjemmet.no ledige stillinger



SPS-konferansen 2015

Hva er de sentrale utfordringene i profesjonsutdanningene, og hva gjør de som er verdensledende?

Konferanse om sykepleier- og lærerutdanning. Innledning fra blant andre Tonks Fawcett, leder av sykepleierutdanningen ved University of Edinburgh, og sentrale norske forskere på sykepleierprofesjonen og -utdanningen.

Torsdag 3. desember, Høgskolen i Oslo og Akershus

Program og påmelding: www.hioa.no/sps

Arrangør: Senter for profesjonsstudier (SPS)

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BERGEN

NARVIK - TROMSØ - ALTA

mediyoga.no +46 85 40 882 80



Norsk Dagkirurgisk Forum
NORDAF

VINTERMØTE 2016

Norsk Dagkirurgisk Forum – Fre. 15. og lør. 16. januar 2016.

HOTEL SCANDIC - FORNEBU - OSLO.

FREDAG 15. JANUAR 2016

- **Åpning v/leder, NORDAF:** Jørgen Nordentoft
- **Spesialisthelsevesenet nå og i fremtiden:** Ledelse/lederskap i helsevesenet, byråkratisering og riktig ressursbruk? Vi inviterer et høyt profilert panel: helseforetaks direktør (dir. Per S. Bleikelia, Ringerike Sykehus), helseøkonom og kliniker for å gi deres inntrykk videre.
- **Internasjonal sesjon:** Inntrykk fra IAAS-verdenskongressen i Barcelona. Dagkirurgi i Gaza..!
- **Aktuelt emne: Varicekirurgi** – 7000 operasjoner pr. år i Norge. 'Best practice'. Ovl. Inge Glambek, Bergen.
- **På reisefot med: Aleksander Gamme**
- **Generalforsamling - NORDAF - med valg til styret**
- **Middag** med TOP-underholdning og dans.

LØRDAG 16. JANUAR 2016

- **Når ting (nesten..) går galt – Hva kan vi lære?**
- **Frie foredrag:** Bl. a. Pleura- og abdominalportier. Standard tlf.-spørreskjemaer postop. Presentation af skjema og stor klinisk undersøgelse.
- **Nye muligheter - trender i dagkirurgien.** Innleder professor Johan Ræder, OUS / Ullevål. 'Alene hjemme og Street Fit etter dagkirurgi.' An. ovl. Jens Engbæk, Herlev. DK. Håndleddsbrudd: fordeler og ulemper med dagkirurgi.' Ort. ovl. Ola Lars Hammer, AHUS

Program med forbehold for endringer.

Påmelding for møtedeltagere og utstillere:

www.ksci.no eller via vår nettside www.nordaf.no

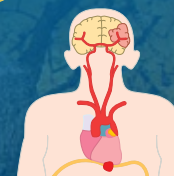
Kristin Solstad – Tel: 66 90 40 23 – Fax: 66 90 40 24 – Mob: 92 65 42 55

3. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter
11. og 12. feb. 2016

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjertetoghjernen.no

Sykepleiere ønskes velkommen





NIFS; Norsk Interesseggruppe For Sårheling inviterer til kongress om

KOMPRESJON OG SÅRHELING SOM GÅR GALT

Tid: 4. og 5. februar 2016

Sted: QUALITY HOTEL & RESORT, KRISTIANSAND

Vi har også i år valgt å sette sammen programmet i form av to emner. Første dag blir det fokus på kompresjon. Når er dette indisert, og hvilke former for kompresjon finnes? Basalt om ødemer samt litt om lymfødem blir det også tid til. Dag nummer to tar vi for oss sårheling som går galt. Vi vil da blant annet gjennomgå postoperative sårkomplikasjoner, håndtering av arr og behandling av donorsteder etter hudtransplantasjoner.

Seminaret er rettet mot alle helsearbeidere som møter pasienter med sår.

Gode forelesere fra inn- og utland, for detaljer se NIFS hjemmeside der også påmeldingen skjer.

Velkommen til faglig påfyll!

