

06

2018

Sykepleien



Hepatitt C- gjengen

Gatelangs i Oslo.
**Sykepleierne Øystein Sager
Backe og Tarjei Strand
Foshaug oppsøker personer
de tror kan være smittet
med hepatitt C.**

● **Hva skjer**
Sauherad lykkes
med heltid. **22**

● **Sykepleie**
Slik måles blodtrykk
på barn. **50**

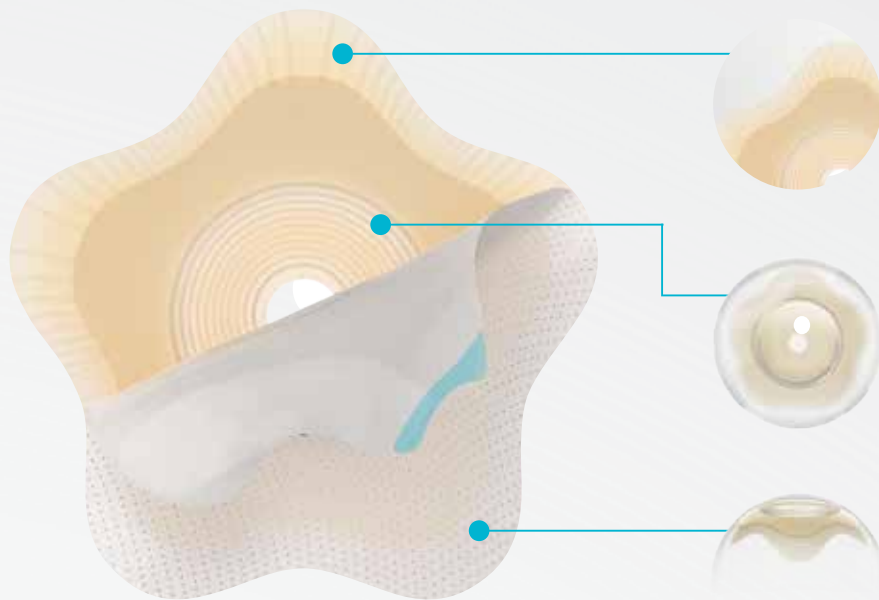
● **Påfyll**
Lei maset om
aktivitet. **68**

● **Meninger**
Tett på Ruth
Donovan. **82**

SenSura[®] Mio Convex Flip

Spesialdesignet for de med brokk og fylldige områder rundt stomien

Alle kropper er unike og vårt mål er å tilby stomiprodukter som tilpasser seg kroppen, uansett kroppsform. Nye SenSura[®] Mio Convex Flip er den første hudplaten i verden som er spesialdesignet for de med brokk og fylldige områder rundt stomien.



Sitter trygt

Festesoner ytterst og i kjernen av kleberens øker elastisiteten. Hudplaten sitter godt og følger kroppens bevegelse, selv med brokk.

Støtte til stomien

En innebygget stabilitetsring gir støtte til stomien og stabiliserer hudplaten indre kjerne.

Kurvet form

En kurvet hudplate bidrar til bedre kroppstilpassing og gjør påføring enklere. Stjerneformen øker kontaktflaten mellom hud og kleber.

“SenSura Mio Convex Flip sitter godt over brokket selv når jeg er i aktivitet”

- Kent 63 år



Kent var en av de første som fikk prøve SenSura Mio[®] Convex Flip i Norge. Han har stomi med brokk og slet med tilpassingen av flat hudplate. Hudplaten Kent brukte tidligere festet seg ikke tett over brokket og kunne folde og rynke seg. Dette førte ofte til lekkasjer. Vi lot Kent prøve vår nye hudplate som med sin unike og kurvede stjerneform øker kontaktflaten mellom hud og kleber.

“SenSura Mio Convex Flip fester seg godt rundt brokket. Jeg føler meg trygg på at stomiutstyret sitter godt hele tiden”

For mer informasjon:

 www.coloplast.no/brokk

 Ring oss på 22 57 50 00

SKRIVESTIPEND

Rom for å skrive

Vil du skrive den neste læreboka for fremtidens studenter i høyere utdanning? Søk vårt skrivestipend!

Vi kan gi deg rommet du trenger: med forlagets stipend, tilgang til skrivestuer og oppfølging fra oss, kan du formidle din kunnskap videre til nye generasjoner innen ditt fagfelt.

Stipendene utgjør til sammen kr 250 000 og tildeles to ganger i året.
Søknadsfrist 1. oktober og 1. mars.

For mer informasjon, se fagbokforlaget.no/skrivestipend.



FAGBOKFORLAGET

ANNONSE

PIA TJELTA

ODDGEIR THUNE

PER FRISCH

MARIANNE KROGH

ANDERS BAASMO CHRISTIANSEN



NORDISK FILM PRESENTERER

BLINDSONE

EN FILM AV TUVÅ NOVOTNY

PÅ KINO 24. AUGUST



Innhold



06 | 2018 Sykepleien

Utgivelsesdato: 23. august

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

Forsidefoto: Erik M. Sundt



Hva skjer

- 06** Aksjonisten
- 10** Hiv-positive må bytte medisin
- 13** Helsesøstre vil bytte tittel
- 14** Ny behandling kurerer hepatitt C
- 22** Flere hele stillinger med samme budsjett
- 28** Zimbabwe: Gratis behandling for hiv og tuberkulose, andre må betale selv

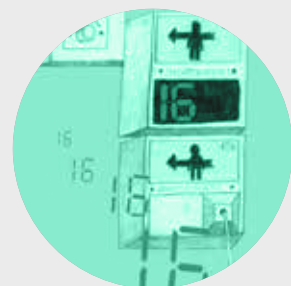


Blir kanskje helsesykepleier. **13**



Sykepleie

- 36** Slik kan sykepleiere redusere antibiotikabruken
- 40** Akuttkompetanse i omsorgsboliger gir færre reinnleggelses
- 47** Min jobb: Finner rett bolig til brukere
- 48** Forskerintervju: Edel J. Svendsen
- 50** Å måle blodtrykk på barn
- 56** Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen



Hva når pasienten ringer hele tiden? **54**



Påfyll

- 66** Dikt og bokomtaler
- 67** Liv laga: Heia røykernel!
- 68** Forfatterintervju: Runar Bakken
- 70** Bokanmeldelser
- 71** I bokhylla mi: Sille K.L. Næsheim
- 72** Fakta om forkjølelse
- 74** Quiz og kryssord



200 virus vil prøve seg på deg. **72**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By om sykepleiermangelen
- 77** Tove Amina Hanssen om forskningsmidler
- 78** Jens Kristoffer Hertel og Runar Danielsen om økonomi vs. fag
- 80** Tanja Vatnås om Bibelen
- 81** Minneord: Anne Berit Myren
- 82** Tett på Ruth Donovan



Står på for de rusavhengige. **82**

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no (i permisjon). **Fung. redaktør / nyhetsredaktør:** Kjell Petter Eidsten tlf. 22 04 33 59 **Journalister:** Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik, Eli Smedstad. **Sykepleien Forskning:** Tove Aminda Hanssen, Signe Marie Flåt. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum, Eivind Solfjell.

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: Sörmlands Grafiska





I høst har nærmere 5000 nye studenter startet på sykepleierutdanningen.

Om de ikke har gjort det ennå, vil de snart få oppdage at de har valgt en yrkesvei brolagt med doble budskap.

Kjærlighet med en bismak



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

For noen år siden var jeg i et bryllup. Paret nøyde seg ikke med en hyggelig liten fest på lokalet og bryllupsreise til Firenze; de ville ha et velregissert event der det ikke var spart på noe. Det skinte også gjennom at de nygifte skulle til fjerne og eksotiske himmelstrøk så snart seremonien var overstått.

Men først skulle de to vies i kirken. Stemningen var andektig, orgelet bidro med mektige toner. Så skulle presten, en mann med skrantende fysikk og sprukken røst, gi paret noen velvalgte ord med på samlivsreisen.

HOLDT PUSTEN

Det ble sannelig en flott tale. Her var det ikke snakk om bare melk og honning, men også om den dypere betydning av en livslang kontrakt mellom to mennesker. Presten hadde dessverre et lite problem: Han slett voldsomt med sin ustøe framtoning.

Hendene skalv og kroppen svaiet mens han lette etter de vakre ordene, og flere ganger var han nære på å veive ned de nydelige, ranke blomstervasene som sto plassert ved siden av ham. Mens han på utsøkt vis la ut om kjærlighetens dype essens, holdt alle i salen egentlig bare pusten i frykt for at han i neste setning skulle utløse en middels stor katastrofe på kirkegulvet. Og da seremonien var slutt, var det det alle snakket om. Om ikke annet satt man igjen med inntrykket at kjærligheten han preket så varmt om, nok heller var et temmelig skjørt prosjekt.

FORVENTNINGSBRIST

En liknende brist møter de tusenvis av unge mennesker som har valgt sykepleien. I august møtte de opp, klare til å ta fatt på teori og praksis som skal sette dem i stand til å gå inn i helsetjenesten som ettertraktede helsearbeidere. Motivasjonen er nok ulik, men til felles har studentene trolig at de har basert sine valg på en antakelse om at det vil være interessant og givende å jobbe med mennesker som trenger pleie og omsorg.

De blir da også møtt med mye entusiasme. Foreldre, familie, ja hele det norske folket er egentlig begeistret for unge mennesker

som vil bli sykepleiere. Det er vanskelig å finne et yrke som er mer populært, og som vekker flere varme assosiasjoner hos folk flest.

På skolen står undervisningspersonalet klare til å framheve sykepleiernes unike kompetanse, sykepleierblikket som helse-tjenesten ikke klarer seg uten. Og selv de mest idealistiske søkerne til studiet har fått med seg at arbeidsgivere vil kaste seg over dem så snart de forlater skoleporten.

SNUBLER PÅ STARTSTREKEN

Om ikke lenge vil de imidlertid oppdage at alt det vakre som blir sagt om deres framtidige yrke, skurrer. Lærebøkene de blir presentert for, blir beskyldt for å være fulle av svada. Mange studenter stryker i viktige fag, praksisen som skal forberede studentene på yrkeslivet, blir kritisert sønder og sammen, mange slutter, og verst av alt: Det synes fortsatt å være usikkerhet om hva som skal være studentenes sluttkompetanse. Den varierer nemlig fra skole til skole.

De kjærlige ordene som nyutdannede sykepleiere møter fra sykehuseiere og kommuner ved inngangen til selve arbeidslivet, falmer også fort når turnusene og stillingsbrøkene kommer på bordet. De fleste har allerede under utdanningen fått med seg at det de har lært på skolen, neppe kan praktiseres ute i virkeligheten fordi rammebetingelsene ofte ikke er til stede. Og at lønnen ville vært atskillig bedre om man hadde valgt et annet yrke.

FANTASTISK SLITSOMT

Hvordan snakke opp sykepleieryrket uten å skape helt urealistiske forventninger? Og hvordan kritisere utdanningen og betingelsene for selve yrkesutøvelsen uten å skremme bort dem som man ønsker det beste for? Det er det store spørsmålet for alle aktørene i helsebransjen som formidler sine budskap til de unge.

For de kan preke aldri så mye om yrkets store betydning, unike kompetanse og fantastiske muligheter hvis de unge samtidig fornemmer et underliggende budskap: At det er forferdelig slitsomt å være sykepleier, og at yrket ikke blir verdsatt slik det burde. At samfunnet mener at sykepleiere fortjener bedre,



Illustrasjon: Marie Rundereim

men at ingen vil pålegge kommuner og sykehus å gi dem bedre rammebetingelser. At eldreomsorgen, der samfunnets behov for sykepleierkraft er aller størst, nettopp er den sektoren som tilbyr de dårligste betingelsene.

SIVER INN

Politikerne vil ikke gripe inn i kommunenes eller helseforetakenes prioriteringer og overlater lønnsdannelsen til partene i arbeidslivet – alle fromme ord om det fantastiske sykepleieryrket til tross. Partene i arbeidslivet er helt enige om at rekruttering av sykepleiere er avgjørende for at helsetjenesten i det hele tatt skal kunne møte utfordringen i eldrebølgen som kommer. Men ingen har hittil skaffet til veie en realistisk løsning på problemet.

Det er det budskapet som siver inn hos de unge på sin vei gjennom utdanningsystemet. Alt snakket om kjærligheten til yrket som de ble møtt med da de forventningsfulle troppet opp første skoledag på sine respektive studiesteder, blir fort tomt og kraftløst når aktørene ikke klarer å følge opp ordene med overbevisende handling.

VARER IKKE EVIG

Personlig tror jeg mange unge sykepleierstudenter allerede ved inngangen til studiet vet at yrkesvalget er en god idé, men at det ikke er sikkert de får et godt liv ved å velge det. Utdanningen må derfor, i større grad enn den gjør i dag, forberede dem på den virkeligheten de vil møte.



«Foreldre, familie, ja hele det norske folket er egentlig begeistret for unge mennesker som vil bli sykepleiere.»

Om ikke politikere, utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere og arbeidstakerorganisasjoner gir unge sykepleiere både håp og realisme samtidig, risikerer vi å få en generasjon av desillusjonerte sykepleiere.

Ingen kjærlighet – heller ikke kjærlighet til yrket – varer som kjent evig uten substans. ●

barth.tholens@sykepleien.no

SABO

- når du vil merkes!

Vis hvem du er! Skilt og klokker i mange varianter

Sjekk nettbutikken

KLOKKER
i mange
varianter fra
199,-



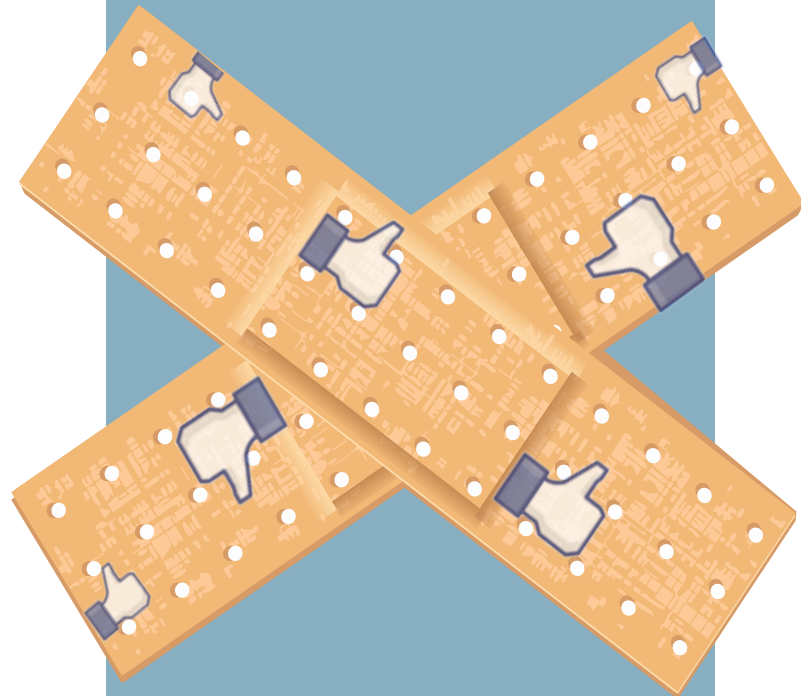
Art. nr. 2060
LOMMESKILT
Praktisk navneskilt (med
penneholder og lomme)
i størrelsen 32x76 mm.
Smettes over lomme-
kanten. Kun 38 gr.
199,-



Art. nr. 2020
**SKILT MED 3D
BAKGRUNN**
Oval/rektangulær.
fra **150,-**



www.sabo.no



Følg eller lik oss
på Facebook,
så får du sakene
rett inn i feeden

– men vil du ha
full oversikt og
nyhetene
før alle andre:
gå til

sykepleien.no



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 06 | 2018

Nyhet – Reportasje – Tema



DIAGNOSE: På sykehuset i Karanda prøver de canadiske studentene å stille en diagnose. Foto: Ludvig Gundersen



Hiv. Uenige om bytte av medisin fra 1. september. **10**



«Her står ingen sykepleierstillinger ubesatt.»

Martin Ytreland, enhetsleder, Sauherad Bygdeheim. **22**



Tittel. Fra helsesøster til helsesykepleier? **13**

Uten verktøy

Zimbabwe. For de canadiske legestudentene er mangelen på medisinsk utstyr og ekspertise uvant. **28**



– Med denne anbefalingen setter vi pasientene ti år tilbake i tid, mener sykepleier Ingrid Slørdal.

Hiv-positive må bytte medisin

• Tekst **Nina Hernæs**

Fra 1. september må mange norske hiv-pasienter bytte tilbake til eldre medisin. Ifølge Sykehusinnkjøp vil dette spare sykehusene for 65 millioner kroner.

Sykepleier Ingrid Slørdal, som har jobbet med denne pasientgruppen siden 1993, frykter det i verste fall kan føre til at noen slutter å ta medisinene.

Slørdal jobber på infeksjonsmedisinsk avdeling ved St. Olavs hospital i Trondheim og har sittet i spesialistgruppen som står bak anbefalingen. Hun er ikke fornøyd.

– Jeg føler vi har gjort en dårlig jobb. Med denne anbefalingen setter vi pasientene ti år tilbake i tid. Jeg mener at helsepersonell mister troverdigheten når vi først ber pasientene bytte til de nyeste og beste medisinene og så ber dem bytte tilbake til medisinene de brukte før. Vi skifter ikke medisin på pasienter som er under vellykket behandling, for å spare penger.

Slørdal grublet seg frem til at hun ikke kunne være med på anbefalingen medisin hun mener er dårligere. Dette meddelte hun gruppen i vår, men hennes innvendinger er ikke tatt med.

– FLERE BIVIRKNINGER

Anbefalingene er en følge av at regningen for medisinene er overført fra trykdeverket til

helseforetakene, og da skal det ifølge regelverket gjennomføres en anbudskonkurranse. På bakgrunn av denne anbefales det derfor at de fleste med hiv skal bytte til en eldre type hiv-behandling, som Sykehusinnkjøp hevder er like god. Det er Slørdal sterkt uenig i.

– For noen vil det gå greit å bytte. Men for mange betyr dette flere bivirkninger og større risiko for at medisinene skal interagere med andre legemidler, sier hun.

– Jeg har vært med på utviklingen der vi har fått veldig effektive medisin, som nesten ikke gir bivirkninger. De eldre typene gjør pasientene mer utsatt for blant annet nyresvikt og benskjørhet, som igjen må følges opp med kontroller. Jeg tviler på at det totalt sett er så mye penger å spare på å bytte medisin.

– MEDISINENE ER LIKE GODE

Bente Hayes, innkjøpsdirektør for legemidler i Sykehusinnkjøp, som har ansvaret for innkjøp til spesialisthelsetjenesten, har forståelse for at pasienter

«Denne behandlingen er like effektiv.»

Bente Hayes, Sykehusinnkjøp



DISKUSJON OM MEDISINER: I hyllene står legemidler som redder liv. Men de koster også penger. Det må helsepersonell ta hensyn til etter at helseforetakene overtok ansvaret for regningen for dem. Foto: Lena Knutli

blir skeptiske når de må bytte medisin.

– Men da vil vi trygge dem på at medisinene de skal bytte til, er like gode som medisinene de bytter fra. Vår spesialistgruppe på hiv har vurdert det som at de anbefalte medisinene har like god effekt, og at det ikke er grunn til å frykte flere bivirkninger. De er også robuste mot resistensutvikling, sier hun.

– Men ifølge Slørdal erfarer sykepleiere, som har sett hvordan disse medisinene virker i praksis, at de gir mer bivirkninger?

– Får pasientene bivirkninger, må de ta dette opp med sin lege. Er det medisinske grunner til det,

kan de få gå tilbake til medisinene de byttet fra. Dette er en vurdering den enkelte lege må gjøre i samråd med sin pasient.

– Men konsultasjoner med lege og sykepleier og kontroller for å følge opp eventuelle bivirkninger koster også penger. Er det så mye å spare på å bytte?

– 65 millioner kroner er veldig mye penger av en årlig kostnad på 450 millioner for hiv-legemidler. Det tas alltid høyde for byttekostnader, og de kommer ikke i nærheten av et så høyt beløp.

– Har dere regnet på hvor mye det vil koste med ekstra kontroller?

– Ikke direkte i regnestykket,

men det har vært diskutert. Jeg har et overordnet ansvar, de faglige diskusjonene tas i spesialistgruppen. I spesialistgruppen har vi sju av de fremste infeksjonsmedisinene på hiv, som står inne for at medisinene vi nå anbefaler, er like gode og trygge som medisinene pasientene skal bytte fra.

– IKKE GAMLE MEDISINER

Medisinene som nå anbefales, blir omtalt som gamle. Det vil ikke Hayes være med på.

– Norge ligger fremst i behandlingen av hiv. Det har vært en eksplosjon i utviklingen av legemidler. Går vi ti til femten år tilbake, kan vi snakke om gamle medisin. Da måtte pasientene ta en hel håndfull piller, og bivirkningene var store. Det vi anbefaler, er å gå fra å ta en til å ta to tabletter om dagen, og som sagt er denne behandlingen like effektiv.

Hayes peker på at samfunnet har én pott for helsevesenet, og at det er viktig å bruke pengene fornuftig – blant annet ved å vurdere legemidler ut fra effekt og pris og så gjøre en helhetsvurdering.

MER OG MER SKEPTISK

Merete Klausen står oppført blant dem som står bak anbefalingen. Hun er farmasøyt på Apotek 1 sitt ressursapotek for hiv-pasienter i Storgata i Oslo og medlem av spesialistgruppen for hiv. Hun sier hun leverte en dissens i vår, men fikk beskjed om at hun var for sent ute.

Hun er blitt mer og mer betenkt over hvordan pasientene kommer til å få det. Hun har også uttrykt bekymring for tilgangen på hiv-legemidler – om anbudsrunderne vil klare å levere når så mange pasienter sannsynligvis bytter legemidler på så kort tid. Hun har Apotek 1 og Apotekforeningen med seg i dissensen.

Bente Hayes ønsker ikke å kommentere dette ut over at det i august skal være et seminar for helsepersonell som jobber med behandling av hiv-pasienter. Hayes skriver i en e-post at pasientene vil føles tett opp.

– GÅR IKKE AN

Ingrid Slørdal frykter at mer plundrede medisin vil gjøre at noen slutter å ta dem.

– Konsekvensene vil være svært alvorlige.

– Det er snakk om å ta to piller en gang om dagen i stedet for én pille en gang om dagen, det er kanskje overkommelig?

– Det kan man si. Men disse pasientene vil også gå fra ingen bivirkninger til bivirkninger. Jeg har hatt pasienter som har sluttet med

«De er gode medisin som fjerner virus, men bivirkningene er flere.» Ingrid Slørdal, sykepleier

medisin på grunn av bivirkninger. Da øker faren for utvikling av immunsvikt, det er en risiko for at viruset blir resistent, og det er et smitteperspektiv.

– Jeg ser at jo flere medisin pasientene tar, jo større er faren for at det skjer feil. Flere av de eldre medisinene må tas sammen med mat, det kan være en barriere for noen. Noen av de nye kan tas uavhengig av måltider. De eldre tablettene er også større, og er for noen vanskelige å svelge.

– Men ifølge de nye anbefalingene skal medisinene det byttes til, ha like god kvalitet?

– Det er jeg uenig i. De er gode medisin som fjerner virus, men bivirkningene er flere.

– ER FØRSTEVALLG

Infeksjonsmedisin Bente Magny Bergersen, seksjonsleder ved infeksjonsmedisinsk avdeling på Oslo universitetssykehus (OUS) og medlem i spesialistgruppen for hiv, mener det ikke stemmer at bivirkningene blir flere med de nye anbefalingene.

– Alle medisinene som ble plukket ut til å være med i

anbudsrunder, er fortsatt klassifisert som førstevalg i hiv-behandlingen i Norge, påpeker hun.

– Jeg forstår at pasienter som nå går på velfungerende regimer uten bivirkninger, vegrer seg for å bytte. Men veldig få har erfaring med akkurat denne kombinasjonen, og derfor kan de ikke vite om de får bivirkninger.

Hun understreker at dersom de får bivirkninger, er det medisinsk grunn til å avvike fra behandlingen.

– Og det er det stort rom for å gjøre.

FORVALTER RESSURSER

Bergersen skjønner at pasientene er bekymret.

– Det blir sagt at hiv-pasienter tidligere har fått det aller beste av medisin, men at det ikke lenger er sånn?

– Vi har aldri trengt å tenke på pris og har hatt den fantastiske muligheten til å kunne skrive ut den aller nyeste og beste medisinen. Men myndighetene har bestemt at det nå skal gjøres på en annen måte. Nå skal vi også ta hensyn til pris, sier Bergersen.

– Jeg mener at leger har et ansvar for å forvalte samfunnets ressurser på en god måte. Og at hiv-pasienter, gitt at medisinene de må bytte til er like effektive, også må være med på å ta ansvar for å holde legemiddelkostnadene nede.

– Man kan hevde at de er i en spesiell situasjon, med en kronisk sykdom de dør av uten medisin?

– Det gjelder flere pasientgrupper, som de med diabetes type 1 eller hjertesvikt. Også de må forholde seg til pris på medisinene de trenger for å leve.

– Men hiv-pasienter kan smitte andre om de ikke har kontroll på medisinene?

– Derfor er det viktig med viruskontroll. Ser vi at antallet pasienter med dårlig viruskontroll øker, altså at de ikke etterlever medisineringsen, må vi dra i bremsen. Det at vi av økonomiske årsaker skifter medisin på anslagsvis 40 prosent av alle hiv-pasienter, er en stor omlegging av prinsippene for hiv-behandling som bør monitoreres nøye.

MENER DET ER FORSVARLIG

Bergersen sier hun allerede har forberedt mange av pasientene sine på at de må bytte.

– De sier ok hvis jeg kan garantere at det de bytter til, er like effektivt og de ikke får mye bivirkninger. Da synes de ikke det er et problem hvis det halverer kostnadene til medisinene de får.

– Er du bekvem med å garantere det?

– Ja. Andre leger er kanskje ikke så bekvemme. Men jeg mener det er forsvarlig. ●

nina.hernes@sykepleien.no

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no





RASKERE TILHELING AV TRYKKSÅR

50 % større reduksjon
av trykksårarealet*

*sammenlignet med en næringsdrikk med identisk mengde energi og protein¹
1. Cereda E et al. Ann Intern Med 2015; 162; 167-174.

Cubitan er godkjent som næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.



Helsesøstrene vil bli helsesykepleiere. Kristin Waldum-Grevbo syns debatten har vart lenge nok nå. Helt siden 1960-tallet.

Vil bli helsesykepleier

● Tekst og foto Marit Fonn

Fakta

Aktuell som

Leder i Landsgruppen av helsesøstre.
Fronter tittelbytteforslaget.

Alder: 45 år

Bakgrunn: I mai foreslo helsesøstrene, etter et grundig arbeid i faggruppen, å endre helsesøstertittelen til helsesykepleier. Det medførte mange kommentarer og meninger i mediene. Forslaget behandles nå av Helsedepartementet.

Hvorfor så viktig med dette navnebyttet?

– Det er på tide med en kjønnsnøytral tittel på dette yrket.

Hvordan ble helsesykepleier mottatt, syns du?

– I hovedsak positivt.

Men du fikk det travelt i mediene?

– Det er jo en tittel mange har et positivt forhold til.

Mange følelser?

– Ja, men debatten i etterkant har gått på hva tittelen skal signalisere.

For eksempel?

– Om sykepleier skal være del av tittelen. Det har igjen ført til en debatt om hva sykepleiertittelen signaliserer. Motforestillingene handler mye om ordet «syke». Noen mener det gir feil signal til barn og unge.

Tenker du på reaksjonen fra Helsesista?

– Ja, blant andre. Det kan nesten virke som om det er sånn: «Hjelp, vi skal til sykepleieren!» Men sykepleiere har jo tillit i befolkningen.

Kom det overraskende på deg?

– Alle er enige i at det er noe paradoksalt i å sette sammen helse og syke i ett ord.

Helsesøstre kommer vel borti begge deler?

– Ja, vi skal både jobbe helsefremmende og avdekke sykdom. Og sykepleiekompetansen er basisen.

Hvorfor ikke helsesøster og -bror?

– Det er ikke kjønnsnøytralt.

Hva var nest beste alternativ?

– I hvert fall ikke en tittel over flere linjer. Helsesykepleier pekte seg ut fra mange kriterier.

Hva er viktig i denne saken?

– Relasjonen til barn og unge skapes ikke av tittelen, men den kan signalisere at vi er både kvinner og menn i dette yrket. Og at vi har mer utdanning enn mange tror. Vi skal være vennlige og støttende, men noe annet enn venn eller søster.

Med ny tittel – vil guttene strømme til?

– Jeg møter flere mannlige sykepleiere enn før som vurderer dette yrket nå. Det handler både om tittel og gode rollemodeller.

Er flere menn det viktigste målet?

– Når bare 38 prosent av de under 25 år vet at vi er sykepleiere, syns jeg det er på tide at folk får den informasjonen. Det er også viktig.

Få opp statusen?

– Om ikke det, så at tittelen sier mer om kompetansen vår, som gjør oss i stand til å gjøre gode vurderinger i skjæringspunktet mellom sykdom og helse.

Er helsesøsterrollen i endring?

– Hele tiden. I tråd med samfunnsutviklingen og befolkningens behov.

Noe typisk for tiden?

– Mye handler om psykisk helse. Vi har en viktig rolle når det gjelder å normalisere reaksjoner på det livet bringer. Samtidig skal vi faktisk fange opp sykdom.

Ellers noe?

– Det tar litt tid å bli vant til ny tittel. Det vil være rart for alle en stund. Men det er deilig å lande en sak som har vært diskutert siden 1960-tallet.

Glad for støtten fra Språkrådet?

– Ja, veldig. Vi hadde jo ikke forventet at dette skulle bli kåret som det mest sexy nyordet. Men veldig glad for at Språkrådet syns dette tross alt er et greit alternativ. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Ny behandling kurerer hepatitt C

Med den nye behandlingen er resultatet sikrere og bivirkningene færre. Sykepleierne Tarjei Strand Foshaug og Øystein Sager Backe reiser ut for å finne de smittede.

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Da jeg våknet, sto Øystein over meg. Bjørn Arvid Børjesson kom til et punkt der han skjønte han måtte be om hjelp. Etter mange år med rus var han helt nedkjørt. «Nå er jeg sliten, dere må hjelpe meg», sa han til sosial vaktjeneste i Oslo. De skaffet ham plass på Prindsen mottakssenter, som samordner hjelp til rusbrukere i sentrum. Det var der han våknet.

TRODDE IKKE DET VAR SÅ FARLIG

Mannen som sto over ham, var sykepleier Øystein Sager Backe. Han og kollega Tarjei Strand Foshaug holder til på Prindsen i andre etasje. Her driver de, sammen med lege Kjersti Ulstein, en gatenær hepatitt C-klinikk.

– Jeg visste at jeg hadde hepatitt C, forteller Børjesson.

– Men jeg hadde ikke fått meg til å gjøre noe med det. Jeg trodde ikke det var så farlig. Og jeg hadde hørt at behandlingen hadde så få bivirkninger.

ET GJENNOMBRUDD

Øystein Sager Backe visste også at Børjesson var smittet, fordi Børjesson hadde vært innom

«Vi bruker mye tid på å forklare at det ikke er sånn lenger.»

Tarjei Strand Foshaug, sykepleier

klinikken et par år tidligere. Men han kom aldri tilbake. Sykepleierne hadde forsøkt å få tak i ham, uten å lykkes. Da Backe hørte at Børjesson var kommet til Prindsen, gikk han ned en etasje for å tilby behandling. Ikke en behandling med store bivirkninger og usikkert resultat, slik den gamle interferonbaserte metoden ga, men en behandling så å si uten bivirkninger og der nesten alle, 95 prosent, blir kvitt viruset.

Behandlingen, direktevirkende antiviraler, sees på som et av de store gjennombruddene i moderne medisin. Utfordringen er å få gitt den til de som er smittet.

REDD FOR GAMMEL BEHANDLING

Tarjei Strand Foshaug sier mange med hepatitt C har en berettiget frykt for den gamle typen



KJENT I MILJØET: Både Øystein Sager Backe og Tarjei Strand Foshaug har erfaring fra rusfeltet. De kjenner mange av brukerne, og brukerne kjenner dem. Foto: Erik M. Sundt

Fakta

Behandling av hepatitt C

- Tidligere ble hepatitt C behandlet med pegylert interferon og ribavirin. Pegylert interferon ble gitt som sprøyte en gang i uken, og ribavirin ble gitt i tillegg for at interferonet skulle virke bedre. Behandlingen varte fra 16 til 48 uker og ga betydelige bivirkninger i form av tretthet, slapphet, sykdomsfølelse, håravfall og depresjon. Immunsystemet kunne også påvirkes.
- Behandlingen hadde effekt på omtrent halvparten av de som tok den.
- I 2014 ble en ny type legemidler tilgjengelig i Norge. Direktevirkende antivirale midler tas som en pille hver dag i åtte til tolv uker og har nesten ingen bivirkninger. Studier viser at 95 prosent blir virusfrie.
- Også de som allerede har skader på leveren, har effekt av behandlingen. Å bli virusfri reduserer blant annet risikoen for å utvikle leverkreft.
- Fordi legemidlene var svært dyre da de kom, ble de kun gitt til pasienter med påvist leverskade som følge av hepatitt C. 1. februar 2018 gikk prisen ned, og legemidlene tilbys alle med hepatitt C.
- Verdens helseorganisasjon har som målsetting å utrydde hepatitt C som trussel mot folkehelsen innen 2030.

Kilde: BMJ Best Practice og Folkehelseinstituttet

behandling, og at de ikke kjenner til den nye. Den gamle, med interferon, ga svært plagsomme og til dels alvorlige bivirkninger. Noen trodde det var cellegift. Å ta slike medisiner mot en sykdom mange ikke merket noe til, fristet ikke alle. Dessuten var de heller ikke alltid effektive. Bare halvparten ble kvitt viruset.

– Vi bruker mye tid på å forklare at det ikke er sånn lenger, sier Tarjei Strand Foshaug.

SMITTER GJENNOM SPRØYTEBRUK

De nye medisinerne kom i 2014, til en svimlende sum. De var så dyre at ikke alle fikk, bare de med en påvist leverskade. De andre, som ennå ikke hadde skader på leveren, men som kunne unngått dem ved behandling, fikk ikke. Men etter en





«Problemet er ikke at de ikke vil, men at det er så mange andre ting i livet deres som dukker opp.»

Kjersti Ulstein, lege



Fakta

Hepatitt C

- Virus som smitter gjennom blod. Smitte i Norge skjer hovedsakelig via brukte sprøytespisser, men smitte ved deling av kokekar og filter er også mulig. Kan smitte fra mor til barn ved fødsel og gjennom kontaminerte blodprodukter. Seksuell smitte kan forekomme blant menn som har sex med menn. Blant heterofile er seksuell smitte teoretisk mulig, men forekommer ikke i praksis.
- Akutt infeksjon er vanligvis uten symptomer. Noen får ikterus (guldfarging av hud og slimhinner), influensaliknende plager, slapphet, mageplager, forstørret lever, forhøyede leverenzymmer og avfarget avføring og mørk urin.
- Av dem som blir smittet, vil 20–30 prosent kvitte seg med viruset innen et år. 70–80 prosent vil utvikle kronisk hepa-

titt C, som over tid kan ødelegge levervev, gi skrumplever (levercirrose) og leverkreft.

- Det antas at mellom 11 000 og 17 000 mennesker i Norge har kronisk infeksjon med hepatitt C. 80 prosent av dem er smittet gjennom bruk av rusmidler.
- Hepatitt C har flere genotyper, og i Norge har halvparten av de smittede genotype 3. For denne typen var det tidligere restriksjoner på behandlingen, fordi den var så dyr. Det er det ikke lenger. Alle med hepatitt C, uavhengig av genotype, har rett til å få behandling.

Kilde: Folkehelseinstituttet og Håvard Midgard, Knut Boe Kielland og Olav Dalgard: «Eliminasjon av hepatitt C er mulig»

→ anbudskonkurranse gikk prisen ned, og fra 1. februar 2018 har alle med hepatitt C fått tilbud om behandling.

– Hvis vi når dem, sier Øystein Sager Backe.

I Norge er de fleste, 80 prosent, av dem med hepatitt C smittet gjennom bruk av rusmidler. Viruset smitter gjennom blod og kan overføres gjennom deling av sprøytespisser, kokekar og annet brukerutstyr. Mange som er smittet, lever liv litt på siden av A4. Ikke alle greier å følge opp timeavtaler. Å nå frem med informasjon kan være en utfordring.

– Det holder ikke med en innkalling.

25 I AKTIV BEHANDLING

På kontoret på Prindsen pakker han ut dagens blodprøver. En koffert ligger åpen, fylt med

prøvetakingsutstyr og reagensglass. Sammen med Tarjei Strand Foshaug – de er alltid to – reiser han ut til avrusningsinstitusjoner, bofellesskap og andre steder de kan treffe på rusbrukere eller tidligere rusbrukere. De tilbyr blodprøver for å sjekke status og etter hvert behandling til dem som tester positivt. Om nødvendig drar de hjem til folk.

– Vi driver oppsøking hele tiden, sier de.

Hepatitt C-klinikkens lege, Kjersti Ulstein, sier de i begynnelsen trodde drop in var det som skulle til.

– Men da ble vi sittende og vente. Så sykepleierne reiste heller ut. Man skulle kanskje tro det er en dyr måte å gi behandling på, men det er mye dyrere å betale fagfolk for å sitte på et kontor ingen kommer til.

Som lege ser hun gjennom alle prøvesvar og

går gjennom alle pasienter i jevnlige møter med sykepleierne.

Ulstein erfarer at mange av pasientene deres trenger et ekstra push for å komme i gang med behandling.

– Problemet er ikke at de ikke vil, men at det er så mange andre ting i livet deres som dukker opp.

Akkurat nå er 25 i aktiv behandling. Målet for 2018 er 100. Det betyr 100 mennesker som kan unngå leverskade, skrumplever, eller cirrose, leversvikt og leverkreft. Dessuten 100 færre som kan gi smitten videre.

