

06
2017

Sykepleien

Mot depresjon. Eldre på sykehjem får ukontrollert mye medisiner, viser studier. **18**

Sløves ned på sykehjem

● **Hva skjer**

Rene sprøyter er ikke nok. **32**

● **Sykepleie**

Få bukt med feilmedisinering. **42**

● **Påfyll**

Depresjon etter slag kan ta liv. **66**

● **Meninger**

Tett på Martin Veland. **80**



Da jeg begynte på lederutdanning på BI, forsto jeg at vi alle har våre måter å lede på – og at de fleste er like usikre som meg. Jeg lærte å våge og vise svakheter. Det ga meg en helt ny ro, og en evne til å stole på meg selv – og dermed også kollegaene mine.

HILDE HELLAND

Daglig leder, Manglerudhjemmet



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

Bachelor of Management med fordypning i helseledelse

Oppstart Høst 2017
bi.no/helseledelse

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

- Praktisk helseledelse • Personalledelse • Økonomistyring • Helselovgivning • Etikk



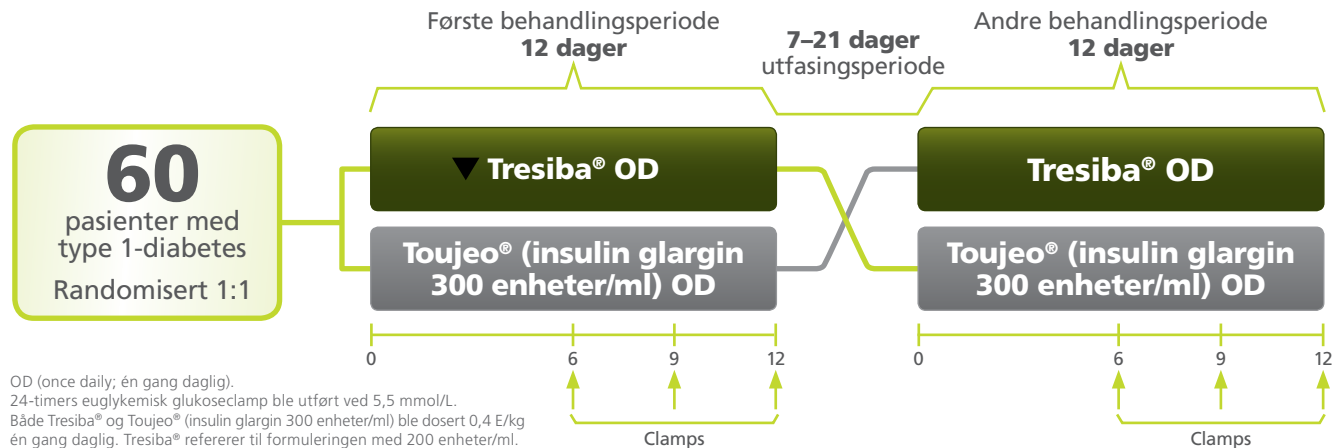
Bio-Oil® er et spesial hudpleieprodukt utviklet for å redusere synligheten av arr, strekkmerker og ujevn hudtone. Bio-Oil® inneholder naturlige oljer, vitaminer og den banebrytende formuleringen PurCellin Oil™. For ytterligere produktinformasjon og resultater av kliniske studier, vennligst se bio-oil.com. Bio-Oil® er det mest solgte arr-og strekkmerkeproduktet i 18 land.* Veil.pris 119kr/60ml.

*bio-oil.com

Studiedesign¹

En enkeltcenter, randomisert, dobbeltblind, to-periodisk, farmakodynamisk overkryssingsstudie

57 pasienter fullførte begge behandlingsperiodene



▼ Tresiba «Novo Nordisk»

C Insulinanalog, langtidsvirkende.

ATC-nr.: A10A E06

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i sylinderrampulle 100 enheter/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E) tils. 3,66 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml og 200 enheter/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E), resp. 200 enheter (E) tils. 3,66 mg, resp. 7,32 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Flexibilitet i valg av administreringstidspunkt tillates når det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag, men klinisk erfaring med dette mangler hos barn og ungdom. Glemt dose anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Doseres i overensstemmelse med pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold, eller annen samtidig sykdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende ukene. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetisk behandling, må ev. justeres. Insulin degludec 1 enhet (E) tils. humaninsulin 1 internasjonalt enhet (IE), insulin glargin (100 E/ml) 1 enhet (E) eller insulin detemir 1 enhet (E). **Diabetes mellitus type 1:** Skal kombineres med hurtigvirkende insulin for å dekke insulinbehovet ved måltider. Tas 1 gang daglig sammen med måltidsinsulin, etterfølgende individuelle dosejusteringer er påkrevd. Overgang fra andre insulinpreparater. En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalinulin eller den tidligere basalkomponenten i et kontinuerlig s.c. insulininfusjonsregime bør vurderes, etterfulgt av individuell dosejustering basert på glykemisk respons. **Diabetes mellitus type 2:** Kan administreres alene eller i enhver kombinasjon med orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister og bolusinsulin. Anbefalt daglig startdose er 10 enheter, etterfulgt av individuell dosejustering. Ved tillegg av insulin degludec til GLP-1-reseptoragonister er anbefalt startdose 10 enheter daglig etterfulgt av individuelle dosejusteringer. Ved tillegg av GLP-1-reseptoragonister til insulin degludec anbefales det å redusere dosen av insulin degludec med 20%, for å minimere risikoen for hypoglykemi. Dosen justeres deretter individuelt. Overgang fra andre insulinpreparater: For pasienter som behandles med basalinulin 1 gang daglig, basalbolusbehandling, eller behandling med blandinginsulin eller selvblandet insulin, kan overgangen fra basalinulin til insulin degludec gjøres enhet for enhet basert på tidligere basalinulindose, etterfulgt av individuelle dosejusteringer. En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalinulin bør vurderes ved overgang fra basalinulin 2 ganger daglig og ved overgang fra insulin glargin (300 E/ml), etterfulgt av individuell dosejustering. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. **Barn og ungdom <18 år:** Kan brukes av ungdom og barn fra 1 år. Ved endring av basalinulin til Tresiba er det nødvendig å overveie individuell doseringsdosis av basal- og bolusinsulin for å minimere risikoen for hypoglykemi. **Eldre >65 år:** Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Skal ikke etterfylles, deles med andre eller blandes med andre legemidler. Skal ikke tilsettes infusjonsvæsker. **FlexTouch ferdigfylt penn:** Med ferdigfylt penn 100 enheter/ml kan det administreres en dose fra 1-80 enheter pr. injeksjon, i trinn på 1 enhet. Med ferdigfylt penn 200 enheter/ml kan det administreres en dose fra 2-160 enheter pr. injeksjon, i trinn på 2 enheter. Dosestøtteren viser antallet enheter usansett styrke, og det skal ikke foretas noen doseomregning ved overgang til ny styrke. FlexTouch brukes sammen med NovoFine nåler med lengde opptil 8 mm. Se pakningsvedlegg. **Penfill sylinderrampuller:** Brukes sammen med NovoFine nåler og insulininjeksjonssystemer fra Novo Nordisk. Se pakningsvedlegg. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i låret, overarmen eller abdominalveggen. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. Skal ikke administreres i.v., da dette kan gi alvorlig hypoglykemi. Skal ikke administreres i.m., da dette kan endre absorpsjonen. Skal ikke brukes i insulininfusjonspumper. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:**

Hypoglykemi: Uteløstelse av et måltid, ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, eller for høy insulin dose i forhold til insulinbehovet kan føre til hypoglykemi. Hos barn (spesielt ved basal-bolusregimer) er det viktig å tilpasse insulin doser med matinntak og fysisk aktivitet for å minimere risikoen for hypoglykemi. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivt insulinbehandling), kan oppleve endring i vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og feber, øker vanligvis insulinbehovet. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendringer. Den forlengede effekten av insulin degludec kan forsinke restitusjon etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og ved bilkjøring bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå dette. Det bør overveies om bilkjøring er tilrådelig for pasienter som har nedsatte eller manglende forvarer på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. **Hyperglykemi:** Administrering av hurtigvirkende insulin anbefales ved alvorlig hyperglykemi. Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av behandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til diabetisk ketoacidose. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og økt insulinbehov. Ved diabetes mellitus type 1 fører ubehandlet hyperglykemi etter hvert til diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. Skifte til insulin av annen type, annet merke eller fra annen tilvirket, må skje under medisinsk kontroll og kan kreve dosejustering. **Kombinasjon med pioglitazon:** Tilfeller av hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes, og pasienten skal observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardielle symptomer. **Hvordan unngå feilmedisinering:** Insulinetiketten skal kontrolleres før hver injeksjon, for å unngå utslippet forveksling mellom de to styrkene av ferdigfylt penn, samt forveksling med andre insulinpreparater. Antall valgte enheter på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandling med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være

forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Insulinantistoffer:** Administrering av insulin kan føre til dannelse av insulinantistoffer. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike insulinantistoffer kreve justering av insulin dosen for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktrotid/lanreotid kan enten redusere eller øke insulinbehovet. Alkohol kan forsterke eller redusere insulinets hypoglykemiske effekt. Følgende kan redusere insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister, monoaminoksidasehemmere (MAOH), betablokkere, ACE-hemmere, salicylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke insulinbehovet: Orale antikonseptjonsmidler, tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormon og danazol. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring med bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. Intensivt blodglukosekontroll og overvåking anbefales generelt hos gravide med diabetes, og ved planlagt graviditet. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og stiger deretter i 2. og 3. trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis tilbake til samme nivå som før graviditeten. **Amming:** Ingen klinisk erfaring. Hos rotter ble insulin degludec utskilt i melk; konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Ukjent om insulin degludec skilles ut i morsmelk hos mennesker. Det forventes ingen metabolsk effekt på nyfødte/spedbarn som ammes. **Fertilitet:** Reproduksjonsstudier på dyr har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi¹. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/100$): Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet². Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Lipodystrofi³. Øvrige: Perifert ødem. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$): Immunsystemet: Overfølsomhet⁴, urticaria. **Spesielle pasientgrupper:** Ingen indikasjon på forskjeller mht. frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger observert hos eldre, barn og ungdom (>1 år til <18 år) og hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon i forhold til den generelle populasjonen.

¹ Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfoll, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.²

² Inkludert hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.³

³ Inkludert lipohypertrofi, lipotrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.⁴

⁴ Manifestert ved hevelse i tunge og lepper, diaré, kvalme, tretthet, kløe.⁵

Overdosering/Forgiftning: Hypoglykemi kan utvikles i sekvensielle faser. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampet til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi, der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog, fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. **Virkningsmekanisme:** Binde spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosenedsettende effekt skyldes at oppptak av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. **Absorpsjon:** Etter s.c. injeksjon dannes oppløselige og stabile multihexamere som danner et insulindepot i det subkutane vevet. Insulin degludec monomerer spaltes gradvis av fra multihexamere og fører til en sakte og kontinuerlig tilførsel av insulin degludec inn i sirkulasjonen. I løpet av en 24-timers periode med behandling 1 gang daglig, er glukosenedsettende effekt jevnt fordelt gjennom første og andre 12-timers periode. Virkningstiden er >42 timer innenfor terapeutisk doseområde. Steady state-konsentrasjon i serum nås etter 2-3 dager ved daglig administrering. Doseproposjonallitet ved total eksponering er observert etter s.c. administrering innenfor terapeutisk doseområde. Kravene til bioekvivalens er oppfylt for styrkene 100 enheter/ml og 200 enheter/ml. Sammenligning med komparator (se SPC for mer informasjon): Ved diabetes mellitus type 1 er det ved steady state vist 4 x lavere dag til dag variasjon i glukosenedsettende effekt, og betydelig antall færre alvorlige hypoglykemiske episoder. Ved diabetes mellitus type 1 er det ved betydelig antall færre nattlige hypoglykemiske episoder. Reduksjon i hypoglykemi oppnås ved lavere gjennomsnittlig fastende plasmaglukosenivå og likt HbA1C-resultat. **Proteinbinding:** >99%. **Halveringstid:** Ca. 25 timer, uavhengig av dose. **Metabolisme:** Metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra kjøleelementet. Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Frosset insulin skal ikke brukes. **Etter anbrudd eller medbrakt som reserve:** FlexTouch (ferdigfylt penn): Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 8 uker. La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Penfill (sylinderramp.): Legemidlet skal ikke oppbevares i kjøleskap. Oppbevares <30°C i maks. 8 uker beskyttet mot lys. **Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml:** 5 x 3 ml¹ (Penfill sylinderramp.) kr 747,20. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml:** 5 x 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 747,20. **Insulin degludec** **Refusjon:** A10A E06 1 Insulin degludec

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 1 diabetes mellitus

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	E10	Diabetes mellitus type 1
	180, 181		180, 181

Vilkår: (180) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige folinger som skyldes insulinbruk - store blodsuikersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsuikerkontroll (181) Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdømmer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Sist endret: 09.05.2017. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 28.04.2017. Pris per mai 2017

Referanser: 1. Heise T, Nørskov M, Nosek L, et al. Insulin degludec: lower day-to-day and within-day variability in pharmacodynamic response compared to insulin glargine U300 in type 1 diabetes. Diabetes, Obesity and Metabolism 2017; doi: 10.1111/dom.12938 (05.05.2017). 2. Heise T, Hermanski L, Nosek L, Feldman A, Rasmussen S, Haahr H. Insulin degludec: four times lower pharmacodynamic variability than insulin glargine under steady-state conditions in type 1 diabetes. Diabetes, Obesity and Metabolism 2012; 14:859-864. 3. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 28.04.2017). 4. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01959529 (8.12.2016)

3,7

3,7 ganger lavere dag-til-dag variabilitet med Tresiba® sammenliknet med Toujeo®^{1*}

37%

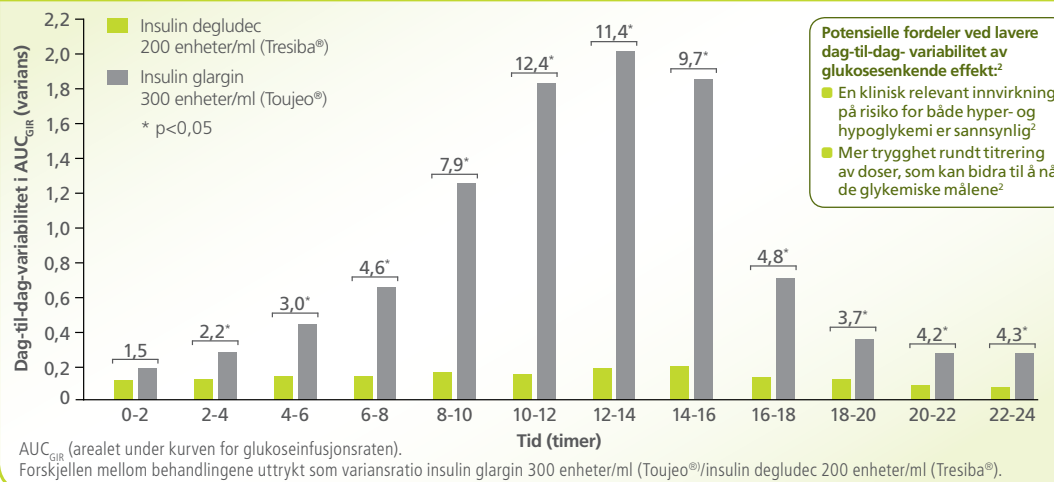
Lavere variabilitet gjennom dagen med Tresiba® sammenliknet med Toujeo®^{1}**

NYE DATA:
head-2-head
farmakodynamisk overkrysningsstudie
insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®)
vs insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®)¹

* Variansratio Toujeo®/Tresiba® 3,70, 95% KI [2,42; 5,67], p < 0,0001

** Relativ fluktuasjon, estimert ratio Tresiba®/Toujeo® 0,63, 95 % KI [0,54; 0,73], p < 0,0001

DAG-TIL-DAG-VARIABILITET AV GLUKOSESSENKENDE EFFEKT I LØPET AV 24 TIMER VED STEADY STATE¹



Insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®) har lavere dag-til-dag-variabilitet og variabilitet gjennom dagen enn insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) og en mer stabil glukosesenkende effekt, noe som kan lette titrering og tillate bedre glykemisk kontroll med en redusert risiko for hypoglykemi.¹

- Sikkerhetsinformasjon fra studien¹:**
- Begge behandlingsarmene var godt tolerert. Hyppigheten av bivirkninger var lik mellom insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®) (22,0%) og insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) (22,4%). Ingen alvorlige bivirkninger inntraff i noen av gruppene.
 - Forekomsten av hypoglykemi med insulin dose på 0,4 E/kg (dvs ikke individuelt tilpasset) var høyere for insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®) vs insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) (35,6% vs 25,9% av pasientene), noe som kan skyldes at insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) er mindre potent.
 - Ingen tilfeller av alvorlig hypoglykemi ble rapportert.



Indikasjon
Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Refusjonsberettiget bruk
Behandling av type 1 diabetes mellitus.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Utvalgt sikkerhetsinformasjon³

Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. I de tilfeller der det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag tillater Tresiba fleksibilitet i valg av tidspunkt for administrering av insulinet. Glemte dose anbefales tatt så snart det oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Det er ingen klinisk erfaring med fleksibilitet i doseringstidspunkt hos barn og ungdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater må ev. justeres. Hypoglykemi kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet. Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme, disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. En egen kardiovaskulær sikkerhetsstudie er gjennomført for insulin degludec (Tresiba®).
Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk.

Tresiba® i ferdigfylt penn finnes i to styrker
Ved forskrivning skal legen forsikre seg om at korrekt styrke er angitt på resepten. Pasienten skal ha opplæring i riktig bruk av Tresiba® ferdigfylt penn. Se felleskatalogen.no for ytterligere informasjonsmateriel.

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning av Tresiba®.

Før sommeren fikk alle medlemmer temaboken

#Når er det nok?

Flere kan bestilles på sykepleien.no/bokasin

Den koster kr 99,- + porto kr 39,-



Sykepleien

EIDE&EIDE KOMMU NIKA SJON I RELA SJONER

personorientering, samhandling, etikk



tredje utgave

Ny utgave!

Hilde Eide og Tom Eide
Kommunikasjon i relasjoner

*Hvordan skape en god relasjon og stimulere til mestring?
Hvordan skape tillit, styrke brukermedvirkning og legge til rette
for samvalg? Hvordan skape en kultur for samarbeid og
pasientsikkerhet?*

*Kommunikasjon i relasjoner er en forskningsbasert fagbok om
kommunikasjon i sykepleie og andre helsefag.
Forfatterne tar utgangspunkt i dialoger og fortellinger fra praksis,
og belyser et bredt spekter av kommunikasjonsferdigheter,
fra aktiv lytting til motiverende veiledning og samarbeid i team.*

gyldendal.no/akademisk



GYLDENDAL
AKADEMISK

Innhold



06 | 2017 Sykepleien

Utgivelsesdato: 17. august

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



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 12 Lisbeth Normann:
– Det er ingenting vi ikke har fått til
- 15 Startet sykepleierparti
- 18 Tema: Pillebruk hos eldre
- 28 Mødre skrev brev til bortadopterte barn
- 31 Rapport: Misnøye blant pårørende
- 32 – Man trenger kjærlighet for å komme ut av rusen



Lette etter den biologiske moren. **28**



Sykepleie

- 38 Sykehjem passer ikke for alle demenssyke
- 42 Få bukt med feilmedisinering
- 44 Ulik praksis for godkjenning av utdanning
- 50 Laget app for bedre ernæring
- 52 Er sykepleierne fortsatt engler?
- 55 Min jobb: Per Arthur er helsesøster
- 60 Etikk: Du bestemmer, eller kanskje ikke?



Feil kan gi alvorlig skade eller død. **42**



Påfyll

- 64 Dikt, bokomtaler
- 65 Liv laga
- 66 Forfatterintervju: Ragnhild Mork skrev om tiden etter hjerneslaget
- 68 Bokanmeldelser
- 69 I bokhylla mi: Berit Liland
- 70 Fakta: Adopsjon gjennom 100 år
- 72 Quiz og kryssord



Skrev bok etter hjerne-slaget. **66**



Meninger

- 74 Eli Gunhild By: Sykepleiermangelen merkes
- 75 Marit Leegaard: Forskningsartikler på engelsk
- 76 Haakon Wiig: Den vanskelige samtalen
- 78 Ebba Wergeland: Stortingsvalg om arbeidstider?
- 79 Unn Hagen: En sykepleiers kall — og fall
- 80 Tett på Martin Cornelius Veland
- 85 Stillingsannonser og kunngjøringer



Har klart å redusere tvang. **80**

Forsidefoto: Mostphotos

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

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, 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: Sørmlands Grafiska

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT



Ingenting irriterer mer enn politiske utspill som gir skinn av å gjøre noe ordentlig drastisk når de egentlig bare flikker litt på det som er.

Løfter som ikke løser noen ting



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

I sin nyttårstale i 2014 oppfordret statsminister Erna Solberg oss til å gi hverandre flere komplimenter. Hun tenkte da spesielt på folk som rammes av psykiske problemer. Solberg mente at det lå god forebygging i å gi hverandre ros. «I tillegg er det jo veldig hyggelig.»

Jeg tviler på om målgruppen har fått det mye bedre siden da. Få av oss tar vel slike tv-taler særlig alvorlig uansett. Som regel renner de over av velmente, men innholdsløse forsetter som fort er glemt igjen.

Nyere forskning på kongens taler fra 1960 til 2014 viser riktignok at temaene sier en del om den tiden vi lever i. Når kongen slår et slag for innvandrere eller omtaler mobbing av barn, slår han fast noe som de fleste samtidige kan skrive under på. Slik er han med på å samle riket.

SNERT

Til forskjell fra nyttårstaler behøver politiske utspill, særlig i valgkampen, ikke å ha til hensikt å ha en slik samlende effekt på nasjonen. Det holder å nå ut til potensielle velgere. Utspillene må ha snert, for eksempel når Høyre lover å «utvide fritt behandlingsvalg». Men de skal samtidig sørge for å ikke støte bort for mange («få ned ventetidene» eller «prioritere rus og psykisk helse»). Partiene på ytterfløyene har råd til å være barskest og hardest i klypene.

Så hvorfor irriterer jeg meg så over utspill som liksom «brister seg» og skaper en forventning om å skulle rydde opp i noe alvorlig galt? Tenk på utfordringen med eldre i hjemmesykepleien, på sykehjem eller i omsorgsboliger som opplever isolasjon og ensomhet i sin hverdag. Det er høye forekomster av depresjoner, underernæring, søvnvansker og selvmordstanker. Alvorlige ting. Forskning har vist at lav bemanning og manglende faglig kompetanse fører til at de eldre ikke følges opp som de skal. De sløves ned av for mange piller mot ditt og datt, og overlates for mye til seg selv. Problemet er godt dokumentert, og konsekvensene hjerteskjærende. Likevel har jeg ikke sett noe som likner på en ordentlig sykehjemsreform i årets valgkamp.

KOMMUNAL UFORSTAND

Arbeiderpartiet har kommet med en kjærlighetsgaranti. Ektepar

skal ikke måtte oppleve at de blir adskilt på sykehjemmet i sine siste leveår bare fordi byråkratiet insisterer på at det er mer hensiktsmessig. Jonas Gahr Støre vil, hvis han blir statsminister, ha en egen lov om dette. Han vil gi vernet mot kommunal uforstand juridisk tyngde og utsteder en garanti som ingen i verden kan ha noe imot. Det underliggende problemet – at folk som absolutt burde fått plass på sykehjem, ikke får det fordi myndighetene helst vil at de skal bli boende hjemme – blir ikke løst. Kjærlighetsgarantien pynter bare på en uskjønn virkelighet.

Arbeiderpartiet vil også la studentene bo billig på sykehjem mot at de bruker noen timer på samvær med pasientene. Ideen er hentet fra Nederland og tar sikte på å gi eldre annet selskap enn pleiere og syke mennesker. Et godt forslag, uten tvil.

Men også dette klarer jeg faktisk å hisse meg opp over. Den foreslåtte handlingen står ikke på noen måte i forhold til de tingene den skal rydde opp i. Jeg tør vedde på at Støres forslag vil ende opp i en forsiktig forsøksordning ett eller annet sted. Den ensomheten hos institusjonsbeboere som tiltaket skal bekjempe, vil forbli like skrikende som før.

Senterpartiet tøffer seg og vil innføre en «reform for mer aktivitet og innhold i eldreomsorgen og sikre eldre et omsorgstilbud som innebærer meningsfulle dager». Men detaljer om denne varslete revolusjonen mangler, annet enn at de eldre skal få bedre mat på bordet.

Knut Arild Hareide (KrF) vil redusere de eldre ensomhet ved at «frivilligheten» får et oppsving. «gjennom besøkvenner og lokale aktiviteter på frivillighetssentralen». Det er selvfølgelig i sin skjønneste orden. Men å redde eldreomsorgen med besøkvenner er vel som å tro at man kan redde verdens klima ved å blande litt mer biodrivstoff i bensinen vår. Alle skjønner jo at mer må til.

KNUSLETE

På denne måten kan det virke som store problemer forsøkes løst gjennom veldig knuslete løsninger som blåses opp til noe liksom veldig viktig. I hvert fall fram til 11. september. Ved forrige valg blåste Høyre opp det sterkt ideologisk begrunnede forslaget om at private tilbydere skulle få slippe til for å få ned ventetidene. Men etter fire år med fritt behandlingsvalg er



Illustrasjon: Marie Rundereim

antallet personer som har benyttet seg av private tilbud som alternativ til behandling i det offentlige, på noen lusne få tusen. Det var litt av en reform, det!

Frp stilte i 2013 med et annet himmelstormende forslag, nemlig at hele eldreomsorgen i Norge skulle finansieres direkte over statsbudsjettet. Det rant ut i sanden fordi antallet kommuner som ville prøve ordningen kunne telles på én hånd. Enda en prøveordning for galleriet!

Så vet vi hvordan det gikk med den storstilte «verdighetsgarantien» som i 2009 ble lovet under Stoltenbergs regjering. Den døde hen i en kraftløs forskrift i 2011 som ingen har merket noe mer til siden.

KOMPLISERT

Ikke misforstå meg. Jeg tror ikke at det finnes enkle løsninger på såpass kompliserte problemer som vi ser i eldreomsorgen. Det er ikke bare å øke bemanningen og tro at saken er løst. Økte lønninger for pleiepersonalet vil tiltrekke seg

bedre kompetanse, men det vil likevel være en dråpe i havet.

Kompliserte utfordringer trenger altså kompliserte løsninger. John F. Kennedy krevde i sin tid at USA skulle være den første på månen, men han trengte en hel hærskare av ingeniører for å få det til. En ordentlig reform for eldreomsorgen må tørre å tegne kartet på nytt. Den må tørre å sette en strek over dagens organisering av sykehjem og hjemme-

«Enda en prøveordning for galleriet!»

sykepleie. Den må slutte å se på eldreomsorgen som en ensom satellitt på utsiden av samfunnet, og heller definere den som et kollektivt knutepunkt der alle gode krefter møtes.

Men noen må tenke de store tankene først. Det er dette min frustrasjon handler om. For vi har bare de politikerne vi har. Og det er de som skal tenke dem. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Nyhet!



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](https://sykepleienjobb.no)

Science makes
dreams come true.

This year Barncancerfonden allocates **177,8 MSEK** for research positions and projects – money given to us by generous donors and companies who share our vision; a world without childhood cancer. Scientists within this field are welcome to apply by 11th September. Read more at www.barncancerfonden.se/science





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 06 | 2017

Nyhet – Reportasje – Tema



MED LILLEBROR: Sindre Remme Strand og lillebroren har begge blitt rusfrie. Foto: Marit Fonn

Rusfri!

Bergen. Håp og kjærlighet ble nøkkelord i prosjektet til sykepleierstudentene. **32**



Tema. Eldre får mye psyko-farmaka. **18**



«Vi ble jo lurt!» Lisbeth Normann om kampen for likelønn. **12**



Adopterte bort barna. Mødrenes brev har blitt bok. **28**



Det ble ingen likelønn, storstilt heltidssatsing eller nasjonal sjefsykepleier. Likevel er statssekretær Lisbeth Normann fornøyd.

– Det er ingenting vi ikke har fått til

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

I sjuende etasje i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sitter den tidligere lederen av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hun er en av helseminister Bent Høies tre statssekretærer, som alle er sykepleiere. Snart er det valg og deres fireårsperiode er over.

– *Hvordan har dere tre satt deres preg på politikken?*

– Helseministeren bruker å svare at «det er viktig å ha folk med erfaring fra praksis, og det er bra med sykepleiere, for da får du noe gjort». Til sammen har vi mange tiårs erfaring fra ulike steder i helsetjenesten og tenker veldig helhetlig, sier Normann.

– SYKEPLEIERE BØR JUBLE

Hun er mest fornøyd med å ha fått til primærhelsemeldingen.

– Det er mange viktige tiltak i den meldinga som sykepleiere bør juble for.

– *Som hva da?*

– At vi bruker ordet sykepleier, for eksempel. Det får vi en del kritikk for.

Hun sikter til at profesjonsnøytraliteten er opphevet i lovverket. Der det før bare var leger som ble nevnt, og resten var «helsepersonell», blir det fra 2018 et lovkrav at alle kommuner må ha sykepleier, jordmor, helsesøster og fysioterapeut, samt psykolog og ergoterapeut fra 2020. Kritikerne er

redde for at andre viktige yrkesgrupper vil bli nedprioritert og at det sosialfaglige perspektivet blir borte.

PILOT MED FASTLEGENE

– Av det mer konkrete kan jeg nevne pilotprosjektet med å utvide fastlegepraksisen hvor sykepleiere får en mer koordinerende rolle.

Fastlegene har strittet imot. Det er først nå på fjerde året at prosjektet er klart. Det skal i gang fra neste år.

Modellen skal evalueres etter tre år, i 2021. Blir det suksess, kan dette bli ny organiseringsmodell over hele landet.

LEDERUTDANNING

Normann nevner flere ting hun er stolt av:

– Vi stimulerer kommunene til å organisere oppfølgingsteam for de skrøpeligste pasientene, team som det er naturlig at sykepleiere leder. Og så startet vi en deltidbasert lederutdanning i fjor høst i samarbeid med BI for sykepleiere, leger,

tannleger og andre helseprofesjoner i primærhelsetjenesten.

IKKE GITT SEG PÅ NOE

Normann ramser opp flere stoltheter:

– 418 nye årsverk i skolehelsetjenesten. Endelig begynner de pengene å virke. Dessuten var det morsomt å legge fram ungdomshelsestrategien med flere ministre til stede. Og så er jeg veldig fornøyd med at vi har startet reformen «Leve hele livet», som er en kvalitetsreform for eldre. Der skal vi kanskje ende opp med noen tiltak som skal gjelde for hele landet.

– *Hva har du måttet gi deg på?*

– Vet ikke om jeg kan komme på noe helt konkret. Det kan gå langsomt og ta tid, men det er ingenting vi ikke har fått til.

INGEN LIKELØNN

– *Hvor ble likelønnen av, da?*

– Lønna må partene i arbeidslivet ta seg av. Men vi har fått noen stolper i lovverket og fikk 22 millioner kroner til utdanning av klinisk avansert utdanning for sykepleiere. Det er HODs bidrag til å si at dette er en gruppe man er nødt til å sikre at rekrutteres og blir.

– *Men da du ledet NSF skyldte du på politikerne for at du ikke fikk en likelønnsrett. Nå når du ble rådgiver for politikerne, kunne du vel sørget for at de ga den potten?*

Fakta ●●●●

Lisbeth Normann

- Født i 1960
 - Utdannet sykepleier i 1985 og jobbet ved Aker sykehus 1985-99 og ved Rikshospitalet 1999-2001
 - Videreutdanning i operasjonssykepleie og master i sykepleievitenskap
 - Avdelingssjef i fagpolitisk avdeling av Sykepleierforbundet 2001-06
 - Helsefaglig direktør ved Aker universitetssykehus 2006-07
 - Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund 2007-2011
 - Hun ledet rådgivningsgruppen for helse- og omsorgssektoren i revisjonsselskapet KPMG fra 2011-13
 - Fra 2013 statssekretær (Høyre) i Helse- og omsorgsdepartementet, foreløpig frem til høstens valg
- Kilde: Store norske leksikon og Wikipedia

«Jeg har aldri blitt så lurt noen gang som da jeg var forbundsleder og ble lovet likelønn.»
Lisbeth Normann



FOR MYE DELTID: Lisbeth Normann synes det er et problem at så få heltidsstillinger lyses ut.

Nå hever Normann stemmen:
– Vi ble jo lurt! Jeg har aldri blitt så lurt noen gang som da jeg var forbundsleder og ble lovet likelønn. Det å være så bastant på et virkemiddel er jeg ikke sikker på er smart. Er det noe jeg er skuffa over fra den perioden i NSF, så er det at jeg virkelig trodde på at man ville gjøre noe med lønna. Vi har valgt en annen strategi nå, og sagt at kompetanse er det viktige. Aldri har så mange sykepleiere tatt videre- og etterutdanning, for eksempel. Det er et viktig signal til partene når de skal anerkjenne kompetansen med lønn.

OMDISPONERT, IKKE KUTT

– Men dere har kuttet 15 millioner av potten til videreutdanning i kommunene for 2017?

– Nei, vi har ikke kuttet tilskuddet til etter- og videreutdanning, men tvert imot økt det med 25 millioner. Reduksjonen i 2017 var om-disponering av midlene til klinisk mastergrad for sykepleierne fordi kommunene ikke brukte opp alle pengene. I år har vi bevilget 1,5 milliarder kroner til primærhelsetjenestens videreutdanning for alle grupper og har klart å utdanne mange fler enn før. Så har statsråden sagt at hvis søknadene til klinisk avansert mastergrad for sykepleiere i kommunehelsetjenesten øker, skal vi klare å finne midler.

I RUTE

«Det store kompetanseløftet» til regjeringen har ikke imponert nåværende NSF-leder Eli Gunhild By.

«Jeg er ikke noe begeistra for Y-veien.»

Lisbeth Normann

– Da det kom 30,7 milliarder til utdanning i 2016, kalte By det puslete?

– Det er jeg helt uenig i. Det har vært 1,3 milliarder kroner til kompetanseheving til alle grupper i primærhelsetjenesten de siste to årene og 1,5 milliarder i år. Vi er i rute på de 15 000 sykepleierne Erna Solberg lovte innen 2021, svarer Normann.

Likevel har ikke veksten i antall årsverk i kommunal og

fylkeskommunal helse og omsorgstjenester vært like stor som ved forrige regjering, viser tall fra Statistisk sentralbyrå.

UENIG I Y-VEIEN

Normann har ønsket studiekompetanse og karakterkrav for kommende sykepleierstudenter. I stedet har regjeringen innført Y-veien, det vil si at helsefagarbeidere uten studiekompetanse skal få begynne på sykepleierutdanningen.

– Et bittert nederlag?

– Ja, jeg er ikke noe begeistra for Y-veien. Jeg mener påbygningsåret vi har i dag fungerer bra.

SYKEHUSØKONOMI

– Høie lovet 12 milliarder til



sykehusene på fire år, og hittil har det bare kommet ni. NSF kaller det løftebrudd?

– Det er sterkt. Sykehusene har aldri behandla flere pasienter eller fått mer penger enn nå. Det er mye aktivitet på sykehusene som det er all grunn til å være stolt av, sier Normann og ramser opp:

- Helsekøene er gått ned med 56 000 pasienter.
- Ventetiden er i snitt gått ned med 11 dager.
- Ventetiden for rusbehandling er redusert med 40 prosent.
- Norske sykehus utførte 1 million flere behandlinger og utredninger i 2016 sammenliknet med 2012.

HELTIDSFLOKEN

– NSF hevder at det ikke er blitt noen bedring i heltids/deltidsproblematikken og at kun halparten av stillingene som lyses ut, er heltid?

– Jeg er enig i at det er et problem. Statsråden er også opptatt av å redusere bruken av deltid og å etablere en heltidskultur i helsetjenesten, for å øke pasientsikkerheten og få et bedre arbeidsmiljø. Bruken av deltidstillinger er redusert i alle helseregioner de siste årene. I kommunene er heltidsstillinger primært et tema for partene i arbeidslivet, hevder Normann.

Forrige regjering hadde et krav i oppdragsdokumentet til sykehusene om at det skulle utlyses flere hele stillinger og at deltidstillinger skulle reduseres. Denne regjeringen tok kravet ut og flyttet det inn under Arbeids- og sosialdepartementets (ASD) oppdragsdokument.

– NSF mener det da blir mindre forpliktende for sykehusene?

– Det stemmer ikke. Vi har fortsatt reduksjon av deltid i oppdragsdokumentet til regionale helseforetak som de må rapportere på. Helseministeren stilte også krav om dette i foretaksmøtet i januar.

BY: – MÅ STÅ EKSPLISITT

Vi leter i oppdragsdokumentet,

men finner det ikke og ber Lisbeth Normann vise oss hvor det står.

Etter intervjuet sender hun et klipp på e-post fra noe som kalles rapporteringsvedlegget fra foretaksprotokollen. Der står det: «Helse- og omsorgsdepartementet minner også om tidligere stilte eierkrav som fortsatt har gyldighet, uten at disse gis særskilt omtale eller stilles rapporteringskrav til i 2017.»

NSF-leder Eli Gunhild By mener dette ikke er godt nok.

«Jeg blir kjempeprovosert når folk snakker om den uheldige mastersyken.»

Lisbeth Normann

– Sykehusene rapporterer på deltid, men skal man få til en reell satsing på heltid, må minstekravet være at det står eksplisitt i oppdragsdokumentet, sier hun.

– Vi er helt enige i regjeringen om at dette er viktig. Vi og ASD har også dialog med KS. Det er klart at å sikre faglige forsvarlige tjenester har en sammenheng med å ha stillinger av en viss størrelse, sier Normann.

INGEN NASJONAL SJEF SYKEPLEIER

– Hvor ble det av den nasjonale sjefsykepleieren du etterlyste da du var NSF-leder?

– Jeg mener fortsatt at vi trenger fokus på nasjonalt nivå og tror ikke det er vanskelig å etablere. Vi trenger nasjonale faglige retningslinjer, prosedyrer, sykepleiedokumentasjonssystemer, klassifikasjoner og kodeverk, men sykepleierne må også selv etterlyse det. Hvis ikke presset kommer tydelig nok utenfra, kan ingen her ta imot den bestillinga.

– Savner du engasjement fra NSF her?

– Jeg synes NSF er tydelig, men sykepleierne må være tydeligere som faggruppe og etterspørre mer, de kan ikke legge alt ansvar på NSF.

FASTSYKEPLEIER PÅ GANG

– Hvor ble det av fastsykepleieren i kommunen, da?

– Når vi i 80 prosent av fastlegepraksiser skal ansette sykepleier, så er det jo for å tenke hvordan vi kan utnytte en sykepleier med avansert kompetanse i samarbeid med legen bedre enn i dag. Det er et unisont krav fra pasientene at de ønsker en kontaktperson å forholde seg til. Det er det vi jobber med i piloteringen nå.