Info og påmelding innen 01.12.15: www.nifs-saar.no

Eller ta kontakt med KSCI
v/ Kristin Solstad
e-post: kristi@ksci.no
mobil: 66904023



Den 12. Nasjonale Fagkonferanse
om Kunnskapsbasert
Smertebehandling
for helsepersonell og forskere med interesse for smerte
Rikshospitalets Store Auditorium, Oslo
Torsdag 7. og fredag 8. januar, 2016

Noen av årets plenumsforedrag:

- ✓ *Pain science – it's all about behaviour.* Johan Vlaeyen
- ✓ *Osteoarthritic pain; neuropathic and nociceptive. Implications for treatment.* Tony Dickinson
- ✓ *Smertes etter hjerneslag.* Truls Jensen
- ✓ *The use of questionnaires in pain classification.* Ralph Baron
- ✓ *Søvn og smerte.* Børge Sivertsen
- ✓ *Postoperativ smertelindring – en oppdatering.* Olav Fredheim
- ✓ *Lindring av smerte hos alvorlig kreftsyke.* Jan Henrik Rosland
- ✓ *Smertes hos barn.* Elisabeth Skarstein
- ✓ *Ryggsmerter – bør man trene eller tenke seg frisk?* Kjartan Vibe Fersum og Sigurd Mikkelsen
- ✓ *Frisk og kronisk syk.* Elin Fjerstad

Parallele sesjoner

Smerte og depresjon - Akutte smerter når kommunikasjon er vanskelig - Bekkensmerter - Basal smerteforskning - Smertelindring i livets slutfase - Prosedyresmerter - Samhandling i primærhelsetjenesten - Organisering av akuttmerteretjeneste på sykehus - Smerte og suicid - Klinisk undersøkelse av rygg

Annet som skjer:

- ✓ Presentasjon av ferske doktoravhandlinger om smerte (stipend for de beste presentasjonene)
- ✓ Frie posterpresentasjoner av smerteforskning i Norge (stipend for de beste presentasjonene).

Konferanseavgift:

Medlemmer av NOSF: kr 2000,- før 1. des. / kr 2500,- etter 1. des.
Ikke-medlemmer: kr 2500,- før 1. des. / kr 3000,- etter 1. des. Medlemskap i NOSF koster kr 300,- pr år og inkluderer et abonnement (4 nummer pr år) av Scandinavian Journal of Pain. Konferansen er godkjent som kurs til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 12 timer.

Påmelding og informasjon finner du på vår hjemmeside:

www.norsksmerteforening.no



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!





Ny tid - nye roller

SYKEPLEIERKONGRESSEN 2016

Sykepleierkongressen er landets største helsekonferanse, og en unik faglig møteplass for sykepleiere. Kongressen gir faglig oppdatering og verdifull inspirasjon. Gjennom blant annet foredrag, utstillinger og nettverksmøter kan du få og dele kunnskap med andre innen ditt fag.

27. - 28. SEPTEMBER 2016 // THE QUBE KONGRESSENTER,
CLARION HOTEL OG CONGRESS OSLO AIRPORT

Påmelding åpner 1. mars 2016. Hold deg oppdatert på www.nsf.no

Kajas matglede



Sjekk Kajas matblogg
powermaxx.no/blogg/matglede.
Inspirasjon til sunn hverdagsmat
laget fra bunnen av
- med råvarene i fokus.
La JUPITER Multikvern bli din
hverdagshjelper!

SETT RÅVARENE I FOKUS



Finn oppskriften til denne og andre delikate
retter på powermaxx.no/blogg/matglede.
En ny oppskrift hver uke, følg Powermaxx på Facebook.



JUPITER Multikvern

Endelig en multikvern du kan sette sammen
og bygge ut etter eget behov!

Den kraftige, elektriske motorenheten med 2 hastigheter
kan bygges ut med opptil 8 ulike tilleggsutstyr.
Startpakken består av motorenhet og kjøttkvern med
3 ulike hullskiver som kverner kjøtt, fisk, grønnsaker, frukt etc.
Pølsehornet og kakepressen følger gratis med!

JUPITER Multikvern tar lite plass på kjøkkenbenken.
Svært enkel å bruke, kraftig nok til selv de tyngste jobbene.
Lett å holde ren, vedlikeholdsfri.
Norsk bruksanvisning.



Gratis:

Pølsehorn + kakepresse
(Verdi 499,-)

Startpakke kun
2.499,-
veil. 2.999,-



Kun
999,-

Råkostjern

Til grønnsaker, frukt, ost, nøtter, sjokolade



Kun
499,-

Rivjern

Til nøtter, sjokolade, parmesan m.m.



Kun
999,-

Fruktpresse

Til juice, puré, barnemat

For produktvideo og mer inspirasjon:
www.powermaxx.no Tlf: 38 26 45 52