– DØR AV HEPATITT C

Hepatitt C er blitt kalt den stille epidemien. Den har gått parallelt med hiv, men gjort langt mindre ut av seg. Mens folk døde av hiv, merket få noe til at de var smittet med hepatitt C. Siden viruset i hovedsak rammet rusbrukere, var det få som talte de smittedes sak. Skadene på leveren kommer etter mange år, kanskje 30, men til gjengjeld er de irreversible når de har ført til cirrose.

– Folk dør av hepatitt C også, sier Øystein Sager Backe.

I Norge har det vært en voldsom økning av primær leverkreft. Man vet ikke årsaken, men antar det blant annet skyldes hepatitt C.

Heidi Hansen i Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (Rio) erfarer at det er lite kunnskap om viruset, ikke bare i rusmiljøene, men også blant leger.

– Hepatitt C er liksom noe man bare har. Leger kan si at «det er ikke så farlig, vi venter til du har skader på leveren». Men da er skaden allerede skjedd.

Det har hun venner som smertelig har fått erfare.

– En klarte å straighte seg opp. Han ble rusfri og utdannet seg. Så fikk han skrumplever, forteller hun.

– Han var 48 og hadde levd friskt og sunt i tre år. Men så følte han seg slapp, gikk til lege og fikk diagnosen. Nå må han holde skrumpleveren i sjakk med blant annet strengt kostholdsregime.

KAN BEHANDLE I AKTIV RUS

At mange smittede er i aktiv rus, har også vært med på å komplisere behandlingen. Anslag sier at det er minst 4000 av dem med kronisk hepatitt C i Norge som har pågående sprøytebruk. De utgjør «kjernen» av epidemien ved å bidra til å spre smitte.

Heidi Hansen sier det er mange fordommer mot å behandle mennesker som ruser seg.

– For eksempel at rusbrukere fort blir smittet igjen, og at det da ikke er noen vits å behandle, eller at det ikke er mulig å behandle folk som ruser seg.

Tidligere var det ikke anbefalt å behandle

hepatitt C ved samtidig bruk av illegale rusmidler. Øystein Sager Backe sier det blant annet handlet om at den gamle formen for behandling var så krevende at den var vanskelig å følge opp ved samtidig rusbruk.

Men studier har vist at de nye medisinene mot hepatitt C er like effektive hos rusavhengige som hos andre. På Hepatitt C-klinikken behandler de mennesker i aktiv rus, men avventer litt hos de mest kaotiske.

Backe sier de har lyktes med å gi behandling til de aller fleste de har nådd frem til. Det er noen veldig få unntak.

For å få det til må de oppsøke brukerne, være reale og få gode allianser. De har jobbet med brukergruppen og lavterskelapparatet lenge. Foshaug på sprøyterommet, Backe i feltpleien.

– De kjenner oss, sier Foshaug.

ENKEL BEHANDLING

Behandlingen består i én pille hver dag i åtte til tolv uker. For en av brukerne ble løsningen å legge dosetten på sprøyterommet, der var han innom hver dag.

– Folk er vanemennesker, sier Backe.

– De fleste står i kø et sted, har faste gjøremål som gir et kontaktpunkt.

– Eller vi kan alliere oss med hjemmesykepleien, sier Foshaug.

– Om de har et sted å bo.

– FIKK MEG TIL Å TENKE

– De gutta jobber med hjertet, sier Bjørn Arvid Børjesson.

Han er nå fri for hepatitt C. Bivirkninger av medisinene var ikke noe problem.

– Om det var noen, merket jeg ikke noe til dem, sier han.

– Jeg har blitt frisk.

Den morgenen Øystein Sager Backe sto over ham, begynte han å tenke. Noen måneder senere, da han hadde fått plass på rehabilite-

«Mens de eldre i noen grad oppsøker oss, strever vi mer med å nå de unge.»

Øystein Sager Backe

ringssenter og begynt å få skikk på livet, tok han kontakt med Hepatitt C-klinikken på nytt.

– Jeg vil si at de dro tak i meg, sier han.

KOM TIL FENGSELET

Etter påbegynt kur skulle Børjesson inn til soning.



HÅNTERER DAGENS PRØVER: Øystein Sager Backe har med seg flere glass med blod etter å ha vært en runde på ulike institusjoner sammen med kollega Foshaug.





Fakta

Leversykdom som kan forårsakes av hepatitt C

Leverchirrose eller skrumplever

- Ofte sluttstadiet i kronisk leversykdom.
- Leverens normalarkitektur er ødelagt og erstattet med bindevev og uregelmessige knuter av levervev med redusert funksjon. Leveren kjennes hard og knudrete, og det kan oppstå svikt i leverens produksjon av viktige stoffer som albumin.
- De endrede forholdene gjør at blodet, som er på avgiftningsvei gjennom leveren, må finne alternative veier. Vanligst er ansamling av vener rundt nedre del av spiserøret. De utvidede venene under slimhinnen i spiserøret kan sprekke og gi livstruende blødninger.
- Pasienten kan ha sterk rødme i håndflatene og små blodpunkter i huden.
- De fleste tilfellene av leverchirrose i Norge skyldes alkoholmisbruk eller virushepatitt.

Primær leverkreft

Svulst som oppstår i leveren. Oppstår oftest i en lever som allerede er syk, for eksempel på grunn av hepatitt eller leverchirrose.

Kilde: Store medisinske leksikon



UNDERSØKER LEVEREN: I bakgrunnen sees leverelastografen, som måler leverens elastisitet. På arket vises referanseverdier. Sykepleierne på Hepatitt C-klinikken gjør undersøkelsen.

→ – Jeg prøvde meg på en spansk en, sier han og smiler litt.
– Jeg snakket med Øystein dagen før jeg skulle inn, og ville han skulle hjelpe meg til utsettelse på grunn av behandlingen. Han sa det nok ikke ville gå, og at det gikk utmerket godt å ta kuren i fengselet.

– Da jeg ble hentet dit, var jeg litt muggen. I dosetten hadde han ingen medisiner igjen.
– I fengselet forklarte jeg at jeg måtte ha medisiner. Hepatitt C-klinikken ordnet det sånn at jeg fikk nye samme dag.

Mens han var i fengsel, kom Backe og Foshaug på besøk og tok blodprøver.

– Jeg er veldig glad for det. De vil følge opp med nye prøver om et par år for å sjekke at jeg ikke er smittet på nytt. Men jeg vil gjøre alt for ikke å havne i dritten igjen.

SIER MYE RART

Også Børjesson tror mange ikke er klar over hvor farlig hepatitt C kan være.

– Det er mange vandrerykter. Som at viruset kapsler seg inn og ikke gjør noen skade lenger når det blir kronisk. Folk sier så mye rart. Jeg prøver å hjelpe alle jeg kan, jeg ber dem ta kontakt med guttene.

Han sier han alltid har vært nøye med å bruke eget utstyr, men det var en gang han delte med en kjæreste.

– Jeg tror det er få som ikke har delt, sier han.
– Jeg har sett folk glemme igjen en blodig løsning. Jeg har sagt de ikke må gjøre det, men folk tenker ikke på hepatitt C som en trussel.

BEKYMRET FOR DE UNGE

På Hepatitt C-klinikken er de mest bekymret for de unge brukerne.

«Det er mange vandrerykter. Som at viruset kapsler seg inn og ikke gjør noen skade lenger når det blir kronisk.»

Bjørn Arvid Børjesson, tidligere smittet

– Vi tror de har den mest ukritiske bruken, sier Øystein Sager Backe.

– De har ikke opplevd hiv som en dødelig trussel og tatt forholdsregler mot blodsmitte, de er ikke i LAR-apparatet, og de er så unge at de ikke har utviklet skader på leveren. Mens de eldre i noen grad oppsøker oss, strever vi mer med å nå de unge. En måte er å nå dem via sprøyterommet. Og så skulle vi gjerne kommet inn i fengslene og informert og testet der.

SYKEPLEIERE GJØR ALT

Som sykepleiere har han og Foshaug hånd om brukerne fra de tester dem, til de er ferdig behandlet. De avdekker smitten, formidler diagnosen, undersøker leveren med leverelastografi for å avdekke arrdannelse og utvikling av chirrose, administrerer medisiner, konfererer med lege på klinikken og eventuelt infeksjonsmedisiner og følger opp med blodprøver. De tror det er en effektiv måte for å få gitt behandling til flest mulig.

Det er Olav Dalgard enig i. Han er professor og spesialist i infeksjonsmedisin ved Akershus universitetssykehus og var de første årene på Hepatitt C-klinikken hver fjortende dag og utredet og behandlet pasienter.



VIRUSFRI: Bjørn Arvid Børjesson oppfordrer andre til å la seg teste og behandle. Han er kvitt viruset.

– Men nå har jeg overlatt mer og mer til sykepleierne, sier han.

– Det går helt fint. 99 prosent av det jeg gjør, kan de også gjøre.

Selve behandlingen må han skrive ut, siden den er på såkalt H-resept, som må skrives ut av lege ansatt i helseforetak. Det er også helseforetakene som betaler for behandlingen.

– Men det er bare en telefon, så ordner jeg e-resept, sier han.

SPESIALIST I BAKGRUNNEN

Pasienter med chirroze, eller skrumplever, skal ha tilsyn av spesialist. Det kan også være nødvendig ved samtidig hiv-infeksjon eller om pasienten går på legemidler som interreagerer med hepatitt C-behandlingen.

Men det krever ikke en spesialist til stede i hverdagen.

– Det holder med en i bakgrunnen, som er tilgjengelig for dem som måtte trenge det og ønske det, sier Olav Dalgard.

Om han skal peke på noen ulemper ved å primært bruke sykepleiere, er det at de har mindre dybdekunnskap og mindre mulighet til å håndtere bredden av helseproblemer rusbrukere kan ha.

«Nøkkelen til å bli kvitt hepatitt C mener jeg er sykepleiere.»

Olav Dalgard, professor og spesialist i infeksjonsmedisin

– Til gjengjeld er de bedre kjent med rusfeltet, og mye flinkere til å hjelpe til med sosioøkonomiske tiltak. Jeg ser at Hepatitt C-klinikken også er en mulighet til å knytte rusbrukerne til andre typer tjenester, sier han.

TESTE OG BEHANDLE

Dalgard peker også på at spesialistene i infeksjonsmedisin i høy grad er knyttet til sykehusene, mens sykepleierne er mer mobile og fleksible og kan nå rusbrukerne der de oppholder seg.

– Håpet er å eliminere hepatitt C, og det tror jeg er mulig. Vi må teste for å finne dem som

har sykdommen, og korte ned tiden fra test til behandling. Nøkkelen til å bli kvitt hepatitt C mener jeg er sykepleiere. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilde: Håvard Midgard, Knut Boe Kielland, Olav Dalgard: «Eliminasjon av hepatitt C er mulig»

Fakta

Hepatitt C-klinikken

- Lavtersktilbud for testing og behandling av hepatitt C.
- Samarbeid mellom infeksjonsmedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus, Feltpleien (Oslo kommune) og Gatehospitalet (Frelsesarmeens rusomsorg).
- Ligger i Prindsen mottakssenter i Storgata i Oslo.
- Drives av to sykepleiere og en lege, med faglig bistand fra infeksjonsmedisiner.
- Drop in hver tirsdag kl. 9–14.

Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@pricia15

Just a little stretching before I write reports. Good thing about working with older patients are that I got to use my body and do some lifting every day



@mariannemehren

Synes akuttmedisinforskriften kunne stilt noen krav for innføring av legevaktshund



@elmaholtan

Første dag på jobb etter ferien - var helt flott det! Og opplæring på PO/oppvåkningen att-påtil!



@elisabethaeroe

bursdagsballonga sykepleierstyle; 10mg/ml av pur kjærleik



@fridatandle

11 dager til sommerferie



@marikols123

Yuhuu!! Nattevakter med denne fine gjengen går som en lek!



@carolinehalvorsen

Morgenrutinen før vakt



@agotlien

Svettebånd



@this.is.ina

Pre work goofing around



Minner om at det er sju år til eldrebølgen kommer

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

KOMMUNENE: – Helsetilbudet i kommunene vil bli dyrt og dårlig dersom ikke politikerne viser samme investeringsvilje som for Forsvaret og transportsektoren, sier prosjektleder **Erland Skogli** i konsultentselskapet **Menon Economics**.

Han er hovedforfatter bak en ny rapport som Norsk Sykepleier-forbund (NSF) la frem under Arendalsuka i august. På oppdrag fra NSF har Menon Economics gransket tilstanden i helse- og omsorgssektoren. Rapporten tar blant annet for seg spørsmålet om samhandlingsreformen har løst kommunehelsetjenestens utfordringer og gitt kommunenes rolle og økonomi et oppsving, slik intensjonen var. Konklusjonen er at det ikke har skjedd.

ØKT SATSING PÅ 1 PROSENT

– At det er satset så lite på å investere i sektoren, overrasket meg, sier Skogli.

Granskingen avdekket at kommunehelsetjenesten bare har fått under 1 prosent økning i midler per

år fra 2008, etter å ha justert for befolkningsvekst og nye oppgaver som kommunene er pålagt. Dette til tross for politikernes løfter om satsing på kommunene.

– Politikerne er nødt til å skifte tenkemåte. De må gå bort fra tanken om at denne sektoren er en bunnløs utgiftspost, over til en investeringstankegang, mener Skogli.

Han sier at ressursene bør settes inn der de kaster mest av seg – altså der de gir mest samfunnsnytte.

– Valget om å ikke satse mer offensivt på de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan kun forsvares fra et samfunnsøkonomisk ståsted dersom alternativbruken av midlene har gått til formål som har skapt større samfunnsnytte enn hva de ville gjort i helse- og omsorgssektoren.

Skogli vil derfor gjerne ha svar

«Toget har på mange måter gått.»
Erland Skogli

fra politikerne på hvilke vurderinger de har gjort av de samfunnsøkonomiske nettogevinstene i budsjettprosessene. Han mener politikerne også bør spørre befolkningen om hva de faktisk ønsker mer av: Helse eller for eksempel veier.

HELSE OG OMSORG MÅ PRIORITERES

Samhandlingsreformen har altså ikke løst problemene helse- og omsorgstjenestene står overfor. NSF's forbundsleder Eli Gunhild By mener likevel den bør videreføres.

– Men det er viktig at staten sørger for at det tilføres nok penger og at kommunene evner å prioritere helse og omsorg.

Resultatene i rapporten overrasker også henne.

– Denne rapporten blir viktig i det videre arbeidet med å få politikerne til faktisk å prioritere helse og omsorg, tror hun.

DÅRLIG FORBEREDT

I 2018 mangler Norge 8000 sykepleiere, spesialsykepleiere og



DÅRLIG NYTT: Erland Skogli i Menon Economics har gransket tilstanden i kommunehelsetjenesten for NSF. Foto: Menon Economics

helsefagarbeidere. Mangelen er doblet siden 2015, ifølge tall fra Nav.

Erland Skogli mener det allerede er for sent å få til et godt nok helsetilbud i kommunene før eldrebølgen kommer.

– 2025 er rett rundt hjørnet, og toget har på mange måter gått. Norge rekker ikke å oppgradere sektoren så raskt, men vi må selvsagt se enda lengre frem. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

ANNONSE

FOR HELSEPERSONELL



Twinrix
Hepatitt A- og B-vaksine

www.twinrix.no

Juni 2018: NOR/TWI/0003/17a
©2018 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.



Flere hele stillinger med samme budsjett

Sauherad har fått til flere heltidsstillinger, faglig utvikling og mer kvalitet i tjenestene uten at regninga ble større. Hvordan er det mulig?

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Velkommen til fruktbygda Sauherad, står det på et skilt når man svinger seg nedover de grønne dalsidene fra Notodden i Telemark.

Det er slutten av mai og blomstringen er allerede over. Bonden og biene har gjort grunnarbeidet. Nå skal sol og regn komme i passe mengder, så kan 80 prosent av Telemarks frukt snart høstes i akkurat denne kommunen.

DYRKET FREM GODE TJENESTER

Grunnleggende ting må være på plass før eplene kan plukkes, også for noe så prosaisk som kommunale helse- og omsorgstjenester. Da samhandlingsreformen kom i 2011 med sykere eldre, og etter hvert kravet om de kommunale akutte døgnsenge, måtte det tenkes nytt.

Så da KS, Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund (NSF) inngikk erklæringen om «Det store heltidsvalget» i 2013, ble Sauherad med i 2016. Kommunen hadde i mange år hatt høy andel deltidsstillinger.

Jordsmonnet for å dyrke frem gode tjenester må altså på plass først. I dette tilfellet bestemte kommunen at den ønsket økt grunnbemanning, større stillinger og flere heltidsstillinger,

«**Det har blitt mer søvn og mindre medisiner.**»
Martin Ytreland, enhetsleder ved sykehjemmet

og innførte det. Nesten motsatt av hvordan det gjøres i andre kommuner som sliter med både små stillingsbrøker, ubesatte sykepleierstillinger og utstrakt vikarbruk.

SENERE MIDDAG GA MER SØVN OG MINDRE MEDISINER

Kommunens sykehjem, Sauherad Bygdeheim, ligger på Gvarv. En institusjon for personer med demens og boliger for utviklingshemmede ligger også i kommunen.

I hagen på sykehjemmet tripper frittgående høner. En beboer sørger for å føre hønene og plukke egg. Et springvann sildrer blinkende i sola. Beboerne går inn og ut som de vil gjennom store åpne dører fra dagligstua, hvor noen sitter og spiller kort.



SYKEPLEIERVEKST: Da enhetsleder Martin Ytreland begynte ved sykehjemmet Sauherad Bygdeheim i 2010, var de bare tre sykepleiere der. Nå er de tolv, men samme antall pasienter.

De spiste lunsj halv ett, middagen serveres fire. Før heltidsprosjektet begynte, var den klokka halv ett. Da var det ingen lunsj. Nå spiser de eldre mer.

– Vi har ikke ført noen vektstatistikk før og etter oppstart, men noen har lagt så mye på seg at vi har vært nødt å kjøpe nye bukser til dem, forteller sykepleier Birte Marten Oswald.

– Det har blitt mer søvn og mindre medisiner, sier Martin Ytreland, enhetsleder ved sykehjemmet.

Heltidsprosjektet har satt brukerne mer i midten av kommunens helse- og omsorgstjenester, og flyttingen av middagsserveringen er et eksempel på hva som kan skje da.

FIKK LØNN UNDER MASTERSTUDIER

Et annet eksempel er hvordan kommunen satser

på kompetanse. Birte Marten Oswald er en av to sykepleiere i kommunen som får masterlønn. Med 16 års ansiennitet vil det si over 135 000 kroner mer i året enn en vanlig sykepleierlønn med samme ansiennitet. Da Oswald tok masteren i avansert klinisk sykepleie over tre år på deltid, fikk hun permisjon med lønn de ukene hun studerte eller var i praksis, men måtte jobbe helgene i henhold til turnusplanen.

– Det var tungt med to små barn. Det siste året pendlet jeg med tog til Oslo. Dro fra Bø klokka kvart over fem hver morgen og var ikke hjemme før i sekstiden på kvelden.

Men hun angrer ikke.

Kunnskapen kommer godt med både på sykehjemmet og ved de tre sengene for døgnakutt øyeblikkelig hjelp (KAD-senger), som

Sauherad har på sykehjemmet sammen med Bø kommune. Dermed kan pasientene være helt nede i 18 år. Det går mest i infeksjon, obstipasjon, væskebehandling og smertebehandling.

– Handlings- og vurderingskompetansen min har økt. Jeg har fått det kliniske blikket. Når en pasient er tungpustet, tenker jeg «Hva kan jeg gjøre, og hva skal jeg registrere før jeg handler?».

FRA TRE TIL TOLV SYKEPLEIERE

– Da jeg begynte her i 2010, var det tre sykepleiere på dag og kveld her. Nå er det tolv, sier Martin Ytreland.

– Uten at det har gått på bekostning av hjelpepleiere eller helsefagarbeidere?

– Det har blitt flere av dem også. Dessuten har tre sykepleiere og seks





Fakta

Heltidskulturprosjekt

Heltidskulturprosjektet i Sauherad skal gå til 2020, så nå er de kommet halvveis.

Foreløpig ser resultatet fruktbart ut:

- Brukeren er kommet mer i sentrum.
- Økt grunnbemanning har gitt bedre arbeidsmiljø med gode muligheter for faglig utvikling.
- Jobbing bare hver fjerde helg i stedet for hver tredje. Men da varer helgevaktene 12–12,5 timer.
- Langvaktene gir mer ro for beboerne og åpner opp for mer tidkrevende aktiviteter som baking og lange turer. Personalet har fri før og etter langvaktene.
- Satsing på kompetanse. Kommunen har for eksempel både en helsesøster og en sykepleier med master som også får masterlønn.
- Lav sykmeldingsprosent, særlig for sykepleiergruppa.
- Lave kostnader. Budsjettet for helse og omsorg er ikke økt mer enn normal prisstigning.



SPESIALISERT: Sykehjem med KAD-senger krever høy kompetanse fra sykepleierne. Birte Marten Oswald må av og til ta EKG på pasientene, for anledningen illudert av sykehjemsbeboer Sverre Teigen.

→ helsefagarbeidere fått høyere stillingsprosent. I dag jobber ingen sykepleiere her under 80 prosent.

Ved Sauherad Bygdeheim er mange av sykepleierne kommet fra sykehus i regionen. Ryktene går om at det satses på kompetanse i bygda.

– Her står ingen sykepleierstillinger ubesatt. Seint i går fikk jeg en telefon fra en sykepleier ved et sykehus som ønsket å jobbe hos oss, sier Ytreland.

BARNEHAGEBESØK HVER ONSDAG

I gangen står en elsykkel med vogn foran til beboerne, slik de også har ved Gulset sykehjem i Skien. Over tunet og parkeringsplassen ligger barnehagen med unger som hver onsdag kommer på besøk og synger.

– De synger navnene og bygger relasjoner.

Noen av ungene blir igjen etterpå. De synes det er spennende og kanskje litt skummelt med oksygen i nesa, forteller Ytreland.

Han mener mye av det faglige de har oppnådd, skyldes at de har satset på ansatte med høy kompetanse.

– Det har ikke vært noen brems på å søke om kompetansemidler i kommunen.

«I dag jobber ingen sykepleiere her under 80 prosent.»

Martin Ytreland, enhetsleder ved sykehjemmet

Sykehjemmet har ressursgrupper for ulike fagområder hvor alle sykepleierne er med. Noen er altså i demensgruppe, noen i kreft- og andre i for eksempel diabetesgruppe. Når de er på kurs, holder de foredrag for kollegene når de kommer hjem.

– Da oppfordres de som har fri til å komme, og får registrert det i tidbanken sin.

BRUKTE ET ÅR PÅ INFORMASJON

På kommunehuset på Akkerhaugen, en halv mil unna Gvarv, forteller to damer mer om hvordan de har jobbet med heltidsprosjektet.

– Vi brukte et helt år på informasjon. De ansatte måtte få muligheten til å fordøye endringene som skulle komme. Det handlet også om tankeendringer, sier Mona Slaaen,



SEINERE MIDDAG: De ansatte har merket at flere beboere har lagt på seg etter at middagen ble flytta til fire i stedet for halv ett. Fra venstre: Marianne Bjerva, Hanne Margrethe Rugtveit og Lena Golid Aasen.

assisterende rådmann og kommunalsjef for stab/støtte.

– Det kan bli tøffe tak når man presenterer en turnus med brukeren og heltid i fokus. Før var det mye tilrettelegging per ansatt. Noen synger i kor hver onsdag, andre vil jobbe samme helg som familiemedlemmer, sier Kari Anne Lie, HMS-konsulent og leder for prosjekt heltidskultur.

De fordelte alle vaktene jevnt. Nå bestemmer behovet for de ulike faggruppene mer enn når folk synger i kor.

– Vi har fått bra tilbakemeldinger. Veldig få ønsker å gå tilbake til normalvakter, sier Kari Anne Lie.

LAVT SYKEFRAVÆR BLANT SYKEPLEIERNE

– Foreløpig har ikke sykefraværet gått så mye ned

som vi kunne håpet. Det lå på 7,8 prosent for hele kommunen i fjor, mens landsgjennomsnittet var på 9,9 prosent, sier Slaaen.

Ved Sauherad Bygdeheim har gevinsten på sykefraværet vist seg særlig blant sykepleierne. I 2017 lå sykefraværet (både lang- og korttidsfravær) på 5,2 prosent for sykepleierne ved sykehjemmet. Korttidsfraværet lå på 1,8 prosent. Også i år ligger det under 2 prosent.

PENGENE ER FLYTTET PÅ

– Det høres dyrt ut å øke grunnbemanningen?

– Vi har ikke fått økt rammene på budsjettet mer enn vanlig prisstigning, sier Ytreland.

– Det er tjenestene våre som styrer, ikke budsjettet, minner Mona Slaaen på kommunehuset om.

Midlene har strukket til gjennom å gjøre ting på nye måter:

Blant annet må de ansatte jobbe langvakter i helgene. De er på tolv timer lørdag og søndag med to innlagte pauser på en halvtime. I tillegg har de enten vanlig kveldsvakt på fredagen eller dagvakt på mandagen. På boliger for psykisk utviklingshemmede er det også langvakter i uka.

– Vi fikk gjort mye med å velte over på hver fjerde helg i stedet for hver tredje som vi hadde før. Da fikk vi frigjort fire helgestillinger bare

«Vi brukte et helt år på informasjon. De ansatte måtte få muligheten til å fordøye endringene.»

Mona Slaaen,
assisterende rådmann
og kommunalsjef

her på sykehjemmet. Dessuten har vi nullet ut ekstravaktbudsjettet og minsket sykefraværsbudsjettet. Nå leies det bare inn vikarer hvis flere er syke eller i permisjon eller på kurs, sier Ytreland.

Kommunen har også omgjort tidligere små vikarstillinger til større såkalte ressursstillinger, slik at en del av stillingsprosenten brukes til å dekke behov ved ulike avdelinger. Da kan man for eksempel ha 60 prosent fast stilling og en avtale om å flytte på seg de resterende 40 prosentene til den avdelingen som har behov. Kravet er at man skal ha hatt opplæring på plassen, og man veksler mellom maks to-tre steder.

POPULÆRE LANGVAKTER

Ifølge både Martin Ytreland og Kari Anne Lie er de ansatte fornøyde med langvakter. De har alltid fri to dager før og to dager etter en helg med langvakter. Og i løpet av en langvakt får de ansatte slappet av to halvtimer på et pauserom med seng.

– Alle klappet ikke i hendene, men alle prøvde turnusen. 97 prosent er med videre, men et par har hoppa av på grunn av helsemessige årsaker, sier Ytreland.

– Forskning har vist at skaderisikoen øker fra 8–9-timersvakter og fortsetter å øke jo lenger du jobber. Merket dere noe til det?

– Nei, vi merket derimot mer ro og tilfredse ansatte. Mindre tidspress er jo også positivt for å forebygge skade.



TRIVSEL: Både de ansatte og beboere koser seg i hagen med å hente egg og mate høner. – Mange er oppvokst på gård og liker at vi har høner, sier Martin Ytreland.



«Kompetanse gir mer positivitet mot endringer fordi man lettere ser nytten av endringene.»

Martin Ytreland, enhetsleder ved sykehjemmet

– Det er nok å gjøre. Sykepleieren på toppen blir brukt til sykepleiefaglige oppgaver, for eksempel å legge legemidler i dosett, jobbe med prosedyrer og veiledning eller ta blodprøver og sårstell, slik at de andre på jobb får bedre tid til sine pasienter, sier Oswald.

SLÅR SAMMEN SMÅ STILLINGER

– Noe mer som er viktig for å lykkes med en slik omstilling dere har vært gjennom?

– De ansatte må ha eierskap i prosessen, sier Martin Ytreland på sykehjemmet.

– Vi hadde allmøter der vi snakket om «Hva vil vi?», i forkant av omorganiseringen. Hos oss har det ikke vært så mye protester mot ny turnus med langvakter som det kanskje har vært andre steder.

Ytreland tilskriver det den høye kompetansen hos de ansatte.

– Kompetanse gir mer positivitet mot endringer fordi man lettere ser nytten av endringene. Med mindre kompetanse ser man et mindre bilde, tror han.

– Kompetanse er ekstremt viktig, særlig når vi har KAD-senger, mener Mona Slaaen og legger til:

– Å lykkes med heltidssatsing handler mye om hvordan vi utlyser stillinger. Vi har klart å unngå å utlyse 17,6-prosentstillinger. Har vi små stillinger, forsøker vi å slå sammen flere til én større.

FERIE OG BANKLÅN

Hun synes kommunen er på god vei.

– Hele organisasjonen melder om god utvikling. Noen har kunnet ta ferie for første gang, andre har endelig fått banklån, sier hun, og tenker på dem som før hadde en liten vikarstilling eller rein helgestilling.

Mona Slaaen kommer til å forsøke å videreføre den nye praksisen når Sauherad kommune i 2020 skal slå seg sammen med Bø.

– Heltid er viktig, men vi må gå skrittene sammen, sier hun. ●

eiwor.hofstad@sykepleien.no

→ – Langvaktene er populære, sier Mona Slaaen og forklarer:

– Før måtte de kjøre barna på trening eller trå til på annen måte når de kom hjem etter å ha jobbet en hel dag. Men nå slipper de unna fordi de ikke regnes med hjemme den helga de jobber.

Sykepleier Oswald sier det blir en ekstra ro i helgene nå.

– Ved vaktskifter opplever vi ofte mye ringing fordi folk blir urolige. Nå er vi i miljøet hele dagen og blir ikke borte på vaktrommet. Det gir beboerne en trygghet. Jeg tror flere ansatte kunne tenkt seg langvakter i ukedagene også.

– Langvaktene åpner for en annen planlegging. Nå kan man bake og gå på langtur, sier Kari Anne Lie.

NULL EKSTRAVAKTBUDSJETT

Men hva med null i ekstravaktbudsjett? Legger ikke det et ekstra press på de ansatte som ikke vil melde seg syk så ofte de burde, av frykt for belastningen det vil påføre de som er på jobb? Vi spør sykepleier Birte Marten Oswald. Hun synes det går greit.

– Med økt grunnbemanning har vi planlagt turnus med en på toppen på mange vakter. Når vi har sykmeldinger, går den som skal være på toppen, inn i pleie. Når det blir mange sykmeldinger, blir det likevel leid inn, slik at vår planlagte bemanningsplan følges. Vi går aldri eller sjelden underbemannet, sier hun.

– Med en ekstra på toppen blir det vel mindre å gjøre. Mange kommunale ledere er redde for at sykepleierne bare skal tvinne tommeltotter da?



Finn ledige stillinger på **sykepleienjobb.no**



 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET | TRONDHEIM

**FORSKNINGSLEDER/
SEKSJONSLEDER**

SØKNADSFRIST: 30.09.18 STED: TRONDHEIM

 Sirdal kommune

KOMMUNEJORDMOR
Ledig etter avtale

SØKNADSFRIST: 04.09.2018 STED: OSLO

 Ski kommune

SYKEPLEIERE
Hjemmetjenesten

SØKNADSFRIST: 03.09.18 STED: SKI

 Lovisenberg Diakonale Sykehus


OPERASJONSSYKEPLEIER
100 % fast ansettelse

SØKNADSFRIST: 17.09.18 STED: OSLO

 **SYKEHUSET TELEMAR**

SYKEPLEIER
Ortopedisk sengepost

SØKNADSFRIST: 27.08.18 STED: SKIEN

 Harstad kommune

SYKEPLEIER
Bergsodden sykehjem

SØKNADSFRIST: 16.09.18 STED: HARSTAD

 Sørum kommune

LEDIGE HELGESTILLINGER
Blaker bo- og omsorgssenter

SØKNADSFRIST: 02.09.18 STED: SØRUM

 Arendal kommune

STUDENTSTILLINGER
Vikarpool hjemmebaserte tjenester

SØKNADSFRIST: 02.09.18 STED: ARENDAL

 Lovisenberg Diakonale Sykehus


**LEDENDE SPESIAL-
SYKEPLEIER**
Ortopedisk seksjon

SØKNADSFRIST: 09.09.18 STED: OSLO

 **HELSE
NORD-
TRØNDELAG**
Sykehuset Namsos

OPERASJONSSYKEPLEIER
Øye-avdelingen

SØKNADSFRIST: 02.09.18 STED: NAMSOS

 Sirdal kommune

SYKEPLEIERE
Sykehjem og hjemmebasert omsorg

SØKNADSFRIST: 04.09.18 STED: SIRDAL

 Frogn kommune

**FAGUTVIKLINGS-
SYKEPLEIER**
Vikariat med mulighet for fast stilling

SØKNADSFRIST: 09.09.18 STED: FROGN

 **Oslo
universitetssykehus**

FAGSYKEPLEIER
Sterilisering og smittevern

SØKNADSFRIST: 31.08.18 STED: OSLO

 Drammen kommune

AVDELINGSLEDER
Smittevernkontoret

SØKNADSFRIST: 01.09.18 STED: DRAMMEN

 **JAG**
Jag - Assistanse - Godt liv
www.jagassistansen.no

PERSONLIG ASSISTENT
Med sykerpleieutdanning

SØKNADSFRIST: 31.08.18 STED: KARMØY

 **Oslo
universitetssykehus**

SYKEPLEIER
Geriatrisk rehabilitering

SØKNADSFRIST: 02.09.18 STED: OSLO



Fakta

Zimbabwe

- Republikk i det sørlige Afrika med 16 millioner innbyggere.
- Var britisk koloni fra 1923 til 1980 under navnet Rhodesia og Sør-Rhodesia.
- Forventet levealder 59 år, ifølge Verdensbanken.
- Harare er hovedstaden, med 1,3 millioner innbyggere.



Gratis hjelp mot tuberkulose og hiv, andre må betale selv

På sykehuset i Karanda på landsbygda i Zimbabwe gjør sykepleiere og leger så godt de kan, men jobber i motbakke. Som konkurrenter har de profeter som lover folk å helbrede dem for en billig penge.

• Tekst og foto **Jørgen Trollebø** og **Ludvig Gundersen**





UTENDØRS VENTEROM: Stoler, benker og murer er alle fullsatt av pasienter som venter på konsultasjon. Taket tilbyr skygge fra den varme sola. Foto: Jørgen Trollebø



KROKODILLEFARE: Fiskerne ved innsjøen Kariba lever farlig. Krokodillene som lurar under vannoverflaten, venter på et lett bytte. Kariba er et område nord i Zimbabwe. Det var her en av pasientene på sykehuset i Karanda ble bitt av en krokodille. Foto: Ludvig Gundersen



I Zimbabwes helsevesen har sykehuse- ne til ZACH, Zimbabwe Association of Church-Related Hospitals, blitt en viktig aktør. Organisasjonen har 134 selvstendige medlemssykehus som er spredt rundt i landet, primært i rurale områder.

Et stykke utenfor hovedstaden Harare ligger sykehuset Karanda. For å komme til dette ZACH-sykehuset må vi ut på landeveien, vekk fra byens høyhus og summende gater. Veien er knapt farbar.

MANGLER PENGER TIL HELSE

Vuyelwa Tenjiwe Sidile-Chitimbire, generalsekretæren i ZACH, forteller at situasjonen for helsesystemet i Zimbabwe er kritisk for øyeblikket fordi helsesektoren er underfinansiert.

– Helsedepartementet ba om 1,3 milliarder amerikanske dollar for å kunne drive et forsvarlig helsevesen i Zimbabwe. De fikk bare 504 millioner dollar for 2018, og 43 prosent av midlene går til lønning av helsepersonell i offentlig sektor og misjonssykehusene, og da er det veldig lite penger igjen til å drive helsesektoren, forteller hun mens hun illustrerer regnestykket på et lite papir for oss.

Hun forteller at hiv- og tuberkulosesmittede har et godt tilbud. De får gratis behandling, men

«Når vi fikser et problem, skaper vi et annet i prosessen.»

Vuyelwa Tenjiwe
Sidile-Chitimbire, ZACH

ikke-smittsomme og kroniske sykdommer, som kreft, diabetes og mental helse, er underfinansiert. Og selv om tuberkulose og hiv er godt dekket, gjennom nasjonale strukturer og internasjonal bistand, er det fortsatt mangel på holistisk behandling.

– Når vi fikser et problem, skaper vi et annet i prosessen. En person med hiv og diabetes og høyt blodtrykk, kan risikere å bare få behandling for hiv. Så hva gjør du for den personen? Ingenting! Mangel på ressurser og pasientenes manglende betalingsevne forverrer pasientens tilstand. Dette er frustrerende for oss som prøver å opprettholde et helsetilbud, forteller Chitimbire oppgitt mens hun slår hånden i bordet.

Hiv og tuberkulose er også de to sykdommene som får høyest prioritet fra internasjonale fond.

VEI FULL AV HULL

Den store firehjulstrekkeren vi kjører mot Karanda, en Toyota Land Cruiser, ble valgt for å være sikre på at vi kommer frem, og at det ikke tar for lang tid.

– Denne bilen kan ta oss hvor som helst i landet, sier Alouis, vår sjåfør.

Veien er full av hull som når det er regntid graves ut av regnvann. Alouis kaller dem «pot-holes». Noen er nesten en diameter, andre er bare små hull som venter på å vokse.

Den erfarne sjåføren holder en hastighet rundt åtti kilometer i timen mens han kjører slalåm mellom de to filene for å unngå en sikker punktering.