OPPRYDNING I UTDANNINGEN

Utdanning er et stort område som kan virke forvirrende. Noen har master, andre er klinisk spesialist godkjent av NSF og noen ønsker myndighetsgodkjenning. Lisbeth Normann har etterlyst opprydning på utdanningsområdet.

– Hva slags opprydning tenker du på?

– NSF har gjort en kjempegod jobb på utdanning i årevis og har sin egen godkjenningsordning for klinisk spesialist. Den var viktig i en tid man ikke hadde det sterke fokuset på mastergrader som man har nå. Men nå har det eksplodert, både antallet som tar master og mastertilbudene. Hadde jeg vært i

NSF, ville jeg ha diskutert om NSF skal fortsette med intern godkjenning eller om man skulle brukt de ressursene på noe annet.

– Tenker du master over hele fjøla?

– Vi går jo i den retningen. Jeg blir kjempeprovosert når folk snakker om den uheldige mastersyken. Mastergraden er uviktig, det er kompetansen mastergraden gir som er det viktige. Og da trenger vi en god diskusjon om hvilke mastergrader som møter pasientens behov.

– Har NSF hjulpet til som forventet med opprydningen?

– Jeg har ikke hatt møte med NSF og utdanningene hvor vi har diskutert utdanning i dybden, det kunne vi kanskje ha gjort. NSF kunne også ha tatt initiativ til en større utdanningsdiskusjon. Det er viktig at vi og NSF er litt foran. Man kan ikke forvente at enhetsledere der ute har den store oversikten over alle de spennende mulighetene for utdanning- og spesialisering fremover. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Eli Gunhild Bys kommentarer til hva regjeringen har fått til.

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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



Wima produkter

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

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



Fagfolk vet best – og må bestemme mer, mener partileder Lise Askvik i det nye Helsepartiet.

Ofrer seg for en bedre helsepolitikk

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Per Helge Måseide, Journalen**

Var det pasienterfaringen som motiverte til å danne Helsepartiet?

– Ja og nei. Mange frustrerte ba meg om det, blant annet sykepleiere. De vet at jeg skjønner hva de snakker om.

Hvorfor et eget helseparti?

– Fordi de store partiene svikter. De er ikke villig til å satse på helse. Helse er helt grunnleggende for hver og én og for hele samfunnet.

Hva er hovedproblemet?

– Helsetjenesten er ikke dimensjonert for behovet i befolkningen. Det skaper køer, dårlig arbeidsmiljø, underbemanning og et for dårlig pasienttilbud.

Du vil gi mer penger til helsevesenet, hva vil du prioritere vekk?

– Vi vil organisere annerledes. Da blir det mer ressurser til pleie, behandling og forebygging. Det første vi vil prioritere vekk, er unødig system og byråkrati.

Høres ut som Frp-politikk?

– Frp ønsker ikke å slå sammen de spesialist- og kommunehelsetjenesten, slik vi vil. Det vil friggi mye ressurser. Og vi vil ha leger, psykologer og ernæringskyndige på alle skoler.

Og helsesøstre?

– Ja, en fordobling. Hvis barna får rask tilgang på helsetjenester, vil mange seinskader forebygges. Vi vil at alle helsetjenester skal være statlig finansiert, men de kan utføres av flere.

Dere er ikke mot private aktører?

– Vi er nøytrale. Vi er også blokkuavhengige.

Hvordan blir dere møtt?

– Det er veldig morsomt. Vi måtte ha 5 000 signaturer innen ett år. Vi fikk 6 500 på under tre måneder. «Dette har vi venta på», sier folk.

Hvor mange medlemmer?

– 1 200. Det viktigste er at vi klarte å bygge 19 fylkeslag på sju uker. Vi har 16 kvinnelige fylkesledere.

Du står på valg i fire fylker, øverst både i Akershus og Buskerud?



Fakta

Aktuell som

Leder for Helsepartiet, landets yngste politiske parti

Alder: 48 år

Bakgrunn: Helsepartiet ble stiftet 10. januar i år og har stortingskandidater på valg i 18 fylker. Lise Askvik er partileder. Den tidligere P4-journalisten satte som brystkreftoperert i gang aksjonen «pupp til folket» i 2012. 150 millioner ble øremerket saken, og ventetiden for å få rekonstruert bryst ble kortet ned til ett år. Nå stiller hun til valg i fire fylker.

– Jeg sa de kan bruke navnet mitt hvis de mener det har effekt.

Er det sannsynlig at du ender på Tinget?

– Vet ikke. Jeg har jo ikke lyst, jeg vet at det er vanvittig hardt å snu helsekuttpolitikken. Men jeg er villig til å sone fire år bak Stortingets murer, selv om det vil bli svært tøft.

Nestlederen i Akershus er sykepleier?

– Ja, Elin Krüger. Strålende å få fram helsefolkets stemmer! De ansatte vet hva som fungerer og ikke i helsevesenet. De vet om alt som ikke vises i tall; som lindring, håp og dødsangst. Fagfolk må sitte i førersetet.

Hvorfor skal sykepleiere stemme på deg?

– Fordi vi har programfestet det store sykepleierløftet. Vi vil øke antallet sykepleiere, og gi dem bedre lønn og arbeidsvilkår. Dessuten er vår lojalitet hos pasienten.

Samferdsel og ulver er dere mindre opptatt av?

– Vi starter med ideologien om å ivareta liv og helse. Men miljø er ganske viktig, og kultur er helsefremmende. Politikk skaper trygghet.

Hvordan få nok helsepersonell?

– Heltidsjobb for dem som ønsker det. Vi vil gjøre det attraktivt og lønnsomt å være i helsevesenet. Mer tid til kjerneoppgavene. ●

marit.fonn@sykepleien.no

(En lengre versjon fins på sykepleien.no)

RISSKOV BILFERIE

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO

- alltid et godt reisetilbud!



Inkludert
halvpensjon

Vår
bestselger!



Østlandet | Rjukan

Nyt fjellheimen

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

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

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 1 tallerkenrett
- Gratis parkering
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 1.171,-

Fra kun

979,-

Ank. 17/08 - 29/06-18 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Book 1 natt
fra 399,-kr

Bestselger i
Danmark



Nordjylland | Dronninglund

Bestselger på Nordjylland

Dronninglund Hotel ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffé
- 2 x kaffe og småkaker
- 2 x aperitif

SPAR OPP TIL 603,-

Fra kun

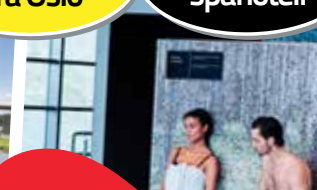
679,-

Ank. 17/08 - 21/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Bare 15 time
fra Oslo

Prisbelønnet
spahotell



Østlandet | Noresund

Wellness på Norefjell

Norefjell Ski & Spa ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Entré til Bøeseter Bad & Trening
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL 621,-

Fra kun

1.499,-

Ank. 17/08 - 15/11-17 | Sesongtillegg 100 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Wellness
badstu &
fitness

I hjertet av
Bohuslän



Vestkysten | Uddevalla

Sentralt i Uddevalla

Best Western Hotel Carla ★★★★★

Hygge og sjarmer kjennetegner det naturskjønne området omkring Uddevalla

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x middagsbuffé 2. dag
- Relaxavdeling m fitness & badstu
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 236,-

Fra kun

749,-

Ank. 01/09 - 20/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Code **rabatter for barn** i foreldrenes rom - for eksempel 0-5 år gratis - 6-14 år halv pris

RISSKOV
BILFERIE



Rimelig pris i hele Europa



Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Code barnrabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

EUROPA TIL LAV PRIS

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



Bad og Velvære
middag og kaffe

Oppdag
UNESCO-byen



Trøndelag | Røros

Moderne wellnesshotell

Røros Hotell ★★★★★

På Røros kan du oppleve det meste: natur, kultur og historie.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters middag
- 2 x Inngang til Bad og Velvære
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL 301,-

Fra kun

1.649,-

Ank. 17/08 - 30/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Koselige Ebeltoft

Halvpensjon
inkludert!!!



Midt og Østjylland | Ebeltoft

Miniferie i Ebeltoft

Ebeltoft Park Hotel ★★★

Ferie med strand, natur, byliv, og attraksjoner samlet i en pakke.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- 1 x kaffe og kake
- 2 x ettermiddagskaffe

SPAR OPP TIL 278,-

Fra kun

899,-

Ank. 17/08 - 28/09-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Fantastisk
beliggenhet

Bo på et av
Sveriges beste
spahoteller

Vestkysten | Brastad

Spa-luksus til minipris

Vann Spa, Hotell & Konferens ★★★★★

- 2 x overnatting med frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny/buffé
- Gratis inngang til SPA
- Badekåpe og tøfler på rommet
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL 557,-

Fra kun

1.499,-

Ank. 17/08 - 29/12-17 | Sesongtillegg 80 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Ekklusivt hotell
Inkl. halvpensjon

NYHET
i Stavern

Østlandet | Stavern

Med utsikt over Skagerrak

Hotel Wassiloff ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Gratis internett
- Historisk hotell

SPAR OPP TIL 696,-

Fra kun

1.399,-

Ank. 01/09 - 29/11-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no → 32 82 90 00 →

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

RISSKOV
BILFERIE

Tema.
Pillebruk.

Slår alarm om bruk
av antipsykotika. **20**

– Sykepleierne må
ha tid til å roe eldre
som er urolige. **23**

– Jeg jakter på de
gylne øyeblikkene. **24**

Et liv på piller

Beboere på sykehjem får mye psykofarmaka
uten at medisinbruken blir fulgt opp godt nok.

Det innebærer stor risiko for dem som står
for lenge på heftige medisiner.

Nå forsøker noen å snu trenden.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Mostphotos**





3 av 4 beboere på sykehjem står på psykofarmaka, selv om det kan påvirke demenssykdom negativt, viser en ny studie. Hvordan kom vi dit?

Slår alarm om bruk av antipsykotika

● Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**



Aanne-Sofie Helvik har vært med i et forskerteam som for første gang har kartlagt vedvarende bruk av psykofarmaka på norske sykehjem.

I seks år fulgte forskerne sykehjemsbeboere i ulike kommuner i Norge.

Helvik er postdoktor på Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.

I mai i år ble artikkelen «Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway» publisert i tidsskriftet BMC Geriatrics, med Anne-Sofie Helvik som førsteforfatter. De andre forfatterne er Jurate Saltyte Benth, Bei Wu, Knut Engedal og Geir Selbæk.

Helvik konstaterer at bruken av psykofarmaka på norske sykehjem er høy, både hos dem med og uten demenssykdom.

– Beboerne står lenge på disse medisinene, uten at det nødvendigvis er det beste for dem som står på dem. Bruken av psykofarmaka må følges opp bedre.

ANTIDEPRESSIVER MEST BRUKT

Ved første gjennomgang var 1163 beboere med i studien, etter seks år var 98 fremdeles i live og kunne delta i femte og siste oppfølging.

Resultatene viser at 73 prosent av alle de vel tusen beboerne sto på minst ett psykofarmaka ved første gjennomgang.

- Antidepressiver var brukt hyppigst, nesten 40 prosent av eldre i sykehjemmene brukte slike legemidler.
- Beroligende midler ble brukt av nesten en tredel av beboerne.
- Nesten en fjerdedel brukte angstdempende legemidler.
- Minst brukt var legemidler mot demens.
- Det var høyere bruk av sovemedisin blant beboere uten demens.

– Man bør være ytterst forsiktig med bruk av psykofarmaka, og spesielt antipsykotika for personer med demens. De har allerede kognitiv svikt og generelt lav toleranse for denne typen medikamenter, sier Helvik.

Hun understreker at bruk av antipsykotika aldri skal være første alternativ, men det kan være situasjoner hvor bruk av antipsykotika kan være påkrevet. Men da skal bruken være så kort tid som mulig.

«Mange sto på antipsykotika over tid, også selv om symptomene endret seg.»

Anne-Sofie Helvik, sykepleier og forsker

– ALARMERENDE FUNN

Forskerne oppdaget at selv om beboerne viste bedring av symptomer over tid, ble ikke medisinene fjernet.

– Spesielt er bruken av antipsykotika alarmende, mener hun.

Helvik sier det er sterk evidens for alvorlige bivirkninger som raskere forverring av demens eller kognitiv svikt, og økt risiko for slag og fall ved bruk av antipsykotika hos denne gruppen eldre.

– Det er også økt risiko for tidlig død ved bruk av konvensjonelle antipsykotiske legemidler for mennesker med demens. Det er derfor overraskende at disse legemidlene er såpass mye brukt, sier hun.

1 AV 4 PÅ ANTIPSYKOTIKA

I denne studien brukte 24 prosent av alle dem som deltok i registrering første gang, antipsykotika. Ved andre gangs registrering sto 76 prosent av dem som sto på antipsykotika første gang, fortsatt på medisinene.

– Mange sto på antipsykotika over tid, også selv om symptomene endret seg.

Videre viste studien at blant dem som hadde vært lenge på sykehjem, var det flere som hadde en langvarig bruk av antipsykotika og angstdempende legemidler enn dem som hadde vært der kort.

3 av 4 beboere



sto på minst ett psykofarmaka ved første gjennomgang i studien.

En av årsakene til dette mener Helvik kan være at beboerne like etter ankomst kanskje responderer bedre på pleietiltakene enn dem som har vært lenge på sykehjem.

– Slike pleietiltak kan være med på å redusere stress hos dem som har demens og bidra til at de finner seg til rette. Det kan også tenkes å være slik at de som har vært der lenge ikke får den samme oppfølgingen og oppmerksomheten. Vi vet imidlertid ikke hva som er årsakene, for det har vi ikke undersøkt, men det hadde vært interessant å få vite mer om, sier Helvik.

SAMMENSATTE ÅRSAKER

– Hva er årsaken til den høye bruken av psykofarmaka?

– Årsaken er kompleks, sier hun.

– Noe handler trolig om holdningene til eldre, sånn i det store og det hele. Bruk av psykofarmaka kan virke som en rask og enkel løsning på situasjoner eller symptomer som har oppstått.

Noe går også på kompetanse og kontinuitet, tror hun:

– Personsentrert pleie er viktig og bidrar til å redusere legemiddelbruken. Men ved mange sykehjem praktiseres ikke dette. Det kan være på grunn av manglende kompetanse og lite kontinuitet i pleien.

KARTLEGGING OG BEMANNING

– I sykehjem kan vi også bli flinkere til å bruke systematisk kartlegging og observasjon av helse og symptomer som beboerne har. Men det er fortsatt mange som ikke bruker eller ikke er flinke nok til å bruke kartleggingsverktøy. Bruker man slike verktøy, kan man se om medisinene faktisk gir en endring, eller hva som skjer om man tar dem bort, mener hun.

– Men den viktigste årsaken tror jeg er bemanningssituasjonen, og tidsbegrensningen som lav bemanning gir til å gjennomføre pleietiltak som kan bidra til lavere medisinerings.

– Bør funnene i denne studien føre til flere ansatte på sykehjemmene?

– Studien bør være et lysende eksempel på at vi nå må ta fatt på det som har blitt en trend i norske sykehjem. Det må legges større vekt på sykepleiekompetansen.

KAN VINNE NOE PÅ LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Ved nyttår kom en forskriftsendring som sier at alle sykehjemsbeboere skal ha minst en legemiddelgjennomgang i året, og ellers ved behov.

– Denne studien er gjort før forskriftsendringen kom. Legemiddelgjennomgang er iverksatt ved mange sykehjem. Så her kan vi ha noe å vinne, sier Helvik.



Fakta

Om sykehjemsstudien

- Sykepleiere samlet inn informasjon ute i sykehjemmene.
- Sykepleierne hadde i forkant fått opplæring i å samle inn informasjon om pasientene til studien.
- Tallene ble samlet inn mellom 2004 og 2011.
- I løpet av de seks årene studien pågikk, ble det samlet informasjon om blant annet nevropsykiatriske symptomer og medisinbruk hos beboerne som deltok.
- Gjennomsnittsalderen for deltakerne i starten av studien var 84,4 år.
- 73 prosent var kvinner.
- 80 prosent hadde en demenssykdom.
- Gjennomsnittlige lengde på oppholdet ved studiestart var 938 dager.



KOMPLEKS: Årsaken til den høye bruken av psykofarmaka er kompleks, sier forsker Anne Sofie Helvik. Foto: Lena Knutli



Fakta

Retningslinjer benzodiazepiner og z-hypnotika

Hvis eldre skal behandles med benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør det velges et legemiddel med kort virketid.

Sovemedisin er utbredt blant gamle (Bjørner T et al, 2013). Gamle pasienter står ofte på langtidsbehandling med benzodiazepiner eller z-hypnotika på grunn av uro eller søvnbesvær.

God effekt av z-hypnotika kan ikke forventes utover de første 2–3 uker av behandling. Ved langvarig bruk reduseres også søvnkvaliteten. Langvarig behandling med z-hypnotika eller benzodiazepin for søvnproblemer anbefales ikke.

Benzodiazepiner og z-hypnotika kan bidra til å utløse forvirringstilstand. Noen pasientgrupper som er særlig utsatt for dette, er eldre og pasienter med demens eller parkinsonisme.

Kilde: Helsedirektoratet.no

Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Pasientsikkerhetskampanjen «1 trygge hender» har riktig legemiddelbruk i sykehjem som ett av sine innsatsområder.

Disse tiltakene anbefales:

- Tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang (LMG) ved innkomst, halvår og årskontroll
- Etablere struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging
- Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal innen 24 timer etter endringer
- Sikre tverrfaglige undervisnings- og casemøter om optimal legemiddelbehandling av pasientene.

Nevropsykiatriske og nevropsykologiske symptomer

Nevropsykiatriske symptomer er atferdsmessige og psykiatriske symptomer (agitasjon, apati, aggresjon, vrangforestillinger, hallusinasjoner, depressive symptomer, angst og så videre).

Nevropsykologiske symptomer er kognitive symptomer, som nedsatt hukommelse, svekket oppmerksomhet, språk og så videre. Men begrepene har en tendens til å bli brukt om hverandre.

Kilde: Geir Selbæk, forskningsleder Kompetansesenteret for aldring og helse



Bruken av antipsykotika er på vei ned i norske sykehjem.

Antidepressiver ble brukt hyppigst ifølge studien.



Hun mener det er viktig at disse gjennomgangene blir systematiske og bygger på gode observasjoner i klinikken.

ØKENDE OPPMERKSOMHET

– Tror du situasjonen er den samme i dag, som da dataene ble samlet inn?

– Det har blitt økende oppmerksomhet om bruken av psykofarmaka i sykehjem, både kortvarig og langvarig bruk. Men fortsatt er bruken høy og i stor grad vedvarende. Bruken av psykofarmaka er forsiktig fallende, sier hun.

– Svekker det konklusjonen at så mange av deltakerne falt fra underveis?

– Vi har brukt avanserte statistiske metoder som tar høyde for at vi har et stort antall deltakere som faller fra. I studien deltar en statistiker som har hatt ansvar

«Pleietiltak kan være et ullent begrep å formidle og forstå.»

Geir Selbæk, forsker

for analysene. Utarbeidelsen av analysemodellene er gjort av internasjonalt kjente alderspsykiatere og meg i fellesskap, så vi har tro på at dette er funn vi kan stole på.

IKKE GOD SITUASJON I DAG

Hun ønsker å få fram at hun mener ansatte på sykehjem over hele landet gjør en formidabel innsats.

– Men det er vanskelig å få kontinuitet i pleien med mange små stillinger og mange vikarer, sier hun.

– Hvordan kan bruken av psykofarmaka reduseres?

– Det er ingen enkel løsning på dette. Man må se på hele behandlingsspekteret.

– Vi kan ikke presse mer inn i arbeidshverdagen enn det som er mulig å gjennomføre. Så dersom de gode kartleggingsverktøyene skal brukes, og dersom pleie faktisk skal være førstevalg foran medisiner, så må det være tilstrekkelig kompetanse og en kontinuitet og bemanning som gjør det mulig å få til, sier hun.

Helvik mener at dagens situasjon ved mange institusjoner ikke er god, og at det må skapes en akseptabel arbeidshverdag for de ansatte.

Dedikerte sykehjemsleger i større stillinger enn i dag, har hun også tro på.

– Først når dette er på plass er det reelt grunnlag for å redusere bruken av legemidler, mener hun.

– Jeg tenker det er et holdningsspørsmål når man gir en tablett i stedet for det det egentlig er behov for, for eksempel nærhet og kontakt. Men det kan også være et ressurs spørsmål.

ALVORLIGE BIVIRKNINGER

– Ved høygradig demens kan det være vanskelig å få uttrykt sine behov. Aggresjon og depresjon er for

eksempel følgesymptomer av demens. Men styrken i symptomene kan ha sammenheng med hvordan man blir møtt. Det er viktig at de ansatte har kunnskap og mulighet til å takle uro på andre måter enn å bruke medikamenter.

Hun understreker igjen at budskapet ikke er en klage på sykepleierne som jobber i sykehjem.

– Dette er sykepleiere som har en høy arbeidsbelastning.

– Men vi må ta tak i problemet. Andelen med demens og behov for pleie på sykehjem eller eget hjem vil øke i årene framover. Vi kan ikke løse mangel på pleiere med økt medisinerings.

TVIL OM DØDELIGHET

Geir Selbæk er forskningsleder ved Kompetansesenter for aldring og helse. Han er en av forfatterne i studien som ser på den vedvarende bruken av psykofarmaka.

Han har også ledet en annen studie som har utgangspunkt i det samme innsamlete datamaterialet.

Der har de forsket på bruk av antipsykotika og dødelighet.

– Her finner vi ikke økt dødelighet hos sykehjemsbeboere som bruker antipsykotiske legemidler.

Han understreker at begge de norske sykehjemsstudiene er observasjonsstudier, og derfor må tolkes med forsiktighet.

– Internasjonale studier viser økt dødelighet ved bruk av antipsykotika hos eldre. På bakgrunn av dette har bruken av antipsykotika hos eldre gått ned de siste årene, sier han.

– Men det kan være grunn til å moderere budskapet om å unngå antipsykotika hos eldre, nærmest uansett. Dette er det legemiddelet som har de alvorligste bivirkningene – men også best virkning hos noen, sier han.

BRUKEN PÅ VEI NED

Upubliserte studier Selbæk har jobbet med, viser at bruken av antipsykotika er på vei ned i norske sykehjem.

– Vi har undersøkt om nedgangen førte til at det ble kompensert med andre psykofarmaka, men det har det ikke. Det er samlet sett en liten nedgang i bruken av psykofarmaka.

– Men det generelle bildet er at det fremdeles er svært høy bruk av psykofarmaka i norske sykehjem. Den omfattende bruken står ikke i forhold til det vi vet om sparsom effekt og plagsomme bivirkninger, sier han.

Selbæk viser til flere studier som indikerer at både pleiepersonale og pårørende kan utøve press overfor legen, og dermed bidra til mer medikamentbruk.

– Årsaken til den høye bruken i Norge vet vi ikke, men det kan være at det er mer håndgripelig både for helsepersonell og pårørende. Pleietiltak kan være et ullent begrep å formidle og forstå. Det kan være at bemanningssituasjonen er en årsak til høy bruk av psykofarmaka, men det vet vi ikke, sier han. ●

aknbh@sykepleien.no

– Sykepleierne må ha tid til å roe eldre som er urolige

OVERFORBRUK: Kunnskap, riktig kompetanse, legemiddelgjennomganger og økt bemanning er det som må til for å få ned bruken av psykofarmaka i sykehjem, mener NSF-leder Eli Gunhild By.

– Det er dessverre slik at eldre på sykehjem av og til blir sløvet ned av medisiner, fordi de ansatte ikke har andre måter å roe pasienten på, sier hun.

– Får man for mye psykofarmaka, vet vi at resultatet gjerne blir at pasienten sitter i en stol og sover. Da går man glipp av mye stimuli. Man får ikke snakket med noen, ikke rørt seg, og det kan bli et ensomt og trist liv. Sjansen for å snuble og falle er også større, sier hun.

– HANDLER OM LIVSKVALITET

By mener det er en kjempestor jobb å gjøre på dette området, og at det handler om livskvaliteten til eldre på sykehjem.

– For å få ned bruken av psykofarmaka, må politikerne erkjenne at det er en uakseptabel situasjon. Først og fremst må vi få på plass riktig bemanning, sier hun.

På spørsmål om hvor mange flere sykepleiere som må på plass for å få ned bruken av psykofarmaka, svarer By:

– Vi opererer ikke med normtall i sykehjem, men det er slik at demensavdelinger trenger flere sykepleiere enn vanlige sykehjemsavdelinger. Dersom det skal være mulig å gjøre noe annet enn å bruke medisiner for å roe pasienten, må det være ansatte med kunnskap, kompetanse og tid.

LEGEMIDDELGJENNOMGANGER

Hun sier at tilbakemeldingene hun får, tyder på at sykepleierne i sykehjem løper fortere og fortere.

– Sykepleierne trenger tid til å ta en helhetsvurdering av pasienten, og tid til å sette seg ned og roe den som er urolig, sier hun.

– I tillegg må leger, ledere og sykepleiere ha regelmessige og systematiske



FOR HØY: Bruken av psykofarmaka på sykehjem er for høy, tror NSF-leder Eli Gunhild By. Foto: Marit Fonn

legemiddelgjennomganger. Eksempler fra sykehjem som er gode på det

«Det er dessverre slik at eldre på sykehjem av og til blir sløvet ned av medisiner.»

Eli Gunhild By,
NSF-leder

te, viser at det reduserer bruken av psykofarmaka. ●

aknbh@sykepleien.no



Bente Gulbrandsen er ansatt som sykepleier på skjermet avdeling. Men ofte er hun detektiv. Eller klovn.

– Jeg jakter på de gylne øyeblikkene

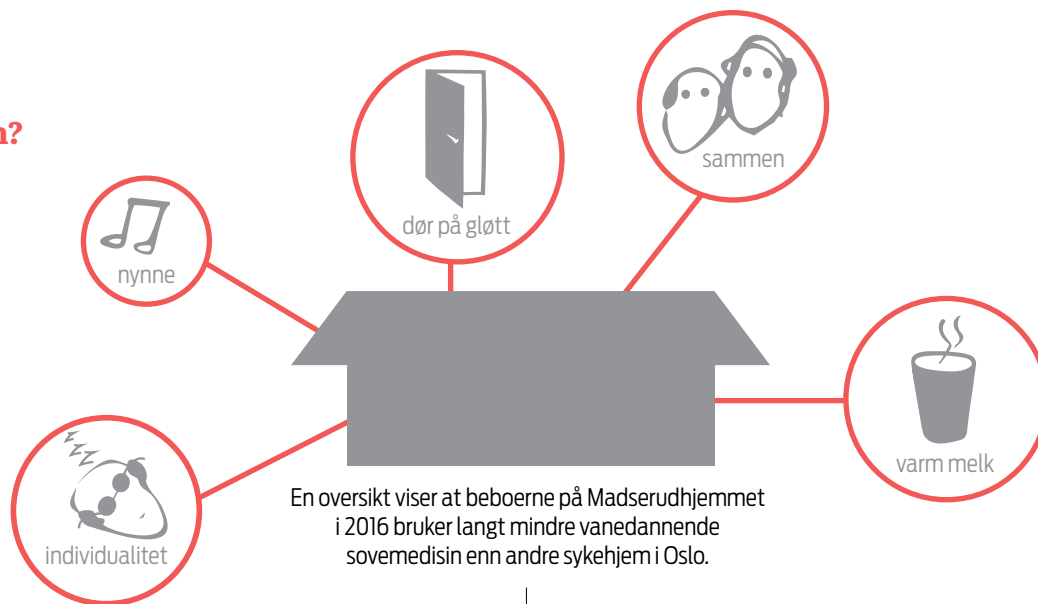
Tekst **Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Erik M. Sundt**



TRIKS: Varm melk, sove med brillene på og smittende latter er blant triksene Bente Gulbrandsen bruker i stedet for piller.



Hvordan få sove uten sovemedisin?



Honk-honk, lyder den røde nesen når sykepleier Bente Gulbrandsen klemmer på den.

Fire av damene på skjermet avdeling på Madserudhjemmet snur seg, ler vantrø. Hva i all verden er dette? Klovnene følger opp med en klukkende og smittende latter. Tre av damene ler hjertelig. Den fjerde rynker brynene og ser ikke ut til å ha sansen for figuren som skaper sirkus.

På noen sekunder er det hele over. Like raskt som klovnene dukket opp, er den borte. Roen senker seg.

AVBREKK

– Jeg jakter på de gylne øyeblikkene, det er kjempespennende, sier sykepleier Bente Gulbrandsen og løsner strikken som fester den store, røde nesa til ansiktet.

– I stedet for å spørre legen om en pille når en beboer er urolig eller ikke får sove, så prøver vi å finne ut hva som er årsaken til uroen og søvnløsheten.

De gylne øyeblikkene beskriver hun som små avbrekk i hverdagen hvor en eller flere av beboerne får ekstra eller tilpasset omsorg og oppmerksomhet.

– Det kan være alt fra å sette to beboere som går godt sammen ved samme bord, til å åpne en dør på gløtt slik at en beboer blir trygg på at

noen passer på og faller i søvn, til å varme melk eller stryke noen forsiktig på armen mens vi nynner en kjent melodi, sier hun.

HVA ER NATTERO?

– Når det gjelder nattero, så er det ikke sikkert at alle skal sove hele tiden, heller. Vi forsøker å roe ned, men samtidig ha en aksept for noen er det greit at de tusler litt rundt og kikker. Noen har kanskje lagt seg sent eller våknet tidlig hele sitt voksne liv. Beboerne er forskjellige der også, sier hun, og forteller en historie om en beboer som ikke klarte å finne søvnen:

– Etter litt detektivvirksomhet kom det fram at han hadde brukt briller store deler av livet. Når

«Jeg ønsker ikke å bidra til at eldre i sine siste leveår blir mer fokusert på piller enn nødvendig.»

Aslak Heldal Haugen, sykehjemslege, Madserudhjemmet

han la seg på kvelden, ble han utrygg idet vi tok av brillene. En kveld prøvde vi å la ham sovne med brillene på. Og det var det som skulle til! Da følte han seg trygg, og innsovningsproblemet hans var faktisk løst, forteller hun.

LITE SOVEMEDISIN

Bente Gulbrandsen forteller at det per i dag er to av de 26 beboerne som bruker melatonin fast på hennes avdeling. Enkelte av beboerne står i tillegg på forskjellige typer psykofarmaka som kan brukes i enkelttilfeller.

– Når jeg tenker tilbake på den siste måneden, for eksempel, er det vel ikke mer enn tre beboere som av og til har fått medisin mot uro eller engstelse, sier hun.

– Men som oftest er det ingen, og maksimum en eller to som har fått noe av dette i løpet av en vakt.

– Er dere høyere bemannet på avdelingen for å klare dette?

– På denne posten snakker vi aldri om at vi ønsker flere medisiner på natta. Vi sier at vi ønsker flere pleiere på natt, men vi sier ikke at nå må vi gi en sovetablett for å få ro. Det er ikke et tema.

– FORSØKER Å FØLGE RETNINGSLINJENE

Sykehjemslege på Madserudhjemmet,



HOGO: Bente Gulbrandsen ber nødig legen om å skrive ut piller for å roe beboerne.



Aslak Heldal Haugen, er bevisst på bruken av vanedannende medisiner hos beboerne.

En oversikt viser at beboerne på Madserudhjemmet i 2016 bruker langt mindre vanedannende sovemedisin enn andre sykehjem i Oslo. Til gjengjeld er bruken av melatonin høyere enn de andre sykehjemmene.

– Jeg ser at jeg er utenfor «normalkurven» når det gjelder forskrivning av vanedannende sovemedisiner, altså z-preparater. Jeg forsøker å følge Helsedirektoratets retningslinjer på dette området, og da blir statistikken slik, sier han.

Retningslinjene sier at langvarig, daglig bruk av z-hypnotika, vanedannende sovemedisiner, er uheldig hos eldre, og anbefales ikke. God effekt av z-hypnotika kan ikke forventes utover de første 2–3 uker av behandling.

– KAN BLI KNYTTET TIL SOVEPILLENE

– Det er også slik at eldre trenger mer våken hviletid enn yngre. De trenger ikke nødvendigvis å sove alle timene de hviler i sengen. Hvis de sover en time eller to på dagen, trenger de heller ikke så mange timer søvn på natten, sier Haugen.

Han observerer også at en del kan bli veldig knyttet til sovepillene sine, og hos enkelte oppstår det en avhengighet. Mange av sovemedisinene er jo vanedannende.

«Jeg forsøker å følge Helsedirektoratets retningslinjer.»

Aslak Heldal Haugen

– Tidligere har jeg jobbet med avhengighetsbehandling, så jeg er kan se at det er noen

paralleller i hvor opphengt man kan bli i å få pillen.

Haugen ønsker ikke å bidra til at eldre i sine siste leveår blir mer fokusert på piller enn nødvendig. På bakgrunn av det forsøker han som oftest melatonin som sovemedisin der det er nødvendig.

– Tilbakemeldingene jeg får, er at dette i de fleste tilfellene fungerer godt, sier Aslak Heldal Haugen. ●

aknbh@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Om bruk av psykofarmaka.

• – Mange får en cocktail av psykofarmaka og andre medisiner

• Ingrid Bonde var 52 år og småbarnsmor da hun fikk Alzheimerdiagnosen

• Teller legemidler på Oslo-sykehjemmene



Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@superida82

Når sommerværet svikter er det godt å ha ei venninne som stiller opp med sydvest i sommergave. Nå kan den vandrende sykepleiern holde seg tørr i luggen på jobb



@heidismil

While you were sleeping – aktiv nattevakt. I sommer har jeg kapra drømmejobben på barneavdelinga og jeg SÅ stolt



@saarsand

Relativt godt å være tilbake i uniform igjen



@kasperandmons

Busy workin' #nursing



@annafja

Koser seg i bilen på jobb!



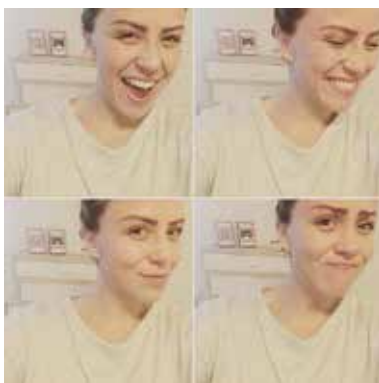
@nursesanne

One more nightshift, then it's vacation time!



@nathaliemadelen

Endeli kan ej kalle mej stolt sjukepleiar, me toppkarakter på bacheloroppgava mi



@tuvatapetfjes

Hun her har (mest sannsynlig) en mastergrad i 2021!



@anettestordal

Gøy dag på jobb

#intensivsykepleier #yrkesykepleier #utpåtur



Hva føler mødre som gir fra seg barna sine?

Sykepleier Heidi Schmidt formidler mødrenes tanker i en bok.

Mødre skrev brev til barna de ga vekk

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Boken *Jeg ønsker deg et vakkert liv* inneholder 36 brev. De er skrevet av sørkoreanske mødre til barna de har adoptert bort. Boktittelen er hentet fra et av brevene.

Tusener av nordmenn er adoptert fra utlandet. Den største gruppen adopterte er koreanske. 6 500 koreanske barn har fått norske foreldre.

Mødrene i boken har bodd på et hjem for unge, ugifte mødre i Seoul i Sør-Korea.

– Hjemmet heter Ae Ran Won, som betyr å plante kjærlighet, forteller Heidi Schmidt, som har sansen for koreanernes måte å formulere seg på.

BEARBEIDET SORGEN

Mødrehjemmet ble inntil nylig drevet av Han Sang-Soon, som har doktorgrad i sosialarbeid:

– Hun så det som sin oppgave å få de unge kvinnene videre i livet etter at de hadde født barn. 15 prosent valgte å beholde barnet. Resten ga barnet fra seg, og for å bearbeide sorgen, anbefalte fru Han dem å skrive brev til barnet.

36 brev ble til boken *I Wish for You a Beautiful life* etter et samarbeid mellom en adopsjonsforening i Minnesota i USA og mødrehjemmet i Seoul. Det er denne utgaven Heidi Schmidt har oversatt. Den norske versjonen har også kapitler om norske forhold.

HJEMMESYKEPLEIER

Heidi Schmidt jobber halv tid som hjemmesykepleier i Nes i Akershus. Ved siden av skriver og oversetter hun bøker. Ideen om dette bokprosjektet fikk hun fra søsteren sin som har adoptert to gutter fra Sør-Korea. Hun hadde hatt stor glede av den amerikanske utgaven av boken.

– *Hvordan angår boken sykepleiere?*

– Den angår alle. Den handler om identitet og er et vindu til en virkelighet vi sjelden får se. Den handler om hva vi ønsker for barna våre.

– *Hva er det?*

– Det første som slo meg er at disse barna er elsket av to mødre. Den biologiske moren har gitt dem den unike gaven; livet. Den norske moren har gitt barnet kjærlighet.

Hun anbefaler boken spesielt til helsesøstre.

– De er ofte ressurspersoner i lokalmiljøene og kan være til god støtte for adoptivfamilier, mener Schmidt.

ØNSKER BARN A ET BEDRE LIV

Mange av mødrene sier de håper de vil se barnet igjen. Men det er ikke alltid så lett å gi seg til kjenne, mange har holdt det hemmelig.

– Det er mye sorg. Selv om det er velstand i Sør-Korea, så er det vanskelig å endre på gamle tradisjoner. Holdninger til alenemødre er som i Norge for hundre år siden. De fleste ville sikkert beholdt barnet hvis det var mulig. Men blodsband og juridiske rettigheter går gjennom far. Å ha et barn utenfor ekteskap er det samme som å miste kontakt med familien. De ga et liv, og sendte det fra seg i håp om et bedre liv.

EN HOLDNING SOM SYKEPLEIER

Schmidt tror at det må ha hjulpet kvinnene å skrive disse brevene.

– Og det er absolutt til hjelp for barna her.

«Disse barna er elsket av to mødre.»

Heidi Schmidt, sykepleier og oversetter

Mange av de adopterte barna vil gjerne finne sin biologiske mor når de er gamle nok.

– *Adopsjon, eggdonasjon og surrogati er aktuelle temaer. Hva syns du om det?*

– Det er vanskelige spørsmål, men jeg ønsker et vakkert liv for alle barn, uansett hvordan de har kommet til. Å ønske hverandre godt er viktig. Det er en holdning å ha med seg i sykepleien.

KAN GI TRØST

Schmidt påpeker at det er 20 000 utenlandsadopterte i Norge.

– Mange av dem sliter med spørsmål om hvorfor og hvordan. Selv om de ikke får svar på sine individuelle spørsmål om identitet og røtter, tror jeg mødrenes historier i boken kan gi dem innsikt og trøst.

På 1970-tallet ble 200 barn adoptert årlig til Norge fra Sør-Korea. Nå kommer 20 barn i året til Norge.

– Nå prøver koreanerne først å finne slekt som kan ta ansvaret for barn som adopteres bort. Deretter søker de etter adoptivforeldre i hjemlandet, før de går til andre land for å finne adoptivforeldre.

SÅ DET FRA MØDRENS SIDE

På boklanseringen i vår deltok Marianne Frisvold, som selv ble adoptert fra Sør-Korea.

Hun har vært opptatt av mødrenes historier i mange år. Da hun skrev master i kunst og håndverksfag, hadde hun dette som tema:

– Jeg ville sette meg selv til side og ta perspektivet til mødrene. Men å finne noe som kunne visualisere det var vanskelig.