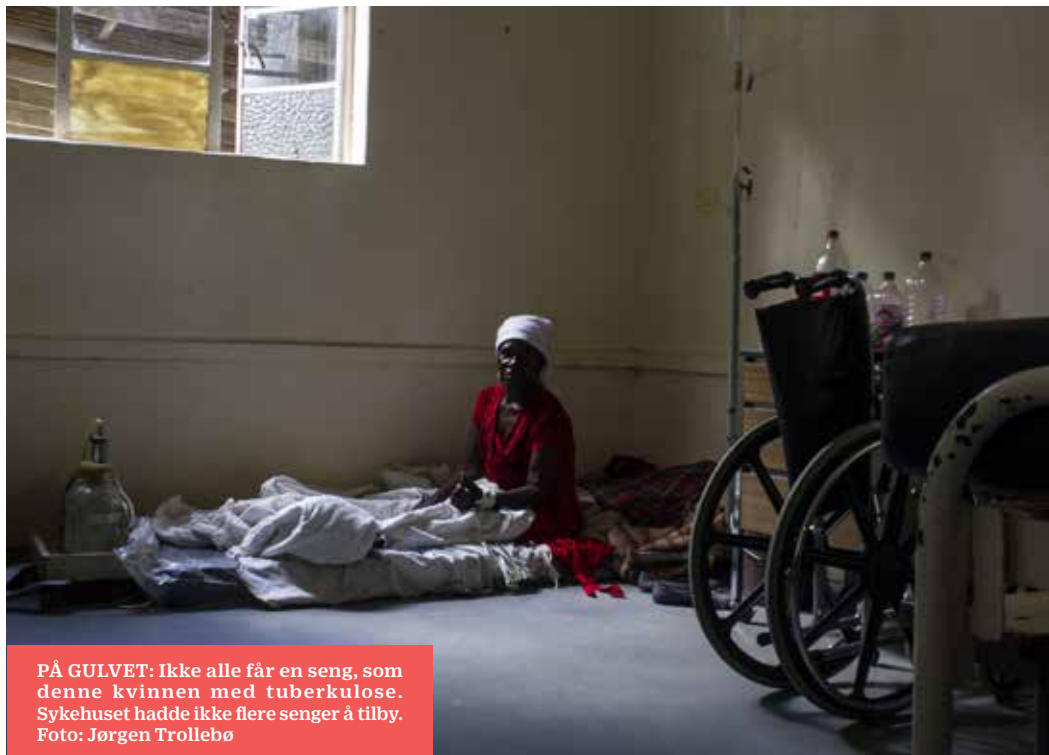
Langs veiene strekker det seg store maisåker så langt øyet kan se. Etter hvert som distansen fra hovedstaden Harare øker, dukker nye typer avlinger opp: sitrus, soyabønner og tobakk. Samtidig blir det større og større avstand mellom dyrket jord og åkerlappene, og vi ser flere felter med gjengrodde skoger, som en gang var åkere og gressplener. Dyrkbar jord som har ligget brakk i flere år.

ØKONOMIEN KOLLAPSET

Zimbabwe har siden jordreformen tidlig på



MENN: På avdelingen for menn på Karanda senker stillheten seg når det går mot sen ettermiddag. Foto: Jørgen Trollebø



PÅ GULVET: Ikke alle får en seng, som denne kvinnen med tuberkulose. Sykehuset hadde ikke flere senger å tilby. Foto: Jørgen Trollebø

2000-tallet slitt økonomisk. Etter at jorden ble tatt fra hvite stordriftsbønder, falt matproduksjonen kraftig, og Zimbabwe har gått fra å være Afrikas matfat til å måtte importere matvarer. De påfølgende årene førte den politiske situasjonen til at de fleste investorene og bedriftene forlot landet. Arbeidsplasser forsvant, og landet ble kastet inn i hyperinflasjon, som førte til at den nasjonale valutaen ble byttet ut med amerikanske dollar.

Den offisielle arbeidsledigheten ligger på mellom 70 og 90 prosent, men de som ikke jobber, driver som regel med en eller annen form for uoffisielt arbeid, som gatesalg, for å få endene til å møtes. Vi ble blant annet fortalt av en gateselger at han kunne selge mais for mellom 16 og 20 dollar dagen. 13 av disse gikk til innkjøp av nye maiskolber for neste arbeidsdag.

Den økonomiske situasjonen kombinert med høye levekostnader har gjort at det ofte er krevende for folk å betale for de mest grunnleggende helsetjenester.

KARANDA, SYKEHUSET I SKOGEN

Etter to og en halv time på veien kommer vi til en avkjørsel hvor veien går fra asfalt til jord. På

et skilt står det «Karanda 8 km». Ved avkjørselen er det et lite betongbygg prydet med rustne reklameskilt, som vitner om en svunnen storhetstid. Utenfor står det tre karer i skyggen av en bygning og drikker. Alouis stopper bilen da en av dem plystrer og vinker oss til seg. Han går mot bilen. Han snakker til Alouis på shona, morsmålet i Zimbabwe, mens han peker oss ut igjen på hovedveien. Regntiden har oversvømt den korteste veien til sykehuset.

Turen fortsetter et stykke før vi svinger av den hullete asfalten og ut på en ny jordvei. Vi passerer flere mennesker, kyr og geiter. Etter 45 minutter dukker det så smått opp lave bygninger mellom trærne.

– Dette er Karanda, sier sjåføren.

Selve sykehuset er omgitt av et to meter høyt stålgjerde, og innenfor vrir det av mennesker. Det er omringet av tettvoksende skog på alle kanter, og lyder fra mennesker i kø, barn som leker, babyer som skriker, og sykepleiere som går mellom avdelingene, blandes med lyder av fugler og insekter fra skogen som omkranser området.

VENTEROM UTE I SKYGGEN

Vi passerer venteområdet hvor pasienter fra hele

landet sitter på benker og betongkanter og venter på første konsultasjon. Klokken er 11.30, og selv under tak kan man kjenne hvordan middagsola steker. Flere av pasienten må sitte på provisoriske sitteplasser, da det ikke er mer plass på benkene, og mange må til og med sitte på bakken.

Bestyreren heter Friday Chimukangara. Han sitter tilbaketilt i lenestolen på kontoret sitt med foldede hendene. Sykehuset, som er distriktssykehuset i regionen Mount Darwin nordøst i Zimbabwe, har 150 sengeplasser og besøkes av 300 pasienter daglig. Her utfører de alt fra konsultasjoner til mellom ti og tolv små og store operasjoner daglig, over 3500 operasjoner i året.

Sykehuset har bare én ambulansedrift. Den er konstant på oppdrag for å transportere alvorlig syke pasienter til



«Det er et mirakel at jeg ikke fikk noen brukne bein.»

Confession Simbaburg, pasient



→ andre sykehus og hente folk som bor i nærområdet. Om en ulykke skjer mens ambulansen er ute, må de håpe at det er en lokal sjåfør med bil som de kan betale for å gjøre jobben.

– Fra tid til annen er det pasienter som sliter med å returnere til sykehuset for oppfølging og behandling av sykdommer som hiv. De har ikke penger til å betale for transporten, så ZACH gir oss penger som vi kan bruke på å kontakte dem over telefon, for å prøve å finne en løsning, forteller Chimukangara.

TRE MENN OG EN KROKODILLE

På avdelingene for menn står sengene på rekke og rad langs de matte, hvite veggene. Alle er fylt med menn, liggende, sittende og sovende. På grunn av plassmangel må noen ligge på gulvet. Det er til sammen 48 senger på avdelingen, og det er bare et forheng, som kan ruller ut hvis pasienten skal skifte, som tilbyr privatliv.

De forskjellige pasientgruppene er plassert på hvert sitt område. Kroniske pasienter, de som venter på operasjon, de som har vanlige sykdommer, og de som har kommet tilbake fra operasjon, på hvert sitt. Det hele bindes sammen av en lang korridor som går gjennom bygget, der pleiere og senger løper og ruller frem og tilbake, fra pasient til pasient.

– Alt jeg husker, var en bil som kjørte mot meg, forteller Confession Simbamburg mens han reiser seg opp i sykehussenga.

– Jeg signaliserte til ham, plystret mot ham, sa han måtte stoppe, men sjåføren hadde lite erfaring. Han kunne bare kjøre automatgir og bilen var manuell, så han fikk panikk og puttet foten på gasspedalen og kjørte på meg.

Confession Simbamburg hadde vært ute i Harare med trallen sin, som han selger bananer fra. Det er levebrødet hans. Han hadde blitt hastesendt til Karanda, der han ble behandlet for indre blødninger fra leveren. Han mener han var heldig siden det ikke gikk verre, for han og trallen ble fastklemt mellom bilen og en buss som sto parkert ved veien.

– Det er et mirakel at jeg ikke fikk noen brukne bein, sier han lettet.

I en seng inne på rommet for de med kronisk lidelser ligger en langstrakt mann med tynt, grått hår på hodet. Han heter Cutherbert Mombe og er fra Harare. Det er den første lokale mannen vi møter, som har grått hår. Han er 75 år gammel. Det er 17 år mer enn forventet levealder for en mann i Zimbabwe.

Han ble syk i fjor, og fikk første behandling for prostatakreft i Malawi, men der tok de ikke bort svulsten.

– Skal du opereres i dag?

– Ja, hvis det lar seg gjøre, for vi er mange som

venter! De skal ta bort de tingene som gjør meg syk. Ja, jeg håper jeg blir frisk, sier han, mens han trekker på smilebåndet

Han har allerede betalt for operasjonen. Den koster ham 350 dollar, men han synes det er ok å betale for å bli frisk, og det er dessuten mye billigere her ute enn i hovedstaden.

Zimbabwe har 5000 nye tilfeller av kreft i året, og 1500 dør som følge av sykdommen. Det er store mangler på oppfølging og undersøkelser, noe som gjør problemet vanskelig å håndtere.

I en annen seng ligger Blessed. Ut av det venstre benet hans stikker lange metalnagler, svøpt inn i en bandasje som skjuler kjøttsåret som dekker størstedelen av leggen hans.

På mange måter kan man si at Blessed er

«Når vi skal bestille medisiner, må vi tenke på at dette vil koste familien femten eller tjue dollar.»

Nupur Dogra, pleier

velsignet. Han ble angrepet av en krokodille i hjembyen Kariba for over en måned siden. Ikke alle overlever slikt. Han venter nå på en mindre operasjon i et infisert sår.

TUBERKULOSEROM INNERST

Avdelingene for kvinner på Karanda består av et åpent rom som er delt inn i fire avdelinger, hvor den fjerde avdelingen er et eget rom uten dør. Pleieren som viser oss rundt, forteller at de har plass til 45 pasienter, før hun rister på hodet.

– Nei, det ligger 45 pasienter her for øyeblikket, men vi har egentlig senger til 38 pasienter.

Alle pasienttyper deler det samme rommet, utenom tuberkulosepasienter. De er isolert i et eget lite rom, ikke større enn en liten studenthybel, innerst i avdelingen.

Tuberkulose smitter årlig over 40 000 mennesker i landet, og dødeligheten er på 10 prosent.

Utenfor tuberkuloseavdelingen står to legestudenter og en sykepleier over en seng og diskuterer, det snakkes på shona og engelsk mellom pleierne og pasienten før det noteres i en liten blokk. De prøver å finne ut hva som feiler pasienten, noe som er en utfordrende oppgave da de mangler fungerende maskiner til å utføre tester. Alt må gjøres manuelt, med kløkt og omhu.

Legestudentene er fra Canada og heter Amanda Hempel og Nupur Dogra. Mens de jobber med pasienten, forteller de oss at det er



FASTKLEMT MED BANANTRALLEN: Pasienten Confession Simbamburg på avdelingen for menn får røntgenbildet sitt vurdert av sjesykepleieren Collin Muguti på avdelingen. Han synes han tross alt har vært heldig. Foto: Ludvig Gundersen

mange flere vurderinger man må ta her enn i Canada. Helsehjelp er et privat gode i Zimbabwe, så man må betale for alt.

– Når vi skal bestille medisiner, må vi tenke på at dette vil koste familien femten eller tjue dollar. Det kan fort bli dyrt i det lange løp. For de familiene som har veldig lite penger, må man ha et veldig bevisst forhold til disse problemene, forteller Dogra.

De to legestudentene er de eneste legene til stede på kvinneavdelingen, og de samarbeider med noen få sykepleiere som løper fra seng til seng i et forsøk på å gi litt oppmerksomhet til de 45 pasientene som ligger der.

– Jeg mener alle sykehus er underbemannet. Hjemme er vi vant til å ha spesialister i alle fagfelt, mens her har vi innsett at alle må arbeide



med alt. De gjør det de må for å få ting gjort. Sykepleierne er virkelig en viktig ressurs for oss, for de er her hele tiden og følger med, så vi får den informasjonen vi ikke kan få fra maskiner, sier Hempel entusiastisk.

– Er det noen medisiner dere får tak i hjemme, som dere ikke får tak i her?

– Oh my gosh, det er så mange!

Ordene detter ut av Nupur nesten før vi får stilt spørsmålet.

Hempel utdyper at det er noen medisiner man ikke får tak i med mindre man går til privat sektor. Veiene til sykehuset gjør også at det noen ganger kan være vanskeligere å få forsyninger.

BARNEAVDELINGEN

I underetasjen i operasjonsbygget finner vi

barneavdelingen. Her er det hvite og grå byttet ut med gul maling, og veggene er prydet med plakater og bilder av tegneseriefigurer og Jesus. I det ene hjørnet av rommet står en gammel kasse-TV, som viser tegnefilm. Avdelingen er mindre enn de andre, den består av et rom med små, hvite sprinkelsenger stående tett i tett, annenhver med et lite barn i seg.

Rundt barna sitter familiemedlemmene, noen med begge foreldre, noen bare med far. Flere av dem er alvorlig syke, noen av dem kommer aldri til å bli friske og vil kunne trenge behandling resten av livet, noe som potensielt kan koste familien og barnet mye penger.

– Barnet mitt har sigdcelleanemi, og dette blir den fjerde blodoverføringen vi gjør, forteller en far, som er glad for at gutten hans har det bra.

Sigdcelleanemi er en livsvarig lidelse som hemmer oksygentransporten i kroppen. Sykdommen kan føre til akutte anfall hvor blodoverføring er den eneste behandlingen. Det koster femti dollar på Karanda.

FØDESTUEN MED TO KUVØSER

Inne på fødeavdelingen ligger både blivende og nybakte mødre. Avdelingen er badet i dagslys, og pleierne tripper fra seng til seng for å se til kvinner som ligger sammen med de små, skjøre kroppene de har gitt liv til.

Sykehuset utfører 150 fødsler i måneden og 2000 i året. De sier at det er liten dødelighet på sykehuset, men dette er fortsatt et stort problem ellers i landet. Barnedødeligheten for barn under fem er 75 for hver 1000





→ levendefødte barn, mens WHO-målene er en barnedødelighet på 43 per 1000.

Videre inn i fødeavdelingen kommer vi til rommene for de nyfødte. Inne i et eget rom sitter to kvinner med hver sin baby i armene. De to babyene er tvillinger som er født altfor tidlig, etter bare 32 uker, åtte uker før tiden. Moren ammer en av dem, mens sykepleieren holder den andre varm. Langs veggen overfor kuvøsene står det flere små senger, de kunne nesten vært mini-atyrmodeller av vanlige babysenger.

Vi blir fortalt at de brukes når de to eneste kuvøsene de har på huset, ikke strekker til. Da må de friskeste babyene ligge i de små sengene, dekket bare med bomull og tepper for å klare å holde varmen.

HIV OG PROFETENE

Hiv utgjør fortsatt en av de største utfordringene i Zimbabwe. Femten prosent av befolkningen har den uhelbredelige sykdommen. Samtidig reklamerer profeter, av enkelte religiøse samfunn, for at de kan helbrede alle sykdommer. Dette får de også gjøre på radio. De reklamerer på shona, et av morsmålene i Zimbabwe. Bare på slutten av programmet legger radiostasjonen til en ansvarsfraskrivelse på engelsk.

«Mange henter medisinerne sine, men lar dem ligge i skapet hjemme.»

Annah Rufu,
prosjektansvarlig, ZACH

Annah Rufu er prosjektansvarlig for ZACH sitt hiv-program. Hun har arbeidet med sykdommen i mer enn femten år. Hun forteller at kampen mot sykdommen går riktig vei, men den avhenger av internasjonal bistand.

– Så lenge vi får nok bistand og økonomien i landet forbedrer seg, vil vi klare å få bukt med problemet. Hvis økonomien ikke forbedrer seg, eller en av donorene trekker seg, kommer vi fortsatt til å ha store problemer i fremtiden, forteller hun.

Det er også en utfordring å følge opp pasientene når de ikke er på sykehuset.

– Mange henter medisinerne sine, men lar dem ligge i skapet hjemme. Barn og utsatte grupper kan ha psykiske utfordringer som gjør at de skjuler problemet og later som ingenting. Samtidig

reklamerer profeter for sine evner til å helbrede. Menneskene som bor i landsbyer, har bare tilgang på radio, og mange av dem vet ikke hva en ansvarsfraskrivelse er. De kan tro på alt som sies på radio!

Hun rister på hodet mens hun forteller om profetene som lurer mennesker. En del av de religiøse samfunnene som slutter seg til slike profeter, vinner terreng i Zimbabwe. Svake grupper med lite penger, som kanskje ikke har råd til reisen til sykehuset, kan fort finne på å prøve andre utveier for å bli friske.

VEIEN HJEM MED AMPUTERT TÅ

Nedenfor sykehuset renner elven Ruya, elven som takket være en lang regntid nå oversvømmer det som pleier å være hovedveien til sykehuset. På den andre siden av elven kan man se tydelige hjulspor fra hvor veien egentlig skulle gå.

En mann kommer haltende forbi oss. Hans høyre fot er bandasjert, han har ingen krykker å støtte seg på, selv om han samme dag har amputert den ene tåa si. Han er på vei hjem og er på vei ned til elven i håp om at noen kan bære ham over. Han bor rett på den andre siden, så det blir for langt å gå omveien rundt. Han forteller at det sikkert går fint så lenge han passer seg for krokodiller. ●

ELVEN RUYA: Rett nedenfor sykehuset i Karanda flyter elven Ruya. En gutt er ferdig med å fiske for dagen, mens en annen person forsøker å krysse elven. Foto: Jørgen Trollebø



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 06 | 2018

Fagartikler – Etikk – Intervju



THINK TWICE, SEEK ADVICE:
Sykepleierne kan samarbeide
med legene om å redusere
antibiotikabruken. Arkivfoto:
Erik M. Sundt

Få ned bruken!

Antibiotika. Sykepleierne kan påvirke, veilede og oppmuntre til en ansvarlig antibiotikabruk. **36**



Halden. Færre reinnleggelser med akuttkompetanse. **40**



«Vi hjelper folk i ulike livssituasjoner med bolig.»
Bodil Bakken Domingos. **47**



Barn. Slik måler du blodtrykket. **50**



SLIK KAN SYKEPLEIERE REDUSERE ANTIBIOTIKABRUKEN

Å påvirke legenes forskrivningspraksis er en måte sykepleiere kan bidra på i kampen mot resistente bakterier.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.69979



Jörn Klein
Første-
amanuensis,
Institutt for
sykepleie- og
helsevitenskap,
Høgskolen i
Sørøst-Norge

Infeksjoner med multi-resistente bakterier utgjør kun en relativt liten andel av smittsomme sykdommer i landet vårt. Hvis vi i Norge sammenlikner oss med andre land i Europa, bruker vi minst antibiotika og mest smalspektret antibiotika.

Resistens er et viktig tema som opptar befolkningen, og vi har en respektabel nasjonal antibiotikastrategi – så alt er vel egentlig bra? Svaret for øyeblikket er ja, men denne positive situasjonen kan endres raskt hvis bruken av antimikrobielle midler i Norge øker eller resistente kloner importeres fra utlandet. Vi må derfor bruke alle krefter på å håndtere det verdensomspennende problemet som antimikrobiell resistens (AMR) er.

UTFORDRINGER I NORGE

Selv om antimikrobiell resistens er lav i Norge, ser vi at antallet infeksjoner med resistente bakterier øker. Vi har dessuten strukturelle utfordringer på grunn av geografi og et økende antall eldre.

Norge har en spredt befolkning med mange små, noen mellomstore og noen få store sykehus. Mange av de mindre sykehus-ene mangler mikrobiologiske laboratorier på stedet samt kliniske farmasøytter og mikrobiologer.

Forelesninger og kurs i bruk av antimikrobielle midler blir holdt, men de foregår uregelmessig og blir ikke tilbudt til alle relevante yrkesgrupper.

Utenfor spesialisthelsetjenesten har vi over 40 000 sykehjemsplasser, og antallet er økende. Vi vet at de institusjonaliserte eldre og eldre med komplekse helseutfordringer som får omsorg i eget hjem, har høyere infeksjonsrisiko.

Årsaken er at mange har kroniske sykdommer, ofte flere forskjellige, og eldre mennesker har gjerne en dårligere ernæringsstatus og generelt lavere immunforsvar. I tillegg ser vi at sykehjemsbeboerne ofte får antibiotika forskrevet uten at en lege har undersøkt dem (1, 2).

RESISTENTE BAKTERIER

Det er en direkte sammenheng mellom bruken av antibiotika og fremveksten av resistente bakterier. Den utbredte, ofte unødvendige, bruken av antibiotika har allerede ført til en dramatisk økning av svært resistente mikrober globalt, og ingen medisiner er tilgjengelige for å behandle resulterende infeksjoner.

Under mottoet «Think twice. Seek advice» (tenk deg om to ganger og be om råd) har Verdens helseorganisasjon (WHO) nylig gjort verden oppmerksom på det

globale problemet med antimikrobiell resistens. De etterspør en bærekraftig bruk av disse kostbare medikamentene.

«Tenk» – trenger vi virkelig å understreke dette i daglig medisinsk praksis? Hver pasient forventer at legen skal tenke nøye gjennom hvilken terapi som skal brukes. Hvis vi oversetter mottoet med «tenk igjen», så virker det mindre åpenbart. Da innebærer det en pause, minst et kort avbrudd i den daglige rutinen.

Trenger vi virkelig å følge vår første impuls og vanene som har blitt etablert over mange år? Da vil vi ikke nøle lenge med å forskrive antibiotika hvis vi har en pasient foran oss som hoster tungt og har feber. Men hvis vi tar en pause og tenker på det én gang til, husker vi at i denne situasjonen er virus hovedsakelig ansvarlig for symptomene – og virus kan ikke påvirkes av antibiotika.

Men hvor er da den enkelte sykepleieren i bærekraftig antibiotikabruk? Sykepleiere forskriver ikke antibiotika i Norge, men sykepleiere bryr seg om pasienten 24/7. Sykepleiere overvåker pasientene og kommuniserer den daglige fremgangen.

KVALITETSSIKRING

Sykepleiere som har kunnskap om bærekraftig antibiotikabruk,

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Sykepleiere er i en ideell posisjon til å kunne minimere antimikrobiell resistens ved å ta en aktiv rolle i antibiotikastyringsprogrammer: De kan overvåke, påvirke, veilede og oppmuntre til å implementere en ansvarlig antibiotikabruk.

Nøkkelord

- Antibiotikaresistens
- Antibiotika
- Infeksjon
- Smitte



MINIMERE RESISTENS: Sykepleiere kan ta en aktiv rolle i å implementere en ansvarlig antibiotikabruk. På bildet forbereder sykepleier Anne Nilsen og Rita Monroe medisiner på Moss sykehus. Arkivfoto: Erik M. Sundt

kan aktivt påvirke legenes forskrivningspraksis ved å henvise til nasjonale retningslinjer om antibiotikabruk. En nylig Cochrane-studie (3) har vist at enkle intervensjoner, der blant annet sykepleiere diskuterer med og lærer opp leger, fører til at flere pasienter får riktig behandling. Videre fører det til at antibiotikakuren blir kortere, og at sykehusoppholdet blir kortere.

Det er som oftest sykepleieren som administrerer antibiotika. Sammen med legen kan sykepleiere kvalitetssikre bruken av antibiotika ved å vurdere dosiss, kontrollere for allergi og lage strukturerte infeksjonsnotater for den enkelte pasienten.

Sykepleierne kan bidra til økt bruk og aksept av vent-og-se-resept, der de ber pasienter

om å innta en vente-og-se-tilnærming før de får antibiotika forskrevet. Det kan de gjøre ved å forklare pasientene og deres pårørende hvordan antibiotika virker og ikke virker, for eksempel at antibiotika ikke hjelper ved luftveisinfeksjoner som er forårsaket av virus.

ORAL ANTIBIOTIKATERAPI

Bytte fra intravenøs (IV) til oral (PO) antibiotikaterapi så snart pasientene er klinisk stabile, kan redusere lengden på sykehusinnleggelsen og helsepersonellens arbeidsbelastning. Et slikt bytte kan minimere risikoen for helse-tjenesteassosierte infeksjoner og dermed minimere et ytterligere behov for antibiotika (4).

Antimikrobielle midler som har høy biotilgjengelighet, for

eksempel fluorokinoloner, linezolid og flukonazol, er primære medikamenter for å bytte fra IV til PO og bør gis oralt dersom pasienten har en fungerende tarm-

at mengden av hvite blodlegemer i blodet går ned, og at tarmfunksjonen blir bedre (5).

Sykepleieren overvåker pasientens kliniske utvikling konti-

«Det er en direkte sammenheng mellom bruken av antibiotika og fremveksten av resistente bakterier.»

funksjon (se faktaboks neste side).

Andre antibiotika kan byttes fra intravenøs til oral administrasjon, for eksempel fra cefazolin til cefaleksin, når pasientens kliniske tilstand er forbedret i henhold til forhåndsdefinerte kriterier, som at pasienten er afebril,

nuerlig og er kvalifisert til å vurdere pasientens evne til å ta orale antibiotika istedenfor intravenøs administrasjon.

GJENNOMGANG AV BEHOV

De fleste av oss er opplært til at det er viktig å fullføre en





Fakta

Ulike typer antimikrobielle midler

Fluorokinoloner: De hyppigst brukte fluorokinolonene er ciprofloxacin og ofloxacin. Begge har et bredt antibakterielt spektrum som omfatter de fleste stammer av enterobakterier, Legionella og Haemophilus influenzae. Forekomsten av resistens mot fluorokinoloner har økt betydelig hos Enterobacteriaceae (E. coli og Klebsiella spp.) gjennom de siste årene, både internasjonalt og i Norge.

Linezolid: Linezolid tilhører en relativt ny gruppe helsyntetiske antibakterielle midler som virker mot gule og hvite stafylokokker, enterokokker, streptokokker og pneumokokker. Linezolid spiller i dag en viktig rolle, spesielt i behandling av alvorlige MRSA-sykehusinfeksjoner og multi-resistent tuberkulose.

Flukonazol: Flukonazol er et antisoppmiddel som virker mot de fleste stammer av Candida samt kryptokokker, men resistensutvikling mot enkelte soppstammer er påvist. Flukonazol bør derfor bare brukes på strenge indikasjoner.

Cefazolin: Cefazolin brukes hovedsakelig mot bakterielle infeksjoner i huden. Det brukes også mot moderate bakterielle infeksjoner i lungene (lungebetennelse og bronkitt), ben, ledd, mage, blod, hjerteventiler og urinveier.

Cefaleksin: Cefaleksin har mest uttalt effekt mot stafylokokker. Det fungerer på samme måte cefazolin, men ikke mot meticillinresistente stammer.

Kilde: Norsk legemiddelhåndbok

antibiotikabehandling. Et populært tidsrom er for eksempel sju dager – en sen hyllest til keiser Konstantin, som introduserte

sjudagersuke i år 321. Dette prinsippet gjelder selv om symptomene er over etter to dager. Likevel står det at pasienten skal fortsette å svelge antibiotika – i dette tilfellet i fem dager til.

Flere forskere og leger oppfordrer til å slippe tak i den gamle anbefalingen om at antibiotika alltid skal tas «til slutt», fordi denne praksisen ikke er evidensbasert og kan føre til mer resistens (6, 7).

Behandlingen med antibiotika handler i de fleste tilfellene ikke om å drepe alle bakteriene, men om å sette kroppen i stand til å takle bakteriene ved egen kraft.

Jo lenger bakteriene er utsatt for et seleksjonstrykk gjennom antibiotika, desto mer sannsynlig vil de overlevende bakteriene være resistente. Resistente bakterier blir «utvalgt» i løpet av en antibiotika-terapi (8, 9).

Den store faren på sykehus og sykehjem er ofte resistente bakterier som tilhører arter som vanligvis ikke forårsaker sykdom, men koloniserer huden, slimhinnene og tarmen. Det er som oftest ES-KAPE-bakteriene, Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella, Acinetobacter, Pseudomonas og Enterobacter, som utgjør den største trusselen for pasientene (10–13).

Selvfølgelig kan en for tidlig avslutning føre til utilstrekkelig behandling, men i de fleste tilfellene kan behandlingen stoppes ved symptomfrihet, og det er akkurat her sykepleieren kan bidra aktivt i kampen mot resistens. Sykepleierens hverdag består i å vurdere pasientens symptomer, og sykepleieren har kompetansen til å vurdere symptomfrihet og dermed initiere seponering av antibiotikaterapi etter avtale med legen.

UTDANNINGSINSTITUSJONER
Sykepleiere bør ha tilstrekkelig opplæring og kompetanse i mikrobiologi for å utføre sine oppgaver innenfor bærekraftig antibiotikabruk og ivareta mange andre roller innen klinisk sykepleiepraksis. Eksempler her er

infeksjonskontroll, opplæring av pasienter og familier, formidling av resultater til helsepersonell og utvikling av omsorgsplaner basert på resultater av mikrobiologiske studier og pasientens immunologiske status.

Min erfaring er at sykepleieprogrammer på bachelornivå i dag bruker begrenset tid på mikrobiologi, og at mange utdanningsinstitusjoner vurderer å redusere mikrobiologisk opplæring ytterligere.

Det at de fleste videreutdanningene og masterutdanningene i sykepleiefeltet ikke krever et ekstra kurs i mikrobiologi, gjør mikrobiologikomponenten i grunnutdanningen enda mer relevant.

Solid mikrobiologisk kunnskap er her et kritisk element, siden det er ønskelig at disse kandidatene i fremtiden selvstendig diagnostiserer og behandler blant annet smittsomme sykdommer.

Derfor er det viktig at mikrobiologi i bachelorutdanningen dekker de emnene som er sentrale for at sykepleierne kan utfylle sin rolle på en kompetent måte og trygt delta i diskusjoner om antibiotikabruk på alle nivåer og med alle helseprofesjoner. Måltrettet antibiotikabruk er en teamoppgave med pasienten i sentrum.

Etter min oppfatning er følgende særdeles viktig:

- forståelse av forskjellen på infeksjon og kolonisering
- grunnleggende antimikrobiell resistensutvikling og overføring
- innsikt i sevensiell antimikrobiell terapi
- cellebiologi som står i sammenheng med mikrobiell virulens, overføring og behandling
- klinisk korrelasjon mellom mikroorganisme og sykdom
- trening på å ta en allergihistorie
- vaksiner
- infeksjonskontroll og epidemiologi

Et viktig tiltak for å styrke mikrobiologi i sykepleierens

«I de fleste tilfellene kan behandlingen stoppes ved symptomfrihet.»

grunnutdanning kan være nasjonal deleksamen på lik linje som i anatomi, fysiologi og biokjemi.

BÆREKRAFTIG BRUK

En viktig bidragsyter i bærekraftig antibiotikabruk, som dessverre ofte er underutnyttet og ikke anerkjent, er den «vanlige sykepleieren». Selv om rollen til sykepleierne ikke formelt er blitt anerkjent i nasjonale faglige retningslinjer for bruk av antibiotika (14, 15), har sykepleieren en essensiell rolle i et vellykket antibiotikastyringsprogram, både i spesialist-, primær- og kommunehelsetjenesten.

Sykepleiere er sentrale kommunikatorer, omsorgskoordinatorer samt 24-timersmonitører for pasientstatus, sikkerhet og respons på antibiotikabehandling. Bærekraftig og riktig antibiotikabruk er en innsats med pasienten som midtpunkt.

Sykepleiere som er oppmerksomme på og anerkjenner viktigheten av antimikrobiell resistens, kan bidra til å redusere antibiotikabruken, bedre helseutfallet for individuelle pasienter samt verne om den gode folkehelsen vi har i Norge.

Sykepleiere kan redusere spredningen av antimikrobiell resistens ved infeksjonsforebygging og kontroll. Sykepleiere er i en ideell posisjon til å forhindre spredning av mikroorganismer og resistens i spesialist-, primær- og kommunehelsetjenesten. Samtidig er det viktig at sykepleiere får den kompetansen som trengs i grunnutdanningen for å utfylle denne viktige rollen. Dermed kan denne kompetansen bidra til mikrobiell pasientsikkerhet både for den enkelte pasienten og hele samfunnet. ●

homes: a cross-sectional study. Scand J Infect Dis. 2008;40(5):393–8.

- Davey P, Marwick CA, Scott CL, Charani E, McNeil K, Brown E, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:CD003543.
- Dunn K, O'Reilly A, Silke B, Rogers T, Bergin C. Implementing a pharmacist-led sequential antimicrobial therapy strategy: a controlled before-and-after study. Int J Clin Pharm. 2011;33(2):208–14.
- Aboltins CA, Hutchinson AF, Sinnappu RN, Crespo D, Risteski C, Kathirgamanathan R, et al. Oral versus parenteral antimicrobials for the treatment of cellulitis: a randomized non-inferiority trial. J Antimicrob Chemother. 2015;70(2):581–6.
- Langford BJ, Morris AM. Is it time to stop counselling patients to «finish the course of antibiotics»? Can Pharm J (Ott). 2017;150(6):349–50.
- Llewelyn MJ, Fitzpatrick JM, Darwin E, Tonkin-Crine S, Gorton C, Paul J, et al. The antibiotic course has had its day. BMJ. 2017;358:j3418.
- Burnham CD, Leeds J, Nordmann P, O'Grady J, Patel J. Diagnosing antimicrobial resistance. Nat Rev Microbiol. 2017;15(11):697–703.
- Hemrajata P, Amick T, Yang S, Gregson A, Holzmeyer C, Bush K, et al. Selection of hyperproduction of AmpC and SME-1 in a carbapenem-resistant *Serratia marcescens* isolate during antibiotic therapy. J Antimicrob Chemother. 2018;73(5):1256–62. DOI: 10.1093/jac/cky028.
- Esposito S, De Simone G. Update on the main MDR pathogens: prevalence and treatment options. Infez Med. 2017;25(4):301–10.
- Kovacic A, Seruga Music M, Dekic S, Tonkic M, Novak A, Rubic Z, et al. Transmission and survival of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* outside hospital setting. Int Microbiol. 2017;20(4):165–9.
- Talaga-Cwiertnia K, Krzysciak P, Bulanda M. Do bacteria isolated from ICU patients 'ESKAPE' antibiotic treatment? In vitro susceptibility of the Enterobacteriaceae family to tigecycline. Anaesthesiol Intensive Ther. 2017;49(3):210–4.
- Francisco J, Aragao I, Cardoso T. Risk factors for long-term mortality in patients admitted with severe infection. BMC Infect Dis. 2018;18(1):161.
- Lindbæk M, Eliassen K, Jensen S, et al. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet. 2008.
- Nasjonale faglige retningslinjer for bruk av antibiotika i sykehus. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus> (nedlastet 12.04.2018).

REFERANSER:

- Fagan M, Maehlen M, Lindbaek M, Berild D. Antibiotic prescribing in nursing homes in an area with low prevalence of antibiotic resistance: compliance with national guidelines. Scand J Prim Health Care. 2012;30(1):10–5.
- Pettersson E, Vernby A, Molstad S, Lundborg CS. Infections and antibiotic prescribing in Swedish nursing

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

[https://](https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien)

mc.manuscriptcentral.com/sykepleien

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

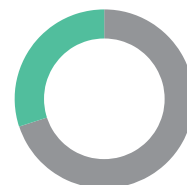


AKUTTKOMPETANSE I OMSORGSBOLIG GIR FÆRRE REINNLEGGELSER

I Halden kommune har ansatte ved avdeling for akutt døgnoophold delt sine erfaringer med personalet ved en omsorgsbolig. Det ga økt faglig trygghet og mer effektiv omsorg.

FAGUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
 60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.70161



Heidi Karlsen
 Rådgiver, Enhet helsehus, Halden kommune

Denne artikkelen beskriver resultater fra et fagutviklingsprosjekt i helse- og omsorgstjenesten i Halden kommune. Prosjektdeltakerne fra Høgskolen i Østfold og Halden kommune hadde ambisjoner om å operasjonalisere samhandlingsreformens visjon om å gi «rett behandling – på rett sted – til rett tid» (1).

Vi så at mange pasienter var såkalte svingdørspasienter, med hyppige reinnleggelse i sykehus eller kommunens KAD-avdeling (kommunalt akutt døgnoophold). I tillegg erkjente vi at kommunen hadde et klart forbedringspotensial knyttet til BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).



Beate Andersen
 Avdelingsleder, Enhet helsehus, Halden kommune

MÅLENE

Samhandlingsreformen utfordrer kommunene på flere måter, også med tanke på økt behov for kompetanseutvikling (1–5). Ansatte i kommunens KAD-avdeling hadde allerede ervervet seg en del kunnskap om akutt kronisk syke eldre pasienter. Denne kunnskapen ønsket vi at de ansatte i omsorgsboligene også skulle utvikle. Metoden skulle være kompetanseoverføring mellom KAD-avdelingen og de ansatte ved omsorgsboligene.

Fagutviklingsprosjektets mål var å bidra til

- kompetanseutvikling hos de ansatte

- styrket samhandling mellom kommunens tjenestenivåer og mellom helsepersonell
- færre «svingdørspasienter»
- behandling i pasientenes hjem der det er forsvarlig

Prosjektgruppen vurderte at tiltakene som helhet kunne bidra til økt tjenestekvalitet og bedre pasientforløp samt sørge for innleggelse ved et høyere omsorgsnivå i de tilfellene det var nødvendig.

HVA GJORDE VI?

En omsorgsbolig som har ansvaret for hjemmeboende pasienter (heretter kalt intervensjonsavdeling, IA), og kommunens KAD-avdeling ble inkludert i prosjektet. Et kompetanseopplæringsprogram ble utarbeidet, og over 90 prosent av de ansatte ved IA fullførte programmet.

I tillegg ble en telefonisk rådgivnings- og veiledningstjeneste etablert, videre kalt veiledningstjenesten. Dette var ment som et lavterskeltilbud i situasjoner hvor personalet ved IA var i tvil om hvordan de skulle håndtere en situasjon, hvordan ulike observasjoner kunne tolkes, eller i situasjoner hvor de trengte å rådføre seg med annet sykepleiefaglig helsepersonell, en form for *second opinion*.

Ansatte ved IA fikk tilbud om å delta i refleksjonsgrupper, en arena for å drøfte problemstillinger de var

opptatt av, reflektere sammen, dele erfaringer og foreslå løsninger.

KURS FOR ANSATTE VED IA

Fem kurs à fire timer med det samme innholdet ble gjennomført, med totalt 42 deltakere. Kurset inneholdt både teori og praktiske øvelser, særlig rettet mot kliniske observasjoner etter ABCDE-prinsippene (*airways* (luftveier), *breathing* (respirasjon), *circulation* (sirkulasjon), *disability* (bevissthet), *expose* (oversikt)).

Å oppdage sykdomsforverring tidlig, og å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt, fikk betydelig plass på kurset. Det ble viet mest oppmerksomhet til sykdom i respirasjons- og sirkulasjonssystemet samt diabetes, etter ønske fra ledelsen ved IA.

Kursdeltakerne fikk opplæring i bruk av verktøyet MEWS (*modified early warning score*) (6), et skåringsverktøy for å vurdere risiko og oppdage tidlige tegn på sykdom.

Målet med opplæringsprogrammet var at de ansatte skulle utvikle kompetanse i kliniske observasjoner og vitale målinger, og å skape en større oppmerksomhet for symptomer som kan oppstå ved akutt sykdom hos eldre – alt for at de ansatte skulle føle seg tryggere i møte med syke pasienter.

REFLEKSJONGRUPPER

Målet med refleksjonsgruppene var å etablere en arena for

Fakta ●●●

Hovedbudskap

I vår kommune hadde flere beboere i omsorgsbolig hyppige reinnleggelse på sykehus eller i kommunens KAD-avdeling (kommunalt akutt døgnoophold). Et fagutviklingsprosjekt ble satt i gang, hvor målet var å utvikle akuttkompetansen hos de ansatte ved omsorgsboligene. Evalueringen av prosjektet viser at tiltakene opplevdes meningsfulle for de ansatte. De opplever seg bedre i stand til å vurdere syke pasienter og hvilke tiltak de skal iverksette. Symptomer oppdages tidligere, noe som kan redusere antallet reinnleggelse og «svingdørspasienter».

Nøkkelord

- Omsorgsboliger
- Svingdørspasienter
- Samhandlingsreformen
- BEON-prinsippet



BEON-PRINSIPPET: Beboere i omsorgsbolig hadde hyppige reinnleggelsler på sykehus eller i kommunens KAD-avdeling. Et fagutviklingsprosjekt førte til bedre omsorg der pasientene bor. Bildet viser Helsehuset i Halden kommune. Foto: Lisa Gustavsen, Halden kommune

erfaringsdeling, refleksjoner og faglig-etiske drøftinger med utgangspunkt i konkrete pasientsituasjoner. En time annenhver uke ble avsatt, og to personer fra prosjektgruppen ledet samlingene.

Samlingene hadde tre elementer: 1) status fra forrige møte, 2) deling av en problemstilling fra praksis, for så å reflektere i fellesskap over problemstillingen, og 3) prøve å finne frem til relevante og aktuelle handlingsalternativer. Avslutningsvis skulle gruppen eventuelt konkretisere hva de kunne ta med seg til neste møte.

TELEFONISK VEILEDNING

Sykepleierne ved KAD-avdelingen har kompetanse i vurdering av syke pasienter, og benytter skåringsverktøyet MEWS. Ved prosjektstart deltok samtlige sykepleiere på en to-timers veiledningssekvens med en

erfaren akutt- og fagsykepleier fra akuttmottaket ved Sykehuset Østfold. Temaet var: hvordan veilede og gi råd på en korrekt og forsvarlig måte.

Prosjektgruppen var tydelig på at sykepleierne ikke var leger, og at de først og fremst skulle være kollegastøtter og drøftingspartnere. Hensikten var å etablere et lavterskeltilbud, en tilgjengelig kollega for diskusjoner med utgangspunkt i kliniske observasjoner.

En egen telefonlinje til dette formålet ble opprettet, og det ble utarbeidet skjemaer for å sikre dokumentasjon av veiledningstjenesten. For alle samtaler ble det dokumentert hyppighet, hvilke pasientsituasjoner som ble drøftet, og eventuelle tiltak som ble iverksatt.

EVALUERING

Vi ville evaluere prosjektet ved å

«Å oppdage sykdomsforverring tidlig, og å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt, fikk betydelig plass på kurset.»

kartlegge de ansattes erfaringer, deres synspunkter på igangsatte tiltak og om tiltakene hadde hatt betydning for deres kompetanseutvikling og evne til samhandling. Hvis ikke: Hva vurderte de ansatte skulle til for slik utvikling?

Spørreskjemaundersøkelse og fokusgruppeintervju ble valgt for å evaluere fagutviklingsprosjektet. Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført med et validert spørreskjema (NOP-CET) som måler kompetanse i eldreomsorg (7, 8). Skjemaet hadde 10 kategorier med flere spørsmål i hver kategori. Fra disse valgte vi

ut 34 spørsmål som vi anså som relevante.

Ansatte ved IA og en kontrollavdeling ble bedt om å svare på spørsmålene før og etter avsluttet intervensjon. Avdelingene var sammenliknbare i både størrelse, bemanning, kompetansesammensetning og organisatoriske forhold. De ansatte ved IA fikk tilbud om samtlige tiltak, mens ingen tiltak ble iverksatt ved kontrollavdelingen.

Svarprosenten ved avslutningen av intervensjonen var lav. Derfor valgte vi å supplere datamaterialet med fokusgruppeintervjuer





av de ansatte ved IA. Totalt 15 personer deltok, fordelt på to grupper.

Deltakelse i fokusgruppeintervjuet og spørreskjemaundersøkelsen baserte seg på prinsippet om det informerte samtykke. Prosjektet ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata, med tilbakemelding om at prosjektet ikke var meldepliktig.

RESULTATER

Funnene indikerer at de ansatte ønsker mer kompetanse, særlig i sykdomslære, og at konkrete observasjons- og vurderingsverktøy oppleves å ha stor verdi.

KOMPETANSEUTVIKLING

De ansatte opplevde at tiltakene hadde bidratt til økt kompetanse i kollegiet, i form av både teoretisk og praktisk kunnskap. Men kanskje enda viktigere opplevdes tiltakene å ha stor anvendbarhet og nytte i den praktiske hverdagen. Økt oppmerksomhet rundt sykdomsutvikling førte til at tiltak og behandling i større grad ble iverksatt på et tidligere tidspunkt, og flere antok at dette resulterte i færre reinnleggelser.

Både kurstillbud og refleksjonsgrupper fikk positiv respons, og de som hadde benyttet seg av telefonisk kollegaveiledning, ga positiv tilbakemelding på dette tiltaket. Det viste seg at sykepleierne i større grad enn fagarbeiderne benyttet seg av dette tilbudet, men det var individuelle forskjeller.

Hovedtemaene i kurskonseptet var basert på ledelsens erfaringer med beboerne ved IA. Mange hadde for eksempel ustabil blodsukker, som påvirket allmenntilstand og sykdomsutvikling. Både IA (86 prosent) og kontrollavdelingen (70 prosent) rapporterte at blodsukkermåling var en hyppig utført prosedyre, og begge avdelingene hadde god forståelse av normalt blodsukker. Likevel hadde flere ved IA etter intervensjonen angitt riktigere verdier for blodsukker enn før intervensjonen.

HJERTE OG LUNGER

Vi ønsket videre å kartlegge de ansattes kunnskapsforståelse om samspillet mellom hjerte og lunger gjennom ganske omfattende

spørsmål i spørreskjemaundersøkelsen. Hvordan kan hjertesvikt føre til tungpustethet, og hvordan kan lungesvikt føre til hjertesvikt og videre dårlig allmenntilstand? Resultatene viser høy grad av forståelse ved begge målingene, og vi finner ingen signifikant endring.

Et typisk pasientkasus som stadig ble løftet frem i refleksjonsgruppene, var: Hvordan møte en kolspasient med store fysiske og psykiske problemer? Hva kan vi gjøre? Hvordan hjelpe med den grusomme angsten? Hvilke tiltak kan vi iverksette? Mange beskrev en opplevelse av utilstrekkelighet, at de ikke klarte å få pasienten til å føle seg bedre, og uttrykte en følelse av hjelpeløshet.

KONKRET OG SYSTEMATISK

Kurstillbudets opplegg rundt kliniske observasjoner ble av flere deltakere vurdert som kjent kunnskap fra for eksempel utdanning. Likevel ga de uttrykk for at balansen mellom teori og praktiske øvelser hjalp dem til å kople teori og praksis, og flere sa at de i større grad forsto hvorfor målingene skulle gjennomføres, og hvorfor observasjonene var viktige.

En sa: «Jeg har blitt drilla i å bruke MEWS. Det gir konkrete verdier, og jeg forstår hva de forteller.» En annen sa: «Det er bra å lære hvorfor det er viktig.» Det konkrete verktøyet og de konkrete målingene opplevdes verdifulle, og deltakerne opplevde å jobbe mer systematisk.

En konsekvens var at de hadde blitt mer konkrete i muntlige rapporter om pasientene og i dokumentasjonen om pasientene i journalen, og at det var lettere å kommunisere sykdomsforverring til behandlingsansvarlig lege. En uttrykte det slik: «Jeg gjør konkrete observasjoner før jeg kontakter lege.»

FAGLIG TRYGGHET

Flere oppga i fokusgruppeintervjuene at de var faglig trygge i rollen som helsepersonell, og at de var i stand til å avdekke sykdomsutvikling hos beboerne, noen ganger med sykehusinnleggelse eller innleggelse på KAD-avdelingen som resultat, andre ganger ikke.

«Prosjektgruppen var tydelig på at sykepleierne ikke var leger, og at de først og fremst skulle være kollegastøtter og drøftingspartnere.»

«Gjennom å bruke MEWS har jeg blitt mer profesjonell i jobben min», uttrykte en ansatt ved omsorgsboligen. Vedkommende opplevde at pasienter og pårørende også ble tryggere når de møtte helsepersonell som jobbet på en mer systematisk måte ved sykdomsutvikling og sykdomsforverring.

I fokusgruppeintervjuene var deltakerne enige om at tiltakene i prosjektet som helhet bidro til økt faglig trygghet, en trygghet de mente de videreformidlet til pasienter og pårørende. Kollegastøtte i møte med alvorlig syke pasienter opplevdes godt, særlig i tilfeller hvor det var tvil om hvordan en behandling best kunne gjennomføres.

En sa at det var fint å snakke med en sykepleierkollega på KAD-avdelingen som hadde tilsvarende eller mer erfaring når hun sto i en krevende situasjon. Dette ga en opplevelse av trygghet; hun var ikke alene om de faglige vurderingene. Betryggende var dette særlig når IA ikke hadde sykepleier på vakt, en situasjon som oppsto fra tid til annen.

SAMHANDLING

Et av målene for prosjektet var å øke samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer og helsepersonell i kommunen. Flere ansatte ved IA kunne fortelle at de ofte har følt seg alene med dårlige pasienter.

Etter innføringen av MEWS i avdelingen erfarte de imidlertid at kommunikasjonen hadde blitt mer konkret og informativ. Dette gjaldt både innad i avdelingen – mellom for eksempel sykepleier og hjelpepleier, eller mellom sykepleier og lege – men også mellom avdelingen og for eksempel legevakt, KAD-avdeling og sykehus. Noen uttrykte det slik: «Det virker litt mer profesjonelt når vi bruker MEWS.»

MEDISINSK KOMPETANSE

Deltakerne ønsket seg mer forståelse fra samhandlingspartnerne om hvilke typer tjenester de kan

tilby i en omsorgsbolig. Ofte får de svært dårlige pasienter hjem, som trenger mer tilsyn og oppfølging enn det de vurderer at de kan tilby. De erfarer også at enkelte pasienter kan bli mer utrygge etter sykdom når de kommer tilbake til et lavere omsorgsnivå.

En beskrev situasjonen slik: «Det er for eksempel ikke så lett for oss å følge opp blodprøver som skal tas ofte. Vi er avhengige av at hjemmesykepleien kan hente/bringe blodprøver til laboratoriet. Glemmer det, må vi ta nye prøver. Det å følge opp undersøkelse er ikke lett.»

En felles lege og sykepleier tilgjengelig hele døgnet sto øverst på ønskelisten til ansatte ved IA. Hver pasient hadde sin fastlege, som ønsket å gjøre ting på sin måte. Det var heller ingen automatikk eller selvfølge i at de ansatte fikk nødvendig informasjon fra brukerens fastlege etter legebeseøk eller etter sykehusinnleggelse.

Til tross for at de har flere og sykere pasienter nå enn tidligere, er ressursene de samme. Pasientlistene er fulle, og det er lite tid til hver pasient. Sykepleierne opplever imidlertid at det er tidsbesparende at hjelpepleierne benytter MEWS, og rapporterer sine kliniske observasjoner både muntlig og skriftlig. Symptomer oppdages tidligere, noe de mener har forhindret reinnleggelser.

Flere uttrykte likevel en bekymring for fremtiden: «Vi er en omsorgsbolig med 100 leiligheter, ikke et sykehjem. Vi gjør så godt vi kan.»

Til tross for positiv respons på tiltakene i prosjektet er det noen faktorer som vanskeliggjør behandlingen av pasienter i en omsorgsbolig. Mangel på utstyr og ressurser og egne private leiligheter fordelt mellom flere etasjer og lange korridorer var eksempler på dette.

DISKUSJON

Resultatene viser at relativt få og lite krevende tiltak kan gi positive effekter for samhandling og kompetanseutvikling innad i en kommune. De iverksatte tiltakene handler om å sette ting i system og å samhandle om kommunens faglige ressurser.

Helsepersonell setter pris på konkrete og praksisnære verktøy som kan bidra til egen og kollegers kompetanseutvikling (9), men spesielt ser de nytten av å være oppmerksomme på pasientenes sykdomstilstand.

Resultatene indikerer at det har vært en styrking av kompetansen hos ansatte. De opplever seg bedre i stand til å vurdere syke pasienter, hva de skal observere, og hvilke tiltak de skal iverksette – helt i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner (1).

Økt faglig trygghet var en positiv effekt. Det ga en følelse av å opptre mer profesjonelt. De ansatte verdsette verktøy som hjalp dem med å angi hvilke målinger som skulle gjennomføres. Systematikk i form av konkrete verktøy erfartes som viktig, likeledes det å forholde seg til en oppskrift som beskriver hva du som helsepersonell forventes å gjøre i møte med den syke.

Til tross for de mange positive tilbakemeldingene er det også ytre faktorer som påvirker de ansattes hverdag. Ivaretagelse av flere og sykere pasienter, dårlig tilgang på medisinsk kompetanse og mangel på sykepleier tilgjengelig hele døgnet oppleves som krevende.

I tillegg utfordres de ansatte når de ikke får nødvendig informasjon om pasientene, for eksempel når det mangler epikriser etter sykdomsforverring og innleggelser på sykehus. Informasjonen sendes kun til pasientens fastlege, noe som er en ugunstig praksis hvis undersøkelser eller beskjeder skal følges opp.

PRAKSISNÆRE TILTAK

Kompetanseutvikling og samhandling til pasientens beste bør settes i system (10). Det er ikke nok bare å delta på et kurs eller si at man må samhandle bedre på tvers.

Det finnes mange fagutviklingsprosjekter som bidrar til å øke kvaliteten i alle deler av helsetjenesten. Utfordringen er imidlertid hva man gjør når prosjektperioden er over. Her trenger vi gode ledere som tar styring og setter tiltakene inn som en del av den ordinære

virksomheten. Konkrete, praksisnære tiltak og engasjerte ledere øker mulighetene for å lykkes. ●

REFERANSER:

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Råd for veien videre. Sluttrapport. Trondheim; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Sluttrapport/Sluttrapport%20nasjonalt%20nettverk.pdf> (nedlastet 20.04.2018).
3. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
4. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien Forskning. 2015;10(1):14–22. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/sykepleiekompetanse-i-hjemmesykepleien-pa-rett-sted-til-rett-tid> (nedlastet 04.04.2018).
5. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Nordheim LV, Reinart LM, Gravholt B. Jobb kunnskapsbasert! 2. utg. Oslo: Akribe; 2012.
6. Smith G. Alert: acute life-threatening events – recognition and treatment. Portsmouth Hospitals NHS Trust; 2008. Oversatt

av: VO Anestesi och intensivvård, Universitetssjukhuset Lund.

7. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of «nursing older people – competence evaluation tool». Int J Older People Nurs. 2015;10(1):59–72.
8. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Instruments measuring nursing staff competence in community health care: a systematic literature review. Home Health Care Management & Practice. 2013;25(6):282–94.
9. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø Å, Grøthe KH, Kirkevold K, et al. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. Med Ethics. 2008;34:230–5.
10. Kyrkjebø D, Sævede BE, Råholm M-B. Sjukepleiar kompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? Sykepleien Forskning. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiar-kompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-for-fagleg-oppdatering> (nedlastet 04.04.2018).

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

ANNONSE



- Løsninger som fungerer

AMS - Aktivt Mobiliserings System



AMS er velegnet for pasienter, med trykksår

- ✓ med demens eller temporær forvirring
- ✓ med smerter
- ✓ som er veldig urolige
- ✓ som er aggressive
- ✓ hvor luftstøttesystemer ikke er hensiktsmessig å bruke

AMS er et unikt madrasssystem for mobilisering av pasienten i sengen for å forebygge og behandle trykksår.

Med AMS beholdes og forsterkes pasientens egen mobilitet, samtidig som madrassen sørger for nødvendig bevegelse for å forebygge trykksår.

AMS føles som en normal madrass, og er tilnærmet lydløs i bruk. Det unike innebygde lamellsystemet gir pasienten nødvendig lateral vending med trykkavlastning på utsatte trykkpunkter. En liten avfasing i fotenden bidrar til redusert trykk på hælene ved ryggeleie.

AMS bidrar til redusert arbeidsbelastning ved å ta bort behovet for manuelle reposisjoneringer gjennom natten. På den måten får personalet frigjort tid til andre viktige pleieoppgaver.

For mer informasjon ta på kontakt tlf. 67 06 49 00 eller gå inn på www.medema.no for å se brosjyre.



NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag:



Seksuell tvang i ekteskap eller samboerforhold henger sammen med annen type partnervold

Bakgrunn: Partnervold i form av seksuell tvang er i stor grad et skjult tema. I denne studien har forfatterne undersøkt om seksuell tvang mot kvinner forekommer isolert eller i sammenheng med annen vold i ekteskap eller samboerforhold i Norge.

Hensikt: Formidle kunnskap om et tabuområde med betydning for kvinners helse. Kunnskap om seksuell tvang er viktig i planleggingen av sykepleiefaglige intervensjoner.

Metode: Forfatterne sendte et spørreskjema om seksuell tvang, psykisk og fysisk partnervold til et tilfeldig utvalg av kvinner i Norge. Forekomsten av seksuell tvang i de ulike voldskategoriene er gitt som antall og prosent, og assosiasjoner mellom variablene er testet ved kikkvadrattester.

Resultat: Av 1500 kvinner svarte 527 på spørreskjemaet. 480 hadde bodd sammen med partneren, og ble inkludert i studien. 5,8 prosent av deltakerne rapporterte om opplevd seksuell tvang fra partneren. Seksuell tvang er assosiert med både fysisk og psykisk vold samt handlinger fra partneren som gjør det vanskelig for kvinnene å være i lønnet arbeid. Det er en klar sammenheng mellom økende psykisk vold og erfart seksuell tvang. Jo hyppigere kvinnene har opplevd ulike handlinger av typen dominans og isolasjonsvold eller emosjonell og verbal vold, jo hyppigere har de blitt utsatt for seksuell tvang.

Konklusjon: Seksuell tvang fra ektefelle eller samboer mot kvinner er assosiert med handlinger av psykisk og fysisk vold. Seksuell tvang forekommer også sammen med handlinger som gjør det vanskelig å være i arbeid.

Forfattere:

Kjersti Alsaker, Bente Elisabeth Moen, Valborg Baste og Tone Morken



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Downs syndrom: God kommunikasjon fra helsepersonellet minsker foreldrenes påkjenning

Bakgrunn: Foreldre som mottar budskapet om at deres barn har Downs syndrom på sykehuset etter fødselen, kan oppleve det som en alvorlig og belastende livserfaring. Foreldrenes opplevelse av kommunikasjonen med helsepersonellet kan derfor være viktig for å håndtere følelsesmessige reaksjoner i tiden etter fødselen, og kan bidra til samspillet som skapes mellom foreldre og barn.

Hensikt: Å formidle kunnskap om hvordan foreldre til barn med Downs syndrom opplevde kommunikasjonen med helsepersonellet på sykehuset i tiden etter fødselen samt å vise hvilken betydning slik kommunikasjon kan ha for foreldrene for å mestre egne reaksjoner.

Metode: Studien har et kvalitativt design med en fenomenologisk og narrativ tilnærming. Forfatterne gjennomførte narrative dybdeintervjuer med åtte biologiske foreldre til barn med Downs syndrom i alderen to til ti år.

Resultat: Gjennom hovednarrativet «å ikke bli sett som et helt menneske» fortalte foreldrene om opplevelsen av å bli forlatt, utestengt fra kommunikasjon, henvist til en pc for å få informasjon om diagnosen til barnet og snakket til av helsepersonellet på en måte som de opplevde som belastende. Gjennom narrativet «å være et medmenneske» fortalte foreldrene om konkrete situasjoner der helsepersonellens væremåte bidro til at de følte at både dem selv og barnet var i en relasjon til helsepersonellet som medmennesker.

Konklusjon: Studien indikerer at det har stor følelsesmessig betydning i tiden etter fødselen hvordan foreldrene opplever kommunikasjonen med helsepersonellet. Studien antyder også at foreldrene har behov for en kommunikasjonsmåte der de føler at barnet og deres egne reaksjoner blir ivaretatt og anerkjent.

Forfattere:

Anette Walle og Lilliana Del Busso



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Tiltak for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø er ofte individrettet

Bakgrunn: Tidligere forskning etterlyser mer oppmerksomhet på organisatoriske betingelser som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet til sykepleiere. Innenfor fagtradisjonen helsefremmende arbeid legges det til grunn at individ og omgivelser påvirker hverandre gjensidig, og at arbeidsmiljøtiltak må iverksettes ut fra settingen, og ikke som individrettede tiltak.

Hensikt: Å undersøke sykepleieres egne erfaringer knyttet til psykososialt arbeidsmiljøarbeid og diskutere hindre og muligheter for en tydeligere settingsbasert tilnærming.

Metode: Studiens design er kvalitativt med bruk av fokusgrupper. Forfatterne intervjuet sykepleierne ved tre sengepostavdelinger på et universitetssykehus i Norge. De analyserte dataene ved å bruke kritisk hermeneutisk meningsfortolkning.

Resultat: Funnene viser at en del sentrale mekanismer for psykososiale arbeidsmiljøutfordringer i stor grad individualiserer sykepleiernes arbeidsmiljøutfordringer. Dette funnet kommer frem gjennom informantenes erfaringer med avviksrapportering, kvantitativ kartlegging, HMS-tiltak og lederens personaloppfølging. Både enkeltvis og sammenlagt fungerer disse erfaringene slik at psykososialt arbeidsmiljø gjøres til noe privat og personlig – og ikke til organisatoriske utfordringer man kan arbeide kollektivt med.

Konklusjon: Når arbeidsmiljøutfordringer individualiseres, blir sykepleiere stående alene med disse utfordringene og må søke løsninger selv. Derfor trengs det måter å jobbe med arbeidsmiljø på som i større grad fokuserer på settingen. Det vil si arbeidsmåter som tar høyde for hvordan sykehusets organisering påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet til sykepleierne.

Forfattere:

Linn Anette Korsvold
og Ole Jacob
Thomassen



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis

Bakgrunn: Godt samspill mellom barn og omsorgsgivere er vesentlig for barns utvikling. Helsepolitiske føringer understreker helsestasjonenes rolle i å styrke slikt samspill. Det er derfor viktig at helsesøstre har kompetanse til å fremme godt samspill.

Hensikt: Å undersøke helsesøstres erfaringer med å bruke kompetansen de har fått gjennom opplæring i foreldreveiledningsprogrammet International Child Development Programme (ICDP) i helsesøsterutdanningen.

Metode: Studien er kvalitativ og basert på sju semistrukturerte, individuelle intervjuer med helsesøstre som har hatt opplæring i programmet, men som bare bruker deler av det i arbeidet sitt på helsestasjonen. Forfatterne analyserte dataene ved hjelp av innholdsanalyse inspirert av hermeneutisk meningsfortolkning og tekstkondensering.

Resultat: Deltakerne ser ut til å bruke ICDP i konsultasjoner, både som et begrepsapparat for samspill, og som et verktøy i observasjon, samtale, veiledning og dokumentasjon. Helsesøstrenes erfaringer kan oppsummeres i tre hovedkategorier:

- ICDP har gitt helsesøstrene et nyttig begrepsapparat.
- Helsesøstrene legger vekt på å styrke foreldrenes opplevelse av egen kompetanse.
- Helsesøstrene legger vekt på foreldrenes evne til å se og forstå barnet.

Konklusjon: Når helsesøstrene ikke gjennomfører ICDP-programmet i form av strukturerte gruppemøter gjennom åtte uker, bruker de likevel kunnskapen og tenkemåten fra programmet i kommunikasjon og veiledning når de observerer barn og foreldre.

Forfattere:

Berit Margrethe Sandvik,
Ragnhild Dybdahl og
Solveig Hauge



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Intranasal deksmedetomidin er gunstig som premedikasjon til barn

Bakgrunn: Medikamentet deksmedetomidin administrert intranasalt blir i økende grad brukt til barn som trenger sedasjon og premedikasjon før anestesi og kirurgi. Midazolam, som i dag er mest utbredt, er forbundet med flere uheldige bivirkninger. Det er derfor behov for alternativ premedikasjon til barn for å forbedre behandlingstilbudet.

Hensikt: Å bidra med ny kunnskap om hvilke egenskaper deksmedetomidin har, og hvordan preparatet egner seg som premedikasjon til barn som skal ha narkose, sett fra anestesisykepleierens ståsted.

Metode: Forfatterne benyttet semistrukturert intervju. Utvalget besto av seks anestesisykepleiere fra to dagkirurgiske avdelinger på ulike sykehus. De analyserte dataene med utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Forfatterne identifiserte to hovedtemaer: 1) Deksmetomidin som premedikasjon har gunstige egenskaper i hele anestesiforløpet. 2) Nødvendige forholdsregler må tas gjennom hele anestesiforløpet for å oppnå et komplikasjonsfritt anestesiforløp når deksmedetomidin brukes som premedikasjon. Samlet viser funnene at deksmedetomidin gir tilfredsstillende sedasjon i form av søvn preoperativt. Barna oppleves som lette å vekke fra sedasjonen. Den lange anslagstiden til deksmedetomidin gjør det imidlertid nødvendig med et tverrfaglig samarbeid for å få effektiv pasientflyt.

Konklusjon: Ny kunnskap fra anestesisykepleierens ståsted viser at deksmedetomidin oppleves som et velegnet alternativ til premedikasjon til barn. Ulempene ble beskrevet som små i forhold til fordelene deksmedetomidin som premedikasjon gir, med en gunstig effekt pre-, per- og postoperativt.

Forfattere:

Linn Kristin R. Berland,
Inger Brit T. Bakkalia og
Elin Dysvik



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Få pasienter opplever kvalme etter dagkirurgi med multimodal kvalmestillende behandling

Bakgrunn: Dagkirurgi utgjør omtrent 60 prosent av all elektiv kirurgi i Norge og innebærer at pasienten møter til operasjon og reiser hjem igjen samme dag. Postoperativ kvalme er et kjent problem etter anestesi og kirurgi som kan forårsake ubehag og i verste fall komplikasjoner for pasienten. I en dagkirurgisk setting kan postoperativ kvalme i tillegg lede til forlenget liggetid eller behov for sykehusinnleggelse, noe som gir økte kostnader. Internasjonale studier viser at 37–57 prosent av pasientene rapporterer om postoperativ kvalme etter hjemkomsten i forbindelse med dagkirurgi.

Hensikt: Å undersøke hvor stor andel av dagkirurgiske pasienter som opplever postoperativ kvalme etter hjemkomsten. Forfatterne ønsket også å undersøke om noen pasientgrupper er spesielt utsatt.

Metode: Studien er en tverrsnittsstudie. Forfatterne brukte telefonoppfølging første postoperative dag som metode for å innhente data ved hjelp av et strukturert spørreskjema med faste svaralternativer.

Resultat: Totalt 2952 pasienter ble inkludert i studien, og svarresponsen var 99 prosent. Alle pasientene fikk generell anestesi i form av total intravenøs anestesi. Ut fra kjente risikofaktorer hadde majoriteten av utvalget en forhøyet risiko for å utvikle postoperativ kvalme. Studien viste en forekomst av postoperativ kvalme dagen etter operasjonen på 16 prosent, hvorav 14 prosent var litt kvalme og kun 2 prosent var mye kvalme.

Konklusjon: Studien viser at forekomsten av postoperativ kvalme etter dagkirurgi trolig kan reduseres ved å bruke systematisk multimodal kvalmeprofylaktisk behandling.

Forfattere:

Mi Stjernberg, Tone
Rustøen og Johan
Ræder



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Det er særlig utfordrende å finne bolig til brukere med både rus- og psykiske lidelser, sier enhetsleder Bodil Bakken Domingos.

Finner rett bolig til brukere

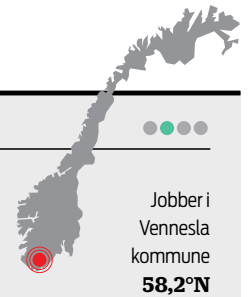
• Fortalt til **Nina E.H. Hauge**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2003

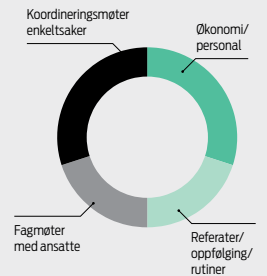
CV

2003–2011: Stener Heyerdahl sone i Kristiansand
2011–2017: Saksbehandler-teamet i Vennesla kommune
2016–2018: Internt lederrekrutteringsprogram
2017–: Enhetsleder koordinerende og helsefremmende enhet



Jobber i Vennesla kommune
58,2°N

Når jeg jobber, driver jeg med ...



Jeg er leder for en koordinerende og helsefremmende enhet som ble nyopprettet i fjor etter omorganisering. For første gang har vi saksbehandling av alle tjenestene samlet under samme tak, og alle jobber ut fra et ønske om at brukerne skal få bo hjemme så lenge som mulig.

Vennesla er en passelig stor kommune, og vi er rundt 20 stykker som jobber sammen, men vi dekker et stort område. Vi forvalter blant annet 320 kommunale boliger. Vi hjelper folk i ulike livssituasjoner med bolig, men det er særlig utfordrende å finne rett bolig innenfor rus og psykisk helse.

Det er flere dobbeltdiagnoser nå enn før, og særlig økning i samtidig rus- og psykiske lidelser. Dette gjør sakene mer komplekse og alvorlige.

Vi har ansvaret for å koordinere helse- og omsorgstjenester, saksbehandling, boligtildeling, rehabiliteringstjenester og hjelpemidler, kreftkoordinator og hukommelsesteam.

Det er interessant å prøve å forstå enkeltindivider og årsakene til situasjonen de har kommet opp i. Jeg synes det er givende å finne løsninger som gjør at de kan komme seg videre og ut av vanskelige løp.

Forskryvning av oppgaver fra sykehus til kommunen er utfordrende. Jeg mener at oppgavene som skal overføres, burde vært mer definerte. Jeg savner også økte økonomiske rammer og tiltak for å heve kompetansen.

Noe av det jeg liker best med jobben min, er å kunne kombinere saksbehandling med fagkunnskap. Man må gå inn i lovverket, se på hvem som kvalifiserer til hvilken type tjeneste, og sikre at brukerne får nødvendig helsehjelp. Noen vil ikke ta imot hjelp, men kommunen kan ikke tvangsbehandle.

Jeg har vært med på et internt lederrekrutteringsprogram i kommunen. Det gjorde meg mer sikker på at det var denne veien jeg ville gå. Det er et stort støtteapparat rundt ledere i kommunen.

Dagene mine er fylt med møter med sykehus, fastlege, brukere, faggrupper og ansatte, dokumentering i enkeltsaker, rutineskriving, innkjøp av hjelpemidler og planlegging av kort- og langtidsplasser. Jeg er med på å utvikle tjenesten til det beste for brukerne og for at vi møter rustet til fremtiden. ●

nina.hauge@sykepleien.no



KOORDINERER TJENESTER: Sykepleier Bodil Bakken Domingos leder enheten som koordinerer helse- og omsorgstjenester for brukere i Vennesla kommune. Blant annet forvalter de 320 kommunale boliger. Foto: Per Arne Kvamsø



Edel Jannecke Svendsen har tatt doktorgrad på tvangsbruk mot barn i forbindelse med medisinske prosedyrer.

– Vi må våge å snakke om bruk av tvang mot barn

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

J entungen hylte. Det var sent – rundt midnatt – og det nærmet seg vaktskifte på avdelingen. Første forsøk på å sette perifer venekanyle mislykkes. Andre også. Og tredje.

Barnet var åpenbart livredd. Moren var engstelig. Kanylen måtte inn. Sykepleierne forsøkte å gi jenta noe beroligende, men også dette motsatte hun seg kraftig.

Så var det vaktskifte. En ny lege kom inn. På fjerde forsøk gikk det.

MOTVILLIGE BARN

Episoden med den vesle jenta på rundt fire år er det som har brent seg aller mest fast fra Edel Jannecke Svendsens nylig ferdigstilte doktorgradsarbeid.

– Mot slutten hadde hun resignert og blitt helt stille. Det i seg selv kan være tegn på en alvorlig situasjon, påpeker Svendsen.

– Det var forferdelig, men dette er dessverre ingen unik situasjon i norsk helsevesen.

21. mars forsvarte Svendsen avhandlingen «Restraint during medical procedures in hospitalized preschool children – An exploratory study» ved Universitetet i Oslo.

Her har hun studert hvordan helsepersonell og foreldre forholder seg til barn som motsetter seg innleggelse av perifer venekanyle.

Hun observerte også hvordan mange av barna utviste sterke følelsesmessige reaksjoner, som kan fortolkes som sinne, avvisning og redsel.

PROBLEMATISK PRAKSIS

– Det som slo meg mest, var hvor vanskelig helsepersonellet opplevde slike situasjoner, samtidig som de nesten ikke diskuterer bruk av tvang når det gjelder barn, sier Svendsen.

– Tematikken virker nærmest tabubelagt. I

den grad man snakker om det, så snakker man om «holding» og ikke om «tvang».

Svendsen viser til hvordan man blant annet innen psykiatrien har viet mye oppmerksomhet til bruk og reduksjon av tvang de siste årene.

– Slik er det ikke når det gjelder barn, sier Svendsen, som mener mindreårige i denne sammenhengen har langt lavere rettssikkerhet enn voksne uten samtykkekompetanse.

– Dagens praksis er problematisk – både med tanke på hva barna utsettes for der og da, men også fordi opplevelsen potensielt kan skape et traume.

FORELDRENE BESTEMMER

Gjennom feltobservasjon og videoopptak har Svendsen foretatt nærstudier av totalt 14 innleggelser av perifer venekanyle på seks barn. Alle utviste motvilje i en eller annen form i løpet av prosedyren.

Svendsen har også intervjuet involverte leger, sykepleiere og foreldre for å få deres perspektiver på hva som skjer.

– Til sjuende og sist er det foreldrenes samtykke som skal avgjøre, men det er vanskelig i praksis. For eksempel kan de oppfatte prosedyren som mer umiddelbart nødvendig enn den i realiteten er, sier Svendsen.

«Det som slo meg mest, var hvor vanskelig helsepersonellet opplevde slike situasjoner.»

– Flere foreldre jeg intervjuet, sa at «vi vet jo at dette må gjøres», selv i tilfeller der det kunne ventet.

MYE USIKKERHET

Ifølge Svendsen reagerte flere av foreldrene i studien på helsepersonellens håndtering.

En skal ha sagt: «Det virker ikke som om de er vant til å snakke med barn.»

– Foreldrene skjønnte at det kunne være nødvendig med tvang noen ganger, men at det de opplevde, var unødvendig og noen ganger lite planlagt, forteller Svendsen.

De skal også ha reagert på at helsepersonell kunne bomme flere ganger ved innleggelse av venekanyle.

– Foreldre vet dessuten ikke alltid når det haster, og de vil godkjenne bruk av tvang dersom de oppfatter behandlingen som nødvendig.

FORSØKER Å BEGRENSE

Svendsens erfaring er at helsepersonell forsøker å begrense ufrivillig fastholding av barn, og sentrale nøkkelord er kommunikasjon, avledning og emosjonell støtte.

Det finnes ulike praksiser og metoder som er ment å redusere stress, smerte og redsel hos små pasienter. Ved barnepoliklinikken på Rikshospitalet tilbys for eksempel redde barn et stoppskilt de selv kan holde opp for å kontrollere skremmende situasjoner og prosedyrer.

Svendsen etterlyser likevel mer faglig bevissthet om temaet. Retningslinjer, veiledere og rutiner for dokumentasjon av tvangsbruk er mangelfulle. Flere av deltakerne i studien uttrykte usikkerhet om hva som var lovlig. Hva som i det hele tatt kunne kalles «tvang».

– Det aller viktigste er at vi begynner å snakke om dette, sier Svendsen, som selv har jobbet klinisk som sykepleier på barneavdeling i flere år.



VIL FJERNE TABU: Edel Jannecke Svendsen håper hennes forskning kan bidra til mer bevissthet og diskusjon om hva man gjør med barn som motsetter seg behandling. Foto: Ingvald Bergsagel

– Jeg opplevde da situasjoner med motvillige barn som svært problematiske og savnet gode verktøy for å håndtere dem.