Men så fikk hun høre om mødrehjemmet i Seoul. Like etter dro hun dit:

– Der traff jeg to mødre. Ved å få innsikt i deres sorg, kan vår egen sorg som adoptert tre litt mer i bakgrunnen. Det er så viktig, sier hun.



ADOPSJON: Hjemmesykepleier Heidi Schmidt (t.h.) oversetter bare bøker hun blir berørt av. Mona Grenne er avbildet på forsiden. Hun er adoptert og har skrevet brev i boken – til moren hun ikke husker.

TAKKET ADOPTIVMOREN

Frisvold har prøvd å finne sin biologiske mor uten hell.

– Min identitet innebærer at jeg ikke vet. Men de to kvinnene jeg møtte på mødre hjemmet ble en substitutt for ikke å ha møtt min egen mor. Det gjør det lettere å akseptere at jeg er blitt forlatt.

Med på reisen var Frivolds norske adoptivmor.

– De to mødrene tok henne i hånden, og de takket og takket og takket henne. Fordi hun er min mor.

Den ene fikk en sønn i 1990. Hun fortalte at moren og kjæresten hennes ville tvinge henne til abort, men hun rømte fra sykehuset.

LURTE SEG TIL EN NATT MED SØNNEN

– Det sterkeste var da hun fortalte at hun fikk lurt seg til en natt med sønnen. Hun vet at han er i Amerika, men fikk ikke svar da hun kontaktet ham.

«Jeg er 40 år og har brukt så mye tid på å være trist.»

Mona Grenne, adoptert

Den andre moren fikk en datter i 1994. Hun hadde et forhold til en alkoholisert og voldelig mann.

En av mødrene fisket plutselig opp et lommespeil.

– Det var det eneste hun hadde å gi. Hun ville at jeg skulle ha det. Hun ga meg også en lapp. Der sto det: Sannhetens øyeblikk.

Slik fant Frisvold det visuelle hun trengte til sin masteroppgave:

– Jeg prøvde å lete etter et budskap i speilet. Men så slo det meg: Speilet reflekterer bare meg

Fakta

Verdens Barn

Siden 1969 har rundt 6 500 barn blitt adoptert fra Sør-Korea til Norge. Under Koreakrigen (1950-53) opprettet norske leger og sykepleiere et sykehus i Korea, og de dannet Norsk Koreaforening. I 1969 fikk foreningen bevilling for adopsjonsformidling fra Korea til Norge. Nå heter foreningen Verdens barn og samarbeider med flere land om adopsjon: Sør-Afrika, India, Thailand, Kina og Sør-Korea.

Kilde: Verdens Barn

selv, verken mer eller mindre. Vi vet ikke mer enn vi vet, og vi får ikke vite noe mer. Jeg har hørt at bare 1 prosent





FANT TRØST: Marianne Frisvold har ikke funnet sin biologiske mor. – Men de to kvinnene jeg møtte på mødre-hjemmet ble et substitutt, sier hun.

→ av 2 millioner utenlandsadopterte fra Sør-Korea finner sine mødre.
– Har du funnet en ro?
– Ja, og dette er min hovedagenda: Du er like full og hel selv om du ikke får svar på alt, sier Marianne Frisvold.

HUSKER IKKE MOR

Skuespiller Mona Grenne, som het Jang Yoon Jin, er også adoptert fra Sør-Korea. Heller ikke hun har funnet sin mor, til tross for flere forsøk. Blant annet har hun vært med i tv-programmet *I love you, mommy* – Sør-Koreas svar på NRKs *Tore på sporet*.

I *Jeg ønsker deg et vakkert liv* har Grenne skrevet brev til moren hun ikke husker. Moren ga henne fra seg da hun var 2 år og 4 måneder. Hun var i fosterhjem i fem måneder før hun kom til Norge. Hun husker ingenting fra den tiden.

Grenne har også spilt i teaterstykket «Journey to the east», som handler om jakten på sin biologiske mor.

– Det var en slags terapi, jeg fikk det ut. Denne boken er en slags avslutning. Jeg er 40 år og har brukt så mye tid på å være trist. Det er som å miste noen du er glad i.

«Det blir lettere å akseptere at jeg er blitt forlatt.»

Marianne Frisvold, adoptert

ER SELV BLITT MOR

Men da hun selv fikk barn, ble det verre.

– Det var grusomt. Jeg tenkte: Hvordan klarer noen å gi fra seg sitt eget barn?

Nå er sønnen hennes fire år.

– Det har vært noen milepæler, som da han var like gammel som jeg da jeg ble gitt bort.

Og som da han var nesten tre, slik hun var da hun kom til Norge:

– Han var høyt og lavt, visste hva han likte og ikke likte. Da jeg var på den alderen, var jeg fullstendig ukjent i Norge, og jeg hadde allerede blitt revet opp så mange ganger. Jeg husker det ikke, men kroppen min – cellene mine – husker det.

I oppveksten følte hun at hun ikke passet inn.

– Jeg ønsket at jeg var blond og blåøyd. Nå har jeg større aksept for hvordan jeg ser ut, sier Mona Grenne, som pryder forsiden av boken.

VIKINGER OG INDIANERE

Heidi Schmidt har fått stipend fra Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening, men ingen forlag ville gi ut boken – inntil hun fant Kolofon. Hun har selv bekostet utgiftene, men får til gjengjeld hele inntekten av boksalget.

– Men halvparten av eventuelt overskudd går til mødrehome, forteller Schmidt.

Hun ønsker nå å oversette oppfølgeren *Dreaming a World*, som kom ut i 2010.

– Den boken er enda sterkere. Mødrene går mer i dybden om hva som skjedde videre. Og mot alle odds; flere beholder barna sine.

Schmidt har også skrevet boken *Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien*. Hun har oversatt bøker om vikinger, om indianerhøvdingen Crazy Horse og en bok skrevet av en katolsk prest.

– Jeg vil bare oversette bøker jeg blir berørt av. Jeg liker gode historier, sier Heidi Schmidt. ●

marit.fonn@sykepleien.no


Sykepleien

Les mer:
Les om adopsjon på side 70.



To av ti pårørende opplever at psykiske problemer hos den de er pårørende til ikke blir ivaretatt på sykehjemmet og i hjemmetjenesten, viser en fersk undersøkelse.

Savner fastsykepleier og flere på jobb

• Tekst Bjørn Arild Østby

Størst er misnøyen blant pårørende til brukere som mottar hjemmesykepleie. Hver tredje er ikke tilfreds med hvordan psykiske plager og problemer hos den de er pårørende til blir ivaretatt. Blant pårørende til sykehjemsbeboere svarer vel hver tiende (12 prosent) at de ikke er tilfreds med tilbudet.

Dette kommer frem i undersøkelsen «Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv» som er gjennomført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) for Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Manglende oppmerksomhet på eldres psykiske helse har ifølge rapporten flere uheldige konsekvenser. Forskerne peker på at det er «en sterk sammenheng mellom utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og et betydelig vekttap, og at en mulig forklaring er at hjemmesykepleien mangler bemanning med god fagkompetanse på psykisk helse blant eldre».

Videre viser undersøkelsen at det er «en klar sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning og forekomst av infeksjon og trykksår».

FOR LITE BEMANNING

NAVs bedriftsundersøkelse viser at det manglet 3 600 sykepleiere og 400 spesialsykepleiere våren 2017.

En betydelig andel pårørende

har opplevd manglende bemanning i løpet av de siste to månedene. Nær halvparten av pårørende til sykehjemsbeboere svarer at de ofte eller av og til har opplevd manglende bemanning.

Blant pårørende til hjemmeboende har tre av ti opplevd manglende bemanning. Mangelen er størst på dagtid, kveldstid og i helger sammenliknet med nattetid og i ferier.

ØNSKER KONTAKTSYKEPLEIER

På spørsmålet «Hva mener du skal til for at den faglige oppfølgingen skal bli bedre?» svarer 40 prosent av brukerne at de får en fast sykepleier å forholde seg til. Videre svarer brukerne «bedre bemanning» (23 prosent) og «flere sykepleiere på jobb» (18 prosent).

Også blant pårørende til hjem-

«Bedre bemanning er viktig for bedre faglig oppfølging i sykehjem.»

Fra rapporten

meboende er en fast sykepleier å forholde seg til den viktigste enkeltfaktoren (59 prosent). Mens pårørende til sykehjems pasienter oppgir at det viktigste vil være bedre bemanning (41 prosent).

BLIR IKKE TATT MED PÅ RÅD

For å få et bilde av hvordan pårørende opplever å bli inkludert, ble de spurt: «I hvilken grad blir du tatt med på råd når pleie og behandling planlegges?». Her svarer nær halvparten (48 prosent) at de ikke eller i liten grad blir tatt med på råd. Andelen for pårørende til sykehjemsbeboere er 38 prosent.

De pårørende er heller ikke tilfreds med informasjon om oppfølging av den de er pårørende til. Hele 49 prosent av pårørende til hjemmeboende får ingen eller i liten grad informasjon, mens dette er tilfellet for 36 prosent av pårørende til sykehjemsbeboere.

LITE AKTIVITET

Fysiske og sosiale aktiviteter i hverdagen vil for mange brukere bidra til mer trivsel og bedre livskvalitet i eldreomsorgen. Dette mener pårørende i liten grad blir ivaretatt.

Hver tredje pårørende (32 prosent) til hjemmeboende svarer at de er svært uenige i at den de er pårørende til tilbys tilpasset fysisk aktivitet. 22 prosent er nokså uenig.

Pårørende til sykehjemsbeboere er heller ikke er tilfredse. 27 prosent svarer at de er nokså uenig og 21 prosent at de er svært uenig i påstanden om tilpasset fysisk aktivitet. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fakta

Om undersøkelsen

Formålet med rapporten «Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv» er å framskaffe ny kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever kvaliteten i hjemmesykepleien og i sykehjem.

Ni kommuner fra fylkene Hedmark, Buskerud, Vestfold, Vest-Agder og Nordland har deltatt. I alt 602 har deltatt i studien, fordelt på 265 pårørende til sykehjemsbeboere, 213 pårørende til hjemmeboende og 124 brukere av hjemmesykepleie.

I tillegg til spørreundersøkelsen er det gjort litteraturstudie og gjennomført dybdeintervju med pårørende.

Kilde: NOVA Rapport 7/2017



– Man trenger kjærlighet for å komme ut av rusen

Rene sprøyter er ikke nok. Rusavhengige trenger også håp og kjærlighet for å bedre helsen, mener denne gjengen.

● Teks og foto **Marit Fonn**

Gratis utlevering av rene sprøytespisser og askorbinsyre er nyttig. Men noe mer må til enn rent brukerstyr. Noe som kan motivere rusavhengige. Det er de enige om, gjengen som har benket seg på en restaurant i Bergen. Og det har de samarbeidet om å få gjort noe med.

Tre av dem er tidligere rusavhengige. Fire har vært sykepleierstudenter – inntil i dag, da de fikk vitnemål som sykepleiere. Og så er det sykepleier Ruth Marie Donovan, som er bindeleddet mellom dem.

Donovan er høyskolelektor og har erfaring som pårørende. Hun underviser i helsefremmende og forebyggende arbeid på Høgskulen på Vestlandet, blant annet om rus. Hun er også leder for brukerkonferansen RØST.

HVA TRENGER DE SOM LEVER PÅ GATEN?

Trygghetspakken heter prosjektet studentene har jobbet med.

– Vi ønsket å finne ut hvordan vi kunne gi noe mer humant i pakken med rent brukerstyr. Var det et innovativt helsefremmende element vi kunne legge i tillegg til rene sprøyter, kondomer og brosjyre om hvordan injisere riktig? forteller Donovan.

«Praksis fra rusfeltet burde være obligatorisk.»

Kaja H. Behrens,
eks-student

Hun spurte tidligere rusavhengige: «Hva kan fremme helsen for dem som lever på gaten i ytterste nød?»

«Vi vil ha håp og kjærlighet», var svaret hun fikk. – Så gikk jeg til studentene: Hvordan kan det konkretiseres?

Fram på bordet legger hun resultatet: Visittkort og plakater med tekst henvendt til rusavhengige. Her er det både oppmuntrende ord og konkrete tips om lavterskeltilbud:

- Du er unik, ingen kan erstatte akkurat deg.
- Visste du at Kirkens Bymisjon har matservering?
- Om du føler deg alene, skal du vite at du alltid er velkommen til Sammensenteret.
- Drømmer du om et liv uten rus? MO Storetveiten 5 er klar for å hjelpe deg på veien!



HEIAGJENG: Alle heier på de rusavhengige, fra ulike ståsted: Foran fra venstre: Marianne Pierron, Sindre Remme Strand og Kaja Halvorsen Behrens. Bak fra venstre: Ivar Odin Nepstad, Guro Borgen Brekke, Frøydis Bjørnevaagen, Ruth Marie Donovan og Karianne Gjerald.

Fakta

RØST

- Brukerkonferanse i rusfeltet, 30. august 2017.
- Samarbeid mellom Bergenslinikkene, Haukeland sykehus og Bergen kommune.
- For brukere, pårørende og fagfolk.
- #gårforlivet er et delprosjekt i RØST.
- Sykepleierektor Ruth Marie Donovan er leder for konferansen.

- Trenger du noen å prate med? Ring eller chat med oss på rustelefonen, helt anonymt.

VENNLIGE ORD

– Marianne, hvis du hadde fått slike ord da du var avhengig, hva ville du tenkt da, spør Donovan spent.

– Jeg ser vennligheten i ordene. Det med utstyret er mer moraliserende. Dette er omsorg, sier Marianne Pierron.

– *Er ikke rent utstyr omsorg?*

– Jo, man slipper jo brukte nåler. Men dette handler om noe annet. Om å være nær. Alle ønsker å bli sett. Det er da du får lyst å gjøre noe med restflammen, sier Pierron.

Hun har vært rusavhengig i 22 år, gått på meta-don i 15 og vært nykter i ni år.

– Den siste gnisten ... Hvilke ord vi bruker er viktig, sier Donovan.

– Vet dere hva Sindre betyr, sier Sindre Remme Strand.

Han svarer selv, med et stort glis:

– Å gnistre!

Etter 12 år som avhengig ble Strand rusfri for to og et halvt år siden. Han går nå på legemiddelassistert behandling (LAR) og er aktiv i brukerorganisasjonen proLAR.

– Nå vil jeg trappe ned LAR, det er mitt prosjekt, sier han.

Han var en av dem ingen forventet skulle bli rusfri, mener han selv.

VILLE FØLE DET UNDER HUDEN

Den ferske sykepleieren Karianne H.





ORDVALG: Ruth Marie Donovan (t.v.) er høyskolelektor og Marianne Pierron har erfaring som rusavhengig. Begge har troen på at vennlige ord.

→ Gjerald forklarer hvorfor hun ville for-dype seg i rusomsorgen som student:

– Vi lærte lite om det ellers i utdanningen, men alle sykepleiere vil møte folk som er avhengige av ulike substanser. Jeg ville føle under huden hvordan det er å være rusavhengig, sier hun, for anledningen kledd i bunad.

Hun og de tre likesinnete kommer rett fra avslutningsseremonien på sykepleiestudiet.

– Det er viktig å ha rett kunnskap og rett holdning, sier Frøydis Bjørnevaagen.

– Hovedpoenget er å møte brukerne med respekt der de er, uansett hvor, sier Kaja Halvorsen Behrens.

Hun synes det burde være obligatorisk å ha praksis fra rusfeltet.

– På bekostning av hva?

– For eksempel kan to av de åtte psykiatrikernene være i rusomsorgen, mener Behrens.

KJØPER HELLER KAFFE ENN RENT UTSTYR

Studentene fant ut at ikke alle brukerne har tilgang til gratis brukerutstyr. Derfor bryter de heller opp boksen med brukte sprøytespisser og filer på dem for å sette et skudd.

Studentene regnet ut at det er store økonomiske fordeler med å hindre hepatitt C-smitte

«Vi er mange som har reist oss.»

Marianne Pierron, eks-bruker

ved å øke tilgangen på rene sprøyter, kontra å behandle smittede.

– Vi har prøvd å gå distansen brukerne går på en dag, med hundre kroner i lommen. Ville du ha brukt pengene på rent utstyr? Nei, de få kronene ville heller gått til en kopp kaffe, snus eller røyk, sier Gjerald.

– Den innsikten får du ikke hvis du bare sitter på høyskolen, innskyter Donovan.

Studentene har hatt kontakt med flere instanser i Bergen for å realisere trygghetspakken. Rusakutten mente at brukerne deres er så syke at de ikke vil ha nytte av den. Men mottaks- og oppfølgingsentrene (MO-sentre) har vist sin interesse.

BRUKERNES RØST

I august skal RØST, brukerkonferansen i rusfeltet,



ISOLASJON: Mange rusavhengige har sosial angst, påpeker Sindre Remme Strand (t.v.) og Ivar Odin Nepstad.

arrangeres i Bergen for andre gang. Der skal også studentene legge fram sitt arbeid.

– Man kan ikke utvikle en tjeneste uten at brukerne er med, sier Donovan.

– Det har vi prøvd å si i mange år, sier Sindre Remme Strand.

– Men det er lenge siden brukermedvirkning ble et begrep?

– Det har vært kosmetisk, sier Donovan.

– Det har ikke vært likeverdig. Det brukerne sa ble ikke lagt vekt på, sier Pierron.

Alle rundt bordet vil stigmatisering til livs. Tv-bilder som viser sprøyterom og folk i kne, er med på å forsterke skamfølelsen blant dem som ruser seg.

– Vi er mange som har reist oss, sier Pierron, som altfor ofte har fått slengt etter seg: «Du, din narkomane!»

«Mange tror de må være nykter for å delta.»

Ruth M. Donovan,
høyskolelektor

– Det står narkoman i journalen min også. Det forsvinner ikke, selv om jeg har vært nykter i mange år, sier hun.

Ivar Odin Nepstad påpeker at det først bedret seg da det ble akseptert å se avhengighet som en sykdom.

– HELSEPERSONELL KAN VÆRE VENN

Sindre Strand er blitt erfaringskonsulent etter å

ha fullført MB-studiet. MB står for medarbeider med brukererfaring.

Også Nepstad har søkt om plass på studiet.

– Jeg har lang erfaring med uvettig bruk av rusmidler, sier han.

Det blir latter og applaus fra de andre.

– Fra første til siste smak, føyer han til.

– Jeg tok et oppgjør for sju år siden, og har vært rusfri i fem. Bruker ingen medisin. Hovedproblemet var alkohol, forteller Nepstad, som drømmer om å bli vernepleier.

– Helsepersonell må tørre å se mennesket bak aggresjonen. Med en gang noen leser journalen din, blir du dømt. Det er min erfaring, sier Pierron.

– Jeg skrev oppgave kalt «Den gode samtalen». Mange savner en venn, sier Strand.

Han mener helsearbeidere godt kan være rusavhengiges venn, selv om de er profesjonelle.

– Men det må være et friskt forhold, ikke basert på utnytting. Likeverdig, påpeker han.

– Det er ikke farlig å være nær og privat, mener Pierron.

– Noen situasjoner kan være vanskelig for helsepersonell å håndtere i rusomsorgen?

– Har man jobbet lenge i feltet, så kan man føle seg oppgitt. Man prøver å hjelpe, men det går bare nedover. Jeg fikk nettopp vite at en jeg kjenner er blitt tunnelbruker, sier Nepstad.

Han sikter til den omstridte fotgjengertunnelen ved Strax-huset, der rusavhengige oppholder seg.

– BLE DØNN AVHENGIG

– Hvorfor blir ikke alle avhengig?

– Jeg var dønn avhengig etter å ha åpnet den første ølflasken. De som har et dårlig liv, kan hektes på kort tid. De blir lettere avhengig enn dem som lever med kjærlighet, familie, barn, der alt er greit, sier Nepstad.

– Mange tror at rusavhengige alltid skal ha, skal ha. Men når du går på stoff, har du et annet behov for smertestillende enn andre folk, sier Pierron, som selv har blitt nektet smertelindring på sykehus.

– Rusavhengige forventer ofte å bli dårlig møtt. Men selv om du er litt rusa, så husker du en skarp kommentar. Men du vil også huske et smil, sier Nepstad.

Rusavhengige har ofte sosial angst:

– Mange har ikke kontakt med noen. Terskelen for å ta kontakt er høy, sier Nepstad.

– Isolasjon kan være et større problem enn rusingen, påpeker Strand.

Studentenes visittkort tror de likevel kan hjelpe:

– Ikke første gangen brukerne ser dem. Men kanskje vil de etter 20 eller 50 ganger kontakte et av byens tilbud, sier Pierron.





→ – Mange brukere vet ikke om tilbudene som fins, at de kan være med på en tur, for eksempel. Og at det ikke kreves at du er nykter. Ikke alle har Facebook eller google, de fleste har bare kontantkort på telefonen, sier Donovan.

– Når du har kommet langt nok i misbruket, har du mistet evnen til å mestre livet. Det dreier seg om å skaffe nok rusmidler. Mat og rene klær blir luksus, sier Nepstad.



RUSFRI: Sammen med lillebror ble Sindre rusfri.

DE GÅR FOR LIVET

#gårforlivet er et tilbud Donovan har tatt initiativ til.

– 25 var med på firefjellsturen i mai, og alle kom i mål, sier hun.

På facebookside er det full aktivitet. Det postes bilder og meldinger i hopetall.

– Vi var med på maratonstafett i april. Utrolig givende. Den lagfølelsen. Jeg var helt oppi skyene etterpå, forteller Nepstad.

Han viser videoen av ham etter han kom i mål. Den er lagt ut på Facebook.

– Jeg fikk et nytt smil. Tror jeg har sett filmen 20 ganger.

Også noen av studentene deltok.

I morgen skal de ut og gå igjen – Bergen fjordtur som er 26 kilometer.

– Vi går sammen. Alle kan være med, om man kan rusle, labbe, vogge eller løpe, sier Donovan.

VEIEN UT AV RUSEN

– Hvordan kom dere ut av rusen?

– Jeg bodde i Danmark, men var i Bergen for å trappe ned metadonbruken. Da møtte jeg min

nåværende mann. Etterpå hentet han meg og min datter i Danmark, sier Marianne Pierron.

– *Kjærligheten altså?*

– Ja, kjærligheten. Det var i 2008.

– Jeg var rett og slett lei, forteller Sindre Remme Strand.

– Da jeg kom med i LAR, bestemte jeg at det var den muligheten jeg hadde. Jeg var sammen med en jente som ville fortsette å deale, så det måtte jeg ta tak i. Jeg og lillebror holdt sammen, vi gjorde det i lag. Vi bodde hos mor og brukte styrken og kjærligheten hos hverandre.

Ivar Odin Nepstad seilte på sjøen i 25 år og bodde lenge i Thailand.

– I 2010 var jeg ute for en trafikkulykke og var åtte måneder på sykehus. Så reiste jeg til Norge og fikk hjelp. Da tok jeg livet seriøst. Man må psykisk og fysisk til bunnen. Alle har en bunn, men hvor den er, er totalt forskjellig fra person til person. For meg var bunnen nådd da.

– Enig, alle må nå bunnen, sier Pierron.

Strand nikker:

– Enig. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Bruker familiehistorien i jobben

NÆRT: Erfaringen med rus og psykiatri i familien driver Ruth Marie Donovan i arbeidet som sykepleielektor.

I familien hennes på fem slet både faren, broren og søsteren med rus og psykiske problemer.

Ruth Marie Donovan ser rusomsorgen fra brukernes side:

– I helsevesenet har vi så lett for å glemme det. Ofte tenker vi: Dette trenger brukerne. I stedet bør vi spørre dem: Hva trenger dere? Hva kan motivere til endring? Vi må også forstå barrierene.

Terskelen for å delta på tilbud kan være høy. Noen deltar ikke fordi det koster for mye eller fordi de har sosial angst.

– Eller de syns det er flaut å si at de ikke har joggesko, eller mangler T-skjorte og shorts.

VILLE IKKE GLEMME SØSTEREN

Da søsteren var rusavhengig, fikk Donovan høre at hun måtte glemme henne. «La henne leve sitt liv, du må leve ditt,» sa en sykepleier til henne.

– Ville jeg hørt det samme hvis søsteren min hadde kreft? Jeg følte det var så lite valgmuligheter i rus- og psykiatrifeltet. Noen pårørende trenger nok å skjerme seg, men jeg ville være støtte på min måte. Det var beintøft. I ettertid er jeg glad jeg stolte på min overbevisning.

I dag er søsteren rusfri på fjerde året og har fast jobb i Bergen kommune.

– Når pårørende blir bedt om å holde seg unna den syke – hva er faggrunnlaget? Tar de det fra lufta? Jeg valgte kjærligheten. Det er ikke et faglig ord. Men jeg har aldri hørt at noen har dødd av for mye kjærlighet.



«Når de hører at jeg tilgir faren min, begynner noen å grine.»

Ruth Marie Donovan

Det trenger ikke være svulstig å bruke slike ord.

– *Det er jo svulstig ...?*

– Det spør hvordan du sier det, om det er helsefremmende. Jeg vil ha flere personlige feelgood-historier. Tenk hvor mange sykepleiere det er, og som kan jobbe på asfalten. Det er viktig å verne om sårbare pasientgrupper, sier Donovan.

TILGIR SIN FAR

Faren hennes døde av en overdose i 1978. Han var 36 år, hun var sju.

– Det har preget livet mitt. Da jeg ble voksen, oppsøkte jeg

rusmiljøet for å forstå. Hvorfor kom han til det punktet at han forsvant inn i rusen? Det har tatt meg mange år å bli åpen om belastningene i familien. Nå er jeg trygg.

Da Donovan klarte å forstå faren, var det lettere å tilgi ham.

– Når jeg forteller det, får jeg mange reaksjoner. Mange rusavhengige er jo pappaer sjøl. Når de hører at jeg tilgir faren min, begynner noen å grine. «Kanskje vil mine barn en gang tilgi meg», tenker de. Og kanskje kan tanken på barna motivere dem ut av rusen, også. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 06 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju



UNNGÅ FEIL: De som deler ut medisiner, er avhengige av et system som fungerer. Foto: Mostphotos

For mye feil

Feilmedisinering. Problemet vedvarer hvis systemet ikke tar ansvar. **42**



Fra EU. Lett å få utdanningen godkjent i Norge. **44**



«Målet har vært at eldre skal klare å bruke appen selvstendig.»

Caroline Farsjø. **50**



Demens. Ulike behov for tjenestetilbud. **38**

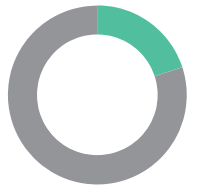


SYKEHJEM PASSER IKKE FOR ALLE DEMENSSYKE

Sykehjemsplassen til Marit ble en bekymring for mannen Ole i stedet for en lettelse. Mens for Per har dagaktivitetstilbudet vært det beste som har skjedd ham.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62418



Signe Tretteteig
Sykepleier og ph.d.-student, Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse

TV-serien «Helene sjekker inn» satte høsten 2016 søkelyset på det å bo på sykehjem. Programmet gjorde sterkt inntrykk på både fagfolk og andre. Gjennom godt journalistisk arbeid ga programlederen Helene Sandvig oss sin ærlige opplevelse av å bo på sykehjem. Med jevne mellomrom presenterer media historier om kritikkverdige forhold i eldreomsorgen. Det er viktig at slike historier kommer frem, men heldigvis er bildet mer nyansert.

EN PÅRØRENDEHISTORIE

La oss begynne med Ole og Marit. Ole og Marit har vært gift i over 60 år, men nå har Marit flyttet på sykehjem. Ole er hos Marit så ofte han orker. Etter besøkene sitter Ole hjemme i stolen og gråter.

I stolen på sykehjemmet sitter Marit. Alene. Eller retttere sagt er det bare hun som er våken; de andre beboerne sitter og sover. Personalet springer hastig forbi, setter seg ikke ned. Noen snakker dårlig norsk. Ole synes stuen er trist og savner en kafeteria der de kan kjøpe kaffe når han er på besøk.

Marit har hatt demens i mange år. Hun bodde hjemme inntil hun ikke lenger fant toalettet og begynte å tisse andre steder i leiligheten. Ole var på vakt døgnet rundt. Familien og fastlegen presset på: «Dere

må søke sykehjem, dette går ikke lenger, du blir altfor sliten, du er jo snart 90 år!» Ole var enig i det. De søkte, og sykehjemsplassen var et faktum innen en uke.

FLYTTING OG HJEMLENGSEL

Men Marit vil ikke være på sykehjemmet. Det er ikke hennes hjem, og hun fant fort ut hvordan dørråpneren på ytterdøren virker. Mens Marit prøver å finne veien hjem, prøver Ole å få tak i en GPS så de kan lokalisere Marit. Han er bekymret. Flere ganger finner de Marit langt unna sykehjemmet. Da er hun sliten, sint og fortvilet. Det er vanskelig for Ole å besøke Marit. Hun spør når de skal reise hjem. Ole har dårlig samvittighet. Hvem er det vel som lurer kjæresten sin?

Ansatte vil at Marit skal legge seg etter kveldsmaten, men hun protesterer. Det medfører at hun får sitte oppe til nattevaktene kommer, det vil si til klokken 20.30. Marit er glad i å pynte seg og har alltid gått i skjørt. Ole kjøper nye bluser og skjørt til henne, men personalet etterlyser collegegenser og joggebukse. Ole vil gjerne samarbeide og kjøper inn, men sier at Marit aldri har brukt slike klær.

Ole manner seg opp og ber om en samtale med lederen. De blir enige om at Marit skal få gå i de klærne hun er vant med og liker, men få av personalet følger det opp. Ole tar

det ikke opp; han vil ikke være den som klager eller maser.

DEN STORE TVILEN

Sykehjemsplassen som skulle være en lettelse for Ole, ble i stedet til økt bekymring. Hvorfor bruker ikke personalet litt tid på å prate med konen hans? Må hun virkelig legge seg så tidlig? Er det mulig å søke overflytting til et annet sykehjem? Tvilen tærer på Ole. Var det for tidlig for Marit å flytte på sykehjem?

Barna støtter Ole; de sier han gjorde det riktige, at han må ta hensyn til sin egen helse. Men er det helsebringende å være bekymret og ha dårlig samvittighet? Før lå han våken om natten for å passe på Marit, nå ligger han våken og grubler i stedet. Ole syntes det var vanskelig å snakke med Marit da hun bodde hjemme. Nå er han bekymret for at ingen engang prøver å snakke med henne.

EN ANNEN HISTORIE

Per er 80 år og har demens. Han bor alene og har de siste to årene vært på dagaktivitetstilbud fire dager i uken. Per sier at dagaktivitetstilbudet er det beste som har skjedd ham, og datteren er enig. Før Per begynte der, kunne han ringe datteren opptil 15 ganger om natten. Han spiste lite, var deprimert og forvirret.

I perioder mente datteren at han så ting som ikke fantes; han

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Hvordan kan helsepersonell bidra til mestring og takknemlighet og mindre fortvilelse for personer med demens? Artikkelen forsøker å synliggjøre hvordan fagkunnskap, ledelse og individuell tilrettelegging kan utgjøre en stor forskjell i hverdagen for personer med demens og deres pårørende.

Nøkkelord

- Sykehjem
- Kommunehelsetjeneste
- Eldreomsorg



ULIKE BEHOV: For noen personer med demens kan et dagaktivitetstilbud være bedre enn en sykehjemsplass. Bildet er fra Fosshagen dagsenter i Lier, der bruker Ragnhild hjelper pleier Gunnlaug Hellumbråten med å dekke bordet. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

opplevde at noen var i leiligheten, eller at han var om bord på et skip. Begge deler gjorde ham redd og fortvilet. Han hadde ikke lenger lyst til å leve.

Datteren kontaktet kommunen, og Anne, leder for dagaktivitetstilbudet, kom på hjembesøk. Hun snakket med Per og datteren, og de ble enige om å prøve dagaktivitetstilbud allerede uken etter. Per likte seg godt på dagsenteret fra første besøk. Bussen kommer og henter Per om morgenen, og han får seg en kjøretur rundt i bygda før frokost.

Per hjelper til på dagaktivitetstilbudet; han har blant

annet ansvar for å hente middagen og posten borte på sykehjemmet. De er mye ute. Per har alltid vært interessert i travhester, og de planlegger en tur til travbanen. Per vil alltid bli med når bussen kommer, men han er ikke alltid i godt humør. «Men slik er det jo med oss alle», sier Anne, «da går vi en tur og prater litt, bare han og jeg».

Per har mange brutte relasjoner bak seg, også med nærmeste familie. Men den siste tiden har de fått mer kontakt. Familien blir hørt når de forteller Anne hvordan de opplever situasjonen, og blir tatt med

«Marit og Per er like avhengige av at tjenestetilbudet er tilpasset deres behov.»

på råd. Hallusinasjonene er borte, og Per har sluttet å ringe til datteren om natten.

Anne er bekymret for Per de dagene han ikke er på dagaktivitetstilbudet. Hun innkaller ham,

pårørende og hjemmetjenesten til møte. Det resulterer i at Per får en besøksvenn fra Nasjonalforeningen for folkehelsen som besøker ham på onsdager. I helgen kan han komme opp på sykehjemmet og spise middag på korttidsavdelingen. Både Per og datteren kan ikke få fullrost hjelpen de får, spesielt fra Anne. De sier de er heldige som bor i denne kommunen.

DEN STORE FORSKJELLEN

Marit og Per er på ulikt stadium av sykdommen, noe som utgjør en





forskjell både for dem selv, pårørende og hjelpeapparatet. Men de er like avhengige av at tjenestetilbudet er tilpasset deres behov. Hva er det som gjør at disse to historiene er så forskjellige? Hva gjør at den ene historien ender i fortvilelse og den andre i takknemlighet?

Vi mener det handler om tre viktige prinsipper:

- å ha innflytelse på egne helsetjenester (brukermedvirkning)
- å få en individuell tilrettelegging på riktig omsorgsnivå (skreddersydd behandling til rett tid)
- å ha en fast kontaktperson (koordinatør)

I lov om pasient- og brukerrettigheter (§ 3-1) står det klart at «[t]jenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker» (1). Dette er et viktig overordnet prinsipp for alle helse-tjenester som gis i hele tjenestekjeden, og er konkretisert i kvalitetsforskriften § 3 (2). Der står det blant annet at systemer og prosedyrer i kommunene skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende, skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (1).

I historien om Per skjer dette fra første stund de er i kontakt med kommunehelsetjenesten. Anne snakker med både Per og datteren, og de blir enige om at Per skal prøve ut dagaktivitetstilbudet. Per trives med tilbudet han får. Er det tilfeldig? Nei, i historien får vi innsikt i de ansattes faglighet; de er interesserte i Per som person og har kunnskap om hvordan det kan oppleves å ha demens.

Denne innsikten gjør at de vet hvordan de skal tilrettelegge aktivitetene slik at Per mestrer dem. Anne blir deres kontaktperson som holder oversikt, snakker med pårørende og holder kontakt med annet helsepersonell.

Både Demensplan 2015 og 2020 vektlegger at kommunene skal utvikle tilbud som er fleksible og skreddersydd til den enkeltes behov (3, 4). Historien om Per viser

hvordan dette kan gjøres på en god måte. Eksempelet om Marit og Ole viser hvordan det kan bli når de ikke lykkes.

Ikke all sorg og smerte kan forebygges eller tas bort med gode helsetjenester. Tapet mange pårørende opplever ved at en som står dem nær, er syk og ikke kan bo hjemme, kan ikke helbredes med gode tjenester. Dårlig samvittighet kan være pårørendes følgesvenn eller rettere sagt fiende. Oles og Marits situasjon handler også om det, men i tillegg handler det om manglende kvalitet på helsetjenesten.

SKREDDERSYDDE LØSNINGER

I Norge finnes det i overkant av 40 000 sykehjemsplasser (5). Forskning viser at over 80 prosent av dem som bor på sykehjem i Norge, har demens (6), og at demens er den viktigste årsaken til innleggelse på sykehjem blant dem som mottar hjemmetjenester (7). Når i sykdomsforløpet den enkelte personen med demens får behov for sykehjemsplass, avhenger både av sykdomsbildet til pasienten og hjelpetilbudet i hjemmet (8).

Før Marit kom på sykehjem, hadde hun plass på et dagaktivitetstilbud. Der trivdes hun, og det ga Ole et pusterom i hverdagen. Mens hun var der, kunne han drikke kaffe med kamerater eller gå en tur. Det fungerte godt – i noen år. Men dagene var korte. Marit kom hjem før klokken 15, og dagaktivitetstilbudet var stengt i helger og ferier. Kunne Marit bodd lenger hjemme hvis dagaktivitetstilbudet hadde hatt lengre åpningstid og gitt mulighet til å sove over av og til?

I tillegg til å tilpasse tjenestene til den enkeltes behov handler fleksibilitet også om økonomi. Demens er kostbart for samfunnet. Undersøkelsen «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» viser at en person med demens gjennomsnittlig koster cirka 360 000 kroner per år, der en stor del av kostnadene er knyttet til dem som trenger sykehjem. En sykehjemsplass i Norge koster i gjennomsnitt 815 000 per år.

Rapporten fra undersøkelsen

beskriver en betydelig omsorgsinn-sats fra pårørende. Siste måned før innleggelse på sykehjem yter pårørende cirka 160 timer hjelp, mens det offentlige gir i gjennomsnitt 16 timer hjemmesykepleie og én til to timer hjemmehjelp. Av de personene med demens som er registrert i kommunene, deltar kun en av fem i et dagaktivitetstilbud, én til to dager per uke (9).

Studien viser en relativ beskjeden bruk av dagaktivitetstilbud og tjenester i hjemmet den siste tiden før personen innlegges på sykehjem. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan man stille seg spørrende

til hvorfor det ikke settes inn mer hjelp i hjemmet før personen legges inn på sykehjem.

LIVSKVALITET PÅ SYKEHJEM

Det er ingen tvil om at Marit trenger heldøgns omsorgstilbud. Symptomene hennes og funksjonssvikten er nå så alvorlig at det er vanskelig for familien og tjenester i hjemmet å gi henne den omsorgen hun trenger. Ole trodde situasjonen skulle bli bedre når konen fikk sykehjemsplass. På noen områder ble den også det. Men bekymringene er like sterke, og den dårlige samvittigheten har økt. Det handler om Oles trygghet og Marits trivsel.

Kan deres opplevelse generaliseres? Ny forskning viser at livskvaliteten til personer med demens som bor på sykehjem, er lavere sammenliknet med personer med demens som bor i eget hjem. Forskerne mener det blant annet kan forklares med at de som bor på sykehjem, har mindre sosial kontakt og er mindre aktive (10). Bildet er imidlertid mer nyansert.

Annen forskning viser at livskvaliteten ikke har blitt redusert hos nær halvparten av personer med demens på sykehjem når vi sammenlikner med før de flyttet dit. Tilstedeværelse av tilleggssymptomer som uro, tristhet og apati øker risikoen for redusert livskvalitet – det samme gjør alvorlig grad

«Det kan være vanskelig å tilpasse seg nye rutiner på et sykehjem.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscript-central.com/sykepleien>

av demens. Det kan være vanskelig å tilpasse seg nye rutiner på et sykehjem, og noen opplever at sykehjemstilværelsen ikke oppfyller forventningene. De fleste er likevel fornøyde med hjelpen de får (11).