Egen erfaring fra praksis, samt arbeidet med en masteroppgave om ikke-medikamentelle strategier for smertelindring, var med på å forme doktorgradens problemstilling.

– Tvangsbruk var ikke tema i undervisningen i Oslo da jeg selv tok videreutdanning som barne-sykepleier, men nå er det med. Det virker likevel som om dette fremdeles ikke er noe helsepersonell snakker åpent om ute i praksis, og det kan skape en følelse av hjelpeløshet.

VIL SKAPE BEVISSTHET

Svendsen understreker at hun ikke er ute etter å plassere skyld, men å skape bevissthet omkring

«Dagens praksis er problematisk.»

og verktøy til å håndtere situasjoner hvor tvang kan bli brukt.

Blant annet håper hun å utarbeide et sett med spørsmål som kan benyttes i forkant av potensielt skremmende og smertefulle prosedyrer for å identifisere barn som trenger en ekstra innsats før, under og etter.

Hun ønsker også å studere hvordan bruk av tvang mot barn kan påvirke helsepersonell og deres forhold til eget arbeid.

– Det er selvsagt tøft for barna og foreldrene, men også for sykepleiere og leger som opplever slike situasjoner regelmessig og over tid.

UTBREDT FENOMEN

Svendsen mener ufrivillig fastholding av barn kan være en aktuell problemstilling ved en rekke vanlige prosedyrer innen helsevesenet, som nedleggelse av sonde, inhalasjonsbehandling, innleggelse av urinkateter og venøs blodprøvetaking.

– Derfor er det så viktig at vi klarer å snakke om tvang på en profesjonell måte. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



[Sykepleien.no](https://www.sykepleien.no)

Send oss gjerne en e-post om du har tips eller erfaringer som er relevante for denne artikkelen.



SLIK MÅLER DU BLODTRYKK PÅ BARN

Både menneskelige og tekniske feil forekommer relativt hyppig ved blodtryksmålinger. Feilmålinger av blodtrykk hos barn kan føre til unødvendig utredning og behandling.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.70729



Erlend Johnsen
 Spesialsykepleier,
 Haukeland universitetssjukehus

Barn over tre år som får medisinsk oppfølging eller behandling, bør måle blodtrykk (BT) ved hver kontakt med sykehus for å avdekke HT (1, 2). HT er viktig å identifisere hos barn siden underliggende patologi krever utredning og behandling. Feilmålinger av BT hos barn vil kunne ha alvorlige konsekvenser og føre til unødvendig utredning og behandling.



Gottfried Greve
 Overlege og professor,
 Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen

Manuell auskultatorisk målemetode er anbefalt på barn (1–3), mens automatisk oscillometrisk målemetode av praktiske årsaker er foretrukket de fleste steder. Begge metodene kan være forbundet med feilmålinger, hvor menneskelige og tekniske feil forekommer relativt hyppig (3).



Ansgar Berg
 Overlege og professor,
 Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen

Manuell auskultatorisk BT-måling med Scipione Riva-Roccis kvikksølvmanometer ble introdusert i Italia i 1896 og har ikke endret seg vesentlig siden den russiske kirurgen Nikolai Korotkoff beskrev metoden i 1905 (4). Korotkoff auskulterte en arterie distalt for en oppblåst mansjett på pasientens overarm mens luften ble sluppet ut av mansjetten, og hørte de såkalte Korotkoff-lydene, som han klassifiserte i fem faser: K1–K5 (5). Se tabell 1. K1 brukes til å registrere systolisk BT (SBT), mens K5 brukes til å registrere diastolisk BT (DBT) (1, 3). Metoden er fortsatt gullstandarden.



Kjersti Oterhals
 Fag- og forsknings-
 sykepleier og
 førstemanuensis,
 Haukeland universitetssjukehus og Høgskulen på Vestlandet

Tabell 1. Korotkoffs faser

Fase	Beskrivelse
K1	Klar, tydelig lyd som samsvarer med palpabel puls
K2	Vedvarende, men svakere lyd
K3	Lyden blir tydeligere, men kortere
K4	Lyden blir tydelig svakere
K5	Lyden forsvinner

Non-invasiv BT-måling gjøres i dag i hovedsak ved bruk av to metoder, manuell auskultatorisk (heretter kalt auskultatorisk) og automatisk oscillometrisk (heretter kalt automatisk). Aneroide sphygmomanometre har tatt over for kvikksølvmanometre når BT måles auskultatorisk på grunn av kvikksølvets toksisitet (3). Dersom riktig mansjettstørrelse blir brukt (1–3, 6–8) og sphygmomanometeret blir kalibrert mot et kvikksølvmanometer hver sjette måned (1, 3, 8), regnes disse som svært nøyaktige.

Automatiske BT-målere har økt i bruk de siste årene. Få av disse er validert og godkjent for bruk til barn (1, 2). På den andre siden eliminerer de en av de største feilkildene ved auskultatorisk metode: menneskelige feil (3, 9).

FORBEREDELSE

Forberedelse av barnet kan påvirke BT-målingen like mye som tekniske faktorer (1). Noen forhold kan virke inn på målingen uavhengig av hvilken metode som brukes: romtemperatur, nikotininntak (kan være aktuelt hos ungdom), armposisjon, muskelspenning, prating og bakgrunnsstøy er eksempler på slike forhold (3).

Barnet skal instrueres om ikke å prate under målingen (3). For å hindre bakgrunnsstøy gjelder det samme for foreldrene og den som måler. En studie der sykepleiere ble observert når de målte BT på voksne pasienter, viste at prating under målingen var den hyppigste feilkilden (10).

Å la barnet få se og kjenne på mansjetten samtidig som prosedyren blir forklart, kan være med på

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Måling av blodtrykk (BT) er en billig, non-invasiv undersøkelse for å påvise hypertensjon (HT) hos barn. Selv om BT-måling er anbefalt rutineundersøkelse i sykehus fra tre års alder, blir dette ofte ikke gjennomført. Det målte BT er en viktig parameter for beslutning om videre utredning eller evaluering av behandling. BT-måling hos barn er imidlertid en prosedyre med mange feilkilder, som gjør at BT-målinger ofte blir en upålitelig parameter i klinisk medisin. Hensikten med denne artikkelen er å gi sykepleiere kunnskap om faktorer som kan påvirke BT-måling på barn, og å gi råd for korrekt non-invasiv BT-måling på barn i alderen tre–syttén år.

Nøkkelord

- Blodtrykk
- Barn



ARMOMKRETS: Ved blodtrykksmåling kan det være nyttig å ha et målebånd tilgjengelig, slik at armomkrets kan måles nøyaktig. Foto: Privat

å gjøre opplevelsen bedre for barnet. Hos barn som er urolige og gruer seg til å måle BT, kan en plassere mansjetten på barnets overarm etter å ha forklart prosedyren, for en lar foreldrene trøste og roe barnet ved å synge en sang eller se i en bok.

Når barnet er rolig, kan målingen utføres. Å la en av foreldrene støtte armen til barnet, uten å holde hardt fast, er også et godt råd (3).

KROPPSPOSISJON

Barnet skal sitte med støtte for rygg. Begge føtter skal hvile på gulvet eller på en krakk uten at beina er i kryss. Armen skal være i en posisjon hvor midten av mansjetten er i hjertehøyde, tilsvarende høyre forkammer, som blir omtrent midt på sternum eller fjerde intercostalrom (1, 3). Dersom barnet må ligge under målingen, må armen

støttes opp med en pute eller liknende, slik at mansjetten er i hjertehøyde (3).

MANSJETTSTØRRELSE

Den ideelle mansjetten har en blære hvis bredde dekker minst 40 prosent av lengden på overarmen målt fra skulderhøyden til albuen (acromion-olecranon), og en lengde som dekker 80–100 prosent av overarmens omkrets målt midt på overarmen (1, 3). BT kan bli overestimert med for liten mansjett og underestimert med for stor mansjett (1).

De fleste mansjetter er utstyrt med hjelpemidler for raskt å kunne si om de passer til barnet. Et av disse er hvilken armomkrets de passer til. Det kan være nyttig å ha et målebånd tilgjengelig, slik at armomkrets kan måles nøyaktig. Dersom størrelsen på armen

«Forberedelse av barnet kan påvirke blodtrykksmålingen like mye som tekniske faktorer.»

passer med to mansjetter, skal den største velges fordi en for liten mansjett kan overestimere mer enn en for stor mansjett kan underestimere (1).

Dersom en passelig mansjett ikke er tilgjengelig, er det teknisk sett mulig å måle BT på underarmen med stetoskopet over arteria radialis (3, 11). Målinger på underarmen er rapportert å være i

gjennomsnitt 3 mmHg høyere enn målinger på overarmen, både for SBT og DBT (12).

DEN SOM MÅLER

Pickering og medarbeidere kaller målepersonen den mest kritiske faktoren for nøyaktig BT-måling og hevder at observatørfeil er den største ulempen ved auskultatorisk metode (3). En av de vanligste feilene som blir gjort, er å runde av det målte BT til nærmeste 10 mmHg i stedet for nærmeste 2 mmHg, som er anbefalt (3). Når kun 4 mmHg avgjør om et barn er prehypertensivt eller hypertensivt (1), er en avrunding til nærmeste 10 mmHg svært lite gunstig.

For å utføre korrekt BT-måling kreves god teknikk, bruk av et kalibrert måle-apparat og riktig mansjettstørrelse, kunnskap om





faktorer som kan påvirke målingen, evne til å instruere barnet og korrekt journalføring av måleresultatene (3). Dette krever at sykepleiere ikke bare blir riktig opplært og trent i BT-måling, men også at de holder teknikk og kunnskap om BT-måling på barn ved like (3).

AUSKULTATORISK MÅLING

Aneroide sphygmomanometre inneholder mekaniske deler som tannhjul, skruer og fjærer, som krever at de håndteres forsiktig. Både røff og dagligdags bruk kan gå ut over apparatets nøyaktighet (13). I tillegg blir de mindre nøyaktige med tiden og skal derfor kalibreres mot et kvikksølvmanometer hver sjette måned (13). Dette gjøres som regel på en medisinsk-tekknisk avdeling på sykehus, og kan enkelt systematiseres ved å markere apparatene med når de sist ble kalibrert, og når de skal kalibreres igjen. Dessverre etterleves dette sjelden.

En studie har sammenliknet BT-målinger utført med både kvikksølvmanometer og aneroide sphygmomanometre på barn og funnet at DBT hadde en tendens til å underestimeres ved aneroide målinger. Dog ble ikke dette vurdert å ha klinisk betydning. Det var omtrent ingen forskjell i SBT mellom de to metodene (14).

Auskultatorisk metode utføres ved at BT-apparatet plasseres i øyehøyde til sykepleieren og ikke altfor langt unna, slik at riktige verdier lett kan leses av. Mansjetten plasseres på høyre overarm. Den er utstyrt med en markør som skal ligge over arteria brachialis, fortrinnsvis med noen centimeter klaring til innsiden av albuen, for å ha plass til stetoskopet (3).

Hvis riktig valgt mansjettstørrelse fører til at stetoskophodet må være i kontakt med mansjetten, har ikke det noe å bety for målingen, men kan gi lyd som er forstyrrende for måleren (3). En kan da velge et stetoskop beregnet på nyfødte eller benytte bjellen på et vanlig stetoskop, som har mindre flate.

Fordi barn kan oppleve det

smertefullt dersom mansjetten pumpes opp for høyt, kan man begynne med å estimere SBT (3). Dette gjøres på følgende måte: Palper radialispuls og pump opp mansjetten til pulsen ikke lenger er følbart. Tallet på manometeret når pulsen opphører, er estimert SBT (3). Mansjetten pumpes opp til omtrent 30 mmHg over estimert SBT, og deflateres med en hastighet på omtrent 2 mmHg per sekund eller per puls-slag dersom hjerterytmen er veldig langsom (3).

Hastigheten på deflateringen har en signifikant innvirkning på BT-målingen. Om den er raskere enn det anbefalte, kan det føre til underestimering av SBT og overestimering av DBT (3). SBT registreres når første pulsslag høres (K1), og DBT når lyden opphører (K5).

Nålen på manometeret begynner ofte å bevege seg med en takt forenlig med pulsslag før K1 høres. Dette skyldes trolig at like før så mye blod slipper gjennom den sammenklemte arterien at man hører K1, kan membranen i manometeret fange opp små endringer inne i mansjetten. Som nevnt brukes K1 til å registrere SBT, altså ikke nålens bevegelse.

Hos noen barn kan Korotkofflyder høres helt ned til 0 mmHg. Da legges et lett trykk på stetoskophodet ved neste måling, og dersom K5 også da er nærmest eller lik 0 mmHg, skal K4 brukes til å registrere DBT (1, 3). Dersom K4 blir brukt, bør dette journalføres.

BT måles minst to ganger med noen minutters mellomrom, og gjennomsnittet av målingene er barnets BT. Dersom det er >5 mmHg forskjell fra en måling til en annen, skal BT måles til en har to stabile målinger etter hverandre (3). Det kan være nyttig informasjon for den som skal vurdere BT, å vite om barnet var urolig, gråt, lekte, spiste eller liknende under målingen.

AUTOMATISK MÅLING

De fleste automatiske BT-apparater benytter seg av oscillometri. Metoden registrerer oscilleringer, svingninger i arterien mens den

klemmes sammen av mansjetten. Punktet for maksimal oscillering registreres som middel-BT (MAP). SBT og DBT kalkuleres ut fra denne verdien (2, 3). Fordi oscilleringen er kortere hos barn enn hos voksne, økes risikoen for feilmålinger (2).

BT målt automatisk er i gjennomsnitt 10 mmHg høyere enn auskultatoriske målinger for SBT og 5 mmHg høyere for DBT (7). Europeiske og amerikanske retningslinjer er å måle BT minst tre ganger med noen minutters mellomrom ved hver kontroll for å minske faren for feilmåling (1, 2). Dette bekreftees i en studie fra 2016, hvor den største forskjellen fra måling en og to var 3,8 mmHg lavere for SBT og 3,3 mmHg lavere for DBT (15). Et unormalt høyt BT målt automatisk skal kontrolleres med auskultatorisk metode (1, 2).

De største fordelene med metoden er dens enkelhet og at den minsker faren for menneskelige feil (3, 16). Europeiske retningslinjer anbefaler å bruke et apparat som er blitt godkjent i en valideringsprosedyre (2). Svært få apparater har blitt validert for bruk på barn. En fullstendig oversikt over godkjente apparater kan sees på nettsiden til dabl Educational Trust (17).

Målingen utføres ved at en passende stor mansjett plasseres på barnets høyre overarm. Etter å ha forberedt og instruert barnet startes målingen. Den første målingen er ofte høy og skal strykes før en fortsetter med to målinger med minst 1 minutt mellomrom. Gjennomsnittet av de to siste målingene er barnets BT. Dersom forskjellen er >5 mmHg, skal BT måles igjen inntil en har to stabile målinger etter hverandre (3).

«Målepersonen er den mest kritiske faktoren for nøyaktig blodtryksmåling.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

REFERANSEVERDIER

Normalt BT hos barn bestemmes ut fra tre variabler: alder, høyde og kjønn (1). Det er utviklet persentilskjema som viser øvre grense for BT hos barn (1). Disse kan skrives



RIKTIG SITTESTILLING: Barnet skal sitte med støtte for rygg. Begge føtter skal hvile på gulvet eller på en krakk uten at beina er i kryss.

FOR BARN: Man kan bruke et stetoskop beregnet på nyfødte eller bjellen på et vanlig stetoskop, som har mindre flate.

Foto: Privat



ut i lommeformat fra nettsidene til National Heart, Lung, and Blood Institute (18) og er et godt hjelpemiddel for å kunne vurdere om et BT er normalt eller ikke. Nettsiden til Baylor College of Medicine (19) gir en grafisk fremstilling av om BT er normalt når en plottet inn barnets høyde, alder og kjønn samt det målte BT.

Referanseverdiene er basert på BT til over 70 000 amerikanske barn målt auskultatorisk (1). Flere europeiske land, deriblant Norge (20–22), Sverige og Tyskland (23, 24), har utviklet egne referanseverdier for normalt BT hos barn i alderen to–atten år.

Likevel anbefaler European Society of Hypertension i sine retningslinjer for håndtering av høyt BT hos barn å bruke de amerikanske referanseverdiene, på grunn av den store populasjonen de er basert på (2). BT-verdier hos ungdom over 16 år skal vurderes ut fra normalverdier hos voksne, hvor høyt normalt BT er 130–139 / 85–89 mmHg og HT er $\geq 140/90$ mmHg (2).

HYPERTENSJON

Det antas at mellom 3 og 5 prosent av normalvektige barn har HT (25). Dette er en av de vanligste kroniske sykdomstilstandene hos barn. De vanligste årsakene til HT hos barn er nyresykdom, endokrine sykdommer og medfødt hjertefeil (26). Forhøyet BT hos barn kan føre til HT som voksen (1, 2, 25) og dermed økt risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer og nyresvikt (3).

HT hos barn er definert som SBT og/eller DBT ≥ 95 -persentilen for kjønn, alder og høyde målt ved tre eller flere anledninger, med noen ukers mellomrom (1, 2). Viktigheten av flere målinger over tid er vist i to studier. I den ene falt prevalensen av HT fra 4,2 prosent ved første besøk til 1,1 prosent ved tredje besøk (27). I den andre hadde 11,4 prosent av barna HT ved første besøk mot 2,2 prosent ved tredje besøk (28).

Barn kan ha såkalt *white-coat* HT, altså HT når BT måles av helsepersonell, men normalt BT når målingen utføres utenfor sykehus (1).

Tjuefiretimers ambulatorisk BT-måling eller hjemmemåling av BT er spesielt nyttig ved diagnostisering eller utelukkning av *white-coat* HT, men også ved andre tilstander hvor en behøver mer informasjon om barnets BT (1).

Overvekt og fedme hos barn er et økende helseproblem og en viktig risikofaktor for utvikling av HT (29). Hos barn med overvekt og fedme er prevalensen av HT henholdsvis 4–11 prosent og 11–33 prosent (30).

KONKLUSJON

Alle barn fra tre års alder som følges opp eller behandles i sykehus, bør få målt sitt BT. Måling og vurdering av BT-verdier hos barn kan være utfordrende. For å oppnå korrekte målinger bør sykepleiere som arbeider med barn, ha kunnskap om faktorer som kan påvirke BT-måling. Den som utfører målingen, er kanskje den viktigste faktoren for korrekt BT-måling.

Feilaktig målt BT kan føre til at barnet utsettes for unødvendig utredning og behandling, og vil ofte medføre bekymring hos barn og foreldre.

Automatisk BT-måling på barn kan gi feilaktig høye BT-verdier, da barn har kortere oscillering enn voksne. BT på barn bør derfor måles auskultatorisk eller med et automatisk apparat som er validert til bruk på barn. Høyt BT målt automatisk skal alltid kontrolleres med auskultatorisk metode. ●

REFERANSER:

- National High Blood Pressure Education Program Working Group. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics; 2004. 0031-4005 Contract No. 2 part 3.
- Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *Journal of hypertension*. 2016;34(10):1887–920.
- Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: Part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2005;45(1):142–61.
- Korotkov NS. Experiments for determining the efficiency of arterial collateralals. (Doktoravhandling.) PP Sovkine's Press. 1910.
- Lewis WH. The evolution of clinical sphygmomanometry. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1941;17(11):871–81.
- Arafat M, Mattoo TK. Measurement of blood pressure in children: recommendations and perceptions on cuff selection. *Pediatrics*. 1999;104(3):e30.
- Park MK, Menard SW, Yuan C. Comparison of auscultatory

and oscillometric blood pressures. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2001;155(1):50–3.

- Mo R. Konvensjonell blodtryksmåling. *Utposten*. 2008;37(5):12–5.
- Armstrong RS. Nurses' knowledge of error in blood pressure measurement technique. *International Journal of Nursing Practice*. 2002;8(3):118–26.
- Chapman JA, Johnson JA. On the spot! Peer validation of BP measurement competence. *Nursing Management*. 2013;44(9):22–4.
- Schell K, Bradley E, Bucher L, Seckel M, Lyons D, Wakai S, et al. Clinical comparison of automatic, noninvasive measurements of blood pressure in the forearm and upper arm. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2005;14(3):232–41.
- Taksande AM, Jadhav A, Nair J. Is it reliable to measure the forearm blood pressure in children? *Journal of Family and Community Medicine*. 2015;22(2):85–7.
- Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension: blood pressure measurement. Part II – conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. *BMJ (Clinical research ed)*. 2001;322(7293):1043–7.
- Shah AS, Dolan LM, D'Agostino Jr. RB, Standiford D, Davis C, Testaverde L, et al. Comparison of mercury and aneroid blood pressure measurements in youth. *Pediatrics*. 2012;129(5):e205–10.
- Negróni-Balascuide X, Bell CS, Samuel J, Samuels JA. Is one measurement enough to evaluate blood pressure among adolescents? A blood pressure screening experience in more than 9000 children with a subset comparison of auscultatory to mercury measurements. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2016;10(2):95–100.
- Vidal E, Murer L, Matteucci MC. Blood pressure measurement in children: which method? which is the gold standard. *Journal of Nephrology*. 2013;26(6):986–92.
- dabl Educational Trust. Blood pressure monitors – validations, papers and reviews 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.dabileducational.org/> (nedlastet 25.05.2018).
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. A pocket guide to blood pressure measurement in children. 2007. Tilgjengelig fra: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/bp_child_pocket.pdf (nedlastet 25.05.2018).
- Baylor College of Medicine. Age-based pediatric blood pressure reference charts. 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.bcm.edu/bodycomp/lab/Flashapps/BPVAgeChartpage.html> (nedlastet 25.05.2018).
- Jackson LV, Thalange NK, Cole TJ. Blood pressure centiles for Great Britain. *Archives of Disease in Childhood*. 2007;92(4):298–303.
- Menghetti E, Virdis R, Strambi M, Patriarca V, Riccioni MA, Fossali E, et al. Blood pressure in childhood and adolescence: the Italian normal standards. Study Group on Hypertension of the Italian Society of Pediatrics. *Journal of Hypertension*. 1999;17(10):1363–72.
- Munkhaugen J, Lydersen S, Widerøe TE, Hallan S. Blood pressure reference values in adolescents: methodological aspects and suggestions for Northern Europe tables based on the Nord-Trøndelag Health Study II. *Journal of Hypertension*. 2008;26(10):1912–8.
- Schwandt P, Scholz JE, Bertsch T, Liepold E, Haas GM. Blood pressure percentiles in 22,051 German children and adolescents: the PEP Family Heart Study. *American Journal of Hypertension*. 2015;28(5):672–9.
- Norman M. [New Swedish standard gives values for blood pressure in children – better opportunities to detect and treat children with hypertension]. *Lakar tidningen*. 2015;112.
- Redwine KM, Acosta AA, Poffenbarger T, Portman RJ, Samuels J. Development of hypertension in adolescents with prehypertension. *The Journal of Pediatrics*. 2012;160(1):98–103.
- Sinaiko AR. Hypertension in children. *The New England Journal of Medicine*. 1996;335(26):1968–73.
- Sinaiko AR, Gomez-Marin O, Prineas RJ. Prevalence of «significant» hypertension in junior high school-aged children: the Children and Adolescent Blood Pressure Program. *The Journal of Pediatrics*. 1989;114(4 Pt 1):664–9.
- Chiolero A, Cachat F, Burnier M, Paccaud F, Bovet P. Prevalence of hypertension in schoolchildren based on repeated measurements and association with overweight. *Journal of Hypertension*. 2007;25(11):2209–17.
- Lo JC, Chandra M, Sinaiko A, Daniels SR, Prineas RJ, Maring B, et al. Severe obesity in children: prevalence, persistence and relation to hypertension. *International Journal of Pediatric Endocrinology*. 2014;2014(1):3.
- Wirix AJ, Verheul J, Groothoff JW, Nauta J, Chinapaw MJ, Kist-van Holthe JE. Screening, diagnosis and treatment of hypertension in obese children: an international policy comparison. *Journal of Nephrology*. 2017;30(1):19–25.



Den gamle, sengeliggende damen holder så hardt i snoren at det ringer hele tiden. Personalet er fortvilet. Hva gjør man?

Pasienten drar i snoren i ett



Fakta

Elisabeth Sveen Kjølsrud

Leder, Rådet for sykepleieetikk

Rådet for sykepleieetikk har fått spørsmål om hvordan personalet skal forholde seg til en dame på 90 år som er sengeliggende. Hun har ringesnoren festet i dyna slik at hun kan tilkalle hjelp. Om natten er problemet at hun holder ringesnoren så stramt, selv når hun sover, at alarmen hele tiden blir utløst. Hvis nattevaktene løsner snoren, våkner damen.

Etter samtykke har pasienten gått med på å feste snoren til lampen, slik at hun kan holde i snoren, men ikke ringe etter hjelp. Nattevaktene er innom henne hver halve time for å sjekke at snoren virker, og de har blitt informert om at snoren ikke kan tas fra henne. Nattevaktene ønsker en løsning hvor pasienten kan sove trygt og godt uten at de til stadighet må gå innom damens rom for å stenge klokken.

HVORDAN OPPLEVES SITUASJONEN?

I saken er det flere berørte parter. For det første er det pasienten det gjelder. Vi har i liten grad en beskrivelse av hvordan hun opplever situasjonen, så vi vet ikke hva pasienten selv ønsker, og hva hun forstår av bruken av ringesnoren. Vi vet ikke hvordan hun selv opplever det når hun våkner flere ganger på natten av at personalet er inne og sjekker. Vi er ikke kjent med om pasientens samtykkekompetanse er vurdert. Vi vet heller ikke om pasienten har pårørende og familie.

«Grunnleggende sykepleie innebærer også at en hjelper pasienten til søvn og hvile.»

Nattevaktene og øvrig personell er også berørte parter. Det beskrives at nattevaktene er «helt fortvilet» over situasjonen.

Leder og ledelse er også parter i saken.

VERDIKONFLIKTER

Det er også avgjørende å reflektere over eventuelle verdikonflikter i saken. Rådet for sykepleieetikks verktøykasse er de yrkesetiske retningslinjene, som nå er digitalisert.

I sykepleiens grunnlag står det at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I punkt 2 omtales sykepleieren og pasienten: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.»

Et punkt er spesielt viktig i denne saken, og det er punkt 2.4: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.»

Rådet forstår det slik at medbestemmelsen er et viktig prinsipp for personalet som har med den 90 år gamle pasienten å gjøre, noe vi understøtter. Medbestemmelse er en viktig verdi og medvirker til god faglig, forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. I denne saken er Rådet imidlertid noe usikker på om pasientens samtykkekompetanse er vurdert dit hen at pasienten er innforstått med at snoren i lampen i praksis ikke har noen verdi.

I tråd med å handle faglig forsvarlig underbygger man også både tillit og trygghet hos pasientene, noe som er avgjørende og viktig i samhandling og for å kunne yte omsorgsfull hjelp.

LOV OG ETIKK SAMSVARER IKKE ALLTID

Verdier på prøve som drøftes, må også forstås på bakgrunn av annet rammeverk som for eksempel juridiske føringer. Av og til vil det være konflikter mellom føringene, og noen ganger vil det ikke være samsvar mellom det som synes etisk riktig, og for eksempel lovverket. Rådet for sykepleieetikk består av etikere, og har ikke tungt faglig grunnlag innen juss. Allikevel vil vi peke på lover som regulerer både helsepersonells plikter og pasientens rettigheter. Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven er aktuelle.

HVORDAN KAN SAKEN LØSES?

Vi opplever at det ikke er lett å gi konkrete råd fordi vi ikke vet nok om saken. For eksempel har vi ikke informasjon om hvilke tiltak som er forsøkt tidligere, og effekten av disse. Men noen handlingsalternativer og råd har vi drøftet oss frem til.

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

● Telefon: 91 87 67 95 ● e-post: elisabeth.sveen.kjolsrud@nsf.no

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.71225

Det første vi anbefaler, er at det utføres en grundig sykepleiefaglig kartlegging og observasjon av situasjonen. Herunder også at en evaluerer og dokumenterer tiltak som er forsøkt – og de som skal prøves ut for å hjelpe pasienten til nattesøvn.

Still spørsmålet: Hva er god omsorg og faglig forsvarlig helsehjelp til denne pasienten? Grunnleggende sykepleie innebærer også at man hjelper pasienten til søvn og hvile. Spørsmål som Rådet har stilt seg, er blant annet: Hvordan er pasientens tilstand, er hun klar over forskjellen på dag og natt? Blir det dradd i snoren på grunn av søvn eller at vedkommende snur seg? Er denne pasienten redd i mørket og stillhet? Kan familie gi viktig informasjon? Er det gjort forsøk med å sitte hos pasienten på natten og se hva som skjer? Hvordan er bemanningen på natt?

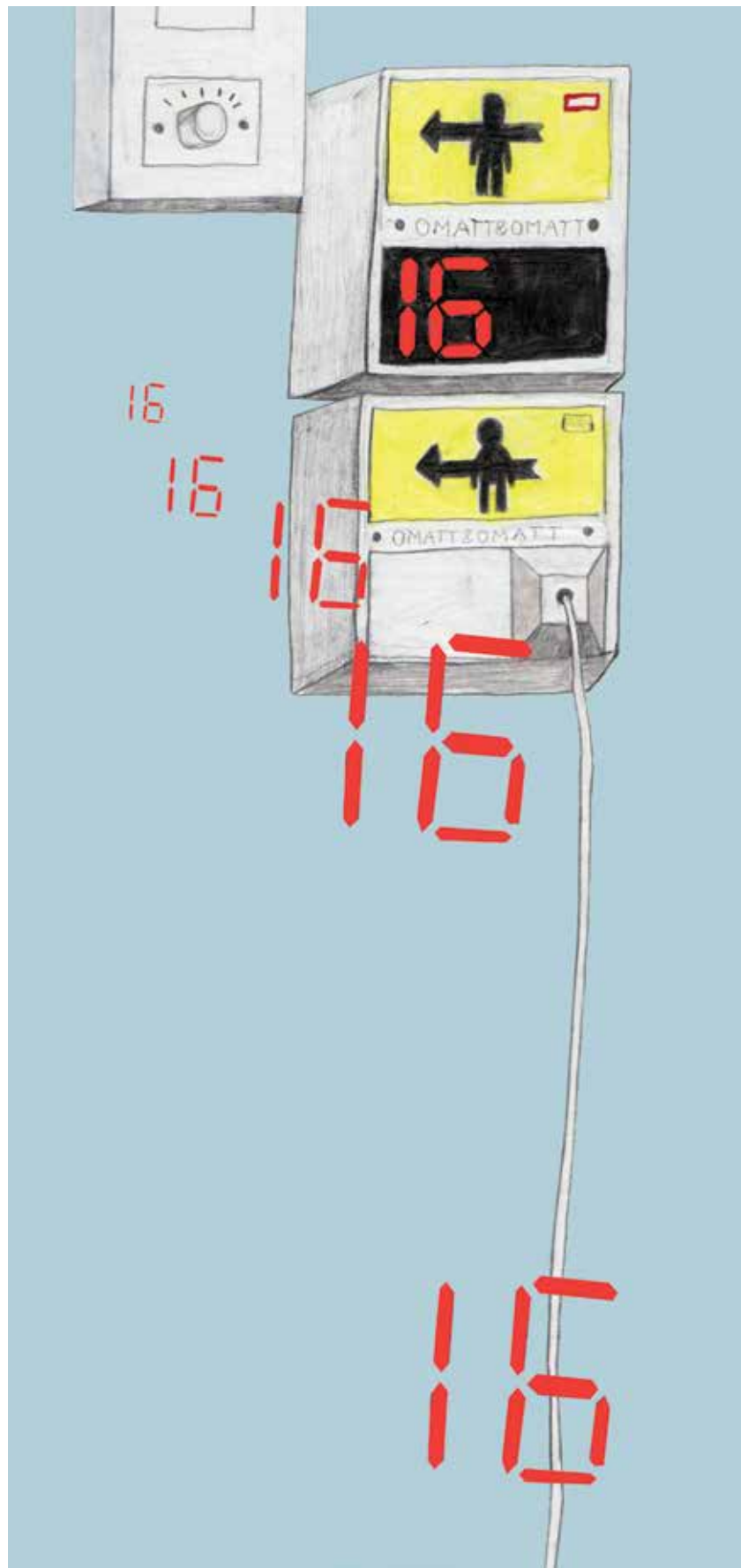
I saken beskrives det at nattevaktene har blitt informert om at ringesnoren ikke kan tas fra pasienten. Det bør tas stilling til om det er andre tiltak som kan iverksettes, slik at pasienten kan varsle dersom hun ikke kan benytte / det ikke fungerer med ringesnoren.

I hvert fylke er det etablert et utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste. Kanskje de kan bidra med hjelp til faglig veiledning i saken?

ETISK REFLEKSJON ANBEFALES

Rådet for sykepleieetikk ønsker å oppsummere med et tydelig råd om at det legges til rette for faglig veiledning og systematisk etisk refleksjon for personalet som er involvert i saken. Det må legges til rette slik at nattevaktene kan delta. Dette er et lederansvar. Gjennom refleksjon og veiledning kan personalet i fellesskap belyse saken med mål om å finne løsninger.

I vanskelige saker må man ofte ta et steg tilbake og se saken på nytt. Vi oppfordrer lederne til å legge til rette for at personalet som er involvert, kan reflektere ved hjelp av en etisk refleksjonsmodell, som vi har eksemplifisert. Med det kan personalet komme frem til konkrete handlingsalternativer i større grad enn det vi i Rådet har kunnet gjøre med bakgrunn i de fakta vi har. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



SYKEPLEIERES KOMPETANSE I KOMMUNIKASJON MÅ SYSTEMATISK INN I UNDERVISNINGEN

Enkle verktøy kan være til hjelp i undervisningen for å utvikle studentenes ferdigheter i personorientert kommunikasjon på en systematisk måte.

FORDYPNINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.70266



Inger Pauline Landsem
 Førsteamanuensis, forsker og postdoktor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet og Barne- og ungdomsklinikken, Universitets-sykehuset Nord-Norge

Bachelorstudier i sykepleie sikrer at samfunnet hvert år tilføres nye sykepleiere med adekvat handlingsberedskap og handlingskompetanse, i tråd med gjeldende rammeplan (1). Begrepet «handling» fremhever sykepleie som et ferdighetspreget yrke. Samtidig vet vi at sykepleiefaget og -yrket impliserer mange typer fagkunnskap. Martinsen (2) siterer Løgstrup når hun påpeker at samtalen er vår mulighet til å møte et medmenneske språklig.

Etter 40 år som yrkesaktiv sykepleier har det vært mest faglig utfordrende å utvikle en nyansert og formålstjenlig kommunikasjonskompetanse. Refleksjon over livserfaringer utvikler oss underveis, som menneske og fagperson. Samtidig har en erkjennelse vokst frem av at kommunikasjon er en vesentlig del av min kjernekompetanse som sykepleier. Hvordan vi utøver omsorg, arbeider relasjonelt, samhandler tverrfaglig, skaper tillit samt fremmer opplevelsen av egenverd og helse, avhenger av hvordan vi kommuniserer.

HELSEKOMMUNIKASJON

Etter å ha lest boken *Kommunikasjon i relasjoner* (3) har jeg gjennomført et fordypningsprosjekt om hvordan sykepleierstudiet fokuserer på og fasiliterer utviklingen av

studentenes kommunikasjonsferdigheter. Arbeider vi systematisk og kunnskapsbasert med dette? Preges studiet av holdninger om at grunnleggende kommunikasjonsferdigheter vokser av seg selv når studentene utfordres i praksis og arbeider teoretisk med faget? Kan studentenes kommunikasjonskompetanse utvikles mer målrettet og progressivt via tydeliggjøring og trening?

Profesjonell helsekommunikasjon defineres som «personorientert kommunikasjon» (3). Begrepet innebærer at helsepersonell alltid kommuniserer med men-

«Vi skal samtale med personer i stedet for å snakke til pasienter.»

nesker som er mer enn det vi kan observere rett foran oss. Det forutsetter at vi lytter aktivt og anerkjenner den andre som en unik person (3, s. 16). Begrepsforståelsen i denne boken er i henhold til nasjonale og internasjonale mål om å myndiggjøre mennesker som mottar helsetjenester (4).

Vi skal samtale med personer i stedet for å snakke til pasienter. Det er i tråd med Martinsens (5) bruk av begrepet «personorientert profesjonalitet», der vi ser den andre som et menneske, og ikke som et objekt. Basislitteratur om grunnleggende sykepleie (6) tematiserer betydningen av god kommunikasjon og sykepleierens ansvar for å oppfatte pasientens kommunikative uttrykk. Bokserien *Grunnleggende sykepleie* (6) tematiserer ulike kommunikative oppgaver, som informasjon, veiledning og intervju, men omtaler i liten grad kommunikasjon som en eksplisitt kompetanse.

BEDRE PÅ KOMMUNIKASJON

Det er imidlertid et viktig mål for fremtidens helsetjenester å styrke helsepersonellens kommunikasjonskompetanse, eksemplifisert med følgende sitat: «People-centered health systems provide high-quality comprehensive and coordinated services in an equitable manner and involve people as partners in decision-making. This requires investments in health literacy and empowerment so that people have the necessary education and support to make decisions and to participate in their own care.» (4, s. 5)

Pasienters deltakelse er viktig, både i beslutninger og i

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Personorientert kommunikasjon er en kjernekompetanse hos sykepleiere. Derfor er det avgjørende at kommunikasjonskompetansen til sykepleierstudentene bygges og fremmes på en systematisk og god måte. Artikkelen diskuterer hvordan og hvorfor dette bør gis større oppmerksomhet i grunnutdanningen i sykepleie. I tillegg presenterer den en måte å visualisere og memorere viktige aspekter ved personorientert kommunikasjon.

Nøkkelord

- Sykepleierstudent
- Kommunikasjon
- Undervisning
- Personorientert kommunikasjon



PERSONORIENTERT KOMMUNIKASJON: Studentenes kompetanse i kommunikasjon kan utvikles mer målrettet gjennom tydelig undervisning og trening. Arkivfoto: Stig M. Weston

gjennomføringen av helsehjelpen de mottar. Dette skjerper kravene til helsefremmende kommunikasjonskompetanse hos sykepleiere og andre helsearbeidere.