TJENESTER OG KVALITET

Vi har i dag mye kunnskap om hvordan livet kan bli bedre til personer med demens på sykehjem. Det handler om kunnskap, holdninger og handlinger hos de ansatte, som henger sammen med god ledelse. Sammen med hensiktsmessig organisering er disse sentrale faktorer for at ansatte skal kunne utøve personsentrert omsorg til personer med demens. Størrelsen på boenheten og antall ansatte som den enkelte lederen hadde ansvaret for, var viktig for hvor mye lederen var til stede og fulgte opp endringene som ble planlagt (12).

Gjennom satsningene på utvikling av demensomsorg i Norge med «Demensplan 2015 «Den gode dagen» (3) og «Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn» (4) har tilbud til personer med demens og deres pårørende i Norge økt betraktelig (13). Dette har skjedd blant annet gjennom flere plasser for dagaktivitetstilbud og flere pårørendeskoler i kommunene.

Det har også blitt mer fokusering på innhold og kvalitet i tjenestene, blant annet gjennom ulike opplærings- og utdanningsmodeller for helsepersonell. Siste oppsummering fra 2014 viser en forsiktig økning i andel sykehjemsplasser i tilrettelagte enheter for personer med demens fra 20,7 prosent i 2005 til 25,5 prosent i 2014. Det har blitt flere kommuner med hukommelsesteam, som har en positiv betydning for utredningen av demens og oppfølgingen etter diagnose. Cirka 70 prosent av kommunene har et tilrettelagt dagaktivitetstilbud til personer med demens samt pårørendeskoler (13).

Et miljøbehandlingsprogram (2009–2011) har gitt oss en fin oppsummering av gode metoder for miljøbehandling, som individuelt tilpassete aktiviteter, som kan bidra til å øke livskvalitet og mestring

hos personer med demens (14). I tillegg finnes det i dag et bredt spekter av gode nettsteder, fagtidsskrifter og faglitteratur om ulike demensrelaterte temaer.

De siste årene har det også vært en stor satsing på kompetanse og kunnskap hos dem som jobber i eldreomsorgen. Blant annet har over 40 000 ansatte deltatt eller deltar i tverrfaglige ABC-studiegrupper (15). ABC-studiegrupper er lokale tiltak for kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester, der deltakerne lærer om ulike temaer innen geriatri, demens og miljøbehandling.

Over 330 helsefagarbeidere har gått på fagskole og videreutdannet seg i demens og alderspsykiatri eller i utviklingshemning og aldring. Hvert fylke har også et utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester som driver kontinuerlig opplæring og kursing i disse temaene til ansatte i kommunene.

Summen av tiltakene vi har nevnt, viser en stor satsing på kvalitet i eldreomsorgen. Men hvorfor er det da fortsatt så stor forskjell på kvaliteten av tjenestene?

DEN STØRSTE UTFORDRINGEN

Vi har i dag mye erfaring med og

kunnskap om hva som er gode tjenester og tiltak til personer med demens og deres pårørende. Likevel erfarer vi og journalist Sandvig at det er et stykke igjen til vi har en eldreomsorg som det skinner av. Den største utfordringen i demensomsorgen, slik vi ser det, er å ta i bruk den kunnskapen som finnes. Flere ansatte kan vært positivt, men gir ikke nødvendigvis bedre omsorg hvis ikke de ansatte har fagkunnskap og gode holdninger preget av respekt og empati.

Det må være en kultur på arbeidsplassen som verdsetter en kunnskaps- og verdibasert praksis – der de fokuserer på pasienten, ikke oppgavene. Dette er et lederansvar. Men prioritering i hverdagen, respekt for enkeltmennesket, de gode samtalene og de varme blikkene må hver enkelt som jobber i eldreomsorgen, ta ansvar for. Kunnskapen er der, den må tas i bruk og settes i system. Her gjør heldigvis mange en fantastisk innsats. La oss heie på dem! ●

REFERANSER:

1. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Oslo Helse- og omsorgsdepartementet; 1963. Tilgjengelig fra: lov om pasient- og brukerrettigheter (nedlastet 26.10.2016).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Kvalitet i pleie- og om-

sorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. IS-1201. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 11/2004.

3. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
5. Statistisk sentralbyrå (SSB). Kostra Faktaark, Reviderte tall per 15.06.2016 (Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/a/kostra/stt/index.cgi> (nedlastet 26.10.2016)).
6. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007;22(9):843–9.
7. Wergeland JN, Selbaek G, Bergh S, Soederhamm U, Kirkevold O. Predictors for nursing home admission and death among community-dwelling people 70 years and older who receive domiciliary care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2015;5(3):320–9.
8. Haugan G, Woods R, Høyland K, Kirkevold Ø. Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus om botilbud. Sintef-notat. Oslo: Sintef akademiske forlag; 2015.
9. Vossius C, Selbaek G, Ydstebø A, Benth J, Godager G, Lurås H et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHE/04%20Helse%20og%20...> (nedlastet 26.10.2016).
10. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers MJ, Joranson N, Calogiuri G et al. Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2016;16:137.
11. Mjorud M, Kirkevold M, Rosvik J, Selbaek G, Engedal K. Variables associated to quality of life among nursing home patients with dementia. *Ageing & Mental Health* 2014;18(8):1013–21.
12. Rokstad AM, Vatne S, Engedal K, Selbaek G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management* 2015;23(1):15–26.
13. GjØra L, Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens. 2014: Demensplan 2015. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse; 2015.
14. Rokstad AM, Rokstad AM, Fermann T, Fermann T, Skram M, Helland L et al. Bedre hverdag for personer med demens: Rapport. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse; 2012.
15. Mjorud M, Engedal K, Rosvik J. Demensomsorgens ABC: miljøbehandling: studiehefter. TØnsberg: Aldring og helse; 2013.

- Narkotikatester
- Alkoholtester
- Graviditetstester
- Medisinsk utstyr og hurtigtester



For profesjonelle og privatkunder

Sikkert, billig og raskt levert

www.TestHelsen.no



TestHelsen.no



FÅ BUKT MED FEILMEDISINERING

Til tross for gode tiltak og systemer for legemiddelhåndtering får mange pasienter fremdeles for mye eller feil medisin.

FAGKRONIKK:

Artikkelen bygger på
70 % praksis
 30 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62296



Elfrid Måløy
 Høgskolelektor,
 Høgskolen i
 Molde

Feilmedisinering er høyaktuelt både i media, offentlige utredninger og forskningslitteraturen. Dessverre har vi sett at feilmedisinering i ytterste konsekvens kan medføre alvorlig skade eller død. Som eksempel kan vi nevne at pasienter får for mye eller feil medisin, eller de går glipp av livsviktig medisin. Det angår samfunnet og mest av alt deg og meg.

De fleste av oss må på et eller annet tidspunkt i livet innom helsevesenet. Da er vi ofte avhengige av helsepersonell som gir oss medisiner på riktig måte. De som deler ut medisiner, er igjen avhengige av et system som legger til rette for at de kan føle seg trygge i denne viktige rollen.

ALVORLIGE KONSEKVENSER

Samhandlingsreformen har ført til endringer i kommunehelsetjenesten. Pasientene skrives ut tidligere fra sykehus og har et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere. Dermed får helsepersonellet større ansvarsutfordringer. Da samhandlingsreformen ble innført i kommunene, ble det ikke tatt stort nok hensyn til disse utfordringene. Mangelfull kompetanse kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.

I kommunehelsetjenesten står helsepersonell ofte alene med

ansvaret. Man har ikke det samme støtteapparatet som i spesialisthelsetjenesten, der man har leger, sykepleiere og annet fagpersonell i ryggen. Vi vet det skjer feil, og vi vet at feilene ofte får alvorlige konsekvenser for den det gjelder. Konsekvensen gjelder ikke bare pasienten, men også den som av ulike årsaker var uheldig å bidra til at det ble gjort feil med medisiner.

HØRES ENKELT UT

Rett medisinering innebærer at helsepersonell gir medisiner til pasienten etter følgende prinsip: rett pasient, riktig legemiddel, korrekt dose, rett mengde, riktig legemiddelform, rett informasjon, på rett måte og til rett tid. Dette høres enkelt og greit ut, men det krever konsentrasjon, et godt utviklet system og nødvendig kunnskap. I tillegg kan hverdagen være hektisk, og man skal forholde seg til mange forskjellige personer og arbeidsoppgaver. Da kan det skje feil – noe som faktisk er helt menneskelig.

LYKKES BEST MED STØTTE

Gjennom tre kull med videreutdanningen «Trygg legemiddelhåndtering» har vi sett at kommunehelsetjenesten har engasjerte og ansvarsbevisste ansatte. De tynges imidlertid av redselen for å gjøre feil. Disse sykepleierne og

vernepleierne har også vist seg å være gode forbedringsagenter. De trenger imidlertid tid, rom og kompetanse til å utføre forbedringsarbeid. Vi ser at de som har god støtte fra ledelsen, lykkes best. I videreutdanningen har de fått kjennskap til metoder for kvalitetsforbedring. Det legges vekt på brukermedvirkning, pasientsikkerhet og kultur for forbedring.

Å FJERNE DET RÅTNE EPLET

Ordet «feil» knyttes ofte til skyld, skam, udugelighet, utilstrekkelighet og mislykkethet. Når helsepersonell stemples som syndebukker som gjør feil, kan dette være ødeleggende både faglig og personlig. Man plasserer skyld på enkeltpersoner, og det kan føre til at feil dekkes over og skjules. Teorien om å fjerne det råtne eplet, «the Bad Apple Theory», innebærer å finne en syndebutikk ved feil, og det hører fortiden til.

Vi kjenner til helsepersonell som har blitt syke på grunn av en alvorlig feil de har gjort med medisiner. De fleste som jobber i helsetjenesten, vil det beste for pasientene sine. Da blir det en katastrofe når det motsatte skjer, og man skader den personen man egentlig vil hjelpe. Det er ikke så enkelt at vi bare tar ut den personen som gjør feil, fjerner «det råtne eplet», og så er alt bra.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet på å bygge gode systemer for å ivareta trygg legemiddelhåndtering. Helsedirektoratet har satset stort på dette gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». Likevel skjer det fortsatt uheldige hendelser, og ansvaret oppleves tyngende for den som har forårsaket feil.

Nøkkelord

- Feilmedisinering
- Feilbehandling
- Videreutdanning



STORT ANSVAR: Feilmedisinering kan i ytterste konsekvens medføre alvorlig skade eller død. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

HVEM ER SYSTEMET?

Alle kan gjøre feil, men problemet vedvarer hvis systemet ikke tar ansvar. Gjennom forbedringsarbeid kan vi forebygge at feil skjer på nytt. Vi trenger da et sikkerhetsnett som fanger opp nestenulykker og uheldige hendelser. Ledelse, reglement og utdanningsinstitusjoner må ta ansvar for å bygge opp slike sikkerhetsnett. Dette krever god faglig ledelse der alle som blir berørt av problemet, involveres. Systemet er vi, ikke enkeltpersoner. Derfor må alle være med når systemet skal forbedres.

PASIENTSIKKERHETSKULTUR

Pasientsikkerhet kom som ny helseetikk på 1990-tallet. Målsettingen er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. Dette gjør vi ved å rapportere, analysere og forhindre feil som ofte fører til negative konsekvenser for pasientene. Åpenhet om feil er helt sentralt innen pasientsikkerhetsarbeidet.

Vi kan ikke stikke under en stol at det finnes virkelige «råte epler». Personer som av ulike årsaker ikke

«Mangelfull kompetanse kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.»

kan ta ansvar for medisinbehandling. Det nevnte sikkerhetsnett må også kunne fange opp disse. Det individuelle ansvaret er tydeliggjort i lovverket. Vi mener at det er mest å hente på å etablere en åpenhetskultur. I en slik kultur

betrakter man feil som utgangspunkt for læring i stedet for å lete etter syndebukker. Vi må lage rom for å diskutere store og små hendelser som kunne ha ført til alvorlige feil. En slik åpenhetskultur vil bidra til å redusere feilmedisinering i kommunehelsetjenesten. ●

FAGARTIKLER:

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



ULIK PRAKSIS FOR GODKJENNING AV UTDANNING

Migranter fra EU-land har lettere for å få godkjent utdanningen sin selv om de kan lite norsk. For migranter utenfra EU er veien til autorisasjon mye lengre.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62137



Mai Camilla Munkejord
Forsker I og professor,
Uni Research Rokkansenteret og UiT, Norges Arktiske Universitet

Pleie- og omsorgssektoren i Norge har slitt med rekrutteringen siden 1990-tallet (1, 2). Her utgjør innvandrere en stadig viktigere gruppe. Av en årlig vekst på rundt 1000 sykepleiere de siste årene står sykepleiere med innvandrerbakgrunn for om lag 40 prosent (3). Til tross for den økende andelen og betydningen av migranter i kvalifisert helse- og omsorgsarbeid i hele Norge har relativt lite blitt skrevet om denne gruppen, med unntak av noen få, men viktige studier (1, 2, 4–7).

Internasjonalt er temaet langt mer diskutert, særlig med et kritisk blikk på omsorgsrelasjoner. De har også vært opptatte av hvordan man kan oppnå god kvalitet i pleie- og omsorgssektoren til tross for trange budsjetter samt språk- og kulturforskjeller mellom pleiere og brukere (8–11).

Riemsdijk (1) skriver om erfaringene til sykepleiere som kom til Norge fra Polen på begynnelsen og midten av 2000-tallet. Utgangspunktet den gangen var at Aetat hadde fått i oppdrag fra Arbeidsdepartementet å rekruttere kvalifisert helsepersonell, deriblant sykepleiere fra Polen (1). Det ble så satt kriterier som gjorde at kun kandidater med mastergrad fra Polen fikk autorisasjon til å jobbe som sykepleiere i Norge.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) er et viktig organ som skal bidra til at vi unngår marginalisering av kvalifiserte innvandrere på arbeidsmarkedet i Norge. Personer med utdanning fra EU får automatisk autorisasjon til å arbeide i Norge dersom vedkommende har et vitnemål fra en institusjon godkjent av EU. Øvrige kandidater får søknaden sin vurdert individuelt. Dersom SAFH oppdager en mangel på et bestemt område, må søkeren ta kurs eller tilleggsutdanning.

HENSIKT MED STUDIEN

Jeg intervjuet til sammen 18 innvandrere ansatt i stillinger som tilkallingsvikarer, helsefagarbeidere, sykepleiere, leger og psykologer i henholdsvis eldreomsorgen og psykiatrien eller miljøtjenesten.

I denne artikkelen har jeg valgt å analysere erfaringene til de sju informantene som var utdannet lege eller sykepleier i sitt hjemland, og som i dag jobber som helsefagarbeidere, sykepleiere og leger i Norge (tabell 1, side 47). Jeg fokuserer på deres erfaringer med akkreditering og kvalifisering til norsk helse- og omsorgssektor. Jeg vil særlig legge vekt på møtene deres med SAFH. Akkreditering er å søke om å få utdanningen sin fra hjemlandet godkjent. Kvalifisering handler om de grepene som gjøres i Norge for å få

godkjenning på plass – for eksempel at de må ta mer utdanning eller ny praksisperiode.

Jeg ønsket også å studere migrantenes fortellinger om egen arbeidshverdag, der de fokuserte på blant annet oppgaver, ansvar, kompetanse i norsk språk og forståelse av «god omsorg».

METODE

Før datainnsamlingen startet, ble prosjektet sendt inn og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Datamaterialet er produsert gjennom en kvalitativ intervjustudie jeg gjorde våren 2015 i Finnmark. I Finnmark er nesten 10 prosent av befolkningen migranter fra land som Russland, Finland, Polen, Litauen, Sverige, Thailand, Afghanistan, Somalia og Nepal. Andelen innvandrere som jobber i helse- og omsorgssektoren, er imidlertid dobbelt så høy, altså 20 prosent, ifølge ferske tall fra Statistisk sentralbyrå (12).

Ledere i helse- og omsorgssektoren i Finnmark hjalp til med å identifisere informantene. Jeg fikk også hjelp via mine personlige nettverk i regionen etter å ha bodd der i åtte år. Jeg ønsket å oppnå variasjon i migrasjonsbakgrunn, alder, familiesituasjon, utdanning og arbeidslivserfaringer.

Min analytiske tilnærming til informantenes fortellinger er

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Migranter som har flyttet til Finnmark, og som i dag jobber som helsefagarbeidere, sykepleiere og leger, har ulike erfaringer med å få godkjent utdanningen sin. Særlig migranter fra land utenfor EU har ikke fått godkjent sin helsefaglige utdanning fra hjemlandet og jobber i dag i stillinger de er overkvalifiserte for. Andre med utdanning fra en godkjent institusjon innenfor EU har fått autorisasjon til å utføre yrket sitt i Norge uten å kjenne det norske helsevesenet eller kunne noe særlig norsk. Begge deler representerer en utfordring for den norske helse- og omsorgssektoren.

Nøkkelord

- Migranter
- Autorisasjon
- EU
- Internasjonalt samarbeid



SKILLET GÅR VED EU: Migranter som er utdannet lege eller sykepleier i hjemlandet, får ikke nødvendigvis godkjent utdanningen sin i Norge. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

inspirert av narrative og fortolkende perspektiver (13–14). Målet med intervjuene var å få tak i beskrivelser av hvordan den intervjuede forsto norsk arbeidsliv og arbeidshverdagen etter inntreden i arbeidslivet. Deretter ville jeg tolke de beskrevne fenomenene. Jeg ønsket med andre ord å forstå verden slik den tar form sett fra informantenes ståsted. Hensikten var å få frem kunnskap om hvordan de oppfatter seg selv innen de omskiftelige sosiokulturelle rammene for hverdagslivet deres (15).

RESULTATER

Det er store variasjoner i informantenes utdanningsbakgrunn og i hvilken grad de i dag jobber i stillinger som matcher deres utdanningsnivå. Noen av informantene, Dragoslava og Margareta, er utdannet sykepleiere i hjemlandet, men jobber i dag som helsefagarbeidere. Dragoslava sier at med hennes utdanning fra et land i Øst-Europa kunne man tidligere jobbe som sykepleier i Norge:

«Vi hadde de samme fagene som sykepleierne her i Norge, men utdanningen min ble ikke godkjent som sykepleierutdanning av SAFH.»

Et par år tidligere hadde sykepleiere fra hennes hjemland motsatt

erfaring da de søkte om akkreditering. Margareta på sin side forteller:

«Jeg fikk ikke autorisasjon som sykepleier da jeg kom til Norge etter som Russland er utenfor EU. Så jeg ble bare godkjent som helsefagarbeider. De sa i SAFH at jeg måtte ta hele utdanningen på nytt.»

Intervjuer: «Hva tenker du om det?»

Margareta: «Jeg mener at de kunne tilbudt ekstra utdanning og mulighet til å ta eksamen på nytt her [i Finnmark]. Jeg skrev et brev om det til Helsedirektoratet der jeg forslø dette. Jeg er enig i at det trengs tillegg utdanning og språktest for oss som kommer utenfra EU. Jeg skjønner det veldig godt, men de burde ordnet med alternative måter å få autorisasjonen på. Det var litt vanskelig, særlig fordi reglene endrer seg over tid, slik at de sykepleierne [fra Russland, med samme utdanning] som kom fem år før meg, de fikk autorisasjon etter å ha tatt ekstra praksis og bestått noen tester.»

KURS OG

TILLEGGSEKSAMENER

Ludmila, som i likhet med Margareta er utdannet sykepleier i Russland, kom til Norge nettopp noen år tidligere og fikk etter hvert

godkjent sin sykepleierutdanning. Men helt enkelt var det ikke. Ludmila forteller:

«Etter at jeg kom hit, så søkte jeg om å få godkjent sykepleierutdanningen. Jeg sendte alle papirene til akkrediteringskontoret, men jeg fikk ikke utdanningen godkjent ettersom den var tatt i et land utenfor EU. Så jeg fikk en oversikt over fag jeg måtte ta opp igjen: Det var praksis, medikamentdosering og et par ting til. Så selv om jeg hadde jobbet i mange år, mente de at jeg måtte ha praksis i Norge. Det var litt sånn ja, hvorfor det? Men samtidig så jeg at det var en trygghet både for dem og for meg å måtte gå gjennom det.»

Etter å ha tatt de nødvendige kursene og tilleggseksamenene måtte Ludmila betale 18 000 kr for å få praksisplass. Hun utdyper:

«Det var tøft, for jeg hadde lite penger. Jeg ville jo jobbe for å tjene penger, men så måtte jeg ta eksamener først, og så praksis som jeg selv måtte betale for ... alt det der. Så jeg husker at jeg jobbet nesten 24 timer i døgnet i den perioden. Jeg måtte til Hammerfest for å følge undervisninga, jeg måtte ta alle vaktene jeg fikk, nattevakt, eller hva som helst ... Det var en slitsom periode!»

LEGE BLE SYKEPLEIER

To av informantene i studien er utdannet barneleger i Russland. En av dem, Katriona, jobber som sykepleier i dag. Hun kom til Norge som ekteskapsmigrant og fikk sitt første barn etter et par år i Norge. Hennes norske mann hadde en tidkrevende jobb.

Katriona hadde ikke mulighet til å reise til Oslo i mange runder over flere år for å ta nødvendige kurs og eksamener – for så å prøve å få legeutdanningen godkjent i Norge. I stedet valgte hun etter hvert å utdanne seg til sykepleier, blant annet fordi dette var et lokalt utdanningstilbud som hun kunne ta uten å måtte reise bort fra barnet. Samtidig jobbet hun som assistent i miljøtjenesten. Hun utdyper:

«Jeg gikk jo fra å være barnelege til å være sykepleier, så jeg føler meg veldig trygg på sykepleierjobben [latter]. ... Det er mange som har spurt meg om hvorfor jeg tok sykepleierutdanningen. Jeg kunne tatt eksamener for å få godkjent barnelegeutdanningen, men jeg bestemte meg for å ikke gjøre det. ... Jeg måtte egentlig velge mellom å være mor eller ta deler av utdanningen på nytt for å bli lege i Norge. Da valgte jeg



familien. Når utdanningen er tatt i et land utenfor EU, så er det helt andre krav for godkjenning selv om jeg hadde mange års erfaring. Det følte litt urettferdig.»

Katrina forteller at hun synes at sykepleierutdanningen var relativt krevende fordi mange behandlingsmetoder hadde endret seg fra den gangen hun tok legeutdanningen i Russland. Dessuten lærte hun norsk språk. Hun lærte også om norsk kultur og om det norske helsevesenet i de tre årene sykepleierutdanningen varte, noe hun synes var positivt og nyttig.

TØFT Å FÅ AUTORISASJON

Jelena, som også er utdannet barnelege i Russland, valgte i motsetning til Katrina å reise til Oslo en rekke ganger for å ta de ekstra eksamenene som krevdes for at hun etter hvert skulle få autorisasjon til å jobbe som lege i Norge. Prosessen viste seg å bli lang og krevende: Det tok henne til sammen fem år å lære seg tilstrekkelig godt norsk, gjennomføre alle de obligatoriske kursene og ta tilhørende eksamenen i Oslo samt gjennomføre en ny turnusperiode i Norge. Ved siden av dette kvalifiseringsløpet jobbet hun deltid som assistent på et helse-senter. Jelena forteller:

«Ja, altså, det var helt uventet at det norske samfunnet tvilte på min utdanning, og at jeg ble sendt på forpraksis for å se om jeg klarte å fungere som lege. Det var nedverdiggende.»

Samtidig sier hun:

«Men til syvende og sist, selv om det kunne vært færre eksamener, så angrer jeg ikke på at jeg fikk muligheten til å jobbe som assistent, eller på at jeg var igjennom ny turnustjeneste i Norge. Det ga meg mulighet til å lære systemet på en annen måte. For helsesystemet, det er forbundet med Nav, med det sosiale systemet, og det er så kompliserte greier, at med bare tre måneders språkkurs som er situasjonen for en del leger utdannet innenfor EU, så har man ingen mulighet til å kunne klare seg som lege i Norge på en ok måte.»

LETTERE FRA EU-LAND

Bogdans fortelling utdyper det Jelena snakker om. Bogdan er utdannet lege i EU og fikk jobb som fastlege i Finnmark gjennom et rekrutteringsbyrå. I forkant av dette jobbtillbudet tok han og konen Brigida, som også har høyere utdanning på et annet fagfelt, et 60-timers norskkurs i hjemlandet. Deretter dro paret til Norge, hvor Bogdan startet i fastlegejobben etter få dager.

Intervjuer: «Hva? Begynte du rett på jobb? Men ... Du kan engelsk?»

Bogdan: «Ja, men det hjalp ikke så mye. ... Jeg husker veldig definer-te trinn i språkutviklingen min: De første tre–fire ukene var det sånn at jeg prøvde å ikke spy av stress i dusjen på morgenen før jeg gikk på jobb, det var første trinn. Deretter var det to–tre–fire måneder av neste trinn som gikk over da jeg ikke lenger fikk klump i magen når jeg måtte svare på telefon.»

Brigida: «Ja, det var neste steg [latter].»

Bogdan forteller at det gikk noenlunde bra på jobben etter et halvt års tid. Men hele det første året i fastlegejobben jobbet han sju dager i uken, hele dagen til langt på kveld. Brigida hjalp ham med alt hun kunne:

Brigida: «Vi brukte all fritid på jobben hans, vi kunne sitte der til klokka to om natten.»

Intervjuer: «For du hjalp ham?»

Brigida: «Ja, jeg hjalp.»

Bogdan: «Med diverse skjemaer og henvisninger, det å lese, forstå, ikke overse noe, finne rett skjema ... Selv-sagt så hun ikke på ting som handlet om konkrete pasienter, men hun hjalp meg med språket og det praktiske. ... Jeg var på jobb nesten hver eneste dag hele det første året. For å lese, skrive, forstå og egentlig bare for å klare arbeidsmengden. ... For det var mange skjemaer, bestillinger, henvisninger, hva som er mulig å ordne lokalt, hva som må sendes til Hammerfest, Tromsø, andre steder, trykkesøknader, legeerklæringer, sykmeldinger, resepter ...»

Bogdans historie viser at leger fra et EU-land ikke trenger å ta noen norskeksamen før de begynner å behandle pasienter. Som

Bogdan uttrykker det: «Det var bare forventet at vi skulle kunne språket.» Autorisasjonen fikk han uten tillegsspørsmål.

DISKUSJON

De offentlige omsorgstjenestene slik vi kjenner dem i dag, har ifølge Melding til Stortinget nr. 29 (16) en kort historie: På førti år har pleie- og omsorgssektoren i Norge vokst fra vel 20 000 årsverk til mer enn 120 000 årsverk. Fra i hovedsak å være et tilbud til eldre er omsorgstjenesten i dag et tilbud til brukere i alle aldersgrupper. Brukerne har et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelser og tilstander.

Som nevnt innledningsvis har pleie- og omsorgssektoren lenge slitt med sviktende rekruttering. Både blant forskere og politikere ser vi en økende interesse for innvandre-res rolle i pleie- og omsorgssektoren i ulike deler av verden (4, 9–11).

Denne artikkelen har belyst erfaringene med akkreditering og kvalifisering blant migranter som har flyttet til Finnmark, og som i dag jobber som helsefagarbeidere, sykepleiere og leger. Studien viser at informantene har ulike erfaringer med SAFH. Noen som ikke har fått godkjent sin helsefaglige utdanning fra hjemlandet, jobber i dag i stillinger

som de er overkvalifiserte for. Dette gjelder sykepleiere som i dag jobber som helsefagarbeidere, og leger som arbeider som sykepleiere.

Noen har fått utdanningen sin godkjent, men først etter flere år med norskopplæring, kurs, tilleggsksamener og ny turnustjeneste. Flere synes at det er litt nedverdiggende at det norske samfunnet ikke har tillit til kvaliteten av og innholdet i utdanningen fra hjemlandet deres. Samtidig påpeker disse informantene at et langt og krevende kvalifiseringsløp i Norge tross alt har gitt dem muligheten til å lære om det norske helse- og sosialsystemet.

«Jeg gikk jo fra å være barnelege til å være sykepleier, så jeg føler meg veldig trygg på sykepleierjobben [latter].»

Katrina fra Russland

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscript-central.com/sykepleien>

Ikke minst har det gitt dem tid og mulighet til å heve sin kompetanse i norsk språk, som har vært nyttig i deres nåværende yrkeskarriere.

Andre derimot, med utdanning fra en godkjent institusjon innenfor EU, har fått autorisasjon til å utføre yrket sitt i Norge uten å kjenne det norske helsevesenet og uten nødvendigvis å kunne noe særlig norsk. Disse informantene forteller at de fikk en så tøff start i det norske helsevesenet at de i lang tid bare så vidt klarte å komme seg gjennom arbeidsdagen uten å knekke sammen.

KJØNNSROLLER

Man kan spørre seg om hvorvidt kjønn og forpliktelser på hjemmebane kan bidra til å forklare noen av funnene i denne studien. For eksempel ser vi at den mannlige legen, Bogdan, får enorm hjelp og støtte fra sin kone i starten av karrieren. Hun hjelper ham med å klare seg i jobben når han får autorisasjon som lege i Norge uten å ha kompetanse verken i norsk språk eller norsk helse-system. Flere av de kvinnelige informantene, som Kattrina, fikk på langt nær den samme støtten og hjelpen fra sine ektefeller.

Mens noen informanter har opplevd at det norske samfunnet tviler på deres fagkompetanse, forteller fleresamtidig at langtkvalifiseringsløp har vært nyttig for å utvikle kompetansen i norsk språk samt lære mest mulig om norsk helsesektor. Flere peker dessuten på at det stadig kommer nye diagnoser og behandlingsmetoder, og at forståelsen av hva som er riktig diagnose og behandlingsmåte, kan variere fra ett land til et annet.

Disse funnene tilsier at helse- og omsorgsfeltet ikke bare er faglig, men også sosiokulturelt fundert. Resultatene peker således på hvor viktig det er å kontinuerlig kunne tilby kurs og etterutdanning til de ansatte i en stadig mer kompleks helse- og omsorgssektor. Slike kurs og etterutdanninger bidrar til å sikre pasientsikkerhet, rutiner og kvalitet i tjenestene som tilbys.

DESENTRALISERT ORDNING?

Det er viktig å være pragmatisk og

Tabell 1. Oversikt over informantene

Navn, alder landbakgrunn	Migrasjonsbakgrunn, antall år i Finnmark/Norge	Utdanning Godkjent av SAFH?	Helsefaglig utdanning tatt i Norge	Stilling
Bogdan (35), Øst-Europa	Arbeidsmigrant (5 år, kom direkte til Finnmark).	Er utdannet lege i hjemlandet.	Har tatt spesialisering i Norge.	Lege, fast stilling, heltid.
Dragoslava, (45), Sør-Europa	Arbeidsmigrant (2 år, kom direkte til Finnmark).	Er utdannet sykepleier i hjemlandet. Fikk utdanningen godkjent før ankomst til Norge.		Helsefagarbeider på sykehjem. Litt over 20 prosent fast stilling + ekstravakter.
Evelyn (32), Afrika	Arbeidsmigrant (5,5 år i Norge, nesten 2 år i Finnmark).	Legeutdannet i EU. Oppnådd autorisasjon etter flere års innsats fordi hun manglet godkjent turnus ved ankomst til Norge.	Holder på med spesialisering.	Lege, fast stilling, heltid.
Jelena (50), Russland	Ekteskapsmigrant (13 år, kom direkte til Finnmark).	Barnelegeutdannet i Russland. Godkjent lege i Norge etter flere års arbeid med kurs, eksamener og ny turnus.	Har tatt spesialisering i Norge.	Lege, fast stilling, heltid.
Kattrina (45), Russland	Ekteskapsmigrant (11 år, kom direkte til Finnmark).	Utdannet barnelege i Russland. Fikk ikke godkjent legeutdanningen av SAFH, har ikke forsøkt å ta tilleggseksamener og kurs.	Utdannet sykepleier i Norge.	Sykepleier, 100 prosent fast stilling, turnus.
Ludmila (45), Russland	Ekteskapsmigrant (13 år, kom direkte til Finnmark).	Utdannet jordmor i Russland. Godkjent sykepleier i Norge etter en del kurs, eksamener og ny turnus.	Har tatt en del kurs i ledelse i Norge.	Sykepleier, 70 prosent fast stilling på sykehjem + tilkallingsvikar.
Margaretta (40), Russland	Ekteskapsmigrant (5 år, kom direkte til Finnmark).	Bachelor i humanistiske fag + sykepleierutdanning i Russland. Kun autorisasjon som helsefagarbeider i Norge.	Har tatt noen kurs i Norge.	Helsefagarbeider. Kombinerer to deltidsstillinger på to arbeidsplasser.

løsningsorientert i dagens situasjon med økt omsorgsbehov kombinert med stadig høyere andel migranter blant de ansatte i helse- og omsorgssektoren. Målet må være å bedre verdsette og ta i bruk den kompetansen kvalifisert helse- og omsorgspersonell med innvandrerbakgrunn representerer.

For mange sykepleiere og leger med innvandrerbakgrunn som bor i distriktene, kan det å reise til Oslo for lengre perioder om gangen være dyrt og praktisk vanskelig å gjennomføre, ikke minst fordi mange har omsorgsforpliktelser på hjemlandet. En desentralisert godkjenningsordning kan være løsningen.

Kunne det vært mulig med en desentralisert godkjenningsordning der for eksempel sykepleiere med ikke-godkjent utdanning fra hjemlandet får tilbud om lønnet praksisplass i seks til ni måneder på sitt nåværende bosted? Slik

lønnet praksis kunne vært etterfulgt av et tilbud om å ta eksamen i norsk språk samt en praktisk og teoretisk eksamen i noen av de mest sentrale sykepleiefagene.

Og kunne man tenkt seg tilsvarende ordninger for andre relevante helse- og omsorgsfaglige yrkesgrupper? Da ville kandidatene i det minste sluppet å selv måtte finansiere dyre og tidkrevende opphold i Oslo i de årene de jobber med å få utdanningen sin godkjent i Norge. Samtidig ville norsk helse- og omsorgssektor i større grad enn det som er tilfellet i dag kunne få benytte deres ettertraktede fagkompetanse. ●

REFERANSER:

- Riemsdijk Mv. Rekruttering av polske sykepleiere til Norge. Erfaringer og virkninger. Fafo-notat 2006:27. Oslo: FAFO Østforum; 2006.
- Isaksen LW. Transnational Spaces of Care: Migrant nurses in Norway. *Social Politics*. 2012;19(1):58–77.
- Aamodt PO, Høst H, Arnesen CÅ, Næss T. Evaluering av Kom-

- petanseløftet 2015. Undervisningsrapport 3. Oslo: NIFU; 2011.
- Christensen K, Guldvik I. Migrant care workers: Searching for new horizons. Farnham, Burlington: Ashgate; 2014.
- Isaksen LW. Introduction: Global care work in Nordic societies. I: Isaksen LW (red.). *Global Care Work: Gender and migration in Nordic societies*. Lund: Nordic Academic Press; 2010.
- Riemsdijk Mv. Neoliberal reforms in elder care in Norway: Roles of the state, Norwegian employers, and Polish nurses. *Geoforum*. 2010;41(6):930–9.
- Riemsdijk Mv. Everyday geopolitics: the valuation of labour and the socio-political hierarchies of skill: Polish nurses in Norway. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2013;39(3):373–90.
- Bourgeault IL, Atanackovic J, Rashid A, Parpia R. Relations between immigrant care workers and older persons in home and long-term care. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2010;29:109–18.
- Timonen V, Doyle M. Caring and collaborating across cultures? Migrant care workers' relationships with care recipients, colleagues and employers. *European Journal of Women's Studies*. 2010;17(1):25–41.
- Walsh K, O'Shea E. Marginalised care: Migrant workers caring for older people in Ireland. *Journal of Population Ageing*. 2010;3(1):17–37.
- Andrews M, Squire C, Tamboukou M (red.). *Doing narrative research*. London mfl.: Sage Publications; 2013.
- Statistisk sentralbyrå (SSB). Tall tilsendt per e-post 12.02.2016 fra Åsne Vigran, Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2016.
- Haavind H. Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ metode. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999.
- Kvale S. Det kvalitative forskningsinterview. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
- Cohen AP, Rapport N. Introduction: Consciousness in anthropology. I: Cohen AP, Rapport N (red.). *Questions of consciousness*. London and New York: Routledge; 1995.
- Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Fagartikler på sykepleien.no



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:

Søvn på dagsorden

Problemstilling: Intensivsykepleieren har et stort ansvar for å ivareta intensivpasientens søvnkvalitet. Mange av de foreslåtte endringene er enkle, og overførbare til praksis.

Hovedbudskap: Intensivpasienten er utsatt for risiko for dårlig søvnkvalitet, og intensivsykepleiere kan ved relativt enkle tiltak bidra til å fremme søvnkvaliteten. Å redusere intensivsykepleierens oppgaver om natten er en del av forebyggende tiltak. Dempet belysning i tak og fra elektronisk utstyr og det å skjerme pasienten er andre forslag som kan bidra til å fremme søvnkvaliteten. Ved å bruke klokke kan intensivpasienten få mulighet til å orientere seg.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

Felles fagspråk i sykepleiedokumentasjon

Problemstilling: Et felles fagspråk for sykepleie kan bidra til å vise kvaliteten på og innholdet i sykepleietjenesten gjennom å dokumentere sykepleie bedre.

Hovedbudskap: Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten opplever at det kan være vanskelig å dokumentere og uttrykke sykepleie skriftlig. Internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP) bidrar til et felles fagspråk for å vise kvaliteten på og innholdet i sykepleietjenesten gjennom å dokumentere sykepleie bedre. Hvis alle som er involvert i behandlingen og oppfølgingen av personer med demenssykdom, har tilgang til ferdigformulerte, konkrete og beskrivende tiltak, kan de lettere skape en opplevelse av inkludering og tilhørighet.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



Forfattere:

Verktøy kan gjenkjenne alvorlig sykdom hos barn tidlig

Tonje Holm Hjertaas og Anne Lee Solevåg

Problemstilling: De fleste barneavdelinger har tatt i bruk pasientsikkerhetsverktøyet PedSAFE for å vurdere og oppdage alvorlig sykdom hos barn og unge.

Hovedbudskap: PedSAFE er et rammeverktøy for at helsepersonell lettere skal kunne vurdere og tidlig gjenkjenne alvorlig sykdom eller tilstand hos barn og ungdommer. PedSAFE-konseptet inkluderer teoretisk og praktisk trening i å vurdere etter ABCDE-algoritmen, kommunikasjonsverktøyet ISBAR og PEVS. Verktøyet ble utviklet i 2011 av leger og sykepleiere ved Ahus for at helsepersonell skulle bedre kompetansen i å systematisk vurdere og tidlig gjenkjenne alvorlig sykdom eller tilstand hos barn og ungdommer.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



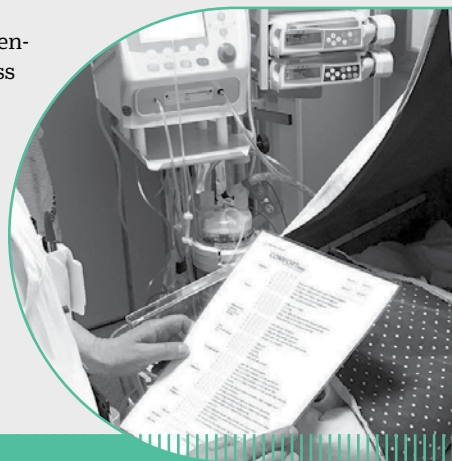
Forfattere:

Smerteprojektet COMFORTneo

Lene Tandle Lyngstad og Solfrid Steinnes

Problemstilling: En systematisk kartlegging av smerte og stress anbefales gjennomført regelmessig via et validert smertevurderingsverktøy. Smerte og stress hos premature og syke nyfødte kan avdekkes med COMFORTneo.