HVA ER KOMMUNIKASJON?

Her starter utfordringen. Kommunikasjonskompetanse er jo så mangefasettert – den preges av konteksten samt våre intensjoner, mål, følelser og rolleforståelse. God, profesjonell kommunikasjon i helsefag bygger på naturlig språkbruk – vanlige samtaler – men er også alltid noe mer (3).

Boken *Kommunikasjon i relasjoner* tematiserer utrolig mange aspekter av personorientert kommunikasjon, dens forutsetninger og ulike hensikter samt hvilke «verktøy» vi kan bruke. Boken henvender seg primært til

sykepleiere, men er allerede blitt anbefalt lesning for leger og andre helsefagarbeidere (7).

ØVE PÅ FERDIGHETER

Et viktig poeng er at kommunikasjonsferdigheter kan og bør trenes opp. Slike ferdigheter kan dempe helsearbeidernes opplevelse av yrkesrelatert stress og forbedre tjenestene (3). Forfatterne fraråder å trene i reelle pasientsituasjoner, mens simulerings- og rollespill har vist seg som effektive metoder for å utvikle kommunikasjonsferdighetene (3).

I trygge studiesituasjoner kan konkrete øvelser i ulike kommunikasjonsferdigheter filmes. Studentene kan få se seg selv «utenfra» og få nye perspektiver på egen fremtoning. Det å bruke

film er et viktig element i opplæringen av en relasjonsfremmende veiledningsmetodikk som i økende grad etterspørres i Norge (8).

Under vinterens fordypningsprosjekt prøvde vi ut filming av rollespill som metode. Det ga meg viktige erfaringer. Aller viktigst er vissheten om at det å bruke rollespill og film bør være integrerte metoder i allerede obligatorisk ferdighetstrening under studiet. Det er imidlertid vanskelig å evaluere dette konkrete prosjektet på grunn av svakt oppmøte.

BYGGE KOMMUNIKASJON

For å synliggjøre de ulike kommunikasjons- og omsorgsferdighetene som er involvert i personorientert kommunikasjon, må sykepleierutdanningen finne måter å bryte øvelsene opp

i elementer. Da kan studentene kjenne at de faktisk beveger seg oppover ei kompetansetrapp.

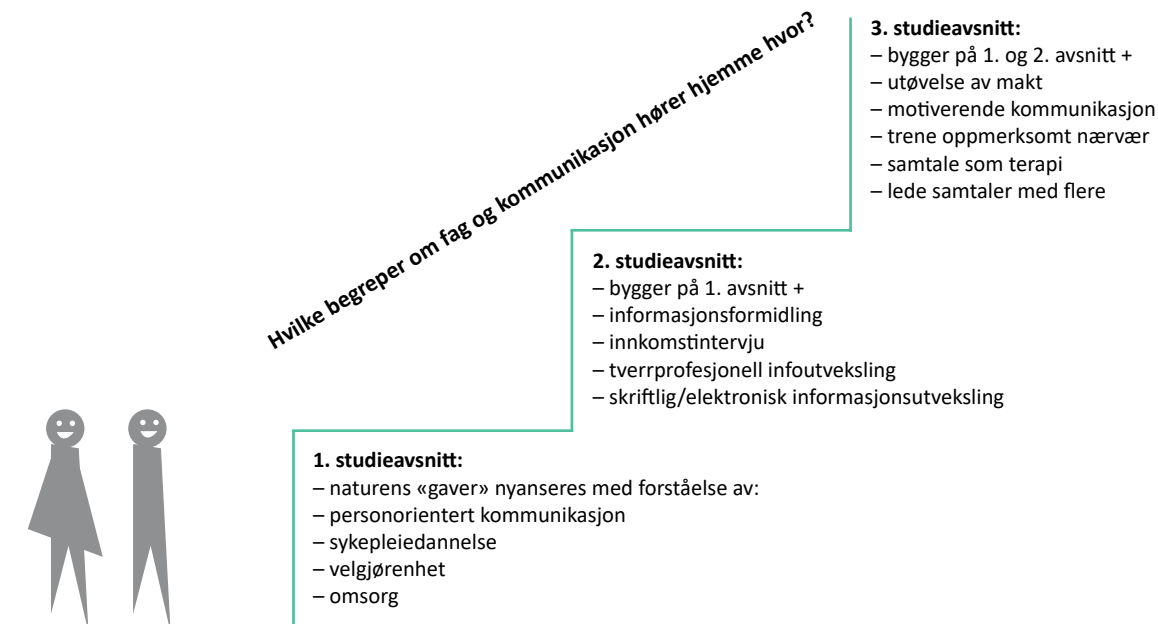
Eksempler kan være følgende: Hva er aktiv lytting, og hvorfor kan det være vanskelig? Hva vil det si å være oppmerksomt nærværende? Hvordan responderer vi når verbal og nonverbal kommunikasjon spriker? Når kan det være klokt å kombinere lytting og berøring, og når bør vi holde tilbake? Hva vil det si å spille noens følelser? Hvordan kjennes det ut å parafrasere? Utfordringene er mange, og nevnte bok gir mange gode øvingseksempler (3).

Siste spørsmål blir som følger: Hva er grunnleggende kunnskap og ferdigheter som bør introduseres for studenter i første studieenhet, hva er viderekommende og dermed





Figur 1. Stegvis utvikling av kommunikasjonskompetanse i sykepleierutdanningen



egnet til å bli introdusert i andre studieenheter? Hvordan kan elementene flettes sammen til en helhetlig basiskompetanse i personorientert kommunikasjonskompetanse i siste studieenhet?

Her vil nok ulike utdanningsinstitusjoner og fagpersoner komme frem til ulike svar. Selv har jeg utformet en figur om dette basert på tidligere veilederutdanning og erfaringer som sykepleier (figur 1). Figuren viser at profesjonell kommunikasjon bygger på teoretisk kunnskap og praktisk utøvelse.

VERKTØY TIL BRUK

De grunnleggende verktøyene er tydelige: et oppmerksomt nærvær, aktiv lytting, forståelse av nonverbal kommunikasjon og en respektfull holdning. Den respektfulle holdningen kommer til uttrykk gjennom en etisk bevisst og empatisk tilnærming til andre mennesker (2, 5). I tråd med min faglige veilederutdanning beskriver jeg dette som en kapasitet til å se, anerkjenne og bekrefte den man samtaler med. Dette er i tråd

med Søren Kierkegaards ord om å «være der den andre er» (2).

Det «å se» kan være blikkontakt eller en søken etter kontakt der blick kan føles for invaderende eller umulig. Det «å anerkjenne og bekrefte» kan illustrere at all personorientert kommunikasjon er toveis. Man avventer og «lytter» til pasientens budskap: Hvordan har vedkommende det, vil hun eller han si noe først?

Det kan også være at sykepleieren for eksempel ser at pasienten er tørst, og tilbyr drikke før en samtale initieres. Når den man samtaler med, føler seg sett og bekreftet som menneske, kan man utforske den andres synspunkt eller fortelling. Dette kan utvikle seg til motiverende samtaler, intervjuende eller informerende samtaler eller mer utfordrende samtaler, alt etter konteksten rundt samtalen. Enda mer kompleks kommunikasjon kan være bruk av tolk, tegnspråk eller terapeutiske samtalemetoder.

For å vise en slik progresjon i kompleksitet, som er

grunnleggende i all personorientert kommunikasjon, har jeg utarbeidet en «personorientert kommunikasjonsrose». Den har fått navn som et akronym av ordene se, anerkjenne, bekrefte, utforske, motivere, informere/intervjue, utfordre og tegnspråk/tolk/terapi: SABUMIUT (figur 2).

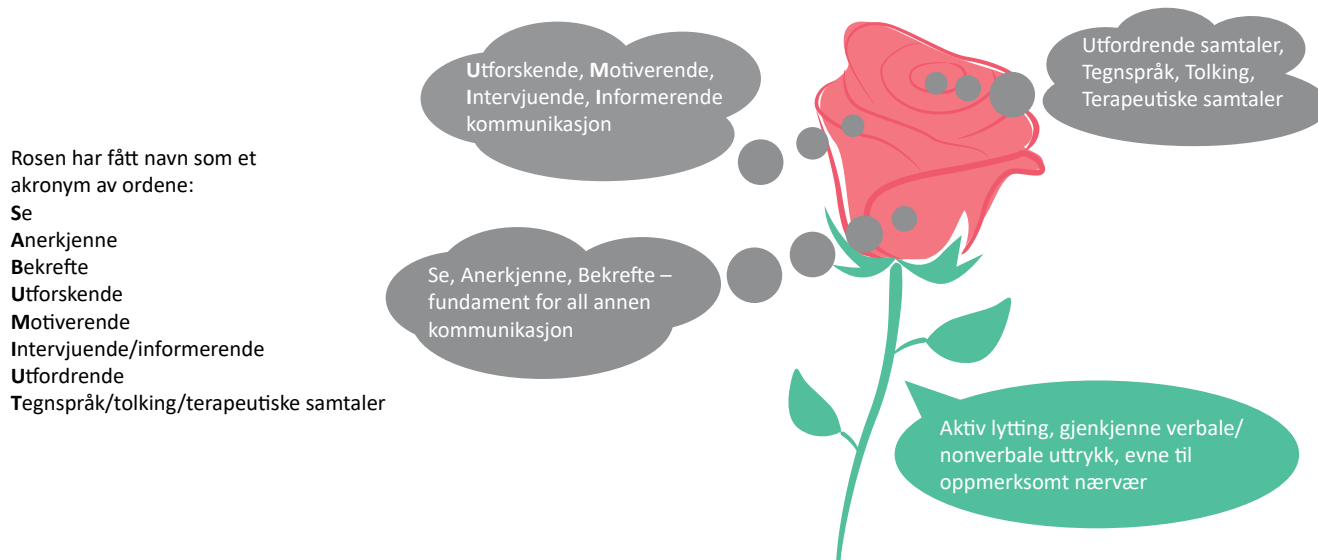
Når jeg står i utfordrende samtaler, samler jeg tankene om denne rosen, hvor kronbladene ytterst

«Kommunikasjonsferdigheter kan og bør trenes opp.»

favner de tre første elementene, SAB. Da er det lettere å huske at all profesjonell og personorientert kommunikasjon starter med å se, anerkjenne og bekrefte den andre.

Dernest er det formålet, enten det er innkomstintervju, støtte-samtale med et menneske i sorg eller en informasjonssamtale etter behandling, som bestemmer

Figur 2. Kommunikasjonsrosen «SABUMIUT»



hvordan samtalen bør utfolde seg. Eide og Eide vektlegger at sykepleiere må øve seg på å strukturere samtaler. De må åpne, lede og avslutte dem på en god måte (3).

Disse ferdighetene er viktige i alle pasientmøter, og ikke minst avgjørende i samhandling med andre yrkesgrupper, etater, pårørende med flere. Jeg ønsker å utvikle nye, kreative læringsformer for å bygge kommunikasjonskompetanse med mine kolleger. Dette kommer til uttrykk i figur 1.

Når kommunikasjonsferdigheter blir forstått som en kombinasjon av praktiske og teoretiske kunnskapselementer, kan sykepleierutdanningene skissere hvordan ulike læringsmål kan adresseres i ulike emner på studiets undervisningsplan. Kommunikasjonstrening bør for eksempel være en naturlig del av obligatoriske praksisøvelser på studiestedet i alle tre studieenheter. Obligatoriske praksisøvelser er definert som ferdighetstrening, forberedelse og refleksjon (FFR) i gjeldende rammeplan (1).

ROLLE I ENDRING

Rammeplanen for sykepleierutdanningen og ulike sykepleieteoretikere fremhever hvor viktig det er med god kommunikasjon i utøvelsen av sykepleie (1, 2, 5, 9, 10). Samtidig vil jeg hevde at mange, i og utenfor helsevesenet, assosierer sykepleieutøvelse mer med konkrete handlinger enn kommunikativ samhandling. Denne rolleforståelsen tror jeg har dype røtter i fagtradisjonen vår. Jeg er stolt av faget når Florence Nightingale siteres og hennes bidrag til forståelse av god sykepleie og helsefremming betones (11).

Samtidig erkjenner jeg at vi lever i en annen tid. Følgende sitat eksemplifiserer dette: «Sykepleierskens ABC er å kunne tolke enhver endring som kommer over pasientens ansikt, uten at han må slite med å fortelle hva han føler.» (11, s. 179) Sykepleiere bør, ut fra en faglig og kontekstsensitiv innsikt, kunne se og fortolke mange kroppslige uttrykk og handlinger hos pasienter på en intuitiv

måte. Samtidig betinger mange av nåtidens sykepleieoppgaver at vi kommuniserer med pasienter, brukere og pårørende på en personorientert måte i stedet for å tro at vi ser og forstår hva den andre ønsker.

I boken *Sjuepleietenkning* drøfter Elstad aspekter ved sykepleiepraksis (10). Hun vektlegger at en dialog mellom pasienter og sykepleiere er kommunikativ, mens handling som middel for å oppnå et resultat kan beskrives som instrumentell (10, s. 73). Jeg tolker dette dit hen at det er vår kapasitet til å forene personorientert kommunikasjon og omsorgshandlinger som binder sykepleiefaget sammen, og dermed forebygger en instrumentell og potensielt uetisk yrkesutøvelse.

Jeg håper at denne artikkelen fremmer konstruktive diskusjoner om hvordan vi kan fremme sykepleierstudentenes kommunikasjonskompetanse i en tid hvor retningslinjer for utdanningen er under revisjon. ●

REFERANSER:

1. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 26.04.2018).
2. Martinsen K. Samtalen, skjønnet og evidensen. Oslo: Akribe forlag; 2005.
3. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
4. WHO. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centeredness. Vilnius: WHO; 2015. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf (26.04.2018).
5. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
6. Kristoffersen NJ, Nordtvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie. Bind 1, 2 og 3. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
7. Anvik T. Grunndig om kommunikasjon og sykepleie. Tidsskr Nor Legeforen. 2018;2(4). DOI: 10.4045/tidsskr.17.0996.
8. Slinning K, Sandtrø H. The newborn behavioral observation system, en spedbarnsfokustert og relasjonsbasert observasjonsmetode. I: Holme H, Olavesen ES, Vallia L, Hansen MB, red. Helsestasjonstjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
9. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: Tano Aschehoug; 1995.
10. Elstad I. Sjuepleietenkning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
11. Nightingale F. Notater om sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget; 1997.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



NYLIG PUBLISERT



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagartikler som bidrar til faglig utvikling og kompetanseheving. Her presenterer vi fagartikler som ikke har stått på trykk i bladet.

Fagartikkel



Forfattere:

Operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter er viktige for pasientsikkerheten

Lili Song og Nina Forsberg Hansen

Problemstilling: Operasjonssykepleieres evne til situasjonsforståelse og kommunikasjon kan redusere uheldige hendelser på operasjonsstua.

Hovedbudskap: Over halvparten av de uheldige hendelsene på operasjonsstua har sin årsak i manglende ikke-tekniske ferdigheter. Flere studier viser at ikke-tekniske ferdigheter som «situasjonsforståelse» og «kommunikasjon» kan bidra til at operasjonssykepleiere er i forkant av kirurgens behov og det som skjer i operasjonsfeltet. Dermed kan operasjonssykepleiere forebygge uheldige hendelser og avverge skader. Gode ikke-tekniske ferdigheter har positiv innvirkning på den peroperative pasientsikkerheten.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling

Janet Ververda, Oline Hansen og Camilla Larsen

Problemstilling: Alle skal ha lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Likevel stigmatiseres personer med rusmiddelavhengighet, slik at de sjelden får optimal smertelindring på kirurgisk avdeling.

Hovedbudskap: Pasienter med rusmiddelavhengighet blir ofte ikke smertelindret. Det er vanskelig å si om det er sykepleiernes holdninger til disse pasientene eller manglende kunnskap om hva som gir dem smertelindring, som fører til at de blir dårligere ivaretatt. Vi mener at holdninger i stor grad henger sammen med kunnskap. Holdninger kan være et hinder for å tilegne seg ny kunnskap, samtidig som manglende kunnskap kan føre til negative holdninger.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



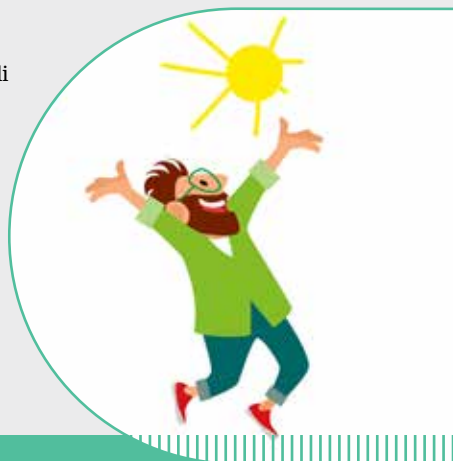
Forfatter:

Personer med en schizofrenilidelse kan bli friske

Kristin Askham

Problemstilling: Ved blant annet å engasjere seg i livet, og å ha samvær med og lære av andre i samme situasjon kan personer med en schizofrenilidelse bli rehabilitert fra sykdommen.

Hovedbudskap: Tradisjonelt har det ikke vært vanlig å forvente at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skulle bli friske. Imidlertid har både erfaring og forskning vist at det er mulig å bli rehabilitert, få det bedre og bli frisk etter å ha fått en schizofrenilidelse.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://sykepleien.no)

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



Fagartikkel



Forfattere:

Slik kan helsesøstre hjelpe foreldre til bedre samspill med barnet

Linn Limbodal, Ragnhild Lunner, Anja Sigrid Larsen og Lisbeth Valla

Problemstilling: Forskning viser at gode innfallsvinkler ved samspillsveiledning er spedbarnsrettet tale, sensitivitet, respons og gjensidig tilpasning i samspillet.

Hovedbudskap: Samspillet mellom foreldre og spedbarn har avgjørende betydning for barnets psykososiale utvikling. Foreldrenes evne til å være sensitive og responsive til barnets signaler, bruke spedbarnsrettet tale og være gjensidig tilpasset hverandre er sentrale elementer i samspillet som fremmer psykososial utvikling. Helsesøstre kan bidra til å fremme barns psykososiale utvikling gjennom samspillsveiledning.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://sykepleien.no)

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





Fagartikkel



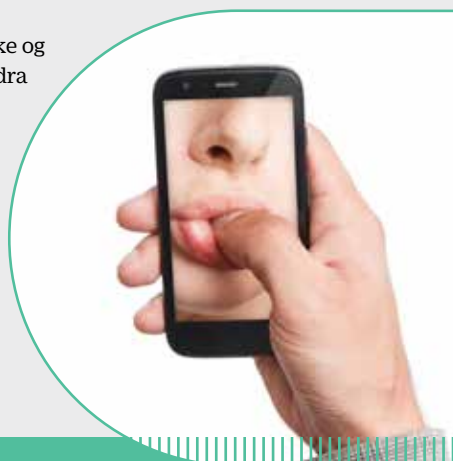
Forfatter:

Dickpics og slutshaming bør inn i seksualundervisningen

Ida Gansmo Uldal

Problemstilling: Smarttelefonen har blitt et vanlig hjelpemiddel for å utforske og dyrke egen seksualitet. Ofte går det bra, men av og til ikke. Helsesøstre bør bidra med kunnskap for å oppnå trygg seksualitet på nett.

Hovedbudskap: I smarttelefonens tidsalder har flørting, sjekking og seksuell nysgjerrighet aldri vært mer tilgjengelig. Intime bilder og videoer sendes mellom brukere, og ofte går det bra, men av og til ikke. Nakenbilder på avveie har blitt et samfunnsproblem, og det viser seg at unge mangler kunnskap og digital kompetanse for å oppnå trygg seksualitet på nett. Det er viktigere enn noen gang å få bildedeling, slutshaming og dickpics inn i seksualundervisningen.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfatter:

På St. Olavs hospital beroliges barn med neseppray før prosedyrer

Lisa Hugdahl

Problemstilling: Prosedyrer som blodprøvetaking og sårskift blir mindre smertefulle for barn når de får en lettere sedering administrert som neseppray.

Hovedbudskap: Med denne artikkelen ønsker forfatteren å fremme en trygg prosedyresedering med dexmedetomidin, administrert intranasalt. Legemiddelet blir først og fremst benyttet til barn og unge for å lindre angst og smerte, slik at barnet er rolig og samarbeidende når det skal legges inn perifer venekanytle, tas blodprøver, ved CT- eller MR-undersøkelse, ved sårskift, fjerning av ulike typer katetre samt premedikasjon. Fordelene med neseppray er at man får gitt medikamentet uten intravenøs inngang, og man får en rask effekt når medikamentet gis nasalt ved at det blir tatt opp direkte i blodbanen.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



Forfattere:

Hvordan hjelpe ungdom med depressive symptomer?

Tove Ingeborg Sand og Lisbeth Gravdal Kvarme

Problemstilling: Psykiske vansker kan føre til at elever slutter på skolen. Helse-søstre kan bidra til at de som trenger, det får «skreddersydd» hjelp som holder motivasjonen oppe.

Hovedbudskap: Tre av ti elever fullfører ikke videregående skole innenfor fem år. I mer enn halvparten av tilfellene skyldes dette psykiske vansker. Psykiske vansker har sammenheng med svakere prestasjoner på skolen. Hensikten med studien var å undersøke helsesøsters rolle i å oppdage og forebygge depressive symptomer hos ungdom tidlig. Nedstemthet påvirker ungdommers evne til å følge opp skolen. Tidlig intervensjon, tverrfaglig samarbeid og «skreddersydd» tilpasning kan bidra til å opprettholde elevers overskudd og motivasjon.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://sykepleien.no)

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



Fagartikkel



Forfattere:

Hypotermibehandling: Optimalisering av blodsukkernivået etter hjertestans

Linn Therese Fossen, Anne-Mette Nygaard, Inger-Johanne Sælid og Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Problemstilling: Det er grunn til å tro at en sykepleierstyrt protokoll for å forebygge hypoglykemi kan bidra til å optimalisere blodsukkernivået hos intensivpasienter.

Hovedbudskap: Det er en etablert prosedyre å behandle hjertestanspasienter med terapeutisk hypotermi for å bedre den nevrologiske funksjonen og øke sjansene for overlevelse. Terapeutisk hypotermi nedsetter kroppens kjernetemperatur. Når pasientens kroppstemperatur nedsettes, skjer det endringer i kroppens fysiologi og metabolisme, som blant annet påvirker blodsukkernivået. For å ivareta pasienten best mulig i en slik situasjon er det viktig å ha kunnskap om disse fysiologiske endringene.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://sykepleien.no)

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



St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin

FOU-seksjonen søker etter

Forskningsleder / seksjonsleder

FOU-seksjonen ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin St. Olavs Hospital har ledig stilling som forskningsleder / seksjonsleder. FOU-seksjonen er organisert sammen med Kompetansesenter rus - Midt-Norge.

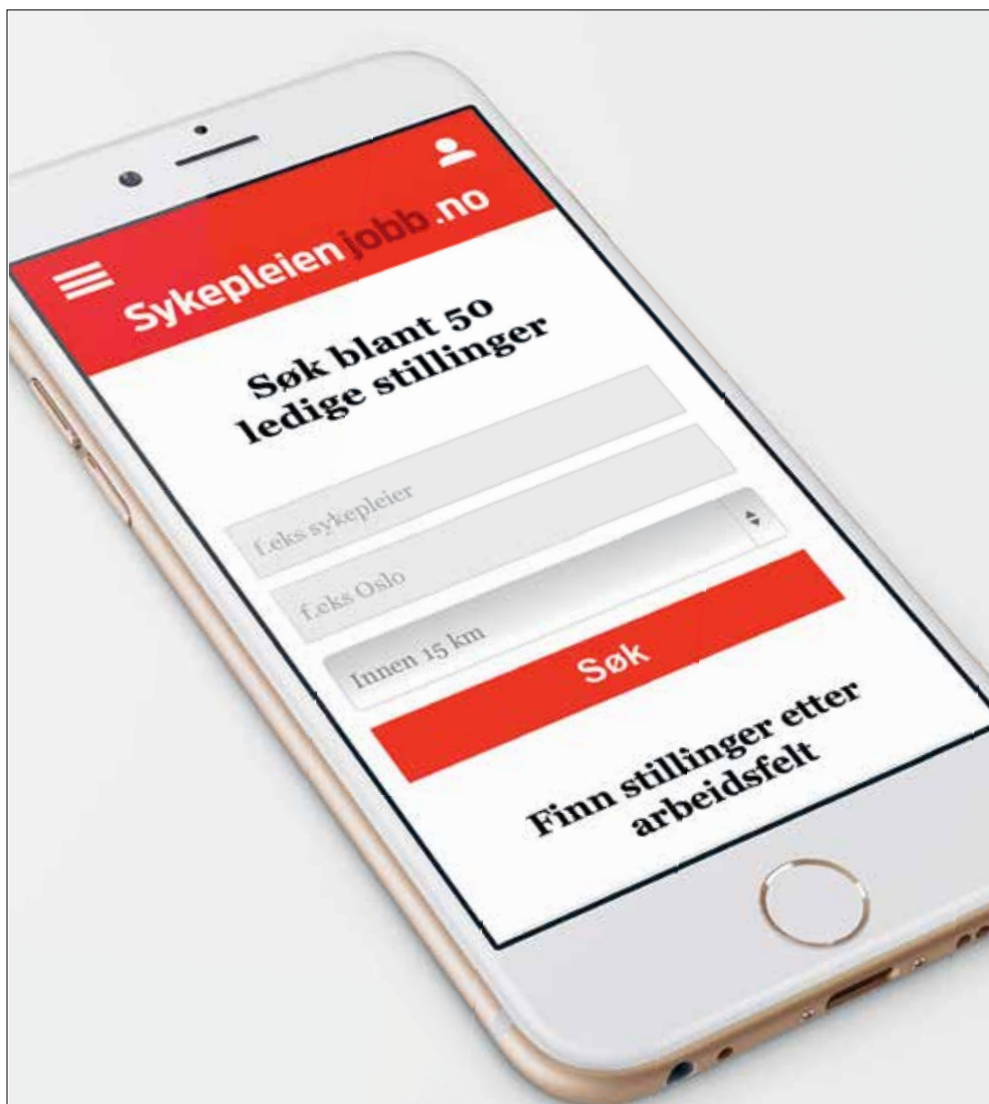
Nærmere opplysninger:
Konstituert seksjonsleder
Kristin Tømmervik, tlf. +47
924 48 705 eller e-post
kristin.tommervik@stolav.no

Søknadsfrist:
30. september 2018

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no



Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevante for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobil eller brett som hjemme foran PC-en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV slik at det er enkelt å søke på jobb.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

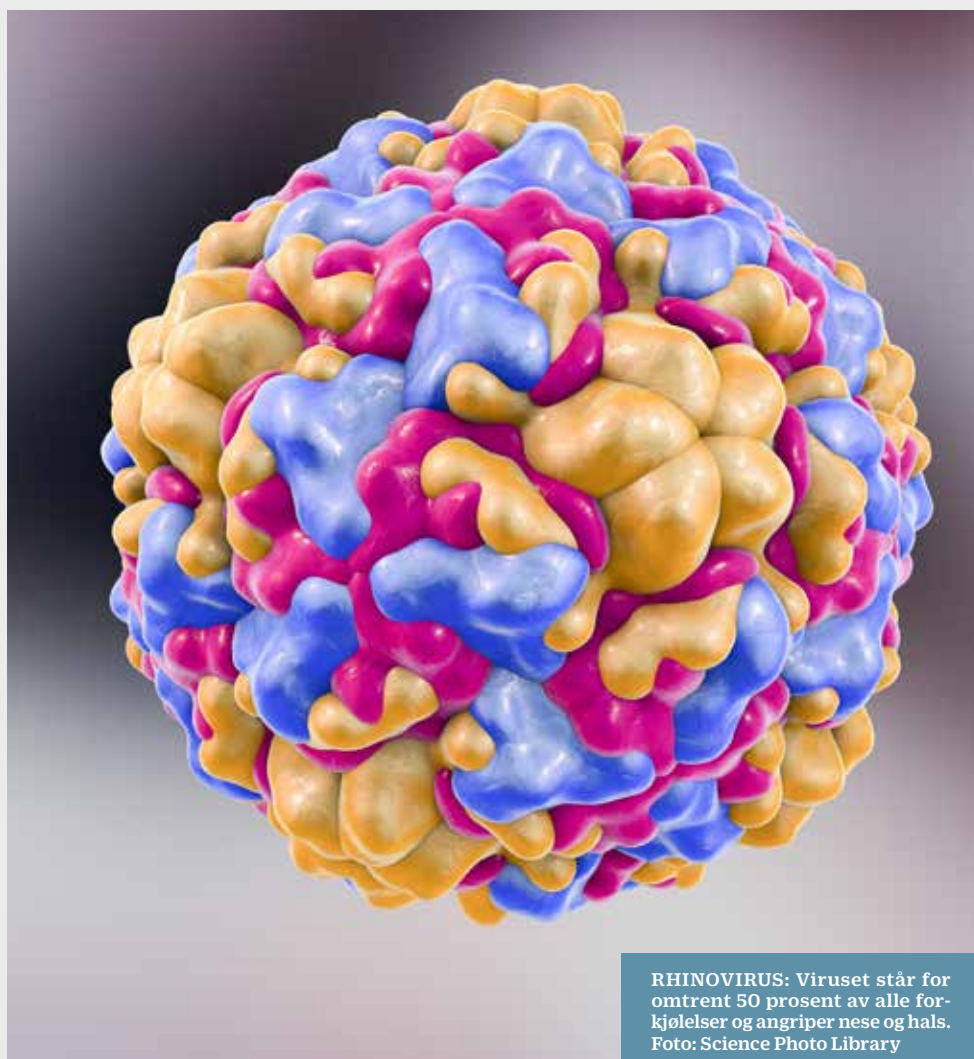
Sykepleien jobb.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 06 | 2018

Bøker – Kultur – Fakta



RHINOVIRUS: Viruset står for omtrent 50 prosent av alle forkjølelser og angriper nese og hals. Foto: Science Photo Library

Kommer snart

Forkjølelse. Den kalde årstiden er høysesong. Snart vil trolig et av de 200 forkjølelsevirusene gå til angrep. **72**



Liv laga. – Heia røykerne! **67**



«Det er ikke sikkert de vil gjenoppleve alt fra yngre dager.»

Runar Bakken. **68**



Bok om Recovery. – ingen personer kan forandres utenfra. **71**



Dikt



*Sex er godt og deilig, underverdenen
som tantene kaller det. Men mitt kne
betyr mer. De ekte kroppsfixerte
vet alt om årer og skjelett
De har ikke noe valg, kroppen presser på
ikke som en unggutts brunst
men som en kreditor ved døren
De har et svimlende register av fornemmelser
proteser og implantater, ti smerter
i høyre ben, to hevelser i venstre
Plagene flytter rundt i kroppen
som en muldvarp på en plen*

*Annabelle Despard,
Våren er en gammel mann
Cappelen Damm, 2018*

Om forfatteren

Annabelle Despard

Annabelle Despard (1943) debuterte som lyriker i 1995. Hun er filolog av fag og har skrevet lærebøker og prosa i tillegg til sju diktsamlinger. Hun er en raus poet som med humor, varme og utilsørt ærlighet slipper leseren tett inn på livet. Årets utgivelse *Våren er en gammel mann* åpner med refleksjoner over egen aldring.



SELVSKADING: En ung jente som skader seg selv, faglige uenigheter og maktkamp er blant temaene i *Psykologen som stjal*.

Vil vekke foreldre med roman fra psykisk helsevern

Lene K. Lund vil vise innsiden og si noe om hverdagen på en klinikk for psykisk helsevern.

Psykologen som stjal er en roman som både handler om organiseringen av sykehus, spennet mellom det offentlige og private tilbudet innenfor psykisk helsevern, selvskading og relasjoner. Lene K. Lund er selv spesialist i klinisk psykologi og har jobbet innenfor miljøene hun skriver fra.

Hun understreker at boken er fiksjon.
– Jeg forsøker å vise frem det som skjer hos toppladelsen i en klinikk for psykisk helsevern. I tillegg har jeg benyttet et sugerør tvers gjennom hele organisasjonen og laget et realistisk hverdagsbilde med ansatte og pasienter, forteller hun.

Rammefortellingen handler om klinikkleder Rolf Larsen og hans 18 år gamle datter Marta, som er selvskader. Rolf Larsen må både håndtere egne ambisjoner, en lunefull avdelingsleder og faglige og politiske føringer.

– Jeg har gjort det på en kriminalromanaktig måte, blant annet ved historien om Marta og hennes erfaring med en privatpraktiserende psykolog som har fått konsekvenser, og det er selvfølgelig satt på spissen, sier hun.

– Med boken håper jeg å røske opp i bevisstheten rundt hva som tilbys og hvordan, for alle som er i kontakt med privatpraktiserende behandlere.

Boken kom ut i mai. ●

Nå er det hjertets tur

Tarmen, skjeden og huden er blant organene som er utforsket på populærvitenskapelig vis i ulike bøker de siste årene. Nå tar Wasim Zahid for seg hjertet i boken *Hjerte for hjertet*. Alt om kroppens iherdige motor. Zahid er overlege i kardiologi og har siden studiedagene hatt en egen forkjærlighet for hjertet. Han har tidligere gitt ut en bok om det å være lege.

Råd for studenter

Hvordan lykkes som student er den optimistiske tittelen på boken som skal være til hjelp enten man er student rett fra videregående eller har jobbet noen år. Boken skal både gi hjelp til å finne gode studieteknikker, ta ansvar for egen økonomi og takle dagene når de blir utfordrende. Forfattere er Eli Stålesen, Trine-Lise Buestad, Marianne Klever Næss og Hellen Saga.

Bøker. 3 nye fra psykisk helsevern

Fra terapirommet

PSYKOANALYSE: 50 års virke i psykiatrien har Svein Haugsgjerd bak seg. I boka *Å møte psykisk smerte* drøfter han hvordan behandlingsrommet kan være en arena der psykisk smerte kan omformes til en eksistensiell erkjennelse som kan tåles, og psykoanalysens plass i psykiatrien. Gjennom skildringer fra terapitimer reflekterer han over behandlingstradisjoner og -former ved ulike psykiske lidelser.



Gyldendal Norsk Forlag, 2018

Å møte flyktningen

PÅ FLUKT: De har forlatt familie, fremtidsplaner og alt de hadde, mange har blitt utsatt for overgrep og tortur. Sverre Varvin er professor i psykisk helsearbeid og har i mange år jobbet med flyktninger. Med boka *Flyktningers psykiske helse* vil han gi helsepersonell «håndteringskomptanse» til å møte mennesker med krigstraumer og flukterfaringer. Han berører temaer som traumatisering, resiliens, kjønn, kultur og tap.



Universitetsforlaget, 2018

Praktisk selvmordsforebygging

SELMORD: Nylig kom en rapport som viser at annenhver dag tar en pasient i psykisk helsevern selvmord. Sykepleier Gry Bruland Vråles *Møte med det selvmordstruede mennesket* er høyaktuelt når den nå kommer i ny utgave. Dette er i hovedsak en praktisk bok, hvor forfatteren bidrar med tanker og behandlingsforslag som er til nytte for helsepersonell både i arbeidet med pasienten og som kollegastøtte.



Gyldendal Norsk Forlag, 2018

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier og bokansvarlig i Sykepleien.

Heia røykerne!

Han har vært bevisstløs i to dager etter et epilepsianfall. Han har slått seg gul og blå i fallet, vært intubert på intensiven og har sannsynligvis smerter i hver eneste muskel.

Nå er tuben ute, og han er overflyttet til sengepost. Han har et medisindrypp i den ene hånda og en ringer koplett til den andre. Nå har han så vidt begynt å røre seg litt i senga, åpnet øynene og sett seg litt rundt. Fem minutter senere setter han seg uendelig langsomt opp i senga, manøvrerer bena møysommelig over sengekanten. Kateterslangen og iv-ledningene strammer seg faretruende når han aker seg frem for å få fatt i jakka si. Jeg iler frem for å forhindre flere potensielle ulykker. Han renser stemmen for å si noe. Langsomt leter han frem stemmestyrke og ord til å få formidlet dette: Han trenger en prekestol og en lighter, for han skal ut og røyke.

På generelt grunnlag skal jeg ikke hevde at det er mange helsefordeler ved å røyke, men når det kommer til motivasjon til tidlig mobilisering er det få som kan konkurrere med røykerne. Mens andre nyopererte gjerne vil ligge godt medisinert under dyna og bli puslet med så lenge de kan, er røykerne på beina med det samme anestesien er ute. Kateterposen hekter de på iv-stativet og triller hele stasen med seg ut. At sykehusene forsøker å gjøre livet stadig vanskeligere for røykerne er ingen hindring. De krysser uendelige korridorer og overvinner de fleste hindringene

helseforetakene har satt opp for å komme seg ut til den oppmerkede røykeplassen, eller mer provisoriske steder om nøden er stor.

Og der på røykehjørnene finner de hverandre. Og mens de andre pasientene sitter hver for seg bak skjerm Brett eller på enerom, slår i hjel tiden med *God Morgen, Norge* og gamle ukeblader og spiser maten sin i ensomhet på sengekanten, så treffer røykerne likesinnede. På røykehjørnet inngås de mest uventede allianser og vennskap. De diskuterer diagnoser, medisiner og

«På røykehjørnet inngås de mest uventede allianser og vennskap.»

utveksler erfaringer og kritiske perspektiver på institusjonen de er utlevert til, og ikke minst; planer for å komme seg videre. For de vil gjerne bli friske og komme seg hjem igjen så fort som mulig – der de kan røyke så mye de vil.

Nå har ikke jeg finregnet på hva røykerne koster oss når vi regner inn kolsbehandling, karsykdom og lungekreft, men når vi snakker om kortere liggetid og rehabilitering fra dag én, så er røykerne premiepasienter og eksempler til inspirasjon og etterfølgelse.

Heia dere! ●



– Alle vet at de skal dø. Men de glemmer at de først skal leve som gamle, sier Runar Bakken.

Er lei av maset om aktivitet for de eldste

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Det finnes ikke noe så ubehagelig som å bli forebygget. Det skal filosofen Hans Skjervheim ha sagt. Nå er det sykepleier Runar Bakken som siterer ham i kronikken «Alderdommens vinnere» i Klassekampen. Velment mas om mindre røyking og drikking, mer mosjon og bedre kosthold faller ikke i like god jord hos alle, er Bakkens budskap.

Bakken, som er dosent ved Universitetet i Sørøst-Norge, har gitt ut sin andre bok om alderdom. Den heter *Alle vil leve lenge* og har undertittelen *men ingen vil bli gamle*.

Han vil myter om alderdommen til livs:

– Jeg har tidligere harselert med den idiotiske troen på at alt skal gå bra hvis vi bare holder oss aktive. Så gikk jeg dypere inn i materien. Og fant ut at det fantes et annet begrep: suksessfull alderdom, funnet opp i USA. Det er det ideologiske grunnlaget for aktivitetshysteriet og helseatferdens firkløver.

IDEEN OM AT DET ER OPP TIL OSS SELV

Firkløveren han snakker om, er altså røyking, drikking, mosjon og kosthold:

– Både helsepersonell, medier og helseforskere omfavner denne ideologien. Den skal være avgjørende for folkehelsen, ikke minst for gamle. Ideen er at det er opp til oss selv om vi vil holde oss friske lengst mulig og dermed få en god alderdom. Som om det ikke lenger er klasseskiller.

Men slik er det ikke, mener Bakken, skillene fins:

– De som på strak arm tar til seg rådene og spiser sunt, jogger og slutter å røyke, blir hauggamle. Men ikke alle følger rådene.

– Hvem er de?

– Det kan være sykepleiere og helsefagarbeidere som jobber døgnskift, kanskje i flere små stillinger. Det kan være hotellansatte, servitører,

bygg- og anleggsarbeidere. Dette er folk som lever kortest.

BLIR IRRITERT PÅ MASET OM ET SUNT LIV

Arbeidet i seg selv fremmer ikke helse, påpeker han. Særlig ikke skiftarbeid.

– Dessuten, de i lavere sosiale lag spiser mer usunt, mosjonerer mindre og røyker mer enn andre. Det er dokumentert. Likevel legger helsemyndighetene opp til at alderdommen bare kan bli en suksess hvis du er sunn. Men ikke alle kan leve opp til det. Myndighetene ser ikke at de sosiale hierarkiene fortsatt eksisterer, mener han.

I kronikken skriver han om gamle «slitere» som blir irritert på maset om å leve sunt.

Helserådene passer derimot som hånd i hanske for gamle med høy økonomisk og kulturell kapital, ifølge Bakken. Han skriver i Klassekampen:

«De jogger, svette, danser og løfter jern om de er 70 eller 110 år. De nyter salat fremfor hamburgere med chips og et lite glass fremfor fylla. De er helsemyndighetenes favoritter og setter 'gullstandard' for alle andre gamle.»

JOBBER PÅVIRKER HELSEN

– Hva skal helsemyndighetene gjøre, da, i stedet for å mase om grønn kost og trim?

– For det første: Høyskoler, universiteter og departementer er sannsynligvis preget av middelklasseverdier. De ansatte tror ikke klasser har betydning for hvordan helsepolitikken bør utformes, sier Bakken og resonnerer videre:

«Sykepleiere har en tendens til å se på gamle som syke.»

– For det andre har Helsedepartementet og direktoratet nærmest vanntette skott til Arbeids- og sosialdepartementet, som regulerer arbeidslivet. De snakker ikke sammen om hvordan folk har det i jobbene sine. Det bør de gjøre.

– Hvorfor tar ikke de i lavere sosiale klasser til seg helserådene?

– De yter motstand, for de vil ikke bli som dem – middelklassen. Slik kan de ivareta sin integritet, selv om det ikke er hensiktsmessig.

– LIVET SKRUMPER INN

Boken *Alle vil leve lenge* handler om flere sider ved aldring: Om det uforståelige ved aldring og død. Om forestillinger om alderdom. Om å skamme seg over å eldes. Om selvbestemt død.

– Alle er klar over at de skal dø. Men de glemmer at før det, skal de leve som gamle.

– Og det er ikke bare bare?

– Nei. For livet skrumper inn. Man får aldri tilbake familielivet, kjærlighetslivet eller arbeidslivet, sier Bakken.

– SYKEPLEIE ER OGSÅ POLITIKK

– Hva vil du si til sykepleierne?

– Først av alt: Sykepleie er ikke bare en omsorgspraksis, men også en politisk praksis. Sykepleierne – og helsefagarbeiderne – bærer så å si en politisk vedtatt velferdsstat på sine skuldre. I tillegg til å yte sitt beste overfor pasienter må de også jobbe for forsvarlige arbeidsbetingelser.

Sykepleiere i kommunene kjenner de politiske føringene på kroppen:

– På tjenestekontor skal de fatte vedtak: Hvor mye skal den gamle kroken få? De er forpliktet til å se hva pårørende har å tilby, for politikken er å mobilisere pårørende og frivillige, sier han.

– Sykepleierne i felt, spesielt i hjemmetjenesten,



Fakta

Runar Bakken

Aktuell med:
Alle vil leve lenge
– men ingen vil bli gamle

vet at vedtakene betyr marginal pleie. Pasientenes behov er ikke førende. Hjemmesykepleierne får bare gjort det aller mest nødvendige. På enkelte sykehjem, derimot, er de blitt veldig opptatt av aktivitet. Det er som om de har forslukt seg på aktivitet som ideologi.

Bakken blir så eitrende forbanna, forteller han, når han hører: «De sitter bare der. Få dem opp!»

– Da spør jeg: «Men vet du hva de ønsker seg? Eller tror du at du vet?» Gi heller tilbud de kan si ja eller nei til, foreslår Bakken.

– Jeg var på et sykehjem sammen med en forsker, som sa i panikk: «Her skjer det jo ikke mye.» Da vil jeg snu på flisa: «Er du sikker på det?»

Jo da, Bakken vet at det er vel dokumentert at aktivitet er sunt:

– Det er som mora mi sa: «Setter du deg ned, så er løpet kjørt.» Men det gjelder dem i den tredje alder, men i den fjerde alder er du avhengig av å få hjelp for å kunne leve videre. Det er dem jeg snakker om. De skrøpeligste. Da er kanskje ikke det viktigste om man er i aktivitet. Men spør heller hva de vil.

– *Mange av dem er demente?*

– Spør likevel, eller spør pårørende. Man kan spørre om hva de likte før.

Men her advarer Bakken:

– Det er ikke sikkert de vil gjenoppleve alt fra yngre dager.

– JEG HAR VÆRT EN KLASSEREISEFYR

– *Drømmer du selv om en suksessfull alderdom?*

– Ja, jeg tilhører den klassen som kan klare det. Men jeg har vært en klassereisefyr. Jeg var født inn i arbeiderklassen. Jeg var dyslektiker, leste ikke en bok med glede før jeg var 20 år.

Bakken aner ikke hvor det kom fra. Men på et tidspunkt fikk han det for seg: «Jeg skal vise dem!» Han gikk ut som nest best på ungdomsskolen. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Fakta

Nattens farger

Av Guro Skottene
Hedvigs Forlag, 2017
231 sider
ISBN 978-82-992633-6-8

Anmelder:
Inger Frogg Jørgensen

Suicidalitet fra innsiden

ANMELDELSE: Går det an å beskrive et nøye planlagt selvmord som får leseren til å humre, uten selv å være morbid? Ja, Guro Skottene får det til.

25 år gamle Line blir til tross for grunndigheten reddet i siste liten. Det bærer av sted til intensiven og videre til lukket akuttavdeling. Her inngår Line en pakt med seg selv: Er livet ikke til å holde ut etter ett år, skal selvdrapet gjennomføres. Materielt er alt på stell i livet hennes, og jeg-personen har en varm familie og uvurderlige venner. Likevel kan man aldri vurdere et menneske i en dyp depresjon som «heldig».

De ansatte på akuttpsykiatrisk var eksperter på fraser, skriver hun. Jeg

gir henne rett i det, selv om frasene sjelden er tatt ut av løse luften.

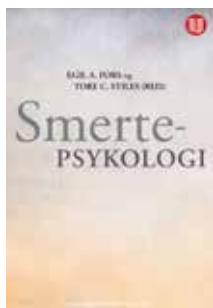
Etter en tid flyttes hun til en intermedisæravdeling. Her beskriver hun presist hvordan alt foregår i ring. Det mangler ikke på provoserende faktorer. Mange opplever vektøkning som følge av medisiner, og får kostholdsveiledning. Like fullt er det nærmest ubegrenset tilgang på ny-stekte boller og vafler.

Selv om fortelleren holder en galgenhumoristisk tone, måtte jeg stadig ta pauser. Det koster å følge et menneske gjennom ytterste mørke.

Med i ettårspakten inngår at hun skal ha prøvd alt. Også ECT. Hun får tolv behandlinger med vekslende

resultat. Redd er hun aldri. Ingen nyter sekundene før narkosen slår inn mer enn suicidale. Det som hjelper aller mest, er på forunderlig vis bekjentskapet med maleren Vincent van Gogh.

Sjelden har jeg blitt dratt så på innsiden av suicidalitet som gjennom lesningen av denne boken. Hjelpernes tidvise hjelpeløshet beskrives med overbærende varme, selve systemets svakheter blir slått hardere ned på. Ettårspakten skal jeg ikke røpe mer om, men oppfordrer på det sterkeste til å sette boken på pensumlisten til alle helsesrelaterte utdanninger. Dessverre var den dårlig innbundet og ramlet fra hverandre under lesningen. ●



Fakta

Smerte-psykologi

Av Egil A. Fors og
Tore C. Stiles (red.)
Universitetsforlaget, 2017
256 sider
ISBN 978-82-15-02402-8

Anmelder:
Line Bolgvåg

Metodene har hjulpet mange med smerter

ANMELDELSE: De siste tretti årene har kunnskapen om smerte økt betraktelig. Dette har endret vår forståelse av årsakene til smerte og av hvordan langvarig smerte kan gi uheldige psykososiale og kroppslige konsekvenser.

I et folkehelseperspektiv er det viktig å behandle kroniske smerter, da dette rammer mange.

Smertepsykologi er skrevet av Tore C. Stiles, spesialist i klinisk psykologi, og Egil A. Fors, som er professor i allmennmedisin og psykiater. I tillegg har andre fagfolk bidratt med kapitler innenfor sitt område. Formålet med boken er å gi en oversikt over et bredt og tverrfaglig

felt samt å øke helsepersonells forståelse for psykologiske teorier og metoder.

Dette er en strukturert fremstilling med informative innledende kapitler om smertepsykologiens historikk og nevrobiologi. Boken er imidlertid organisert som et oppslagsverk og trenger ikke å leses fra perm til perm. Kapitlene er kortfattede, og teksten er uten unødvendige utbroderinger. Blant temaene som tas opp, er retninger innen kognitiv terapi, mindfulnessbasert stressreduksjon, hypnose og nettbaserte behandlinger. Siden boken er ment som et praktisk verktøy, er det mange kliniske eksempler. Dette fungerer bra og bidrar til å konkretisere teoretisk krevende stoff.

Smertepsykologi er skrevet av to klinikere som har lang erfaring, og det er lett å skimte et sterkt engasjement for feltet og omsorg for pasientene. Det handler om smerten, ikke om å psykologisere eller å bortforklare smerten. Teoretisk lener forfatterne seg på den biopsykologiske modellen, som legger til grunn at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hvordan en person har det. Det er et helhetsperspektiv som forklarer hvorfor pasienten ofte ikke kan hjelpes med biomedisinske tiltak alene.

Metodene som presenteres i boken, har hjulpet mange, og jeg vil derfor anbefale den. ●



Sille Kristiane
Listrøm Næsheim
**Ser flere
virkeligheter**

LITTERATUR: Jeg fikk *De gales øy* av Dennis Lehane i bursdags-gave på ungdomsskolen en gang og leste den ut samme natt. Siden har jeg kommet tilbake til den flere ganger.

I utgangspunktet er dette en krimhistorie om en politi som kommer til en øy for kriminelle sinnssyke for å etterforske et mord, men i løpet av fortellingen snus det hele på hodet, og vi blir usikre på fortellerens virkelighetsoppfatning. Først og fremst er det en fantastisk historie. Men den har også blitt viktig for meg i arbeidet med andre mennesker fordi den forteller noe om hvordan to mennesker kan ha helt ulike perspektiver på den samme virkeligheten.

Jeg tenker ofte på denne boka når jeg treffer mennesker med demens eller psykoser som er tatt ut av sin hverdag og inn i institusjonens system. Den har gjort meg mer åpen for å se at deres opplevelse av virkeligheten er en helt annen en min. ●



Navn: Sille Kristiane Listrøm Næsheim
Stilling: Sykepleier på Gastromedisinsk sengepost på OUS Ullevål

Recovery i nye klær?

ANMELDELSE: **Bengt Karlsson og Marit Borg har skrevet en ny fagbok for studenter i grunn-, videre- og masterutdanninger i helse-, sosial og velferdsfagene.**

Boken er høyrelevant for alle som jobber med psykisk helse og rusarbeid, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Hva er det som gjør denne boken så aktuell?

Boken fungerer på tre nivåer. For det første samles et fragmentert fagstoff og praksis i en norsk bok der stoffet er i samsvar med den helse-politiske utviklingen. Forfatterne gir en innføring om *Recovery* som et paradigme og et opprør mot veletablerte biomedisinske tradisjoner. Leseren får en forståelse for hvordan *Recovery* historisk oppsto i de vestlige landene med utgangspunkt i menneskerettigheter. Det som er nytt, er at forfatterne knytter *Recovery* til norske forhold og kultur sett i lys av samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Tidligere har man vært mest opptatt av de individuelle prosessene.

Leseren kan lett bli forvirret av bruken av to begreper: «*Recovery*» og «*recovery*» – altså med stor og liten forbokstav. Begrepet «*Recovery*» brukes som en rød tråd gjennom hele boken for å gi et innblikk i hva *Recovery* kan være på både individuelt, relasjonelt, sosialt og tjenestenivå. På den andre siden brukes begrepet «*recovery*»

når det henvises til standardisering, effektivisering og måling av psykisk helse og rusarbeid. Den måten å skrive på kan oppleves forstyrrende for noen lesere og kan stjele oppmerksomhet fra fagstoff.

For det andre kan boken leses som kritikk mot hvordan psykisk helse og rusarbeid praktiseres. Leseren får mulighet til å reflektere over egen praksis: Jobber jeg med å få brukere i førersetet, der de kan jobbe og oppleve endringsvekst på individ-, relasjonelt og/eller sosialt nivå? Eller jobber jeg slik systemet krever, for å vise produksjonstall og effektivisering?

For det tredje appellerer boken til utvikling av ny kunnskap og ny praksis med utgangspunkt i perspektivet til dem som selv erfarer psykisk helse eller rus-vansker. Her savner jeg at forfatterne skriver om hvordan man kan utvikle og forske på *Recovery*. Hvilke måleinstrumenter kan brukes for å måle brukeres egen *Recovery*-prosess? Hvilke evalueringsinstrumenter kan helsetjenester bruke for å måle *Recovery*-tilbud?

Summa summarum er *Recovery – tradisjoner, fornyelser og praksiser* en bok leseren kan bruke til å friske opp kjent fagstoff, bli inspirert til å utvikle sin kompetanse og stå tryggere i sine faglige vurderinger. Jeg er i hvert fall sikker på at jeg har blitt en bedre psykisk helsearbeider ved å lese denne boken! ●



Fakta

Recovery – tradisjoner, fornyelser og praksiser

Av Bengt Karlsson og
Marit Borg
Gyldendal Akademisk,
2017
176 sider
ISBN 978-82-05-
50072-3

Anmelder:
Sabina Hockic

«Sentrale elementer i vår forståelse av Recovery er at ingen personer kan forandres utenfra.»

Bengt Karlsson og Marit Borg



Visste du at innen du har fylt 75 år kan du ha hostet deg gjennom 200 forkjølelser?

Forkjølelser tar to år av livet ditt

● Tekst **Sissel Vetter**

Med høstmørket kommer den snikende. Akkompagnert av sildring fra rennende neser og skrall fra vonde halsar. Du kan ikke unngå den, forkjølelsen, verdens mest utbredte infeksjonssykdom hos mennesker.

Sykdommen opptrer i de øvre luftveiene, i nesen og halsen.

HOLD AVSTAND!

Det er ikke uvanlig at voksne kan ha to til fire forkjølelser per år. Barn så mange som opptil ti. Hyppigheten hos barn oppstår fordi de stadig blir smittet av forskjellige typer virus de ikke har vært utsatt for tidligere, og som de ikke har utviklet immunitet mot. Forkjølelsesvirus inntar kroppen via munn, nese og øyne.

– For å unngå å bli smittet selv, er det god håndhygiene som gjelder, spesielt før du spiser eller tar hendene til ansiktet. Hold deg på god avstand fra folk som er forkjølet, sier overlege Tone Bruun ved Folkehelseinstituttet.

Er man forkjølet, bør man unngå å hoste rett mot andre, unngå nærkontakt med andre og vaske hendene hyppig og grundig.

TROFAST LEDSAGER

Det var først i 1950-årene at forkjølelse som sykdom ble identifisert, men forkjølelser har fulgt oss mennesker gjennom hele historien. Symptomer og årsaker til forkjølelse blir beskrevet allerede i oldtiden. Blant annet i Ebers-papyrusen, et av de eldste eksisterende medisinske dokumenter, datert fra en gang rundt 1550 f.Kr.

VIRUS LIKER LAVE TEMPERATURER

Forkjølelse forekommer altså overalt i verden, men er mest utbredt i tempererte soner. Det viser seg også at forkjølelse er sesongavhengig, men

det ikke er avklart hvorfor den helst opptrer knyttet til de kalde årstidene. En av grunnene kan være at folk oppholder seg tettere sammen og ofte innendørs på denne tiden.

HVILKE VIRUS GIR OSS FORKJØLELSE?

Mer enn 200 forskjellige virus gir forkjølelselignende sykdom. Hvert av dem med sine egne genetiske og kjemiske strategier for å omgå kroppens immunforsvar.

Den vanligste virusstypen som forårsaker forkjølelse heter rhinovirus. Det finnes over 100

«Forkjølelse har vi ingen kur for.»

Tone Bruun, overlege ved Folkehelseinstituttet

ulike typer rhinovirus. Ifølge Folkehelseinstituttet står slike virus for rundt halvparten av forkjølelsene.

Det store mangfoldet av virus gjør at forkjølelse kan oppstå gjennom hele livet. Så selv om du utvikler immunitet mot det viruset som gjør deg syk akkurat nå, mangler kroppen din forsvar mot de tallrike andre virusene som kan gi deg forkjølelse.

INFLUENZA? TROLIG BARE FORKJØLELSE

Forkjølelse forveksles lett med influensa, men det er altså forskjeller på de to sykdommene.

Tone Bruun forklarer:

– Forkjølelsesvirus setter seg i slimhinnene i nese og hals og gir først og fremst sår hals og rennende nese, av og til hodepine og feber eller frysninger. Influensa har vanligvis et mer alvorlig

sykdomsbilde. Det starter typisk plutselig, og man kan gå fra å være frisk til å føle seg skikkelig dårlig i løpet av noen timer. Influensa gir som regel feber, tørrhoste, muskelverk, hodepine og slapphet. Mageplager, snørr og sår hals er sjeldnere. Men ikke alle blir veldig syke av influensa heller, og da kan det være vanskelig å skille mellom influensa og forkjølelse.

HVOR KOMMER ALT SNØRRET FRA?

Når du er frisk, produseres det slim som blir til vanlig, tørt snørr. Når du er syk og har en bakterieinfeksjon, øker produksjonen, og det kommer både slim, kroppsvann og puss – som er en blanding av dødt vev, bakterier og hvite blodceller.

Snørrets farge kan fortelle oss noe om hvor syke vi er: Blankt snørr er ok, gult og grønt snørr tyder på virus- eller bakterieinfeksjon. Kroppen sender hvite blodlegemer til slimhinnen i nesa for å slåss mot infeksjon, og snørret får farge deretter.

GJØR SOM MORA DI SIER

Fra vi er barn får vi ofte høre at å fryse på føtterne eller gå ute med vått hår fører til forkjølelse.

En studie fra Common Cold Center ved Cardiff University viser at det å bli kald faktisk kan forårsake utbrudd av forkjølelse. I studien fikk 90 forsøkspersoner nedkjølt føttene sine i vann i 20 minutter. De 90 forsøkspersonene i kontrollgruppen fikk ikke nedkjølt føttene. Resultatene viste at gruppen som måtte sitte med føttene i kaldt vann, hadde dobbelt så mange forkjølelser i løpet av de neste fem dagene som kontrollgruppen.

Forfatterne foreslår at når en forkjølelse sirkulerer i nærmiljøet, kan vi bære på viruset uten å ha symptomer. Når føttene blir nedkjølt, fører dette til en innsnevring av blodårene i nesen. Det hemmer det lokale immunforsvaret i nesen, gjør

Fakta

ISKALDE FORKJØLELSEFAKTA:

Forkjølelse er verdens mest utbredte infeksjonssykdom hos mennesker. Sykdommen skyldes ulike virusinfeksjoner og opptrer som en mild infeksjon i de øvre luftveiene, i nesen og halsen.

SYMPTOMER:

Sykdomsforløpet er karakterisert ved sår hals, slapphet og lavgradig feber. Disse symptomene forsvinner i løpet av få dager og etterfølges av tett nese, hoste (tørr- eller slimhoste), hodepine, press i ører og ansikt, manglende smaks- eller luktesans og feber, som kommer i løpet av 24 til 48 timer etter symptomstart.

VIRUS:

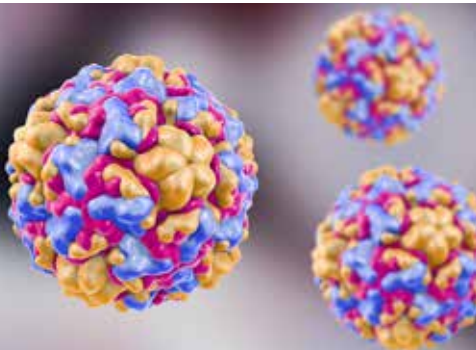
(lat. *gift*) er genetiske elementer som kan reproducere seg uavhengig av cellenes kromosomer, men er avhengig av selve cellen.

Virus er blant de mest tallrike «mikroorganismer» på vår planet og kan infisere alle typer av cellulære organismer. Virus kan mutere, noe som medfører at det er svært vanskelig å utvikle medisiner eller vaksiner mot dem.

Kilder: Store medisinske leksikon: sml.no, Common cold center: cardiff.ac.uk, Journal of Medicinal Plants Research Vol. 4(2), pp. 082-086



DU SPREER VIRUSET: En helt vanlig dag med mange smitemuligheter. Illustrasjon: Mostphotos / Sissel Vetter



RHINOVIRUS: Viruset står for omtrent 50 prosent av alle forkjølelser og angriper nese og hals. Foto: Science Photo Library



ATSJO! Stråler av infiserte dråper med virus skyter ut når du er forkjølet og nyser. Foto: Gorm Kallestad / NTB Scanpix

at viruset blomstrer opp og forkjølelsen er et faktum. Så da kan det se ut som det lønner seg å holde seg varm på beina.

MORSMELK FRA GUTTEMAMMA

Like utbredt som forkjølelsvirusene, er nok også kjerringrådene om hvordan du kan kurere eller behandle sykdommen.

Allerede i den tidligere nevnte Ebers-papyrusen (1550 f.Kr.) finnes det råd. Det medisinske oppslagsverket, som er cirka 20 meter langt, har en helt egen oppskrift for den uheldige som lider av sykdommen, nemlig å «inn-ta melk fra en mor som har båret et barn av

hankjønn, samt velduftende tyggegummi».

Papyrusen forklarer også den positive medisinske betydningen honning, melk og vin har. Ikke så ulikt mange av kjerringrådene vi har i dag. Flere av oss sverger til varm melk med honning eller en rødvinstoddy for å lindre sår hals. Andre hevder at du må forebygge ved å passe på å få nok C-vitaminer i mørketiden og fylle på med rød solhatt, sink, hvitløk og tran.

Men det er dessverre ingenting som tyder på at kjerringrådene virker.

– Det er dårlig eller ikke noe vitenskapelig grunnlag for å si at slike midler har effekt mot forkjølelse, sier Bruun.

FINNES DET EN KUR?

Forkjølelsen lusker seg altså videre gjennom livene våre. Stikker innom både hjemme og på jobben. Den opptrer gjerne flere ganger i året, og vi har lært oss å godta dette som en del av noe uunnngåelig som vi ikke kan komme unna her i livet.

– Det finnes ingen kur for forkjølelse. Antibiotika hjelper ikke mot virus, sier Tone Bruun.

Nåværende medisinsk behandling består i å lindre symptomene. De mest brukte preparatene er avsvellende neseppray, medisin mot hoste og febernedsettende. Ta det med ro, vær tålmodig og søk lege dersom du får mer kraftige symptomer, er rådene. ●

sissel.vetter@sykepleien.no



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- Hva betyr dyspné?**
A Regnevansker (tallblindhet)
B Fordøyelsesplager
C Pustebesvær
- Hva kan «urglassnegler» skyldes (unormal krumming av neglene på langs og tvers)?**
A Kronisk oksygenmangel
B Mineralmangel
C Stoffskiftesykdom
- Hva kommer ordet immun av?**

- A Av gresk immunostis: motstandsdyktig
B Av latin immunis: fritatt
C Av spansk immunios: beskyttet

4 Hva kommer ordet klitoris av, ifølge norsk medisinsk ordbok?

- A Av gresk kleitoris: som gjemmer seg
B Av latin clitorusk: som gjør gal
C Av gammelnorsk kli tor piss: som blir klødd av tissen

5 Hva er «moral insanity» en eldre engelsk benevnelse for?

- A Bipolar lidelse
B Kleptomani
C Psykopati

6 Hva er radiodermatitt?

- A En som hører stemmer fra radioen selv om den ikke er på
B Hudplage av røntgen eller annen ioniserende stråling
C Utslett i øregangene som ofte ses ved bruk av hodetelefoner

7 Hva er oftalmologi læren om?

- A Hoftepartiet
B Ulike hodepinetyper

C Øyet og øyesykdommer

8 Psykopati er ingen psykiatrisk klassifisering, men beskriver en viss type atferd, som kan innebære:

- A Depressive og maniske perioder om hverandre
B Overflatisk sjarm, selvsentrert og bløffing
C Jaktinstinkt, drapslyst og draging mot kannibalisme

9 Hva betyr begrepet rasjonalisering?

- A Kunstige forklaringer på urimelige eller uforståelige handlinger som er gjort ubevisst
B Innsparingstiltak når sykmeldt helsepersonell erstattes av ufaglærte vikarer
C Det sykepleiere sier til seg selv for å godta at lønna er under gjennomsnittet av norsk lønnsnivå

10 Hva er melkeanemi?

- A Mangelsykdom som skyldes for lite melk
B Blodmangel som skyldes for mye melk
C Sykdom som gir melkehvit hud



IMMUN: Er han immun i ordets mest opprinnelige form, mon tro?
Illustrasjonsfoto: Mostphotos

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
1 poeng Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
2 poeng Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og la som du dokumenterer.
3 poeng Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
4 poeng Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
5 poeng Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
6 poeng Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
7 poeng Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
8 poeng Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
9 poeng Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
10 poeng Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1C, 2A, 3B, 4A, 5C, 6B, 7C, 8B, 9A, 10B

Randis hypokonderkryssord

☺	TENSE	TØM- MING	DRATT	POL. PARTI	FLIRTE	KLAGER	FØLE- SEN --- E S	HER- OVER	SEIG --- BYGG	DRIKKEN --- LYSKILDE	GIFTEN --- ORD	ULYST NE --- HINNE	PRON.	ORD
MAI														
MEATUS ACUST- ICUS														
FLOKK					EIE		SJARM		SELE- DEL				ENDEN	SLUT- TENE
								DRIKK --- BUE		SAKTE		FRYSE		
INSTIT- USJON	ASTAT --- TRINN			MÅL				HINNE	HALE --- MOD- ERNE		DYRET			
HELLIG			PART		STUING	VAS- KET	BREN- NING			SLAG --- LEVER		STOFF		
PERIODE				BILDE- US. --- INTERJ.			HUKOM- MELSEN --- VE				LE --- ELV			
EREMIT- TEN --- OVULA- SJON									AVLIVE			ARVE- STOFF		
										KVIN- NENE				

Kryssordskaper: Randi Strøm Nilsen

Se løsning på kryssord side 89.



Meninger

Del 4 Sykepleien 06 | 2018

Kronikk – Innspill – Portrett

Noe på hjertet? Send oss en e-post: meninger@sykepleien.no



IDÉRIK: Sykepleier og høyskolelektor Ruth Donovan har stadig nye ideer til hvordan ta vare på Bergens rusavhengige. Foto: Marit Fonn

På gateplan

Rus. Ruth Donovan lærte hva rusavhengighet er i sin egen familie. Nå kommer erfaringene til nytte. **82**



Nattevakt. Leste Bibelen for pasienten. **80**



«Langt viktigere enn å øke antall studieplasser er det å beholde de sykepleierne vi har.» Eli Gunhild
By. **76**



Dilemma for lederen. Økonomistyring vs. faglige vurderinger. **78**



Hundre ekstra studieplasser er opprettet til sykepleierutdanningen.

Sykepleiermangelen blir ikke mindre av den grunn.

Flere studieplasser løser ikke sykepleiermangelen



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere i Norge har økt med 47 prosent. I en slik situasjon forventes det at ansvarlige myndigheter og arbeidsgivere gjør det de kan for å sikre pasienter og pårørende sykepleiere også i framtida.

Det høres kanskje fornuftig ut å utdanne flere sykepleiere for å bøte på sykepleiermangelen, men løsningen er dessverre ikke så enkel.

PRAKSIS PÅ BAKERI

Myndighetene stiller krav om 4700 studieplasser, mens det er 7000 søkere som har fått tilbud om studieplass. Dette er et overopptak som presser både utdanningen og praksisfeltet unødige. Med det økte opptaket vil det bli mangel på både praksisplasser, undervisere og veiledere.

NSF Student kan fortelle om sykepleierstudenter som har hatt psykiatripraksis på NAV-kontor uten å ha sett en eneste pasient, mens andre har hatt praksis på et bakeri, drevet av og for rusmisbrukere. Det er ikke relevant praksis. Før antallet studieplasser kan økes må både antallet praksisplasser økes og kvaliteten på praksis heves.

ÅRSÅK TIL MANGELN

Det koster å utdanne nye sykepleiere, og det er en viktig og nødvendig investering. Men vi kan ikke bare skru opp krana så lenge det er hull i bøtta; med stort sykefravær, mange i deltids-

sykepleiere ikke lenger i yrket ti år etter at de er ferdig utdannet. Og for dem som blir, er arbeidsvilkårene mange steder så tøffe at de ikke klarer å stå fram til pensjonsalder. Gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere i dag er 57 år.

SØKER SEG TIL ANDRE YRKER

Sykepleiere jobber til alle døgnets tider, uken og året gjennom på vakt for pasientene. For å få turnuser til å gå opp, jobber mange med kortere hviletid enn hva arbeidsmiljøloven tillater. Sykepleiermangelen forsterkes av at sykepleiere opplever at de har for tøffe arbeidsvilkår og for lav lønn. Dermed søker de seg til andre yrker. Det rammer norske pasienter. Skal vi løse disse utfordringene, må ikke sykepleierne presses til å jobbe enda tøffere turnuser.

Halvparten av stillingene som lyses ut i norske kommuner og sykehus, er deltid. Dette er også en årsak til at sykepleiere velger seg vekk fra yrket. Den høye deltidsandelen skyldes nemlig ikke at sykepleierne foretrekker deltid, men at det ikke lyses ut heltidsstillinger.

I årets helsepolitiske barometer svarer et stort flertall av befolkningen at de tror deltid blant sykepleiere ikke skyldes at sykepleierne ønsker å jobbe deltid. Det skyldes at det ikke lyses ut heltidsstillinger.

Skal vi få gjort noe med sykepleiermangelen, er det helt nødvendig å gjøre noe med årsaken til den. Reparer hullet i bøtta; ta vare på de sykepleierne Norge har – det er det vi trenger nå, ikke flere studieplasser. ●

«Vi kan ikke bare skru opp krana så lenge det er hull i bøtta.»

stillinger og tidlig avgangsalder. Og det er nettopp dette som er nøkkelen til å behandle sykepleiermangelen – vi må se på årsaken til den.

Langt viktigere enn å øke antall studieplasser er det å beholde de sykepleierne vi har. Sørg for at de får arbeidstidsordninger og arbeidsforhold som gjør at de kan stå i jobb. Av dem som fullfører sykepleierstudiet, jobber en av fem



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Regionale forskningsmidler, NSF's millionstipender og regjeringens satsing på forskningskompetanse lover godt for sykepleieforskningen.

Jakten på høstens forskningsmidler er i gang



Fakta

Tove Aminda Hanssen

Redaktør i Sykepleien Forskning, forsknings- og fagsykepleier ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet

Mens mange av oss sykepleiere drar på sommerferie og kopler velfortjent av med krim og annen skjønnlitteratur, er sommeren en tid der mange forskere benytter tiden til faglige sysler.

Sommeren er ofte en fredelig tid for forskere, uten undervisnings- og sensureringsarbeid. Det er dermed gode muligheter til å skrive protokoller for å kunne søke om forskningsmidler for dem med søknadsfrist om høsten.

REGIONALE FORSKNINGSMIDLER

De regionale helseforetakene har hvert år søknadsfrist for regionale forskningsmidler i starten av september. Det er slett ikke ubetydelige midler som deles ut her. Den nasjonale rapporten fra spesialisthelsetjenesten for 2017, som ble overlevert helseministeren 8. juni 2018, viser hvordan forskningen i alle helseregionene bidrar til bedre pasientbehandling.

Ifølge denne rapporten var 996,1 millioner øremerket til forskning i de regionale helseforetakene i 2017. Mange, spesielt sykepleiere og andre helsefaglige forskere, har opplevd at nåløyet er trangt, og at det er vanskelig å oppnå slike forskningsmidler. Andelen som får innvilget forskningsstøtte, er i enkelte regioner så lav som 15 prosent.

KRITERIER FOR KVALITET OG RELEVANS

Forskningsøknader bedømmes etter hovedkriteriene kvalitet og relevans. For kriteriet kvalitet legges det mest vekt på den metodologiske kvaliteten i forskningsdesignet og gjennomføringsevnen i prosjektet med støtte i forskningsmiljøet.

I tillegg er det forventet at prosjektet oppsummerer hva som er kjent forskningskunnskap på området, og hvordan prosjektet vil kunne bevege den internasjonale kunnskapsfronten videre innen området. Relevansen handler om både nytten for brukerne og i hvilken grad forskerne tar sikte på å løse helsetjenestens behov og utfordringer.

MILLIONSTIPENDER OG FLERE STUDIEPLASSER

Norsk Sykepleierforbunds strategiske stipendmidler for 2018 er nylig delt ut innen temaområdene utdanning og pasientsikkerhet. De delte ut millionstipender over tre år for å styrke forskningen innen begge disse strategisk viktige områdene.

Det er gledelig at også regjeringen ser nytten av økt forskningskompetanse og behovet for et kunnskapsløft innen sykepleie. I forbindelse med revidert nasjonalbud-

«Det er gledelig at også regjeringen ser nytten av økt forskningskompetanse.»

sjett 25. juni kom nyheten om at det er avsatt midler til 100 nye studieplasser i sykepleie fordelt utover landet og 21 stipendiatstillinger ved Universitetet i Stavanger, Universitetet i Agder og Nord universitet.

I tillegg til verdifull kompetansebygging ved universitetene er det her muligheter til å bygge sterke forskningsmiljøer og forskergrupper som kan hevde seg i jakten på forskningsmidler, både nasjonalt og internasjonalt.

Riktig god forskningsommer! ●



Fakta

Fast skribent

Tove Aminda Hanssen er fast skribent i Sykepleien.



Sykepleielederens økonomiske beslutninger påvirkes ofte av profesjonslojalitet.

Sykepleieledere utfordres når økonomistyring møter faglige idealer



Fakta

Jens Kristoffer Hertel

Seksjonsleder og forskningsleder, Senter for sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold

Det er innført en rekke reformtiltak for å øke effektiviteten og ressursutnyttelsen i norske sykehus. Likevel krever drift av sykehusene i verdens rikeste helsevesen stadig større bidrag fra offentlige midler. De siste fire årene har vi hatt en kostnadsvekst på 23 prosent.

Sykepleietjenesten utgjør i dag 60 prosent av totalt 70 000 årsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten, og erfaring viser at det ofte er sykepleieenhetene som overskrider budsjetttrammene. Hva utfordrer i dag sykepleieledere som skal levere på både pasientkvalitet og økonomi?

I en ny studie belyser vi sykepleielederens økonomistyring og hvordan organisatoriske forhold påvirker dette arbeidet (1). I undersøkelsen deltok seks erfarne sykepleieledere, med ansvar for kliniske seksjoner, i kvalitative intervju.

Studien viser at økonomiske beslutninger ofte påvirkes av profesjonslojalitet. Lederen er i tillegg avhengig av om personalet viser lojalitet til seksjonens tildelte økonomiske ressurser, og om sykehuset har en organisering som støtter effektiv økonomistyring.

PROFESJONSVERDIER OG ØKONOMI

I sykehusets seksjoner har lederen for sykepleien ansvar for den faglige kvaliteten i sykepleietjenesten, for personalets arbeidsmiljø og for økonomien. Økonomistyringen er i hovedsak knyttet til personalplanlegging og innleie av vikarer. Pasienter, pårørende og ansatte sykepleiere ved seksjonen utgjør den nære sosiale konteksten når seksjonslederen forvalter seksjonens økonomiske ressurser.

Sykepleierens faglige ballast er tradisjon og teorier om omsorg for pasienten som enkeltindivid. Sykepleien omtales i mange sammenhenger som «omsorgsprofesjonen».