Hovedbudskap: Premature og syke nyfødte gjennomgår mange smertefulle prosedyrer og stressende behandlinger i løpet av oppholdet i nyfødtavdelingen. Ved å bruke COMFORTneo observeres barnet i to minutter, og følgende atferdsparametere vurderes: våkenhet, ro/uro, respiratorisk respons hos intuberte, gråt hos selvpustende, kroppsbevegelse, ansikstonus og kropps-/muskeltonus. COMFORTneo-observasjonsverktøy er oversatt til norsk og implementert ved Nyfødtintensiv, Drammen sykehus.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Kan en app få eldre til å spise mer og bedre?

Sykepleier Caroline Farsjø har testet, og nå kan du gjøre det òg.

Appetittvekkeren

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Dersom du vil du sove dypere, stumpe røyken, trene mer effektivt, lære gresk før høstferien og meditere deg til bedre golfslag, så finnes det en app for det. Garantert.

Stadig flere tyr til digitale verktøy for å motivere seg til livsstilsendringer, og ikke minst er det flust av tilbud for folk som ønsker å ta grep om matvanene sine. Men da Caroline Farsjø og kollegene i prosjektet Appetitt lette etter en app egnet til å forbedre ernærings situasjonen for eldre, fant de lite.

– De fleste handlet stort sett om slanking, forteller Farsjø, som er utdannet sykepleier og doktorgradsstipendiat på prosjektet.

APP FOR ALLE

Nylig ble appen Appetitus gjort fritt tilgjengelig for allmennheten, og kan nå søkes opp via App Store eller Google Play.

Fakta

Om Appetitt

- Treårig regionalt innovasjonsprosjekt som utvikler nettbrettsapplikasjon for hjemmeboende eldre med ernæringsutfordringer.
- Prosjektnavnet er et akronym for APplikasjon om Ernæring – TILTak for helse og Trivsel.
- Samarbeid mellom Universitetet i Oslo, kommunene Oslo, Drammen, Bærum og Tvedestrand, samt Norsk Regnesentral, Oslo Medtech og Helsetelefonen.
- Appen Appetitus ble lansert på App Store i mars og på Google Play i juni.

Den er i første omgang laget for en gruppe med relativt høy risiko for underernæring, nemlig hjemmeboende eldre som mottar omsorgstjenester fra kommunen.

– Målet har vært at eldre uten erfaring med slik teknologi skal klare å bruke appen selvstendig, men gjerne med oppfølging fra helsepersonell, forklarer Farsjø.

Brukerne skal få inspirasjon til matretter, bli minnet om faste måltider og få tips til hvordan maten kan berikes med for eksempel olje og fløte. Dessuten kan de registrere eget inntak av mat og drikke, noe som gir grunnlag for oppfølging fra helsepersonell.

– Foreløpig fungerer nok appen bedre som inspirasjon enn dokumentasjon, men registreringen brukerne gjør, kan gi utgangspunkt for samtaler og veiledning, sier Farsjø.

– Helsepersonell kan sammen med brukeren gå inn og se på registreringene og diskutere hva som kan gjøres for å få normalisert kostholdet litt.

GRAM OG KALORIER

De siste årene har stipendiaten selv benyttet seg av ulike motivasjons-apper og merket seg hva som kreves for å holde engasjementet oppe over tid.

– Det var én app der man kunne legge inn ulike livsstils mål – for eksempel trene så og så

«Dersom vi skal lykkes med velferdsteknologi som dette, må mange aktører samarbeide.»

mange ganger i uka. Jeg kjente fort at om jeg la inn flere enn tre mål og app-registreringen ble kompleks å følge opp, så varte entusiasmen veldig kort.

Flere av de kommersielt tilgjengelige ernærings-appene på markedet legger opp til en omstendelig finregistrering av alt du spiser og drikker – ned til hvert gram og hver kalori.

– For eldre som ikke er vant med slik teknologi, kan det fort bli altfor krevende, påpeker Farsjø, som svar på hvorfor det var nødvendig å utvikle en egen app til formålet.

FREMTIDSHÅP

Appetitt har vært et treårig prosjekt, og nå nærmer det tredje året seg slutten. Selv om appen er et konkret resultat, kreves det videreutvikling, oppfølging og spredning for den skal leve videre.

Farsjø, som selv har et par år igjen av doktorgradsarbeidet, håper å kunne jobbe videre med satsingen og ser mange muligheter som ennå ikke er realisert.

– I Appetitt-prosjektet har vi for eksempel med Helsetelefonen på laget. Det er en kommersiell aktør, som ser for seg å følge opp eldre som laster ned appen på eget initiativ, men ikke får oppfølging av hjemmetjenesten.

Helsepersonell, som har prøvd appen, har dessuten foreslått at den kan tilpasses andre felt, for eksempel diabetes, hjertesvikt og personer med psykisk utviklingshemming. Også sømløs overføring av data fra appen direkte til pasientjournal er et mål langt der fremme.

– Dersom vi skal lykkes med velferdsteknologi som dette, må mange aktører samarbeide, understreker Farsjø.

Appetitt-prosjektet er et samarbeid mellom



MATBRETT: Caroline Farsjø tester nettbrettapplikasjonen Appetitus for å se om den kan gi eldre mer matlyst.

Universitetet i Oslo, fire norske kommuner, Norsk Regnesentral, Oslo Medtech og ovennevnte Helsetelefonen.

– Jeg synes dragingen mellom ulike typer aktører, det å finne balansen, er kjempespennende. Du blir blant annet bevisst kunnskap, holdninger og forståelse du selv bringer med deg til bordet som sykepleier.

INTIMT OG PERSONLIG

Farsjø har bakgrunn fra blant annet eldreomsorg og erfaring med hvor viktig det er å

«Selv er jeg opptatt av at vi må mobilisere brukernes egne ressurser.»

komme inn tidlig – ikke minst når det gjelder ernæringsmessig risiko.

– Det satses i dag mye på forebygging og tidlige intervensjoner. Selv er jeg opptatt av at vi

må mobilisere brukernes egne ressurser. Motivere dem til å ta grep selv.

Egne matvaner kan oppleves som veldig intimt og personlig. Dessuten: Spør du en eldre dame med kognitiv svikt hva hun har spist den siste uka, blir svaret neppe altfor presist.

– Det å fortelle i detalj om hva man spiser og drikker, er ikke like enkelt for alle. Det gir utfordringer for helsepersonell, men jeg håper vår app kan være et verktøy som gjør dette arbeidet enklere, sier Farsjø. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

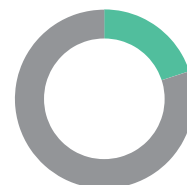


ER SYKEPLEIERNE FORTSATT ENGLER?

Endringer i helsevesenet gir sykepleierne mindre tid og mulighet til å være der for pasienten når det virkelig trengs.

FAGDEBATT:

Artikkelen bygger på
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62071



Inger Cecilie Frisvoll
 Ph.d.-stipendiat,
 Høgskolen i
 Molde

Sykepleierprofesjonen har søkelys på det etiske. Pasienten er en helhet, ikke summen av sykdommene sine. Å ivareta pasientens verdighet står i høysetet, behovene til pasienten veier tyngst, og pliktetikken skal styre handlingene og valgene våre. Er det rom for det i dagens norske helsevesen? Har vi sykepleiere rom for å la empatien få plass i det systemet vi er satt inn i? Har vi anledning til å ta inn over oss alle situasjonene pasientene og deres pårørende står i? Dersom jeg som sykepleier går inn i rollen som engel med varme hender, alltid parat til å kjempe på barrikadene for alle pasientene jeg møter, hvor lenge vil jeg da holde ut i en sykepleierstilling i det norske helsevesenet?

TØFFE PRIORITERINGER

Jeg opplever ikke meg selv som en engel som alltid gjør mitt beste for pasientene jeg har ansvar for. Som sykepleier på legevakten må jeg prioritere mellom herr Olsen med bryst smerter og lille Sara som har kastet opp i et døgn og har sterke magesmerter. Hvem haster det mest for? På den medisinske sengeposten må jeg vurdere om jeg bør ta den hastetelefonen til kommunen før jeg henger opp antibiotika og deler ut middag. Eller kanskje det haster mer å finne de opplysningene legen trenger?

Og er jeg egentlig enig i legens beslutning om at fru Dahl er utskrivningsklar, eller skal jeg prøve å argumentere for at hun bør bli et ekstra døgn? Dilemmaene er mange, og vi sykepleiere kommer stadig opp i situasjoner der vi må velge én pasient fremfor en annen. Vi må prioritere hva som er viktigst og hva som kan vente, og vi må vurdere det ut fra kunnskapen og erfaringsbakgrunnen vår, uavhengig av pasientene.

ET HELSEVESEN I ENDRING

Stadig oftere tvinges både vi sykepleiere og leger til å skille mellom det vi må gjøre noe med, og det vi kan skyve over på andre. Spesialisthelsetjenesten skal i større grad overføre behandlingsansvar til kommunehelsetjenesten – skillelinjene mellom nivåene forskyver seg gradvis. Samhandlingsreformen gir et tydelig signal om at denne politiske utviklingen er ønsket (1). «Det er til pasientenes beste», sies det i stortingsmeldingen. Pasientene har det best når de får være nærmest hjemstedet. De skal få behandling der de er, heller enn å være innlagt på sykehus. Veksten i spesialisthelsetjenesten må bremses.

Reformen ble ledsaget av blant annet kutt i sengetallet ved de somatiske sykehusene i Norge. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at da samhandlingsreformen ble

implementert fra 2011 til 2012, var det en reduksjon i antall somatiske døgnplasser i norske sykehus på 4,78 prosent. Det tilsvarende 589 færre senger å fordele på pasientene (2). Den gjennomsnittlige liggetiden per innleggelse for pasienter over 80 år – de eldste og sykeste – ble samtidig redusert med nær 12 prosent fra 2011 til 2012 (3, s 53).

Færre senger fører til større pågang på de sengene som finnes. Legene kan da bli presset til å melde pasientene utskrivningsklare til kommunene på et tidligere tidspunkt, og jeg som sykepleier presses til å godta deres vurderinger. Som sykepleier kan jeg også presses til å overtale legene til å melde pasienter utskrivningsklare. I verste fall – og det skjer – er både legen og jeg enige om at det beste for pasienten er å bli et døgn til. Likevel må pasienten meldes til kommunen som utskrivningsklar.

Riksrevisjonens rapport om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen viser til tall fra Helsedirektoratet (3). Av de pasientene som ble meldt utskrivningsklare, steg andelen reinnleggelse fra 33,9 prosent i 2010 til 44,6 prosent i 2014. Riksrevisjonen påpeker at deres analyser ikke tilsier at denne økningen har noen sammenheng med liggetid før utskrivelse

Fakta ●●●

Hovedbudskap

En sykepleier er en hvit engel. Et par varme hender. Pasientens advokat. Honnørbetegnelsene er mange. Men består hverdagen av hvite engler med varme hender, som utrettelig argumenterer for pasientens beste?

Nøkkelord

- Sykepleierrolle
- Sykehus
- Etik
- Organisering



ENDRET HELSEVESEN: Fører dagens krav om økt lønnsomhet til at sykepleierne ikke kan ivareta pasientenes behov like godt som før? Arkivfoto: Erik M. Sundt

eller antall overliggerdøgn. Likevel er sammenfallet mellom reduksjon i antall døgnplasser og gjennomsnittlig liggetid iøynefallende, samtidig med økningen i andel reinnleggelse.

PREGET AV NYE SYSTEMER

I 1999, da jeg var nyutdannet sykepleier, var sykehusene under fylkeskommunal ledelse med rammeoverføringer fra staten. Dette har endret seg. Sykehusene ble overført til staten i 2002 og drives og ledes i tråd med helseforetaksmodellen. Reformen inspirert av

New Public Management (NPM) har satt sitt preg på sektoren (4). Innføringen av innsatsstyrt finansiering med DRG (diagnoserelaterede grupper)-poeng i 1997, et pasientklassifiseringssystem som sier hvor mye refusjon de forskjellige sykdommene og diagnosene genererer (5), ble møtt med skepsis før implementeringen.

Lian, forfatter av boken *Når helse blir en vare* (6), problematiserte innføringen av DRG-systemet allerede i 1994 (7). Hun hevdet at over tid ville systemet føre til at likhets- og rettferdighetsprinsippet

«Pasienten er en helhet, ikke summen av sykdommene sine.»

kom på vikende front, til fordel for nytte- og effektivitetshensyn samt tanken om bedriftsøkonomisk lønnsomhet i sykehusene. Behovslogikken og pliktetikken ville tape for nytteetikken, en prioritering av pasienter som var økonomisk lønnsomme for sykehusene.

I 2007 fikk Helsedirektoratet utarbeidet en rapport som omhandlet det innsatsstyrte finansieringssystemet (8). De undersøkte blant annet om den aktuelle finansieringsordningen hadde påvirket sykehusledernes og sykehuslegenes prioriteringer av pasienter, noe deltakerne i undersøkelsen mente hadde skjedd. Jeg har også selv, som utøvende sykepleier, sett hvordan helsevesenet har endret seg. Økt lønnsomhet har stadig fått mer oppmerksomhet, blant annet ved å fokusere på





den gjennomsnittlige liggetiden for pasientene og produksjonen av DRG-poeng.

MER KYNISK SYSTEM?

Jeg ser ikke hele bildet og vil ikke påberope meg å ha svarene, men jeg kan ikke fri meg fra å tenke at den økonomiske tankegangen i stadig større grad trenger seg inn på fagfelter der andre verdier bør stå sterker enn de økonomiske. De samfunnsmessige endringene er ikke tilrettelagt for englesykepleierne – kanskje heller tvert om. Jeg skal ikke påstå at alt var bedre før, eller at sykepleierne hadde all verdens tid til å stå ved sykesengene og holde pasienten i hånden for 20–30 år siden heller. Jeg har derimot en følelse av at sykepleiere og leger ikke bare har det travelt nå, og på en del områder travlere enn tidligere, men at det også har skjedd en endring i mentaliteten.

Har det skjedd en dreining fra at sykepleierne var pasientenes advokater og hvite engler, til at vi nå ser på pasientene som kunder og

potensielle inntektskilder? Har vi sykepleiere tatt opp i oss den økonomiske tankegangen og gjort den til en del av oss, og samtidig skjøvet empatien lenger bak i bevisstheten? Eller er det fordi vi, om vi tillater oss å slippe pasientene for nær, ikke vil takle å se hvordan systemet krever at de blir sluset gjennom helsevese-

«Vi sykepleiere kommer stadig opp i situasjoner der vi må velge én pasient fremfor en annen.»

net på mest mulig kostnadseffektiv og strømlinjeformet måte – mest mulig helse for hver krone?

Midt i alt dette finnes de øyeblikkene der en sykepleier er nettopp en engel for pasienten i sengen. De øyeblikkene sykepleieren har rom for – og tid til – å holde pasienten i hånden når det trengs som mest. Det er disse øyeblikkene som gjør at sykepleiere fortsatt er sykepleiere – og engler. ●

REFERANSER:

1. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken: Spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/define.asp?SubjectCode=ai&ProductIdal&MainTable=SpecialHelse7&contents=Sender&PLanguage=0&Qid=0&nvl=True&mt=0&pm=&SessID=13852968&FokusertBoks=1&grupper=Hele&gruppe2=Hele&VSI=HelsInstSom&VS2=&CMSSubjectArea=helse&KortNavn=WebSpeshelse&StatVariant=&Tabstrip=SELECT&aggreseotr=1&checked=true> (nedlastet 19.05.2017)
3. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016). Oslo: Riksrevisjonen; 2016.
4. Hood C. A Public Management For All Seasons? I: Public Administration. 1991;69(1):3–19.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2017, Helse Midt-Norge RHF. Oslo; 2017.
6. Lian O.S. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2007.
7. Lian O.S. Rettferdighetsnormer og fordelingspolitikk: om DRG-finansiering i helsevesenet. I: Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. 1994; vol. 10, nr. 4:375–96.
8. Helseledningsrådet. IS-1479 Innsatsstyrte finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak. Oslo; 2007.

FAGARTIKLER:

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

StimuLITE® 3-ZON Madrass Ekstra Myk
- nå i Norge og prisforhandlet med NAV

For en kjølig og trykkfri søvn ved langvarig bruk eller under behandling av trykksår opp till grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger

Bestill produktvisning og utprøving nå!

Tel: 48 50 32 97
E-post: ordre@rehabshop.com
www.rehabshop.as



Per Arthur Andersen gikk actionveien i sykepleie.

Så skiftet han kurs.

– Å bli helsesøster er det beste valget jeg har tatt

• Fortalt til **Nina Hernæs**

Tanken var anestesi. Jeg ville jobbe på oljeplattform og stå fullt og helt på egne ben. Jeg begynte på hjertemedisin, så ble jeg trainee i intensivsykepleie og fikk jobb på postoperativ på Radiumhospitalet.

Det var mye smerte, respiratorer, stans og komprimering i seng. Det er fælt å si det, men det ga meg ikke den gleden jeg hadde håpet. Det var noe som manglet. Jeg oppdaget at det jeg likte best, var å kommunisere, å skape gode relasjoner mellom mennesker. Det får jeg gjøre i mye større grad som helsesøster. Jeg får tilgang til menneskers følelsesliv på en annen måte.

At jeg ble akkurat helsesøster, var tilfeldig. En kollega, som gikk utdanningen, anbefalte meg å begynne og. Dette var i september, og jeg trodde jeg måtte vente til høsten etter. Men hun sa «nei da, de tar opp i januar». Så jeg ringte skolen, og det viste seg at søknadsfristen gikk ut den dagen.

At valget var riktig, skjønnte jeg da jeg hadde min første samtale med en ungdom alene. Jeg klarte å hjelpe ham til å få kontakt med følelsene sine. Jobben som helsesøster handler mye om å hjelpe barn og unge til å hjelpe seg selv.

På selve utdanningen fikk jeg litt ammesjokk. Det var meg og 59 damer. Som mann fikk jeg en del oppmerksomhet, men den var bare positiv. Jeg er også glad i oppmerksomhet, så det var bare hyggelig.

Det gjør meg ikke noe å være søster, jeg er stolt av tittelen og var innstilt på å være helsesøster. Men barna kaller meg helsebror. Og da jeg fikk oppgaven med å etablere en helsestasjon for gutter, brukte ledelsen helsebror for å reklamere for meg på skolene. Det er greit, synes jeg.

Jeg savner ikke action. Men det er ingen tvil om at det akuttmedisinske var veldig interessant. Som når man plutselig tyder en blodgass og skjønner hvordan ting henger sammen, eller man klarer å behandle smerter. Det gir mestring, og den type mestring kan jeg savne.

Som helsesøster ser man resultater litt mer over tid. Men jeg vil ikke bytte tilbake. •

nina.hernes@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2012

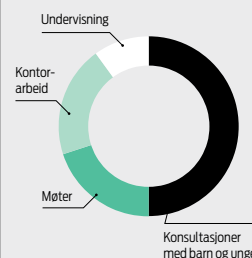
CV

2012-2014: Hjertemedisin, Førde
2014: Traineeprogram for intensivsykepleie, Rikshospitalet
2014-2015: Radiumhospitalet
2016: Helsesøster



Jobber i Oslo kommune 60°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



GOTTEDISK: Per Arthur Andersen har kondomer i ulike farger, smaker og lukter for gutta. Foto: Nina Hernæs



NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag:



Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning

Bakgrunn: Opplevd personlig ansvar i samarbeid med pasient og tverrprofesjonelle kan danne grunnlag for etiske dilemmaer. Forfatterne ønsket å utforske hvorvidt etisk refleksjonsveiledning kunne bidra til økt refleksjon og bevisstgjøring om samhandlingssituasjoner i praksis.

Hensikt: Å undersøke hvordan etisk refleksjon i veiledning kan bidra til økt bevisstgjøring og forebygge moralsk stress.

Metode: Studien har et utforskende deskriptivt design. Forfatterne samlet inn data gjennom to fokusgruppeintervjuer før og etter åtte gruppeveiledninger med ni psykiatriske sykepleiere. Veiledningen fokuserte på to hovedspørsmål: Hva var kjernen i den etiske utfordringen i situasjonen, og hva var hovedutfordringen i samarbeid knyttet til denne situasjonen? Data er analysert ved hjelp av en hermeneutisk-fenomenologisk metode.

Resultat: Helhetsforståelse er samlet i utsagnet: «Det gjør noe med meg på pasientens vegne» – et utsagn som ble brukt av flere deltakere. Forfatterne identifiserte fire temaer: spennet mellom faglige og etiske dilemmaer, å være i skvis mellom mennesket og behandlingssystemet, samarbeidets utfordringer og veiledningens betydning for etisk bevisstgjøring og opplevelse av mot.

Konklusjon: Samarbeid kan beskrives som et samspill der enkeltpersoners verdier trues av ulike systemer. Veiledning kan bidra til etisk bevisstgjøring om hva som settes på spill i samarbeidet mellom pasient og behandlingssystemet. Etisk bevisstgjøring kan hjelpe den enkelte profesjonsutøver til å få mot til å artikulere og tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis.

Forfattere:

Gry Bruland Vråle,
Lisbet Borge og Kari
Nedberg



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien

Bakgrunn: Anbefalingene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring pålegger hjemmesykepleierne å vurdere ernæringsmessig risiko ved innleggelse eller vedtak, og deretter månedlig.

Hensikt: Å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Metode: En kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Analysen ble gjort trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Fire temaer ble identifisert og kategorisert på tvers. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.

Resultat: Ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal implementeres. Sykepleierne ga uttrykk for at kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet er betydningsfullt ved praktisk tilrettelegging i hjemmet. Sykepleierne syntes det var utfordrende å vurdere mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. Sykepleierne sto i spenningsfeltet mellom selvbestemmelsen til den hjemmeboende, anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.

Konklusjon: Ernæringsarbeidet er personsentrert, praktisk og tilpasset hjemmearenaen. Hjemmesykepleierne stiller spørsmål om hvorvidt kravene i de nasjonale faglige retningslinjene tar tilstrekkelig hensyn til den hjemmebaserte konteksten. Systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurser krever tett samarbeid mellom ledere og ansatte.

Forfattere:

Siri Elisabeth Meyer,
Rannveig Velken og
Liv Helene Jensen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig

Bakgrunn: Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler at helsestasjons- og skolehelsetjenesten individuelt kartlegger og veileder overvektige barn og unge.

Hensikt: Å få kunnskap om hvordan foreldre til barn på fire og åtte–ni år opplevde å få beskjed om at barnet var overvektig. Hensikten var også å finne ut hvordan foreldrene opplevde å delta i veiledningssamtaler og aktivitetstilbud.

Metode: Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av seks mødre. Forfatterne analyserte intervjuene ved hjelp av meningskondensering inspirert av Giorgi.

Resultat: Forfatterne fant fellestrekk i foreldrenes opplevelser, som er sammenfattet i fire sentrale temaer: 1) opplevelse av kritikk av barnet og seg selv, 2) ønske om å beskytte barnet, 3) bekymring for barnets erfaringer, og 4) bevisstgjøring og støtte til livsstilsendring.

Konklusjon: Foreldre føler at barnets vektøkning er kritikk av barnet, men også kritikk av at de ikke har lyktes som foreldre. Å ha et barn med overvekt kan føles skamfullt. Samtaler i regi av skolehelsetjenesten gir god støtte, men for å beskytte barnet ønsker ikke foreldrene at barnet er med på samtalene. Foreldre som ikke ønsket å delta i aktivitetstilbud, problematiserte at barna kunne bli assosiert med det å være overvektig. De som deltok i aktivitetstilbud, fikk god støtte i å være sammen med andre i samme situasjon og fremhevet det positive ved at barn og foreldre deltok sammen i aktiviteter preget av lek og moro.

Forfattere:

Merete Waage
Hanssen-Bauer og
Ingrid Ruud Knutsen



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Organiseringa av 22 pasientforløp i Helse Vest

Bakgrunn: Det er mange utfordringer når det gjeld organisering gjennom utgreiings-, behandlings- og oppfølgingsfasane i den norske helsetenesta. Innføringa av «pakkeforløp» på kreftområdet har auka merksemda rundt korleis systematisk betring av prosessane kan vere eit verkemiddel for å betre kvaliteten på tenesta. Men kor godt organiserte er egentleg pasientforløpa i norske helseføretak i dag?

Føremål: Å undersøke korleis personalet vurderer organiseringa av pasientforløp i den norske spesialisthelsetenesta.

Metode: Spørjeskjemaet Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET) måler grad av organisering på områda «Organisasjonens pasientfokus», «Koordinering av pasientforløpet», «Kommunikasjon med pasient og familie», «Samarbeid med primærhelsetjenesten» og «Oppfølging av pasientforløpet». Tilsette (N = 503) i 27 utvalde pasientforløp i Helse Vest blei bedne om å fylle ut CPSET. Analysane er baserte på svar frå 239 (48 prosent) tilsette i 22 gyldige pasientforløp.

Resultat: CPSET-gjennomsnittsskår på 6,9 (standardavvik 1,80) i utvalet var høgare enn tilsvarende tal frå utlandet. Men norsk helsepersonell opplevde den systematiske oppfølginga av pasientforløpa og samarbeidet med primærhelsetenesta som dårlegare enn andre organiseringsområde. Pasientforløp med skriftlege kliniske prosedyrar var betre organiserte enn pasientforløp utan slik standardisering.

Konklusjon: Spesialisthelsetenesta bør betre arbeidet med å sette i verk og følge opp pasientforløp systematisk og betre samarbeidet med primærhelsetenesta.

Forfattere:

Eva Biringer, Sverre
Størkson, Miriam
Hartveit, Jörg ABmus
og Kris Vanhaecht



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag: ●●●

Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn

Bakgrunn: For mange foreldre er det stressende å oppleve at det nyfødte barnet deres innlegges på neonatalavdeling. Sykepleiere som møter foreldrene, trenger kunnskap om kommunikasjon og relasjonskompetanse for å gi støtte i henhold til foreldrenes erfaringer og behov.

Hensikt: Å beskrive sykepleieres erfaringer med hva som er viktig i møtet og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn.

Metode: Studien har en kvalitativ design med fenomenologisk tilnærming, som innebærer en nøyaktig beskrivelse av informantens opplevelse av et fenomen. Forfatterne gjennomførte individuelle intervjuer med fem sykepleiere fra en neonatalavdeling. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en deskriptiv fenomenologisk forskningsmetode.

Resultat: I møtet med foreldrene beskrev informantene det som avgjørende å etablere en relasjon basert på empati, der den enkelte forelderen ble sett, der det ble gitt rom for gjensidig informasjonsutveksling, og der foreldrenes opplevelse av mestring ble fremmet. Når disse aspektene var til stede, opplevde informantene at det ble et godt møte og en god samtale. Uten disse aspektene ble møtene og samtalen beskrevet som mindre vellykkete.

Konklusjon: Resultatene understreker at sykepleiere har ansvar for å etablere en empatisk relasjon og møte hver enkelt forelder der de er i prosessen for å hjelpe dem å mestre den sårbare livssituasjonen de befinner seg i.

Forfattere:

Karen Moe, Anne Valen-Sendstad Skisland og Ulrika Söderhamn



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Erfaringer med mobile intensivsykepleiere (MIS)

Bakgrunn: Mobile intensivsykepleiere (MIS) er etablert ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, men det foreligger lite kunnskap om hvordan slike ressurser benyttes, og hva som karakteriserer oppdragene.

Hensikt: Å kartlegge antall henvendelser til MIS i løpet av en seks måneders periode samt vurdere årsaker til henvendelser, tiltak fra MIS og antall innleggelses på intensivavdelingen.

Metode: I perioden juni til desember 2015 registrerte forfatterne henvendelser til MIS. Ved hvert oppdrag registrerte MIS sosiodemografiske og kliniske variabler på et registreringsskjema. Når dataene på registreringsskjemaet var mangelfulle, innhentet forfatterne informasjon fra elektronisk pasientjournal (DIPS).

Resultat: MIS fikk totalt 163 henvendelser i registreringsperioden. Av disse var 91 enten råd til postsykepleier eller hjelp til å håndtere ulike sykepleieprosedyrer (gruppe 1), mens 72 var knyttet til hovedsakelig respiratorisk (56,9 prosent) og sirkulatorisk (18,1 prosent) forverring hos pasienten (gruppe 2). De hyppigst anvendte tiltakene i gruppe 2 var følgende: O₂-tilførsel, intravenøs væske, medikamenter, riktig sengeleie samt rådføring med MIS. Av pasienter i gruppe 2 ble 22,1 prosent overført til behandling på intensivavdelingen.

Konklusjon: I de fleste tilfellene ble MIS tilkalt på grunn av forverret helsetilstand forårsaket av respiratorisk besvær. Fremtidige studier bør kartlegge hvorvidt MIS kan forebygge intensivinnleggelses.

Forfattere:

Sasa Katadzic og Lars-Petter Jelsness-Jørgensen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

En datters opplevelse når mor rammes av demens

Bakgrunn: Demenssykdom rammer ikke bare den som blir syk, men også den nære familien. Kunnskap om deres erfaringer har betydning for helsepersonell som samhandler med pasienter og pårørende.

Hensikt: Å utforske pårørendes erfaringer når nærstående rammes av sykdom og har kort tid igjen å leve. Erfaringene hentes fra Marie Petersons dokumentarroman *Du tror du vet alt*. Utgangspunktet er spørsmålet: «Hvordan oppleves det å være datter når mor rammes av demens?»

Metode: Essay er brukt som kritisk utforskende metode.

Resultat: Fortellingen gir innsikt i hvordan det er å være pårørende når en nærstående blir syk, hjelpetrengende og nærmer seg døden. Når en nærstående rammes av sykdom, vekkes trangen til å forstå hva som er i ferd med å skje. Det er mye å undre seg over i takt med sykdomsutviklingen, og enda mer når døden nærmer seg. Det kan synes paradoksalt at Marie prøver å «finne fram til sin mor», uten noen gang å nå fram. Det er også motsetningsfylt at mens Marie søker å forstå, skal hun samtidig gi slipp. Hvilken hjelp er det mulig å gi en pårørende som strever med å begripe og på samme tid skal gi slipp?

Konklusjon: Boken viser innlevende det relasjonelle spillet mellom en syk mor og hennes datter fram mot morens død. Datterens deltakelse i morens lidelser og hennes strev med å gjenfinne fotfeste gjør oss klokere, og vi forstår hva som står på spill i relasjonen. Slik er boken en unik kilde til å forstå både mor og datter. Den inspirerer til samtaler om relasjoner, livet og døden – og behovet for sykepleiefaglig støtte.

Forfatter:

Betty-Ann Solvoll



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Mangelfull legemiddel-samstemming i sjukehus

Bakgrunn: Ufullstendig informasjon om kva legemiddel pasienten brukar, kan vere eit problem for pasienttryggleiken ved innlegging på sjukehus. Legemiddelsamstemming er ein metode som kan redusere dette problemet. Ved Ålesund sjukehus har ein gjennom fleire år og fleire prosjekt arbeidd med å skildre prosessen for legemiddelsamstemming, men det har vist seg å vere utfordrande å setje prosessen i verk.

Føremål: Føremålet med studien var å få innsikt i kva erfaringar legar og sjukepleiarar har med legemiddelsamstemming. Kunnskap om dette vil ha verdi i arbeidet med å utvikle gode rutinar for legemiddelsamstemming, og det kan dermed ha positive konsekvensar for pasienttryggleiken i sjukehus.

Metode: Semistrukturerte intervju med fem legar og fire sjukepleiarar som hadde erfaring med samstemming av legemiddelinformasjon blei gjennomført. Utvalet inkluderte både personale frå akuttmottak og medisinske sengepostar.

Resultat: Informantane erfarte at prosessen for legemiddelsamstemming er mangelfull. Dei formidla at dei nytta mange ulike kjelder til legemiddelinformasjon, og at dei ofte er usikre på om kjeldene reflekterer den faktiske legemiddelbruken til pasienten. Dei omtalte ein prosess for samstemming av legemiddelinformasjon med uklar ansvarsfordeling og manglande kommunikasjon og standardisering av oppgåvene.

Konklusjon: Legar og sjukepleiarar var samde om at legemiddelsamstemming er viktig for pasientane. Samstundes erfarte dei fleire utfordringar med upålitelege informasjonskjelder og mangelfulle rutinar. Dei formidla behov for klargjering av ansvar.

Forfattere:

Torill Kleppe, Svein Haavik, Marit Kvangarnes, Torstein Hole og Anne-Lise Sagen Major



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Plikten til å redde liv versus pasientens rett til å være medbestemmende kan bringe oss opp i vanskelige etiske dilemmaer.

Du bestemmer – eller kanskje ikke?



Fakta

Berit Liland

Medlem av Rådet for sykepleieetikk

Intensivavdelingen er det om å gjøre å redde liv, og avansert livreddende intensivbehandling gjør det mulig å redde mange pasienter over medisinske kriser. På grunn av denne utviklingen oppstår mange utfordringer og etiske problemstillinger. Hvor lenge skal behandling fortsette når det er lite sannsynlig at pasienten vil overleve? Hva slags liv reddes pasienten til? Hva er pasientens egen vilje?

RETTE TIL MEDBESTEMMELSE

Selv om intensivpasienter i den akutte fasen sjelden er i stand til å være medbestemmende, vil noen i løpet av den tiden de får intensivbehandling være i stand til å fortelle hva de selv ønsker av livsforlengende behandling.

Dette var tilfellet med en eldre dame ved intensivavdelingen jeg jobber ved. Pasienten hadde vært igjennom to store operasjoner, og var over den første kritiske fasen med respiratorbehandling over noen dager. Vi som jobbet rundt henne hadde godt håp om at hun kunne komme seg gjennom sykdommen, så vi ble litt forbauset da hun samme dag som hun var kommet av respiratoren sa at hun ikke ville mer – hun ville dø. Mente hun det? Var det smerter og påkjenningene ved å være intensivpasient som gjorde at hun ikke orket mer? Eller kjente hun at hun var «ved veis ende»?

HUN VILLE IKKE MER

Sykepleieren hadde en lengre samtale med henne omkring disse spørsmålene, og hun følte seg trygg på at pasienten hadde gjort seg opp sin mening om hva hun ville og ikke ville. Selv om

«Hvordan ville denne historien endt hvis pasienten var en dame på 40 år?»

pasienten nå var i bedring, var det likevel viktig å ta utsagnet hennes på alvor. Sykepleieren var sitt ansvar bevisst og brakte pasientens ønske videre til legen ved avdelingen, som også hadde samtaler med pasienten.

På dette tidspunktet var det ikke snakk om å trekke behandlingen tilbake; hun var ute av respirator og situasjonen

ble vurdert til å være stabil, men pasientens ønske kunne tas med i en helhetsvurdering av situasjonen.

NYE KOMPLIKASJONER

Dessverre ble det etter et par dager nye komplikasjoner, og det ble klart at hvis hun skulle ha sjanse til å overleve, måtte hun igjennom en tredje operasjon. Hvordan utfallet kom til å bli var svært usikkert, alder og allmenntilstand tatt i betraktning. Sannsynligvis måtte hun også igjennom ny runde med respiratorbehandling etter operasjonen, som uansett god og omsorgsfull pleie ville innebære ubehag.

På nytt ble det samtaler om hva hun ønsket av behandling. Den eldre damen sto ved det hun hadde sagt tidligere: Hun ønsket ingen ny operasjon, selv om hun visste at det ville bety at hun hadde kort tid igjen å leve. Familien støttet hennes avgjørelse, til tross for sorgen og egne ønsker om at hun skulle la seg operere og få en sjanse til å overleve. Hun ble hørt og fikk aksept for sitt standpunkt av leger, sykepleiere og pårørende, og hun fikk være med i beslutningsprosessen mens hun ennå var i stand til å være medbestemmende.

Da avgjørelsen var tatt, ble det et skifte fra aktiv behandling til lindrende behandling. Hun fikk enerom, overvåkningsutstyr ble fjernet, hun fikk god smertelindring og ro.

I døgnene som fulgte satt familien ved sengen, og det kom venninner på besøk som bidro med gode minner. Kvelden den eldre damen døde, ble en kveld med både latter og tårer. Det ble en verdig avslutning på livet fylt med varme, omsorg og medmenneskelighet, i tråd med pasientens eget ønske.

HJELPEPLIKT VERSUS PASIENTENS AUTONOMI

Respekten for menneskeverdet står sentralt for helsepersonellens plikt til å redde liv, og hjelpeplikten for helsepersonell er hjemlet i Helsepersonelloven § 7. Nødvendig helsehjelp skal ifølge loven gis, selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke.

Denne hjelpeplikten står særlig sentralt i intensivavdelingen, der hovedfokus er å redde liv. Samtidig er respekten for pasientens autonomi en viktig verdi i det norske helsevesenet. Pasienten har rett til selvbestemmelse, og hovedregelen er at

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.2017.62424

Sykepleien nr. 5

Les mer:

Les mer om dilemmaer ved livets slutt i Sykepleiens forrige utgave - #Når er det nok?

pasienten skal samtykke til helsehjelp. Hvis pasienten ikke er i stand til dette, kan pårørende formidle pasientens behandlingssønske. Dette gir også en alvorlig syk og døende pasient som er samtykkekompetent, rett til å motsette seg livsforlengende behandling, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven.

For å være medbestemmende må pasienten være samtykkekompetent. Hvordan kan leger og sykepleiere være sikre på at pasienten er i stand til å være medbestemmende og innforstått med konsekvensene av å si nei til operasjon, dialyse, antibiotika eller at respiratoren koples fra?

Smerter, depresjon, utmattelse, medikamenter, og kanskje endret livssituasjon kan gjøre det vanskelig for den det gjelder å se fremover og se at det finnes muligheter for et liv med god livskvalitet etter sykehusoppholdet. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenset av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende påpeker at det viktig å gjøre tiltak som fremmer pasientens samtykkekompetanse, slik at han/hun er i stand til å ta en avgjørelse på riktig grunnlag.

Det er ikke alltid pårørende vet hva pasienten ønsker av behandling – enten pasient har en kronisk sykdom eller om det er en tidligere frisk pasient som har blitt akutt og kritisk syk. Det er heller ikke lett for pårørende å si nei til livreddende behandling på vegne av pasienten når deres eget ønske er at «alt» må gjøres for å redde en de er glad i.

ETISKE UTFORDRINGER

Det ligger mange utfordringer i det å skulle handle til det beste for pasienten, intensivpasienten spesielt, slik at hans/hennes verdighet og rettigheter ivaretas, som beskrevet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

«Vår» pasient var en eldre dame som døde fordi hun ikke ønsket mer behandling, hun var ved veis ende i livet sitt.

Hvordan ville denne historien endt hvis pasienten var en dame på 40 år? Ville pasientens rett til selvbestemmelse stått like sterkt? Hvis legene hadde unnlatt å operere, selv om det var «påtrengende nødvendig» med kirurgisk inngrep for å redde liv; ville det vært mer etisk riktig om helsepersonells hjelpeplikt hadde gått foran pasientens selvbestemmelsesrett? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



Plan for å forebygge selvmord

SAMER: Den første planen for selvmordsforebygging som retter seg spesielt mot samer, er klar. Planen inneholder elleve strategier som skal forbedre samers psykiske helse og forhindre selvmord.

Man vet lite om omfanget av selvmord blant samer, men forskningen tyder på at risikoen for selvmord er høyere blant samiske menn enn hos majoritetsbefolkningen, ifølge en artikkel i tidskriftet *Psykisk helse og rus*.

De elleve strategiene i planen er utformet for å komplettere det selvmordsforebyggende arbeidet som Norge, Sverige og Finland allerede driver for sine innbyggere. Planen skal bidra til at det rettes oppmerksomhet mot selvmords-

problematikk blant samer og at kunnskap blir formidlet. Den skal inspirere til diskusjon og handling både i og utenfor det samiske samfunnet, ifølge *Psykisk helse og rus*.

Planen er resultat av et samarbeidsprosjekt mellom SANKS og Samerådet og har blitt gjennomført av psykolog/PhD-stipendiat Jon Petter Stoor i SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus). •

Kilde: *Psykisk helse og rus* nr. 2–2017



Fakta

De 11 strategiene:

- Fokuserer arbeidet mot de samiske mennene.
- Utarbeide statistikk og forskning om selvmord blant samer
- Styrke samisk selvbestemmelse
- Initiere arbeid for å belyse og håndtere historiske traumer
- Styrke og beskytte samers kulturelle identitet
- Minske samers voldsutsatthet
- Minske samers opplevelse av etnisk diskriminering
- Øke mangfold og toleranse i det samiske samfunnet
- Styrke samers rett til likeverdig helsetilbud, språklig og kulturelt tilpasset
- Utdanne og mobilisere det samiske folket i selvmordsforebygging
- Ta initiativ til og styrke grenseoverskridende arbeid for selvmordsforebygging

Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg:
forskning@sykepleien.no



facebook.com/SykepleienForskning



Påfyll

Del 3 Sykepleien 06 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta



VIL TILBAKE: Fysioterapeut og PT Sarah Agnes Christensen har hjulpet Ragnhild Mork (til h.) med å finne tilbake til formen etter hjerneslaget. Foto: Privat

Skriver om håp

Hjerneslag. Ragnhild Mork fikk hjerneslag som 35-åring. Nå har boken om livet etterpå kommet. **66**



Bok. Livet etter kreften. **69**



Foto: Bergen kommunale mødehjem/Bergen Byarkiv



Fakta. Adopsjon i 100 år. **70**



Quiz. Hvor fins færrest andel deltidsansatte? **72**



Dikt



*Når krabbet babyen første gang?
Når gikk babyen sitt første skritt?
Hva sa babyen?*

Det mangler et kapittel i babyboken

Når kjente hun den første morsfølelsen?

20 dager

Når tok hun det første vinglasset?

12 dager

Når tok hun det andre vinglasset, det ikke-symbolske?

73 dager

Når hadde hun sex igjen?

73 dager

Når hadde hun digg sex igjen?

152 dager

Når tenkte hun at det kanskje ikke er fullstendig

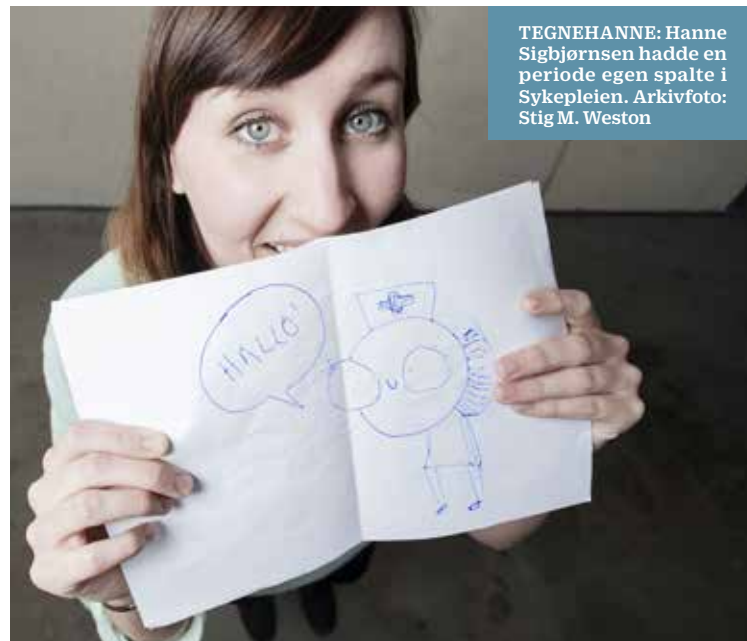
usannsynlig at man kan få flere barn?

506 dager

Kristin Storrusten: Barse,
Tiden Norsk forlag, 2017

Om forfatteren

Kristin Storrusten (1986) jobber med litteraturformidling og debuterer skjønnlitterært i høst med diktsamlingen Barse. Diktsamlingen ble skrevet på notat-funksjonen på mobilen mens hun selv var i barse, innimellom bleieskift og skriking og oppi en begynnende fødselsdepresjon.



TEGNEHANNE: Hanne Sigbjørnsen hadde en periode egen spalte i Sykepleien. Arkivfoto: Stig M. Weston

Tegnehanne lager bok om sykepleie

SA OPP: Hanne Sigbjørnsen, også kjent som Tegnehanne, tar for seg sin egen sykepleierkarriere i ny bok.

Sigbjørnsen har gjort så stor suksess som tegneserieskaper at hun har sluttet som sykepleier. Men nå kommer erfaringen hennes med faget i bokform.

– Jeg ville skrive en historie som jeg hadde opplevd selv, så boken starter med at jeg søker på utdanningen og slutter med at jeg sier opp etter tre år i jobb, forteller Sigbjørnsen.

For henne, som har skrevet korte tekster, var det nytt å skrive en hel bok med én rød tråd.

– Jeg har til sammen seks års erfa-

ring med sykepleie, og hver dag opplevde jeg noe å ta tak i, sier hun og ler litt.

– Så det har vært en utfordring å kutte.

Boken heter *Blod, svette og tress-is*. I arbeidet har hun sett igjennom det hun tidligere har skrevet om sykepleie og blitt inspirert av noe, men alt i boken er skrevet og tegnet på nytt.

– Er sykepleie et avsluttet kapittel?

– Foreløpig. Men jeg holder muligheten åpen for å gå tilbake. At jeg sluttet, handler ikke om at jeg ikke vil jobbe som sykepleier, men at jeg fikk muligheten til å tegne i stedet. Og den muligheten må jeg benytte meg av nå, sier Hanne Sigbjørnsen. ●

Omsorg i bokform

Hva betyr omsorg i dag? Det er utgangspunktet for Kristin Buvik Syvertsens debutroman *Omsorg*. I en omsorgsbolig skjer et mistenkelig dødsfall og en mulig voldtekt. En nyutdannet politikvinne blir satt på saken, og hun intervjuer beboere, ansatte og andre om hva som har skjedd.

Glimt fra historien

Åshild Fause tar for seg utvalgte deler av helsetjenesten i *Glimt fra sykepleiefagets historie*. Sykepleie har vært et fag i 150 år i Norge. Boken viser hvordan faget har utviklet seg i takt med samfunnet, men også hvordan det stadig må kjempes for faglig anerkjennelse og rett til utdanning.

Bøker. Tre historiske

Fra antikken til samtiden

MEDISINHISTORIE: Aina Schøitz fikk i oppdrag av Samlaget å skrive en 120 sider medisinhistoriebok for historiestudenter. Rammene sprakk, men på knappe 500 sider har hun med boka *Viljen til liv* laget et historisk oversiktsverk for en langt større lesergruppe. Hun tegner opp noen hovedtrekk i medisins historie fra antikken til vår tid, og et riss av helseprofesjonenes og pasientrollens utvikling



Samlaget, 2017

Dykk i sykepleiens fortid

SYKEPLEIERHISTORIE: For å forstå de komplekse utfordringene i dagens helsevesen er det viktig å kjenne sykepleiens tradisjoner og historie, hevder utgiveren av *Glimt fra sykepleiefagets historie*. Åshild Fause har redigert en vitenskapelig artikkelsamling der syv bidragsytere gir historisk-empiriske studier fra sykepleiens ulike fagfelt og kunnskapsutvikling.



Fagbokforlaget, 2017

Poetiske møter med forfedrene

LYRIKK: Debutant Marianne Teie har med diktsamlingen *Du bestemmer deg for at dette er et minne* gått inn i sin egen familiehistorie. Gjennom små poetiske fortellinger og glimt ser vi hvordan tuberkulose, spedbarnsdød, emigrasjon og fattigdom preger livet i de to foregående århundrene. Det poetiske møtet med hennes forfedre og -mødre skaper nærhet til en viktig del av norges-historien.



Cappelen Damm, 2017

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Beklager, Kant – ikke i dag

Jeg er på bursdagsfest hos en sykepleierkollega. Vi står en gjeng på kjøkkenet. En sukker og forteller at «det har vært helt sykt travelt på jobben i det siste».

Vi andre ser medfølelse på henne og spør innforstått: «Du er sykepleier?». «Nei, jeg jobber i klesbutikk». En kort stillhet fyller rommet før vi alle bryter ut i unison latter. Null respekt, beklager.

Det er ikke det at sykepleiere er de eneste i verden som har det travelt. Jeg har selv jobbet som servitør og gått hele vakter uten å ha hatt tid til å tisse eller spise noe annet enn chilinøtter. Det er bare det at når jeg ikke strakk til som servitør, så var konsekvensene at noen måtte sitte litt lenge ved et skittent bord, ikke få maten sin i tide eller måtte vente på regninga og få dårlig tid til kinoen.

De som må vente på meg nå, har smerter og trenger medisiner. De kommer seg ikke opp av senga for å gå på do på egen hånd og må gjøre i buksa eller risikere å falle i forsøket. De blir underernærete fordi vi systematisk ikke har tid til å gi dem frokost før ti, men må gi kveldsmat tidlig for å rekke over stellet. De har fått dårlige nyheter de trenger å prate om, men jeg har ikke tid til å høre og må gå baklengs ut av rommet med empatisk blick mens de snakker.

Travelheten gjør noe med oss. Vi skyver dyds- og pliktetikken til side for den rene nytteetikken. I konkurransen mellom å lindre smerte hos pasient A og kvalmen hos pasient B, velger jeg kvalmen ene og alene fordi dersom hun

kaster opp, kommer det til å spise enda mer av vår knappe tid. Når den utslitte kona nølende tilbyr seg å overnatte fordi hun ikke føler seg trygg på at vi skal klare å ivareta hennes forvirrete mann, takker jeg glatt ja, selv om jeg vet at det beste for henne hadde vært en hel natts søvn i sin egen seng.

«Dette telles dere på», får vi ofte høre om antall pleieplaner oppdatert siste døgn, kurveførte svelgtester, utfylte pasientsikkerhetsskjemaer og screeninger. Antall kryss i disse rutene forteller foretaksledelsen om denne av-

«Det tar tid å behandle folk ordentlig.»

delingen har tilfredsstillende kvalitet eller ikke. For at kvalitet skal kunne måles, må den kunne telles. Problemet med etikken er at den ikke kan formuleres i kvantifiserbare mål eller settes inn i en sjekkliste. Dermed blir den ikke noe område for prioritet. Det tar tid å behandle folk ordentlig. Når tiden blir vår knappeste ressurs, er det dette vi kniper inn på.

Beklager, Kant – vi har ikke tid til dine maksimer og kategoriske imperativer. Det er den pragmatiske nytteetikken som overtar når bemanningen ikke står i forhold til pasientbelegget. Men vi går hjem med et lite håp om at vi kanskje i morgen vil få mulighet til å behandle pasientene våre som et mål i seg selv ... ●



For tolv år siden ble Ragnhild Mork rammet av hjerneslag.
Nå har hun skrevet bok for å formidle håp etter en alvorlig diagnose.

– Depresjonen etter hjerneslag kan ta liv

Tekst **Linn Kristin Nordseth** • Foto **Linn Kristin Nordseth**

Ragnhild Mork har i flere år skrevet om erfaringene sine med livet etter hjerneslag i bloggen *Slagdama*, og i februar i år ga hun ut boken *Slagdama – Livet er egentlig all right* på Pax forlag.

Boken handler om da Mork i en alder av 35 år ble rammet av hjerneslag, og den lange veien tilbake til livet og det å sakte akseptere livet i sin nye form. Mork håper boken kan bidra til å skape åpenhet om depresjon og fatigue som ettervirkninger av hjerneslag. Ettervirkninger som en stor andel slaggrammete opplever, men som snakkes lite om.

LIVET SNUDD PÅ HODET

I mai 2005 ble Ragnhild Mork lagt inn på sykehus etter at hun hadde gått og hanglet med feber over en periode. Legen hennes trodde hun var utbrent, men da feberen steg og formen bare ble verre og verre, ble Mork til slutt innlagt på Lovisenberg sykehus. Der ble hun diagnostisert med betennelse i hjerteklaffen, det som på fagspråket heter alvorlig endokarditt.

Så skjedde det fatale: en bakterieklump løsnet fra hjerteklaffen, og via blodomløp og hovedpulsåren traff den venstre hjernehalvdel og utløste et hjerneinfarkt. Med blålys ble Mork overført til Ullevål sykehus.

Tilstanden hennes var lenge kritisk og uavklart. Førligheten i høyre halvdel av kroppen var borte, og hun kunne verken snakke eller gå. Etter slaget og en alvorlig hjerteoperasjon, tilbrakte Mork først to måneder på Ullevåls slagavdeling, deretter tre måneder på Sunnaas. Hun var fast bestemt på at hun skulle tilbake i full jobb allerede i løpet av samme år. Slik gikk det ikke.

– Hvis det er ett råd jeg kan gi til andre slagpasienter og pårørende, så er det å akseptere at det tar lang tid å komme tilbake igjen. Vær

tålmodig. Seks måneder etter slaget kunne jeg gjøre meg forstått, men ikke sånn som i dag.

På ett vis tenker hun at hun var «heldig» som ble rammet i så ung alder.

– Jo yngre du er, desto bedre er mulighetene for å komme seg tilbake igjen etter slaget, sier Mork.

Forfatteren håper at boken hennes formidler at livet ikke tar slutt selv om man får et hjerneslag.

– Det tvinger en til å få andre perspektiver på livet og se verden med nye øyne, men livet er ikke over av den grunn.

BLE ALVORLIG DEPRIMERT

Ragnhild Mork opplevde selv følelsen av at livet tok slutt etter hjerneslaget. Depresjonen slo inn da hun virkelig innså at hun var totalrammet av hjerneslaget og at livet aldri ville bli som før.

– Jeg må leve med nedsatt førlighet i høyre halvdel av kroppen resten av livet. Jeg kan aldri løpe igjen eller jobbe fulltid. Men jeg har tross alt vært heldig. Jeg fikk hjelp av psykiater, og jeg har kommet meg opp av depresjonen takket være en kombinasjon av psykoterapi, coaching, gode mennesker rundt meg og mye trening, sier hun.

Selv om Mork i dag er frisk fra depresjonen, sliter hun i likhet med mange andre slagpasienter med fatigue, noe hun også forteller åpent om i boken. Med tanke på at så mange som 70 prosent rammes av fatigue etter hjerneslag, synes Mork det er bemerkelsesverdig at temaet er såpass tabuisert.

– Hvorfor i all verden skal vi legge skjul på det?

«For meg har det vært essensielt å se mulighetene og ikke alt jeg har mistet.»

Jeg forstår det ikke, og jeg synes det er vanskelig å si noe om hvorfor dette snakkes så lite om.

Hun tror kanskje det henger sammen med at majoriteten av dem som rammes av slag er eldre. For henne er fatigue definitivt den største utfordringen i hverdagen i dag, tolv år etter hjerneslaget.

– Jeg har et godt liv, og jeg jobber femti prosent, men jeg blir fort sliten, sier Mork.

FLYTTET TIL ROLIG NABOLAG

Etter hjerneslaget har hun flyttet vekk fra støyen i Oslo og ut til mer landlige Lier utenfor Drammen. Mork savner ikke bylivet.

– For fatiguen min er det nok veldig bra at jeg bor på landet. Førsteprioriteten min i hverdagen er å ta vare på meg selv og dem jeg er glad i, dernest er jeg veldig opptatt av å engasjere meg ved å gi tilbake fra erfaringene jeg har gjort meg på min reise.

Hun fortsetter å blogge om oppturer og nedturer som best hun kan.

– For meg har det vært essensielt å se mulighetene og ikke alt jeg har mistet. Depresjonen etter et hjerneslag kan være livstruende, og derfor er det utrolig viktig å snakke med noen, sier hun.

Både bokprosjektet og bloggen har fått Mork til å oppdage at mange av slagpasientene sliter med de samme problemene som henne.

– Jeg har fått en rekke positive tilbakemeldinger både fra slagpasienter og helsearbeidere, deriblant sykepleiere, etter at jeg ga ut boken min. Andre slaggrammete sier at det jeg skriver skaper gjenkjennelse og at jeg retter søkelyset mot viktige temaer, sier hun.

FATIGUE OG DEPRESJON VANLIG

Generalsekretær i LHL Hjerneslag, Tommy Skar,



Fakta

Ragnhild Mørk

Aktuell med:
Slagdama – Livet er egentlig all right

opplyser at om lag 12 000 nordmenn rammes av hjerneslag hvert år. Grovt regnet er 80 prosent av disse over 65 år. 20 prosent av dem som rammes av hjerneslag, er i yrkesaktiv alder, mens 2,6 prosent av slagrammete er i aldersgruppen 18–44 år.

Opp mot 70 prosent av disse rammes av fatigue, mens anslagsvis 40 prosent rammes av depresjon og cirka 30 prosent av angst.

– Det finnes ikke ett enkelt svar på spørsmålet om hvorfor 40 prosent av slagrammete blir deprimerede. Dette er sammensatt. Men det vi vet er at hjerneslag er en alvorlig diagnose, og at mange opplever utfordringer med tanke på å venne seg til nye liv på helt andre premisser. De har gjerne utfordringer og forventninger knyttet til rehabilitering som ikke alltid slår til, og kan oppleve møtet med omgivelsene og deres forståelse av situasjonen som vanskelig, sier Skar.

Generalsekretæren tror tabuiseringen av depresjon og fatigue etter hjerneslag handler om at det er tilstander som ikke synes utenpå. Derfor er det også vanskelig å forklare for omgivelsene hva du sliter med.

ALLE KAN RAMMES

Ifølge Skar kan ingen forsikre seg mot å rammes av hjerneslag, det kan ramme hvem som helst. Likevel kan det å legge om livsstilen redusere risikoen.

– Statistikken viser at 80 prosent av slagtilfellene assosieres med faktorer som det er mulig å påvirke. Det vil si fysisk aktivitet, sunt kosthold, røykestopp og kontroll med vekt og alkoholforbruk. Man må også få kontroll på eller behandling for høyt blodtrykk, hjerteflimmer, høyt kolesterol og diabetes, om det er aktuelt. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Fakta

Ett skritt foran. Alt om mannens underliv

Av Volker Wittkamp.
Oversatt av
Benetdicta Windt-Val
Pax forlag, 2017
201 sider
ISBN 978-82-530-3935-0

Anmelder:
Cecilie Markvoll

Nesten alt om mannens underliv

ANMELDELSE: I kjølvannet av suksessen *Sjarmen med tarmen* og andre bøker om forskjellige deler av kroppen, er oppmerksomheten nå rettet mot mannens underliv.

Den tyske urologen Volker Wittkamp er forfatteren bak boken *Ett skritt foran*, med den nokså ambisiøse undertittelen *alt om mannens underliv*. Selv i dagens samfunn, hvor åpenheten nesten er total, finnes temaer det fremdeles kan være vanskelig å snakke om. Følelser og tilstander knyttet til underliv og seksualitet kan være skambelagte og tabu, og hindre oss fra å søke hjelp og veiledning.

Forfatteren gir oss en systematisk innføring i mannens underliv.

Vi presenteres for fakta og myter om penis, testikler, sæd og kjønnsykdommer. Vi får blant annet svar på de evige spørsmålene om penisstørrelse og gjennomsnittlig varighet for samleie. Wittkamp forklarer grundig prostata, nyrenes og blæreas funksjon, og hvilke sykdommer som kan ramme hvor. Dette fremstilles slik at leseren skal forstå hvor viktig det er å oppsøke hjelp tidlig hvis man har mistanke om at man lider av noe, samt hvordan enkelte tilstander kan forebygges. Vi får også en innføring i noen hjelpemidler, prosedyrer, og sykdomsbehandlinger.

Boken er ispedd anekdoter og tidvis morsomme fakta. Wittkamp har et lett

forståelig språk og bruker noe humor for å få frem kunnskap.

Dog synes jeg ikke boken lever helt opp til sin undertittel. Jeg savnet fortellinger som kunne gi innsikt i sammenhengene mellom følelser og underliv og hvilken betydning endringer kan ha. Forfatteren nevner at det snakkes for lite om eldre og seksualitet, men benytter ikke denne gyldne muligheten til å belyse emnet mer.

Selv om noen kapitler kunne hatt godt av litt strengere redigering, er boken et fint tilskudd til deg som på letleselig vis ønsker å lære mer om det mannlige underliv. Eller bare få tips til hvordan få sæd vekk fra hår. ●



Fakta

Alderspsykiatri og omsorgsarbeid

Av Kari Os Eskeland
Cappelen Damm
Akademisk, 2017
249 sider
ISBN 978-82-02-51432-7

Anmelder:
Sabina Hockic

Alderspsykiatri for noviser og mestere

ANMELDELSE: Hvordan oppleves normal aldring kontra patologisk? Hvordan møter man en deprimert, angstfull, psykotisk, forvirret, demens eller utagerende eldre person? Hvilke forutsetninger må du som helsepersonell ha for å kunne yte god omsorg og bidra til å øke livskvaliteten for de svakest i dagens samfunn?

Forfatteren Kari Os Eskeland har jobbet som overlege ved alderspsykiatrisk poliklinikk på Gaustad sykehus i Oslo i mange år og har lang erfaring i veiledning av helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Hun tar oss med på en reise inn i psykiatrisens verden. Denne boken er skrevet

for helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten, men kan også ha nytteverdi i spesialisthelsetjenesten.

Pedagogisk sett er boken bygd opp for å øke forståelse og kunnskap hos helsepersonell når det gjelder diverse psykiske lidelser i eldre befolkning. Forfatteren har en unik evne til å formidle hvordan det oppleves å bli psykisk syk i alderdommen. Det brukes lett forståelig språk med flere kasser, riktignok alle etnisk norske, som beskriver mekanismer som oppstår når man blir rammet av diverse psykiske lidelser i alderdommen.

Boken handler ikke om store teorier og forskning, selv om det gis plass til

det sporadisk. Det er en håndbok med verktøy som kan hjelpe deg å håndtere utfordringer du opplever i møte med psykisk syke eldre. Uansett om du er novise eller erfaren, kan du finne tiltak som kan være nyttige å bruke i møte med denne pasientgruppen på sykehjem, i hjemmesykepleie, omsorgsbolig eller som pårørende. Og det er akkurat dette som trengs i hverdagen: økt forståelse, kunnskap og tiltak som fungerer og reduserer stressnivået hos eldre med psykiske utfordringer.

Dette er en høyaktuell bok med tanke på økt levealder i befolkning og sammensatte helseutfordringer eldre kan oppleve ved psykisk sykdom. ●

Berit Liland

Historien om en aksjonist

LITTERATUR: Jeg har akkurat lest ferdig *Himmelstormeren* av Cecilie Enger, som kom ut i 2007. Boka er en roman, med dokumentariske sider, om Ellisif Wessel (1866–1949). Hun var oppvokst på Dovre i det øvre samfunnslag, gift med doktor Wessel, og flyttet til Kirkenes i 1886. Her kunne hun hatt et stille liv som legefrue, men hun valgte en annen vei. I stedet for å lukke øynene fotograferte og dokumenterte hun lidelsen og elendigheten mange levde under i Finnmark på denne tiden.

Ellisif Wessels historie er fascinerende; hun var fagforeningskvinne, aksjonist og revolusjonær i en tid da kvinner ennå ikke hadde stemmerett. Selv om få har hørt navnet hennes i dag, var hun i sin tid både beryktet og berømt. Jeg tror alle har noe igjen for å lese historien om Ellisif Wessel; dette uredde mennesket som talte makta midt imot – ikke for sin egen sak, men for de svakeste i samfunnet. *Himmelstormeren* er lettlest, lærerik og gripende. ●



Navn: Berit Liland

Stilling: Intensivsykepleier på Ahus og medlem av Rådet for sykepleieetik

Livet etter kreften

ANMELDELSE: «Du bør nok forbede deg selv og arbeidsgiveren din på at du er borte de neste tre månedene», sa kreftlegen til Håvard Aagesen da han sto ovenfor stråling og cellegift etter en kreftdiagnose i 2009.

Syv år senere er han fortsatt ikke helt tilbake. Livet dikteres av ettervirkninger av behandlingen. Han har overlevd kreften, men er ikke frisk og vil kanskje heller aldri bli det. Med denne boka ønsker han å sette ord på livet i denne mellomtilstanden kreftoverlevende kan havne i.

Det har så vidt begynt å komme noen stemmer som ikke lyder som den takknemlige kreftpasienten som gleder seg over hver ny dag. Aagesen leverer her et solid og viktig bidrag som virkelig løfter frem denne gruppas erfaringer. Og ikke minst kan den øke forståelsen for og kunnskapene om senskader av kreftbehandling.

Det er et modig prosjekt. Han er nådeløst utleverende og skriver personlig og filterløst om frykt, bivirkninger, forsøk på å forsones seg med døden, men også om vanskelige følelser og ubehagelige personlighetsendringer som egoisme, smålighet og følelsen av ensomhet midt i all omsorgen. Han går i detaljer og beskriver tørre slimhinner, svelgeproblemer, smerter, fatigue, øresus og svimmelhet. Det er personlig, men blir aldri privat, for han mister aldri målet av syne;

nemlig å gi oss en god beskrivelse av hvordan seneffektene preger livet hans på alle fronter. Ikke for å vekke sympati, men for å løfte fanen for sine medvandrere i ingenmannsland. For, som han skriver, ettersom kreftbehandlingen kan redde flere, vil også fler og fler leve videre med senskadene. Da må vi kunne tilby dem bedre hjelp enn han har fått.

Aagesen har livnært seg i kommunikasjonsbransjen, og skrive, det kan han. Boka er godt komponert, pennen hans har elegant timing og skarpe kontraster som driver leseren videre. Han skriver alltid med basis i sine egne, nærmest kroppslige erfaringer, men løfter også blikket i helsepolitisk retning og gir dermed boka en bred horisont og forhåpentligvis en stor leserkrets; både NAV, arbeidsgivere, helsepersonell, kreftsyke og pårørende vil finne mye av interesse og nytte her.

Det er ingen tvil om at han peker på en svakhet ved helsevesenet og trykksystemet vårt. Informasjonen han får er mager, tilfeldig, for sen og hjelpen er spredt og ingen har noe helhetlig bilde av situasjonen. Er vi for spesialiserte? Eller vet vi for lite? Som sykepleier tenker jeg; hvor er vi? Dette er vårt felt – det skulle stått en sykepleier med blikk for helheten klar til å lindre, gi råd og følge på veien videre etter endt behandling. Les boka – dette må vi få till! ●



Fakta

Ingenmannsland

Av Håvard Aagesen
Forlaget Press, 2017
222 sider

ISBN 978-82-328-0125-1

Anmelder:
Liv Bjørnhaug Johansen

«Du utsetter ikke halsen, nakken og munnhulen for elleve timer med høykonsentrert radioaktiv stråling uten at det får konsekvenser.»

Håvard Aagesen



Den nye adopsjonsloven gir også etterkommere rett til opplysninger om biologisk opphav, om den adopterte ikke lever lenger.

Tusenvis av norske barn ble adoptert bort

• Tekst **Nina E. H. Hauge**

Siden adopsjonsloven kom i Norge i 1917 har den vært justert flere ganger i form av rundskriv og forskrifter. Store endringer har skjedd gjennom de siste 100 årene, og i år har det kommet en helt ny lov.

Formålet med en adopsjon er å skaffe foreldre og et godt hjem til et barn. Ikke skaffe et barn til en familie. Men det har ikke alltid vært barns behov for omsorg, rettigheter og muligheter som har stått i høysetet.

UTELATT FRA HISTORIEBØKENE

Før 1917 var det vanlig å sette bort barn for familier som ikke kunne ta vare på dem selv. Dette var som oftest frivillig og gjerne til noen de kjente for å gi dem bedre oppvekstvilkår. Det var ingen offentlig formidling eller registrering, heller ingen lover eller regler knyttet til dette. Derfor er det mange mørketall og en del av vår historie som ikke er dokumentert.

JURIDISKE OG BIOLOGISKE BÅND BRYTES

Etter hovedregelen i den første loven, beholdt den adopterte arverett etter sine biologiske foreldre (svak adopsjon). I 1956 fikk den adopterte automatisk arverett etter adoptivforeldrene (sterk adopsjon) og ble eneste tillatte form. Med dette ble det mer vanlig at adopsjon også var anonym. Alle biologiske bånd ble brutt mellom den adopterte og opphavet.

Adopsjonen ble ofte holdt hemmelig, og det var ikke unormalt at den adopterte selv ikke visste at den var adoptert. Adoptivforeldre hadde rett til å nekte adoptivbarn å få kunnskap om biologisk familie, selv da de ble myndige.

UOVERSIKTLIG OG LITE KONTROLL

Hvem som formidlet og etterspurte adoptivbarn

er uoversiktlig. Lange ventelister hos det offentlige ga marked for private aktører. Adopsjonsformidlere som private jordmødre og sakførere utlyste sine tjenester i små annonser i aviser og ukeblader. Også enslige mødre som ønsket nytt hjem til barna sine og barnløse par som søkte barn annonserte her.

Det ble sjelden stilt noen krav til privat adopsjonsformidling fra lovverket, men det ble forbudt i 1954.

Av dem som ville adoptere ble det heller ikke ført mye tilsyn og kontroll. Ofte holdt det at de var gift, hadde god helse og god økonomi, med stor vekt på det siste. Det var nok å legge frem liknings- og legeattest. Ingen undersøkte grundig deres mulige evne til omsorg. I 1964 kom det et skriv som satte tydeligere krav til foreldrene.

HVEM VAR DE BIOLOGISKE MØDRENE?

I samfunnet generelt var det en negativ holdning overfor kvinner som fikk barn utenfor ekteskap. Mange unge kvinner fra arbeiderklassen som ble gravide, adopterte bort barna sine. De dro til gårder og private mødre hjem rundt om i landet der de ble tatt imot av jordmødre. Disse hjalp dem gjennom fødsel og med å adoptere bort barna etterpå. I mellomtiden jobbet kvinnene for kost og losji.

Vi vet lite om hvordan det har gått med disse kvinnene og barna deres fordi mye foregikk i skjul, under dekknavn og med hemmelighet. Offentlig statistikk finnes ikke før 1960, men

«Først i 1986 fikk den adopterte rett til opplysninger om biologisk opphav.»

Bergens Tidende har anslått at tallet ligger rundt 30 000 barn mellom 1918 og 1979.

MØDRENE STO ALENE

Mot slutten av krigen og rett etter krigen var det mange norske barn med tysk far. Adopsjonskontorene ville ikke ta imot disse barna fordi det var vanskelig å adoptere dem bort. Mange ble sendt til Tyskland.

En stor økning i antall adopsjoner av barn fra enslige kvinner fulgte i årene etter krigen. Frem til 60-70-tallet var sosial skam, vanskelige økonomiske forhold, ingen støtte fra familie, og barnefedre som ikke tok ansvar de største grunnene til nasjonale adopsjoner.

Mange menn gikk til sak for å unngå farskap. Datidens metoder gjorde det vanskelig å bekrefte at mannen faktisk var far til barnet, derfor var det stor sjanse for å bli frikjent.

MOT BEDRE TIDER

Å være enslig mor og gi barna sine et godt liv var vanskelig og umulig å kombinere med jobb. For mange av kvinnene var eneste løsning å adoptere dem bort.

Men det ble bedre: Innføring av folketrygd gjaldt også for enslige forsørgere fra 1967. Prevensjon ble mer allment kjent, tilgjengelig og akseptert, og en mer liberal abortpraksis fikk plass. Dette og endring i samfunnets holdninger til enslige forsørgere bidro til en stor nedgang i antall adopsjoner.

ANGREFRIST VED ADOPSJON

Fra 1948 til 1986 hadde adoptivforeldre 5 års angrefrist hvis det viste seg at barnet var fysisk eller psykisk syk og dette sannsynlig stammet fra tiden før adopsjonen. Barna ble som regel sendt på barnehjem med liten mulighet til å

Fakta

ADOPTERE: Å ta til seg som sin egen

DET FINNES MANGE ULIKE TYPER ADOPSJON; nasjonal, internasjonal, samtykkeadopsjon, tvangsadopsjon (uten foreldres samtykke), readopsjon, fosteradopsjon, stebarnsadoptsjon, vok-senadoptsjon.

ANTALL BARN ADOPTERT I/TIL NORGE:

- 30 000 norske barn mellom 1918 og 1979.
- 20 000 barn mellom 1970-2016 har blitt adoptert fra utlandet til Norge.

I 2016 ble 349 adopsjoner av alle typer gjennomført. Det er det minste registrerte adopsjonstallet siden man først begynte å føre adopsjonsstatistikk i 1960-årene. Antall fosterbarnsadoptsjoner har derimot økt kraftig de siste årene, fra 0 i 2005, 23 i 2008 til 61 i 2016.

SAMLET har litt flere gutter enn jenter blitt adoptert fra utlandet siden 2009. Tallet på utenlandsadoptsjoner totalt har falt kraftig, fra 258 jenter og 180 gutter i 2006, til 44 jenter og 91 gutter i 2016.

TRE PÅ TOPP LAND (SAMMENLAGT I PERIODEN 2006-2016):

1. Kina
2. Colombia
3. Sør-Korea

DE STORE TREKKENE I DEN NYE LOVEN:

- En egen formålsparagraf for adopsjon
- Lovfesting av særskilte vilkår for adopsjon
- Også etterkommere av den adopterte kan få opplysninger om biologisk opphav, dersom den adopterte er død
- Forbud mot å godtgjøre for påvirkning av personer/instanser som skal samtykke eller uttale seg om en søknad til adopsjon

Kilder: ssb, regjeringen.no



MØDREHJEM: 30 000 norske barn ble adoptert bort mellom 1918 og 1979. Noen tilbragte sine første leveår på mødrethjem, som dette på bildet fra Bergen. Foto: Bergen kommunale mødrethjem/Bergen Byarkiv



FRA HELE KLODEN: 20 000 barn har blitt adoptert fra utlandet til Norge mellom 1970-2016. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

bli adoptert på nytt. Etter lovendringen i 1986 ble angrefristen opphevet, barn fikk ubetinget rett til opplysninger om biologisk opphav og ble sidestilt med biologiske barn på alle områder. Ved en adopsjon skulle det nå legges vekt på hva som var til barnets beste og ikke adoptivsøkeres behov for barn.

UTENLANDSADOPSJON PÅ TOPP

Adopsjon av barn fra andre land i verden startet på 70-tallet. Allerede halvveis i dette tiåret var det flere utenlandsadoptsjoner enn nasjonale, sett bort fra stebarnsadoptsjoner. 1998 var toppåret med 798 gjennomførte adopsjoner. Fra 2005 synker tallet jevnt og i 2016 var det kun 126 barn som ble adoptert fra utlandet.

Noen av grunnene til nedgangen er forbedrede levevilkår i giverlandene og at de ønsker å beholde barna innenfor landets grenser.

ETTERKOMMERE KAN FÅ SVAR

En helt ny lov er nå vedtatt i Stortinget og oppløser loven fra 1986. Først den gang fikk adopterte rett til opplysninger om biologisk opphav. Bare adopterte selv, fra vedkommende er 18 år, har rett til å få ut opplysninger fra sin adopsjonsmappe, med begrenset innsyn. Den viktigste endringen i den nye loven gir nå også etterkommere av adopterte rett til å få opplysninger om biologisk opphav, om den adopterte ikke lenger lever. Før måtte de vente til det hadde gått 100 år etter adopsjonen hadde funnet sted, da adopsjonssaker har en taushetsklausul. ●

nina.hauge@sykepleien.no

Kilder: regjeringen.no, Bergens Tidende artikkelserie skrevet av Gunnar Wiederstrøm, Ingvild Rugland og Helle Aarnes, Liv Thorings masteroppgave «Enslige mødre og anonym adopsjon i Norge»



Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 I én helseregion kan henvisninger mellom sykehus ikke sendes elektronisk. Hvilken?

- A Helse Vest
- B Helse Nord
- C Helse Sør-Øst

2 Hva betyr E%?
 A Energiprosent
 B Eggprosent
 C Essensiell fetttsyrepresent

3 Hvor mange E% anbefaler nasjonale kostholdsråd at vi skal få i oss per dag fra mettet fett?

- A Under 50 prosent
- B Under 30 prosent
- C Under 10 prosent

4 Hvor mye må befolkningen kutte i forbruket av mettet fett for å oppnå kostholds-rådene?

- A Halvparten
- B 1/4
- C 1/6

5 Hvor mange prosent av Norsk Sykepleierforbunds medlemmer er menn?

- A Rundt 8%
- B Rundt 16%
- C Rundt 29%

6 Hvilken helseregion har færrest andel deltidsansatte?

- A Helse Vest
- B Helse Midt
- C Helse Nord

7 Og hvor mange prosent er deltidsansatte i denne helseregionen?

- A Rundt 13 prosent
- B Rundt 24 prosent
- C Rundt 36 prosent

8 Hva er sepsis?

- A Forgiftning i blodet
- B En type blødersykdom
- C Betennelsestilstand i blodet

9 Når gir vanligvis sykdommen Asperger syndrom seg til kjenne?

- A Fra 13 måneders alder
- B Fra treårsalderen
- C Fra 13-årsalderen

10 Når er det mulig å stille diagnosen Asperger syndrom?

- A Så fort sykdommen har gitt seg til kjenne
- B Fra treårsalder
- C Fra skolealder



SJELDEN ART: Mannlige sykepleiere er i mindretall, men hvor få er de egentlig i Norsk Sykepleierforbund? Foto: 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 lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1C, 2A, 3C, 4B, 5A, 6C, 7B, 8C, 9B, 10C

Randis hypokonderkryssord

	SYKD. SKADE SEX	ORGAN	BIBEL-DEL	KLO	VEKST HELLIG	AMERI-KANER	ORGAN	SKIPS-FORK.	STOFF	POL.-PARTI (FOR-ELD.)	ORKER TUR	ADV.	LIDEL-SE	SAUS HINNE	KÅRING KNAT-TENE
SYFILIS															
OPER-ASJON															
ORGAN			MØB-ELET		TRO MÅL					DYR		URI-NERE		EIME	
UKJENT		GLIN-SENDE GLO					RUMPE			FAT-TIGE ELV				ETAT FASE	
ORGAN TOP-PEN				SYKD.				SLEKT-NING				FRYSE			IDIOT
				SOLO ØYB-OER			RUS-TEN		YTRE FRISK			BE-SØKE			
LIKE DRYPP		SKADE				TITTE		PLATE		RYDDE	ART.	ORG. LIKE		LIKE	IDR.-ARR. HINNE
		LEVER			BRET-TEN								SØL		
AVIS		FROST-LID-ELSE											ADORE		

Se løsning på kryssord side 78.



Meninger

Del 4 Sykepleien 06 | 2017

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



SJEF: Martin Veland er sjef for psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Foto: Marit Fonn

Unngår tvang

Lovisenberg. De har lagt beltene i et skap. Nå vil alle vite hvordan Martin Veland får det til. **80**



Mistet kona.

Lærer sykepleiere om å møte pårørende. **76**



«Pasienter og pårørende merker sykepleiermangelen.»

Eli Gunhild By, NSF. **74**



39 år i jobb. Elsker faget, men orker ikke mer. **79**



Misnøyen er stor på flere områder hos pasienter og pårørende i kommunehelsetjenesten. Politikerne må lytte til dem som vet hvor skoen trykker.

Sykepleiermangelen merkes



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Pasienter og pårørendes perspektiv på sykepleiermangelen er undersøkt av NOVA på vegne av Norsk Sykepleierforbund. Dette er det forsket lite på tidligere, og NSF ønsket å bidra til å kartlegge dette området.

Velferdsforskningsinstituttet NOVA undersøkte våren 2017 betydningen av sykepleiermangel for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene i sykehjem og hjemmesykepleie. Formålet var å fremskaffe ny kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever kvalitet i tjenestene.

Sentrale stikkord som kommer frem både gjennom spørreskjemaundersøkelse og i intervjuer, er ønsket om bedre ledelse, flere sykepleiere og bedre og stabil bemanning.

GOD LEDELSE ER ET AV NSFS MÅL

NSF mener at god ledelse er avgjørende for å sikre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Men god ledelse dreier seg om rammevilkår, arbeidsvilkår, kvalitet i tjenestene og fagutvikling.

Et av hovedfunnene fra undersøkelsen er at manglende sykepleierbemanning og utilstrekkelig faglig oppfølging gir høyere sannsynlighet for infeksjon, trykksår og for dårlig ivaretagelse av psykiske problemer.

Pårørende er klart mindre tilfredse med hjemmesykepleien enn med sykehjem. Det gjelder både om pasienten får nok mat og drikke, god hjelp med personlig hygiene og nok

« Vi har store forventninger til at helsevalgløftene faktisk blir oppfylt etter valget. »

smertelindring. 33 prosent av pårørende til hjemmeboende er misfornøyde med hvordan psykiske plager og problemer blir ivaretatt.

Blant pårørende til sykehjemsbeboere mente 12 prosent det samme. Utilstrekkelig faglig oppfølging og manglende inkludering av pårørende kan være en viktig forklaring. Årsaker til dette kan være tidspress og mangel på fagkompetanse.

SYKEPLEIERE ØNSKER Å SLUTTE

NOVA utførte en liknende undersøkelse for NSF så sent som i fjor. Da var det sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien som svarte.

Halvparten av de 5000 sykepleierne som deltok i undersøkelsen svarte at de ønsket å slutte eller var usikre på om de ønsket å fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie.

Hele 82 prosent av dem som vurderte å slutte, sa at arbeidsbelastningen var for stor. 77 prosent pekte på tidspress, og 67 prosent mente det var for få sykepleiere på jobb.

Begrunnelsene til de som ønsket å slutte, var ikke overraskende. Vi har i lang tid pekt på arbeidsbelastningen, tidspresset og mangelen på sykepleiere i helse- og omsorgssektoren.

LØNNS- OG ARBEIDSFORHOLD MÅ BLI BEDRE

NSF ønsker seg en pasientfokustert bemanningsnorm. Det må være sammenheng mellom pasientenes behov og den kompetansen som er tilgjengelig. Derfor krever NSF at helse- og omsorgstjenestene innfører anerkjente retningslinjer for trygg bemanning.

Det innebærer også at lønns- og arbeidsforholdene for dem som jobber i hjemmetjenesten og på sykehjem må bli bedre.

Det er viktig å understreke at flertallet av brukerne er fornøyd med kommunehelsetjenesten. Men vi vet at vi blir flere eldre, samtidig som vi forventer stor sykepleiermangel her i landet. Politikerne må lytte til NSF, pasienter og pårørende for å sikre gode helse- og omsorgstjenester i Norge.

Nå er det valgkamp, og helse er et viktig tema. Flere partier har gitt løfter om helsepolitikk som NSF mener er bra. Vi har store forventninger til at helsevalgløftene faktisk blir oppfylt etter valget. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Nå kan kinesiske eller amerikanske sykepleiere lese våre forskningsartikler, og forfatterne kan få flere siteringer.

Norwegian Journal of Clinical Nursing



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

V i håper leserne av Sykepleiens nettsider har lagt merke til at våre forskningsartikler også er tilgjengelige på engelsk.

NORSK SYKEPLEIEFORSKNING UT TIL VERDEN

Da jeg begynte i jobben som redaktør for Sykepleien Forskning, var et av målene mine å gjøre resten av verden kjent med forskningen til norske sykepleiere.

Tidligere redaktører hadde sørget for at våre forskningsartikler var tilgjengelige i flere databaser som SweMed, NordArt og CINAHL, men bare med norsk tittel. Og da kommer du ikke lenger enn til Sverige eller Danmark.

PROFESJONELL OVERSETTING

Da Norsk Sykepleierforbund (NSF) bestemte at Sykepleien Forskning skulle bli nettbasert, var et av vedtakene at de betaler for profesjonell oversetting av alle originale forskningsartikler som er godkjent for publisering. Derfor vil dere som søker etter forskningsartikler i for eksempel CINAHL, finne oss som Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning.

som er tilgjengelig i databasen. Hvis en kinesisk eller amerikansk sykepleier leter etter nyere forskning om eldre og ernæring, kan det godt hende at de velger å lese en av våre gode forskningsartikler om dette temaet.

HØYERE SITERINGSFAKTOR

Denne indekseringen på engelsk vil igjen bety at norske sykepleiere får opp sin internasjonale siteringsfaktor, som er viktig for dem som satser på en karriere innen forskning, både i klinikken og på høyskole eller universitet. Vi håper dette vil gjøre det enda mer attraktivt å publisere spennende forskningsresultater hos oss. ●

De engelske artiklene kan også leses på våre nettsider under English Archive.



Med denne QR-koden finner du Sykepleien Forsknings artikkelkatalog.

«Norske sykepleiere får opp sin internasjonale siteringsfaktor.»

I tillegg er overskrift og sammendrag på engelsk, og snart får vi også engelske søkeord – keywords.

ENGELSK ARTIKKEL I FULLTEKST

Hele den engelske artikkelen finner dere i fulltekst ved å klikke dere videre via DOI-nummeret,



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard er fast skribent i Sykepleien.



Verdig død. Du kan gjøre en forskjell.

Når det virkelig gjelder.

Den vanskelige samtalen



Fakta

Haakon Wiig

Pårørende og etterlatt som gløder for sykepleiernes rolle, for pårørende og pasienter

Jeg er pårørende og nå etterlatt etter Unni som fikk påvist brystkreft 39 år gammel og døde ti år senere. Jeg var med henne 400 dager på fem forskjellige sykehus og ble etter hvert en god «sykepleier» for henne. Jeg brenner for pårørende. Pårørende trenger mer oppmerksomhet fordi de er så viktige for pasienten, barna og foreldre og andre som påvirkes sterkt av sykdommen.

Jeg var veldig heldig som fikk lære så mye av dere sykepleiere. Det styrket meg, og det gjorde det mulig for Unni og meg å vokse sammen i stedet for fra hverandre, og vi fikk alle et mer verdig liv mot hennes død.

Men det er langt fra en lett oppgave. Jeg har navn på 40 leger og 100 sykepleiere, og jeg har satt pluss og minus bak de fleste. Bare to av 100 sykepleiere har minus, mange har flere pluss. Og her skal jeg fortelle litt om hva som skal til for mine pluss. Dessverre har jeg også tre minus på leger, tre svært såre minus. Selv om jeg også har mange pluss på leger, så scorer dere sykepleiere høyere i snitt, og det skal dere være stolte av.

STARTVANSKER

Den første vanskelige samtalen kom på mobiltelefon. Legen ga henne bare uker igjen å leve og kjente ingen som hadde overlevd. Punktum. En annen startet samtalen med: «Er det for mye spredning, så gjør vi ingen ting for det er ingen vits».

«Den første vanskelige samtalen kom på mobiltelefon.»

Unni levde ti år etter disse to samtalene. Jeg gikk til sykepleieren og klaget vår nød. Hun var godt forberedt og hadde allerede en ny lege klar neste morgen, for dette var ikke første gang.

Vi opplevde et svært positivt møte, men skrekken satt i oss de neste ti årene. Men det mobiliserte i alle fall meg. Aldri skulle Unni møte på sykehuset alene, uansett hvor «ufarlig» det kunne være. Det angret jeg aldri på.

Gjennom 40 legetimer har vi opplevde mange vanskelige samtaler. Våre onkologer var svært dyktige, faglig blant de beste og veldig vennlige. De konsentrerte seg om fakta, ikke så mye konsekvensene av fakta. Men jeg lærte etter hvert at det jo nettopp er det legen kan: lese epikriser, finne best mulig cytostatika, rekvirere CT, MR, Torax rtg, bestille operasjoner osv.

Det er sykepleieren som ser pasienten og egentlig har tid til å lytte og har tid til samtalene. Når du får en dårlig beskjed, tar det tid å la den synke inn, selv om du er godt forberedt. Du må i det minste ha tid til å gå på WC og roe deg før du kan ta det inn over deg. Derfor hadde jeg alltid en sjekklister klar, alle spørsmål jeg måtte stille, rent «faglig». Men følelsene, redselen osv. klarte ikke vi å samtale om der og da.

DELE VÅRE BEKYMRINGER

Vi opplevde stort sett å få blandete beskjeder. Spredning her, men tilbakegang der. Samtalene var profesjonelle, og det tenker jeg kanskje var greit. Men det måtte ikke slutte der. Det var nesten en befrielse å komme på cellegiften. Der var alle englene, og vi hadde gjerne 2–3 timer sammen med dem. Da begynte samtalene, men de ble ikke private med mindre vi ble alene igjen, noe som faktisk hendte en del ganger i og med 96 runder med cytostatika-behandling.

Noen ganger fikk vi til gode samtaler med «naboen» også, men det er ikke så lett å få det til. Du trenger også litt tid før du åpner deg opp for andre. Derfor fikk vi noen «favorittengler». Skal jeg dele av mine bekymringer, må i alle fall jeg stole på deg, føle at du forstår meg uten å dømme mine følelser osv. Denne tryggheten er så viktig. Vi trenger å dele våre bekymringer med noen som «tåler det» i stedet for bare å beholde dem inni i oss.

LOV Å VISE MEDFØLELSE

Helsepersonell lærer at de skal ha fokus på pasienten. Det er selvsagt rett, men det var vel aldri noen som våget å spørre meg om hva jeg trengte hjelp til. Dog var jeg veldig frempå og bad om å få lære alt, sette sprøyter, skylle VAP, fikse obstruksjon, kvalme, administrere all medisiner, få til akseptabel suturering, PEG, plaura/ascites dren osv. Så det er mulig at jeg

virket for «profesjonell», selv om de nok så at tårene ikke alltid var mulig å holde tilbake. Apropos det, jeg setter stor pris på at dere viser følelser, holder Unni i hånda når legen er av den «autoritære typen» eller gir en klem (jeg fikk noen jeg også!). Dere er jo så proffe at ingen av dere strigråter, men at det faller en tåre, eller at stemmen blir svak, er veldig greit. Det er i mine øyne bare en tillitserklæring. Vi betyr noe, du bryr deg om oss som mennesker også, for meg er det et bevis på profesjonalitet.

Selv om vi egentlig ikke hadde noen «kontaktsykepleier» når vi vandret mellom alle sykehusene og avdelingene, opplevde jeg at det var så mange empatiske sykepleiere som kunne vise medfølelse at vi våget å bli mer personlige.

VÅGE Å GI LEGEN RÅD

Noen ganger kan dere mer enn turnuslegen. Skulle ønske dere våget å gi legen råd. Det er fordelen vi pårørende har. Det finnes ingen regler for oss. Var jeg usikker på legens diagnose eller medisinerer eller seponering, ba jeg alltid om grundig forklaring, og ofte endte det med annet resultat. Jeg ønsker meg et klima der leger respekterer erfarne sykepleier bedre enn i dag, slik at pasienten får best mulig behandling. Det vil legen lære mye av også. De beste får jo nettopp til det samspillet.

«JEG SKAL PASSE PÅ UNNI»

En historie illustrere hvorfor dere er så viktige. En sen kveld sier legen til meg, nå må du dra hjem og sove, du må passe på deg selv. Det var ikke veldig lett når hun lå der med store smerter de ikke hadde kontroll på og legen hadde altfor mange andre å ta seg av. Neste kveld kommer Jorid, hun tar Unni i hånden og sier til oss: «I natt skal jeg passe på Unni for deg, du kan dra hjem og sove litt nå.» Forskjellen var enorm for oss begge.

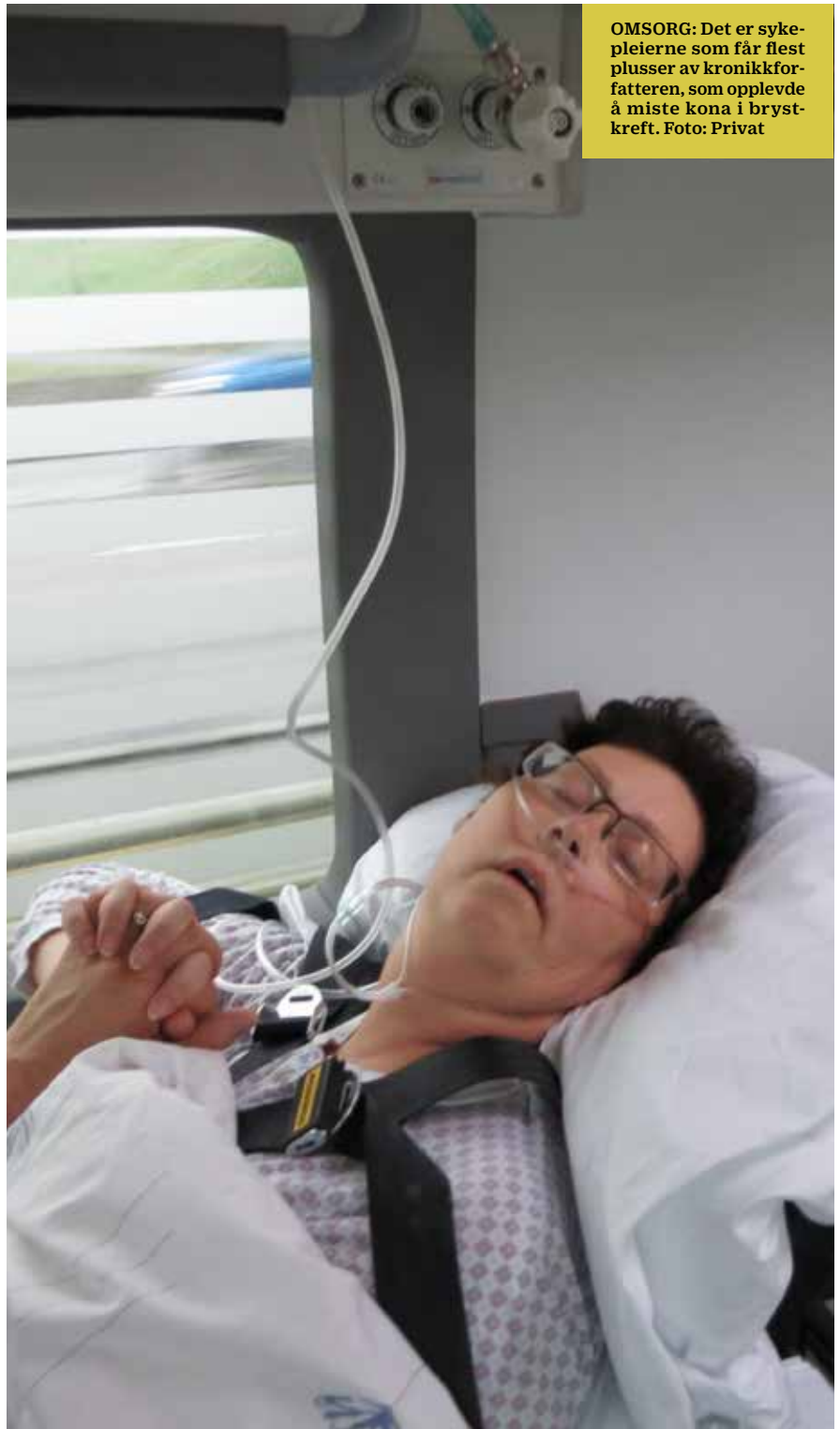
Men noen samtaleemner våget jeg aldri: Hvordan formidler vi vonde beskjeder til ungene og svigermor? Hvordan bevare seksualiteten? Hva med sex? Når skal jeg ringe 113? Bli det store smerter på kort varsel? Hvordan dør Unni egentlig? Er det forsvarlig å ha henne hjemme like før hun dør? Hvor lav suturering er forsvarlig? Når skal jeg innse at hun dør?

I dag er jeg ikke lenger engstelig for slike spørsmål, men det var jeg og det plaget meg, sikkert også mest fordi jeg var redd for svarene. Og jeg ante ikke hvem jeg virkelig kunne spørre. For hvem våger å svare? Gjør du det?

TROEN PÅ SEG SELV

Nå er jeg gjesteforeleser ved noen sykepleierhøyskoler og i kreftomsorgen i noen kommuner. Mitt mål med mine «forelesninger» er å gjøre deg tryggere, gi deg noen konkrete råd og dele erfaringer som gjør deg sikrere i troen på deg selv i møte med disse vanskelige spørsmålene og utfordringene. For dere ga så mye da jeg virkelig trengte det, men jeg måtte «organisere» innhenting av kunnskapen selv. En ting er jeg sikker på; legen kan ikke besvare disse spørsmålene bedre enn dere. Når det ikke handler om meg, er dere minst like kvalifiserte. Håper du føler det!

Jeg skulle ønske hver avdeling kunne utpeke noen som ble gode på de vanskelige samtalene og faktisk avtale tid og sted både med pasient og pårørende sammen og hver for seg. Nå skriver jeg på en bok om kreft, samliv og seksualitet. Og det er faktisk ikke så enkelt. For akkurat det temaet er krevende. Samlivet settes på prøve, og det tristeste jeg vet er når samlivet



OMSORG: Det er sykepleierne som får flest plusser av kronikkforfatteren, som opplevde å miste kona i brystkreft. Foto: Privat

rakner og «mor og far» går fra hverandre og en av dem skal dø av sykdommen og ungene får ansvar de ikke burde hatt. Med så lite som både sykepleier og leger lærer om temaet blir informasjonen mange ganger bare «teknisk» uten følelser, eller du må bruke av egen erfaring fra dine egne samlivsutfordringer. Noe mer skummelt finnes vel neppe?

Lykke til med å gjøre en forskjell! ●



Regjeringen vil gjøre natta kortere. Det skal bli lov å avtale arbeid mellom klokka 21 og klokka 23 med en ansatt som selv ønsker det, bak ryggen på tillitsvalgte.

Stortingsvalg om arbeidstider?



Fakta

Ebba Wergeland

Lege, spesialist i arbeidsmedisin og ansatt i Arbeidstilsynet

I riktig gamle dager ble alle arbeidsavtaler inngått på tomannshånd. Helt frivillig. Den som ikke likte arbeidsvilkårene, sto jo fritt til å søke arbeid andre steder.

Sola styrer døgnrytmen og behovet for avkopling og søvn. Arbeidsmiljøloven sier at vi bare unntaksvis skal være på jobb mellom klokka 21 og 6. Hvis timene fra 21 til 23 ikke lenger skal skjermes, går det utover søvnen. Sjansen for at du er trøtt på jobb er også større om kvelden, og risikoen for uhell og feilhandlinger øker.

NORMALARBEIDSDAG

I Norge har fagforeningenes avtalerett på våre vegne etter hvert gitt bedre arbeidsvilkår.

Flertallet i «Arbeiderkommissjonen av 1885», de to arbeiderrepresentantene og Venstre, som forberedte den første arbeidervernloven, ville ha lovbestemt normalarbeidsdag. Men mindretallet, arbeidsgiverne og Høire, ville holde arbeidstida utenfor loven.

I første runde fikk likevel mindretallet Stortinget med seg. Da forslaget kom opp igjen i 1915, la motstanderne vekt på argumentet om at lovfesting var et unødvendig inngrep i partenes rett til å ordne opp seg mellom.

Men Sosialdepartementet ville ikke overlata reguleringen av arbeidstida til partene.

Normal-arbeidsdagen og -uka ble lovfestet: 10 timers dag og 54 timers uke. Ved stortingsvalget det året hadde arbeiderklassen for første gang alminnelig stemmerett. At normalarbeidsdagen ble lovfestet var et tydelig bevis på at stemmeretten hadde gitt politisk makt.

LOVFESTING AV ARBEIDSTIDA

Men i 1968 var alt dette glemt. LOs representanter i Arbeidstidskomiteen av 1964 lot seg forføre av de gamle arbeidsgiverargumentene om å la partene avtale arbeidstider, uavhengig av loven. Stortinget hadde seinest avvist et slikt forslag i 1958, fordi loven skulle være ufravikelig. Men ettersom LO og NAF var enige, ble det nå vedtatt.

Det laget et kjempehull i loven som står der ennå. Nå ble det mye vanskeligere å stå imot krav om ekstreme

ordninger, og presset kommer slett ikke bare fra arbeidsgiverne.

SIKKERHET

Hvorfor i all verden støttet LO arbeidsgivernes forslag i 1968? I dag virker i alle fall begrunnelsen for lovendringen utrolig blåøyd. Vernemotivet for å lovregulere arbeidstidene er så visst ikke «bakgrunnen» i dagens konkurranseklima. Det er fullstendig meningsløst at styrkeforholdet mellom partene skal avgjøre noe som har så store konsekvenser for hele samfunnet, ikke bare for de ansatte.

Dette betaler vi dyrt for hver eneste dag. Mange av avtalene tar for lite hensyn til ansattes helse og sikkerhet, og enda mindre til tredjeperson. La oss få politikere på Stortinget som kan rette opp tabben fra 1968. ● (Innlegget er forkortet.)

Løsning på kryssord i nummer 6/2017 (se side 72).

	H	ORGAN	BIBEL	KLO	VENET	T	AMER-	ORGAN	SKIPS-	STOFF	DEL-	ORIGINA-	E	ADV	LOE-	BRUS	M	KARRE	U		
STIFTELSE	K	J	Ø	N	N	S	S	Y	K	D	O	M	S	V	A	R	I	A	N	T	
ORDE	H	J	E	R	T	E	T	R	A	N	S	P	L	A	N	T	A	S	J	O	N
ORGAN	Ø	R	E	G	A	N	E	I	D	Y	F	E	L	D	E	O	S	E			
LUJENT	N	N	B	L	A	N	K	F	U	A	R	M	E	N	A	V					
ORGAN	N	E	S	E	L	U	E	S	M	O	R	I	S	N	E	N					
TOPP	H	S	S	E	N	E	N	E	S	I	G	J	E	S	T	E					
LIKE	L	L	K	I	N	K	T	H	P	L	A	T	E	U	L	O					
DRIPP	T	I	A	L	E	R	E	S	E	L	Ø	R	É	T	S						
AVB	V	G	N	E	G	L	E	S	P	R	E	T	T	A	D	O	E	L	S	K	



Unn Hagen håpet hun kunne jobbe som sykepleier til oppnådd pensjonsalder. Slik gikk det ikke.

En sykepleiers kall – og fall



Fakta

Unn Hagen

Kull 1-75 - alltid sykepleier

Jeg har alltid tenkt at jeg skulle være i jobb til oppnådd pensjonsalder såfremt jeg var ved god helse. Jeg er nå 62, utmattet og sykemeldt. Har sagt opp jobben min og søkt om førtidspensjon. Hva skjedde på veien?

Jeg har 39 år bak meg som sykepleier med en variert og allsidig yrkeserfaring. Jeg elsker å være sykepleier, jeg er på ingen måte lei jobben eller pasientene.

Jeg har de siste årene vært med på utallige omstillinger, flyttinger, fusjoner og nedbemanninger, aldri faglig begrunnet, *alltid* med et økonomisk motiv. Hva ble konsekvensen på min avdeling med alvorlig syke kreftpasienter?

MORALSK STRESS TAPPER

På flere og flere vakter måtte de mest basale grunnleggende behov oversees. Jeg løp forbi pårørende som satt forvilet i korridoren og så etter noen som kunne svare på de mange spørsmålene de hadde. Gjøremål ble utsatt til neste vakt, selv om jeg så inderlig godt visste at de ikke hadde bedre tid. Matpausen ble utsatt eller droppet. Ordene *skulle, burde*, måtte slåss om plassen. Jeg gikk hjem fra vakt med klump i magen og et hode som jobbet på høygir til neste vakt, som ble likedan.

Travelheten var en ting, det moralske stresset noe annet og mer

tappende. Noen skal stå ansikt til ansikt med pasienter og pårørende og forsøke å forklare hvorfor vi ikke rakk det gode stellet, ikke rakk å ringe dem tidsnok når det gikk mot slutten, ikke fanget opp en illevarslende obstipasjon eller underernæring etc.

Jeg så nyutdannede dedikerte sykepleiere med tårer i øynene og kropper fulle av stress. Noen fant seg etter kort tid annen jobb utenfor sykehuset. Verdifull kompetanse og gode holdninger forsvant. Man må spørre seg om de er forberedt på hva som møter dem der ute.

Jeg vet at under utdanningen simuleres det mye og ofte på akutsituasjoner som sepsis og hjertestans. Jeg tror det er like viktig å simulere situasjoner med moralsk stress: Hva gjør jeg? Hva sier jeg? Hva melder jeg videre?

BETALER MED EGEN HELSE

Hvis dere trenger case til disse situasjonene, har jeg dessverre altfor mange av dem!

Jeg så de samme symptomene på stress blant mine erfarne

«Hvis dere trenger case til disse situasjonene, har jeg dessverre altfor mange av dem!»

kollegaer, leger som sykepleiere, «gode» råd fra ledelsen om å senke ambisjonsnivået ble heldigvis ikke fulgt, men det har sin pris, og noen betaler med egen helse.

Kunne jeg gjort mer? Jeg har skrevet utallige avviksmeldinger, bekymringsmeldinger og avisinnlegg, forsøkt etter beste evne å skape gode holdninger og ha en høy arbeidsmoral. Til slutt stoppet det helt opp.

TAKKER YDMYKT FOR MEG

Jeg takker ydmykt for meg, 39 yrkesaktive år er over, jeg takker mine fantastiske kollegaer gjennom disse årene. Takker ydmykt for alle møtene med pasienter og pårørende som har satt uutslettelige spor og beriket mitt liv. Jeg ville valgt samme yrket om jeg fikk valget på nytt.

Så håper jeg at vinden vil snu, at pasienten igjen blir i fokus, at man forstår at et helsevesen aldri vil lønne seg og gi overskudd

Til dere nye, flotte sykepleiere: Vær tydelige og vær pasientenes stemme, og fremfor alt: Hold hodet kaldt og hjertet varmt!

Avslutter med *Bønn* av Stein Mehren:

Vi ber ikke om utskrifter, forklaringer, diagnoser, prosedyrer.

Vi ber ikke engang om overbevisninger.

Vi ber om å bli sett av en annen.

Vi ber om et ansikt. ●



Mer snakk, mindre tvang

80 prosent mindre tvang har gjort Martin Veland og kollegene på Lovisenberg etterspurt landet rundt. Mange vil høre oppskriften.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





Martin Cornelius Veland

Hvorfor: Han har fått priser for å ha redusert tvangsbruk.

Tittel: Sjef for psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo.

Utdanning: Sykepleier, master i psykososialt arbeid, strategisk ledelse, nasjonalt topplederprogram.

Alder: 40 år

MER ENN TVANG: - Det meste vi gjør i psykiatrien handler ikke om tvang, minner klinikk sjef Martin Veland om.



Oppi all oppmerksomheten kjenner Martin Veland en bismak. Eller som han sier det, han har «ei lita bekymring».

– Jeg har jo jobbet klinisk, forklarer sjefen for psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo.

– Jeg vet at når du har tunge dager på jobb, så gjør du deg dine tanker.

– Hvilke da?

– Når det er mye trøkk, du står på, og du utsettes for vold, da er det vanskelig å høre hvor flott det er at vi bruker mindre tvang.

Kontoret hans er en etasje over inntaksposten, der beltene for fire år siden ble demontert fra sengen, rullet sammen og plassert i en rød boks. Ute av syne, men tilgjengelig.

At den drastiske endringen skulle bli en suksess, var ikke gitt. Eksperimentet kunne fort ha strandet, og beltene kunne blitt montert på sengen igjen.

«Jeg har lært når jeg skal være stille og når jeg skal fortsette en samtale.»

Men avdelingen har redusert tvangsbruken med over 80 prosent. Derfor tok Veland i februar imot akuttpsykiatriprisen, og i mai fikk han lederprisen for pasientsikkerhet.

– Det er de ansatte som har gjort en kjempejobb. Det vil jeg gjerne få fram, sier han.

LOVISENBERG-MANN

Det diakonale sykehuset ligger som en avskjermet minibydel med park, gamle hus og nye hus. På Veland's skrivebord ligger arkitekttegninger av nok et nybygg. Dit skal klinikken flytte inn i februar, og alle postene kommer dermed under ett tak.

Han tar en slurk av kaffen. Han liker den sterk.

– Yrkesskade, bekrefter han.

Veland vokste opp på en gård i Bjørheimsbygd i Ryfylke.

– Eg e utdanna mekaniker, då, opplyser han på intakt dialekt.

19 år gammel fikk han jobb på antennefabrikk. Men et søskenbarn til mor jobbet på et psykiatrisk senter, og Martin fikk lyst til det samme.

– Han var sykepleier der. Han lærte meg utrolig mye spennende om faget. Plutselig ble sykepleie et naturlig valg for meg og.

Han utdannet seg i Oslo, på Menighetssøsterhjemmets høgskole (nå Diakonova), og hadde ekstravakter her på Lovisenberg. Ferdig utdannet spurte han om han kunne jobbe her.

– Jeg fikk opplæringsvakter og begynte. Så her har jeg vokst opp yrkesmessig.

At han fikk det til i psykiatrien, merket han fort.

– Hva er du god til?

– Å lytte, spille tilbake, sanse sinnstilstanden. Jeg har lært

når jeg skal være stille og når jeg skal fortsette en samtale.

– Sans for timing?

– Ja.

Sin kristne tro har han beholdt:

– Å være kristen i denne bransjen vil for meg si å leve ut sykehusets verdier, som er forenlig med Bibelen: Nestekjærighet og kvalitet. De er lett å spore tilbake til diakonenes altoppofrende tjeneste for de svake.

– Ser du deg selv slik?

– Ja, som virksomhet prøver vi å tilpasse oss befolkningens behov. Spennet av pasienter er stort. Fra dem med god jobb og utdanning, til de med tøffere liv. De sliter med alt fra relasjonsbrudd og eksistensielle kriser til alvorlige depresjoner, manier, psykoser og rus.

– Mye rus i psykiatrien?

– Kan vel si det. Rus er ofte med i et storbybilde. Det er en kompliserende faktor som gjør det vanskelig å finne ut hva som er hva. Noen kan ha symptomer på schizofreni, men når de blir rusfri, kan også de symptomene bli borte.

LIDELSE KAN BLI HVERDAGSKOST

VG avdekket i fjor det avisen beskrev som massiv ulovlig beltebruk og mangelfull loggføring, for eksempel om hvor lenge belteleggingen varer. Ikke akkurat betryggende nyheter.

– Hvis barna dine eller konen din skulle bli innlagt, hva ville du ønske for dem?

– Svaret tror jeg ofte er det samme for alle som har noen de er glad i; at de blir møtt med omsorg og kompetanse.

Han vrir på et kjent bibelvers: «Gjør mot andre det du vil at andre skal gjøre mot dem du er glad i».

– Det er mye det det handler om i vårt fag. Jobben vår kan være intens. Når man ser så mye lidelse, kan det fort bli hverdagskost. Det er viktig at pasienter opplever vår forståelse for den vanskelige situasjonen de er i. Om vi glemmer dette, kan pasienten få det enda verre.

– Er det verste ikke å bli sett?

– Jeg vet ikke, men det er tøft for pasienter å oppleve manglende interesse. Bruk av tvangsmidler starter ofte med en form for konflikt. Den kan eskalere – eller den kan deeskalere. En nøkkelfaktor er hvordan den utvikler seg.

– Det kan bli belteseng?

– Noen ganger er det dessverre ikke mulig å forhindre.

– Har du opplevd å bruke tvang under stor tvil?

– Ja, og slik så vi et potensial for å endre.

Pasienter som kommer til dem kan være redde og bekymrete. «Hva skal skje? Hvor lenge skal jeg være her? Er livet mitt ødelagt nå?» De kan gå i forsvarsmodus.

– Når man er høyaktivert, svekkes evnen til å tenke logisk og rasjonelt.

Det er da personalets væremåte og erfaring blir så viktig:

– Hvordan kan man regulere aktiveringen ned? Å si strengt «nå må du oppføre deg» eller «gå på rommet», har vist seg lite

BONDEGUTT: Oppveksten på gård har gjort Martin Veland praktisk anlagt. Foto: Privat



FAMILIE: Konen Marianne er fysioterapeut. Jens (på bildet) er nå 4, Carla er 2. Foto: Privat



MUSIKER: I seks år optrådte Veland som Martin Cornel. Han skrev tekster, sang og spilte gitar. Foto: Privat

effektivt for å redusere tvang. Å klare å regulere ned pasienten uten å bruke tvangsmidler eller makt er en uvurderlig kompetanse.

Men ikke alle kan roes med ord og terapi: Hvis befalende stemmer sier «du skal slå noen», eller paranoide vrangforestillinger utløser utagering, kreves andre tiltak. Da kan legemidler hjelpe pasienten til å dempe aggresjon.

– Greit å være erfaren for å kunne se slike nyanser?

– Ja, det er et nytt tankesett. Satt på spissen: Før håndterte vi utagering mer med belter, litt på autopilot. Nå bruker vi mer terapeutisk tilnærming.

Miljøterapeutene er oftest sykepleiere og vernepleiere. Veland mener at begrepet pleie blir for snevert:

– De er mer behandlere og terapeuter enn pleiere. Det vil jeg gjerne løfte opp. Og når man løfter golvet, løftes taket samtidig. Det vil si hele fagfellesskapet.

OM DET SKULLE SMELLE

Veland kan få vondt i magen når han tenker på hva som kan skje. Dramatiske utageringer uten tvangsmidler er krevende å håndtere for de ansatte. Nylig fikk han høre om et eksempel:

En pasient rev ned en svær hylle i aggresjon, og alarmen gikk. Tre jenter og en gutt var på vakt.

– Da tenkte hun ene sykepleieren «jeg håper at de som kommer for å bistå ikke tar fysisk kontroll over pasienten nå». Hun skjønte at pasienten ikke var ute etter å skade, og at han responderte på deeskalerende kommunikasjon.

«Bruk den lille relasjonen for alt det er verdt.»

Gradvis roet han seg ned. Personalet opplevde at situasjonen var under kontroll. – Erfaring og kompetanse. Fantastisk!

Å bygge relasjoner i løpet av få timer er ikke lett:

– Om det skulle smelle, må man bruke den lille relasjonen man har fått for alt det er verdt. Nå vurderer vi mer fram og tilbake: Går dette bra? Går det ikke bra? Men jeg tror mestringsfølelsen er større enn før.

– Morsomt å få det til?

– Ja, å få til pasientsamarbeid er motiverende.



- Men å endre holdning er krevende?
- Ja, men det har vært så mye kritikk i mediene, mange historier som ikke var bra for oss i fagfeltet.
- Så mediene har gjort en god jobb?
- Absolutt, men de sier lite om det fantastiske som gjøres det meste av tiden, som jo ikke har med tvang å gjøre. Og fremdeles blir folk skada i denne bransjen.
- Kultur og holdninger varierer i psykiatrien – også fra avdeling til avdeling?
- Vi har sju sengeposter i min klinikk, og veldig lave tall for tvangsbruk. Felles for alle er et ønske om å finne andre løsninger. Men hver post får utvikle seg på sin måte.
- I psykiatrien vil alltid noen oppleve å bli dårlig behandlet?
- Alle har dårlige dager på jobb. Det er også menneskelig å komme dårlig overens med en pasient. Jeg synes vi skal være fleksible her.

Han har selv blitt valgt vekk som kontakt et par ganger.

- Det var selvfølgelig vanskelig, man føler man ikke har lyktes. Til en måtte jeg si: «Jeg vet at du har jaktvåpen hjemme, og det må jeg fortelle politiet.» Da ville han ikke ha mer med meg å gjøre. Jeg hadde nok ødelagt tilliten han hadde til meg.

KJENNER HISTORIENE BAK

Tvangsbruk har vært på dagsordenen helt til topps i helsevesenet.

- Er dette et resultat av VGs avsløringer?
- Veldig sterkt medvirkende. Vi i psykisk helsevern må akseptere at det vi gjør varierer altfor mye. Det er ikke bra nok, men vi jobber for å bli bedre.

Veland og kolleger har holdt over 40 foredrag i hele landet det siste året.

- Interessen har vært formidabel, mange ønsker råd. Vi har ikke fasiten, men vi ser at utfordringene ofte er de samme rundt omkring.

– Hva er største hinder for å utvikle gode miljøer?

- Det handler om ledelse, tror jeg.

Han tenker litt med hendene bak nakken.

- Vi hadde en episode der en ansatt fikk flere slag i ansiktet. Da fikk vi oss en støkk. Nærmeste leder berøres jo veldig av slike hendelser. Etterpå er det krevende å holde fokus på vår

«En ansatt fikk flere slag i ansiktet.»

praksis med lite tvang, en leder vil jo beskytte sine ansatte. Å følge opp ansatte er svært viktig etter slike episoder.

Han opplyser at han kjenner historien bak alle belteleggingene i år.

- Hvorfor vet du det? Leser du loggene?

– Vi har et system ...

Han svinger seg bort til pc-en.

– ... et overordnet rapporteringssystem. Det viser sånt som belegg, liggetid, tvang og utskrivelser.

- Som du koser deg med å lese?

– Jeg er innom, men det er lederne mine som forteller meg om hendelsene. I år er målet å følge opp alle tvangsmiddelvedtak. For å lære av dem.

- Hvor mange beltelegginger har det blitt i år?

Han prøver å telle. Ser at én person står for to av episodene. Han har tidligere påført en ansatt alvorlig skade. Veland teller videre:

- Ti ganger fordelt på fem poster. To poster har null. Jeg liker ikke å sammenlikne tall, men folkene her er eksepsjonelt gode, konkluderer han.

KAN GÅ I FORFALL

Hva han ellers gjør? Snakker mye med folk, fra regelmessig oppfølging til tilfeldige møter i korridorer. Noe skal løses her og nå, mens strategisk arbeid ikke blir synlig før langt fram i tid.

Høyaktuelt er hvordan de skal tilpasse seg endringen i loven om psykisk helsevern. Den stiller strengere krav for tvangsbruk.

- Pasienter kan i mye større grad velge oss bort, men jeg håper den positive effekten blir større enn den negative. Mye av tvangen handler om å forhindre at pasienter går i forfall.

– I forfall ...?

- Ja, hvis vi ikke får behandlet dem, fordi de ikke samtykker, vil noen kunne overbelaste familiene sine, miste jobben og tape relasjoner. Mye av livet kan bli ødelagt. Kan vi ikke bruke tvang, kan vi heller ikke gi tidlig behandling som kan forhindre dette.

Han er bekymret for at tvangen overføres til andre.

- Psykisk helsevern har jobbet intenst med å gjøre tvang så lite belastende som mulig. Hvis tvangen forskyver seg til andre som ikke har den kompetansen, familiene for eksempel, vet vi egentlig veldig lite om konsekvensen. Ingen tvil om at vi må endre praksis for å komme i posisjon til å behandle uten tvang.

– Hvorfor er det så vanskelig å ha åpenhet i psykiatrien?

- Tja. Tabuer og stigma fins, absolutt. Det skyldes vel at pasientene er innelåst et sted der det brukes tvang. De kan bli fratatt sin autonomi. Dette er nok litt skremmende for hvermannnen. Men jo mer åpne vi er, jo bedre.

Han siterer CC Cowboys: «Jeg vil ut for å se inn, se hvordan alt henger sammen.»

- Noen ganger må man det. Det er mye det VG har gjort. Sett inn utenfra. Da kan tabuene gradvis brytes ned.

Bak stolen hans står en godt innpakket gitar. Den er sjelden i bruk. Det er ikke som før, da han inntok scenen som Martin Cornel, ofte med sitt faste band. Indiepop kombinert med nattevakter fungerte i flere år.

Men i 2008 var det brått slutt.

- Jeg møtte veggen. Fikk musikken i halsen. Det var band på hvert gatehjørne i Oslo, de klarer seg fint uten meg.

Han tok et valg. Det ble helsevesenet, hundre prosent. ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 06 | 2017

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no

Sykepleienjobb er nå på Facebook!

Følg Sykepleienjobb på Facebook og hold deg oppdatert på ledige stillinger, og stoff om jobb og arbeidsliv.



Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Avdeling forskning

Forsker

- Senter for fag, forskning og samhandling

Det utlyses et nyopprettet 100% 5-årig engasjement som forsker ved Finnmarkssykehuset. Det vil også kunne være aktuelt å ansette to forskere i 50% stilling. Stillingen(e) er fortrinnsvis lokalisert til Hammerfest eller Kirkenes.

Kontaktinfo: Mette Kjær, avdelingsleder, tlf. 467 77 368.

Søknadsfrist: 3. september 2017

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCCVEIUSSU



frantz.no



STIFTELSEN SOLLIKOLLEKTIVET SØKER NY KOLLEKTIVMEDARBEIDER MED SYKEPLEIER BAKGRUNN.

Stiftelsen Solliakollektivet er Norges eldste bo og arbeidsfelleskap med formål å behandle rusmiddelavhengige over 18år. Vi er en del av spesialisthelsetjenesten som tilbyr langtids heldøgns behandling, med en driftsavtale med Helse Sør Øst

Det er nå ledig en 100 % medleverstilling på avd. Sollia med tiltredelse snarest.

Arbeidsoppgaver

- Tilhøre administrasjonen
- Medansvar for inntak av nye pasienter og forvern
- Medansvar for rusdata og rapportering til NPR og HSO
- Behandlingsansvar for pasienter

Vi kan tilby

- En utfordrende jobb med en spennende tilnæringsmåte til rusproblematikk
- Et givende og lærerikt miljø med stor innflytelse gjennom vår demokratiske modell
- Gode lønnsbetingelser og fri ordninger for ansatte som er medlevere

Søknadsfrist 3.september 2017

Se hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no

Nærmere opplysninger v/Bente Skaugerud tlf. 61 12 87 00/95793022 eller Wenche Thoresen tlf. 95742111. Se også www.sollia.no for mer info om Sollia.



Haugesund kommune

SYKEPLEIERER/SPECIAL SYKEPLEIERE

Haugesund kommune trenger deg for å jobbe på vårt nyrenoverte sykehjem fra ca 1.februar 2018. Vardafjell sykehjem er en avdeling under Haraldsvang omsorgssenter, og ligger i bydel med gode bussforbindelser.

Arbeidsoppgaver

- Ansvar for utførelse og oppfølging av sykepleiefaglige prosedyrer, observasjon, sykepleierdokumentasjon, samhandling med pårørende og andre samarbeidspartnere.

Vi tilbyr

- 80-100% stillinger
- Sykepleiere i Haugesund kommune har lokale tillegg mellom 5000 kroner og 10 000 kroner etter ansiennitet og kompetanse
- Årlig tillegg på 25 000 kroner for å jobbe 4 ekstra helger i året
- 8000 kroner i året i full stilling for å jobbe på demensavdeling
- Startpakke for sykepleiere som flytter til kommunen, eller i normal pendleravstand for å bosette seg/etablere seg, for å gå inn i fast jobb eller vikariat av ett års varighet eller mer. Startpakken utgjør kr. 20 000 + ytterligere kr. 20 000 dersom sykepleier fortsatt jobber i kommunen etter ett år.

Søknadsfrist 27.08.2017

Les hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no



Trasoppklinikken

Avdelingsleder for FAG, KVALITET OG HR

Er du en fagperson med erfaring fra spesialisthelsetjenesten og samtidig kompetanse med systematisk kvalitetsarbeid? Da er det kanskje nettopp deg vi søker!

Som avdelingsleder vil du inneha en nøkkelrolle ved Trasoppklinikken. Dette innebærer å utvikle og vedlikeholde kvalitetssystem for klinikken med hensyn til internkontroll, HR/HMS, samt styringssystemer i forhold til kompetanseutvikling, Fou-arbeid og markedsføring. Avdelingsleder rapporterer til og er stedfortreder for klinikkleder

Vi tilbyr

- Spennende og viktige oppgaver i et felt under utvikling
- Arbeid på en klinikk med store ambisjoner
- Jobb i et spennende og dyktig fagmiljø
- Et godt og utviklende arbeidsmiljø
- Mulighet for videre-/etterutdanning og faglig oppdatering

Les hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no

Søknadsfrist 01.09.2017



Sarpsborg kommune

VI SØKER LEDER TIL NY ENHET:

FORVALTNING OG UTVIKLING HELSE

Sarpsborg kommune står overfor store endringer i helse- og omsorgstjenesten, og må ta nye grep for å møte framtida.

Vi søker nå en kreativ og samfunnsengasjert leder til vår nyopprettede enhet!

Søknadsfrist: 01.09.2017

www.sarpsborg.com/ledigstilling

Enheten vil bestå av tre team med hver sin teamleder: Team samordna tjenester, Team livslange tjenester og Team bolig.

I tillegg vil enheten bestå av fellestjenester som demensteam, velferdsteknologi, kvalitetsarbeid, dokumentasjon, hverdagsrehabilitering, opplæring, fagsystemer og boligrådgiving.

Ansatte i Sarpsborg kommune jobber etter verdiene "Framtidsrettet. Åpen. Respektfull. Troverdige".

www.sarpsborg.com
servicetorget: 69 10 80 00



Sarpsborg kommune

VI SØKER TEAMLEDER:

TEAM SAMORDNA TJENESTER

Sarpsborg kommune søker en engasjert teamleder til et nytt team for samordna helsetjenester. Teamets oppgaver vil blant annet være å vurdere kompliserte og omfattende enkeltsaker, samt fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester.

Søknadsfrist: 01.09.2017

www.sarpsborg.com/ledigstilling

Team samordna tjenester er et av tre team organisert i Enhet forvaltning og utvikling helse.

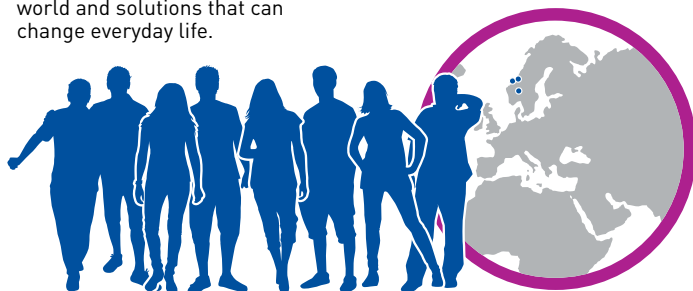
Enheten skal være et "kraftsenter" som sikrer at kommunen tildeler og yter bærekraftige helse- og omsorgstjenester - og utvikler seg i samsvar med myndighetenes krav og føringer i årene som kommer.

Ansatte i Sarpsborg kommune jobber etter verdiene "Framtidsrettet. Åpen. Respektfull. Troverdige".

www.sarpsborg.com
servicetorget: 69 10 80 00



The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) creates knowledge for a better world and solutions that can change everyday life.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ARE YOU ONE OF US?

NTNU is looking for dedicated employees

Department of Public Health and Nursing

Professor/Associate Professor in Health Sciences (Nursing)

100% permanent position.

Workplace: Trondheim

Application date: 14.09.2017



Norwegian University of Science and Technology

jobbeng.no

www.ntnu.edu/vacancies



LEDIG STILLING

Vil du bruke din fagkompetanse til å hjelpe helsepersonell til en bedre hverdag?

ACOS søker dyktige sykepleiere som ønsker å jobbe med vårt elektroniske journalsystem ACOS CosDoc.

Har du interesse for IT, digitalisering og helsefag? Da bør du se hvilke muligheter ACOS kan tilby deg.

Se stillingen på www.acos.no



Gjøvik kommune

VIRKSOMHETSLEDER 100 % FAST Haugtun omsorgssenter hjemmetjenesten

Virksomhetsleder skal ivareta den overordnede ledelsen av avdelingen, slik at tjenestene gis i henhold til gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer, brukerens vedtak og tjenesteområdets styrende dokumenter. Virksomhetsleder har ut fra overordnede føringer ansvar for personalledelse, ressurs- og økonomistyring innenfor vedtatte rammer, samt ivareta det til enhver tid gjeldende kompetansebehov for tjenesteyting i avd.

Vi kan tilby

- En selvstendig stilling med stor mulighet til å påvirke avdelingens og tjenesteområdets videre utvikling
- Utfordrende og utviklende arbeidsoppgaver
- Relevante kurs og opplæring i data på våre fagsystemer
- Engasjerte og faglig dyktige medarbeidere
- IA bedrift
- Gode pensjonsordninger

Les hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no
Søknadsfrist 31.august



Gjøvik kommune

VIRKSOMHETSLEDER 100 % FAST Nordbyen omsorgssenter hjemmetjenesten

Virksomhetsleder skal ivareta den overordnede ledelsen av avdelingen, slik at tjenestene gis i henhold til gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer, brukerens vedtak og tjenesteområdets styrende dokumenter. Virksomhetsleder har ut fra overordnede føringer ansvar for personalledelse, ressurs- og økonomistyring innenfor vedtatte rammer, samt ivareta det til enhver tid gjeldende kompetansebehov for tjenesteyting i avd.

Vi kan tilby

- En selvstendig stilling med stor mulighet til å påvirke avdelingens og tjenesteområdets videre utvikling
- Utfordrende og utviklende arbeidsoppgaver
- Nødvendig opplæring, oppfølgingssamtaler og veiledning i prøvetiden
- Relevante kurs og opplæring i data på våre fagsystemer
- Engasjerte og faglig dyktige medarbeidere
- IA bedrift
- Gode pensjonsordninger

Les hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no
Søknadsfrist 31.august



Værøy kommune

Pleie- og omsorgssjef - Pleie og omsorgstjenesten
100% fast stilling med snarlig tiltredelse.

Arbeidsoppgaver

- Overordnede administrative ansvaret for sykehjem, hjemmetjeneste, rus- og psykiatritjeneste, omsorgsboliger for barn/unge og omsorgsboliger for personer med psykisk utviklingshemming.

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent sykepleier med norsk autorisasjon, fortrinnsvis med tilleggstudanning innen ledelse og administrasjon
- Kompetent og motivert for å ta en overordnet lederrolle.
- Stor motivasjon til å være en igangsetter og pådriver for gjennomføring av utviklingsarbeid.
- Gode relasjonelle og kommunikative ferdigheter i møte med beboere, pårørende og ansatte og tørre å være en tydelig og besluttsom leder.

Søknadsfrist 01.09.2017

Se hele utlysningsteksten på sykepleienjobb.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Seksjonssykepleier
- Barne- og ungdomsseksjonen

Fast 100% stilling

Barne- og ungdomsavdelingen behandler barn og unge i alderen 0 - 18 år, og har nå ledig stilling som seksjonssykepleier ved Barne- og ungdomsseksjonen. Seksjonssykepleieren vil ha personalansvar for pleiegruppen ved seksjonen og driftsansvar for sengeposten. Stillingen inngår i avdelingens lederteam, og funksjonen som seksjonsleder kan søkes.

Kontaktinfo:

Avdelingsoverlege Per Ivar Kaareen, tlf. 77 66 90 10.

Søknadsfrist: 10. september 2017

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



frantz.no



Stryn kommune

LEDIG STILLING SOM LEIANDE HELSESYSYTER

Helsestasjonen i Stryn er samlokalisert med legetenesta i Stryn helsesenter. Helsesenteret flytta inn i nye lokaler våren 2017. Vi har i dag totalt 5 årsverk, med helsesystre, jordmor i heil stilling og sekretær i halv stilling.

Arbeidsområde:

- Dagleg leing og fagleg ansvarleg for verksemda ved helsestasjonen.
- Personal- og budsjettansvar.
- Deltaking i ordinære helsesyssystemoppgåver.
- Utviklingsoppgåver ved helsestasjonen
- Tverrfagleg samarbeid

Les hele utlysninga på sykepleienjobb.no

Søknadsfrist 02.09.2017



Alta kommune



Nordlysbyen Alta

LEDIG STILLING

Barn og ungesektoren:

Helsesøster med master

Hvis du har lyst å være med på videreutvikling av tjenester til barn og unge, liker faglige utfordringer, gode turmuligheter, en lang hvit vinter og en aktiv småby, så søk jobb hos oss!

Vi har ledig 100% fast stilling med tilsetning snarest - ved internt opprykk tilsettes helsesøster uten masterkrav. Stillingen vil ha et særlig ansvar for fag- og kvalitetsutvikling i helsesøstertjenesten samt helsestasjonstjeneste.

Kontakt: Tone Dervo, tlf: +47 99 79 03 62

Søknadsfrist: 30.08.17 [3. gangs utlysning].

Søknad sendes elektronisk via Alta kommunes hjemmeside www.alta.kommune.no/ledige-stillinger her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Jobbnorge.no



Før sommeren fikk alle medlemmer temaboken

#Når er det nok?

Flere kan bestilles på sykepleien.no/bokasin

Den koster kr 99,- + porto kr 39,-



Sykepleien



Tjøme kommune

Rødsgt. 36, 3145 Tjøme • Tlf. 33 06 78 00 • Fax 33 06 78 01
www.tjome.kommune.no • post@tjome.kommune.no

Stilling ledig

Tjøme sykehjem søker:

Sykepleier i 100% fast st. Tiltr. pr. omgående.

Søknadsfristen 30.08.2017.

Mer info v/S. Høisæther tlf: 33067902,
e-post: sho@tjome.kommune.no.
Fullversjon av stillingstekst ligger på Tjøme kommunes nettsider



Invitasjon

27. og 28. november 2017
Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo

9. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

Velkommen til konferanse med tema følelser og selvmordsatferd

Les mer og meld deg på: www.nasjonal-selvordskonferanse.no

UiO • Universitetet i Oslo

NSSF • Nasjonalt sentraliserings- og forebyggingsorgan

MEDIYOGA - medisinsk yoga
Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
+46 85 40 882 80



NSFs 4. nasjonale lederkonferanse 2017

«VIL(LE)KÅR FOR LEDELSE?»
-rammebetingelser for god ledelse

over 200 påmeldte!

Tid og sted: **28. og 29. september, Thon Hotel Oslo Airport**

MELD DEG PÅ INNEN 1. SEPTEMBER!

Program og påmelding: www.nsf.no/kurs-og-konferanser

Arrangør: NSF i samarbeid med NSFs landsgruppe av sykepleieledere og Sentralt Fagforum i NSF.





NSFs første nasjonale konferanse om migrasjonshelse 2017

MIGRASJONSHELSE

- vil du lære mer?

Om betydningen av - og hvordan vi skaper
- likeverdige helsetjenester i et mangfoldig samfunn.

FÅ INNSIKT, KUNNSKAP OG INSPIRASJON FRA:
Elizabeth Hoff, leder av WHO's arbeid i Syria, sykepleier/
jordmor, *Abid Raja*, Stortingpolitiker fra Venstre,
Kjell Sverre Pettersen, professor i helsekommunikasjon,
Beate Lie Sverre, sykepleier/førstemanuensis - og
mange andre dyktige innledere. Konferansen åpnes av
forbundsleder i NSF *Eli Gunhild By*.

Tid og sted: **15. og 16. november,**
Ingeniørens Hus, Kronprinsens gate 17 i Oslo

VIL DU VÆRE SIKKER PÅ Å FÅ Plass
– MELD DEG PÅ KONFERANSEN NÅ!

Program, praktisk info og påmelding:
<https://www.nsf.no/kurs-og-konferanser>

Arrangør: Norsk Sykepleierforbund



63.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook
du også!



facebook.com/Sykepleien

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss du også om du ikke allerede gjør det!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien



Hvor i Norge vil du jobbe i høst?

Denne høsten har vi masse oppdrag over hele landet. Dette er mulighetenes verden for deg som er sykepleier, enten du er nyutdannet eller erfaren. Du som er spesialsykepleier – som for eksempel barne-, intensiv- eller anestesisykepleier, oppfordres spesielt til å ta kontakt!

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge. I tillegg er det 400 kommuner med hjemmesykepleie, sykehjem, legevakter og omsorgsboliger... Mange stillinger skal fylles!

Hos Dedicare får du høy lønn. I tillegg dekker vi både reise og bolig for deg.

Vil du vite mer? Ring eller send oss en mail. Vi gleder oss til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse

Skandinavias største på kurs og konferanser

Gjør som 468.000 andre – øk din faglige kompetanse hos Confex



Sårbehandling

Pleie og behandling av kroniske sår

Oslo 8 juni - 9 juni
15. - 16. november

www.confex.no/sar



PSYKIATRI

for deg uten psykiatrisk utdanning

Oslo 31. mai
22. november.

www.confex.no/psyk



LEDELSE I SYKEPLEIEN

Få enda bedre i kommunikasjonen
med dine medarbeidere

Oslo 15 juni - 16 juni
14. - 15. desember

www.confex.no/sykepleie

**Alle kurs er godkjent som tellende
for klinisk fagstige.**

Se nettsiden for mer informasjon.

 Confex

Vi tar kompetanse på alvor





Fagfolk vet best – og må bestemme mer, mener partileder Lise Askvik i det nye Helsepartiet.

Ofrer seg for en bedre helsepolitikk

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Per Helge Maasleide, Journalen**

Var det pasienterfaringen som motiverte til å danne Helsepartiet?

– Ja og nei. Mange frustrerte ba meg om det, blant annet sykepleiere. De vet at jeg skjønner hva de snakker om.

Hvorfor et eget helseparti?

– Fordi de store partiene svikter. De er ikke villig til å satse på helse. Helse er helt grunnleggende for hver og én og for hele samfunnet.

Hva er hovedproblemet?

– Helsetjenesten er ikke dimensjonert for behovet i befolkningen. Det skaper køer, dårlig arbeidsmiljø, underbemanning og et for dårlig pasienttilbud.

Du vil gi mer penger til helsevesenet, hva vil du prioritere vekk?

– Vi vil organisere annerledes. Da blir det mer ressurser til pleie, behandling og forebygging. Det første vi vil prioritere vekk, er unødig system og byråkrati.

Høres ut som Frp-politikk?

– Frp ønsker ikke å slå sammen de spesialist- og kommunehelsetjenesten, slik vi vil. Det vil frigi mye ressurser. Og vi vil ha leger, psykologer og ernæringskyndige på alle skoler.

Og helsesøstre?

– Ja, en fordobling. Hvis barna får rask tilgang på helsetjenester, vil mange seinskader forebygges. Vi vil at alle helsetjenester skal være statlig finansiert, men de kan utføres av flere.

Dere er ikke mot private aktører?

– Vi er nøytrale. Vi er også blokkuavhengige.

Hvordan blir dere møtt?

– Det er veldig morsomt. Vi måtte ha 5 000 signaturer innen ett år. Vi fikk 6 500 på under tre måneder. «Dette har vi venta på», sier folk.

Hvor mange medlemmer?

– 1 200. Det viktigste er at vi klarte å bygge 19 fylkeslag på sju uker. Vi har 16 kvinnelige fylkesledere.

Du står på valg i fire fylker, øverst både i Akershus og Buskerud?



Fakta

Aktuell som

Leder for Helsepartiet, landets yngste politiske parti

Alder: 48 år

Bakgrunn: Helsepartiet ble stiftet 10. januar i år og har stortingskandidater på valg i 18 fylker. Lise Askvik er partileder. Den tidligere P4-journalisten satte som brystkreftoperert i gang aksjonen «pupp til folket» i 2012. 150 millioner ble øremerket saken, og ventetiden for å få rekonstruert bryst ble kortet ned til ett år. Nå stiller hun til valg i fire fylker.

– Jeg sa de kan bruke navnet mitt hvis de mener det har effekt.

Er det sannsynlig at du ender på Tinget?

– Vet ikke. Jeg har jo ikke lyst, jeg vet at det er vanvittig hardt å snu helsekuttpolitikken. Men jeg er villig til å sone fire år bak Stortingets murer, selv om det vil bli svært tøft.

Nestlederen i Akershus er sykepleier?

– Ja, Elin Krüger. Strålende å få fram helsefolkets stemmer! De ansatte vet hva som fungerer og ikke i helsevesenet. De vet om alt som ikke vises i tall; som lindring, håp og dødsangst. Fagfolk må sitte i førersetet.

Hvorfor skal sykepleiere stemme på deg?

– Fordi vi har programfestet det store sykepleierløftet. Vi vil øke antallet sykepleiere, og gi dem bedre lønn og arbeidsvilkår. Dessuten er vår lojalitet hos pasienten.

Samferdsel og ulver er dere mindre opptatt av?

– Vi starter med ideologien om å ivareta liv og helse. Men miljø er ganske viktig, og kultur er helsefremmende. Politikk skaper trygghet.

Hvordan få nok helsepersonell?

– Heltidsjobb for dem som ønsker det. Vi vil gjøre det attraktivt og lønnsomt å være i helsevesenet. Mer tid til kjerneoppgavene.

Hvis ikke det blir stortingsplass, er alt forgjeves?

– Nei, det er lokalvalg om to år. Får vi mange nok stemmer, kan vi få statsstøtte. Hvis ikke, må jeg se meg om etter en ny jobb.

(En lengre versjon fins på sykepleien.no) • marit.fonn@sykepleien.no



Hjemmetjenesten i Oslo tenker nytt

Saksbehandler Therese Skogsberg har fått bruk for gamle sykepleierkunster igjen. Hun tester ut den såkalte «tillitsmodellen» for Oslo kommune.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Fem minutter til støttestrømper og to minutter til øyedrypping. Hvis du kutter ned på lunsjen, rekker du kanskje litt snakk om ståa med den engstelige gamle mannen, før neste besøk.

Den utskjelte stoppeklokkeomsorgen har fått skylden for tidspress og stressete ansatte i hjemmetjenesten landet rundt.

Stoppeklokke går ofte hånd i hånd med en organisering som kalles bestiller-utfører-modell. Bestillerne vurderer behovet, gjør vedtak og sender bestillingen til utførerne. Utførerne drar hjem til pasientene og gjør det som er vedtatt. De har gjerne base et helt annet sted enn bestillerkontoret.

Den organiseringen har ikke eldrebyråd i Oslo, Inga Marte Thorkildsen (SV), mye til overs for.

TESTER ULIKE MODELLER

– Det kan ikke være slik at folk langt unna på et kontor har vedtaksmyndighet. Det gir et altfor

rigid system. Jeg ønsker å erstatte bestiller-utfører-modellen med en modell som gjør det mulig å tilpasse tjenestene etter folks behov samtidig som vi ivaretar fleksibilitet, trygghet og kontinuitet, sier hun til Sykepleien i kjent politikerstil.

Hvem kan vel være uenig i slike mål, liksom.

Løsningen hennes er kanskje mindre selvsagt: Mer makt, til både fagfolk i felt og innbyggerne som skal motta tjenestene. Derfor åpnet eldrebyråden opp for å prøve noe nytt i hovedstadens hjemmetjeneste, noe omtrent alle bydelene har kastet seg på i 2016.

Men det er kun Gamle Oslo, Ullern og Østernsjø som har vært med i en minipilot i regi av

«Endelig får brukerne færre ansatte å forholde seg til.»

Inga Marte Thorkildsen

kommunen. Der har de testet ut den såkalte «tillitsmodellen» (se faktaboks nederst i saken), sterkt inspirert etter organiseringen av Københavns hjemmetjeneste.

FORNØYD SAKSBEHANDLER

– Dette er mye bedre enn bestiller-utfører-modellen! Nå er jeg tettere på både pasientene, pårørende og hjemmesykepleierne enn jeg var i min gamle jobb på bestillerkontoret, sier saksbehandler Therese Skogsberg i bydel Gamle Oslo.

Der er saksbehandler, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut organisert i et lite tverrfaglig, selvstyrt team. Sammen har de ansvaret for pasientene i et avgrenset geografisk område.

Før var de 13 på dagvakt med ansvaret for 150 brukere. Nå er de tre–fire med ansvar for 40–50 brukere pluss de som trenger praktisk bistand.

Skogsberg liker det bedre slik.

– Vi får gjort det samme som før, men kan



MER «HANDS ON»: Saksbehandler Therese Skogsberg fikser bandasjen på den ene foten til Marit Berntzen.

Fakta



Tillitsmodellen i Oslo

Tillitsmodellen vil si at selvstyrte tverrfaglige team med sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og en saksbehandler driver hjemmetjenester innen et lite geografisk område.

Siden 2016 har tre bydeler (Ullern, Gamle Oslo og Øst-ensjø) testet ut modellen i en minipilotering som går ut mai i år.

Fra 1. september går de i gang med hovedpiloteringen som varer ut året. Da blir Grorud bydel med også. Rapport og evaluering vil foreligge i mars 2018.

Hovedpiloten vil teste ut to ulike varianter: En der innsatsteamet som vurderer behovet hos brukeren inngår i det selvstyrte teamet, og en der innsatsteamet er utenfor det selvstyrte teamet.

Samtidig med tillitsmodell-prosjektet er det åpnet opp

for at andre bydeler kan prøve ut ulike organiseringsformer, men disse vil bydelene selv få ansvaret for å evaluere.

tenke mer forebyggende og får satt i gang tiltak raskere.

Hun har invitert til et oppsummeringsmøte hjemme hos pasient Marit Berntzen med sønnen hennes, Bjørn, og hjemmesykepleier Marte Mauseth.

Berntzen har lungefibrose, leddgikt og ervervet hemofili (blødersykdom). 91-åringen har hatt en utfordrende vår. De bandasjerte leggene hadde noen leie sår det har vært alvorlig infeksjon i.

– Rundt påsketider trodde jeg du hadde bestemt deg for at du ikke gadd å være med lenger, sier Bjørn til moren sin.

Det krevde to sykehusinnleggelses og et treukers opphold på Lilleborg helsehus for å komme til hektene igjen. Nå har hun vært to uker hjemme.

LITEN FORSKJELL FOR BRUKER, STOR FOR PÅRØRENDE

Marit Berntzen har hatt kontakt med

hjemmetjenesten tidligere og synes ikke hun har merket så mye til at de nå har organisert seg annerledes. Siden det selvstyrte teamet kun jobber dagvakt, blir det nye folk på kveld og i helgene så det er ikke så mange færre mennesker for henne å forholde seg til.

Sønnen Bjørn har derimot merket stor forskjell.

– Før var det en traurig prosess å finne rette vedkommende å snakke med. Det er mye lettere nå, når jeg har én kontaktperson å forholde meg til. Therese har til og med gitt meg mobilnummeret sitt, som jeg kan ringe når som helst. Kan hun ikke ta telefonen, ringer hun opp igjen så snart hun kan. Det må til for å få tillit i en bransje hvor det blir mer privatisering, sier han.

Mens saksbehandler Therese Skogsberg venter på at hjemmesykepleier Mauseth skal komme, fikser hun bandasjen på den ene foten til Berntzen.





HJEMME BEST: Marte Mauseth (til venstre) og Therese Skogsberg fikk Marit Berntzen hjem, og det er hun glad for nå.

➔ Når Mauseth kommer, tar hun over. Det er ikke vanlig at de er to hjemme hos brukerne på én gang, men Skogsberg sier det er vanlig at hun gjør praktiske ting hvis det høver seg slik når hun er på besøk hjemme hos noen.

STRESSET, MEN MER FORNØYD SYKEPLEIER

Hjemmesykepleier Mauseth har ikke merket noe mindre stress med tillitsmodellen, heller mer. Hun synes de bruker mye tid til dokumentasjon siden de har mistet den merkantile stillingen de hadde med det gamle systemet. Dessuten må hun i tillegg jobbe helger i det gamle bestiller-utfører-systemet hvor de har en haug med brukere.

– Men fordelene med tillitsmodellen er at vi kjenner hver bruker bedre og har et tettere tverrfaglig samarbeid i teamet. Jeg liker at jeg har bedre oversikt, og vil ikke tilbake til det gamle systemet.

De går kun dagvakter. I de andre to bydelene som tester ut modellen jobber de turnus. Mauseth tror de ville sett større effekt av modellen dersom de også hadde jobbet turnus.

– Uten turnus får vi ikke tatt kvelds- og helgevakter, de må den vanlige hjemmetjenesten ta. Det betyr mindre kontinuitet for brukerne våre,

«Vi får gjort det samme som før, men kan tenke mer forebyggende og får satt i gang tiltak raskere.»

Therese Skogsberg,
saksbehandler

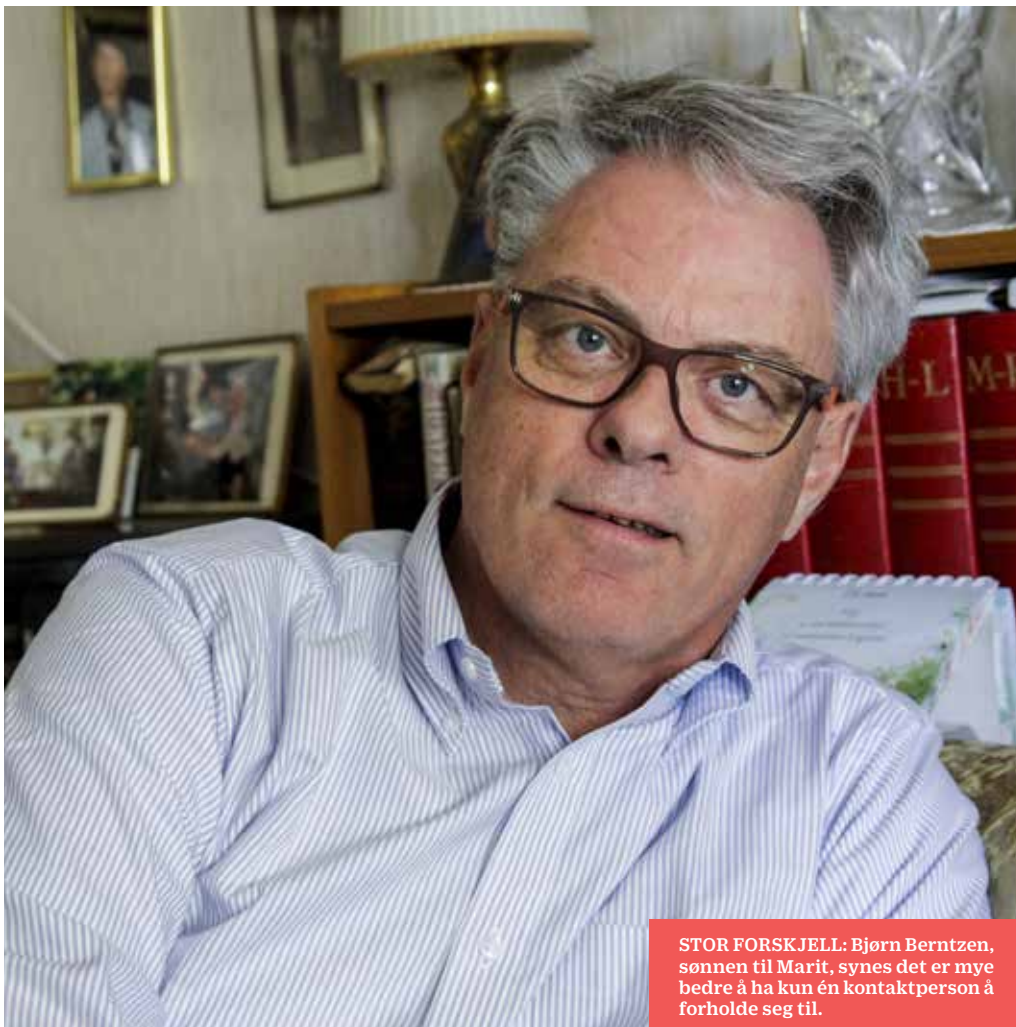
særlig nå i mai med alle fridagene. Vi må dessuten samarbeide tett med de andre, men akkurat det liker jeg.

ULIKE MÅL

Tillitsmodellen skal forhindre at det detaljstyres basert på aktiviteter (altså fem minutter til støttestrømper). Det skal heller styres etter mål. Men hvilke mål? Det virker å være mange:

– Det tilbudet folk får i hjemmet sitt skal være personsentrert, ikke oppgavefokuseret. Målet er å gi myndighet ut til medarbeidere og gi innbyggerne behandlingseierskapet til sine liv. Vi vil gjenreise tilliten til innbyggerne og innbyggernes tillit til tjenestene. Endelig får brukerne færre ansatte å forholde seg til, sier eldrebyråd Thorkildsen.

Ansattrepresentant i prosjektledergruppen for tillitsmodellen, Nils Rise fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), holder fram et noe annet mål:



STOR FORSKJELL: Bjørn Berntzen, sønnen til Marit, synes det er mye bedre å ha kun én kontaktperson å forholde seg til.

– Målet er hverdagsmestring og at brukeren skal bo lengst mulig hjemme, sier han.

Han mener det også er forventninger om mindre sykefravær, spesielt korttidsfravær.

«Tillitsreformen har som mål å øke kvalitet og trivsel i komplekse offentlige tjenester, men også å spare kostnader», skriver Tankesmien Agenda om tillitsreformen, en reform som går over flere sektorer i hele Oslo kommune, ikke bare som tillitsmodellen innen hjemmetjenesten.

– Nei, dette er ikke et sparetiltak selv om det var det i København. Men det er klart at når du lykkes med hverdagsrehabilitering, sikrer kontinuitet og færre kokker, blir det også mer effektivt, kommenterer Thorkildsen.

– Det handler om å få mer for de kronene du har. Bedre tjenester i stedet for dyre institusjonsplasser, sier Nils Rise.

«Et viktig mål er å kutte ned på unødvendige kontrolltiltak og målinger og bruke mer tid på kjerneoppgaver», skriver Agenda videre.

« Vi vil gjenreise tilliten til innbyggerne og innbyggernes tillit til tjenestene.»



Inga Marte Thorkildsen

– Det skal vi ta tak i nå. Vi ønsker en avbyråkratisering og vil unngå unødige rapporteringskrav. Vi vil også innføre en tidskontoordning der man kan spare opp en halvtime i uka, sier Thorkildsen.

ØNSKER SEG FLERE FOLK

Skulle hjemmesykepleier Marte Mauseth ønsket seg noe til hovedpiloten settes i gang til høsten,

måtte det være flere stillinger, el-sykler og at området de skal betjene hadde vært nærmere kontoret.

– Vi trenger alltid flere hender. Jeg ønsker meg at de som styrer ser hvor mye denne modellen krever at vi følger opp brukerne med papirarbeid på kontor, sier hun.

Akkurat det jobber Thorkildsen med. I fjor lovet hun 500 nye årsverk i perioden. I slutten av mai hevdet hun at bevilgninger til 300 av dem snart er i boks.

– Da teller vi primært de som jobber med tjenester mot eldre, ikke med utviklingshemmete eller rus/psykiatri, for eksempel, sier Thorkildsen.

– Teller dere de ufaglærte også?

– Ja, for eksempel til praktisk bistand eller i støttefunksjoner, men det utgjør en liten andel. Tillitsmodellen krever økt kompetanse hos medarbeiderne, siden de også får et større ansvar.

LEDERUTFORDRINGER

Nils Rise fra NSF understreker at de særlig trenger flere fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere. Han nevner også at de må gjøre noe med lederstrukturen når de skal i gang med hovedpiloten. Lederansvaret på personalsiden har vært splittet opp i de selvstyrende teamene, slik at alle faggruppene har hatt sine respektive ledere.

– Det har vært veldig frustrerende, sier han og legger til at det også har vært utfordringer med flat lederstruktur, som de har hatt på driften.

– Men det kan løses, mener han.

HJEMME IGJEN

Hos Marit Berntzen går de gjennom vårens dramatiske hendelser. Da hun kom på helsehuset, ble hun liksom ikke sitt gamle jeg igjen. Etter en og en halv uke ble hun bedre, men da Skogsberg besøkte henne, syntes hun at Berntzen var institusjonalisert og virket som hun hadde mistet troen på seg selv.

– Du gikk nesten i ett med inventaret.

– Jeg syntes det var så deilig at de tok seg av meg, minnes Berntzen.

– Du spurte om hjelp til det meste. Blant annet til å reise deg opp av stolen, enda du egentlig klarte det, sier hjemmesykepleier Marte Mauseth, før hun må haste videre til neste bruker.

Skogsberg pushet for å få Berntzen hjem igjen, og klarte det etter tre uker. Nå synes sykepleierne at hun blomstrer igjen. Hun vil bare ha hjelp to ganger per dag: Morgen og kveld.

– Du verden hvor skjønt det var å komme hjem. Jeg stod bare midt på golvet her og sa «Åhhh, nå er jeg hjemme!» Jeg har bodd i denne leiligheten siden den ble bygd i 1951. Det er jo hjemmet mitt! ●

eiwor.hofstad@sykepleien.no