I vår studie bekrefter seksjonslederne at det er vanskelig å forsone seg med spenningsforholdet mellom egen faglige identitet og bedriftsøkonomiske prinsipper og krav. I beslutninger om innleie av personell blir lederen ofte stående i en situasjon hvor verdien om «alltid å hjelpe den syke» møter krav om å sikre at driften holder seg innenfor budsjett.



Runar Danielsen

Senterleder, Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold

Sykepleiens omsorgsverdier blir dermed stående i motsetning til næringslivets styrings- og ledelsesprinsipper, som vektlegger rasjonalitet, effektivitet og oppnåelse av kvantitative resultater. Sykepleielederen som beslutningstaker forventes å prioritere det faglige aspektet samtidig som administrative og økonomiske forhold skal ivaretas. I den aktuelle undersøkelsen fremhever lederne sykepleiens moralske aspekt og idealet om ansvar for den svake som overordnede verdiprinsipper.

PERSONALGRUPPEN OG ØKONOMISKE BESLUTNINGER

Et viktig poeng i nyere forskning om beslutningsteori er omgivelsenes betydning ved lederavgjørelser. Lederen gjør ikke kun vurderinger «i sitt eget hode». Sykepleielederne på sykehus tar beslutninger om økonomi i en arbeidssituasjon hvor medarbeidere er til stede og har stor påvirkningskraft.

Sykepleierne formidler sine meninger om behovet for

«Det er ofte sykepleieenhetene som overskrider budsjetttrammene.»

innleie av vikarer og innføring av nye vaktordninger. Vår forskning viser at personalet kan representere en uformell påvirkning som støtter innleie av personalressurser og begrenser fleksibel bruk av personell.

VIRKSOMHETSSTYRING OG LEDELSE

De nye prinsippene for organisering av sykehus i Norge er hentet fra modeller for privat næringsliv og er nært knyttet til begrepet new public management (NPM). Gjennom denne endringen ble sykehusseksjonene omgjort og avgrenset til enheter egnet for moderne ledelse og styring.

De nye organisasjonene kjennetegnes ved klar avgrensning,

stor grad av autonomi, definerte oppgaver, spesielle kvaliteter og et etablert hierarki for ansvar og myndighet. Dersom man forstår sykehuset som organisasjon ut fra dette perspektivet, vil det være naturlig å etterspørre en type styringslogikk i sykehusets organisering. En naturlig konsekvens av det vil være at det etableres kontraktsformer som regulerer ansvar, resultat og myndighetsområder.

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2015 om styring av pleieressurser i helseforetak trekker ingen konklusjoner. Riksrevisjonen bekrefter imidlertid at det er store variasjoner i hvordan norske sykehus gjennom ledelse, styring og organisering har lagt til rette for effektiv økonomistyring (2).

Dersom NPM er utgangspunktet for effektivisering og god økonomistyring i norske sykehus, vil det forventes at lederne i vår studie i større grad hadde dokumentert risikovurdering, evaluering og oppfølging av de økonomiske resultatene som en del av sin daglige økonomistyring.

DÅRLIGE FORUTSETNINGER FOR ØKONOMISTYRING

Hva kan styrke pasienttilbudet – ytterligere fagressurser eller bedre organisering og ledelse?

Sykehusene styrer i dag mot færre senger, redusert liggetid og utvidet dagbehandling. Flere sykdommer kan behandles, og flere pasienter blir behandlet. Bekymringen for tilstrekkelig sykepleierbemanning er dokumentert fra både ulike fagmiljøer og gjennom hyppige medieoppslag.

I diskusjonen om behovet for økt og kvalifisert bemanning kan en nylig publisert internasjonal studie av Aiken og medarbeidere tilføre viktig informasjon (3). Studien viser at Norge i denne sammenhengen fremstår som den nasjonen med høyest formell sykepleierkompetanse og flest sykepleiere per pasient.

Tidligere forskning som sammenlikner ressursinnsats og resultater i norsk og finsk helsesektor, gir støtte til Aikens resultater (4). Vår kvalitative studie tar ikke for seg hva som er tilstrekkelig sykepleierbemanning, men hvilke forhold i sykehuset som kan ha betydning for hvordan sykepleierlederen forvalter tildelte økonomiske ressurser.

Studien viser at sykehusets organisering og ledelse ikke gir sykepleielederne gode forutsetninger i arbeidet med økonomistyring. Risikovurderinger, handlingsplaner, oppfølging og støtte fra stabspersonell var i liten grad innarbeidet for å styrke lederen i å analysere, planlegge og styre det aktuelle ansvarsområdet.

Helseforetakene har trolig mye å hente på å øke kompetansen innen ledelse, styring og organisering for å styrke pasienttilbudet og sikre effektiv økonomistyring. ●

Referanser

1. Danielsen R, Hertel JK. Økonomistyring utfordrer sykepleieledere i reformerte norske sykehus. Nordisk sygeplejeforskning. 2018;1:51–62.
2. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Oslo; 2015. Dokument 3:12 (2014–2015). Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2014-2015/dok-3-12-2014-2015.pdf> (nedlastet 31.07.2018).
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet. 2014;383(9931):1824–30. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
4. Melberg HO. Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland? Universitetet i Oslo: Health Economics Research Programme; 2009. Working paper 2009:10. Tilgjengelig fra: http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2009/2009_10.pdf (nedlastet 31.07.2018).



MANGE KRAV: Lederen gjør ikke kun vurderinger «i sitt eget hode». Sykepleielederne på sykehus tar beslutninger om økonomi i en arbeidssituasjon hvor medarbeidere er til stede og har stor påvirkningskraft. Illustrasjonsfoto: Andrey Popov / Mostphotos



Bibelen har jeg ikke lest i siden konfirmasjonsdagene,
og det er virkelig en stund siden.

– Gud velsigne deg, søster!



Fakta

Tanja Vatnås

Sykepleier, Medisin 1,
Drammen sykehus

Nattevaktene er ofte travle på medisinsk avdeling, men innimellom har vi også netter som er rolige. Denne natten var unormalt rolig, på runden sov alle bortsett fra en gammel dame som øyeblikkelig skulle runde 100 år.

Hun lå i sengen i tussmørket og prøvde å lese i Bibelen, og det var jo ikke så lett. For det første så var det jo tussmørkt, og for det andre holdt hun den opp ned. Krokete og slanke fingre hadde et godt grep rundt boken, som åpenbart var viktig for henne.

BRILLENE LIGGER HJEMME

Jeg går inn til henne og spør om hun ikke får sove, jo da, svarer hun, men jeg må lese Herrens ord først. Det har jeg gjort hver kveld siden jeg lærte å lese, smiler hun. Jeg smiler forsiktig tilbake og sier prøvende, men du holder Bibelen opp ned. Hun skynder seg å snu den rett vei, og forteller at hun har ikke klart å lese etter at hun ble innlagt, for brillene ligger hjemme.

Før jeg i det hele tatt rekker å tenke meg om, hører jeg meg selv si, skal jeg lese høyt for deg?

Å ja, stråler hun mot meg. Det er åpenbart at hun kjenner denne boken godt, for uten å nøle ber hun meg lese Salmenes bok 23. Om ikke hun nølte, så begynte jeg

nølede å bla. Bibelen har jeg ikke lest i siden konfirmasjonsdagene, og det er virkelig en stund siden.

Jeg startet først i boken, men nei, ingen innholdsfortegnelse å lene seg på. Så bakerst, men nei, heller ikke noe stikkordsregister

«Jeg må lese Herrens ord først. Det har jeg gjort hver kveld siden jeg lærte å lese.»

som kan redde meg. Min pasient skjønte at jeg ikke var like godt kjent med Bibelen som det hun var, hun tok den, bladde kjapt opp og sa smilende, sånn cirka her finner du den. Og ganske riktig, hun bommet med noen få sider.

LYTTER SMILENDE

Sittende ved siden av sengen hennes i tussmørket begynner jeg forsiktig å lese «Herren er min hyrde, jeg mangler ikke noe. Han lar meg ligge i grønne enger ...». Det blir en magisk stemning der vi leser om både grønne enger og døds-skyggens dal. Vi vet begge at hennes liv på denne jorden snart er over. Likevel er hun så rolig og trygg, så fredfull der hun ligger med lukkede øyne og lytter smilende.

Magien blir etter en god stund avbrutt av en hissig klokke. Hverdagen kommer brått tilbake til oss begge, noen andre er dessverre våknet. Jeg legger Bibelen i nattbordet og reiser meg for å gå videre. Retter på puten og ønsker henne en god natt.

Idet jeg går ut av rommet, hører jeg «Gud velsigne deg, søster» med hennes milde, skjelvende stemme. Blir gående og smake litt på ordene, det føltes faktisk godt. Hennes ønske for meg var det største hun kunne ønske for et annet menneske, nemlig Guds velsignelse. ●



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Minneord

Anne Berit Myhren

Anne Berit Myhren, født 1944, har gått bort, 74 år gammel.

Vår utrolig lojale, kunnskapsrike og gode kollega gjennom mange år sovnet stille inn i juli 2018. Hun var en sykepleier av et kaliber som både eldre og yngre fikk stor respekt og beundring for.

Anne Berit Myhren var sykepleierutdannet fra Røde Kors. Hun arbeidet på Gjøvik Sykehus, og seinere på Høgskolen i Gjøvik, nå NTNU IHG.

Sykepleier i sitt hjerte og i sin handling, det var Anne Berit i en sum.

Hun var medmenneske i hverdagen, både for ferske og erfarne kollegaer på sykepleierutdanninga, for studenter under opplæring og pasienter og helsepersonellet hun samarbeida med. Hun problematiserte ikke unødige, men stilte opp og svarte kort: «Dette løser vi».

Anne Berit gikk inn for å bevare viktige verdier i sykepleiefaget, og disse flagget hun høgt. Derfor tok hun ansvaret for å utvikle samarbeidet med praksisarenaen. Hun var redd for at sykepleielærerne skulle miste veiledning i praksisfeltet. For henne var kontakten med pasientene primært, og veilederne måtte være kompetente. Slik skulle studentene sikres med kunnskapsrike sykepleiere. Derfor utviklet hun sammen med kollegaer en alternativ skole: praksisfeltmodell med veiledning i veiledning på studenttette poster. I 2006 fikk hun NSF Opplands sykepleierpris for sin innsats.

Anne Berit utfordret, var streng, rettferdig og meget samvittighetsfull. Hennes veiledning ble et forbilde. Anne Berit så studentene som mennesker, husket dem ved navn og utfordret dem. Hun frydet seg over hvordan unge studenter fikk gode kunnskaper gjennom hendene og i hodene.

Kunnskap bak handlingene, veiledere som stilte spørsmål og utfordret og som sikret praksishandlinger basert på viten og tiltak, de kloke beslutningene, dette gjorde at Anne Berit trivdes og utstrålte arbeids glede.

Og hun var raus med anerkjennelsen, hun gleda seg over sine studenters mestring og ga dem nye oppgaver: «Hva tenkte du? Hvilke kunnskaper la du til grunn for dine valg?».

Ingen tvil om at hun ga framtidige sykepleiere retning for dannelesreisa i yrket. Hun var stolt og engasjert, og rundt henne hersket orden, ro og trygghet. Hennes respekt for hvert individ, for kunnskap og for tradisjon var vesentlig.

Hennes menneskekjærlighet gjennomsyret alltid hennes yrkesutøvelse og omgang med oss i smått og stort.

Etter at hun nådde pensjonsalderen, fortsatte hun med glede å stille opp som vikar og var en populær eksamensvakt.

Anne Berit sine verdier og minne vil leve lenge blant oss på sykepleierutdanninga i Gjøvik.

*På vegne av NTNU Institutt for helsevitenskap, Gjøvik
Siri Gunn Simonsen, universitetslektor i sykepleie*

ANNONSE



Hold deg
opplyst.

Hver dag,
året rundt:

sykepleien.no



– Det kunne like godt vært meg

For tredje gang skal Ruth Donovan lede konferansen der rusavhengige selv er hovedpersonene.

• Tekst og foto **Marit Fonn** →

Ruth Marie Stensland Donovan

Hvorfor: Fordi hun stadig er i mediene med nye ideer, spesielt innen rusfeltet.

Røst-konferansen for brukere, pårørende og fagfolk er hennes baby.

Utdanning: Sykepleier, master i helsefremmende arbeid

Stilling: Høgskolelektor på Høgskulen på Vestlandet

Alder: 47 år



GATESYKEPLEIENS BASE: Ruth Donovan i Bakkegaten bo- og omsorgssenter, drevet av Frelsesarmeens rusomsorg. Her har gatesykepleien sin base. Veggkunsten er laget av Gaute Haugland.



Ruth Donovan er redd. Det er 2013, og hun skal på Dagsrevyen. Alle kommer til å få vite. Verden vil rase sammen, tenker hun. Helt sikkert. Det er langt uti intervjuet at hun forteller hva som skjedde for fem år siden.

Men først, juni 2018: Mens regnet øser ned, møtes vi på en kafé i Bergen. Sykepleieren og høyskolelektoren Donovan kommer rett fra et møte med Bergen næringsråd.

Som vanlig har hun mange baller i luften. Snart – den 30. august – er det dagen for Røst, brukerkonferansen i rusfeltet. Den skal holdes for tredje år på rad. Donovan er prosjektleder og skal lede showet.

«Årets begivenhet i Bergen. Det blir en dag spekket med håp, kjærlighet og faglig påfyll», skriver hun på Røsts Facebook-side. I kjent entusiastisk stil.

– Røst, sier hun mykt over kaffekoppen.

Det er som om hun snakker om et kjært barn.

– Brukerne har alltid snakket om likeverdighet. De kommer

«Kreativiteten er som en muskel.»

med ordet verdighet i alle sammenhenger. Derfor er mottoet for årets konferanse «På verdigheten løs».

Hun går i gang med å beskrive «magiske hendelser» på konferansen i fjor.

Sykepleieforsker Oscar Tranvåg snakket om hva som skjer når man mister sin verdighet. Brukerne spisset ørene og nikket gjenkjennende.

Artistene Sigvart Dagsland måtte bare være med, han hadde jo en låt som het Røst. I musikkvideoen spilte Dagsland selv en hjemløs i Los Angeles.

– Jeg utfordret ham og spurte hvordan det var å gå i gatene i LA med slitte klær og livet i en bærepose. Han følte han kledde på seg en annen identitet. Det hadde gjort dypt inntrykk på ham, sier hun.

Så var det 60-åringen i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som fortalte om sitt møte med helsevesenet.

– Som eldre i LAR har du en stemme som drukner. Men nå fikk han mikrofonen. Det var voldsomt. Brutalt ærlig av en mann som aldri ville blitt hørt andre steder. Det er jo vanligvis ledere som får være med på konferanser, det er de som blir hørt i rusfeltet, fastslår hun.

– Han viste hvordan menneskeforakt settes i system. Jeg lurte: Hvor får man denne forakten fra? Så tenkte jeg dypere: Mister de rusavhengige verdigheten i helsevesenet? Eller styrkes den?

Donovan fikk en idé, og fikk med seg forsker Tranvåg:

«Vil dere være med i et forskningsprosjekt om verdighet?» spurte hun fra scenen. Flere brukere og pårørende meldte seg.

– Endelig, sa de.

Nå skal Tranvåg og medforskerne fortelle om sitt prosjekt på Røst-konferansen.

VIL HA SYKEPLEIERE MED GUTS

Ordet innovasjon er ofte i Donovans munn.

– Her må sykepleierne på banen. De må ha vilje til å gjøre, «to do».

Donovan ser det som sin oppgave å sørge for at studentene får handlingskompetanse. Siste nytt er gatesykepleie, som begynte med studentprosjekt i Frelsesarmeen. En bil og to segwayer er innkjøpt.

– Tenk at det ble virkelighet. Og prosjektet «fra rusbruker til digitalbruker», det kan bli kjempeflott. Hvem er med der? Jo, både næringslivet og høyskolen. Man må åpne blikket, sier blondinen med store blå øyne innrammet av svart kajal.

– Det er bare for sykepleiere å hekte seg på. Det handler om holdninger. Og guts. Det er ikke så vanskelig. Alle er kreative. Men kreativiteten er som en muskel, den må trenes.

Studentene må få prøvd seg på den virkelige verden, mener hun:

– De må få ut potensialet mens de utdanner seg. Sykepleier- og ingeniørstudenter kan for eksempel jobbe sammen på tvers. Det er når man setter sammen ulike forståelser, at innovasjon skjer.

– Du har visst tusen prosjekter på gang?

– Jo, mange sier det. Jeg er ikke forankret ett sted. Personligheten min er å være «all over the place».

Donovan bygger nettverk. Ser hun et mulig bytte, blir hun som en hund som får los: Hun slår til. Venter ikke.

Oscar Tranvåg sier dette:

– Ruths radar er oppe hele tiden. Hun er et oppkomme av kreativitet. Og hundre prosent ikke-moraliserende.

RUS OG PSYKIATRI I FAMILIEN

Faren døde av en overdose da Ruth var sju år. Han var 36. Lillebroren døde da han var 35, etter å ha slitt med rus og psykiatri. Storesøsteren har vært rusavhengig i nesten 30 år.

– Hvordan var du som barn?

– Forsiktig. Jeg prøvde å knekke koder, trengte å forstå hvordan ting henger sammen. Da jeg som voksen fikk vite hvordan far døde, lurte jeg veldig på hvorfor det hadde skjedd.

Hun oppsøkte derfor brune bærer i over et år.

– Jeg observerte, snakket med mennesker. Jeg tror jeg var sykepleierstudent da. Jeg skrev oppgave om rusavhengiges møte med helsepersonell. Jeg skrelte vekk fordommer.

Etter hvert har hun funnet ro ved å tilgi faren sin.

– Jo mer vi forstår, jo lettere er det å tilgi. Å forstå alt er å tilgi alt, sa den franske kvinneaktivisten Madame de Staël. Det er ikke dermed sagt at du skal tåle alt. Men det vi forstår, kan vi sette i en sammenheng og ha respekt for.

Da hun var 25, ble hun sykepleier med toppkarakterer. Hun var da alenemor med et barn.

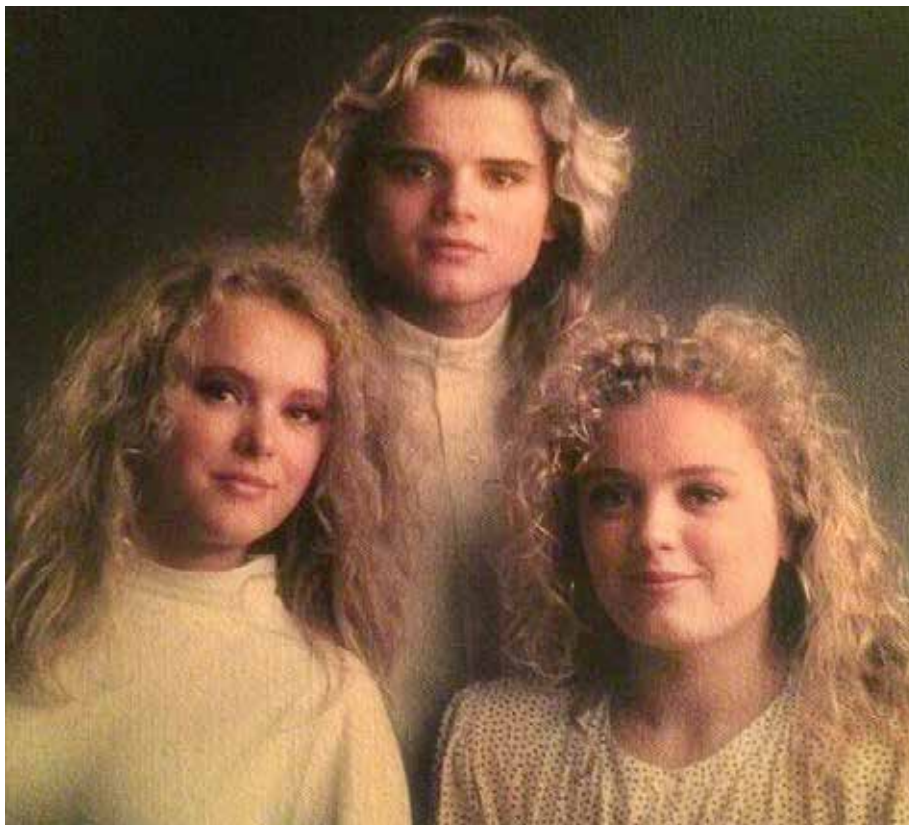
– Hvorfor valgte du yrket?



1974: Ruth til høyre. Søster er ett år eldre, bror ett år yngre.



RUTHS BARN: Nathaniel, Miriam og Benjamin. Nå er de henholdsvis snart 16, 18 og 25 år.



1989: Ruth til høyre, søsteren til venstre. Broren døde i 2007. Alle foto: Privat

– Som barn tasset jeg rundt i gangene på Mildeheimen, der mor var sykepleier. Jeg fikk nærhet til faget. Det tiltalte meg å skulle lære om kropp, anatomi og fysiologi.

Sin lønn får hun nå fra Høgskulen på Vestlandet.

– Utdanningen har godt av henne, mener Sissel Tollefsen, den nå pensjonerte instituttlederen, om hvorfor hun ansatte henne i 2012.

– Hun var ny og spennende i lærerstaben. Ser nye veier. Hun motiverer studentene til å ta praksis i rusfeltet, som har vært for sømt i utdanningen.

Begeistring er gjensidig:

– For meg var Tollefsen en visjonær og et forbilde. Jeg digget henne. Hun lot meg være kreativ, ga rom for min person. Det er ikke alle som tåler personligheter som meg. Jeg er jo veldig på. Det kan være krevende for noen.

Det er helsefremmende arbeid hun underviser i.

– Jeg har sikkert veiledet i flere hundre prosjekter. Minst 70 har vært for fysioterapistudenter. I sykepleien handler det om alt fra eldre og ensomhet til hpv-vaksiner for rusavhengige kvinner.

Hun legger til:

– Jeg lykkes ikke med alt, men det er læring i absolutt alt. Som da hun og studentene dro for å male gatekunst i tunnelen

«Jeg fryktet fordømmelse til jeg var over 40.»

ved Strax-huset for rusavhengige. Kunsten ble overmalt innen det var gått et døgn av dem som oppholder seg der.

– Det var et stunt. Vi burde ikke gjort det sånn. For hva skjer med verdigheten når vi buser inn? Vi må være ærlige og si at her har vi noe å lære.

– KUNNE LIKE GODT VÆRT MEG

Donovan vokste opp i Bergen, men har bodd og studert i både Australia og England.

– I England utdannet jeg meg til aerobicinstruktør, og tok eksamen i åttende måned. Det ble en kanonbra fødsel.

Tre barn med tre menn har det blitt. Etternavnet (som ikke



har noe med den kjente visesangeren å gjøre) har hun etter sin fraseparerte mann, far til den yngste (nevnt over).

– Jeg har beholdt alle mine svangerskap, hver smitt og smule, forklarer hun.

– Jeg har ikke gjort det enkelt i livet. Aldri easy, har aldri valgt lurt. Det har vært ganske trøblete.

Barna er 25, 18 og snart 16. Målet hennes har vært å lose dem trygt frem til de er 18.

– Det kan se vellykket ut utenpå. Sannheten er at jeg er alt annet enn det. Jeg har en bakgrunn som er i kontrast til det folk tror.

Forståelsen for rusavhengige har hun utviklet på hjemmebane:

– Tre av mine nærmeste havnet jo i alvorlig rus. Det kunne like godt vært meg. Men vi valgte ulike strategier. Det handler om overlevelse og å tåle trøkkene livet gir deg.

– Empatien har jeg fordi jeg møter meg selv. Men jeg ser noen små nyanser som kan forklare hvorfor jeg ikke endte der. Å si «ta deg sammen, jeg klarte det, da klarer du det òg» er bare tull.

– *Hva er nyansene?*

– Jeg er en tøffing. Syns det er vanskelig å være åpen. Både på grunn av stigmaet det medfører, og fordi jeg vil bli sett for det jeg er og gjør. Jeg vil unngå merkelapper.

Hun mener hun har utviklet en resiliens. Å tåle å stå i ting.

Resiliens betyr psykologisk motstandskraft, ifølge Store norske leksikon. Det vil si det som gjør at «man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger. Å være resilient vil si at man er robust».

– Jeg har takknemlighet for livet. Jeg vil skape et samfunn der jeg blir ivaretatt. Er det ikke bra nok for meg, er det ikke bra nok for andre. Noen har blitt så krenket at det ikke er mer å krenke. Skal de gjenreise seg, må de bli krenkbare igjen.

En venn sa til henne: Når du bruker hele deg, også den sårbare delen, gjør ikke det deg mindre.

– Vi er alle sårbare. Viser du det, gir det troverdighet. Andre vil gjenkjenne det, og åpne seg. I starten var jeg livredd.

KANSKJE DET LURESTE HUN HAR GJORT

Det er nå historien om Dagsrevyen kommer. I flere år hadde hun passet på søsteren som var rusavhengig. Vært i konstant bered-

«Alle har noe som funker.»

skap, ringte mange ganger i døgnnet, sjekket om hun var i live. I 2013 var søsteren moden for rusavvenning. Det var sjette forsøk.

– Men vi fikk vite at det var 100 dagers ventetid.

Donovan ble fortvilet og provosert. Så hun tipset NRK om den lange ventetiden.

– Det ene tok det andre, forteller hun.

Historien endte på lokalnyhetene og Dagsrevyen. Da hadde Ruth ordnet rusavvenningsplass til søsteren.

– Jeg husker angsten over at alle skulle få vite. Barna mine kunne se det. Nå raser alt, tenkte jeg.

Slik gikk det ikke:

– Alt jeg møtte, var anerkjennelse og respekt. Folk klemte meg. Kolleger også. Jeg ble stoppet på gaten: Jeg har en bror, jeg har en sønn ...

Kanskje var dette det lureste hun har gjort, tror hun:

– Det var som en byrde ble tatt av skuldrene mine. Som å komme ut av et skap. Det fins mange skap, og ofte er de forbundet med skam. For meg var det knyttet til oppvekst og søsken. Journalistene hjalp meg ut av det.

– Du ser ikke at du låser deg selv inn i skapet. Du vet ikke alltid at du har vært der før du kommer ut og oppdager at verden utenfor er lys og fin. Tenk at jeg fryktet fordømmelse til jeg var over 40 år.

– *Fikk du lov til å være barn?*

– Jeg er ikke bitter. Men jeg har ikke en minnebok med gode minner.

– *Hva betyr det at du hadde søsken?*

– Det var fantastisk viktig, de var min verden. Vi passet på hverandre.

– JEG SYNS DET ER SÅ GØY

Hun er jo på sosiale medier fra morgen til kveld.

– *Hvor mange meldinger sender du på en dag?*

– Tør ikke tenke på det.

Hun snakker vekk spørsmålet. Viser til #gårforlivet, hennes egen idé, en aksjon som fremmer fysisk aktivitet innen psykisk helse og rusomsorg. På Facebook avtales felles turer for alle som vil. Donovan deltar ofte.

– Mange tror at jeg gjør det for å være snill med andre. Nei, det er like mye for meg selv. Jeg får masse. Det er mennesker som tar vare på meg. De kan skrive: «Sitter her og tenker på deg. Hjerte.» Det varmer.

Å passe på søsteren tok mye tid og krefter.

– Nå er jo det landet.

Søsteren er rusfri, har fast jobb, sykler med nummer på brystet.

– *Syns noen du er for rask på labben?*

– Ja, ja, selvfølgelig. Nå må du roe deg ned, sier de. Men jeg syns det er så gøy. Det er så mange ja-mennesker. Når jeg jobber med Røst, får jeg bare ja og ja og ja. Jeg føler hele Bergen roper ja, vi vil frem. Det er så mye positiv kraft.

– Vi må lete etter gullet. Alle har noe som funker. Vi må gjødsle det. Det gjør vi i Røst.

Nå skal vi videre og se på den nye gatesykepleiebilen. Vi tar en drosje i hølregnet. Ruth er kjapp med å plukke opp mobilen.

– Det var så bra det møtet i går, sier hun, ukjent til hvem.

Hun kjører på:

– Prosjektet kan bli veldig stort! Vi vil ha deg med! Vi må treffe deg as soon as possible. Ikkje dette gøy? ●

marit.fonn@sykepleien.no

Meldinger, skoler og kurs



Sykepleienjobb er på Facebook!
Følg oss for de nyeste stillingene.

facebook.com/sykepleienjobb.no

Sykepleienjobb.no

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon **mediyoga.no**
Tlf.: +46 85 40 882 80



POLYFON-konferansen

- 22. november 2018

Musikterapi og samhandling

- Hva gjør musikkterapi relevant i helse- og omsorgstjenestene i dag?
- Hvordan omsettes forskning og retningslinjer til praksis?

Velkommen til en flerstemmig konferanse, der brukere, praktikere, forskere, ledere og politikere utveksler erfaringer, innsikter og visjoner.

Early-bird-pris fram til 10. september. Mulig å melde seg på fram til 10. november.

www.gamut.no/polyfon/polyfon-konferansen/

Arrangør: Universitetet i Bergen
Sted: Studentsenteret i Bergen

polyfon | kunnskapslyng
for musikkterapi





Takk, bare bra?

Et kurs i forebygging
og mestring av
depresjon for eldre

”Takk, bare bra...” (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. **Neste kurs er 15. til 18. oktober 2018.** Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, pris og påmelding!

 www.oslo.kommune.no/sff

 sff@syke.oslo.kommune.no

 @SFFOslo



NSFs 5. nasjonale
lederkonferanse i Bergen

ANSVAR, MAKT OG MYNDIGHET
Fullt og helt, ikke stykkevis og delt

Eli Gunhild By, Robert Mood, May Janne Botha Pedersen,
Sigrid Sollund og Tove Gundersen kommer. Kommer du?

PROGRAM OG PÅMELDING

www.nsf.no/kurs-og-konferanser/3849295/540896

EARLY BIRD TIL 1. SEPTEMBER

RADISSON BLU ROYAL HOTEL

2018
30. OG 31. OKTOBER



65.000

følgere kan ikke ta feil.

Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Sykepleien



Norddal kommune

Norddal kommune ligg vakkert plassert midt i Noregs flottaste fjordlandskap. Det er ein liten kommune på indre Sunnmøre i Møre og Romsdal som byr på store naturopplevingar, trygt nærmiljø og godt klima. Norddal kommune omfattar fem bygder som ligg spreidd rundt Norddalsfjorden. Kommunen har gode oppvekstvilkår med eit rikt kulturliv, godt skuletilbod og full barnehagedekning. Her er stor satsing opp mot natur, helse og velvære

Norddal kommune er inne i ei spanande tid med kommunesamanslåing med Stordal kommune og skal frå 01.01.2020 verte Fjord kommune. Fjord vil vere ein demografisk liten kommune, men stor geografisk som kan tilby kommunen sine innbyggjarar og tilreisande eit breitt spekter av tilbod og mulegheiter.

SJUKEPLEIAR 100 %

Norddal kommune har ledig 100% fast stilling som sjukepleiar frå 01.09.2018. For tida arbeid i Heimetenesta.

Som sjukepleiar i Norddal kommune får ein følge brukarane over lang tid og lære dei å kjenne. Ein blir godt kjent med sjukdommar og plagar, men vert også godt kjent mer på det personlege plan. Det vil dukke opp mange gode historier, opplevingar og råd på vegen.

Arbeidsoppgåver

- Arbeidsoppgåvene omfattar grunnleggande faglege sjukepleiaroppgåver med eit bredt spekter av sjukdommer/diagnoser (hjerte, lunge, mage, frakturer, kols og andre).
- Ein vil jobbe med stell, medisiner og utarbeide tiltaks- og ernæringsplanar.
- Det vil vere varierende, utfordrande og lærerikt arbeide.

Kvalifikasjonar

- Norsk autorisasjon som sjukepleiar.
- Må beherske godt norsk skriftleg og munnleg.
- Vere serviceinnstilt og ha gode samarbeidsevne.
- Forutan faglege kvalitetar vert personlege eingenskapar vektlagt.
- Politiattest må leggest fram ved tiltreding

Utdanningsretning

- Medisin/Helse/Sosialfag

Utdanningsnivå

- Høgskule/Universitet

Personlege eigenskapar

- Er trygg, tydeleg og triveleg
- Visar respekt og omtanke for pasientar og kollegaer
- Er effektiv, fleksibel og løysingsorientert
- Tar sjølvstendig ansvar og likar å jobbe i team.
- Har gode IKT- kunnskapar og kan tileigne deg fagsystem som til einkvar tid brukast i Norddal kommune.

Vi tilbyr

- Garantilønn på 446 800 NOK lik 10 års ansiennitet for stillingar med 3-årig U/H utdanning
- Tilsetning på vanlege vilkår for kommunalt tilsette
- Pensjonsordning med 2% medlemsinntekt i KLP
- Er behjelpelig med å finne leilighet/husrom

Kontaktinfo:

Lisbeth Schei Bjørdal Einingsleiar (+47) 910 09 625

Søknadsfrist: Snares

Annonser i Sykepleien og bli sett 300.000 ganger!

Utgivelsesplan høsten 2018

Nr	Utgivelse	Materiellfrist	Utgivelsesdato
7	Sykepleien	18. september	27. september
8	Sykepleien (Tema* Etter kreften)	17. oktober	1. november
9	Sykepleien (annonsetest)	4. desember	13. desember

* Sykepleien Tema tar kun hel- og halvsider.

Har du sykepleiere som målgruppe kommer du ikke utenom Sykepleien.

Annonser i blad eller på nett. Vi tilbyr flere digitale annonseflater, blant annet nyhetsbrev som mange setter pris på.

Papirutgaven leses av mange, hele 314.000 ganger i snitt ses hver side ifølge Kantar TNS som måler blader, i Norge (GEP 1/2018).

Utgivelse nr. 8 er Sykepleiens nye papirprodukt som går i dybden på ett tema om gangen. Årets siste utgave handler om hva som skjer etter kreften. I temautgavene tar vi hel- og halvsides annonser. I de andre utgavene av Sykepleien tar vi også mindre formater.

Kontakt markedsavdelingen på marked@sykepleien.no eller ring 91 60 38 12. Vi står til tjeneste!

Sykepleienjobb er nå på Facebook!

Følg oss på Facebook og hold deg oppdatert på ledige stillinger og stoff om jobb og arbeidsliv.



facebook.com/sykepleienjobb

Sykepleienjobb.no



Nyhet!

Kryssordløsning, se side 74

😊	TENSE	TØMMING	DRATT	POLPARTI	FLIRTE	KLAGER	FØLESEN FS	Ø	HER-OVER	SEIG-BYGG	Û	DRØKKEN LYSKOLDE	È	GIFTEN ORD	À	ULYST HINNE	M	PRIN	ORD
MAI	V	Å	R	S	L	Å	P	P	H	È	T	S	P	È	R	I	O	D	È
MEATUS ACUSTICUS	Ø	R	E	V	O	K	S	T	I	L	H	O	L	D	S	S	T	E	D
FLOKK	R	E	I		EIE	K	SJARM	I	T	SELE- DEL	O	L	E		E		V	ENDEN	SLUT- TENE
H	E	L	S	E	H	E	I	M	DRIKK- BUE	Ø	L	SAKTE	S	E	N	FRYGE	I	S	È
INSTITUSJON	ASTAT- TRINN	A	T	MAL	A	R	HINNE	I	S	HALE- MOD- ERNE	D	R	A	DYRET	I	G	L	E	N
HELLUG	S	T	PART		STUNG	VAS- KET	BREN- NING	S	V	I	E	SLAG- LEVER	F	I	K	STOFF	L	S	D
PERIODE	T	I	D	BILDE- US- INTERJ	M	R	HJØM- MELDEN- VE	M	I	N	N	È	T	LE- ELV	K	N	I	S	E
EREMIT- TEN CYLLA- SØN	E	N	E	B	O	E	R	E	N	AVLIVE	D	R	E	P	E	ARVE- STOFF	G	E	N
E	G	G	L	Ø	S	N	I	N	G		E	KVIN- NENE	N	O	N	N	E	N	E

Sykepleien fornyer seg!

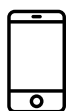
Sykepleien har hatt en fantastisk reise fra å kun utgi tidsskrift ca hver tredje uke til å utgi fag- og nyhetsstoff daglig i mange kanaler. Vi utgir fremdeles tidsskriftet, som vi nå kaller magasin, men i tillegg gir vi ut:



Temautgaver som er Sykepleiens nye papirsatsning, og som medlemmene har tatt veldig godt imot. Til neste år planlegger vi hele 6 slike utgivelser.



Nyhetsbrev på e-post. Vi minner om nye saker for sykepleiere og andre helseinteresserte. Følg oss gjerne du og.



Sykepleiens app for mobil. Her kan du enkelt lese siste artikler, men også lese papirutgivelser under fanen utgaver/temaer. Fint å lese på vei til og fra jobben, på hytta eller sofaen.



Nettsidene Sykepleien.no oppdateres hver dag og trafikken øker.



Facebook: Sykepleien

Facebook: Sykepleien Forskning

Vi har mange følgere, og mange kommenterer og deler sakene til Sykepleien. Følg oss om du ikke allerede gjør det.



Sykepleien på Instagram

Bilde-tjeneste for sykepleiere. Følg oss i dag om du ikke gjør det.



Sykepleien på Twitter

Sykepleiens journalister legger ut sine meninger. Følg oss gjerne her også.

Ta kontakt om du har forslag til temaer vi skal skrive om, eller andre tilbakemeldinger på redaksjonen@sykepleien.no

Sykepleien



Vi i Dedicare gir deg god lønn og større frihet

Denne høsten har vi flere ledige oppdrag enn noen gang – over hele vårt spennende land, både på sykehus og i kommuner. Så nå har DU virkelig sjansen!

Vi er like interessert i å snakke med deg, enten du er sykepleier eller spesialsykepleier. Vi har spesielt stort behov for intensivsykepleiere, nyfødteintensivsykepleiere og barnesykepleiere.

Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse. Vi dekker din reise og bolig.

www.dedicare.no/nurse

+47 74 80 40 72 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE