

04
2018

Sykepleien



Mellom rigger og menn uti havet

Offshore. Reidun Hestetun trives i kjeledress og oljeturnus
to uker på og fire uker av. **Side 16–25**

MIKS SOM DU VIL AV VÅRE POPULÆRE MODELLER TIL ARBEID OG FRITID

praxis[®]

...gjør dagen din behagelig

Mange penger å spare på våre allerede lave priser
– uten å gå på kompromiss med kvaliteten eller komforten!

Modell 25180 - Monaco

Dame-/herresandal med borrelåslukking. innersåle av ruskinn. Farge: Sort - Hvit Størrelse: 36 - 42 Normalpris 499,-

Nu 374,25



Modell 25370 - Padova

Sportssko med snøring. Farge: Sort - Hvit Størrelse: 36 - 42 Normalpris 499,-

Nu 374,25



Modell 25410 - Marina

Damesandal med borrelåslukking. Kvalitet: Skinn med innersål av ruskinn. Farge: Sort - Hvit - Denim Størrelse: 36 - 42 Normalpris 649,-

Nu 486,75



Modell 25400 - Riva

Damesandal med hælrem og borrelåslukking. Innersåle av ruskinn. Farge: Sort - Hvit - Blå/grå Størrelse: 36 - 42 Normalpris 499,-

Nu 374,25



**SPAR
25%**

Se flere KANON tilbud på praxis.no

Modell 920090 Oxybas - Maud

Lette kvalitetssko i fleksibel tekstil. Farge: Lys grå - Fuchsia - Off-white - Sort Størrelse: 36 - 42 Normalpris 549,-

Nu 411,75



Modell 25360 Garda

Damesandal med borrelåslukking. Skinn med innersåle av ruskinn. Farge: Sort - Hvit - Navy Størrelse: 36 - 42 Normalpris 499,-

Nu 374,25



Modell 900010 Siena

Damesandal med borrelåslukking, og avtagelig bakrem. Skinn med innersåle av ruskinn. Farge: Sort Størrelse: 36 - 42 Normalpris 799,-

Nu 599,25



10-20%
på Skechers og
Birkenstock
Se hele utvalget på
praxis.no



Tilbudet gjelder til 31.05.18 eller så lenge lager haves. Full bytte- og returrett i 30 dager.

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no

Praxis Arbeids- og Fritidsklær AS
C/O Bring Parcel • Postens Logistikcenter
0060 Oslo



Lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
Høsten 2018
bi.no/helse

Bachelor i Helseledelse

Denne bachelorgraden er utviklet spesielt for deg som jobber i helsesektoren og ønsker kompetanse innen ledelse. Ved hjelp av teorier og praktiske verktøy vil du bli mer bevisst på å være en god leder.

Løpende opptak til studiestart.

Helseledelse - Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Dette masterprogrammet bidrar til å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon.

**Utdanning dekkes av Helsedirektoratet
- Søknadsfrist 15. april**

#sykepleien

Sykepleien gir ut bokasiner, spesialutgaver om ett tema. De kan bestilles i fordelsbutikken her: nsf.no

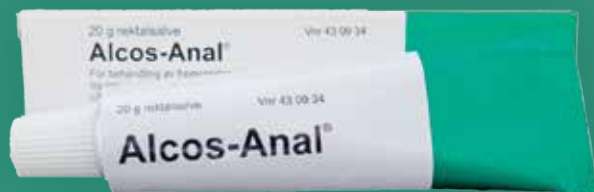
Til nå har disse kommet ut:



Pris medlemmer kr 129 + porto, pris ikke-medlemmer kr 149 + porto

Sykepleien

Hemoroider?



Alcos-Anal

er endelig tilbake!

Behandler og forebygger hemoroider.
Kløestillende **kortisonfri** salve.

Tilgjengelig i apotek.

Alcos-Anal (Natriumoleat) er et reseptfritt legemiddel. Les pakningsvedlegget for bruk. Kontakt lege dersom tilstanden ikke bedres. Varmefølelse og lett svie kan forekomme, men forsvinner som regel etter 3-4 dager.

Mylan
adr. Hagaløkkveien 26
tlf. 66 75 33 00

 **Mylan**



Sammen for et bærekraftig forbruk

Å fokusere på et bærekraftig forbruk handler om mer enn å velge miljømerkede produkter. - Også små, enkle grep i din daglige drift kan gi store miljøgevinster. Sammen finner vi helhetlige løsninger som både er bedre for miljøet, mer kostnadseffektive for deg og praktiske i hverdagen.

Norengros har over 90 fagspesialister med spisskompetanse innen medisinske forbruksvarer. Vi veileder deg til de beste produktene og løsningene til dine behov. Spør oss!

Som Norges største leverandør av forbruksvarer til privat og offentlig sektor, har Norengros et samfunnsansvar når det gjelder klima, miljø og bærekraft. Derfor jobber vi for å være i front – bl.a. ved å tilby miljøvennlige produktalternativer og å motivere kundene våre til å gjøre klimavennlige valg.

Selv små endringer i rutiner kan gi stor miljøeffekt. Det handler ofte om et tett samarbeid med en leverandør som kjenner deg og din arbeidshverdag. Norengros gir profesjonell veiledning og miljøtips i hele prosessen, fra idé- og behovsanalyse, til varene er levert og i bruk.

Hos Norengros får du alt du trenger på ett sted. Enkelt og effektivt for deg - bra for miljøet.

Tenk miljø når du handler – det gjør vi!

DINE RÅD KAN VÆRE VIKTIGE UNDER HELE BEHANDLINGEN

Forebygging av underernæring hos personer med kreft kan utgjøre en positiv forskjell¹

Mindre Volum

Kun 125 ml
18 g protein
300 kcal
6 gode smaker

Mer Næringstett

Ekstra høy energitettethet med 2,4 kcal per ml.

Mer Effektiv

Bedre compliance fører til forbedret ernæringsmessig status og større vektøkning.²

Kreftpasienter har økt behov for protein for å bevare styrken under sykdomsbehandlingen.³ Det kan være vanskelig å få dekket behovet for protein- og energi gjennom et vanlig kosthold, på grunn av fysiske komplikasjoner eller bivirkninger som f.eks. kvalme. Derfor kan en kompakt

medisinsk næringsdrikk være et godt tilskudd. Nutridrink Compact Protein er den næringsdrikken med det høyeste innholdet av kalorier og protein per ml. på markedet i dag. Nutridrink Compact Protein er tilsatt essensielle vitaminer og mineraler og kommer i seks gode smaker.



Hjelp til å bevare kreftene gjennom behandlingen

1. Burden ST et al. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017.

2. Jobse et al. Compliance of nursing home residents with nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status. J Nutr Health Aging. Nov 2014.

3. Arends J, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2016;doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015:1-109.

Nutricia Norge AS

Tlf.: +47 23 00 21 00, Fax +47 22 44 88 88, E-post: nutricia@nutricia.no, www.nutricia.no

NUTRICIA
Nutridrink
Compact Protein

Innhold



04 | 2018 Sykepleien

Utgivelsesdato: 26. april

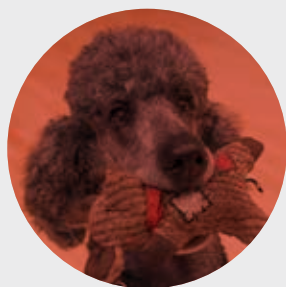
Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Forsidefoto: Eivor Hofstad



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 12 Sykehjem får elektro-
nisk medisinsk utrustning
- 14 I nyhetene:
Pollenekspert
Grethe Amdal
- 16 På jobb
i Nordsjøen
- 28 Dyr i helsevesenet:
Terapi på fire ben
- 36 Finnmark:
Sykepleiere i distriktene
må improvisere



På jobb som
terapihund. **28**



Sykepleie

- 50 Åpne refleksjonsgrup-
per gir mer diskusjon
- 54 Betre oppfølging
av diabetes aukar
livskvaliteten
- 58 Når demens rammer
midt i tidsklemma
- 60 Koordinerende
praksisveileder gir mer
fornøyde studenter
- 66 Etikk: Hva ser vi,
og hva overser vi?
- 68 Slik kan sykepleiere
bedre helsen til perso-
ner med schizofren



Vil fremtiden
dømme oss? **66**



Påfyll

- 78 Dikt
- 79 Bokomtaler
- 79 Liv laga: Heltidsfella
- 80 Bokanmeldelser
- 81 I bokhylla mi:
Åshild Fause
- 82 Fakta: Ny avtale
om pensjon
- 84 Quiz og kryssord



Helsebror er
blitt spaltist. **78**



Meninger

- 86 Eli Gunhild By
om lønn
- 87 Tove Aminda Hanssen
om master og resultater
- 88 Bjørn Stensrud om
tvungen psykisk
ettervern
- 90 Tett på Cathrine Krøger
- 95 Kunngjøringer



Sablet ned pen-
sumbøkene. **90**

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Nyhetsredaktør:** Kjell Petter Eidsten tlf: 22043359

Journalister: Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik, Eli Smedstad.

Sykepleien Forskning: Tove Aminda Hanssen, Signe Marie Flåt. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum, Eivind Solfjell.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

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

Repro og trykk: Sörmlands Grafiska

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT



Sykepleiere i primærhelseteam skal ta seg av pasienter som legen tidligere ikke har fått betalt for å prioritere.

En sykepleier for alt fastlegen ikke har tid til



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Sykepleiere trenger ikke å møte fremtiden i frykt for å bli overflødige. Uansett hvilket scenario forskerne trekker frem, vil behovet for sykepleiere bli umettelig i årene som kommer. Derimot kan leger og helsefagarbeidere få konkurranse fra moderne diagnostiserings- og velferdsteknologi.

Det kan hende at sykepleiernes oppgaver i fremtiden blir mer utflytende når kommunene underbemanner helse- og omsorgstjenesten. Forsker Håvard Vike har pekt på at sykepleiere står i fare for å ta på seg stadig nye og også trivielle oppgaver i ren empati med pasienten. Et annet scenario kan bli at den kroniske mangelen på tilstrekkelig kompetanse i helsetjenesten fører til at sykepleiere må overta flere av legens oppgaver. Det vil gi bedre ressursutnyttelse.

TETT SAMARBEID

Det siste kan allerede gå i oppfyllelse når forsøkene med såkalte primærhelseteam nå sparkes i gang. Åtte kommuner har etter påske, med Helse- og omsorgsdepartementets velsignelse, etablert forsøk med primærhelseteam ved fastlegekontorene.

Teamene skal bestå av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Ifølge helse- og omsorgsminister Bent Høie, som åpnet ballet i forsøksbydelen Alna i Oslo, er målet at sykepleiere og leger skal samarbeide tett om oppfølgingen av pasienter som fastlegen med dagens system sliter med å gi nok oppmerksomhet til.

Sykepleierne i forsøket skal altså ikke bli avanserte helsesekretærer, men heller overta en del av fastlegenes mange oppgaver. De skal avlaste legene og jobbe selvstendig – men under legens vinger.

FLERE DIAGNOSER

Det er særlig personer med psykiske problemer, rusavhengige, skrupelige eldre og ikke minst kronikere som skal få nytte godt av sykepleiernes inntog på fastlegekontorene. Det er grupper som enten ikke selv oppsøker fastlegen, eller som fastlegene oppgir at de ikke har nok tid til. Pasientene kommer kanskje til fastlegen med ett problem, og får behandling for det, mens andre diagnoser kan gå under radaren.

Bedre oppfølging gjennom en sykepleier som er knyttet til

fastlegekontoret, skal sikre et mer systematisk arbeid for å forhindre at disse pasientene får forverret sin helsetilstand. Sykepleieren i primærhelseteamet vil med andre ord dempe presset på kommunens institusjonsplasser. Det er en vann-vinn-situasjon for kommunene.

Akkurat hva sykepleierne skal gjøre, og hvilke oppgaver de skal avlaste legene med, er Høie foreløpig ikke like klar på. Han mener at forsøkene vil vise hva som er lurt og ikke lurt. Piloten, som til sammen vil involvere et titalls sykepleiere, vil bli evaluert etter tre år. Da vil departementet også avgjøre om ordningen utvides og kanskje innføres overalt.

NØDVENDIG NYTENKNING

Kommunehelsetjenesten skriker etter min mening etter nytenking. Men «tradisjonell» innovasjon har som regel vært forbundet med innføring av ny velferdsteknologi. Det er derfor gledelig at myndighetene nå tar (forsiktede) organisatoriske grep i utformingen av fremtidens helsetjeneste.

Fastlegeordningen blir av Legeforeningen gjerne definert som en ubetinget suksess, men mange fastleger sliter med for mange oppgaver, og rekrutteringen er det visst så som så med. Fastlegens forretningskonsept bygger heller ikke alltid opp under kommunehelsetjenestens sammensatte behov. Kommunene vil gjerne at fastlegene skal bruke mer tid på å forebygge og ta seg av svake pasienter som ikke møter opp på kontoret. Men fastlegene tjener bedre på å betjene mange relativt friske pasienter.

Fra et samfunnsmessig perspektiv er det snodig at ikke fastlegene har tenkt på at de kunne bruke nettopp sykepleiere til å tette hullene i sitt tilbud til befolkningen. Men det henger nok sammen med at legene ikke har fått penger til å kunne drifte slike sykepleiere på kontorene sine.

FRISKE MIDLER

Det blir det nå en endring på. Fastlegekontorene som er med i piloten, vil få tilført friske midler, slik at sykepleierne ikke blir et tapsprosjekt for legene. Legene vil fortsatt sitte i førersetet, og hele forsøksordningen med primærhelseteam vil inngå i fastlegens faglige ansvar.



Illustrasjon: Marie Rundereim

Slik sett er det intet nytt under solen. Sykepleierforbundet hadde opprinnelig ønsket seg noe mer «visjonært» enn at sykepleiere skulle få lov til å bli ansatt i fastlegetjenesten. Når samhandling i kommunehelsetjenesten er problemet, kunne man gjerne ha sett for seg andre typer løsninger som hadde gitt sykepleiere en mer selvstendig og fri rolle. Selvstendige «fastsykepleiere» med egne takster kunne godt betjene den voksende gruppen av skrupelige eldre og kronikere, uten at det hele ble styrt av en fastlege som først og fremst ser mot egen listepopulasjon.

Men denne gangen ei. Høie har nok ikke turt å legge seg ut med Legeforeningen ved å sette i gang en ordning som ikke bygget på allmennlegenes overlegne mandat.

ENESTÅENDE SJANSE

Slik det nå er innrettet, vil forsøkene med primærhelseteamene likevel gi oppegående sykepleiere en enestående sjanse til å vise hva de er verdt. Det vil være behov for sykepleiere som kan gjennomføre systematiske kartlegginger av helsetilstand og egenomsorgsevne. Utredning av vanlige helseplager hos utsatte

«Akkurat hva sykepleierne skal gjøre, og hvilke oppgaver de skal avlaste legene med, er Høie foreløpig ikke like klar på.»

pasientgrupper vil også være en del av jobben. De som har master i avansert klinisk sykepleie, vil være godt egnet til å gå inn i den nye jobben.

Om ordningen lykkes, vil trolig avhenge av i hvilken grad leger og sykepleiere klarer å samarbeide i praksis – uten at det påfører legene varige skader i deres faglige intimsfære. Her vil sykepleierne antakeligvis ha de beste forutsetningene, siden de er vant til å måtte forholde seg til ulike helseprofesjoner på de fleste arbeidsplasser.

Om fastlegene – som er vant til å gå mer solo – viser en like stor evne til å gi fra seg noen av sine oppgaver for å kunne fungere bedre i andre, gjenstår å se. ●

barth.tholens@sykepleien.no

gsk

VISSTE DU AT HEPATITT KAN SMITTE VIA SEKSUELL KONTAKT?

HEPATITT A

HEPATITT B

UNNGÅ SYKDOM PÅ REISE. SNAKK MED LEGE/REISEKLINIKK OM FOREBYGGING.

Hepatitt A og B er to av mange infeksjonssykdommer du kan risikere å bli utsatt for på reise. Det er flere måter du kan bli smittet på, og smitte kan skje selv om du er forsiktig. De vanligste smitteveiene er gjennom mat og drikke, ved ubeskyttet sex eller gjennom kontakt med urent medisinsk utstyr

REFERANSER *Hepatitis A Fact sheet WHO 2015* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/ || *Hepatitis B fact sheet WHO 2015* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/ || *Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities* www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101

Mars 2018: NOR/TH/0002/17(1)

SJEKK HVILKE
INFEKSJONER DET KAN
VÆRE ØKT RISIKO FOR
DIT DU SKAL OG FINN
NÆRMESTE REISEKLINIKK:

VAKSINE.NO



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 04 | 2018

Nyhet – Reportasje – Tema

SPRER GLEDE. Kaira (11) har satt fra seg krykkene og gleder seg over å være sammen med Mattis. Foto: Erik M. Sundt



Mattis på jobb

Dyr i helsevesenet. Kongepuddelen Mattis jobber som terapihund på Catosenteret. **28**



Nordsjøen. Sykepleierjobb utenom det vanlige. **16**



«I distriktene må du improvisere hver dag.» Anne Giæver, sykepleier i Finnmark. **36**



Pollensjokk. Mange går med ubehandlet astma. **14**



Drammen kommune investerer nærmere 10 millioner kroner for å minimere mulighetene for feilmedisinering på sykehjem.

Sykehjem i Drammen får elektroniske medisinskap

• Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

På Strømsø bo- og service-senter låser klinisk spesialsykepleier Sunita Grizovic seg inn på medisinerommet.

I desember i fjor ble hyllemetere med medikamenter erstattet med moderne høyteknologi på denne institusjonen, som ligger sentralt i Drammen.

Det elektroniske medisinskapet ser ut som et trippelt kjøleskap med en dataskjerm i midten. Via skjermen logger Grizovic seg på systemet. Her finner hun frem til riktig beboer, medikament og dose.

En av skapets mange skuffer spretter ut. I skuffen er en liten luke åpen. Der ligger en ampulle med Midazolam.

HOLDER OVERSIKTEN

– Vi har jobbet veldig mye med sikker legemiddelhåndtering her, og dette er et flott hjelpemiddel i så måte, sier Grizovic, som har 23 års fartstid på institusjonen.

– Det må likevel understrekes at slik teknologi kan ikke erstatte kunnskap og faglighet. Man må alltid ha hodet med seg!

Systemet lagrer hvem som henter ut hva slags medisin i hvilken mengde, når, og til hvilken pasient. Det kan holde oversikt over totalbruk, gjenværende beholdning og medikamentenes holdbarhet. Blant annet. Det ikke er mulig

å ta ut andre legemidler enn det legen har ordinert. Systemet lagrer hvor mye hver enkelt pasient har fått tidligere, og doser som ikke blir administrert, skal deponeres tilbake i en egen skuff og registreres som retur på riktig pasient.

Nå jobbes det mot at systemet i Drammen skal fullintegreres med pasientjournal og apotekbestillinger.

PASIENTSIKKERHET

Satsingen i Drammen er resultatet av et bystyrevedtak fra 2014. I 2016 ble det gjennomført kartlegging og utarbeidet kravspesifikasjon.

Strømsø bo- og servicesenter var først ut av totalt ni kommunale sykehjem, som alle i løpet av

seg på sikt, sier sykepleier Ingjerd Sørhaug Bratsberg, som er fagrådgiver for Marienlyst Helse- og omsorgsdistrikt i Drammen, hvor blant annet Strømsø bo- og servicesenter er en avdeling.

I tillegg til økt pasientsikkerhet, er målet at investeringen skal eliminere misbruk og svinn, samt gi økonomiske besparelser gjennom redusert lagerbeholdning og mindre kassasjon.

– Vi har gjort en liten test nå i vår, og ser at vi har spart ganske mye de første tre månedene på medikamentinnkjøp, sier Bratsberg.

– Samtidig sparer vi pasienter for plager når noe går galt. Vi sparer også kostnader knyttet til å nøste opp i avvik. Alle uttak og all påfylling av legemidler skjer nå elektronisk og er sporbart, og man kan ta ut rapporter over alle aktiviteter på skapet. Og sjansene for å feilmedisinere har blitt minnert, hevder hun.

– Dette gir ingen lukket legemiddelsløyfe, men det er et viktig steg på veien.

FARLIG FEILMEDISINERING

Feilaktig legemiddelhåndtering anses som en betydelig utfordring i norsk helsevesen.

I 2016 ble det ifølge Helsedirektoratets årsrapport fra Meldeordningen registrert 1866 feil knyttet

Fakta ●●●●

Lukket legemiddelsløyfe

En lukket legemiddelsløyfe innebærer at all ledd i legemiddelhåndteringen – fra forordning til administrering – registreres og dokumenteres elektronisk, og gjerne at det også finnes digital beslutningsstøtte for valg der dette er relevant.

Et slikt system skal ideelt sett bidra til at rett pasient alltid får rett medisin i rett dose til rett tid ved rett administrasjonsform.

I boka «Den digitale helsetjenesten» hevder Hans Nielsen Hauge at norske sykehjem har et stort potensial for forbedring av den medikamentelle behandlingen dersom det satses på lukkede legemiddelsløyfer.

Ifølge Hans Nielsen Hauge, er det ennå ingen norske institusjoner som kan fremvise en fullstendig lukket legemiddelsløyfe.



«Slik teknologi kan ikke erstatte kunnskap og faglighet.»
Sunita Grizovic, klinisk spesialsykepleier

året skal være oppe å gå med elektroniske medisinskap og ditto traller. I tillegg skal alle fem avdelinger ved korttidsinstitusjonen Drammen helsehus få hvert sitt skap.

– Det koster noen kroner i innkjøp, det er klart, men vi mener det er en investering som lønner



ENKELT: Klinisk spesialsykepleier Sunita Grizovic anslår at det tar en snau halvtime å lære seg å operere det elektroniske medisinskapet for dem som kun skal kunne ta ut legemidler.

til legemiddelhåndtering i spesialisthelsetjenesten. Over hundre av disse førte til betydelig pasientskade, og i 22 tilfeller ble det meldt at pasienten døde.

En tilsvarende nasjonal oversikt for kommunehelsetjenesten finnes ikke, men mye tyder på at tallene også her er høye.

I doktorgradsavhandlingen til Kjell H. Halvorsen fra 2012, ble det hevdet at hver tredje sykehjemspasient opplever feilmedisinering.

Siden den gang har samhandlingsreformen bidratt til at stadig sykere brukere skrives ut til kommunene, noe som gjør sikker legemiddelhåndtering mer utfordrende og viktigere.

FLERE YRKESGRUPPER MÅ SAMARBEIDE

Med sin satsing blir Drammen etter alt å dømme den første større kommunen i landet som får implementert elektroniske medisinskap og traller i alle sine sykehjem. Ingjerd Sørhaug Bratsberg råder andre kommuner som vurderer å satse digitalt til å tenke tverrfaglig.

– Vi har en egen farmasøyt ansatt på prosjektet. Det har vært helt avgjørende for at vi har lyktes så godt som vi har gjort. Samtidig har vi hatt et tett samarbeid med Drammen IKT, som har vært med helt fra dag én.

Bratsberg anbefaler ellers å sette av god tid til planlegging.

– Det er viktig at man går gjennom de rutinene man har, og ser på hva man ønsker å få bukt med av avvik.

VIKTIG Å HA KONTROLL

Spesialsykepleier Sunita Grizovic forteller at hun generelt er veldig mottakelig for nye teknologiske hjelpemidler.

– Løsninger som disse medisinskapene bedrer helt klart pasientsikkerheten. Beboere på sykehjem er blitt mye dårligere de siste årene, og det er så viktig å ha kontroll

«Det er mye medisiner som ligger altfor lett tilgjengelig»

Sunita Grizovic, klinisk spesialsykepleier

på medisinbruken, sier hun.

– Jeg skulle ønske alle sykehus også fikk slike skap, ikke minst for håndtering av A- og B-preparater. Det er mye medisiner som ligger altfor lett tilgjengelig på norske sykehus. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



Et skånsomt alternativ!



aminoJern er et lavdose jerntilskudd som er snill mot magen og samtidig gir et svært godt opptak. Man kan ta det til måltider og sammen med all type mat uten at effekten reduseres. aminoJern inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser.

aminoJern er tilgjengelig hos Vitus/Ditt Apotek, i helsekostbutikker og på supervital.no.

Les mer på aminojern.no

For prøver, brosjyrer og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 76.



VITALKOST

Dokumentert effektiv og skånsom!



– Mange med pollenallergi går med ubehandlet astma, sier Grethe Amdal, sykepleier med pollenekspertise.

Da helgen ble et pollensjokk

Tekst **Marit Fonn** • Foto **LHL**

Fakta

Aktuell som

Aktuell som: Sykepleier og helserådgiver i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL).

Alder: 55 år

Bakgrunn: «En million nordmenn sliter med pollenplager» sto det i Romerikes blad 14. april. «Mange glemmer ubehaget», sto det også. Det var sykepleier Grethe Amdal som kommenterte. Hun forklarer til avisen hvorfor helgen ble et pollensjokk for mange allergikere. I 13 år har Amdal hatt pollenallergi som spesialområde.

Pollenallergi kalles også høysnue eller sesongallergisk rhinitt.

Hva er pollenallergi?

– Immunforsvaret reagerer på proteiner i pollen-korn fra trær og planter.

Hvordan stilles diagnosen?

– Det kan avdekkes med en grundig anamnese (sykehistorie) der man ofte supplerer med en prikktest eller blodprøve.

Er det mange som tror de har allergi, som ikke har det – og omvendt?

– Ja, helst omvendt. Flere går rundt snørret og nyser på samme tidspunkt hvert år, uten å kople. De plages mer enn de må. «Jeg har ikke så store plager», sier noen, men så sier de også at på det verste orker de ikke å gå ut.

Ditt beste råd?

– Start medisineringsen en uke før spredningen starter. Hvis ikke du rekker det, er det bare å hive seg på.

Kommer pollenet sent i år?

– I sør og øst er or og hassel omsider i full gang med å spre pollen. Bjørkepollenet er like rundt hjørnet. Det er tøft uten pause imellom. Or og hassel styres av temperatur, derfor sen sesongstart. Bjørk er mer avhengig av lyset, og sprer pollen omtrent samtidig hvert år.

Symptomer?

– Tett nese og rennende øyne. Mange er trøtte og ukonsentrerte. Det kan føles som influensa. Er du tett i nesa, sover du dårlig. Mange spør om de blir trøtt av antihistaminer. Men man blir jo trøtt av allergien også.

Bjørken er verst?

– Ja, flest er allergisk mot den. Den sprer seg over store avstander. Og bjørkeskogen blir større og større.

Hva skjer hvis du ikke tar medisin?

– Du plages mer enn du hadde behøvd. Medisinen må tas hver dag. Mange slurver på dager med lite spredning.

Kan sykepleierne nok om dette?

– Jeg antar nei. Da jeg jobbet på lungerehabiliteringen, var ikke pollenallergi et tema. Synd, for øvre og nedre luftveier henger sammen.



Og det betyr?

– Pollenbesvær kan føre til astma. Mange med pollenallergi går med ubehandlet astma.

Det er ikke bra?

– Nei, det medfører hoste og tung pust. Redusert kapasitet på jobb og i fritid.

Er du selv allergisk?

– Ja, mot bjørk. Jeg er heldig og har fått det lettere med årene.

Hvem er mest utsatt?

– Større barn, ungdom og unge voksne. Man kan vokse det av seg. Allergi kan også oppstå i voksen alder.

Hva er best behandling?

– Man trenger ikke nødvendigvis både tabletter, nesenspray og øyedråper. Man trenger ikke kortison i nesen hvis man ikke er tett.

Hva med vaksine?

– Hjelper ikke tablettbehandling, som demper symptomene, kan vaksine være noe. Den gjør at kroppen tolererer allergenet. Men du må være motivert.

Hvorfor?

– Du må ta tabletter eller sprøyter hver dag i flere år. Vi har begynt med dråpevaksine. Det er lettere å administrere enn sprøyter. Barn har god effekt av vaksine. Pluss at det forebygges for å utvikle astma.

Hva skulle du visst mer om pollenallergi?

– Hvorfor flere får det. Hadde vi hatt klarere svar, kunne vi forebygget bedre. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleien arrangerte debatt om angst- og sovemedisiner

• Tekst **Barth Tholens**



FORTALTE OM AVHENGIGHET: Den tidligere medikamentavhengig pasienten Tore Bakken fortalte sin historie under debatten på Kulturhuset i Oslo.

TEMAUTGAVE: Sykepleiens temautgave, **Pillenes pris, kom ut like før påske. Bladet inneholder blant annet en undersøkelse der over 1000 sykepleiere har svart på spørsmål om sine erfaringer med angst- og sovemedisiner.**

Hver fjerde sykepleier mener det brukes for mye angst- og sovemedisiner på sin arbeidsplass, var et av resultatene.

Medikamentintoleranse gjør ofte ting verre for mange pasienter:

De sitter igjen med alle bivirkningene, mens de opprinnelige problemene med angst og søvnløshet er som før. Hvem har ansvaret for at det skjer?

Dette var temaet da Sykepleien arrangerte debattmøte på Kulturhuset i Oslo 5. mars. Sykepleiens temareddaktør Liv Bjørnhaug Johansen innledet om hovedkonklusjonene fra Sykepleiens undersøkelse. Deretter snakket et panel som besto av Elisabeth Kjølrsrud, leder av Rådet for sykepleieetikk,

og lege Tom Vøyvik, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, om pilleravhengighet. Øvrige deltakere var Tore Bakken, tidligere medikamentavhengig pasient, og Steinar Madsen i Legemiddelverket. Disse har også bidratt med artikler i Sykepleiens utgave «Pillenes pris».

Møtet ble arrangert i samarbeid med Tidsskrift for Den norske legeförening.

Du kan se opptak av debatten på sykepleien.no • barth.tholens@sykepleien.no



Ved å scanne QR-koden kommer du direkte til opptaket

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels™**



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjerner og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no



OVERBLIKK: Sykepleier Wenche Vågeng, har SAR-uke (search and rescue) og er på redningsøvelse med helikopter. I bakgrunnen sees Oseberg feltcenter med A-plattformen i midten, flankert av B til høyre og D til venstre.

Godt betalte sykepleiere i kjeledress

Tekst Eivor Hofstad • Foto Erik M. Sundt



Fra et helikopter ser sykepleier Wenche Vågeng ned på sin arbeidsplass på Oseberg. Hun er en av de 318 offshoresykepleierne i Norge.

Det likner et årsmøte i teletubbie-foreningen: 16 gulgrønne skikkelser sitter i andektig stillhet i filmrommet en mandags ettermiddag på heliporten, som lufthavnen for helikopter heter, like ved Bergen lufthavn. Føttene er fanget i klamme cherrox, og kroppene er inntullet i tjukke overlevelsedraktar.

Alle ruller lydig øreproppene mellom fingrene, slik mannsstemmen på filmen formaner. Mobiltelefonene er lagt igjen i låsbare skap, og ingen håndbegasje er med.

MISTET KOLLEGER I ULYKKE

En av dem, anestesisykepleier Reidun Hestetun (55), er klar til avreise for to uker med

tolvtimersvakter på Statoils Oseberg feltcenter, tolv mil vest for Bergen.

– Jeg liker jobben min godt. Det beste er folkene og den store variasjonen i arbeidsoppgavene. Ved siden av å være trygg på akuttmedisin, må vi være selvstendige og kunne mestre stress, sier Hestetun.

Selv om de fleste i rommet har sett sikkerhetsfilmen hundrevis av ganger før, er det full konsentrasjon. De vet hva som står på spill. Det er mindre enn to år siden den fatale Turøy-ulykken da et helikopter fra Gullfaks-plattformen mistet rotoren. Det styrtet i sjøen, og alle de 13 om bord mistet livet. Nå brukes ikke den helikoptertypen i Norge lenger.

– Vi kjente pilotene. De var kollegene våre, så det ble veldig nært, sier Hestetun.

PASSER PÅ ØRENE

Vel plassert inne i helikopteret må nødpeilesenderen plasseres i brystlommen og øreklokker settes utenpå øreproppene. Hørselsskader er blant de vanligste yrkesskadene hos offshorearbeidere, så her må det forebygges. Bare fem minutters skjodesløshet i løpet av en arbeidsdag kan gi varig tap av hørselen, står det i brosjyren fra Statoil.

Trepunktsselen festes så tivolistemningen stiger i magen. Piloten ønsker velkommen om bord og setter på musikk.

Helikopteret tar av i mørket. Det er som å sitte i en kjempemiksmaster på lav hastighet. Rumba med Gunn og Di Derre kverner i øregangene.





SELVLYSENDE: Offshorearbeidere kommer på jobb i de tunge og stive overlevelsesdraktene. Oseberg feltcenter (Oseberg A, B og D) har to helikopter-ankomster og -avganger per dag.

➔ Etter 40 minutters søvndyssende rising kommer lysende felt til syne rundt omkring, som små juletrær stikkende opp av sjøen. Det er mennesker på dem alle, døgnet rundt.

HØY LØNN

Kjønnsfordelingen blant offshoresykepleierne er cirka fifty-fifty. I Norsk Sykepleierforbund (NSF) står 30 kvinner og 35 menn oppført som offshoresykepleier i medlemsregisteret per 26. februar 2018.

På Oseberg A-plattformen er de seks sykepleiere totalt, fire menn og to kvinner som deler jobben i rotasjon med to uker på og fire uker fri.

– Kanskje de som søker seg offshore, er mer opptatt av status og høy lønn, foreslår Hestetun som en mulig forklaring på den uvanlige kjønnsfordelingen blant offshoresykepleierne.

Hun tipper årslønna til de fleste offshoresykepleiere etter noen år fort havner over

«Dette er ikke noe for aleneforeldre.»

Reidun Hestetun



millionen, med alle tillegg og kursing i friperiodene inkludert.

– En offshoresykepleier tjener typisk 2–300 000 mer enn en sykepleier i det offentlige, sier Atle Houg Ringheim, helseansvarlig for Statoils virksomhet på norsk sokkel.

– Noen har høyere inntekt, men det har med overtid og variabel lønn å gjøre. Det vil også avhenge av bakgrunn, erfaring og slikt på samme måte som hos andre arbeidsgivere, legger han til.

Plattformsjef Roger Næss foreslår en annen forklaring på at det er flere menn blant sykepleierne til havs enn blant dem på land:

– Det å søke seg offshore følger et gammelt kjønnsrollemønster. Det er ennå ikke vanlig at kvinner med små barn jobber offshore, slik det kan være for menn med små barn.

– Ja, dette er ikke noe for aleneforeldre, kvitterer Hestetun.

– Jeg var alenemor selv, og ventet til datteren min ble 19 før jeg begynte offshore.



MER ENN FJORDGLØTT: Reidun Hestetun tar daglige runder på plattformen for å sjekke hvordan HMS-ståa er. Det blir minst 10 000 skritt per dag, mye frisk havluft og utsikt med sug i magen.

Fakta

Eksempel på lønn for sykepleier offshore:

LTA TEKST	Antall	Grunnlag. /Sats	Beløp
303 Skiftkomp. Timelønn	66 069,36	8,00	5 285,57
322 Tillegg pr. time. offshore	168,00	70,94	11 917,92
350 Virkelig arbeidet tid	4,00		
362 Normarb. timer gr.løn T:5	168,00	393,27	66 069,36
610 Gruppeliv			-193,47
611 Koll. Ulykkesforsikrl			-1 262,28
822 Bilgodtgi. lav sats	116,00	1,50	174,00
832 Kost skattepliktig	14,00	79,00	-1 106,00
833 Diverse utlegg	1,00	510,00	510,00
910 Forskuddstrekk 39 %		85 305,00	-33 268,00
940 Fagforening (Industri Energi)		83 272,83	-529,00
944 Klubbkasse (I&E)			-50,00
945 Advokatforsikring (I&E)			-59,00
		Netto utbetalt	<u>50 050,85</u>

MÅNESLØNN: En typisk lønsslipp for offshore-sykepleier med maks ansiennitet i 100 prosent stilling, fra oktober 2017. Sykepleieren har fått den fra en offshore-sykepleier som ønsker å være anonym, og er ikke noen av dem som er intervjuet i saken.

120 SYKEPLEIERE

Alle installasjoner som har en bemanning på over 14 stykker, har også en sykepleier. Til sammen har Statoil rundt 120 sykepleiere.

Per 26. februar 2018 jobbet det 318 sykepleiere offshore i Norge, får vi vite av Bente Lyngfoss, førstesteforfatter av en artikkel om offshore-sykepleiere i Sykepleien Forskning. De aller færreste av dem er medlem i NSF. Det er vanligere at de er med i andre forbund som er mer representert i oljesektoren.

OMSKOLERING

Oseberg A-plattformen er en stødig betongkonstruksjon plassert på hundre meters dyp. Her strømmer det for tiden opp rundt 58 000 fat olje per dag. Her lander helikopteret, og passasjerene kommer seg ut til frisk vind og sludd.

– Første gangen jeg dro ut offshore, var veldig spesielt, forteller Reidun Hestetun.

– Jeg følte meg litt liten. Jeg var alene som sykepleier i en fremmed verden.

Etter seks år kom hun til Oseberg feltsenter, hvor hun slapp å være alene. Her har hun vært i ti år.

– Det har vært som en 16 år lang omskolering fordi jeg har måttet lære meg så mye nytt. Offshore-sykepleiere blir litt poteter. Vi har en variert jobb med stort ansvar, for her er ingen leger om bord. Men vi har leger på land som vi ringer ved behov.

Sykepleierne har delegert myndighet til å starte behandling ved akuttmedisinske tilstander som for eksempel hjerteinfarkt, lungeødem, astma, strømskader eller traumer. De kan også administrere medikamenter for disse tilstandene.

NY SIKKERHETSFILM

Alle førstegangsreisende må se enda en sikkerhetsfilm ved ankomst til plattformen. Den handler om de ulike alarmene vi kan komme til å høre, og hvor vi skal gå hvis det skulle skje.

235 personer bor i det som ser ut som en hvit sukkerbit som henger ut fra den ene siden av plattformen. «Sukkerbiten» består av trange

korridorer og supersmå rom på to–tre kvadratmeter. De har akkurat det man behøver: seng, dusj, do, vask, skap og tv. Ingen får låse rommene sine. Verdisakene etterlates på rommet, og bare en sjelden gang siden Oseberg startet opp i 1988, har det hendt at noen har savnet noe når de skal dra hjem. Her stoler de på hverandre og setter sikkerheten først.

LITE HIERARKI

Det er merkelig stille i korridoren. Her er alltid noen som sover, siden det jobbes skift. Derfor holdes praten til utenfor korridoren.

– Det tok litt tid før jeg vente meg til miljøet her ute. Det var veldig annerledes enn det kvinnedominerte sykehusmiljøet jeg kom fra, sier Hestetun.

– Hvordan da?

– Det er veldig direkte, man kaller en spade for en spade. Det er ikke så akademisk, ingeniørene sitter mest på land.





Fakta



SAR-basene:

SAR står for Search and Rescue.

- Statoil har fire SAR-baser ulike steder på norsk sokkel: ved Statfjord B, Oseberg feltcenter, Heidrun og ved Stavanger lufthavn Sola.
- Statoils SAR-tjeneste yter også støtte til plattformer som tilhører andre selskaper, og kan også rekvireres av Hovedredningssentralen ved ulike redningsoperasjoner, for eksempel ved akutt sykdom eller skade om bord på fiskebåter.
- Statoils fire SAR-helikoptre hadde 200 luftambulansoppdrag i 2017.
- Av dem var 53 røde oppdrag (akutte oppdrag), 124 gule oppdrag (hasteoppdrag) og 23 grønne oppdrag (ikke-hasteoppdrag).

TO MIDDAGER: Wenche Vågeng kan velge mellom to ulike middagsretter pluss salatbar og dessertbord. Der er til og med frokost for dem som skal på nattevakt. Foto: Eivor Hofstad



Her er mange ulike fagfolk som har tatt yrkesfaglig utdanning, og det er lite hierarki her. Jeg liker det godt. Man kan bli leder her uten å ha en lang utdanning.

I hver etasje er det et felles tv-rom hvor folk samles. Røykerommene har akkurat blitt halvert til fire på Oseberg A, et på B og et på D, som er de to driftsriggene som er forbundet med gangtunneler til A. Mange har sluttet å røyke nå, men fremdeles er det noen som holder ut. Sykepleierne har fått beskjed fra plattformsjefen om å dele ut nikotinsubstitutter som tyggis og plaster rundhåndet.

GENERASJONSSKIFTE AV SYKEPLEIERE

Reidun Hestetun har mange års erfaring som anestesisykepleier fra både Stavanger og Bærum. Eldreomsorg har hun også vært innom. Skal man bli offshoresykepleier, krever Statoil minst fem års relevant klinisk erfaring pluss utdanning innen enten intensiv- eller anestesisykepleie, selv om det ikke er et myndighetskrav.

– Med de kravene blir man vanligvis ikke aktuell som sykepleier hos oss før man er minst 30 år, sier Anne Britt Holmedal i Statoil, som er en av dem som leder offshoresykepleierne fra et kontor på land.

De er akkurat ferdige med rekruttering av elleve nye sykepleiere. Nå skal de rekruttere minst ti til i løpet av 2018–2019.

– *Hvem er drømmesykepleieren din?*

– Den som har blålys i panna når det er nødvendig, har en ryggsekk full av klinisk erfaring, er ydmyk og trives med å arbeide i kjeledress og med sikkerhetsoppgaver.

Mange av medarbeiderne er godt voksne, og Holmedal ser for seg et generasjonsskifte i årene som kommer.

– *Fem deler av Osebergs olje- og gassreservoarer er tatt opp, nå er det bare én del igjen – er det så mye å rekruttere til?*

– Å ja! Det vil være drift på Oseberg i mange år fremover. Det gjøres stadig nye funn som

bidrar til å holde produksjonen oppe, sier Holmedal.

VARIERT MENY

Klokka har blitt over halv åtte på kvelden. Når Reidun Hestetun har plassert sakene sine på rommet i sjuende, blir det middag sammen med sykepleierkollega Wenche Vågeng (55), som allerede har vært en uke om bord. På vei inn til matsalen passerer de oppslagstavla hvor det henger lister man kan skrive seg på for innebandy, spinning og annen trening.

I spisesalen står bordene på hver side av midtgangen. En jovial svenske i arbeidstøy setter seg med sykepleierne og SAR-teamet og spøker med kollegaen som sitter alene ved et bord på motsatt side av midtgangen:

– Det er på denne siden de sitter, de som tjener over en million!

Latteren sitter løst.

Etter middagen må Reidun Hestetun først vise



EKSTRA PILLER: Administrasjonskonsulent Nina Indrebø får to prednisolon-tabletter så hun holder psoriasisartritten i sjakk til hun reiser hjem dagen etter.

Sykepleien en runde rundt på utsiden, slik at vi vet hvor livbåtene er. Da må vi på med kjeledress, vernesko, hjelm, øreklokker, vernebriller og hansker. Det er mange ganger, dører, trapper og rør på kryss og tvers. For hver gang vi går inn et sted, må vi ta på blå plastposer på beina, selv om vi er tørre og reine.

HAND OVER

Så er det tid for rapport fra Wenche Vågeng til Reidun Hestetun. Eller hand over, som det heter på offshorsk.

Vågeng har hatt sin HMS-uke og skal nå over til SAR-uke. De tar heisen opp til helsekontoret i åttende, som likner et hvilket som helst legekontor med undersøkelsesbenk, diverse medisinskteknisk utstyr og stol for blodprøvetaking. Informasjonsoverleveringen tar minst en halvtime. I tillegg ringes de alltid på telefon kvelden før den nye sykepleieren kommer ut.

Hestetun får vite om han som er litt pjusk, som

«Luftveisinfeksjoner er det mye av her ute siden vi bor så tett.»

Reidun Hestetun

skal komme innom kontoret neste morgen for å ta CRP.

– Luftveisinfeksjoner er det mye av her ute siden vi bor så tett. Vi har lav terskel for å isolere, dersom vi mistenker influensa, forklarer hun.

Og så var det han som hadde glemt at han hadde Paralgin forte i toalettveska. Han oppga dem imidlertid på et eget skjema da han skulle reise ut, og de ble lagt i en medikamentkonvolutt hvor en kopi sendes helsekontoret på installasjonen og en kopi beholdes av sikringskontrollør på heliporten. Siden verken A- eller B-preparater er lov å ha med offshore, må de leveres til sykepleierne, som låser dem forsvarlig inn til de skal reise hjem igjen.

Når klokka er halv ti, er det klart for senga. Neste morgen skal begge sykepleierne være fite for fight og tolvtimersvakt fra klokka sju.

EN LITEN BYGD

Etter frokost starter Reidun Hestetun dagen med konsultasjoner fra klokka sju til åtte. Døra står oppe, og hvem som helst kan bare stikke innom ved behov. Etter han som får tatt CRP, kommer ei og får to tabletter.

– Vi er som en liten bygd. Her er både mange folkeslag og folk fra ulike landsdeler, sier plattformsjef Roger Næss og legger til at han er glad for at sykepleierne er der.

– Selv om det akutte er viktigst, er den psykososiale helsedelen også viktig. Sykepleierne kan man gå til om man ikke ønsker å snakke direkte med sin leder. Og sykepleierne kan fange opp ting i miljøet de kan be oss ledere være ekstra observante på, sier Næss.

– Vi passer på å overholde





VANNSJEKK: Dagens vannprøve er ok. Reidun Hestetun konstaterer også at vannet smaker godt og ser klart og fint ut.

→ taushetsplikten, og springer ikke til ledelsen med alt. Det er mer når det er noe generelt vi mener de bør være oppmerksomme på, sier Reidun Hestetun.

TO LIV

Plattformsjef Næss sier at man har to liv når man jobber offshore.

– Her ute er det et annet samfunn med andre regler. Jeg har med meg ting fra havet når jeg kommer hjem, som det tar mer enn et par dager å legge fra seg, sier familiefaren og legger til at begge liv må være på stell for at man skal fungere godt.

– Dessverre er skilsmissestatistikken ikke spesielt hyggelig for offshoreansatte.

Han viser til en spørreundersøkelse fra 2011.

Gjennomsnittlig hadde 34 prosent av dem over 30 år (som ikke jobbet skift) opplevd samlivsbrudd. I olje-, gass- og energisektoren hadde 51 prosent av skiftarbeiderne opplevd det

«Dessverre er skilsmissestatistikken ikke spesielt hyggelig for offshoreansatte.»

Roger Næss

samme. Den viktigste årsaken til samlivsbrudd var utroskap.

– *Hva med alkohol – offshorearbeidere og periodedriking har man jo hørt om?*

– Ja, og noen har nok en slik livsstil, uten at vi merker det så mye her.

Det er sikkerhetspersonalet på heliporten som er ansvarlig for ikke å sende folk ut som er påvirket av rusmidler. Det hender de ber folk om å blåse i alkotest.

VANNPRØVER OG KAFFEMØTE

Innimellom konsultasjonene sjekker Reidun

Hestetun dagens arbeidstillatelser for å se hvilke kjemiske substanser som inngår. Når hun senere skal ta runden sin ut i felt, vet hun derfor hvilket verneutstyr hun skal spørre etter på de ulike plassene.

Så er det tid for dagens vannprøve. De evaporerer saltvannet og lager sitt eget drikkevann på plattformen. Hver dag sjekkes både pH, saltinnhold, lukt, smak og utseende.

Når klokka nærmer seg ni, tar Hestetun på seg verneutstyret og går ut gjennom gangtunnelen til boreriggen Bravo, som ligger ved siden av Oseberg Alfa. Hun vil ta kaffemøtet der.

Hver dag har de kaffemøter klokken 09 og 15 som de forsøker å ta ved ulike avdelinger hver gang. De er hellige. Viktig informasjon deles.

Når hun kommer inn til «kaffebaren» på boreriggen, er det på med de blå plastsokkene. Femseks menn sitter med kaffekoppene sine og spiser grove rundstykker med kaviar og makrell i tomat. Det er en lystig tone i rommet.



KJELEDRESS-MEKKA: Reidun Hestetun trives heldigvis i kjeledress. På sin daglige HMS-runde får hun høre om ei ny ramme som skal monteres på røret hvor oljen kommer opp. Hovedverneombudet i grønn hjelm er godt fornøyd med løsningen.



KVELD: Vaktene varer til klokken 19, men det er nesten alltid noe ekstra som må gjøres etter det.



– Sykepleierne gjør en viktig jobb, sier Arne Herdlevær og forteller om den gangen i 2015 da de to sykepleierne hjalp ham:

– Jeg brakk beinet da jeg fikk foten i en luke som ikke skulle være oppe. Det tok bare sekunder fra alarmen gikk til jeg fikk hjelp.

UT I FELT

Etter kaffen går Hestetun runden og snakker med folk som jobber både ute og inne. Det tar godt over en time. Skrittene kommer fort opp over

«En del har lite nettverk og blir ensomme når de er på land.»

Reidun Hestetun

10 000 per dag. Hun går opp og ned i metalltrapper og passerer et salig sammensurium av rom, rør og containere.

I kontrollrommet høyt oppe på B-plattformen sitter en mann i en gigantisk mafiabred skinnstol og ser ut som han spiller Playstation. Rommet er musestille. Sikkerhetssjefen som er med på rundten, forklarer hviskende at mannen legger noen kiler i et hull hvor de skal trekke seg ut, for at de skal kunne gå videre og bore et annet sted. Alt overføres til skjermen, hvor han sitter som en sjefkirurg og styrer med millimeterpresisjon.

Hestetun går videre. Forbi to unge gutter som pimper opp et rekkverk som ikke har sett maling på 25 år. De har verneutstyret i orden.

– Malerne er blant dem som har de tyngste arbeidsoppgavene her ute. De utsettes ikke bare for kjemikalier, men har tunge arbeidsstillinger som går mye ut over knær og rygg, sier Hestetun.

– Her hadde vi en klemmingsulykke en gang, men det gikk bra, forteller sikkerhetssjefen og peker ut over et dekk med haugevis av containere på.

Klokken elleve er det lunsj, deretter skal Hestetun lede den daglige mage- og ryggtreningen i gymsalen. SAR-crewet står over i dag for de skal trene i helikopter.

Deretter går hun gjennom mailboksen og leser seg opp faglig.

– Det er kommet nye retningslinjer for bruk av åndedrettsvern, jeg må finne ut hvordan vi skal presentere det her, sier hun.

I tretiden er det nytt kaffemøte, deretter nye konsultasjoner på helsekontoret og så et ledermøte før middag, som inntas til vanlig tid i dag, klokka 19.

BEREDSKAP

Selv om Hestetun går av vakt klokka sju om

kvelden, er det nesten alltid noen arbeidsopp-gaver som dukker opp om kveldene. I dag er det snakk om at det skal komme en båt som skal bun- kre vann. Da må Hestetun sjekke vannkvaliteten først. Hun får ikke noe ekstra for det.

– Vi har en fast overtidskompensasjon på 10 prosent av grunnlønnen som dekker all overtid når vi jobber offshore.

– *Hva gjør du med fire uker fri om gangen?*

– I snitt har vi en ukes kurs i løpet av den fireukersperioden. Fridagene bruker jeg hjemme i Bergen eller på hytta og er mye på tur ute i naturen. Og så besøker jeg de to barne- barna hos datteren min i Årdal. Jeg nyter å være der for dem i hverdagene og smøre dem skoleniste.

Men hun har lagt merke til at enkelte off- shorearbeidere går i en fallgrube.

– En del har lite nettverk og blir ensomme når de er på land. Derfor er jeg bevisst på å ta initia- tiv overfor venner og familie. Jeg forventer ikke at folk skal vite når jeg har fri.

Når folk på land spør henne hva hun jobber med og hun svarer offshoresykepleier, bruker reaksjonen være omtrent sånn:

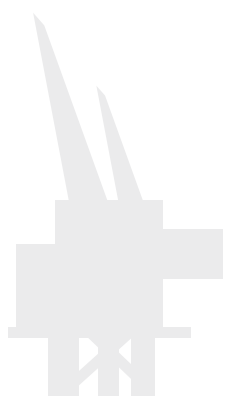
«Det kan ikke være så mye å gjøre der ute for en sykepleier.»

– De tror vi bare har konsultasjoner for dem som jobber her.

– *Hva svarer du da?*

– Nei, da må jeg jo begynne å fortelle da. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Sykepleien.no



Skann QR-koden, og se filmen fra Sykepleiens besøk på Oseberg feltsenter

Å BLI SATT PRIS PÅ, SMAKER BRA



MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

– OG GIR VIDERE MOTIVASJON!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen.

Ta kontakt dersom du har en medarbeider som fortjener en slik heder!



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970 • norgesvel@norgesvel.no • www.medaljen.no



Skaff deg Esso Mastercard

- 50 ø/l rabatt på drivstoff (inkl. mva. på pumpepris)*
- 20% rabatt på bilvask og hver 6. vask gratis**
- Ingen årsavgift
- 15% rabatt på merida.no
- 500 kr rabatt hos STS Alpeiser
- Superbillig strøm hos NorgesEnergi
- 15% på Nordic Choice Hotels i helger og ferier
- E-Shop med knalltilbud på merkevarer

Effektiv rente ved kreditt på kr 15 000 o/12 mnd. er 31,13%. Total kredittkostnad kr 1 947.

Finn ut mer og søk på essomastercard.no/unio



An ExxonMobil Brand

* Drivstoffrabatt forutsetter bruk av et Esso Mastercard. Full utnyttelse av den økonomiske gevinsten med rabatt, forutsetter at utestående kreditt betales ved forfall, slik at det ikke påløper renter.

** Når du bruker rabattheft på stasjoner hvor rabatthefte tilbys.

Hva skjer. Nyhet



9 av 10 uenige i fraværsregler

• Tekst **Nina Hernæs**

HELSESØSTERBESØK: Etter reglene skal besøk hos helsesøster føres som fravær på vitnemålet. Det er både helsesøstre og befolkningen imot.

Dette kommer frem i Kantar TNS sitt helsepolitiske barometer. Det er en uavhengig undersøkelse som kartlegger befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål.

Her sier 87 prosent, nesten 9 av 10, at de mener besøk hos helsesøster ikke skal føres som fravær. Bare 5 prosent mener slikt fravær bør føres.

IKKE FRAVÆR FOR PPT

I videregående skole skilles det mellom to typer fravær: Gyldig og ugyldig. Ugyldig fravær blir det for eksempel hvis en elev er borte fra undervisning uten å gi en forklaring eller dokumentasjon på grunnen til fraværet. Gyldig fravær blir det hvis eleven har dokumentert grunn for fraværet. Dette fraværet blir registrert på vitnemålet, men gir ikke anmerkning.

Besøk hos helsesøster skal etter Utdanningsdirektoratets retningslinjer føres som gyldig fravær på vitnemålet. Besøk hos sosiallærer eller psykolog i pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) skal derimot ikke føres, fordi dette er lovpålagte tjenester etter opplæringsloven. I praksis betyr dette at besøk hos helsesøster vil stå på vitnemålet i form av gyldig fravær, mens besøk hos sosiallærer eller PPT ikke vil stå der overhodet.

– Dette mener vi er uheldig, siden både helsesøster, sosiallærer og PPT er del av tilbudet til elevene på skolen, sier Kristin Waldum-Grevbo, leder i Landsgruppen av helsesøstre.

– Elevene opplever at føring av gyldig fravær på vitnemålet har betydning. Vi frykter at ordningen kan føre til at de enten lar være å søke hjelp når de trenger det, eller at de går til andre enn helsesøster bare for å slippe fravær, sier hun.

– SABOTERER TJENESTEN

Per Arthur Andersen, helsesøster ved to videregående skoler i Oslo, kaller ordningen nærmest sabotasje av helsesøstertjenesten.

– Vi driver en tjeneste som elevene blir oppmuntret til å bruke, da blir det bakvendt at de skal straffes for å bruke oss, mener han.

Andersen tror elevene bryr seg om at fraværet står på vitnemålet, selv om det er gyldig.

– Men det er objektivt sett fravær?

– Ja, alt fravær borte fra undervisningen er fravær. Men vi kan ikke være så firkantet. Skolen utvikler seg, og behovet for hjelp er tilrettelagt for elevene. Da bør de ikke straffes for å komme til oss.

Landsgruppen av helsesøstre sendte sammen med Barneombudet og Elevorganisasjonen i november et brev til Kunnskapsdepartementet, der de ba om at reglene må endres slik at besøk hos helsesøster ikke føres som fravær.

Det har de ikke fått svar på.

– Hva tenker du om at 9 av 10 spurte i Kantar TNS sitt helsebarometer er enig med dere i at det ikke bør føres fravær for å gå til helsesøster?

– Det tyder på at befolkningen opplever helsesøster som en relevant fagperson i skolehverdagen, sier Kristin Waldum-Grevbo, leder for Landsgruppen av helsesøstre. ●

nina.hernes@sykepleien.no

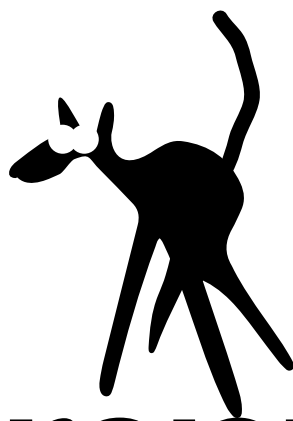
Fortsatt utfordring med utdaterte prosedyrer?

- Våre prosedyrer oppdateres kontinuerlig
- Rask tilgang til ny kunnskap
- Videreutviklet søkemotor gir beslutningsstøtte

NYHET!

Muligheten til lagring av lokale fagprosedyrer!





Terapi på fire ben

Mange dyr er daglig på jobb i norsk helsevesen.
Vi har møtt noen av dem.

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

I vrige hundelabber buldrer bortover gymsalsgulvet på Catosenteret i Son.
– Kom da, Mattis! Kom!

Kongepuddelen Mattis (7) galopperer det han er god for i retning Keira (11), som tar imot sin firbente venn med åpne armer og Østlandets bredeste smil.

Krykkene har jenta satt fra seg ved inngangsdøra.

Det er tid for nok en runde med dyreassistert terapi – et ubestridt høydepunkt i behandlingsopplegget for en elleveåring med noen harde tak bak seg.

SMERTER OG OPERASJONER

Keira tilbrakte store deler av 2017 med smerter. Verken fastlege, ortoped eller fysioterapeut fant ut hvorfor jenta hadde så vondt i kneet.

Omsider var det en idrettslege som innså at problemet satt høyere opp – i hofta. Keira viste seg å ha den forholdsvis sjeldne tilstanden epifysiolyse. Det vil si at toppen av lårbeinshodet begynte å gli bakover og nedover. Hvis ikke tilstanden ble korrigert, risikerte hun livslange plager.

De to første operasjonene løste ikke problemet. Det måtte en hofteprotese til. Den ble operert inn i november i fjor.

Smertene forsvant, men følgeplager etter lang tid med lite eller feil belastning gjør

«**Mattis er en veldig fin hund.**»

Keira (11)

at Keria for tiden må gjennom et omfattende behandlingsopplegg.

Det er her Mattis kommer inn – med stor entusiasme.

TRIKS OG KOS

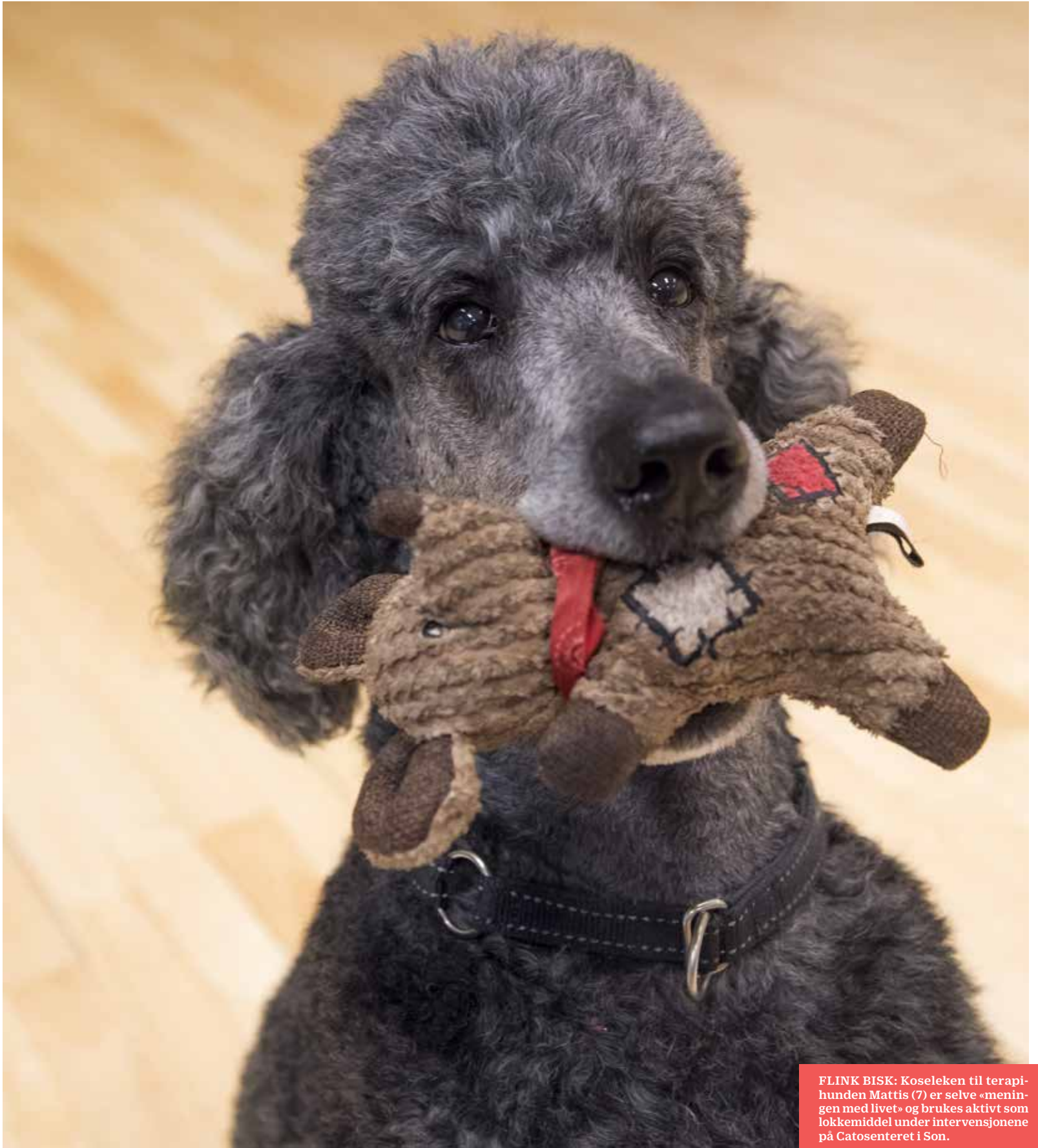
Den dyreglade jenta fra Nesodden krafser Mattis bak øret med én hånd, mens hun stikker den andre ned i den såkalte triksekoppen.

De laminerte lappene i koppen har påtrykket øvelser som «søk», «innkalling», «zikk-zakk», «high five» og «prate».

På den første lappen som trekkes opp, står det «sirkel». Det betyr at Mattis skal ledes i sirkler rundt Keira ved hjelp av hundegodt og en pipende favorittleke.

En viktig oppgave for terapihunden er





FLINK BISK: Koseleken til terapihunden Mattis (7) er selve «meningen med livet» og brukes aktivt som lokkemiddel under intervensjonene på Catosenteret i Son.



TØYS OG TERAPI: Øvelsene som Keira (11) gjør med terapihunden Mattis er målrettede og viktige for rehabiliteringen, men også morsomme. Sykepleier og dyreassistert terapeut Bitte Schou observerer og instruerer.

→ å trekke oppmerksomhet vekk fra smerter og annet som er tungt. Den skal distrahere, men også aktivisere, motivere, assistere og trene grensesetting.

Senere under intervensjonen skal Mattis gå slalåm mellom Keiras bein mens hun selv går forover og bakover i lange klyv. Han skal hoppe gjennom rockering, lete etter gjemte skatter og – ikke minst – ha kosetund i fanget.

Det er lek, moro og målrettet terapi i ett.

– Mattis er en veldig fin hund, smiler Keira i en pustepause mellom øvelsene.

– Han tar godt vare på folk, og jeg koser meg veldig når jeg er sammen med ham.

LANG TRADISJON

Mennesker har brukt dyr i helseøyemed i lang

tid, men nøyaktig når det hele startet, blir et definisjonsspørsmål.

Vi kan for eksempel gå et par tusen år tilbake i tid: Et veggmaleri i Herculaneum ved Napolibukten i dagens Italia antas å vise en blind person

«En god terapihund er først og fremst en hund som ønsker å knytte og opprettholde kontakt.»

Bitte Schou, sykepleier og dyreassistert terapeut

som ledes av en hund. Maleriet er datert til cirka 100 år før Kristus.

Eller vi kan starte fortellingen i 1792, da engelskmannen William Tuke skal ha begynt å benytte husdyr i terapeutisk øyemed for personer med psykiske lidelser på York Retreat.

For sykepleiere er det kanskje mest interessant å vite at Florence Nightingale tok til orde for kontakt mellom dyr og syke. I *Notes on Nursing* fra 1859 skrev hun følgende i en fotnote:

«A small pet animal is often an excellent companion for the sick, for long chronic cases especially.»

Hun refererer sågar humoristisk til en pasient som skal ha foretrukket å bli «pleiet» av en hund fremfor en sykepleier, siden hunden ikke snakket.

«A small pet animal is often an excellent companion for the sick, for long chronic cases especially.»

Florence Nightingale



Fakta

Dagens dyr

I dag brukes dyr i en rekke mer eller mindre målrettede sammenhenger innen norske helse- og velferdstjenester. Her er noen eksempler:

- Catosenteret i Son har drevet med dyreassistert terapi med hund i rundt 15 år.
- Fysioterapeuter kan i dag ta videreutdanning innen terapiledning, en praksis som støttes offentlig gjennom Helfo.
- Hester brukes også flere steder terapeutisk innen psykisk helsevern, blant annet på Gaustad, Østern Brug i Bærum, ved Lofoten hest- og helsesenter, som samarbeider med Nordlandssykehuset, og Modum bad (se nedenfor).
- Mange sykehjem anskaffer seg egne dyr eller benytter seg

av besøksdyr. Den nasjonale sertifiseringsordningen «Livsgledeshjerm» har som et av sine godkjenningskriterier at det legges til rette for kontakt med dyr.

- Flere tusen norske gårdsbruk har gjennom ordningen Grønn omsorg tilbudt aktiviteter som skal gi mestring, utvikling og trivsel til ulike brukergrupper. Her spiller ofte kontakt med husdyr en stor rolle.
- Førrehunder, hørehunder og servicehunder bidrar på sin måte til å gi funksjonshemmede en mer selvstendig hverdag.
- I Grimstad kommune benyttes hundesporten agility i dyreassisterte intervensjoner for å mobilisere lite aktive barn.
- Antrozologiseret i Ås tilbyr ulike typer etter- og videreutdanning i dyreassisterte intervensjoner med hund og hest.

ALLERGI OG DYREVELFERD

Det finnes selvsagt også utfordringer knyttet til det å trekke dyr inn i helsevesenet. En faktor er hensynet til dyrene selv.

– Når dyr brukes i samhandling med mennesker, må det finnes en dyrefører i situasjonen som har kunnskap om dyret selv og ikke bare om terapien og brukeren.

Det påpeker professor i etologi, Bjarne O. Braastad, i en artikkel fra NMBU publisert på forskning.no i januar.

Her minnes det om at langt fra alle dyr er like sosialt anlagt eller egnet til terapi og miljøskapende tiltak. Kaniner reagerer for eksempel ofte på frykt gjennom å bli passive. En livredd kanin kan derfor være enkel å kose med, men psykisk sårbar.

I fjor gikk overlege ved Sørlandet sykehus og leder i legerådet i Norges astma- og allergiforbund, Sverre Steinsvåg, ut og advarte mot dyrehold på institusjoner.

– Å ha et dyr på en institusjon er udiskutabelt en stor trivselsfaktor. Men i et allergiperspektiv er det ikke lurt ha hunder og katter inne på sykehjemmet, uttalte Steinsvåg til NRK.

Sykepleier og dyreassistert terapeut på Catosenteret, Bitte Schou, forteller at hos dem har derimot allergikere alltid akseptert at de har hund, og holdt seg unna dem.

– Mange snakker om allergi, men det har ikke vært noe problem for oss på 15 år, sier hun.

DEN TAUSE GUTTEN

Catosenteret er et rehabiliteringssenter fem

mil sør for Oslo. Lara var senterets første hund brukt til helsefremming. Hun var i utgangspunktet trent opp som servicehund for rullestolbrukere da hun kom hit i 2003.

I 2010 tok fritidsleder Else Hestevik videreutdanning som dyreassistert terapeut ved Antrozologiseret i Ås.

– Tilbudet har utviklet seg mye siden den gang og blitt langt mer seriøst, forteller hun.

Minneverdige øyeblikk har hun hatt utallige av opp gjennom årene. Som et eksempel forteller hun om en gutt på fem–seks år som var stum etter en alvorlig bilulykke. Han skal ha blitt veldig glad i Lara, og da han kom tilbake til senteret etter en permisjon, fikk Hestevik hunden til å late som om hun sov ved resepsjonen.

– Jeg sa til gutten at han måtte rope på henne. Han nølte en stund, men så hørte vi det første ordet fra hans munn siden ulykken: «Lara!»

EN FEILBARLIG HUND

Bitte Schou jobber i dag på senteret som sykepleier og dyreassistert terapeut. Hun er dessuten «mamma» og matmor for Mattis.

– Jeg har drømmejobben – barn og dyr!

Mattis vil neppe vinne noen dressurkonkurranser i nærmeste fremtid. Han gjør feil under øvelsene, blir fort overivrig og vimser litt rundt seg selv. Det er slik det skal være, får vi vite.

– En god terapihund er først og fremst en hund som ønsker å knytte og opprettholde kontakt, forteller Schou.

– Han må ønske å gjøre det riktige, men det er også viktig at en terapihund ikke er altfor stramt dressert. Særlig for ungdom som får dyreassistert terapi, kan det være forløsende å se at det er ok å gjøre feil.

Hunden bør dessuten være minimalt fryktinngytende, men heller ikke så bitte liten at man risikerer å trække på den i vanvare.

ØNSKER PROFESJONALISERING

Bitte Schou forklarer dyreassistert terapi (DAT) som en målrettet intervensjon med bruker, hund og terapeut. Formålet kan være både fysisk, psykisk og sosialt.

– Mitt ønske er at DAT skal bli et mer profesjonalt tilbud. Noe som mangler i dag, er en standardisert utdanning for terapeuter.

Schou etterlyser også en standardisert godkjenningsordning – både for terapeuter og hunder – noe prosjektet European standards therapy dog training muligens vil kunne bidra med. Dette er et pågående samarbeid mellom Norge, Tyskland og Polen med mål om å utarbeide standardiserte retningslinjer for opplæring innen hundeassistert terapi.

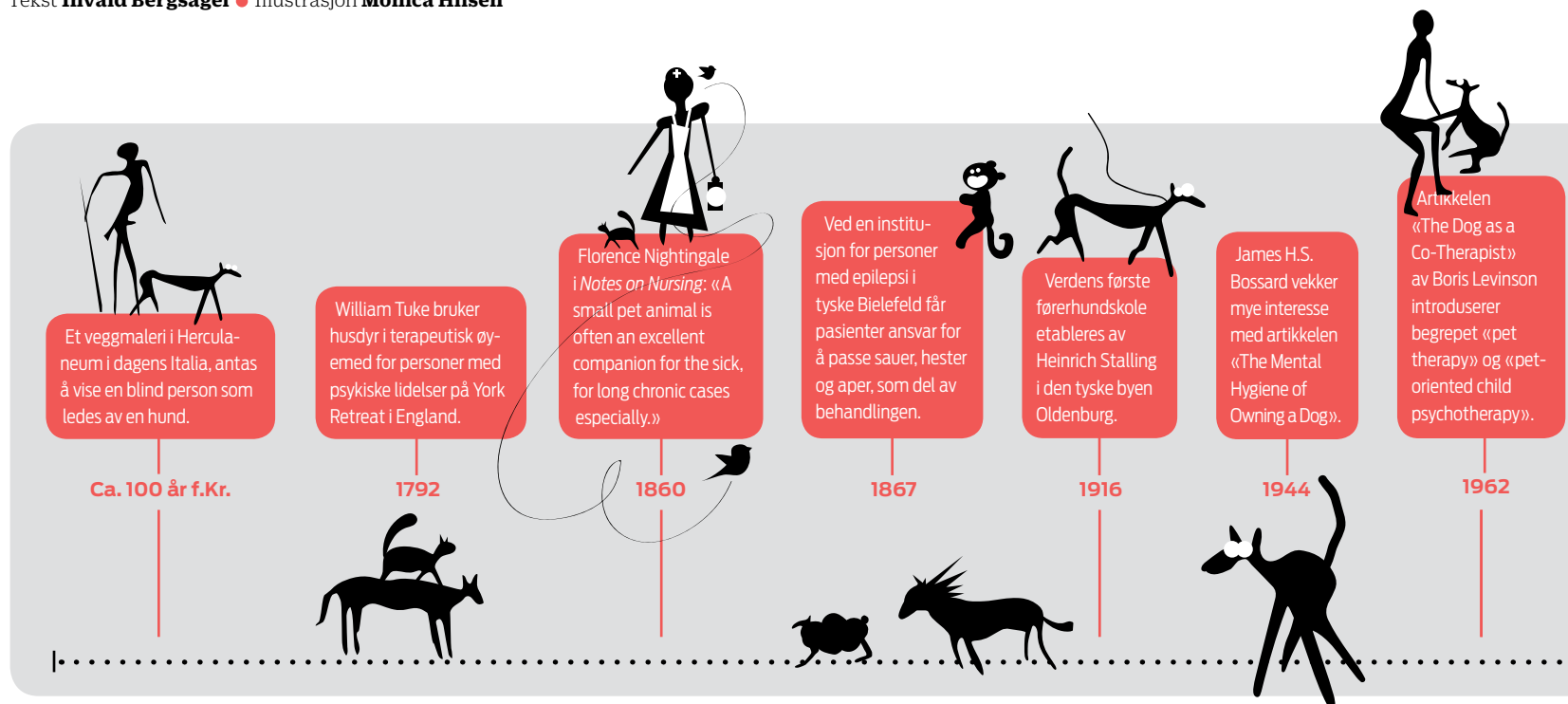
– Jeg ønsker også at det skal forskes mer, spesielt på effekten av DAT for barn på institusjon.





Dyr og helse gjennom tidene

Tekst **Invald Bergsagel** • Illustrasjon **Monica Hilsen**



LANDETS ENESTE

FoU-leder ved Catosenteret, Hege Bruun-Hanssen, er også opptatt av at kunnskapsgrunnlaget styrkes.

– Vi ser at DAT har effekt, men med mer forskning vil vi kunne jobbe enda mer målrettet, sier hun.

– Vi har holdt på i rundt 15 år, men meg bekjent er vi fremdeles de eneste i landet som jobber med hund og rehabilitering på denne måten. Om erfaringene skal spres videre, trengs det mer kunnskap om virkningene.

Nå håper Bruun-Hanssen å knytte til seg en mastergradsstudent som kan studere praksisen på senteret.

– Selvsagt er det koselig og hyggelig med hund her, men det holder ikke i lengden.

«Vi ser at DAT har effekt, men med mer forskning vil vi kunne jobbe enda mer målrettet.»

Hege Bruun-Hanssen,
FoU-leder ved Catosenteret



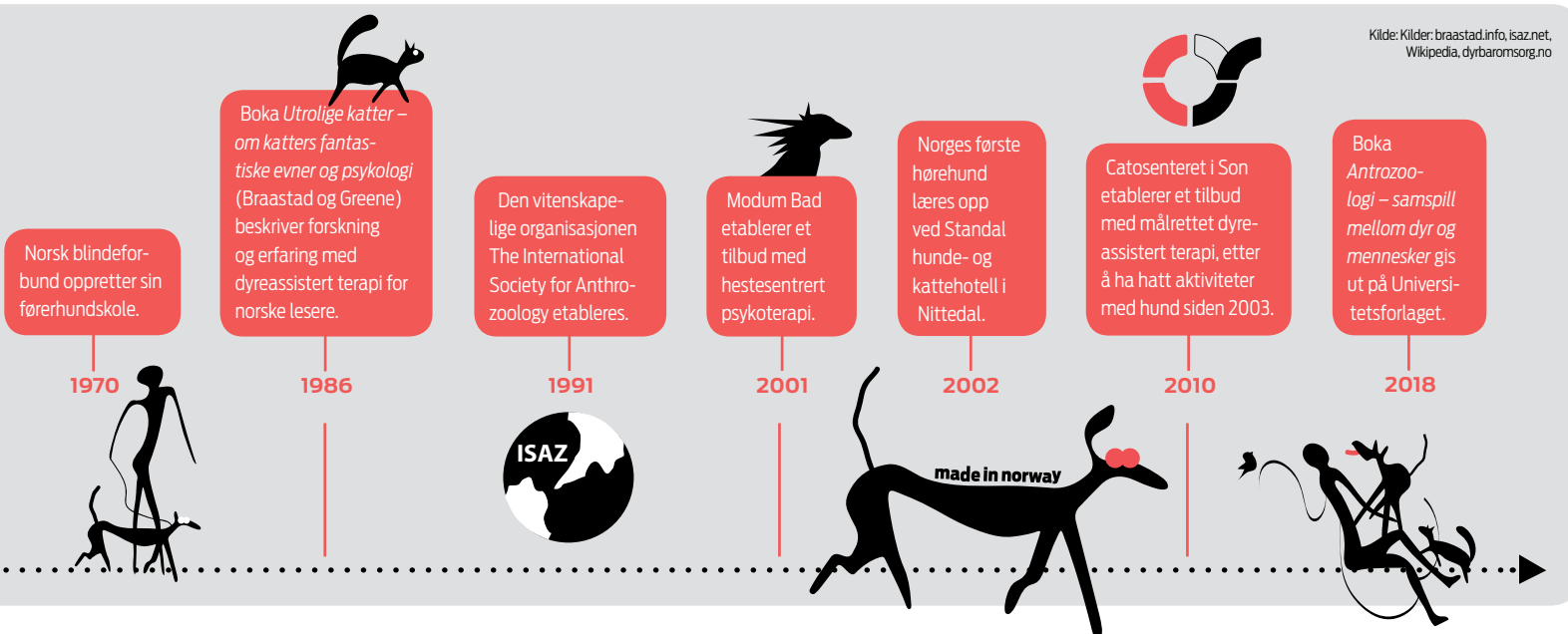
ØKENDE INTERESSE

Dyr har, som nevnt, lenge blitt benyttet i ulike helserelevante sammenhenger. I senere år har krav om kunnskapsbasert praksis bidratt til mer forskning på feltet.

– Dette er en snøball som har begynt å rulle, og ingenting tyder på at den vil stanse eller smelte.

Det sier førsteamanuensis ved Universitetet i Agder (UIA), Bente Berget.

Hennes eget engasjement for feltet strekker seg over 30 år tilbake i tid. I 1988 leverte hun sin hovedoppgave om bruk av husdyr i terapi for mennesker med psykisk utviklingshemming. I 2009 forsvarte hun en doktorgradsavhandling om dyreassistert terapi med husdyr for



mennesker med psykiske lidelser. I disse dager er hun aktuell som en av tre redaktører bak boka *Antrozooologi – samspill mellom dyr og mennesker*, som utgis på Universitetsforlaget.

KOMPLISERT FORSKNING

– Mye seriøs forskning gjøres rundt om i verden med ulike brukergrupper, ulikt design og ulike dyr, forteller Berget.

Bergets eget universitet i Agder har siden 2012 hatt en forskningsgruppe dedikert antrozooologi, der hun selv er medlem.

Siden 1991 har International Society of Anthrozoology jobbet for å styrke forskningen på feltet. Mulige fysiske og psykiske helsegevinster av kontakt mellom dyr og mennesker har vært tema for en rekke studier: Forskere har sett på

sjansene for overlevelse etter hjerteinfarkt for personer med og uten kjæledyr. Studier har forsøkt å måle om nærkontakt med dyr kan påvirke produksjonen av ulike hormoner, som kortisol og oxycotin. Man har sett på nivået av kolesterol og triglyserider hos folk med og uten kjæledyr og sett på om barn med for eksempel autisme og ADHD kan ha nytte av samvær med hund.

Blant annet.

ENNÅ USIKKER EFFEKT

Når det gjelder dyreassistert terapi, konkluderer flere systematiske litteraturstudier med at dette kan være effektivt for visse brukergrupper, men at det trengs flere og grundige studier før man kan si noe med tilstrekkelig grad av sikkerhet.

Berget forteller at det er gjort få randomiserte, kontrollerte studier innen antrozooologi, altså studier som møter den såkalte gullstandarden innen forskning.

– Om man skal fastslå klare sammenhenger, kreves det eksperimentelle design. Det kan være utfordrende å få til for det er veldig mange variabler i spill, men absolutt mulig og ønskelig. Det foreligger også svært mange gode kvalitative studier på feltet.

Ifølge Berget er offentlige instanser som skal kjøpe inn slike tilbud, gjerne svært opptatt av dokumentasjon.

– Da er det viktig å minne om at bruk av dyr i helsesammenheng verken skal være noen erstatning for medisiner eller andre etablerte former for helsefremming.



Det er supplerende aktiviteter og intervensjoner som gjerne gjøres i tett samarbeid med ulike helseprofesjoner som for eksempel fysioterapeuter, psykologer og sykepleiere.

LYDEN AV HEST

I en innhegning på Modum Bad står terapihestene Pernille og Vimsen i regnet. De er rolige og virker for øyeblikket relativt uinteresserte i de tobente skapningene som har våget seg inn til dem.

– Kjenn godt etter, instruerer psykiatrisk sykepleier og miljøterapeut Gerd-Ellen Øverby med rolig stemme.

– Lytt og lukt ... Hvil deg mot Vimsens rygg. Føl etter om han reagerer. Hvordan påvirker det deg? Kan du kjenne pusten hans? Kan du kjenne føttene dine?

SER EFFEKTEN

Institusjonen for behandling av psykiske lidelser har røtter tilbake til 1857. Det har alltid vært hester her, får vi vite, men først fra 2002 har de blitt brukt målrettet i terapeutisk øyemed.

Rundt 70 traumepasienter får årlig tilbudet om hestesentrert psykoterapi, som er del av et mer omfattende behandlingsopplegg. De fleste har aktivt ønsket seg hit, og alle har forsøkt andre behandlingsformer tidligere. Ventetiden for å få plass er lang. I skrivende stund 39 uker, ifølge helsenorge.no.

– Vi har sett hvor god effekt dette har, og det gir oss drivkraft til å satse videre, forteller Øverby.

BEHANDLER RELASJONSTRAUMER

Pasientene på avdelingene som benytter hester, har som regel sterke og dype relasjonstraumer fra barndom og oppvekst. Mange har vært utsatt for seksuelt misbruk, men det kan også være snakk om for eksempel vold eller omsorgssvikt.

– De har ofte store vanskeligheter med å forholde seg til egen kropp. Mange beskriver det som om de bare eksisterer fra halsen og opp, forklarer Øverby.

Vi får høre om flere pasienter som gråtende har fortalt hvordan de kjente beina sine for første gang i voksen alder etter en intervensjon med hest. Andre har projisert et anstrengt forhold til for eksempel mor over på hesten.

– En fellesnevner hos våre pasienter er gjerne at de strever med å være til stede her og nå, forklarer Åse-Lill Ranvik Iversen, også hun psykiatrisk sykepleier og miljøterapeut på Modum.

I kontakt med hesten er det et bredt spekter av følelser som kan komme til overflaten. Det er mye sinne og frustrasjon. Redsel, savn og sorg.

– Mange stenger nærmest av forbindelsen til



HELSE MED HEST: På Modum bad har man siden 2002 drevet med hestesentrert psykoterapi. Her demonstrert av miljøterapeut Audhild Askerud, hesteansvarlig Linda Valvatne Sveen (med ryggen til) og hingsten Vimsen.

kroppen etter vonde opplevelser. Gjennom terapijobber vi for at de gradvis skal kunne gjenopprette kontakten.

MENER HEST ER BEST

De hesteansvarlige, Gry Beitnes Kreken og Linda Valvatne Steen, forklarer hvorfor akkurat hester er godt egnet til formålet. Langt bedre enn for eksempel hunder for denne pasientgruppen.

Blant annet handler det om at en hund gjerne

vil forsøke å oppfylle forventninger, mens en hest forholder seg mer til her og nå. Om den ikke er fornøyd, finner den noe annet å gjøre.

Slike egenskaper hos dyret skal bidra til at pasientene må anstrenge seg for å være til stede og sanse dyrets reaksjoner.

– Hesten er dessuten et robust dyr, sier Kreken.

– Den inngir trygghet og tåler følelsene du måtte projisere mot den, utdyper Sveen.

– Størrelsen kan dessuten gi enkelte en

mestringsfølelse i øvelser som går ut på å sette grenser. Hesten blir en god medterapeut.

Vi minnes på at mens hunder er rovdyr, er hester byttedyr. En hest vil flykte om den angripes, noe traumepasienter ofte kan relatere seg til. Den er også, som oss, et flokkdyr.

– For å være egnet i terapissammenheng bør dyret ha en viss livserfaring og rolig gemytt, understreker Kreken.

HOLDNINGSENDRING

Sveen mener å ha sett en betydelig holdningsendring til det de driver med – både fra andre profesjoner og samfunnet rundt.

– Bruk av dyr til terapi blir mer og mer akseptert, og vi møter økt forståelse og interesse fra mange hold.

I dag er psykologene på Modum Bad gjerne med når pasientene møter hestene, og bruker erfaringer herfra direkte i oppfølgende behandling.

– Den hestesentrerte psykoterapien her hviler på kunnskap fra traumeteori og hestekunnskap med tilhørende teori, men jeg skulle gjerne sett mer forskning på effektene av selve terapien, sier psykiatrisk sykepleier Gerd-Ellen Øverby.

– Da særlig fra et naturvitenskapelig, biologisk perspektiv: Hva er det som faktisk skjer i kroppen vår i møte med dyr?

PØLSER I RULLESTOL

Det er ikke bare mennesker som innimellom kan trenge litt hjelp for å overvinne sine indre demoner.

Terapiahunden Mattis på Catosenteret var visstnok livredd for rullestoler i sin ungdom – ingen ideell egenskap hos en kommende terapiahund.

Løsningen ble at Bitte Schou tok med en rullestol hjem fra jobb og la pølsen i den. Etter litt tid

med slik eksponeringsterapi satte hun seg selv i stolen og ga hunden godbiter derfra.

Nå har år med leken terapi skapt et nærmest motsatt «problem» for Mattis og matmor.

– Om vi i dag møter funksjonshemmede på gata, så trekker Mattis ivrig mot dem, forteller Schou.

– Nå forbinder han krykker og rullestoler med noe gøy. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



Sykepleien.no



Skann QR-koden, og se filmen med Mattis og Keira på Catosenteret.

ANNONSE



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup, bursdag eller jubileum.**

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.
Kontonummer: **5005 06 36728.**

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.





Sykepleie mellom himmel og hav

Reisen kan ta flere timer når hjemmesykepleier Anne Giæver skal se til pasientene i Måsøy kommune i Finnmark. Avstandene og været skaper ofte krevende situasjoner.

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





Fakta

Måsøy kommune i Finnmark

- 1250 innbyggere, ligger på 71 grader nord mellom Hammerfest og Honningsvåg.
- Består av Ingøya, Rolvsøya, Hjelmsøya, Måsøya og Havøya, der kommunesenteret Havøysund ligger. På fastlandet ligger bygdene Snefjord, Slotten og Lillefjord. Tilknyttet fastlandet ved RV 889, har daglig anløp av Hurtigrute og hurtigbåt.
- Totalareal 2100 km².
- Finnmark fylke har 76 000 innbyggere, i areal like stort som Østfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold, Telemark og Aust-Agder til sammen. Sykehus i Hammerfest i vest og Kirkenes i øst.



– I distriktet må du improvisere hver dag.



Tirsdag 9. mars: FV 889 Stengt mellom Snefjord og Havøysund.

Ved kjøkkenbordet sitter sykepleier Anne Giæver og ser ut.

– Hver morgen tar jeg en kopp svart kaffe og ser bort på bommen. Når den er nede, må hjemmebesøk avlyses på kort varsel.

Da vet Anne Giæver at ambulansetransport til Hammerfest sykehus 169 kilometer og tre fjell-overganger unna er uaktuelt. Noen ganger kan heller ikke Luftambulansen eller Sea King lande. Dagen må planlegges deretter.

Giæver jobber i hjemmesykepleien i Måsøy kommune, som omfatter et stykke av kystområdet mellom Hammerfest og Nordkapp. Hun bor i Havøysund, kommunesenteret, der fylkesvei 889 stopper, kommunens utpost mot nord.

– Vi må alltid være i forkant og tenke annerledes. Vi kan ikke trekke inn hjelp fra andre steder, forteller hun fra kjøkkenbordet i huset i Havøysund.

FIRE TIMER FREM TIL RESPIRATOREN

Fylkesvei 889 er en av de åtte hyppigst stengte veiene i Finnmark. Det er ikke lenge siden forrige gang alle veier samt luftrommet ut fra Havøysund på 71 grader nord var stengt. Da sto hun med en pasient som ikke fikk luft, og følte på en enorm hjelpeløshet. Minuttene og timene gikk. Hun hadde samtidig rollen som pårørende.

– Sent på kvelden ringte ambulansesjåføren til alle brøytemannskap han kjente. De laget en plan, og ryddet hver sin del av veien i to kommuner, slik at ambulansen kunne kjøre på åpne strekk, forteller hun.

Pasienten kom frem til Hammerfest etter fire timer og ble lagt i respirator, men døde en uke etterpå.

– Om det kunne endt annerledes? Det får vi aldri svar på, sier en fattet Anne Giæver.

RURAL SYKEPLEIE

Giæver holder på med en master i sykepleie ved Universitetet i Tromsø med fordypning på 40 poeng i rural sykepleie. Som er nettopp det hun holder på med hver dag. Når man bor i distriktene i Nord-Norge og plutselig kan være avskåret fra både kommunikasjon og transportmuligheter, trengs «avansert generalistkompetanse», som det kalles i beskrivelsen av studiet. Studiet skal også gi spesialkompetanse om utfordringer og muligheter i sykepleien



STATUS: Fra kjøkkenet ser hjemmesykepleier Anne Gæver bommen og kan dermed planlegge hvordan dagen blir.

og helsetjenesten i mindre lokalsamfunn.

Et ruralt område er definert som et område med 5 til 8 innbyggere per km² med en reisetid på 45 til 240 minutter til nærmeste sykehus eller et tettsted med over 3000 innbyggere.

I Finnmark passer 18 av totalt 19 kommuner til denne beskrivelsen.

NORDØSTEN

I Måsøy kommune innebærer ikke hjemmesykepleie bare å kjøre langt i bil. Faktisk blir det veldig få kilometer i dag. Vi skal til havs.

– Det er meldt nordøst. Det betyr tung sjø med dønninger etter stormen i går. Trolig må vi innom Ingøy, også. Jeg blir ikke sjøsyk, men gruer meg til den vanskelige leia inn.

Hun har hentet den nye turnuslegen Therese

Nypan, og rygger om bord på MS «Årøy». Bilene stropes fast. Mannskapet sier at det vil «humpe litt» på turen ut til Rolvsøy. Legen setter seg for seg selv bak. Gæver tar plass på seteraden foran. Hun vil se ut, ha kontroll. I starten da hun dro ut med lege, var noen av innbyggerne skeptiske.

Anne Gæver ruver ikke i terrenget, og har en

«Sent på kvelden ringte ambulansesjåføren til alle brøytemannskap han kjente.»

Anne Gæver, sykepleier

nærmest blodtrykkssenkende personlighet. Men meningene om hjemmetjenestens lave status er skarpe og klare.

– Undersøkelser viser at unge sykepleiere fortsatt helst vil jobbe på sykehus. Der kan du rope ut i gangen og få hjelp av ti andre. Nyutdannede er opptatt av å kunne prosedyrer. Den interessen mister du raskt, konstaterer hun.

– I distriktet må du improvisere hver dag. Her er det daglig nye prosedyrer.

Legen har musikk på øret og blikket stivt ut på det åpne havet.

– Det er forebyggende arbeid, men flere var redde jeg skulle tvinge dem til å flytte, sier Gæver om folket på øyene.

– Mange sier at skal de herfra for godt, er det i en kiste. Da enkelte så





FORBEREDELSE: Kvelden før besøket på Rolvsøy pakker sykepleier Anne Giæver sekken med blodtrykksmålere og annet vanlig utstyr.



GODT HUMØR: Bjarne og Astrid Pedersen synes det er en ekstra trygghet å få hjemmetjenesten på besøk en gang per måned.



FIREHJULSTREKK: Hjemmetjenesten er ikke kjent for å ha de tøffeste bilene, og Anne Giæver tror det hadde vært noe annet med overvekt av menn i yrket. Men Fiaten fungerer godt med firehjulstrekk.



båten legge til kaia, forsvant de fra huset. Bare en rykende kaffekopp sto igjen da jeg kom. Nå er det annerledes.

PÅ ROLVSØY

– Dere skal få bli med hjem til de eldre i dag, forteller Giæver når hurtigbåten har kommet ut av det rolige farvannet og duver med dønningene der Norskehavet og Barentshavet møtes.

Etter halvannen time legger båten til kai. En passasjer er sluppet av på nabøya Ingøy.

Den forrige båten hadde eget sykerom, brukt til og fra sykehus. Anne Giæver har som passasjer trådt til og brukt lugaren til akutt hjelp.

– Det skjer mye provisorisk med pasientene, ikke alt innen kontortid. Vet de at jeg er på hytta, kan det skje at de spør om hjelp. Leger og andre

sykepleiere kontakter meg også. Vi bruker hverandre der vi kan.

«JEG ER DA IKKE GAMMEL»

Når vi kjører av på Rolvsøy, går skoleklassen med åtte elever om bord. Det bor rundt 70 personer her fra 2 til 91 år. Om sommeren mangedobles antallet på den naturskjønne øya, og husene fylles med jakt- og naturglade gjester. Nå har et vinter-teppe lagt seg.

På øyas østside Gunnarnes bor noen få eldre fast, som ekteparet Pedersen.

– Hei Bjarne, hvordan har du det?

– Jeg har litt ubehag i brystet. Det er nok fordi jeg jobber for lite. I dag har jeg bare måket snø, snakk om ulønnsomt arbeid! sier 91-åringen og ler godt mens han ser ut på den gjenblåste gangveien.

– Du har nettopp vært på sykehuset i Hammerfest?

– Ja, på «torturkammeret»!

– Du mener syklingen?

– Ja, og de sa at alt var bra.

– Jeg sjekker blodtrykket ditt nå, for sikkerhets skyld. Det er 185/85. Et trykk for mye, men ikke i forhold til alderen ...

– Jeg er da ikke gammel!

Stemningen er humørfyllt, og kona Astrid gjennom mer enn 60 år følger med. Familien hennes har bodd her i mer enn fem generasjoner. De er trolig den siste. Ingen av barna bor på øya. De føler seg trygge og setter ekstra pris på at sykepleieren kommer. Vaffellukta kjæler godt med smaksøkene, og kaffen er nytrukket.

– Her er doktor, prest og alle andre velkomne.



PÅ ØYA: Det blir ikke mange kilometer i bil på Rolvsøy. Den eneste veien går mellom Gunnarnes og Tufjord.

Vi trives her, og trenger vi leger, så kommer de jo. På større plasser må de jo også vente på hjelp, sier Astrid Pedersen.

Alt ser bra ut for 91-åringen, selv med ny hjerteklaff og hofte. Han kan fortsette med å gå på ski og fiske fra båten. Det er nok en av grunnene til at han er så sprek. Legen kommer likevel innom for en ekstra sjekk.

MER ENN EN HJEMMETJENESTE

Anne Giæver er spesialsykepleier. Før hun fikk den tittelen, var hun helsesøster, på sykehus, sykestue, helsesenter og jobbet et år i Montenegro. Nå er hun en av sju sykepleiere i hjemmetjenesten som skal ta seg av 100 innskrevne pasienter. Det er nesten 10 prosent av innbyggerne i kommunen. Spredt på tettsted, bygder og øyer.

– Flere kommer til å bo lenger hjemme, og de vil også trenge mer hjelp. De skrives også tidligere ut fra sykehusene, så vi trenger flere spesialsykepleiere og mer kompetanse til mer krevende oppgaver. Det har ikke vært noen typisk videreutdanning til kommunehelsetjenesten, og kommunene søker jo heller ikke etter spesialsykepleiere.

Mye som gjøres i distriktene, er erfaringsbasert

læring enten du bor i en øykommune eller i innlandet, forteller Giæver. Geografien er ulik og skaper forskjellige dilemmaer. Her kommer det, for mange, nye begrepet *rural nursing* inn.

«Vi trives her, og trenger vi leger, så kommer de jo.»

Astrid Pedersen, pårørende og øyboer

– Da jeg startet på masteren i Tromsø, var det første gang jeg hørte uttrykket selv. Det har vært fint å møte andre i samme situasjon og få satt ord på at vi er mer enn en hjemmetjeneste. Det å vite at rural sykepleie også er blitt forsket på og skrevet lærebøker om, er også nyttig.

HJEM UTEN MEDISINER

Giæver mener at mange ikke forstår avstandene. Finnmark er like stort som Østfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold, Telemark og Aust-Agder til

sammen. Rurale sykepleieområder dekker områder som dette – innland, fjell, fjord og kystsamfunn hvor den eldre andelen av befolkningen er høy og helsetilbudet er begrenset.

– Vi må daglig ta hensyn til om veiene er åpne, vi har en fylkesveistrekning på 40 minutter helt uten mobildekning. Kommunen har heller ikke apotek med medisiner. Det byr på utfordringer når sykehuset for n'te gang sender pasienter hjem en fredag kveld uten medisiner. Har vi ikke noe på stedet, henter og låner vi på helsesenteret, via ambulansen eller kjente som er i Hammerfest.

Med nye systemer kan nye problemer oppstå.

– Før ringte man når pasienten skulle hjem, nå er det en elektronisk melding. Medisinen fikses etter at de har dratt. Altså er det for sent for oss. Vi fikk fraktet intravenøs via Hurtigruta senest i går, da en lege hadde glemt å ordne dette.

– Dersom sykepleierne hele tiden tar ansvar for slike ting, blir legene litt late?

– Ja, det kan bli en sovepute for dem. Sykepleierne gjør ting som er like mye legens jobb. Vi er deres forlengede arm,



Rural sykepleie

Rurale sykepleieområder dekker innland, fjell, fjord og kyst-samfunn hvor den eldre andelen av befolkningen er høy og helsetilbudet er begrenset.

I norsk kontekst et område med 5 til 8 innbyggere per km² med en reisetid på 45–240 minutter til nærmeste sykehus, eller tettsted med over 3000 innbyggere.

Finnmark er det eneste fylket i Norge som har mindre enn to innbyggere per km², og kun to byer med en befolkning på over 10 000 personer. 18 av totalt 19 kommuner i fylket defineres som rurale på bakgrunn av befolkningstetthet.

Kilde: Wakerman, 2004; du Plessis, 2001, fra «Sykepleieforskning i rurale områder i Norge: en scoping review» av Svenja De Smedt og Grete Mehus.



TYPISK RURAL: Rolvsøya er på 71 grader nord, og været skifter fort. Her er veien mellom Tufjord og Gunnarnes.



kjenner alle, har kontrollen, og mye ville ikke blitt fulgt opp dersom ikke vi hadde passet på.

KAN IKKE TA EN PAUSE

Fiaten startes og ser puslete ut i snøføyka – men den har freihjulstrekk, understreker sjåføren. Hun kjører en mil til øyas andre tettsted, Tufjord, som har fiskebruk med mange utenlandske arbeidere. Her er dagens andre besøk.

Rural sykepleie betyr også å stå tett på lokale forhold.

– Vi har hatt sykepleiere som sier «Jeg kan ikke gå til henne, det er tanta mi». Det duger ikke. Her må du bare stå i det. Vi er så få at den luksusen kan vi ikke unne oss.

Pauser kan det bli smått med.

– Det er ikke mulig å ta en timeout, som andre sykepleiere jeg kjenner i Tromsø, kan. Du kjenner etterpå hvor sliten du er, ikke mens det pågår.

Anne Giæver har ekstra utdanning i smertelindring og vet hvor tøft det kan være mot slutten. Det hender hun pleier døende svært lenge. Hjemmetjenesten tar også noen av oppgavene etter døden.

– Vi er til syvende og sist også begravellesbyrå. Det kan være vi henter avdøde, noen ganger avsidesliggende til og uten bilvei. Vi stiller, legger i kiste og står for syning. Det har også hendt at sykepleieren har kjørt begravellesbilen. Nøkklene henger i skapet vårt.

TUFJORD

I Tufjord har Judith Josefson gruet seg til denne dagen. 84-åringen hilser bekymret besøket i døra.

– Huff. Dette er den store skrekken. Mister jeg sertifikatet, må jeg flytte. Det er det verste som kan skje. Det er 10 kilometer til butikken, og jeg trenger bilen dit.

Giæver oppmuntrer og sier de skal gjøre dette i et rolig tempo. Med «dette» mener hun den kognitive testen alle eldre årlig skal ta for å beholde sertifikatet. Judith Josefson skal føre en

«Det er ikke mulig å ta en timeout.»

Anne Giæver, sykepleier

linje gjennom tall og bokstaver på tid. De setter seg på kjøkkenet, forsøker å få ned pulsen. Mange eldre skårer bedre på testen når de er på hjemmebane, fremfor hos lege.

– Hvordan er helsa?

– God! Jeg er selv forferdet over hvor frisk jeg er. Holder meg i form med å løfte ved!

– Jeg sjekker blodtrykket ditt. Tar du noen medisiner?

ET HJEM I 60 ÅR

Judith Josefson synes det er flott at Anne Giæver kommer innom. Det er noe annet å se et levende menneske enn å prate på telefon. Billappen henger nøye sammen med livskvaliteten. Flytting har allerede vært et tema. Da fra den forrige legen sitt besøk.

– Han ville jeg skulle søke leilighet i Havøysund. Ikke ennå, svarte jeg. Jeg og alle mine ti søsken er født her, men ble tvangsevakuert i skøyte på 60 fot sammen med 100 andre i 1944. Da vi kom tilbake to år etterpå, var det bare pipa igjen. I dette huset har jeg bodd siden 1958, og har hatt fire hjemmefødsler. Så jeg blir så lenge jeg kan. Bare jeg får beholde sertifikatet.



FØRERKORT ELLER IKKE: Judith Josefson (84) er nervøs i dag. Hun skal ta en kognitiv test, som avgjør om hun får beholde sertifikatet et år til. Hun er avhengig av bil for å komme til butikken.

Etter en times tid er testen over. Resultatet sendes til lege, som tar den edelige beslutningen.

Å komme så tett på livsavgjørende hendelser er en del av hverdagen og en stor del av Giævers masteroppgave «Hvordan stå i jobben som sykepleier i små samfunn».

– Det er mange tøffe tak, mangel på forståelse fra sykehusansatte, kommunen og egne innbyggere på hva jobben faktisk går ut på. Jeg har vært her nå i ni år. Mitt svar er at det gir meg noe tilbake som menneske. Så skal jeg finne mer ut av dette de neste to årene, sier Giæver.

P-PILLER TIL KATTEN

Anne Giæver vil også få frem det positive ved å vite hvem alle er, og det å få tillit hos pasientene

og pårørende fordi de kjenner deg. Og det å vite hvordan ting skal ordnes når alt ser mørkt ut.

– Det hender jo at hverdagen også byr på overraskelser og latter. For eksempel strekker vi oss langt når det gjelder folks kjæledyr mens de er på sykehuset eller syke. På arbeidslistene har oppgavene vært å lufte hunder og gi en katt p-piller.

De har også målt snømengden for Meteorologisk institutt.

– Det har vi sluttet med, sier Anne Giæver og ler godt.

VIL KLARE SEG SELV

Dagens tredje kaffekopp tas på skolekjøkkenet. Renholder Torgunn Olsen tar en pause med oss. Hun har kurs i hjertestarteren som henger på skolen.

– Jeg ble oppringt, men heldigvis var det likevel ikke bruk for den.

Hun mener det er betryggende for pjuksete eldre å ha en sykepleier de kjenner som kommer på besøk, selv om mange er skeptiske til at «kommunen» kommer og sjekker dem.

– Vi som bor her, passer også på hverandre. Det er ingen hjemmehjelp på øya, så mannen min som er brøytesjåfør, ser etter folk på runden sin. Tre ganger har han plukket opp folk som har ramlet i snøen og blitt liggende der. Bare flaks at ingen har omkommet, forteller Olsen.

Vaktmester Vibeke Kvivesen er også så vidt innom og nikker bekræftende. Hun er ellers er 50 prosent sauebonde og 10 prosent vannverksansvarlig.

– Vi ser etter om det er spor i snøen,





om folk har hentet posten, eller om det er lenge siden de har vært på butikken. Sist vinter var flere uten mat en uke, været var så dårlig at en ikke kom lenger enn til ytterdøra. For mange er det et nederlag å få hjelp av det offentlige.

STORT ANSVAR

Lege Therese Nypan er ferdig med sine tre pasienter med ti problemstillinger. Som turnuslege utdannet fra Krakow og med et år i Oslo er det helt andre regler som gjelder i Måsøy.

– Jeg har aldri følt på det å ha et så stort ansvar som jeg gjør her, sier hun.

Turnuslegene skiftes automatisk ut hvert halvår, akkurat når de har lært det viktigste med å være i distriktet. En kommunelege ble i ti år, ellers er to ikke uvanlig. «Det merkes», er Anne Giævers knappe kommentar, men hun vil også skryte av legene. Den for-

«Vi som jobber i distriktene, kan litt om alt, og vi kjemper hver dag unike kamper for pasientene våre.»

Anne Giæver, sykepleier

rige som var her, var veldig interessert i lokalsamfunnet, og de hadde en god kommunikasjon og kjemi. Generelt er samarbeidet blitt veldig bra, da hjemmetjenesten har faste møter med legene tre ganger i uka.

– Vi kan også ringe direkte på vakttelefonen. Før kunne det gå flere dager før de fikk svar. Fremdeles er det utfordringer. Sykepleierne har de siste oppdateringene om pasientene i sitt system. Dersom legene ikke har fulgt dette opp i sine datasystemer, kan pasienter sendes til sykehus med feil medisinaliste. Dette har skjedd, og det er utrolig at vi har denne typen dobbeltarbeid.

LANGT FRA ALT

Ingen flere pasienter kommer, så Anne Giæver tar derfor med legen ut på en tur til Tufjord så hun får sett mer av øya. Klokken 15.30 rygger de igjen om bord på båten. Skoleklassen går av, noen med handleposer. Bilene stropes igjen fast. Været ser ok ut, men polare lavtrykk har det med å dukke opp uanmeldt. To pasasjerer hentes fra Ingøy. Etter halvannen time er vi igjen i Havøysund med ubrukt spypose for legen, selv om det var tett på.

Fiaten ruller noen få minutter til helsesenteret, hvor det skal skrives rapport. Ingen akutte eller overraskende situasjoner i dag.

Anne Giæver vet at hun er «langt fra hvor som helst og temmelig nært ingen steder», som en av forskerne av rural sykepleie så pent har sagt det.

– Selv om verden går fremover, så er for vår del både kommunikasjon, post og transport med pasientreiser blitt verre. Så må vi selv bli bedre til å formidle til kommunene og unge sykepleiere hva jobben vår består av. Vi som jobber i distriktene, kan litt om alt, og vi kjemper hver dag unike kamper for pasientene våre. ●

Judith Josefson besto testen, og fikk beholde sitt dyrebare sertifikat minst ett år til.

FV 889 Snefford–Havøysund var stengt hele påskeuka på grunn av ras.

SABO

- når du vil merkes!

3D lommeskilt for praktisk oppbevaring

Mange varianter og fargekombinasjoner i nettbutikken.

Art. nr. 2060

LOMMESKILT

Praktisk navneskilt (med penneholder og lomme) i størrelsen 32x76 mm. Smettes over lommekanten. Kun 38 gr.

199,-

Art. nr. 2020

SKILT MED 3D BAKGRUNN

Oval/rektangulær.

fra 150,-



Bestilles i nettbutikken

www.sabo.no

Vis hvem du er!
Et ansikt uten navn er en fremmed.



SYKEPLEIEN SØKER: **Sommerkorrespondenter**

Er du vår nye sommerkorrespondent?

Vi i Sykepleien vil gjerne vite hvordan ferieavviklingen påvirker helsetjenesten om sommeren. Jobber du på en avdeling der mange «faste» er i Syden eller på hytta? Er du student eller ekstravakt ved en psykiatrisk institusjon? Avdelingsleder med ansvar for å få turnusen til å gå opp? Da vil vi gjerne høre fra deg!

Vi vil invitere deg som kjenner på kroppen hvordan helsevesenet går rundt i sommermånedene, til å være vår lokalkorrespondent i vårt langstrakte Helse-Norge. Fra din post kan du sende oss dine betraktninger, inntrykk og funderinger. På godt og på vondt!

Kvalifikasjoner? Du trenger ikke være en erfaren skribent. Det holder at du er alminnelig engasjert – og at du har respekt for forholdene du skriver om.

Redaksjonen vil i løpet av sommerukene løpende publisere innleggene fra deg og dine korrespondentkolleger på sykepleien.no. Du som skriver, kan få hjelp til og tilbakemelding på innleggene dine, hvis du ønsker det. Redaksjonen vil alltid holde et våkent øye med alt som blir publisert.

Send en e-post til korrespondent@sykepleien.no hvis du ønsker å være en av våre korrespondenter i sommer.

Sykepleien



Hvilken vei skal stikkpilleren settes?

• Tekst **Nina Hernæs**

FASIT: Med spiss eller butt ende først, det er spørsmålet.

I Felleskatalogen står det enten ingenting om hvordan stikkpiller skal administreres, eller det gis kortfattede instruksjoner som «tas rektalt» (Mesasal) eller «innføres rektalt» (Petidin).

Men i en ny bok om anus, *Manus om anus*, mener Kaveh Rashidi og Jonas Kinge Bergland at de har fasiten.

– Den butte enden først, sier Kaveh Rashidi, til daglig allmennlege og fast spaltist i *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

– Det er utrolig ulogisk, innrømmer han, men forklarer med hva musklene i anus gjør.

Muskelringen, eller sfinkterne, strammer seg, og analkanalen blir mindre og mindre helt til muskelen klemmer på stikkpilleren.

– Og en torpedoformet gjennstand, som en stikkpille, vil da skyte i retning den butte enden, forklarer Rashidi.

OG AERODYNAMIKKEN?

Noen vil innvende at aerodynamikken tilsier at det burde være motsatt. I boken innrømmer Rashidi og Bergland at en rakett går raskere med spiss ende først.

Men en stikkpille skal ikke inn i rektum i 250 kilometer i timen og møter ikke masse væske- og luftmotstand, og derfor er ikke det et relevant argument, forklarer legene i boken.

Og legger spøkefullt til: Med mindre den som får stikkpilleren, absolutt skal ha ut masse diaré eller luft akkurat mens stikkpilleren blir satt.

ELLER ...?

Men er dette en opplest og vedtatt fasit?

Kaveh Rashidi og Jonas Kinge Bergland bruker blant annet en studie fra 1991, publisert i *The Lancet*, som kilde. Denne studien,

«*Rectal suppository: commonsense and mode of insertion*», er antakeligvis kilden til en snart 30 år gammel forvirring om hvilken vei stikkpiller skal settes. Her konkluderer forfatterne med at butt ende er riktig vei, fordi kontraksjonene i ringmuskelen gjør at stikkpilleren blir «sugd» opp i endetarmen.

I 2009 rettet den britiske sykepleierlæreren Gaye Kyle et kritisk blikk mot studien i artikkelen «*Should a suppository be inser-*

«Jeg tror ingen har gjort en systematisk undersøkelse på dette.»
Tone Westergren, farmasøyt

ted with the blunt end or the pointed end first, or does it matter?». Kyle kritiserte den for å være liten, ikke ha blitt vurdert kritisk og aldri gjentatt. Likevel endret den sykepleierpraksis over natten.

Kyle konkluderte med at det ikke er evidens for å konkludere med at den ene eller andre veien er best.

– INGEN RETNINGSLINJER

Hos norske RELIS, som gir produentuavhengig informasjon om legemidler, er spørsmål om innsetting av stikkpiller en gjenganger. Sist gang de besvarte et spørsmål, var i mars 2018.

– Svaret er at det ikke finnes retningslinjer for dette, sier Tone Westergren, farmasøyt og seksjonsleder i RELIS.

– Jeg tror ingen har gjort en systematisk undersøkelse på dette, i den grad det er mulig å sammenlikne effekt av å sette stikkpiller med spiss eller butt ende først, sier Westergren.

Hun våger seg likevel på en slags konklusjon:

– Jeg vil si at den bør settes den veien som best passer pasienten.

I 2003 gikk RELIS gjennom Felleskatalogtekster, preparatomtaler og tilgjengelige pakningsvedlegg, uten å komme til noen konklusjon. RELIS spurte også Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo til råds. Farmasøytisk institutt hadde ikke sett dokumentert noe sted hvilken vei en stikkpille skal føres inn i endetarmen, men antok at det var opplagt. De svarte at sunn fornuft tilsier at den spisse enden skal først, men at det ikke er noe i veien for å gjøre motsatt.

– GÅR BRA UANSETT

Kaveh Rashidi tar disse opplysningene med stor ro.

– Dere mener å ha fasiten, men RELIS sier det ikke er noen fasit?

– RELIS har nok gjort mer grundig research enn oss, innrømmer han.

– Vi har skrevet en humorbok. Rashidi understreker at det er vanskelig å gjøre feil med stikkpiller. Det står også i boken.

– I de aller fleste tilfeller vil jeg si at det går bra uansett hvordan den settes, sier han. •

nina.hernes@sykepleien.no

ANNONSE


medema gruppen
- Løsninger som fungerer

AMS - Aktivt Mobiliserings System



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

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

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

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

AMS er velegnet for pasienter, med trykksår

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

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



NORGE MANGLER OVER
4 000 SYKEPLEIERE.
OM MINDRE ENN 20 ÅR
VIL VI MANGLE OVER
30 000 - HVIS VI IKKE
GJØR NOE NÅ.

SYKEPLEIERMANGEL ER EN TRUSSEL MOT PASIENTSIKKERHETEN.
ET BETYDELIG LØNNSLØFT ER AVGJØRENDE FOR Å SIKRE ET TRYGT
HELSEVESEN I DAG, OG I FRAMTIDEN.

Men det haster. Det er på tide at politikerne og arbeidsgiverne ser alvorret i den økende sykepleiermangelen. Krev et lønnsloft til sykepleierne på sykepleierloftet.no



Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@hellomisslena

I have been home Almost 1 month now because of my back. But now I am feeling better and can't wait to go back to work.



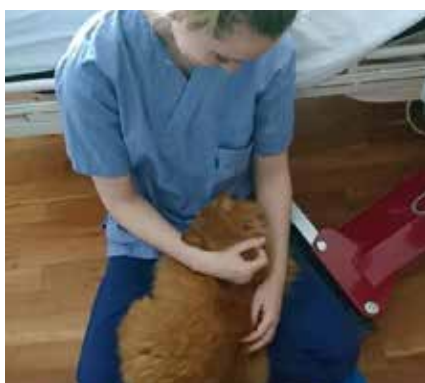
@lykkelise_

Ingenting er som å kunne legge bak seg en beintøff uke og gå av vakt fredag ettermiddag med den gjengen her



@marimor81

Jeg har tegnet mitt alter ego MariANnESTESI. Hun forklarer anestesigreier på en relativt enkel måte på å min blogg.



@helenespansdahl

Etter en tøff uke på jobb er det greit å avslutte fredagen sånn



@markonordmann

Når de spør meg hvorfor jeg liker så godt jobben min... ;)



@carolinehalvorsen

Lykken er å få være med på operasjon!



@agotlien

Fra hvitt til rødt på få minutter, landeveislesing, hente pasient



@this.is.ina

This is all I had time for during this busy day, just before my shift



@janainnorwegen

Jobbehelg...vi er utrykningsklar



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 04 | 2018

Fagartikler – Etikk – Intervju

PUSTEHULL: De ansatte omtaler gruppene som det «eneste stedet man kan ta opp hva som helst». Arkivfoto: Erik M. Sundt



Diabetes. Bedre oppfølging. **54**



«Det er fremdeles svært stigmatiserende og tabubelagt å få demens i relativt ung alder.» Aud Johannessen. **58**



Schizofreni. Tiltak gir bedre helse. **68**

Åpner opp

Refleksjonsgrupper. Åpent tema får de ansatte til å snakke om ting de vanligvis ikke diskuterer. **50**



ÅPNE REFLEKSJONSGRUPPER FÅR FRAM FLERE DISKUSJONSTEMAER

Åpent tema får de ansatte på sykehus til å snakke om forhold ved organisasjonen. Det er ikke vanlig i etiske refleksjonsgrupper.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
80 % praksis
20 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.65560



Øyvind Taraldset Sørensen
Hovedprest,
Prestetjenesten,
St. Olavs hospital

Refleksjonsgrupper for ansatte i helsesektoren har økt de siste årene. I 2016 ble det gjennomført mer enn 200 refleksjonsgrupper på St. Olavs hospital, hovedsakelig for sykepleiere. Siden refleksjonsgruppene har et så stort omfang, kan det være nyttig å få kunnskap om hva de inneholder.

Pleiepersonalet ved St. Olavs hospital i Trondheim deltar i refleksjonsgrupper, som vi beskriver i denne artikkelen. Refleksjonsgruppene er «uten overskrift», det

vil si åpne refleksjonsgrupper der både tema og deltakelse er åpne fra gang til gang. Hensikten med artikkelen er å beskrive hva personalet snakker om i gruppene, og hvordan de snakker om temaene som kommer opp.

Refleksjonsgrupper som er beskrevet i litteraturen vi har konsultert, handler ofte om etisk refleksjon (1–5). Det finnes også eksempler på refleksjonsgrupper om for eksempel likeverdige helsetjenester (6) og åndelig og eksistensiell omsorg i palliasjon (7). Det er særlig i

kommunehelsetjenesten etisk refleksjon er beskrevet i Norge (1, 2). Imidlertid har man også i spesialisthelsetjenesten lenge drevet omfattende etisk refleksjon i de kliniske etikkomiteene (3, 5).

ÅPEN REFLEKSJONSGRUPPE

Refleksjonsgruppene på St. Olavs hospital gjennomføres som halvtimes grupper. Gruppene som omtales i denne artikkelen, ledes av forfatteren. Gruppelederen baserer seg på elementer fra veiledningsmetodikk som sokratisk dialog og åpne spørsmål (8).

En typisk refleksjonsgruppe kan beskrives slik: Alle ansatte på en sengepost, seksjon eller avdeling, og som ikke er opptatt med arbeid som ikke kan vente, møtes på personalets pause-rom til en halvtimes refleksjon om et åpent tema. Deltakerantallet kan variere fra 3–4 og opp til 17–18, med rundt 10 som det vanligste. Deltakerne er som oftest pleiepersonell.

Tema for dagen fastsettes etter innspill fra deltakerne, gjerne på bakgrunn av innledningsspørsmålet «Hva skal vi snakke om i dag?». Hvis ingen forslag kommer opp, kan lederen introdusere emner, for eksempel fremme en påstand eller en verdi, eller stille spørsmål som «Hva forbinder du med respekt?»

Fakta ●●●

Hovedbudskap

På St. Olavs hospital har de åpne refleksjonsgrupper for de ansatte. Denne artikkelen presenterer hvilke temaer de snakker om i refleksjonsgruppene. Relasjonsarbeid framstår som et hovedtema. Personalet er opptatt av hvordan relasjonsarbeidet påvirkes av profesjonalitet og forhold ved organisasjonen. Funnene diskuteres opp mot moralsk stress og etisk refleksjon.

Nøkkelord

- Refleksjonsgruppe
- Etisk refleksjon
- Klinisk etikk
- Organisasjonsetikk
- Moralsk stress

Tabell 1: Oversikt over temaer i refleksjonsgrupper

Hovedtema	
Relasjonsarbeid	
Deltema Profesjonalitet i relasjonsarbeid	Deltema Organisasjonens påvirkning på relasjonsarbeid
Undertemaene (som det snakkes om i gruppene)	Undertemaene (som det som snakkes om i gruppene)
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse • Identifikasjon og den andres perspektiv • Vanskelige følelser • Egenomsorg • Verdier og etiske dilemmaer 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljø og ledelse • Travelhet • Intern samhandling og system



PÅ PAUSEROMMET: I en åpen refleksjonsgruppe fastsettes tema for dagen etter innspill fra deltakerne, gjerne på bakgrunn av innledningsspørsmålet «Hva skal vi snakke om i dag?». Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

METODE

Artikkelen er basert på en analyse av kortfattede notater etter 331 refleksjonsgrupper gjennom 7 år (2009–2016). Gruppelederen skrev ned notater umiddelbart etter hver gruppe. Notatene inneholder for det meste stikkord fra samtalen. Lengden på hvert notat varierer fra et par ord til 6–7 linjer.

Vi analyserte notatene ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (9). Hovedtemaet består av to deltemaer: profesjonalitet og organisasjonen, som igjen består av flere undertemaer (tabell 1). Analysen viste at relasjonsarbeid var et hovedtema i refleksjonsgruppene.

PROFESJONALITET

Her beskriver vi hvordan de fem sidene ved profesjonalitet som ansatte snakker om i refleksjonsgruppene, har betydning for

relasjonsarbeid. De fem sidene ved profesjonalitet er kompetanse, identifikasjon og den andres perspektiv, vanskelige følelser, egenomsorg samt verdier og etiske dilemmaer. De er presentert som underpunkter i dette avsnittet. Tekst som står i anførselstegn, er sitater fra notatene.

Kompetanse: «Magefølelse består av klinisk blikk, erfaring, intuisjon.»

Når ansatte snakker om kompetanse, bruker de uttrykk som kvalitet, tillit og magefølelse. Magefølelsen og intuisjonen sørger for det kliniske blikket som prosedyrene ikke kan dekke. Møtet med det som oppleves som fremmed, som språk og kultur, viser at kompetansen ikke alltid strekker til.

Identifikasjon og den andres perspektiv: «Det kunne vært meg.» Identifikasjon viser seg som

«I 2016 ble det gjennomført mer enn 200 refleksjonsgrupper på St. Olavs hospital, hovedsakelig for sykepleiere.»

møte med seg selv og sine egne erfaringer og de følelsene som oppstår i møte med andre. Det kan se ut som at de ansatte snakker om identifikasjon som en forutsetning for å kunne ta den andres perspektiv.

Det ser ikke ut til å være noe i analysen som tyder på at identifikasjon medfører at personalet forveksler egne behov med andres, noe som ville kunne ha forstyrret relasjonsarbeidet.

Vanskelige følelser: «Jeg skulle ønske jeg kunne 'skru av hodet og hive det ut gjennom vinduet'.»

Vanskelige følelser kan oppstå både i møte med andre mennesker og i møte med egne erfaringer. Fortvilelse, maktesløshet og hjelpeløshet går igjen når sykepleiere snakker om vanskelige følelser i refleksjonsgruppene.

Personalet reflekterer også over følelsen av å stå alene fordi de er prisgitt andres vurderinger når en «pasient ... ikke blir smertelindret». De forteller at de ofte kjenner skyldfølelse og føler dårlig samvittighet. De sier at de opplever moralsk stress, for eksempel





når alvorlig syke pasienter må flyttes.

Samtalene i refleksjonsgruppe-
ne viser også at døden og døende
pasienter kan skape usikkerhet
og hjelpeløshet hos personalet.
Døden kan oppleves som «elefan-
ten i rommet», den som alle vet er
der, men som det likevel er vanske-
lig å snakke om.

Egenomsorg: «Hvordan sette
grenser?»

Ansatte forteller om grenseset-
ting, samvittighet og sinne i reflek-
sjonsgruppene. De snakker om
retten til å si nei når grenser over-
skrides, og de føler seg invadert.
Ansatte snakker om egenomsorg,
om å anerkjenne egne følelser, og
om å snakke med kollegaer om sine
vanskelige opplevelser.

**Verdier og etiske dilemma-
er:** «Å føle seg personlig ansvarlig
for et mangelfullt system.»

Analysen viser at personalet
benytter gruppene til å reflek-
tere over et mangfold av etiske
problemstillinger, som lojalitet,
verdighet, likeverd, etisk legitim
bruk av makt, anonymitet, ær-
lighet og ansvar. For eksempel
forteller en ansatt hvordan hun
ble presset til å ta imot en døen-
de pasient fra en annen avdeling
og «blir beskyldt for å nekte» når
hun ikke tar imot. Hun opplever
det som et spørsmål om verdig-
het for den døende.

I en annen gruppe reflekterer
personalet over hvorvidt man dri-
ver «forskjellsbehandling av ruspa-
sienter [og pasienter med] forgift-
ninger og selvsykdom», og hvordan
informert samtykke og autonomi
utfordres når det i en gitt situasjon
refereres til at «legen sa at her er
det jeg som bestemmer». De ansat-
te reflekterer over forholdet mel-
lom omsorg og makt. Spørsmålet
om hvilke verdier sykehuset skal
ha, og hva vi skal med dem, reises
også.

Vi har nå beskrevet hvordan
de fem sidene ved profesjonalitet
som ansatte snakker om i reflek-
sjonsgruppene, har betydning for
relasjonsarbeid. Analysen viser
også at personalet er opptatt av
organisasjonskultur.

ORGANISASJONEN

De følgende tre underpunktene er
undertemaene som hører til delte-
maet «organisasjonens påvirkning
på relasjonsarbeid». I refleksjons-
gruppene blir organisasjonskultur
knyttet til arbeidsmiljø og ledelse,
travelhet og intern samhandling
og system. I det følgende beskriver
vi funnene våre om hvordan disse
tre sidene ved organisasjonen på-
virker relasjonsarbeidet.

Arbeidsmiljø og ledelse: «Det
som holder oss oppe, er et godt
arbeidsmiljø.»

Ansatte framhever betydningen
av «å være omgitt av mennesker
som vil en vel». Et robust arbeids-
miljø har betydning for utholden-
het. På den annen side ser det ut
til at utfordringer med fullt syke-
hus trekker i motsatt retning og bi-
drar til økt sykefravær. Analysen
tyder også på at et arbeidsmiljø
som fremmer samhold og trygghet,
kan ha betydning for relasjonen til
pasienter og pårørende, og for den
ansattes relasjon til seg selv.

Det ser ut som om de ansatte i re-
fleksjonsgruppene særlig er opp-
tatte av relasjonelle forhold ved
ledelse, for eksempel kommunika-
sjon og opplevelsen av ivaretagelse.
Ledelse ser ut til å ha betydning
for hvordan de ansatte opplever
seg selv når de for eksempel snak-
ker om at lederen gir dem lite
anerkjennelse.

De snakker også om hvordan
ledelse har betydning for hvordan
de opplever kollegaene sine når det
de kaller «uformelle ledere» får ut-
folde seg.

Travelhet: «Hvordan få tid til
spisepauser?»

Travelhet er et gjennomgangs-
tema i det personalet snakker om i
refleksjonsgruppene. Ansatte for-
teller om hvordan de «må gjøre mer
på kortere tid», og at det er «krevende
å ikke få tid til samtale og være
hos dem som trenger det».

Pasientene blir utrygge når per-
sonalet ikke rekker å komme, noe
som stresser personalet. Personalet
fortviler over at kollegaer «mø-
ter gråtende til rapport og går hjem
uten å få snakket med noen». Per-
sonalet snakker også om andre

erfaringer, som for eksempel at det
var «bra [med vikarer] i sommer».

**Intern samhandling og
system:** «Respektløshet på sys-
temnivå som rammer individnivå.»

Personalet forteller om systemer
som ikke fungerer. Det handler om
at leger drøyer, at bakvakten har
høy terskel, at pasient døde uten
fastvakt, og at behandlere over-
prøver hverandre slik at «anbef-
alt smertelindring halveres». Det
handler også om kort liggetid, som
bidrar til dårlig system
for informasjon
og for få innleide
sommervikarer.

En annen side ved
temaet «intern sam-
handling og system»
er ansattes fortellin-
ger om fullt sykehus.
De snakker om hvor-
dan «personalet må
'hive' pasienten ut
av rommet fordi ... ny
pasient ... [skal] inn
nesten før den for-
rige er klar til å dra
hjem». De forteller

om hvordan dette fører til at «gam-
lemor sitter på gangen» med si-
ne poser og vesker, mens rommet
hennes klargjøres for en ny pasient.

OPPSUMMERING AV FUNN

Oppsummert kan vi si at relasjons-
arbeidet ser ut til å skje på fle-
re nivåer. Det skjer i selve reflek-
sjonsgruppen, når ansatte sitter
sammen og reflekterer. Et annet ni-
vå kan sies å være det som er gjen-
stand for refleksjonen: relasjonen
til pasienter, pårørende, andre kol-
legaer og hvordan man forholder
seg til egne erfaringer og følelser.
Et tredje nivå kan være den reflek-
sjonen som foregår inne i hver en-
kelt i løpet av den tiden refleksjons-
gruppen varer: egenrefleksjonen.

TEMAER SOM PEKER SEG UT

Diskusjonen tar opp hovedområde-
ne for denne artikkelen: å systema-
tisere kunnskap om temaer i reflek-
sjonsgrupper. Hvilke temaer peker
seg ut, hva kan grunnen være, og
hvordan kan vi forstå de temaene
som kommer opp?

«Fortvilelse, maktesløshet og hjelpeløshet går igjen når sykepleiere snakker om vanskelige følelser i refleksjons- gruppene.»

FAGARTIKLER:

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

VERDIER OG ETIKK

Spørsmål knyttet til verdier og etikk kan oppfattes som et hovedaspekt ved relasjonsarbeid og kan gjenfinnes innenfor de fleste temaene som vi har beskrevet her. Siden verdier og etiske dilemmaer kan sies å være gjennomgående i funnene, kan det tyde på at verdier og etikk er temaer helsepersonell trenger å reflektere over, noe litteraturen om refleksjonsgrupper bekrefter (1–4).

MORALSK STRESS

Moralsk stress kan oppstå når vi vet hva vi synes det er riktig å gjøre, men forhindres av ytre rammer (10). Moralsk stress i helsesektoren er godt dokumentert (1, 4, 10). I materialet vårt har vi sett hvordan moralsk stress påvirkes av for eksempel organisatoriske forhold som travelhet og intern samhandling og system, og har innflytelse på de relasjonelle møtene.

Et eksempel på moralsk stress er den tidligere nevnte sykepleieren som føler seg presset til å ta imot en døende pasient. Sykepleierens verdier og moralske integritet tilsier at en døende pasient ikke skal flyttes fra en avdeling til en annen. Likevel føler hun seg presset av et system der forholdet mellom kapasitet og pågang ikke synes å være i samsvar, med den følge at en døende pasient forsøkes flyttet.

Pasienten ble ikke flyttet fordi sykepleieren opplevde flyttingen som en krenkelse av pasientens verdighet og sto på sitt, selv om hun ble beskyldt for å nekte. Hun sto i det moralske stresset og handlet i samsvar med sine profesjonelle og personlige verdier. Selv om det var krevende, er det grunn til å framheve betydningen av å handle autentisk, i samsvar med sine moralske følelser (11).

Studier viser at denne formen for autentisitet kan bidra til jobbengasjement og trivsel (12). Motsatt viser studier at sykepleiere som ofte blir utsatt for moralsk stress, står i fare for å bli emosjonelt utmattet og innta et avpersonalisert forhold til pasienter, med fare for å bli utbrent (10). Plassmangel og press på

avdelinger om å ta imot nye pasienter kan bidra til at moralsk stress oppstår.

Slik stress oppstår når avstanden blir for stor mellom egne verdier og moralsk integritet på den ene siden, og forventningene fra organisasjonen og dens evne til å løse interne samhandlingsutfordringer på den andre siden. Resultatet kan bli at individet, den enkelte profesjonsutøveren, forsøker å ta ansvar for utfordringer som organisasjonen er ansvarlig for.

Refleksjonsgruppene gir personalet mulighet til å snakke sammen om mangelfulle organisatoriske systemer. På den måten kan gruppene fungere som ventiler der ansatte får lettet på frustrasjonstrykket, noe som kanskje kan bidra til å opprettholde det mangelfulle systemet. På den andre siden kan det å få snakket sammen kanskje gi overskudd til å ta problemene videre.

REFLEKSJONSGRUPPENS FORM

Funnene indikerer at personalet i refleksjonsgruppene har behov for å snakke sammen om utfordringer som oppstår som følge av utilstrekkelige organisatoriske forhold. De viser også at refleksjonsgruppens åpne form kan bidra til å legge til rette for slik samtale.

Temaene som kommer opp i etisk refleksjon i spesialisthelsetjenesten, slik det kommer til uttrykk i kliniske etikkomiteer, handler som oftest ikke om organisatoriske forhold (5).

Hva kan da grunnen være til at utilstrekkelige organisatoriske forhold kommer opp i våre grupper? Det er ikke sannsynlig at det skyldes lokale forhold. Kanskje kan refleksjonsgruppens åpne form ha betydning. Kan det være slik at organisatoriske forhold blir for komplekst for etisk refleksjon (13)? At utfordringer og dilemmaer som mer direkte utfordrer den enkeltes profesjonelle ferdigheter, egner seg bedre for etisk refleksjon?

Et eksempel kan være problemstillinger knyttet til fortsettelse eller begrensning av livsforlengende behandling (5). Det kan også være andre utfordringer som har med

medbestemmelse å gjøre (5). Den medisinske etikken fokuserer på prinsipper som autonomi, det å gjøre vel imot andre og ikke skade (14).

Vi spør oss om det kan være slik at denne oppmerksomheten heller inviterer til å håndtere etiske dilemmaer som handler om individuelle perspektiver, enn organisatoriske forhold? Dersom individet, den enkelte ansatte, føler at man må ta ansvar for det organisasjonen er ansvarlig for, kan det innebære at organisasjonen ikke blir ansvarliggjort.

GRUPPENS BETYDNING

Hvilken betydning har refleksjonsgruppene for de ansatte? I framtiden vil det være viktig å dokumentere denne betydningen, tatt i betraktning det omfanget refleksjonsgruppene har. Gruppens betydning faller utenfor rammen for denne artikkelen. Refleksjonsnotatene gir likevel noen antydninger:

Ansatte omtaler gruppene som det «eneste stedet man kan ta opp hva som helst». De snakker om gruppene som et sted for ettertanke og nye perspektiver, et «pustehull». Noen forteller også at de «tenker på det vi har snakket om når liknende situasjoner dukker opp». ●

Takk til professor Kjersti Vik, Institutt for neuromedisin og

bevegelsesvitenskap, NTNU for veiledning i metode og konstruktive innspill da vi skrev artikkelen.

REFERANSER:

1. Vråle GB, Borge L, Nedberg K. Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. Sykepleien Forskning 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/04/etisk-refleksjon-i-veiledning> (nedlastet 25.04.2017).
2. Magelssen M, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R, Lillemoen L. The Norwegian national project for ethics support in community health and care services. BMC Medical Ethics. 2016;17:70–8.
3. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Novel paths to relevance: How clinical ethics committees promote ethical reflection. HEC Forum 2016;28(3):205–16.
4. Engerdahl IS, Molewijk A, Pedersen R. Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern – Når lovverk møter praksis. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2016;53(2):102–10. Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=457512&a=3#article (nedlastet 10.03.2016).
5. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: What do they do, and does it make a difference? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2011;20:389–95.
6. Kartzow AH, Flateby IV, Debesay J. Refleksjonshåndbok for helsepersonell. Om mestring av fler kulturelle utfordringer. Oslo: Oslo universitetssykehus. Seksjon for likeverdig helsetjeneste; uten årstall.
7. Lunde SAE, Haugen DF, Austrheim MH. Palliasjon er også eksistensiell omsorg. Sykepleien Forskning 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/08/palliasjon-ogsaa-eksistensiell-omsorg> (nedlastet 27.09.2017).
8. Skagen K. I veiledningens landskap. Innføring i veiledning og rådgivning. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm; 2013.
9. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innhållsanalyse. I: Granskår M, Högland-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
10. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. Nursing Ethics. 2015;22(1):5–31.
11. Taylor C. Autentisitetens etik. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2004.
12. Bjarnadottir A, Vik K. Experiences of staying healthy in relationally demanding jobs: an interpretative phenomenological study of work-engaged nurses in the hospital. Open Journal of Nursing. 2015;5:437–50. DOI: 10.4236/ojn.2015.55047.
13. Førde R, Hansen TWR. Do organizational and clinical ethics in a hospital setting need different venues? HEC Forum. 2014;26:147–58.
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6. utg. New York: Oxford University Press; 2009.

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

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

Wima® produkter

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





BETRE OPPFØLGING AV DIABETES PÅ SJUKEHEIMAR AUKAR LIVSKVALITETEN

KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.65390

Fleire eldre får diabetes. Klinisk audit på sjukeheimar kan vere ein god metode for å sikre kunnskapsbasert behandling og oppfølging.



Laila Nordheim Alme
 Fagutviklings-
 sykepleier,
 Ladegården
 sykehjem

Diabetes er ei følge av utilstrekkeleg eller manglande insulinproduksjon eller nedsett blodsukkersenkande effekt av insulinet (insulinresistens). God kontroll med blodsukkeret er vesentleg for livskvaliteten til menneske med diabetes. Hos yngre med diabetes er hovudmålet oftast å forebygge langtidskomplikasjonar. For dei eldste med diabetes er hovudmålet å unngå symptomgjevande høge og låge blodsukkerverdiar (1).

Symptoma hos eldre kan ofte vere atypiske og kan lett bli mistolka som generelle aldringssymptom. Ved tilleggssjukdomar og kognitiv svikt kan

det vere ekstra utfordrande å tolke symptoma. Kunnskapsbaserte behandlingsretningsliner understrekar behovet for individuell oppfølging og behandling også av dei eldste med diabetes (1, 2).

Ein norsk studie frå 19 sjukeheimar i Helse Vest sitt geografiske område, viste ein gjennomsnittleg førekost av diabetes på 16 prosent (3). Det er venta at omfanget vil stige fordi fleire enn tidlegare får diabetes, og fordi fleire blir eldre. Det er viktig at sjukeheimar er førebudde på dei behandlings- og oppfølgingsoppgåvene som diabetes medfører. Jamvel om diabetes sjeldan er hovuddiagnose ved innlegging (1), er det viktig

at sjukeheimane har gode rutinar for oppfølging og behandling.

BAKGRUNN

Hausten 2011 blei det ved tre sjukeheimar i Bergen gjennomført ein studie, «Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sjukeheim» (4). Studien viste eit stort sprik mellom praksis for oppfølging av pasientane sine blodsukker nivå og dei kunnskapsbaserte tilrådingane om diabetesoppfølging (1). Hos om lag 25 prosent av deltarane var ikkje diabetesdiagnosen dokumentert i elektronisk pasientjournal (EPJ). Dei fleste mangla også individuelt behandlingsmål for HbA1c og rutinar for oppfølging av blodsukkeret. HbA1c er eit viktig mål for blodsukkerreguleringa hos personar med diabetes.

Studien konkluderte med at det er behov for eit systematisk kvalitetsarbeid ved sjukeheimar, og ein såkalla klinisk audit er ein tilrådd metode. Hausten 2015 starta eit samarbeid mellom Høgskulen i Bergen (no: Høgskulen på Vestlandet) og leiinga ved to sjukeheimar i Bergen kommune. Målet var å implementere tilrådingar frå fagprosedyren «Diabetes i sykehjem» (1). Ladegården sykehjem var ein av sjukeheimane.

OPPSTART

Ladegården sykehjem har 107 plassar delt på fem postar, fire for

Fakta

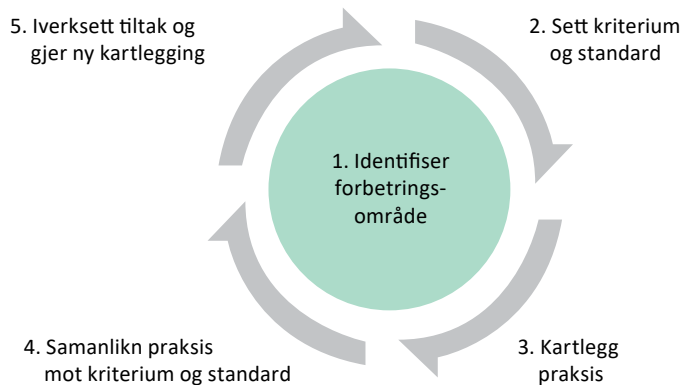
Hovedbudskap

Diabetes er vanleg i sjukeheimar. Studiar har vist at diabetesoppfølginga ofte ikkje samsvarar med tilrådingar i kunnskapsbaserte retningsliner. Dette var utgangspunktet for eit kvalitetsprosjekt på to sjukeheimspostar ved Ladegården sykehjem i Bergen kommune. Små, men viktige justeringar førte til at praksis blei kunnskapsbasert, og at pasienttryggleiken blei betre. Klinisk audit kan vere ein god metode i kvalitetsarbeidet.

Nøkkelord

- Kvalitet
- Ledelse
- Geriatri
- Diabetes

Figur 1: Klinisk audit-sirkelen





BLODSUKKERNIVÅ: God kontroll med blodsukkeret er vesentleg for livskvaliteten til menneske med diabetes. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB Scanpix

langtidsbebuarar og ein for korttids- og rehabiliteringspasientar. Fagbemanninga er god. Då prosjektarbeidet starta, hadde 16 bebuarar (om lag 15 prosent) diagnosen diabetes.

To postar blei valde til å delta i prosjektet. Post A er ein korttids- og rehabiliteringspost med 26 pasientar, post B er ein langtidspost med 17 bebuarar.

Sjukepleiarane og helsefagarbeidarane ved dei to deltakande postane fekk til saman to timar undervising om kunnskapsbasert praksis og innhaldet i fagprosedyren «Diabetes i sykehjem». Ved kvar av dei to postane blei det deretter oppretta ei arbeidsgruppe som skulle utføre det interne kvalitetsarbeidet med utgangspunkt i metoden klinisk audit.

EVALUERING AV PRAKSIS

Klinisk audit er ein metode for å evaluere om praksis er i samsvar med kunnskapsbaserte retningsliner, etterfølgd av tiltak i dei tilfella praksis ikkje er i samsvar med tilrådingane (5–9). Målet er å auke kvaliteten på pasientbehandligna,

betre behandlingresultatet, forenkle prosedyrar og betre ressursbruket (6). Ein klinisk audit er ein syklisk prosess med fleire trinn (5, 9; sjå figur 1).

Trinn 1 i audit-sirkelen identifiserer eit område der ein vil vurdere om praksis er i samsvar med gjevne tilrådingar. **Trinn 2** definerer målbar kriterium for kunnskapsbasert og tilrådd praksis og ein standard for kva som er realistisk måloppnåing (5, 8, 9).

Trinn 3 måler praksis slik han er i dag på grunnlag av til dømes data frå journalar eller spørjeskjema til pasientar og helsepersonell. Det er viktig med ein god og detaljert plan for datainnsamlinga (9). **Trinn 4** samanliknar praksis med kriteria og standardane. Dersom evalueringa viser at praksis ikkje er som tilrådd, går ein vidare til **trinn 5** i audit-sirkelen, som er val og iverksetjing av tiltak.

Når ein skal implementere ny, varig praksis, er det viktig med verk same tiltak og gode strategiar for tilbagemelding til dei involverte (7, 8). Etter ei tid bør det bli gjennomført

ein ny audit (re-audit) for å undersøke om tiltaka har ført til endra praksis. Ein re-audit kan bli gjort fleire gongar for å sikre at den endra praksisen er varig. Forankring i leiinga og nok tid til gjennomføring er avgjerande for å lukkast med ein klinisk audit (6).

«Det er behov for eit systematisk kvalitetsarbeid ved sjukeheimar.»

KVALITETSARBEIDET

Ei arbeidsgruppe med to sjukepleiarar og to helsefagarbeidarar blei oppretta ved kvar av dei deltakande postane på Ladegården sykehjem. Gruppene samarbeidde med sjukeheimslege og fekk rettleiing frå Høgskulen i Bergen. I det følgjande vil vi gjere greie for arbeidet, trinn for trinn.

Trinn 1: Innsatsområda blei

drøfta på postane. Det var naturleg å ta utgangspunkt i studien frå 2011 (4). Ladegården var ein av sjukeheimane som deltok i denne studien. Oppfølging av blodsukkeret til personar med diabetes var sentralt i studien. Det vil seie at diagnosen er registrert, at behandlingsmål og rutinar for måling av blodsukker er individualisert og dokumentert, og at blodsukkerreguleringa og risikoen for hypoglykemi er under kontroll.

Begge postane valde desse elementa for sin kliniske audit. Det er viktig at diagnosen diabetes (inkludert type) er kjend for alle som arbeider med desse bebuarane. Studien frå dei 19 sjukeheimane i Helse Vest sitt geografiske område (3) viste at 60 prosent av bebuarane med diabetes hadde hatt blodsukkerverdiar under 4 mmol/l på dagtid eller under 6 mmol/l fastande i løpet av ein fire vekers periode.

Både individuelle mål og rutinar kan vere med på å førebyggje låge blodsukkerverdier. Studien konkluderte med at mange av bebuarane ved sjukeheimane var overbehandla.





Det kan vere eit resultat av dårlege eller mangelfulle rutinar for oppfølging av blodsukkeret og påfølgjande justeringar av dei blodsukker-senkande medikamenta.

Systematisk kartlegging av risikoen for hypoglykemi kan førebygge lågt blodsukker. Kartlegging vil også kunne gjere helsepersonell merksame på einskildpasientar der medikament og tilleggsjukdomar gir auka risiko for lågt blodsukker.

Trinn 2: Dei to postane definerer høvesvis fire og fem kriterium for god praksis ved oppfølging av pasientenes blodsukker. For kvart kriterium blei det definert ein standard. Standarden for måloppnåing blei sett til 100 prosent for alle kriteria (sjå tabell 1).

Trinn 3: Med utgangspunkt i kriteria blei praksis kartlagt på grunnlag av dokumentasjon i EPJ og kardex. Eit eige datainnsamlingsverktøy blei utvikla for datainnsamlinga. Pasientjournalen ved sjukeheimen er delt i ein elektronisk pasientjournal (EPJ) og ein papirjournal. Kardex er ein del av papirjournalen. Ved gjennomføringa av klinisk audit var det to pasientar med diabetes på post A

og fire bebuarar med diabetes på post B.

Trinn 4: Kartlegginga, med utgangspunkt i dei valde kriteria, viste at alle bebuarane med diabetes hadde diagnosen dokumentert i EPJ, men ikkje i kardex. Ingen av dei fire bebuarane med diabetes på post B hadde individuelle behandlingsmål for blodsukkerreguleringa. På post A blei behandlingsmål identifisert i EPJ, men dei var ikkje tydelege. Behandlingsmåla var ikkje dokumenterte i kardex.

Individuelle rutinar for blodsuktermåling var dokumentert i EPJ for dei to pasientane på post A, medan det berre var dokumentert i kardex for dei fire bebuarane på post B. Hos alle var dokumenterte HbA1c-verdiar tilgjengelege i EPJ.

Trinn 5: Kartlegginga viste at oppfølginga av blodsukkeret til bebuarane med diabetes kan bli betre. Relevante behandlingsmål, tiltak og rutinar blei diskuterte med pleiepersonalet på postane og med sjukeheimslegen. Leiinga på postane var involvert.

For å sikre god kvalitet og at alle veit kven som har diabetes, blei «Glukosemålingsskjema – 24 timer» i EPJ teke i bruk. Både diagnose, type

diabetes, behandlingsmål, siste målte HbA1c-verdi, rutinar for blodsuktermåling og målte blodsukkerverdiar blei førte inn. Kopi av skjemaet ligg i kardex på begge postane.

I samråd med sjukeheimslegen blei det på post B (langtidsposten) avtalt halvårlege målingar av HbA1c av alle bebuarar med diabetes, i samband med legemiddelgjennomgangen (11) på posten. Post A (korttidsposten) gjennomfører målingane ved innkomst. Post B innførte også halvårleg kartlegging av risiko for hypoglykemi hos bebuarar med diabetes.

Det blei nytta ein norsk versjon av Hypoglycemia Risk Assessment Tool, som er utvikla i Australia og tilrådd i dei australske retningslinene for diabetes i sjukeheimar (10). Alle tilsette blei informerte om dei nye rutinane.

Ein re-audit, som blei gjennomført om lag eit halvår seinare, viste at oppfølginga av bebuarar med diabetes var i samsvar med kriteria. Oppdatert dokumentasjon var tilgjengeleg både i EPJ og kardex, og dei tilsette rapporterte om betra pasienttryggleik i oppfølginga av bebuarar med diabetes.

DRØFTING

Gjennomføringa av klinisk audit, som inkluderte ti bebuarar med diabetes, viste klar betring på fleire område, samanlikna med funna i Heimro sin studie frå 2011 (4). Ved tidspunktet for re-audit var diagnosen dokumentert i alle pasientjournalane til bebuarane med diabetes.

Det er dokumentert at alle har fått målt HbA1c i løpet av dei siste seks månadane, og at alle har individuelle rutinar for blodsuktermåling. Vi trur at deltaking i studien frå 2011 har gitt generell læring, og at dei tilsette er blitt betre kjende med fagprosedyren «Diabetes i sykehjem». Post A og B har stabilt personale med kompetente sjukepleiarar og helsefagarbeidarar, og leiinga legg stor vekt på at bemanninga alltid er forsvarleg. Legetenesta er blitt vesentleg styrka dei siste fire åra. Halvårleg legemiddelgjennomgang (11) blir gjennomført hos alle bebuarane på langtidspostar.

På sikt vil pasientjournalen bli

Tabell 1: Valde kriterium og standardar for tilrådd praksis ved oppfølging av blodsuktermålingar

Kriterium*	Standard
1. Hos alle pasientar/bebuarar med diabetes er diagnosen (inkludert type) tilgjengeleg i elektronisk pasientjournal (EPJ) og kardex.	100 %
2. Hos alle pasientar/bebuarar med diabetes er individuelle behandlingsmål for HbA1c definerte i EPJ og kardex.	100 %
3. Hos alle pasientar/bebuarar med diabetes blir HbA1c målt minimum kvar sjette månad etter individuell vurdering. Resultat er tilgjengeleg i EPJ og kardex.	100 %
4. Hos alle pasientar/bebuarar med diabetes er individuell rutine for blodsuktermålingar dokumentert i EPJ og kardex.	100 %
5. Alle pasientar med diabetes får kartlagt risiko for hypoglykemi kvar sjette månad. Resultatet er tilgjengeleg i EPJ og kardex (berre post B).	100 %

* Alle kriteria er utvikla med utgangspunkt i tilrådingar i fagprosedyren «Diabetes i sykehjem» (1)

FAGARTIKLER:

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

fullelektronisk. Av praktiske omsyn må førebels nokre av dokumenta i pasientjournalen vere tilgjengelege både i EPJ og i papirversjonen.

Kardex er ein del av papirversjonen. Dokumentasjonen av gjevne legemiddel ligg berre i kardex. Forskrift om pasientjournal (12) seier at pasientjournalen kan ha fleire deler, og at dette skal vere opplyst i det som er definert som hovudjournalen. Forskrifta seier vidare at relevant og nødvendig informasjon skal vere tilgjengeleg for dei som treng det, og at pasientjournalen skal vere oppdatert. Journalen skal lagrast utilgjengeleg for uvedkomande. Kardex skal vere nedlåst i separat hylle i legemiddelvogna når han ikkje er i bruk.

Leiing, betre kvalitet og pasienttryggleik er stikkord i den nye kvalitetsforskrifta frå 1. januar 2017 (13). Leiinga si rolle i alle ledd av tenesteytinga er grundig omtala. Det gjeld plikta til planlegging og

gjennomføring av helsetenester og plikta til å evaluere og korrigere.

Klinisk audit blei for oss ein god metode for eigenkontroll. Mellom anna fann vi at to postar, i kvar sin etasje i den same sjukeheimen, hadde ulik praksis for oppfølgig av diabetespasientar. På post A hadde pasientane behandlingsmål for HbA1c, på post B hadde dei det ikkje.

I gjennomføringa av prosjektet såg vi at det er behov for å samordne diabetesinformasjonen i EPJ. Det er difor utarbeidd forslag til eit nytt elektronisk skjema der all dokumentasjon om diabetes er samla på ein stad. Skjemaet skal også ligge i kardex.

KONKLUSJON

Klinisk audit er ein enkel, strukturert og lett forståeleg metode. Leiarar i helsetenesta kan bruke metoden til eigenkontroll når dei vil finne ut om det er samsvar

mellom kunnskapsbaserte tilrådingar og praksis på ulike område. Gjennomføring av klinisk audit vil vere overkomeleg for dei fleste postar i ein sjukeheim. Vårt kvalitetsforbedringsprosjekt om blodsukkerregulering til pasientar og bebuarar med diabetes i sjukeheim viste at viktige og lite ressurskrevjande justeringar kan føre til ein meir kunnskapsbasert praksis og betre pasienttryggleik. ●

REFERANSAR:

1. Hølleland G, Sunnevåg K. Diabetes i sykehjem. Bergen kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland: Helsebiblioteket.no/Fagprosedyrer; 2011. Tilgjengeleg frå: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/diabetes-i-sykehjem-behandling> (nedlasta 30.01.2018).
2. International Diabetes Federation (IDF). IDF global guideline for managing older people with type 2 diabetes. IDF; 2013. Tilgjengeleg frå: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/78-global-guideline-for-managing-older-people-with-type-2-diabetes.html> (nedlasta 30.01.2018).
3. Andreassen LM, Sandberg S, Kristensen GBB, Sølvik UØ, Kjøme RLS. Nursing home patients with diabetes: prevalence, drug treatment and glycemic control. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2014;105(1):102–9.
4. Heimro LS, Haugstvedt A. Dokumentasjon og oppfølging av

- bebuarar med diabetes i sjukeheim. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(3):216–26. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/dokumentasjon-og-oppfolging-av-bebuarar-med-diabetes-i-sjukeheim> (nedlasta 23.01.2018).
5. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribes; 2012.
6. Burgess R. How to use this book. I: Burgess R, red. *NEW principles of best practice in clinical audit*. 2. utg. London: Radcliffe Publishing; 2011. s. x–xv.
7. Borbasi S, Jackson D, Lockwood C. *Undertaking a clinical audit*. I: Courtney M, McCutcheon H, red. *Using evidence to guide nursing practice*. 2. utg. Chatswood: Elsevier Australia; 2010. s. 113–31.
8. Benjamin A. *Audit: How to do it in practice*. *British Medical Journal*. 2008;336:1241–5.
9. National Institute for Clinical Excellence. *Principles for best Practice in Clinical Audit*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2002.
10. Dunning T, Duggan N, Svage BA. *The McKellar guidelines for managing older people with diabetes in residential and other care settings*. Geelong: Centre for Nursing and Allied Health, Deakin University and Barwon Health; 2014.
11. Bergen kommune. *Etat for alders- og sykehjem. Prosedyre for legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellisten for pasienter med langtidsopphold i sykehjem*. Ufravikelig prosedyre, gyldig til 15.03.2018. 2013.
12. Forskrift 21. desember 2000 om pasientjournal. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (nedlasta 16.01.2018).
13. Forskrift 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetenesten. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlasta 16.01.2018).
14. Bergene EH. *Klinisk audit (clinical audit) som arbeidsmetode mot riktig legemiddelbruk* [internet]. Oslo: Norsk Farmaceutisk Tidsskrift; 21.01.2008 [siter 31.01.2017]. Tilgjengeleg frå: <https://www.farmatid.no/artikler/fag/klinisk-audit-clinical-audit-som-arbeidsmetode-mot-riktig-legemiddelbruk>

ANNONSE

NÅR KROPPEN SIER IFRA

Hvordan kan *infeksjoner, traumer, arbeidspress, belastninger og bekymringer* henge sammen med *alvorlige symptomer* som for eksempel *smerter, tretthet, søvnvansker, slitenhet, krampes og lammelser*?

Og Hvordan kan disse alminnelige symptomene lede til alvorlige konsekvenser som avhengighet av vanedannende medisiner, *uteblivelse* fra skole/arbeid og til *sosial isolasjon*.

Vi har samlet nasjonale og internasjonale forskere med en fantastisk formidlingsevne. De vil presentere den vitenskapelige bakgrunnen som allerede er kjent, og samtidig gi oss innblikk i sine erfaringer fra klinisk praksis.

Les mer og meld deg på konferansen på www.nksi.no

Velkommen til Jubileumskonferansen 2018!



7. – 8. juni 2018

• Quality Airport Hotel Gardermoen

• nksi.no



Ikke alle med demens har grått hår og en skokk barnebarn.

Aud Johannessen har forsket på yngre som får diagnosen.

Når demens rammer midt i tidsklemma

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

Husker du når og hvor jentungen skal spille bortekamp og hva pøkken måtte ha med seg på skolen onsdag? Sliter du med å huske alle brukernavn og passord på jobben eller med å finne frem i det nye reiseregningssystemet? Da kan du jo forsøke å forestille deg hvordan slike utfordringer oppleves for personer med demens.

YRKESAKTIVE MED BARN

– Mange yngre personer som får demens, er fortsatt yrkesaktive og har ansvaret for små barn. Da sier det seg selv at konsekvensene av en slik alvorlig diagnose blir annerledes, påpeker Aud Johannessen.

Hun er psykiatrisk sykepleier og professor på Institutt for sykepleie- og helsevitenskap ved Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN).

Siden 2013 har hun ledet den kvalitative delen av forskningsprosjektet «Yngre med demens og deres familier» ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Dette arbeidet ble avsluttet i fjor og har også resultert i bokutgivelse.

– Jeg har jobbet med demensproblematikk siden 1999 og observert at yngre med diagnosen inntil nylig har vært relativt upløyd mark forskningsmessig, forteller Johannessen.

EN ANNEN LIVSSITUASJON

Vi lever i en verden der omorganisering, modernisering og endring er en mer eller mindre kronisk tilstand, der vi for eksempel må forholde oss til nettsteder som kan forandre utseende, passord og innloggingskoder.

– Demens kan gjøre det ekstra utfordrende å forholde seg til tjenester og praktiske gjøremål i dagens samfunn, ikke minst på et teknologisk plan, sier Johannessen.

– Jeg mener det er viktig å utvikle tjenestetilbud til yngre med demens, blant annet fordi de ofte er i en helt annen livssituasjon enn eldre.

I desember i fjor, under demensdagene, ble Johannessen tildelt Leon Jarners forskningspris for sin innsats i nevnte prosjekt. At det gjenstår et informasjonsarbeid på området, fikk hun bekreftet da hun skulle klippe håret i forkant av prisutdelingen.

– Det viste seg at frisøren selv hadde en ung far med demens, men hun kjente ikke til hvilke tilbud som fantes for pårørende.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Det er knyttet stor usikkerhet til hvor mange som i dag lever med demens her i landet, og anslag spenner fra 70 000 til over 100 000.

Uansett er langt fra alle diagnostisert eller i kontakt med hjelpeapparatet. Ikke minst gjelder dette de yngre, siden «demens» sjelden er det første ordet som popper opp på fastlegekontoret om en 50-årig pasient har begynt å slite litt i hverdagen.

Professor i alderspsykiatri Knut Engedal har, med utgangspunkt i internasjonale undersøkelser og store forbehold, anslått at rundt 4800 nordmenn under 65 år i dag har demens.

Ifølge tall fra Helsedirektoratet har hver fjerde person som får demens før fylte 65, omsorgsansvar for barn under 18 år.

– Demens kan gi langt større økonomiske

«Mange yngre som får demens, er fortsatt yrkesaktive og har ansvar for små barn.»

konsekvenser når den rammer yrkesaktive, og ektefeller kan også få utfordringer knyttet til eget yrkesliv, påpeker Johannessen.

– Dessuten er det fremdeles svært stigmatiserende og tabubelagt å få demens i relativt ung alder.

VET MYE MER

Yngre med demens har lenge vært en lite prioritert gruppe innen helsevesenet, men ifølge Johannessen har det skjedd mye på feltet de siste årene.

– For det første har man blitt stadig dyktigere til å diagnostisere, også hos yngre.

Johannessen synes dessuten fastleger har blitt flinkere til å sende folk til utredning, og hun observerer at også annet helsepersonell – som psykologer og sykepleiere – i større grad er bevisste på at demens også kan ramme yngre.

– Yngre med demens er nevnt spesifikt i regjeringens «Demensplan 2015», det er utviklet nye tilbud, og det arrangeres samlinger for ektepar og voksne barn.

DAGTILBUD OG STØTTEKONTAKT

I Oslo har man lagt til rette for dagtilbud og tilpassede institusjonsplasser for yngre med demens. På mindre steder er ikke slike løsninger like praktiske.

– Kanskje det bare er én yngre person med demensdiagnose i kommunen. Da kan støttekontakt eller brukerstyrt personlig assistent være gode tjenester, mener Johannessen.

Hun ser ikke bort fra at enkelte yngre med demens kan trives godt i tilbud som i utgangspunktet er beregnet på eldre, men mener det viktige er at tilbudene tilpasses den enkeltes behov og ønsker.



DEMENDIALOG: Aud Johannessen har gjort noe langt fra alle demensforskere gjør: Hun har snakket med dem det faktisk gjelder. Foto: Ingvald Bergsagel

INTERVJUOBJEKTER MED DEMENS

I en av studiene knyttet til forskningsprosjektet har Johannessen intervjuet ti yngre personer med demens – fra diagnosen ble satt og deretter hvert halvår, til sammen fem ganger.

Demensforskning benytter seg ellers ofte av sekundærkilder – som databaser, statistikk og intervjuer med helsepersonell eller pårørende. Det å snakke med dem det faktisk angår aller mest, er en heller sjelden metode.

– Min erfaring er at personer med demens fint evner å uttrykke seg og sette ord på sin situasjon, sier Johannessen.

«Demens kan gi langt større økonomiske konsekvenser når den rammer yrkesaktive.»

– Jeg har pratet mest mulig naturlig med dem. Spurt hvordan de har det. Hva de synes om tilbudet de får. Om sykdommen.

Johannessen er opptatt av at ikke bare forskere, men helsepersonell og andre i større grad lytter til hva personer med demens har å si.

– Vi må ikke glemme stemmen til dem det faktisk gjelder! ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer om sykepleieforskning på sykepleie.no/forskning



KOORDINERENDE PRAKSIS-VEILEDER PÅ SYKEHUS GIR MER FORNØYDE STUDENTER

Å fristille en sykepleier som kunne koordinere praksisveilederne og være bindeledd til lærestedet, ga tryggere rammer og økt læringsutbytte for studentene.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleienn.2018.66106



Jarle Henriksen
 Avdelingsleder, Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Etter endt praksisperiode uttalte en student følgende: «Trygge rammer rundt praksisperioden gir godt grunnlag for læring i praksis!»

Denne artikkelen har bakgrunn i et prosjekt hvor det ble prøvd ut en modell for å heve kvaliteten på bachelorstudentenes kliniske studier. Modellen innebærer i korthet at en sykepleier får et overordnet ansvar for å koordinere praksis. Prosjektet var et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), nå Oslomet – storbyuniversitetet.



Kathrine Espeland
 Universitetslektor, Institutt for sykepleie, Oslomet – storbyuniversitetet

BAKGRUNN

Elementer som fremmer læring og økt kvalitet i de kliniske studiene, er godt beskrevet i litteraturen. Ulike praksismodeller er prøvd ut, og mange praksisplasser har allerede gode rutiner og god struktur (2–5, 13).

Vår avdeling, Kirurgisk avdeling for barn (KAB), er inndelt i fire seksjoner (sengeposter). Vår erfaring var at mye fungerte bra, men at tilbudet til sykepleierstudentene var ulikt på de forskjellige seksjonene. Med utgangspunktet i et ønske om et likeverdig veiledningstilbud for studentene, og et tettere samarbeid med høgskolen, gjennomførte vi fra 2015 til 2016 et samarbeidsprosjekt med HiOA.



Elisabeth Blasko
 Koordinerende praksisveileder, Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Vi hadde mange mål for prosjektet. Blant annet ønsket vi at mot-tak, informasjon og oppfølging underveis av studentene skulle standardiseres. I forkant av praksisperioden skulle studentene få grundig informasjon om relevante læresituasjoner, diagnoser, medikamenter og prosedyrer ved seksjonene.

Kontaktsykepleierne skulle følges bedre opp, og vi ønsket også at antallet kontaktsykepleiere skulle reduseres. Sykepleiere med veiledningsansvar skulle få hevet kompetansen, og seksjonens fagutviklingspsykepleiere skulle få redusert sine arbeidsoppgaver.

ANSVAR FOR UTDANNING

Det er utdanningsinstitusjonenes styrer som utarbeider retningslinjer og er ansvarlige for tilrettelegging og gjennomføring av praksisstudiene (6). Sykepleieledere på sengepostene har et løpende ansvar for å prioritere utdanning i en hektisk arbeidshverdag. Ledelse av praksis er nødvendig for å legge til rette for gode praksisperioder for fremtidige kollegaer.

Gode praksisplasser kjennetegnes av tydelig planer og mål for praksisstudiet. Det må være sammenheng mellom undervisningen i høgskolen og hva studenten møter i klinikken. Formelle samarbeidsarenaer mellom høgskole

og praksisfelt er nødvendige for å redusere gapet mellom teori og praksis.

Studentene er tjent med klare og tydelig læringsutbytter og at forventninger kommuniseres før nye praksisperioder starter. Veilederne bør ha veilederkompetanse og være motivert for å ha studenter (1, 7, 17).

Praksisstedet har en stor del av veiledningsansvaret for sykepleierstudentene. Gode relasjoner mellom studenter og veiledere gir studentene tro på egne ressurser og skaper tillit i veiledningsforholdet. Dette er viktig for læringsutbyttet. Læring fremmes av at studentene opplever trygge rammer, mestring, kontroll og motivasjon.

En god veileder er bevisst egen atferd, tilpasser veiledningen til den enkelte student, og reflekterer over egen tilnærming og hvordan denne påvirker studenten. Samspillet forutsetter at praksisstedet har motiverte og engasjerte kontaktsykepleiere og veiledere (8, 9).

Høgskolen har et stort ansvar for å skaffe alle studenter gode muligheter for kliniske studier (6). Høgskolen har et stort antall studenter og er avhengig av et godt samarbeid i alle ledd. Høgskolelektor må følge opp studentene i tett samarbeid med praksisfeltet. Det er inspirerende og motiverende for alle involverte når et slikt samarbeid

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Et godt samarbeid mellom høgskole og praksisfeltet er grunnleggende for kvaliteten på praksisstudiet. Spesialhelsetjenesten er medansvarlig for utdanning av helsepersonell, og det er avgjørende at ledere tar ansvar ved å sette av ressurser og tilrettelegge for gode praksisperioder. Implementering av en rolle som koordinerende praksisveileder bidrar til å heve kvaliteten på praksisstudiene. Det er viktig å ha systemer som sikrer god oppfølging og veiledning, uavhengig av person.

Nøkkelord

- Kvalitet
- Praksisstudie
- Veiledning
- Organisering

SYKEHUSPRAKSIS: Læringsutbyttene fra høgsolen skulle henge sammen med de læresituasjonene som praksis kunne tilby. Bildet viser studenter fra Oslo-Met. Arkivfoto: Stig M. Weston



fungerer optimalt til studentenes beste og vi ser at de oppnår den kompetansen som er forventet etter en praksisperiode.

PROSJEKTPLAN

Avdelingen gjennomførte i forkant av prosjektet gruppeintervju av lederne og fagutviklings- sykepleiere ved de fire seksjonene. Det var fagutviklingssykepleierne som inntil da hadde hatt hovedansvaret for oppfølging av sykepleierstudentene. Resultatet av intervjuene dannet utgangspunktet for de arbeidsoppgavene som ble lagt til koordinerende praksisveileder (KPV), heretter kalt KPV funksjonsområde.

Å fristille ansatte innenfor de rammene som en sengepost har, er utfordrende. For å få satt av tid til kompetanseheving for KPV og få planlagt og gjennomført prosjektet

var det avgjørende å få tatt dem ut av ordinær drift. Til dette ble det søkt om samarbeidsmidler med HiOA. Midlene ble innvilget, og samarbeid med høgscolelektor opprettet.

Det ble lyst ut prosjektstillinger for KPV, som ble finansiert av samarbeidsmidlene. Fire sykepleiere med lang klinisk erfaring ble rekruttert, og de fikk avsatt 20 prosent av sin stilling til å delta i prosjektet.

En av disse fikk i tillegg et overordnet ansvar for oppfølging av gruppen og innkalling til og gjennomføring av prosjektmøter. Prosjektet omfattet fire praksisperioder med studenter fra høsten 2015 og frem til sommeren 2016. Tretti to studenter var ved seksjonene i prosjektperioden.

For å kunne evaluere og revidere det skriftlige materialet som ble

utarbeidet, samt arbeidsoppgavene som KPV skulle ivareta, ble det utarbeidet et spørreskjema, som

«Gode relasjoner mellom studenter og veiledere gir studentene tro på egne ressurser.»

ble gitt til studenter og kontaktsykepleiere etter hver praksisperiode. Noen av tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen er gjengitt i denne artikkelen.

Mot slutten av prosjektet ble det gjennomført et

fokusgruppeintervju med KPV-ene. Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsene, lederne og fagutviklingssykepleierne var så positive at avdelingen valgte å innføre KPV som en permanent ordning i avdelingen fra høsten 2016.

VÅR MODELL

Vi kaller vår modell KAB-modellen. Modellen forutsetter at en sykepleier ved hver seksjon får avsatt 20 prosent av sin stilling som KPV. Mange titler benyttes på sykepleiere med ulike ansvar for studenter i praksis: hovedveileder, studentansvarlig sykepleier, studentkontakt, praksiskoordinator, veileder og så videre. Vi mener at KPV er mest dekkende, da arbeidsoppgavene både er koordinering og veiledning.

Før KPV har vi utarbeidet en egen funksjonsbeskrivelse med tilhørende





spesifisering av arbeidsoppgaver og diverse maler til støtte for selve utførelsen. Det er seksjonsleders ansvar å følge opp KPV – både at vedkommende utfører oppgavene som er tillagt funksjonen, og at det legges til rette for at KPV får muligheten til å øke egen veilederkompetanse.

Det er utarbeidet eget informasjonsmaterieil med oversikt over læresituasjoner og funksjons- og arbeidsbeskrivelser for kontaktsykepleiere og studenter. Vi ser at vi har iverksatt mange av de anbefalte tiltakene fra Universitets- og høgskolerådets rapport Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning (1).

Rapporten påpeker viktigheten av faste planer for gjennomføringen av veiledningsperioden. Planer gjør at kvaliteten opprettholdes selv om personen som ivaretar oppgavene, skiftes ut.

GJENNOMFØRING

Modellen vår forutsetter at skriftlig materieil og planer utarbeides før vi tar imot studentene. Først avklarte vi hvilke oppgaver KPV skulle ha. Dernest må det utarbeides en funksjonsbeskrivelse og en

konkretisering av arbeidsoppgavene. Funksjonsbeskrivelsen vår er tilgjengelig for alle i sykehusets interne kvalitetssystem.

I spesialisthelsetjenesten har vi til tider mye utskifting av ulike årsaker. Det å ha utarbeidet en funksjonsbeskrivelse gjør at en raskt kan erstatte KPV ved lengre sykefravær eller permisjoner.

Vår erfaring er at oppfølgingen av studentene blir dårligere når KPV ikke er til stede ukentlig. Vi har utarbeidet en tidsakse for når hvilke oppgaver skal gjennomføres (se figur 1). Dette sikrer lik gjennomføring av periodene – uavhengig av praksisplass.

Det er avgjørende å rekruttere rett person til å ivareta rollen som KPV. Vi har søkt etter dem som har god erfaring fra praksisplassen, og som er trygge i rollen som sykepleier med den aktuelle pasientgruppen. Personen må like å veilede og være faglig engasjert. En av KPV-ene uttalte under fokusgruppeintervjuet mot slutten av prosjektperioden:

«Jeg har alltid likt å jobbe med studenter, jeg tok imot dem, jeg hadde litt ekstra tid med studentene. Så når den stillingen ble utlyst,

så var det liksom: Der er stillingen min!»

Vi har vært opptatt av at vedkommende skulle ha et ønske om å tilegne seg mer formell veiledningskompetanse. I prosjektperioden og etter at ordningen med koordinerende praksisveileder ble gjort varig, har alle våre KPV-er gjennomført et 20 studiepoengs studieprogram i veiledning. Alle kontaktsykepleierne skal ha et tre dagers kontaktsykepleierkurs i regi av HiOA.

LÆRESITUASJONER

For studentene ble det i forkant av prosjektet utarbeidet diverse

skriftlig materieil. Dette materielleil inneholder en oversikt over læresituasjoner ved avdelingen som helhet og for den enkelte seksjon. I tillegg er det utarbeidet en oversikt over sykepleierens oppgaver, pasientdiagnoser, medikamenter,

daglige rutiner og annen praktisk informasjon ved seksjonene.

Vi var spesielt opptatt av at læringsutbyttene fra høgskolen skulle henge sammen med de læresituasjonene som praksis kunne tilby. Ved at praksisstedet identifiserer læresituasjoner, blir det også tydeligere for høgskolen hva som er sentralt i praksis.

Før praksisperioden kan studentene sette seg inn i hva som forventes av dem, og hva praksisplassen kan tilby av læresituasjoner. Det kan skape trygghet, raskere læring og bedre læringsutbytte (1, 10).

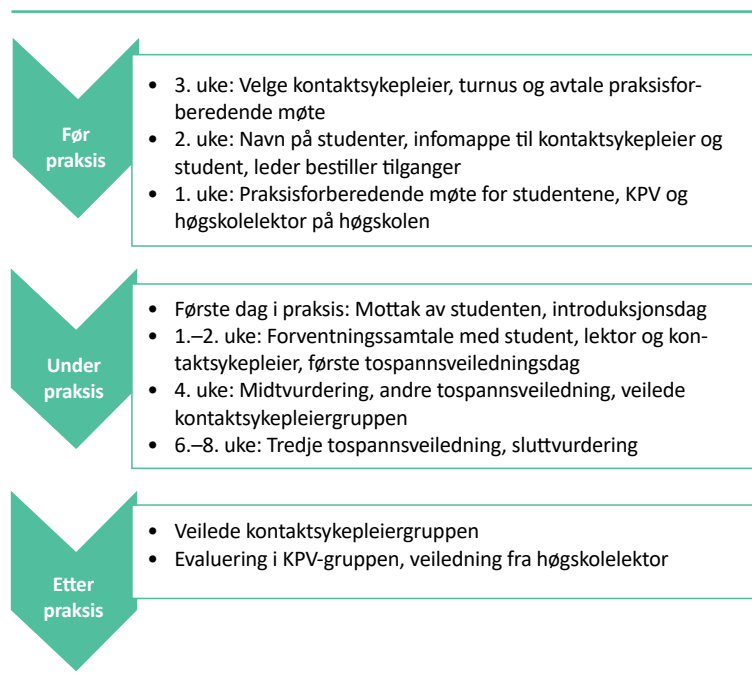
Studentene kan også bruke oversikten over læresituasjonene som en sjekklister underveis i praksisperioden. Oversikten gir både kontaktsykepleier, høgskolelektor og KPV en god oversikt over hva studenten har gjennomgått og erfart.

VEILEDNINGSKOMPETANSE

Underveis i prosjektperioden så vi at KPV kunne bruke mer av sin avsatte tid til å følge opp studentene på seksjonen. Det ble bestemt

«Å fristille ansatte innenfor de rammene som en sengepost har, er utfordrende.»

Figur 1: Forløp praksisperiode



å innføre faste dager hvor KPV står for veiledning av studentene. Maler for veiledningen ble utarbeidet for å sikre likt innhold i og gjennomføring av disse dagene.

Studentene har fire–fem oppsatte veiledningsdager per praksisperiode. Dagene har tema som er relevante i en kirurgisk praksis og står i forhold til læringsutbyttene. Dagene skal gjennomføres etter tospannsmodellen, som innebærer veiledning i par (2).

En annen oppgave som vi valgte å tillegge KPV, var tettere oppfølging av kontaktsykepleierne. For å sikre dette skal KPV gjennomføre en–to planlagte veiledningssamtaler med kontaktsykepleierne i gruppe. Til disse samlingene er det utarbeidet relevante spørsmål som kan være nyttige for å strukturere samtalen. Ved at vi har tillagt KPV veiledningsoppgaver for både studentene og kontaktsykepleierne, mener vi at formell veiledningskompetanse hos KPV er viktig.

GIJENSIDIGE FORVENTNINGER

Kontaktsykepleieren har hovedansvaret for veiledningen av studentene, og det forventes at studentene følger hans/hennes turnus. Det er utarbeidet en oversikt over hvilke arbeidsoppgaver som det forventes at kontaktsykepleierne ivaretar.

Vi har erfart at det er viktig med en tydelig avklaring av hvem som har hovedansvaret for hvilke oppgaver knyttet til oppfølgingen av studentene. Ved å avklare roller reduseres frustrasjon og dobbeltarbeid, og en slipper å være usikker på om noe er gjennomført eller fulgt opp.

For å bedre samarbeidet mellom høgskolen og praksis ble det utarbeidet en oversikt over gjensidige forventninger i løpet av praksisperiodene. Vi ser at dette er viktig når seksjonene får en ny høgskolelektor som skal følge opp studentene. Viktige punkter å avklare er tid for forventnings- og vurderingssamtaler, praksisforberedende møte og samarbeidsmøter med høgskolelektor.

For begge parter er

forutsigbarhet og muligheten til å planlegge avgjørende. I samarbeidsmøtene mellom KPV og høgskolelektor har høgskolelektor i tillegg muligheten til å veilede KPV med sin pedagogiske kunnskap og erfaringer. Dette er spesielt nyttig i utfordrende studentsituasjoner.

Det er en forventning at KPV må gjøre seg kjent med høgskolesystemet, knytte kontakter på høg-skolen og gjøre seg kjent med læringsutbytter og programplaner.

Materiellet og malene utgjør vår «verktøykasse» for ivaretagelsen av studentene. Alt er samlet i en egen perm (se figur 2), som er lett tilgjengelig på seksjonene. KPV har ansvar for oppdatering av alle dokumentene i samarbeid med høgskolelektor og seksjonens ledelse.

KVPS ROLLE

Høgskolelektor tar kontakt og gjør avtaler med KPV et par uker før oppstart av en ny praksisperiode. KPV må i forkant ha avklart kontaktsykepleiere for de nye studentene og hvilken turnus de skal følge. Kontaktsykepleierne bør ikke ha for mange nattevakter, ferier, friuker og så videre i perioden studentene er til stede.

Høgskolelektoren tar ansvar for og arrangerer et felles møte mellom studentene og KPV før oppstart. Vi har bestemt at KPV skal delta på det praksisforberedende møtet på høgskolen.

Det har gitt svært gode tilbakemeldinger fra både studenter og lektor. Her får studentene både muntlig og skriftlig informasjon om praksisplassen, og kontakt mellom student og praksis opprettes. Noen studenter uttalte i spørreundersøkelsen etter endt praksisperiode:

«Det praksisforberedende møtet var nyttig fordi en fikk sett et ansikt og en følte seg ikke så ny og alene som student første dagen.»

«Informasjonsmappen var et nyttig verktøy som jeg kunne forbedre meg med og jeg visste mer hva som var i vente.»

Studentene har alltid mange spørsmål før de begynner. Ved at de møter noen av de ansvarlige veilederne og får denne informasjon

Figur 2: Innhold i praksispermen

Koordinerende praksisveileder	Kontaktsykepleier
<ul style="list-style-type: none"> Funksjonsbeskrivelse Tidsakse Maler veiledningsdager Veiledning kontaktsykepleier 	<ul style="list-style-type: none"> Informasjon om utdanningen Informasjon om student
Student	Høgskolelektor
<ul style="list-style-type: none"> Praktisk informasjon Læringsmuligheter Diagnoser Medikamenter m.m. 	<ul style="list-style-type: none"> Informasjon om og fra høgskolen Forventninger til høgskolelektor fra praksis

i forkant av praksis, opplever studentene trygghet og forutsigbarhet og kan raskere ta til seg læring (8, 9, 14).

For å kunne gi god og individuell veiledning er det viktig å ha kunnskap om studentenes ståsted og læreforutsetninger (15). Under prosjektet ble det utviklet et skje-ma som studentene skulle fylle ut før praksisperioden. Der spørres de om tidligere praksisplasser i studiet, arbeidserfaring, eventuell erfaring med barn, bacheloroppgavens tema og om de har noen spesielle behov. Denne informasjonen deles med veilederne i forkant av praksisperioden.

LØPENDE DIALOG

Første dag i praksis er lik for alle studentene ved avdelingens fire seksjoner. Studentene blir tatt imot

personvern og informasjonssikkerhet og kommunikasjon med barn og foreldre.

Underveis i praksisperioden har KPV, kontaktsykepleier og lektor løpende dialog om studentenes progresjon. Såfremt det er mulig, deltar KPV på forventningssamtaler og midt- og sluttvurderinger. Kontaktsykepleier er primært den som skal delta, sammen med høgskolens veileder.

Vår erfaring er at det er svært viktig at flere veileder og ser studenten. Ved utfordringer som oppstår i praksisperioden, er det flere som kan bidra til å vurdere og løse situasjonen. Samarbeidet mellom alle de involverte bidrar til at studenten får en god læringsprosess.

KPV skal gjennomføre fire–fem forhåndsavtalte veiledningsdager med studentene. Studentene og KPV velger temaet for veiledningen sammen. Temaet velges ut fra hvilke læresituasjoner som er aktuelle ved seksjonen, samt studentenes behov for veiledning og læringsutbytter.

KPV justerer sin veilederstil basert på flere faktorer: tema, pasientenes behov, samarbeidet mellom studentene og studentenes individuelle nivå. På tospannsdager er det viktig å vektlegge samarbeidslæring, det vil si at studentene bruker hverandre som ressurs og samarbeider aktivt for å utøve god sykepleie, oppleve mestring og nå felles mål (2, 11).

«For begge parter er forutsigbarhet og muligheten til å planlegge avgjørende.»

på seksjonen av KPV og får en omvisning. Senere på dagen får de fellesundervisning i HLR, brannvern,



På slutten av en veiledningsdag gjennomfører KPV etterveiledning med studentene. Vår erfaring med faste veiledningsdager i par er at studentene opplever disse som svært verdifulle. Studentene uttalte blant annet følgende etter en endt praksisperiode:

«Fint med en hel dag til ett fokusområde. Prøving og feiling.»

«Vi fikk god tid på oss til å tenke og reflektere over det vi gjorde.»

KONTAKTSYKEPLEIERS ROLLE

I tillegg til ansvaret for studentene har KVP også et medansvar for å følge opp kontaktsykepleierne ved seksjonen. Hver seksjon har en gruppe med kontaktsykepleiere (rundt seks–åtte sykepleiere) som bytter på å ha ansvar for studenter. Både litteratur og erfaring viser at det kan være mye frustrasjon knyttet til rollen som kontaktsykepleier (12). Våre spørreundersøkelser avdekket det samme.

I tillegg til de formelle veiledningssamtalene med kontaktsykepleiergruppen gir KPV individuell veiledning og bistår i vanskelige og krevende studentsituasjoner. Samarbeidet med høgskolelektoren er viktig her. For at praksisperioden skal bli vellykket, er det vesentlig at kontaktsykepleierne får støtte, følges opp og blir sett (12).

Fra et utgangspunkt hvor ledere slet med å finne og motivere sykepleiere til å være kontaktsykepleiere, har vi nå venteliste for dem som ønsker å bli en del av seksjonens kontaktsykepleiergruppe.

I løpet av prosjektet ble det etablert en viktig samarbeidsarena mellom skole og praksis. Det innkalles nå til regelmessige møter hver tredje uke mellom høgskolelektor og KPV-er. På disse møtene diskuteres erfaringer og utfordringer knyttet til rollen som KPV.

Roller er fortsatt ny, og en trenger tid til å justere struktur og arbeidsoppgaver etter hvert som vi skaffer oss erfaring og får tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsene. Høgskolelektor kan gi råd og innspill, og møtet er blitt en viktig arena for opplæring av nye KPV-er. Gruppen øker engasjementet og

bevistheten rundt utdanningsansvaret ved at de har deltatt på flere kongresser og seminarer med ulike postere. På denne måten har vi fått videreformidlet kunnskap og erfaringer fra prosjektet.

KONKLUSJON

Vårt prosjekt viser at et godt samarbeid mellom høgskole og praksisfelt er grunnleggende for kvaliteten på praksisstudiet. Det at vi fysisk møtes, blir kjent med hverandre og etablerer relasjoner, gjør at vi blir trygge på hverandre.

Gjennom samarbeidsprosjekter kommer høgskole og praksis tettere på hverandre, og resultatet er at vi ikke ser på hverandre som «oss og dem», men som et «vi». Vi er likestilt, og vi står sammen om å utdanne fremtidens sykepleiere. Vi erfarte at noe av gapet mellom teori og praksis minket. Forventningene til det teoretiske og praktiske grunnlaget som studentene har med seg fra høgskolen, er nå mer realistiske.

Dette er i tråd med NSF's politiske plattform for sykepleierutdanning 2017–2020. Her er et av satsingsområdene å styrke praksisstudiene, med en forventning om at det blir satt fokus på de samme områdene som vi har jobbet med, i den fremtidige sykepleierutdanningen (16).

Et hovedansvar for spesialisthelsetjenesten er å utdanne helsepersonell. Det krever ressurser, prioritering og tilrettelegging for å kunne tilby kvalitativt gode praksisplasser. Ved å implementere en modell som prioriterer ressurser inn i en sentral funksjon ved praksisplassene, har vi etablert et læringsmiljø hvor studenter, veiledere og høgskolen opplever å lykkes.

Vi må lage systemer som ikke gjør oss sårbare for endringer. Sykepleiere i dag blir ikke værende ved den samme arbeidsplassen hele yrkeskarrieren. Mye utskifting utfordrer kvaliteten på mange områder. Vi må sikre at kvaliteten på praksisstudiene opprettholdes og ikke er basert på enkeltpersoner og deres personlige kompetanse. ●

«Vår erfaring er at det er svært viktig at flere veileder og ser studenten.»

REFERANSER:

1. Universitets- og høgskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Oslo: Universitets- og høgskolerådet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e66f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf> (nedlastet 20.02.2018).
2. Drange BB. Utprøving av tospann som veiledningsmodell. Uniped. 2013;36(3). Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/uniped/2013/03/utprøving_av_tospann_som_veiledningsmodell (nedlastet 20.02.2018).
3. Alexandersen I, Nakrem S, Mathisen M. En ny praksismodell i sykepleierutdanningen for fremtidens behov? Vård i Norden. 2014;34(2):4–9.
4. Halse K, Steen I, Notevarp JO, Leegaard M. Studenttett postfunger for de fleste. Sykepleien. 2016;(2):50–3. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/studenttett-post> (nedlastet 20.02.2018).
5. Tandberg BS, Kristensen F. Bedre samarbeid om praksis. Sykepleien. 2014;(1):48–51. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/01/bedre-samarbeid-om-praksis> (nedlastet 20.02.2018).
6. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanningen. Oslo; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 08.01.2018).
7. Hauge KW, et al. Kvalitet i praksisstudier i sykepleier- og vernepleierutdanning. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12(1). Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3772> (nedlastet 20.02.2018).
8. Haugan G, Aigeltinger E, Sørlie V. Relasjonen til veileder betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis. Sykepleien Forskning. 2012;7(2):153–8. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/relasjonen-til-veileder-betyr-mye-sykepleierstudenter-i-sykehuspraksis> (nedlastet 20.02.2018).
9. Vistnes K, Ask KL, Byklum HK, Øhr VG. Samarbeid gir god praksis. Sykepleien. 2013;13:52–4. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/samarbeid-gir-god-praksis> (nedlastet 20.02.2018).
10. Haddeland K, Söderhamn U. Sykepleierstudenters opplevelse av veilednings situasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis. Nordisk sykepleieforskning. 2013;3(1):18–32.
11. Haugan G, Sørensen AH. The importance of dialogue in student nurses' clinical education. Nurse Educ Today. 2012;32(4):438–42.
12. Aigeltinger E, Haugan G, Sørlie V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning. 2012;7(2):160–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/utfordringer-med-veilede-sykepleierstudenter-i-praksisstudier> (nedlastet 08.01.2018).
13. Kårstein A, Caspersen J. Praksis i helse- og sosialfagutdanningene: en litteraturogjønnomgang. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning; 2016. NIFU-rapport 2014:16. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/280127> (nedlastet 20.02.2018).
14. Hatlevik I, et al. Utdanningskvalitet i sykepleierutdanningene ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Oslo: Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015.
15. Bjerknes M, Christiansen B. Praksisveiledning med sykepleierstudenter. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
16. Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for sykepleierutdanning 2017–2020. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

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

Stilling ledig



Scan qr-kode for flere ledige stillinger på nett

Finn ledige stillinger på **sykepleienjobb.no**



SYKEPLEIERE
TIL KLØVERÅSEN

SØKNADSRIST: 16.05.18 STED: BODØ

AVDELINGSLEDER
SYKEHUS

SØKNADSRIST: 07.05.18 STED: ÅLESUND

INSTENSIVSYKEPLEIERE
Sommerbonus kr 2000
per uke

SØKNADSRIST: 03.06.18 STED:

SOMMERVIKARER TIL
HJEMMETJENESTEN

SØKNADSRIST: 29.05.18 STED: SKEDSMO

AVDELINGSLEDER
Barne- og ungdoms
psykiatrisk avdeling

SØKNADSRIST: 21.05.18 STED: OSLO

OPERASJONSSYKEPLEIER
ØNH-Seksjonen

SØKNADSRIST: 30.04.18 STED: OSLO

AVDELINGSLEDER
Neurologisk avdeling

SØKNADSRIST: 06.05.18 STED: OSLO

FAGANSVARLIG
SYKEPLEIER

SØKNADSRIST: 06.05.18 STED: VETTRE

LEDER
HJEMMETJENESTEN

SØKNADSRIST: 13.05.18 STED: STEIGEN

SYKEPLEIER
Svangerskapsvikariat

SØKNADSRIST: 26.05.18 STED: HERØY

AUTORISERTE
SYKEPLEIERE
Hjemmetjenesten

SØKNADSRIST: 19.03.18 STED: TRONDHEIM

INTENSIVSYKEPLEIER /
SYKEPLEIER

SØKNADSRIST: 01.05.18 STED: TRONDHEIM

RÅDGIVER
Fylkeskontoret i Nordland

SØKNADSRIST: 30.04.18 STED: NORLAND

SYKEPLEIER
Hjemmesykepleien

SØKNADSRIST: 06.05.18 STED: HOBØL

KOMMUNEJORDMOR
100 % fast stilling

SØKNADSRIST: 01.05.18 STED: NORE OG UVDAL

SYKEPLEIERE
Faste stillinger

SØKNADSRIST: 13.05.18 STED: MARKER



I fremtiden vil vi kanskje lure på hvordan vi kunne tillate noe som vi i dag lar passere.

Hva ser vi, og hva overser vi?



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo



Lillian Lillemoen

Forsker, Senter for medisinsk etikk, UiO og medlem av Rådet for sykepleieetikk

For en tid tilbake presenterte etikkspalten i Sykepleien en situasjon der en ung kvinne spontanaborterte på Legevakten i Oslo, for deretter å bli sendt i drosje til utskraping på gynekologisk avdeling med det døde barnet i en bærepose.

Da hun ankom avdelingen, måtte hun vente i korridoren en time før hun ble sett på av lege. Hun hadde smerter, men fikk ikke smertestillende. Hun gråt og var i sterk psykisk ubalanse.

Forfatterne skrev senere også om en eldre dame som gradvis ble svekket, fysisk som psykisk, noe som hjemmetjenesten overså.

HVORFOR REAGERTE INGEN?

Et spørsmål man kan reise i forbindelse med hendelsen på legevakten, er mangelen på moralsk oppmerksomhet og dermed også bevissthet omkring en praksis som kan være ytterst krenkende for den eller dem det gjelder.

Hvorfor var det ingen som så og reagerte på kvinnen der hun satt i korridoren med blod på klær og gråtende? Hva med dem som tok imot henne i skranken og lot henne sitte en time uten smertestillende? Og hva med legevakten som i årevis hadde hatt det som en rutine at kvinner som aborterer spontant, selv skal ta med det avdøde barnet til sykehuset for utskraping?

Når det gjelder situasjonen fra hjemmesykepleien, kan man lure på hvorfor man ikke hadde et bedre blikk for den eldre kvinnens tiltakende tristhet og skrøpeligheit.

Men man kan gå enda videre enn disse enkelthendelsene og spørre hva vi overser i dag. Hvilke praksiser og rutiner er vi blinde for, som vi om noen år vil være spørrende til at kunne skjje? Og hva er det som gjør at vi noen ganger ikke ser mennesker, deres ansikter, enda de uttrykker stor hjelpeløshet og nød?

La oss se oss litt tilbake.

HVA NÅTIDEN HAR GLEMT

Husker vi tiden da fedre måtte stå inntil glassruta på barselavdelingen for å få et lite glimt av sitt nyfødte barn? En streng over- sykepleier mente det utgjorde en infeksjonsfare for barn og mor å ha besøk av far. Eller det uhyrlige i at barn ikke skulle dø hjemme, alle skulle tilbringe sin siste tid på sykehus, gammel som ung.

Likedan, at man måtte vekke alle pasienter uansett lidelse klokken 06.00 for å ta urinprøve, puls og temp, hver bidige morgen. Og enda verre, at nyfødte ble operert på norske sykehus uten tilstrekkelig smertestillende, fordi man var redd for opiat overdose. Man mente også at de små ikke hadde utviklet smertefølelse.

Alt ble godtatt. Noen vil kanskje si at dette er praksiser som må tilhøre en fjern fortid, men nei – vi snakker om slutten av sytti- og åttitallet.

HVA NÅTIDEN OVERSER

Hva er det vi overser i dag som vi vil se med en anklagende for- undring på om ti år?

Kanskje vil vi undre oss over at vi var så lite kritiske overfor brudd på god etikk i samhandling med pasienter og pårørende? Som når krenkelser i form av nedlatende holdninger og dårlig kommunikasjon ikke blir påtalt, ja kanskje helt overses? Vi

«Min empati gjør meg oppmerksom på pasientens sårbarhet.»

har også mye dokumentasjon i dag på at samhandling mellom helsepersonell om viktige beslutninger om nedtrapping av medisinsk behandling ved livets slutt ikke er optimal.

Leger og sykepleiere snakker ikke godt nok sammen, og sykepleiernes stemme blir ofte ikke hørt, enda de sitter inne med viktig informasjon, om både pasientens historie og det kliniske forløpet. Kanskje er ikke stemmen kraftig nok, og kanskje gir sykepleieren opp for raskt i forsøket på å bli hørt. Hvordan kunne slik dårlig samhandling mellom sykepleiere og leger bli godtatt, kan det tenkes man spør seg. Dette er jo et brudd på pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og ivaretar ikke pasientens beste interesse på en forsvarlig måte.

På den annen side er slike samhandlingskulturer gjenstridige og vanskelige å forandre, og særlig når helsepersonell, her sykepleiere, ikke våger å påtale dårlig praksis.

Det samme kan vi se når sykepleierstudenter opplever at eldre skrøpelige pasienter krenkes. Det kan for eksempel være ved illegitim bruk av tvang under stell på sykehjemmet der de har praksis. Studentenes avhengighet av å få godkjent praksis fører ikke sjelden til at de unnlater å si fra om dette.

Både mangel på mot hos den enkelte og støtte i å melde fra om uakseptabel praksis er noe vi ofte blir kjent med i helsetjenesten og i utdannelsesløp både for sykepleier- og legestudenter.

HVA KAN MAN GJØRE

Helsetjenesten kjennetegnes av travle arbeidshverdager, til dels høyintensive dager hvor komplekse situasjoner skal håndteres. Behovet for et personale preget av kritisk bevissthet og refleksjon ligger helt oppe i dagen.

I løpet av de senere årene har vi vært vitne til at helse- og omsorgstjenestene i kommunene, fremfor alt sykehjemmene, har etablert et mer eller mindre systematisk tilbud om etisk refleksjon. Ansatte inviteres til å delta i etiske refleksjonsgrupper hvor de sammen med kolleger får hjelp av en etikkveileder til å reflektere over etisk krevende situasjoner fra egen praksis.

Tiltaket er gitt positiv vurdering av både ansatte og ledere. Fremfor alt får ansatte hjelp til å håndtere situasjoner de opplever som etisk krevende på en god og reflektert måte.

Etisk refleksjon viser seg å fremme ansattes oppmerksomhet på etikk og varheten for situasjoner der verdier kommer i spill. Varhet for det etiske i de kliniske situasjonene vi står overfor i vår praksis, handler nettopp om «å se». Min empati gjør meg oppmerksom på pasientens sårbarhet. Dette er den første kritiske fasen i vår etiske kompetanse. Hvis vi ikke «ser», vil vi aldri komme videre til den delen av etikkompetansen som dreier seg om vurdering og om å handle etisk.

Etiske refleksjonsgrupper for ansatte i helsetjenesten har vist seg å være en god møteplass for en mer reflektert og god praksis. Derfor er det ikke vanskelig for oss å anbefale at dette enkelttiltaket videreføres til alle andre deler av helsetjenesten. Helsemyndighetene bør legge til rette for at etisk refleksjon gjennomgående blir et systemtiltak i helsetjenesten. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

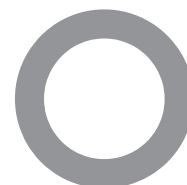


SLIK KAN SYKEPLEIERE BEDRE HELSEN TIL PERSONER MED SCHIZOFRENI

Pasientene kan få bedre søvn, et sunnere kosthold og færre livsstilssykdommer med hjelp fra sykepleiere.

LITTERATURSTUDIE:

Artikkelen bygger på
0 % praksis
100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.65895



Janet Ververda
Høgskolelektor, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge

D iagnosen schizofreni påvirker menneskets grunnleggende behov. Derfor jobber sykepleiere med å forebygge og sette inn tiltak for å fremme helsen til den enkelte. Ernæring, fysisk aktivitet og søvn kan være noen av de problematiske områdene for mennesker med schizofreni. I denne artikkelen besvarer vi følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere arbeide helsefremmende overfor voksne personer med schizofreni i bolig?»

For at disse personene skal få høyere livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres. Helsefremming innebærer å ivareta fysisk og psykisk helse samt å fremme velvære og livskvalitet (1). Vi avgrensner helsefremming til områdene ernæring, fysisk aktivitet, søvn og symptomer.

Denne artikkelen omhandler voksne personer som har levd med sykdommen schizofreni i mange år. De trenger daglig støtte fra helsepersonell. Med «bolig» mener vi bokollektiv eller kommunale boliger med døgnbemanning. Vi fokuserer på hvordan de fysiske behovene påvirker den kroppslige helsen og symptomene deres.

Forskning viser hvor viktig det er med en salutogen tilnærming i behandlingen av ulike helseproblemer, inkludert ulike psykiske helseproblemer. Målet med en slik

tilnærming er ikke bare å behandle symptomer, men også å gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine problemer (2).

METODE

Artikkelen er en litteraturstudie. Vi baserte søkene på helsefremming og livskvalitet, kombinert med de grunnleggende behovene eller symptomene. Målgruppen skulle være mennesker med schizofreni, og artiklene skulle ikke være eldre enn ti år. Forskningen skulle følge IMRAD-strukturen og være fagfelleurdert.

I databasene PubMed, CNAHL og SveMed+ brukte vi hovedsakelig engelske søkeord samt avanserte søk der vi kombinerte emneord med «and». Utfordringen var å finne forskning rettet mot sykepleie. Vi kom frem til fem artikler som belyser problemstillingen. Disse artiklene omhandler ulike temaer og svarer på hvordan sykepleieren kan arbeide helsefremmende overfor personer med schizofreni.

ANALYSE

Datamaterialet skulle i hovedsak handle om ernæring, fysisk aktivitet, søvn eller symptomer, som tilsvarende valgte hovedområdene i denne artikkelen. Materialet skulle fastslå et problem, undersøke årsaken og prøve ut tiltak med mål om å fremme helse og

livskvalitet hos mennesker med schizofreni.

Vi brukte et nummereringssystem for å analysere funnene i de fem artiklene, der vi markerte og nummererte viktige avsnitt, setninger og ord i resultatdelen av artikkelen. Slik fikk vi en oversikt over nøkkelpunkter og kunne utforske sammenhengen mellom dem.

Artiklene belyser det enkelte temaet på en selvstendig måte. Likevel fikk vi et bilde av de faktorene som må være til stede i helsefremmende arbeid da vi så artiklene i sammenheng. Slikt arbeid krever tiltak rettet mot alle de nevnte behovene.

KOSTHOLD OG AKTIVITET

Studiene viser at mennesker med schizofreni ofte spiser mye mettet fett og lite frukt og fiber. I tillegg har de et større forbruk av tobakk og rusmidler, og lite fysisk aktivitet. De er derfor utsatt for livsstilssykdommer (3).

Studiene viser også en klar sammenheng mellom usunt kosthold og stress. Personer utsatt for stress har høyere matinntak, inkludert mat med høyt sukker- og fettinnhold (3). Mennesker med schizofreni er mer utsatt for stress, men det er behov for flere studier for å fastslå sammenhengen mellom stress og kosthold.

Sammenhengen mellom kosthold, stress og antipsykotiske midler

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Schizofreni er en diagnose som reduserer livskvaliteten. Personer med denne diagnosen er utsatt for plager som påvirker helsen. Hvordan kan sykepleiere arbeide helsefremmende for personer med schizofreni i bolig? Livsstilssykdommer og søvnproblemer påvirker evnen til å mestre utfordringer i hverdagen. Tiltak fungerer, men ikke uten hindringer. En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten kan være avgjørende for helsefremmende arbeid.

Nøkkelord

- Schizofreni
- Helsefremming
- Litteraturstudie



LIVSTILSFORANDRING:
Fysisk aktivitet gir mulighet til å oppleve sosiale settinger, meningsfylte aktiviteter og mestring. Illustrasjonsfoto: Anders Ludvigson / Mostphotos

har blitt undersøkt i mindre studier og viser at enkelte antipsykotiske medisiner gir større matlyst. Det er mer usikkert hvorvidt et dårligere kosthold enn resten av befolkningen alene er årsaken til helseproblemer og et kortere liv (3). Faktorer som fysisk aktivitet kan spille en rolle.

In SHAPE er et kost- og treningsprogram for mennesker med alvorlige, psykiske lidelser (4). Programmet fokuser på individuelt opplegg for mål, behov og vilje til forandring. Deltakere i programmet fikk ukentlig oppfølging av en egen helsementor med kunnskap innen ernæring og trening. Deltakerne rapporterte om positive resultater som mindre midjemål, økt selvaktelse, forbedret kognitiv funksjon og færre negative symptomer (4).

SØVN

Søvn er et problem for mennesker

som opplever psykoser (5). Daglige oppgaver, bosituasjon og økonomi kan være kilder til bekymring. Det samme kan vrangforestillinger eller redsel for å få en psykose. Innholdet i en psykose ble hyppig rapportert som en faktor til engstelse. En ustabil døgnrytme og mangel på søvn gir emosjonelt ubehag, tretthet, økt irritasjon og angst.

Psykoedukasjon, det vil si opplæring i psykisk sykdom, søkelys på triggere og søvndagbok var noen av metodene som ble brukt i studien. Med stimuluskontroll, bedre døgnrytme, søvnhigiene og avslapningsmetoder rapporterte flertallet av deltakerne bedret søvn og generelt mer velvære (5).

Bedre søvnkvalitet påvirket hvordan den enkelte mestret sine hallusinasjoner og gjøremål. Deltakerne mente at mer kunnskap om sykdommen og mestringsstrategier

«For at disse personene skal få høyere livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres.»

var viktig og nødvendig for å oppnå endringer. Alle deltakerne påpekte at det var viktig med en god relasjon til terapeuten.

SYMPTOMER

Schizofreni kjennetegnes av positive og negative symptomer.

Eksempler på positive symptomer kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Tilbaketrekning og apati er eksempler på negative symptomer.

Mennesker med schizofreni mestrer positive symptomer i større grad enn negative selv om de siste påvirker den daglige funksjonen i størst grad. Negative symptomer lar seg dårligst behandle og risikerer å bli langvarige. Mestring er viktig for å kunne leve med symptomene, men deltakerne i denne studien hadde få eller ingen mestringsstrategier (6).

I tillegg til positive og negative symptomer kan også kognitiv svikt påvirke den enkeltes liv. Kognitive Adaptation Training (CAT) har som mål å bedre pasientens daglige funksjon og er beskrevet som et sykepleietiltak (7).

Sykepleieren og





pasienten utforsker pasientens styrker og svakheter sammen. De endrer elementer i pasientens miljø for å kompensere for en eventuell kognitiv svikt. CAT viste seg å ha effekt fra fjerde måned, men først etter ti måneder så de gode resultater. Pasientene fikk en bedre funksjon i hverdagen, og deres arbeidsrelaterte aktiviteter økte.

KOSTHOLDSTILTAK

Mennesker med schizofreni har et kortere livsløp enn resten av befolkningen. Årsaken kan forklares med den høye forekomsten av metabolsk syndrom. Metabolsk syndrom inkluderer forandringer som høyt blodtrykk, høye insulinverdier, overvekt og høye kolesterolverdier (4, 8).

Sykepleieren og pasienten trenger å identifisere problemet, og begge må ha et ønske om å forandre det. For at partene skal få en lik forståelse av problemet, må pasienten ha tillit til sykepleieren. Tillit kan være spesielt viktig i en bolig, der pasienten ikke er forpliktet til å følge tiltak knyttet til kosthold.

En helsementor har blitt fremhevet som nødvendig for å oppnå et vellykket resultat (4). I en bolig vil sykepleieren ta denne rollen. Pasientens egne interesser og vilje bestemmer hvor store kostholdsendringene skal være. Dermed kan utfallet bli dårligere enn ønsket.

På den annen side kan en slik valgfrihet føre til forandringer som varer over tid. Et slikt program er tidkrevende og kan bli utfordrende både for pasienten og sykepleieren. Negative symptomer i form av initiativløshet og apati kan være fremtredende i perioder.

Programmet krever også at pasienten tilegner seg kunnskap, men kognitiv svikt kan påvirke hvordan pasienten bearbeider informasjonen. Dermed vil individuelle programmer med tett oppfølging fra en sykepleier være desto viktigere (4). Tilpasset kommunikasjon kan hjelpe slik at kognitiv svikt og symptomer ikke blir en hindring.

Sosioøkonomisk status, gener og stress er faktorer som påvirker kosthold. I tillegg gir noen antipsy-

kotika økt matlyst (3). Sykepleieren, pasienten og legen kan sammen finne ut hvilke legemidler som gir færrest bivirkninger for den enkelte. I tillegg kan det tenkes at sykepleieren må flytte oppmerksomheten fra det pasienten spiser til noe annet, som for eksempel aktiviteter.

FYSISK AKTIVITET

Mennesker med schizofreni har en livsstil preget av mindre aktivitet (4, 9). Det kan tenkes at inaktiviteten har sammenheng med symptomene. Når disse menneskene mestrer sine positive symptomer, bruker flertallet av dem antisosiale strategier fremfor sosiale for å mestre sine negative symptomer (6).

Fysisk aktivitet krever at man oppsøker sosiale settinger, som å gå turer og bruke lokale idrettsanlegg. Dette kan dermed være den første utfordringen sykepleieren og pasienten må arbeide med. Negative symptomer kan være en hindring for å starte en intervensjon, fordi pasienten ikke nødvendigvis ser meningen eller behovet for forandring.

Når symptomer blir en hindring, kan sykepleieren påta seg rollen som helsementor. Observasjon og samtaler om at fysisk aktivitet vil redusere de negative og kognitive symptomene over tid, vil være sentrale (4).

Det er en stor motivasjonsfaktor å oppleve fremgang, i tillegg til mestring. I en bolig vil sykepleieren ha mulighet til å måle flere parametere for fremgang, herunder vekt, midjemål og blodtrykk. Beboeren vil kunne si noe om hvordan vedkommentene opplever en eventuell forbedring.

FOREBYGGER KJEDSOMHET

Mennesker med schizofreni er mer utsatt for å kjede seg (10). Å kjede seg kan defineres som å ville, men ikke kunne delta i meningsfulle aktiviteter. En slik tilstand kan føre til aggresjon, redusert konsentrasjon, redusert kognitiv funksjon, rastløshet samt bruk av rusmidler. Disse faktorene er negative for alle mennesker, men har større konsekvenser for mennesker med schizofreni.

Arbeid er både en fysisk og

mental aktivitet. 94 prosent av personer med schizofreni er ikke i arbeid, mens 53–70 prosent av personer med schizofreni ønsker å være i arbeid (11).

Fysisk aktivitet kan være en del av løsningen på det å kjede seg.

Helsepersonell bør være mer oppmerksomme på mangelen på meningsfulle aktiviteter. Fysisk aktivitet gir mulighet til å oppleve sosiale settinger, meningsfulle aktiviteter og mestring. Dermed kan fysisk aktivitet forebygge kjedsomhet.

Det er lettere å oppnå mål for fysisk aktivitet enn for kosthold (4). Trening gir raskere og flere resultater som er tydelige for pasienten. Subjektive opplevelser som velvære samt fysisk og psykisk styrke blir rapportert på et tidligere tidspunkt i motsetning til kostholdsforandringer. Der tar det lengre tid å se resultater. I tillegg oppleves det som vanskelig å gjennomføre.

Et forslag kan være å starte med fysisk aktivitet, og tilføye kostholdstiltak på et senere tidspunkt. De positive effektene av fysisk aktivitet vil hjelpe pasienten med å gjennomføre en livsstilsforandring rettet mot både aktivitet og kosthold.

DÅRLIGERE SØVNKVALITET

Personer med psykoselidelser har dårligere søvnkvalitet enn resten av befolkningen (5). Mangel på søvn forverrer eller utløser positive, negative og kognitive symptomer. Emosjonelt ubehag, tretthet og engstelse er normale konsekvenser av dårlig søvn.

Andre konsekvenser kan være at de ikke klarer å delta i aktiviteter, opprettholde relasjoner og utføre daglige gjøremål. Søvnmangel har derfor store konsekvenser for pasientens liv, og sykepleieren har ansvaret for å fremme søvn hos pasienten (12).

Positive symptomer kan være hovedårsaken til dårligere søvn hos personer med schizofreni. Psykoedukasjon kan hjelpe pasienten med å forstå hva som utløser og vedlikeholder søvnvansker. Pasienten tilegner seg kunnskap om lidelsen og

«Søvn er et problem for mennesker som opplever psykosser.»

FAGARTIKLER:

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

verktøy som kan anvendes, som for eksempel søvndagbok. I terapien opererer de med personlig forståelse av problemet som et vendepunkt (5, 13).

TILTAK FOR BEDRE SØVN

Stimuluskontroll vil si å sove til riktige tider av døgnet (5). Aktivitet gjennom dagen bidrar til at man føler seg mer sliten på kvelden og lettere faller i søvn. Balansen mellom aktivitet og hvile er viktig (9). Sammen kan pasienten og sykepleieren finne frem til denne balansen.

Sovemiljøet kan være en avgjørende faktor. Soverommet skal kun brukes til å sove, derfor vil sengen og soverommet reserveres mot andre aktiviteter. Andre tiltak for å bedre søvnen fokuserer på døgnrytmen. En god døgnrytme kan knyttes til livsforandringene for kosthold og fysisk aktivitet. Gåture og liknende aktiviteter kan være gode kilder til dagslys og mosjon.

Slike tiltak tar tid. Å snu døgnrytmen vil i første omgang føre til færre timer søvn totalt sett (5). Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten med å opprettholde motivasjonen i startfasen. Hva som kan bedre søvnen til en person med schizofreni, er ulikt. I noen tilfeller kan små justeringer av det som påvirker søvnen, være alt som trengs.

Andre deltakere beskrev at de hadde problemer med å huske å bruke øvelser og verktøy. Det kan muligens knyttes til negative symptomer eller kognitiv svikt.

SYKEPLEIERENS ROLLE

Sykepleiere må bygge og opprettholde en god relasjon slik at pasienten klarer å være åpen om sine behov og utfordringer. Sykepleierens evne til å lytte til pasienten og vise at hun eller han vil hjelpe, kan være avgjørende (5). Sykepleierens rådgivende rolle og salutogenese er knyttet tett sammen. Sykepleieren skal hjelpe personen med å finne mening og oppmuntre til forandring.

Et ønsket utfall vil være at sykepleieren klarer å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (SOC, sense of coherence) (2). For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng er relasjonen med sykepleieren og aktivitet viktige faktorer. Disse faktorene må ligge til grunn for at tiltak i helsefremmende arbeid skal fungere og holde over tid.

STYRKER OG SVAKHETER

Svakheten i denne beskrivelsen er temaets omfang. Grunnleggende behov hos mennesker med schizofreni er et såpass stort og viktig tema som fortjener mer diskusjon. Ved å velge ett behov ville vi kunne gått dypere inn på ett tema og sentrert forskningen rundt dette.

Ved å drøfte tre grunnleggende behov samt symptomene knyttet til schizofreni har vi kunnet peke på noen sammenhenger. Likevel er bildet enda mer komplekst enn vi har skissert her. Et grundigere svar vil kreve mer forskning. Vi understreker at schizofreniens forløp,

symptomer og utfordringer er individuelle. Tiltak krever tilpasning til den enkelte pasienten.

KONKLUSJON

Tre grunnleggende behov er identifisert som risikofaktorer hos mennesker med schizofreni: kosthold, fysisk aktivitet og søvn. Disse behovene påvirker helsen i stor grad. Sykdommen schizofreni forbindes ofte med redusert livskvalitet sammenliknet med resten av befolkningen. Mye tyder på at livsstilen er en av hovedårsakene i tillegg til symptomenes påvirkning i hverdagen.

Ugunstig kosthold og lite fysisk aktivitet øker faren for metabolsk syndrom og dermed andre tilleggsykdommer. Helsefremmende arbeid vil derfor forebygge et negativt livsstilmønster. Søvn er den tredje risikofaktoren som er identifisert, og som er knyttet til positive symptomer og engstelse. Standard søvntiltak har vist seg å ha god effekt sammen med tett oppfølging og veiledning fra sykepleieren.

Når sykepleieren skal arbeide helsefremmende overfor personer med schizofreni, bør søvn være det første behovet som tilfredsstilles. Søvnmangel har størst innvirkning i en persons hverdag og påvirker helsefremmende tiltak knyttet til kosthold og aktivitet.

Pasienten kan raskere oppnå merkbare resultater ved fysisk aktivitet, sammenliknet med kosthold. Å starte med tiltak knyttet til fysisk aktivitet kan derfor øke

motivasjonen for den enkelte fremfor å forandre kostholdet.

Å arbeide helsefremmende er en tidkrevende prosess for både sykepleieren og pasienten. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er en viktig faktor for at pasienten skal nå målene. Det krever mye kunnskap og innsats fra sykepleieren å etablere en god relasjon med mennesker med schizofreni og jobbe helsefremmende og målrettet. ●

REFERANSER:

1. Kristoffersen JN, Nortvedt F, Skaug EA. Om sykepleie. I: Kristoffersen JN, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 16–29.
2. Langeland E. Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. Klinisk Sykepleie. 2012;32(02):38–49.
3. DiPasquale S, Pariente MC, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. Journal of Psychiatric Research. 2013;47(2):197–207.
4. VanCitters DA, Pratt IS, Jue K, Williams G, Miller TP, Xie H, et al. A pilot evaluation of the InSHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. Community Mental Health Journal. 2009;46(6):540–52.
5. Waite F, Evans N, Myers E, Startup H, Lister R, Harvey GA, et al. The patient experience of sleep problems and their treatment in the context of current delusions and hallucinations. The British Psychological Society 2015;89(2):181–93.
6. Rollins LA, Bond, RG, Lysaker HP, Salyers FM. Coping with positive and negative symptoms of schizophrenia. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 2010;13(3):208–23.
7. Quee JP, Stiekema MPA, Wigman WTJ, Schneider H, Van der Meer L, Maples JN, et al. Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention – A pilot study. Schizophrenia Research. 2014;158(1–3):120–5.
8. Aagaard H, Bjerkreim T, Væske og ernæring. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 161–207.
9. Skaug EA. Aktivitet. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 269–300.
10. Gerritsen JC, Goldberg OJ, Eastwood DJ. Boredom proneness predicts quality of life in outpatients diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(8):781–7.
11. Bull H, Lystad UJ. Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2011;48:733–8.
12. Bastøe HLK, Frantsen AM. Søvn og hvile. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 301–30.
13. Aarre FT, Bugge P, Juklestad SI. Psykiatri for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.

ANNONSE



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil med dette meddele at personer/faggrupper innen hjerte-, blinde- og kreftforskning kan søke forskningsstipend fra stiftelsen.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, post@finn-senioradvokat.no - innen 15.05.2018

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.



NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag:



Hjemmetjenesten driver omfattende laboratorievirksomhet

Bakgrunn: Det er lite kunnskap i helsetjenesten om hvilke laboratorietjenester som ytes for de om lag 145 000 norske brukere av hjemmetjenesten som mottar hjemmesykepleie.

Hensikt: Denne studien har kartlagt laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten i Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold.

Metode: Forfatterne hentet inn data om laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten ved å sende ut en nettbasert undersøkelse til 165 hjemmetjenesteenheter og 220 fastlegekontorer i de tre fylkene i 2014. Svarprosenten var på henholdsvis 89 og 84.

Resultat: Nittifem prosent av enhetene utfører laboratoriearbeid. Av disse analyserer 99 prosent kapillære prøver. Nittiseks prosent utfører urinstrimmeltest, mens 89 prosent tar venøse prøver. Av dem som tar kapillære prøver, analyserer 99 prosent glukose, 56 prosent C-reaktivt protein (CRP), 46 prosent hemoglobin, mens 32 prosent analyserer protrombintid internasjonal normalisert ratio (INR). Hovedsakelig er det fastlegene som rekvirerer venøse prøver og kapillær INR, glukose og hemoglobin, mens hjemmetjenesten ofte selv rekvirerer urinstrimmeltest og CRP. Fastlegekontorene tror de selv rekvirerer en høyere andel av CRP enn de faktisk gjør.

Konklusjon: Hjemmetjenesteenhetene har en omfattende laboratorievirksomhet med et analyserepertoar ganske likt det som finnes på sykehjemmene. Gitt det omfattende tilbudet av laboratorietjenester som utføres av hjemmetjenesten og det høye antallet ansatte involvert i slike aktiviteter, er det viktig med kvalitetssikringssystemer kombinert med tilstrekkelig faglig kompetanse.

Forfattere:

Siri Fauli, Sverre Grep-
perud og Sverre Sand-
berg



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende

Bakgrunn: Ifølge Folkehelseinstituttet lever 290 000 barn i familier der minst én av foreldrene har et moderat alkoholmisbruk eller psykisk sykdom. Forskning gjennom flere tiår har vist klare sammenhenger mellom psykisk syk eller rusmisbrukende forelder eller foretatt og psykiske skadevirkninger hos barna. Videre viser flere rapporter og studier svikt og vanskeligheter i arbeidet med å ivareta barn som pårørende. I 2010 ble det innført nye lovparagrafer som skal sikre at barn som pårørende til pasienter i spesialisthelsetjenesten blir bedre ivarettet.

Hensikt: Å undersøke hvordan helsepersonell som har et spesielt ansvar for arbeidet med barn som pårørende, opplever og erfarer arbeidet.

Metode: Studien undersøkte gjennom dybdeintervjuer hvordan helsepersonell opplevde å arbeide med barn som pårørende. Dataene er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering.

Resultat: Informantene synliggjør en rekke praktiske utfordringer i arbeidshverdagen. Blant annet har de vanskeligheter med å få foreldre til å forstå hvordan deres psykiske tilstand påvirker barna. Videre fremkommer det at helsepersonellet har problemer med å motivere foreldrene til å motta hjelp til foreldrerollen. De møter store utfordringer i arbeidet med barn som pårørende, der mangel på tid til å utføre lovpålagte oppgaver trekkes frem som en sentral faktor.

Konklusjon: Studien indikerer at helsepersonell som arbeider med barn som pårørende, trenger tydeligere rammer i arbeidet og mer tid til pårørendearbeidet.

Forfattere:

Maria Hjelmseth og
Tore Aune



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Preoperativ oppvarming med varmluftsteppe forebygger hypotermi under operasjon

Bakgrunn: Operasjonspasienten utsettes for varmetap. Det er viktig å forebygge utilsiktet hypotermi hos operasjonspasienten for å unngå unødige komplikasjoner som økt oksygenbehov, økt infeksjonsrisiko og kardiovaskulære problemer.

Hensikt: Å frembringe ny kunnskap om hvilken effekt det har å bruke varmluftsteppe for å forebygge utilsiktet hypotermi hos elektive operasjonspasienter i generell anestesi.

Metode: Forfatterne gjennomførte et oppdatert systematisk artikkelsøk i databasene CINAHL (EBSCO), Embase (Ovid), Cochrane Register of Controlled Trials (Wiley), MEDLINE (Ovid) og ScienceDirect fra januar 2011 til februar 2016 for å komplementere de eksisterende systematiske oversiktene. Randomiserte, kontrollerte studier publisert på engelsk og skandinavisk ble inkludert. De vurderte studiene kritisk med tanke på risiko for systematiske skjevheter og presenterte samlede funn i en narrativ analyse.

Resultat: Forfatterne identifiserte 624 referanser og inkluderte totalt 10 artikler i analysen. Åtte av ti studier viser positiv effekt av tiltaket med preoperativ oppvarming med varmluftsteppe. Flertallet av disse studiene kan vise til statistisk signifikante resultater og har lav risiko for skjevheter.

Konklusjon: Resultatene indikerer at preoperativ oppvarming med varmluftsteppe har signifikant effekt på å forebygge utilsiktet hypotermi hos voksne elektive operasjonspasienter i generell anestesi. Oppvarming av pasientene kan med fordel fortsette peroperativt.

Forfattere:

Bjørge Eli Broback, Gjert-
rud Øvsthus Skutle, Elin
Dysvik og Arild Eskeland



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Slik håndterer sykepleiere og brukere vond lukt i hjemmet

Bakgrunn: Ubehagelig lukt i hjemmet eller fra en person er sosialt uakseptabelt og skambelagt. Hvordan hjemmesykepleiere erfarer og håndterer ubehagelig lukt i samhandling med brukere, og hvordan brukerne opplever sykepleierens handlingsvalg, er per i dag et lite utforsket område.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere erfarer og håndterer luktproblematikk i hjemmet, og hvordan brukere opplever og vurderer sykepleierens handlingsvalg.

Metode: Forfatterne foretok en kvalitativ studie med observasjon og intervju av 30 sykepleiere og 11 pasienter i 3 hjemmesykepleie-distrikter i en større norsk by.

Resultat: Ubehagelig lukt i hjemmene var oftest forårsaket av sykdom og sviktende hygiene hos brukerne. Sykepleierne oppfattet lukt i hjemmet som skambelagt. De oppfattet brukerne som dobbelt sårbare fordi både person og hjem var utsatt for andres avsky. De ønsket å beskytte brukerne mot skammen. De vanligste handlingsstrategiene var å fjerne lukt gjennom praktisk handling, unngå å vise kroppslige reaksjoner på lukt og forholde seg tause om luktproblematikk. Brukerne opplevde at luktfjerning gjennom praktisk handling var viktig for sosial trygghet. Taushet forsterket skammen og ensomheten og bidro i noen tilfeller til et svekket behandlingstilbud. Brukerne ønsket større åpenhet.

Konklusjon: Det er behov for større åpenhet og fagkunnskap om luktproblematikk i hjemmet. Det er viktig å etterspørre brukernes erfaringer og ønsker for å utvikle et adekvat pleie- og behandlingstilbud.

Forfattere:

Grete Breievne, Kristin
Margrete Heggen og
Hilde Bondevik



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

Scann QR-koden og
kom rett til artikkelen
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:

Studenter får følge pasienten gjennom hele forløpet

Bernhard Sætre, Marita Albertsen, May Wenche Undheim, Brita Kvamme, Ingunn Steffensen, Ole Olsen og Åshild Fause

Problemstilling: Studenter i praksis innen psykisk helse og rus utplasseres i en kommune og får erfare hvordan de ulike behandlingsnivåene jobber sammen.

Hovedbudskap: Bachelorutdanningen i sykepleie ved Universitetet i Tromsø (UiT) Norges arktiske universitet vektlegger samarbeid og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i praksisstudier i psykisk helse og rus. Studentene som deltok i prosjektet «Tett på pasienten», hadde enten praksis i døgnenheter ved Senter for psykisk helse eller i den kommunale tjenesten, men hospiterte hos hverandre. Prosjektet viser betydningen av et godt samarbeid mellom sykepleierutdanningen og praksisfeltet.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfatter:

Noen fødselsmerker og hemangiomer trenger behandling – vet du hvilke?

Ingvild Heier

Problemstilling: Fødselsmerker og hemangiomer kan forårsake alvorlige problemer for barnet. Helsepersonell som jobber med spedbarn, må kunne se forskjell på de farlige og ufarlige.

Hovedbudskap: Hemangiomer hos spedbarn er vanlige og oftest ufarlige tilstander. De utvikler seg som regel etter fødselen, men går så vanligvis tilbake av seg selv i løpet av småbarnsalderen. Noen hemangiomer kan imidlertid forårsake alvorlige medisinske problemer, og helsesøstre og andre som følger opp spedbarn, bør ha kjennskap til disse for å kunne gi foreldre riktige råd og henvise de barna som trenger det, til medisinsk behandling.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



Forfattere:

Kompletterende sykepleierutdanning gir verdig vei mot autorisasjon

Kari Dahl, Line Nortvedt og Cindy Balane Ligan

Problemstilling: Sykepleiere utdannet i land utenfor EU er en viktig ressurs for norsk helsevesen, og det er stort behov for deres kompetanse.

Hovedbudskap: Artikkelen omhandler bakgrunn for og erfaringer knyttet til kompletterende utdanning for sykepleiere utdannet utenfor EU og beskriver den formelle og opplevde veien til autorisasjon som sykepleier i Norge. Veien til autorisasjon synes komplisert, urettferdig og uforutsigbar, og det er et stort behov for et bedre system. Den kompletterende utdanningen stiller nødvendige sykepleiefaglige krav, som sikrer både kvalitet i møte med det norske helsevesenet og en verdig og forutsigbar vei for sykepleiere.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

Refleksjon må inn i veiledningen av studenter i intensivsykepleie

Anneli Johansson og Kjersti Eide

Problemstilling: Intensivsykepleiere som veileder studenter, mener det ikke er tilrettelagt godt nok for læring. Studentene må få anledning til å arbeide selvstendig og reflektere for å utvikle seg.

Hovedbudskap: Masterstudenter i intensivsykepleie tilbringer omtrent halvparten av studietiden sin i praksis. Derfor er pasientsituasjonene på avdelingene viktige for studentenes totale læringsutbytte. Ofte blir studentene og veilederne tildelt de sykeste pasientene der læringsutbyttet synes å være størst. Det er mange arbeidsoppgaver med disse pasientene. Veiledere opplever at de ikke strekker til verken med å ivareta pasientene eller med å veilede studentene på en pedagogisk måte med tid til refleksjon. Hvordan skal praksisveiledere i intensivavdelingen ivareta både pasientansvaret og veiledningsansvaret?



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



TABLETTER, filmdrasjerte 24 mg/26 mg, 49 mg/51 mg og 97 mg/103 mg: Hver tablett inneholder: Sakubitril-valsartan-natriumsaltkompleks tilsv. sakubitril/valsartan 24,3 mg/25,7 mg, resp. 48,6 mg/51,4 mg og 97,2 mg/102,8 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Alle styrker: Titandioksid (E 171). 24 mg/26 mg og 97 mg/103 mg: Rødt og sort jernoksid (E 172). 49 mg/51 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejectivesjonsfraksjon hos voksne. **Dosering:** Kompleksformuleringen øker biotilgjengeligheten av valsartan. Anbefalt startdose 49 mg/51 mg 2 ganger daglig, med unntak av tilfellene beskrevet under. Dosen bør dobles i løpet av 2-4 uker. Ved toleranseproblemer (systolisk blodtrykk (SBP) <95 mm Hg, symptomatisk hypotensjon, hyperkalemi, nyresvikt), anbefales dosejustering av samtidig brukte legemidler, midlertidig nedtitrering eller seponering av kombinasjonen sakubitril/valsartan. Skal ikke gis i kombinasjon med ACE-hemmer eller angiotensinreseptorantagonist (ARB), se Kontraindikasjoner. Begrenset erfaring hos pasienter som ikke tidligere har brukt ACE-hemmer eller ARB, eller tatt lave doser av disse. Anbefalt startdose hos disse pasientene er derfor 24 mg/26 mg 2 ganger daglig, og langsom dosetitrering. Behandling skal ikke initieres ved serumkalium >5,4 mmol/liter eller SBP <100 mm Hg. Ved SBP ≥100-110 mm Hg bør startdose 24 mg/26 mg 2 ganger daglig vurderes. *Glemt dose:* Neste dose tas til planlagt tid. *Spesielle pasientgrupper:* Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A). Bør brukes med forsiktighet ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B) eller ved ASAT/ALAT 2 × øvre normalområdet (ULN). Anbefalt startdose 24 mg/26 mg 2 ganger daglig. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon. Startdose 24 mg/26 mg 2 ganger daglig bør vurderes og er anbefalt ved hhv. moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. Barn og ungdom: Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen data. Eldre: Dosen skal være i samsvar med nyrefunksjonen. *Administrering:* Kan tas med eller uten mat. Skal svelges med et glass vann. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av ACE-hemmer, pga. økt risiko for angioødem. Skal ikke tas <36 timer etter seponering av ACE-hemmer. Ved avbrutt behandling med kombinasjonen sakubitril/valsartan, skal ikke ACE-hemmerbehandling startes opp før etter minimum 36 timer. Kjent angioødem i anamnesen ved tidligere behandling med ACE-hemmer eller ARB. Arvelig eller idiopatisk angioødem. Samtidig bruk av aliskiren hos pasienter med diabetes mellitus eller nedsatt nyrefunksjon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, bilier cirrhose og kolestase (Child-Pugh C). 2. og 3. trimester av svangerskapet. **Forsiktighetsregler:** Hypotensjon: Symptomatisk hypotensjon er sett, spesielt hos eldre ≥65 år, ved nyresykdom og ved lav SBP (<112 mm Hg). Blodtrykk bør kontrolleres rutinemessig ved behandlingsstart og under dosetitrering. Ved hypotensjon anbefales midlertidig nedtitrering eller seponering. Dosejustering av diuretika, samtidig administrerte antihypertensiver og behandling av andre årsaker til hypotensjon (f.eks. hypovolemi) bør vurderes. Natrium og/eller nedsatt væskevolum bør korrigeres før behandlingsstart, men vurderer øye risikoen for overhydrering og volume overload. Nedsatt nyrefunksjon: Pasienter med lett/moderat nedsatt nyrefunksjon er mer utsatt for hypotensjon. Svært begrenset erfaring hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon, som kan ha størst risiko for hypotensjon. Forverret nyrefunksjon: Bruk kan være forbundet med redusert nyrefunksjon. Risikoen kan økes ytterligere ved dehydrering eller samtidig bruk av NSAID. Nedtitrering bør vurderes ved klinisk signifikant reduksjon i nyrefunksjonen. Hyperkalemi: Behandling skal ikke initieres ved serumkalium >5,4 mmol/liter. Økt risiko for hyperkalemi. Hypokalemi kan også forekomme. Tett oppfølging av serumkalium anbefales, spesielt ved risikofaktorer som nedsatt nyrefunksjon, diabetes mellitus, hypoadosteronisme, kaliumrik diett eller bruk av mineralokortikoidantagonist. Seponering av kombinasjonen sakubitril/valsartan bør vurderes ved serumkalium >5,4 mmol/liter. Angioødem: Er sett. Seponer umiddelbart ved angioødem og igangsett nødvendig behandling og overvåking, inntil fullstendig og vedvarende opphør av symptomer. Behandlingen skal ikke gjenopptas. Generelt opphører tilstanden uten behandling når hevelsene er begrenset til ansikt og lepper. Ingen erfaring ved angioødem i anamnesen, og forsiktighet anbefales. Mørkhudede har økt følsomhet for å utvikle angioødem. Nyrearterienose: Kan gi økt serumkreatinin og blodurininstoff hos pasienter med bilateral eller unilateral nyrearterienose. Forsiktighet er påkrevd, og tett oppfølging av nyrefunksjonen er anbefalt. NYHA-klasse IV: Forsiktighet bør utvises ved behandlingsstart pga. begrenset erfaring. B-type natriuretisk peptid (BNP): BNP er ikke egnet biomarkør for hjertesvikt hos pasienter behandlet med kombinasjonen sakubitril/valsartan, da BNP er et neprilysinsubstrat. NT-proBNP er ikke et neprilysinsubstrat, og er derfor mer egnet. Bilkjøring/bruk av maskiner: Liten påvirkning. Forekomst av svimmelhet og fatigue bør tas i betraktning. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se C09D X04. Aliskiren: Kombinasjon med direkte reninhemmer er ikke anbefalt, se Kontraindikasjoner, da kombinasjonen gir dobbel blokkade av renin-angiotensin-aldosteronsystemet. OATP1B1- og OATP1B3-substrater: Indikasjoner på at sakubitril hemmer OATP1B1 og OATP1B3. Økt systemisk eksponering for OATP1B1- og OATP1B3-substrater kan sees. Samtidig bruk øker Cmax og AUC av atorvastatin og dens metabolitter med opptil hhv. 2 og 1,3 ganger. Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med statiner. PDE5-hemmere: Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med PDE5-hemmere. Kalium: Samtidig bruk av kaliumsparende diuretika, mineralokortikoidantagonister, kaliumtilskudd, salterstatninger som inneholder kalium eller andre legemidler kan gi økt serumkalium og -kreatinin. Overvåking av serumkalium anbefales. NSAID, inkl. selektive COX-2-hemmere: Samtidig bruk av NSAID kan gi økt risiko for forverring av nyrefunksjonen hos eldre, ved nedsatt væskevolum (inkl. ved diuretikabehandling) eller ved nedsatt nyrefunksjon. Ved samtidig bruk av NSAID anbefales tett oppfølging av nyrefunksjonen ved oppstart eller endring i behandlingen. Litium: Reversible økninger i serumlitiumkonsentrasjoner og toksisitet er rapportert ved samtidig bruk av litium og ACE-hemmere eller ARB. Kombinasjonen sakubitril/valsartan og litium er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Om nødvendig, anbefales nøye overvåking av serumlitiumnivå. Risiko for litiumtoksisitet kan økes ytterligere ved samtidig bruk av diuretika. Furosemid: Ingen effekt på farmakokinetikken til kombinasjonen sakubitril/valsartan, men Cmax og AUC for furosemid reduseres med hhv. 50% og 28%. Nitrat: Samtidig bruk av i.v. nitroglyserin er assosiert med forskjell i hjertefrekvens på 5 slag/minutt sammenlignet med nitroglyserin gitt alene. Lignende effekt kan oppstå ved kombinasjon med sublinguale, orale eller transdermale nitrat. Dosejustering er vanligvis ikke nødvendig. OATP og MRP2: Den aktive metabolitten til sakubitril (LBQ657) og valsartan er substrater for OATP1B1, OATP1B3, OAT1 og OAT3. Valsartan er også substrat for MRP2. Samtidig bruk av hemmere av disse (f.eks. rifampicin og ciklosporin) kan derfor øke systemisk eksponering av LBQ657 eller valsartan. Forsiktighet skal utvises når samtidig behandling med slike legemidler startes/avsluttes. Metformin: Samtidig administrering kan redusere Cmax og AUC av metformin med 23%. Pasientens kliniske status bør evalueres ved behandlingsstart. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke anbefalt i 1. trimester. Kontraindisert i 2. og 3. trimester. Amming: Anbefales ikke. Utskillelse i human morsmelk er ukjent. Fertilitet: Ingen humane data. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Hjerte/kar: Hypotensjon. Nyre/urinveier: Nedsatt nyrefunksjon. Stoffskifte/ernæring: Hyperkalemi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, kvalme, gastritt. Hjerte/kar: Ortostatisk hypotensjon. Luftveier: Hoste. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, synkope. Nyre/urinveier: Nyresvikt (akutt). Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi, hypoglykæmi. Øre: Vertigo. Øvrige: Fatigue, asteni. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Kløe, utslett, angioødem. Immunsystemet: Overfølsomhet. Nevrologiske: Postural svimmelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Hypotensjon. Behandling: Symptomatisk. Kan ikke fjernes ved hemodialyse pga. høy proteinbinding. **Egenskaper:** Virkningsmekanisme: LBQ657 (sakubitrils aktive metabolitt) hemmer neprilysin, og nivået av peptider som nedbrytes av neprilysin, som natriuretiske peptider (NP), økes. NP aktiverer guanylatcyklase-reseptorer, noe som gir økt cGMP, som kan resultere i vasodilatasjon, natriurese og diurese, økt GFR og renal blodgjennomstrømming, hemming av renin- og aldosteronfrigjøring, reduksjon av sympatisk aktivitet, og anti-hypertrofisk og anti-fibrotiske effekter. Valsartan hemmer angiotensin II type-1 (AT1)-reseptoren, og også angiotensin II-avhengig aldosteronfrigjøring. Dette hindrer vedvarende aktivering av renin-angiotensin-aldosteronsystemet som ville føre til vasokonstriksjon, renal natrium- og væskeretensjon, aktivering av cellulær vekst og proliferasjon, og følgende maladaptiv kardiovaskulær remodellering. **Absorpsjon:** Tmax for sakubitril, LBQ657 og valsartan er hhv. 1 time, 2 timer og 2 timer. Absolutt biotilgjengelighet for sakubitril og valsartan er hhv. 23% og 60%. Steady state nås etter 3 dager. **Proteinbinding:** 94-97%. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd av sakubitril og valsartan er hhv. 103 og 75 liter. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig t1/2 av sakubitril, LBQ657 og valsartan er hhv. 1,43 timer, 11,48 timer og 9,9 timer. **Metabolisme:** Sakubitril omdannes raskt til LBQ657 av karboksylesteraser 1b og 1c, og metaboliseres ikke videre i signifikant grad. Ca. 20% av valsartandosen gjenfinnes som metabolitter. **Utskillelse:** 52-68% av sakubitril (primært som LBQ657) og 13% av valsartan og dens metabolitter utskilles i urin. 37-48% av sakubitril (primært som LBQ657) og 86% av valsartan og dens metabolitter utskilles i feces. **Pakninger og priser:** Tablett, filmdrasjert 24 mg/26 mg, 28 stk, kr 716,20. Tablett, filmdrasjert 97 mg/103 mg, 56 stk, kr 1396,10. Tablett, filmdrasjert 49 mg/51 mg, 56 stk, kr 1396,10. Tablett, filmdrasjert 97 mg/103 mg, 168 stk, kr 4115,70. Tablett, filmdrasjert 49 mg/51 mg, 168 stk, kr 4115,70.

Refusjonsberettiget bruk:
Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejectivesjonsfraksjon hos pasienter som tidligere er behandlet både med betablokker og en ACE-hemmer eller angiotensin II-antagonist (ARB)

Vilkår:

- Refusjon ytes kun for pasienter med
- NYHA klasse II-IV
- Ejectivesjonsfraksjon (EF) ≤ 35 %
- bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrافي, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR)
- EF ≤ 35 % skal være påvist under behandling med maksimalt tolererbare doser av betablokker, ACE-hemmer eller ARB og eventuelt mineralokortikoidantagonist

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejectivesjonsfraksjon hos pasienter som tidligere er behandlet både med betablokker og en ACE-hemmer eller angiotensin II-antagonist (ARB)

Refusjonskoder:

ICPC Kode	Tekst	Vilkår	ICD Kode	Tekst	Vilkår
K77	Hjertesvikt	263	I50	Hjertesvikt	236

Vilkår: Refusjon ytes kun for pasienter med • NYHA klasse II-IV • Ejectivesjonsfraksjon (EF) ≤ 35 % bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrافي, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR) EF ≤ 35 % skal være påvist under behandling med maksimalt tolererbare doser av betablokker, ACE-hemmer eller ARB og eventuelt mineralokortikoidantagonist

Sist endret: 06.01.2016 (iht. SPC 29.09.2017)



Entresto[®] ▼

sakubitril/valsartan

Nå på blå resept!¹

Entresto er indisert til behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejsjonsfraksjon hos voksne pasienter.²

Entresto reduserer risikoen for kardiovaskulær død og sykehusinnleggelse pga hjertesvikt, sammenlignet med enalapril.³

Vanligste bivirkninger: Hypotensjon, hyperkalemi og nyresvikt.⁴

Kontraindikasjoner: Kjent angioødem i anamnesen i forbindelse med tidligere behandling med ACE-hemmere eller ARB. Arvelig eller idiopatisk angioødem. Samtidig bruk av ACE-hemmere. Entresto må ikke administreres før 36 timer etter seponering av ACE-hemmer-behandlingen.⁵

Les mer på www.entresto.no

For refusjonsvilkår se www.legemiddelsok.no/ (søk opp Entresto per 15. april 2018).

Referanser:

1. <https://www.legemiddelsok.no/> (søk Entresto per 15.april 2018)
2. Entresto SPC 29.09.2017, pkt. 4.1 Indikasjoner
3. Entresto SPC 29.09.2017, pkt 5.1. Farmakodynamiske egenskaper
4. Entresto SPC 29.09.2017, pkt. 4.8 Bivirkninger
5. Entresto SPC 29.09.2017, pkt. 4.3 Kontraindikasjoner



Dikt



Aldringa

Måten gamle menn går på, dei subbar, røyver ikkje hoftene, lyfter berre så vidt føtene over jordskorpa. Du ser dei kjem, tungt som skadeskotne bøflar mot deg.

Eg sjølv ein slik halvdaud bøffel no, kjære. Aldringa bryt sakte ut i huden, porene, i den lutande haldninga, dei forsiktige stega når eg går, og i magen som bolnar slapt ut, musklane glepp.

Huda mi med eit gråskjær av oske augo mattare no. Det er denne gamalmann-stanken av buksene mine, kjære. Du sjølv litt hønseaktig i rørlene no, og huda di som på dei store elefantane vi såg då vi gjekk på cirkus, litt slik trekkpapiraktig grå elefanthud.

Aldringa avleirar seg nesten umerkeleg. Ja ja ja: Har byrja å pisse i buksa eg, stinkar ammoniakk.

Vi snakkar ikkje om det, denne dødelege aldringa. Eg stryk deg berre over håret.

Knut Ødegård: *Tida er inne*, Cappelen Damm 2017

Om forfatteren

Knut Ødegård

Knut Ødegård debuterte i 1967 og har siden det utgitt nesten femti titler: diktsamlinger, gjendiktinger, romaner, essay og kortprosa. *Tida er inne* reflekterer over aldring, men inneholder også en diktsyklus som forteller historien om Lars, som gjennomgår en lobotomi.

I SPALTENE: Per Arthur Andersen er ny, fast spaltist i Aftenposten Junior. Foto: Nina Hernæs



Helsebror er blitt spaltist

VIL NÅ DE UNGE: Per Arthur Andersen er utdannet helsesøster og ny spaltist i Aftenposten Junior, en avis som retter seg mot barn og unge mellom åtte og tolv år.

– Dette gir mulighet til å nå mange unge, sier han.

– Spør om alt, er budskapet hans til barn og unge.

Han forteller at det haglet inn spørsmål fra første stund. Og de fortsetter å komme jevnlig.

– Hva spør de om?

– Om alt mulig, fra kropp og utvikling til vennskap og problemer hjemme. Jeg har fått spørsmål fra gutter om de bør stå eller sitte når de tisser, og fra jenter som lurer på menssen. For meg som helsesøster er det fint å få

innsikt i hva unge tenåringer fra hele landet er opptatt av.

Per Arthur Andersen, som ble utdannet helsesøster for ett år siden, jobber til daglig i Frogner bydel, og leder blant annet Helsestasjon for gutter. Han har fått en del oppmerksomhet for sitt noe utradisjonelle yrkesvalg. Han var eneste mann på sitt helsesøsterkull.

– Å være spaltist i Aftenposten Junior gir meg også mulighet til å profilere yrket mitt, sier han.

Andersen ønsket egentlig en actionfylt sykepleierjobb, men oppdaget at det var kommunikasjon og relasjoner som interesserte mest. Da passet det å studere til helsesøster.

Spørsmål? Send en e-post til helsebroren@aftenpostenjunior.no ●

Oppdatert om demens

Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling bygger på *Demens – Fakta og utfordringer*. Boken er likevel ny, med ny struktur, bredere faglig tilnærming og nye medforfattere. Redaktører er Knut Engedal og Per Kristian Haugen.

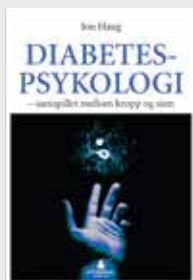
Egne sider om seksuell helse

Helsebiblioteket har fått spesialsider om seksualitet. Her er det lenker til blant annet retningslinjer og oppslagsverk, og det publiseres jevnlig nye artikler med aktuelle tema. Sidene finnes på www.helsebiblioteket.no/seksuellhelse.

Bøker. Tre om diabetes

Psykologens nøkkel til mestring

PSYKOLOGI: Frem til nå har behandlingsfokuset omhandlet de medisinske sidene ved diabetes, hevder forfatter og psykolog Jon Haug. Med boken *Diabetespsykologi – samspillet mellom kropp og sinn* vil han vise at det er en særegen psykologi knyttet til sykdommen, og at forståelse av denne kan gi leseren nyttige verktøy for stabilisering av blodsukkerverdiene. Haug har tatt doktorgrad innen diabetespsykologi, og boken bygger på det arbeidet han har gjort som kliniker og forsker gjennom mange år.



Gyldendal Norsk Forlag, 2017

Skam, aksept og diabetes

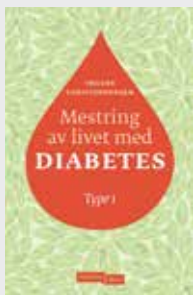
ROMAN: Diabetes har vel knapt hatt noen plass i skjønnlitteraturen, men i vår debuterer Ragnhild Eskeland som forfatter med romanen *Føling*. *Føling* er en roman om diabetes, en roman om å vokse opp, om å være ung og om kampen for å akseptere seg selv. *Føling* er en intens og direkte roman om hvordan det er å leve med en kronisk sykdom, hvordan det innvirker på alle de tingene i livet vi ellers tar for gitt og aldri tenker over.



Pelikanen forlag, 2018

Håndbok fra en erfaren diabetiker

SELVHJELP: SELVHJELP: Med den ferske boka *Mestring av livet med diabetes (Type 1)* har Yngvar Christophersen laget en pedagogisk og konkret innføring i å leve med diabetes type 1; Hvordan man kan mestre sykdommen og samtidig trives i hverdagen. Den er oppdatert på det nyeste innen forskning, behandlingsmåter og hjelpemidler. Boken er nyttig for personer med nyoppdaget type 1, erfarne diabetikere, familiemedlemmer og helsepersonell. Christophersen har selv levd med diabetes i 50 år og har flere bokutgivelser bak seg.



Vigmostad og Bjørke, juni 2018

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier og bokansvarlig i Sykepleien.

Heltidsfella

«Jeg må nesten se hvordan jeg jobber før jeg kan svare.» Da jeg jobbet tredelt turnus på sykehus, var dette mitt standard svar på de fleste invitasjoner som lå litt frem i tid.

Jo større stilling du har, jo større sjanse er det for at dette er svaret du gir. Har du 100 prosent stilling, er all tiden din bundet opp av arbeidsgiver, og du er helt prisgitt at den som lager turnusen din, har forståelse for at du har behov for en viss kontroll over fritiden din.

Sånn er det ofte ikke på sykehusene nå. Jobber du tredelt turnus, trenger du som regel fridagene til å komme deg i døgnrytme igjen, og det er ikke lett å finne rom for å bytte vakter. Så tar man heller en lavere stillingsbrøk og ekstravakter ved siden av. For den lille åpningen i turnusen en redusert stilling gir, bidrar med et lite spillerom som gjør at du kan ha et liv ved siden av jobben.

På sykehusene er tilrettelegging et skjellsord, og ønsketurnus vet vi ikke hva betyr. «Da jeg gikk ned til 80 prosent stilling, kunne jeg bytte vakter, slik at jeg kunne følge et pilateskurs en gang i uka», sa en sykepleier som ble intervjuet om turnus. Den setningen bærer i seg nøkkelen til å forstå hvorfor vi sykepleiere holder på deltiden til tross for at forbundet vårt iherdig jobber for en heltidskultur.

For saken er at jobber du fulltid i en turnus du ikke har noe særlig innflytelse over, kan du rett og slett ikke bruke fritiden

din slik alle andre kan; du kan ikke trene fotballaget til sønnen din, takke ja til en vennetour tre måneder frem i tid eller ta et spansk kurs på Folkeuniversitetet hver torsdag kveld. Så derfor går vi ned i stilling eller søker oss vekk fra turnuslivet. For vi vil gjerne ha et normalt liv ved siden av jobben.

«Det er et puslespill, dette her, vet du», sier lederne våre unnskyldende når de serverer oss nok en turnus der de færreste har fått innfridd sine ganske ydmyke ønsker. «Det er AML og faglig forsvarlighet som må på

«Vi vil gjerne ha et normalt liv ved siden av jobben.»

plass, timeantallet skal være rett og netter og helger likt fordelt ... Vi kan ikke ta hensyn til den enkeltes ønsker i tillegg!»

Ja, å lage turnus er et puslespill, men tankene mine går uvilkarlig til de utslitte puslespillene man finner i barnehager der utålmodige treåringer gjentatte ganger har presset sammen brikker som ikke passer sammen. For kunsten med puslespill et jo nettopp å ikke trykke inn brikke- ne der man synes de burde passe inn, men å ta inn over seg at bitene er forskjellige, og ta seg tid til å lete til man finner den rette plassen. Det tar litt lengre tid, men så slites heller ikke brikke- ne ut så fort. ●



Fakta

Sexologi i praksis

Av Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad
Universitetsforlaget, 2017
399 sider
ISBN 978-82-15-02971-9

Anmelder:
Cecilie Ann
Molvik Markvoll

Nytt og gammelt om seksualiteten

ANMELDELSE: Ekteparet Almås og Benestad, begge professorer i sexologi, har i en årrekke markert seg i det sexologiske fagfeltet, nasjonalt og internasjonalt. Paret arbeider for å fjerne skam og tabuer knyttet til seksualitet.

Høsten 2017 kom tredje utgave av deres bok *Sexologi i praksis*, oppdatert, revidert og delvis nyskrevet.

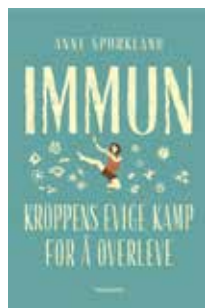
Almås og Benestad har mye å fortelle. Om seksualitetens historie, om definisjoner, om seksualanatomie og seksualterapi, blant annet. Her finnes gode refleksjoner om hvor innviklet og vondt livet kan være, og fortellinger om hvordan noen lever med emosjonelle belastninger som følge

av skam og kunnskapsløshet. Paret kritiserer helsevesenets tildekking av og mangel på kunnskap om seksualitet, da kanskje særlig når pasienter opplever at den blir vanskelig. Samtidig anerkjenner de at det kan være vanskelig å forholde seg til andres seksualitet, og innrømmer at det krever mye av dem selv, i sitt virke som seksualterapeuter.

Kapitlet om kjønnsforståelse er særdeles interessant, delvis på grunn av nyere kunnskap om den avanserte kjønnsutviklingen i fosterlivet. Kanskje kan det rokke ved noen av de rådende oppfatninger samfunnet har om mennesker som mener de er «født i feil kropp»? I tillegg gir boken

et innblikk i medikamentelle bivirkninger, samt seksualitet hos eldre og syke – informasjon enhver helsearbeider kan ha nytte av.

Boken har en rikholdig referanseliste og omtaler også seg selv som et referanseverk. Jeg er imidlertid litt ukomfortabel med at boken fremstår som et slags oppslagsverk når de siste kapitlene er hentet fra forfatternes egne praksiser som seksualterapeuter. Kunne det vært skrevet en egen bok om det? Når synsing dessuten blandes med fakta, mister boken litt troverdighet for min del. Avslutningsvis stiller jeg spørsmål ved gyldigheten av forskningsresultater som er flere tiår gamle. ●



Fakta

Immun

Av Anne Spurkland
Spartacus forlag, 2017
416 sider
ISBN 978-82-43-00830-4

Anmelder:
Bjørn Rogne Christensen

Godt fortalt

ANMELDELSE: Anne Spurkland har skrevet en lærerik bok om kroppens eget forsvarssystem.

Spurkland er professor i medisin ved Universitetet i Oslo og forsker innenfor autoimmune sykdommer og molekylær immunologi, og har bidratt til dette fagfeltet i betydelig grad.

I starten av boken får vi repetert historien om immunologiens spede begynnelse. Tenkningen rundt hygiene og smittevern fortonte seg unektelig annerledes tidligere. Men det er spennende å lese om heltene fra tidligere dager, som absolutt la grunnlaget for dagens tenkning og arbeidsmetoder. Rom ble som kjent ikke bygget på en dag.

Videre er kapittel 25, Omstridt velsignelse, verdt å nevne, som tar leseren med på en reise tilbake i historien, og gir bakgrunnskunnskap om de ulike vaksinene som gis til dagens barn og unge i vårt lands vaksinasjonsprogram.

Velskrevet er også kapittel 11, Reserveredmennesket, som tar oss med tilbake i historien til Hôpital St. Louis og blodbanklegen Jean Dausset. Dausset gjorde oppdagelser av HLA (humane leukocytantigener) på hvite blodlegemer i starten av 1950-årene. Hans oppdagelser har fått praktiske konsekvenser for pasienter med organsvikt, men også i betydelig grad for transfusjonsmedisin. Transfusjonsmedisin er

en risikabel affære, men kunne vært enda mer komplikasjonsfylt, hadde det ikke vært for arbeidet til Dausset og andre pionerer.

Dette er et omfattende verk fra Spurkland. Boken preges av gode faglige og fylldige utlegninger ispedd personlige historier. Kombinert med en udiskutabel god klinisk oversikt om hva som rører seg der ute i virkeligheten, tar hun hensyn til at virkeligheten er kompleks. Hun levendegjør historien bak vaksinene og historien til dem som gikk i bresjen for at vi nå i dagens Norge er velsignet med en rimelig god folkehelse. Bokens små anekdoter forteller oss at det ikke alltid har vært slik. ●



Åshild Fause Har sykepleien ei framtid?

LITTERATUR: I bokhylla har jeg ei bok som jeg tilfeldigvis kom over som nyutdanna sykepleier høsten 1981. Boka hadde tittelen *Har sykepleien en framtid? – et oppgjør med den teoretiske sykepleien* og var skrevet av Herdis Alvsvåg. I boka viste Alvsvåg hvordan den profesjonelle sykepleietenkinga, importert fra USA, har ført sykepleien ut i ei krise og bidratt til et gap mellom teori og praksis.

Boka gjorde inntrykk, og bokas tittel har vært et spørsmål jeg har stilt med jevne mellomrom. Hvilken framtid har sykepleie i et helsevesen der det å lære tverrfaglig samarbeid synes å være viktigere enn å lære sykepleie? Eller hvor sykepleierlederne er borte? Eller å ha utdanninger hvor det er viktigere at lærerne har doktorgrad enn kliniske spesialiteter? Hvorfor er ikke sykepleie et eget forskningsfelt? Og sist, men ikke minst: Hvor er det blitt av de kritiske debattene? Spørsmålet synes å være mer aktuelt enn noensinne. ●



Navn: Åshild Fause
Stilling: Førstemanuensis i sykepleie på Universitetet i Tromsø

En annerledes lærebok

ANMELDELSE: Kristin Hartveit Hansen har skrevet en annerledes fagbok. Hun bruker fortellinger fra sykehjem som inngang til kunnskap og forståelse.

Hartveit Hansen er universitetslektor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) på Gjøvik. Veiledning og psykisk helse er forfatterens hovedfelt. Boken henvender seg først og fremst til sykepleierstudenten, men er interessant å lese også for sykepleiere som har vært i feltet en stund.

Fortellingene setter standard for sykepleiepraksis og gjør det tydelig hvor betydningsfull presis og omfattende kunnskap er for sykepleierens funksjon. Dessuten blir omsorg formidlet på en slik måte at det blir konkret og begripelig. Fortellingene har en god blanding av observasjoner, refleksjoner og dialog. Refleksjonene forekommer i et bredt spekter knyttet til klinisk observasjon, planlegging og handling samt samhandling med pasienter og kolleger og egne reaksjoner på det som skjer. Forfatteren synliggjør kompleksiteten i sykepleierens funksjon og hvilken kompetanse som kreves for å gjøre en god jobb som sykepleier.

Hver fortelling er knyttet til et bestemt emne som for eksempel respirasjon, observasjoner og angst. Fortellingene er faglig overbevisende, og om jeg

noen ganger savner noen faglige refleksjoner, skyldes det at fokus i fortellingen er styrt av fortellingens emne.

Gjennom boken følger vi pasienter, sykepleiere og studenter på et sykehjem slik at det blir en sammenhengende fortelling. På et vis tegner Hartveit Hansen et idealbilde av sykehjem der fagteamet «skaper et faglig og lærende miljø som merkes i handlinger og omsorg til beboere, pårørende og ansatte imellom».

Fortellingene har et godt system med fotnoter med referanser til oppdaterte kunnskapskilder og aktuelt lovverk. Og det er refleksjonsspørsmål knyttet til de ulike kapitlene.

Jeg oppmuntres av at forfatteren viser at det er ok og bra å reflektere rundt og snakke om feil man gjør i arbeidet, og om egen sårbarhet i krevende situasjoner. For sykepleierstudenten må det være lærerikt at det blir satt ord på frustrasjonen ved å forholde seg til motsetningsfylte og tilsynelatende uhåndterbare situasjoner.

Boken er aktuell ved at så mange sykepleierstudenter foretrekker sykehus og hjemmesykepleie når de skal ut i arbeid. Her får forfatteren tydelig frem at det å arbeide som sykepleier på sykehjem kan være interessant og faglig utfordrende. Sykepleierne i fortellingene er også faglig sterke, tar lederansvar og viser omsorg for kollegene sine. ●



Fakta

Fortellinger fra et sykehjem

Av Kristin
Hartveit Hansen
Cappelen Damm
Akademisk, 2018
283 sider

ISBN 978-82-02-55030-1

Anmelder:
Håkon Johansen

«Dette er virkelig kjennetegnet på sykepleierrollen i sykehjem, tenkte Anne: De brå skiftene som hele tiden utfordret henne og krevde at hun brukte seg selv på alle måter.»

Kristin Hartveit Hansen



De fleste sykepleiere vil ha rett på offentlig tjenstepensjon.

Hva handler den nye pensjonsavtalen om?

Må jobbe lenger for pensjonen

• Tekst **Marit Fonn**

Avtalen om tjenstepensjon for ansatte i offentlig sektor ble signert 3. mars. Målet med en ny avtale er å tilpasse dagens offentlige tjenstepensjon til den nye folketrygden. Unio har signert på vegne av Norsk Sykepleierforbund (NSF), blant andre.

HVA ER TJENESTEPENSJON?

Offentlig tjenstepensjon kommer i tillegg til folketrygden for ansatte i helseforetak, kommuner og stat. Flertallet av sykepleiere er medlemmer i Kommunal Landspensjonskasse (KLP) eller andre pensjonskasser og har offentlig tjenstepensjon.

Arbeidstakerne trekkes hver måned 2 prosent av bruttolønnen som går til pensjonskassen. Arbeidsgiver betaler en enda høyere sats.

Dagens ordning garanterer en pensjon på to tredeler av din egen sluttlønn – forutsatt at du har minst 30 års opptjeningsstid. Dette kalles en bruttoordning.

Den nye ordningen kalles en påslagsmodell. Det vil si at yngre sykepleiere vil tjene opp pensjon i alle årene de jobber. For dem blir ikke sluttlønnen avgjørende for pensjonen.

HVEM GJELDER AVTALEN FOR?

En ny avtale vil gjelde for dem som er født i 1963 og senere. De som er født før 1963, beholder gammel avtale. Også når det gjelder særaldersgrense.

Dette betyr at de som er født i 1962 eller tidligere, ikke kan jobbe så mye de vil ved siden av som pensjonister – fordi den nye avtalen ikke vil gjelde dem.

Levealdersjusteringen (se faktaboks), som kutter i pensjonen, gjelder for alle. Den ble innført allerede i 2011.

AFP: ULIK ORDNING I PRIVAT SEKTOR

Både privat og offentlig sektor har AFP, som står for avtalefestet pensjon. Men ordningen er ulik i de to sektorene. Bare offentlig sektor har AFP som tidligpensjonsordning for årene 62 til 66 år.

Partene er enige om å endre AFP til en tilleggs-pensjon som gjelder livet ut, slik det er i privat sektor. Det betyr at man kan ta ut pensjon fra man er 62 år, og samtidig fortsette å jobbe.

«Det viktigste er å sikre sliterne en god pensjon.»

Eli Gunhild By, NSF-leder

– Prinsippet om at det skal lønne seg å stå lenger i arbeid, for dem som orker og kan, er viktig. Med en ny avtale blir det like godt tilrettelagt i begge sektorer, sier NSF-leder Eli Gunhild By.

FÅR MER UTTELLING FOR Å STÅ LENGER

– Det var ikke noe reelt alternativ for våre medlemmer å fortsette med dagens ordning. De yngste årskullene vil få en bedre tjenstepensjon med den nye avtalen enn med dagens ordning, mener By.

Det er de som rammes mest av levealdersjustering. Dagens ordning gir dårlig mulighet for å kompensere for den.

– Med den nye ordningen kan man lettere kompensere for levealdersjusteringene, sier By.

– For våre medlemmer har det handlet mye om de som ikke får uttelling for å stå lenger i arbeid. Samtidig skal vi også i fremtiden ivareta

dem som må gå av tidlig på grunn av belastningene i yrket.

FORHANDLER OM SÆRALDER I HØST

Særaldersgrensene skal det forhandles om til høsten, og resultatet skal innlemmes i pensjonsavtalen fra 2020.

– Det viktigste er å sikre sliterne en god pensjon. Sykepleierne har fått særaldersgrensen fordi de jobber i et belastende yrke. Det har ikke blitt mindre belastende. Vi får klare meldinger fra medlemmene: Vi springer fortere og fortere, sier By.

90 prosent av NSF's medlemmer har særaldersgrense. Den er hjemlet i lov om pensjonsordning for sykepleiere. De som er født i 1965 eller før, vil beholde dagens grense, ifølge den nye avtalen.

Dagens aldersgrense:

- 65 år for underordnede sykepleiere. De har plikt til å fratre / ikke rett til å fortsette i jobb. Er du uten full pensjonsopptjening, kan du søke om å jobbe til du er 67 år.
- For ledere, eller de som har administrative stillinger eller underviser, er aldersgrensen 70 år.

VIL UNNGÅ STORE FORSKJELLER MELLOM ÅRSKULLENE

Overgangsordningene er laget for å få til en smidig overgang fra gammel til ny ordning.

– Målet er å unngå store forskjeller mellom årskullene. Alle skal kunne planlegge hvilken inntekt de vil få som pensjonist, sier NSF-lederen.

By understreker at oppskriften på en god pensjon er å ha full, fast stilling.

– Hva vil du si til de yngste?

– Det er bra at vi har fått på plass en forutsigbar pensjonsavtale. En god pensjonsordning er grunnstammen i et velferdssamfunn, sier NSF-lederen.

HOLDER UT: Anestesisykepleier Brigitte Schmidt hadde jobbet noen år i det private, og måtte jobbe utover særaldersgrensen for å få full pensjon. Nå kan det bli lettere å sjonglere mellom privat og offentlig sektor. Foto: Marit Fonn



FREMTIDEN: Aller viktigst er en ny pensjonsavtale for de unge. De må jobbe mer for pensjonen. Foto: Mostphotos



HVOR MYE? Hvor stor blir min pensjon, lurer de fleste på. Foto: NTB Scapix



Fakta

PENSJONSREFORMEN: Bakgrunn:

Andelen eldre vil øke. Det vil også levealderen.

- Mål: Å få flere til å jobbe fullt og lenger
- Hovedprinsippene for reformen ble vedtatt av Stortinget i 2005
- En ny modell for alderspensjon i folketrygden ble vedtatt i 2007
- Reformen ble gradvis iverksatt fra 2010. Levealdersjustering gjelder fra 2011

LEVEALDERSJUSTERING:

- Alderspensjonen blir justert etter forventet levealder for den enkeltes årskull
- Grunn: For å sikre et bærekraftig system for de neste generasjoner
- Ble innført i 2011. Medfører kutt i alles alderspensjon

DISSE HAR FORHANDLET FREM AVTALEN:

- Regjeringen ved Arbeids- og sosialdepartementet
- Hovedorganisasjonene for arbeidstakerne: Unio, LO, YS og Akademikerne
- Hovedorganisasjonene for arbeidsgiverne: Spekter og KS
- Arbeidsminister Anniken Hauglie har ledet forhandlingene
- Unio-leder Ragnhild Lied er forhandlingsleder i Unio, som representerer NSF

«HVA BETYR AVTALEN FOR MEG?»

– Sykepleierne vil gjerne ha klare svar på: Hva blir min pensjon?

– Det er individuelt hvordan både gammel og ny ordning gir seg utslag i kroner og øre. Det avhenger ikke minst av hvor lenge man har jobbet, og av stillingsprosent. Hvordan særaldersgrensen vil slå ut for de yngste, kan vi ikke svare på nå fordi det endelige resultatet avhenger av høstens forhandlinger, sier By.

LETTERE Å SJONGLERE MELLOM SEKTORENE

Andre fordeler i den nye pensjonsavtalen, ifølge By:

- Kompliserte samordningsregler vil forsvinne.
- De med lavest inntekt vil få litt mer pensjonsuttelling enn før.
- Dagens ulemper ved å bytte fra jobb i offentlig sektor til privat – og omvendt – blir mindre.

NEI TIL URAVSTEMNING

Innen 1. juli må partene melde fra til regjeringen om de sier ja eller nei til avtalen. Lærerne, politiet og forskerne har valgt uravstemning i sine forbund, slik de har tradisjon for. Det skal de gjøre innen 15. mai.

NSF har sagt nei til uravstemning. Et

enstemmig forbundsstyre vedtok dette 21. mars.

– Vi har ikke den tradisjonen, og pensjonsavtalen er kompleks. Dessuten skal det forhandles om særaldersgrensen først i høst. Det ville vært krevende for medlemmene å gjøre en helhetlig vurdering, begrunner By.

– Er det ikke udemokratisk at ikke medlemmenes blir hørt i en så viktig sak?

– Vi mener at vi gjør en bedre jobb for dem ved at forbundsstyret tar avgjørelsen, sier By.

– Anbefaler NSF at Unio vedtar avtalen?

– Det vil vi komme tilbake til i juni, sier By. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilken vaksine anbefaler ikke Folkehelse lenger til hel-sepersonell fra 1. juni 2018?

- A BCG
- B Influensa
- C Kikhoste

2 Hva er larynx?

- A En type filler mot rynker i ansiktet som injiseres med sprøyte
- B Strupehode

C Øyemuskel

3 Hva betyr viscera?

- A Synsfelt
- B Markedsnavn for legemiddel mot erektil dysfunksjon
- C Innvoller

4 Hvor stor er forskjellen i lønn for en nattevakt med ti års ansiennitet på Universitetssykehuset i Nord-Norge og en tilsvarende nattevakt på et sykehjem i Tromsø med over 50 beboere?

- A 15 000 kroner
- B 35 000 kroner
- C 55 000 kroner

5 Hvilken diabetestype er insulinavhengig?

- A Begge
- B Type 1
- C Type 2

6 Hvor i kroppen opptas alkohol?

- A Leveren
- B Nyrerne og binyrene
- C Magesekk og tynntarm

7 Hva kan skje med kolesterol i huden når det utsettes for UV-stråler?

- A Det klumper seg til fettkuler
- B Det omdannes til D-vitamin
- C Det går over i blodet og øker kolesterolnivået

8 Hva er den norske betegnelsen på glandulae?

- A Kjeve
- B Kjertel
- C Brus

9 Hva er rektumampullen?

- A Stomi (pose på magen)
- B Det medisinske begrepet for «butt plug»
- C Kroppens lagringsplass for avføring

10 Er huden en del av immunsystemet?

- A Ja
- B Nei
- C Kun hvis vi smører den inn med beskyttelse, for eksempel mot mygg eller sol



LARYNX: Er det en øyemuskel som kalles larynx? Illustrasjonsfoto: Mostphotos

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og 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: 1A, 2B, 3C, 4C, 5A, 6C, 7B, 8B, 9C, 10A

Randis hypokonderkryssord

	DOK-TOR	FLIRTE	ERGER-LIGE	BIB.DEL	KVINNE	BLI TAUS	GIFT IKKE SAMME		ATLET-ISKE	KON-SONANTER	ORG.(FOR-ELDET)	VEKST-ENE	PS	HIMMEL	LEVER AVTA		NARKO	GLO	SOLO	NEV-ROTIKER
SYK-DOMMEN																				
HJERTE FEIL-ENE																				
		PS		ANTAS					IRANER				ENGS-TELIG					LEVER		
LEVER HILSTE						DAMA					KJELT-RING				HANDA	BÅT	VERK-ET		BES	
				STATI-STIKK		FUGL DIKT					ARVE-STOFF		OR-GAN-ENE							
NEST DRIKK		ERTE					YNKE						MINKA TITTEL				HØR-SELS-HEM-MET			
		LIKE SØLV					BY GREIT										REKKEF.	LEGE (FORK.)		
VEIEN PLAGG					WC				ORGAN-ER						TIDS-AV-SNITT				FUGL-EN	
													TALL			SNAR				



Meninger

Del 4 Sykepleien 04 | 2018

Kronikk – Innspill – Portrett

Noe på hjertet? Send oss en e-post: meninger@sykepleien.no



BØKENE: Krøger har sablet ned pensumbøkene for sykepleierstudiet. Foto: Marit Fonn

Klar, ferdig ...

Fersk. Litteraturkritikeren Cathrine Krøger er snart ferdig sykepleier. Men kritikeren i henne er ikke død. **90**



NSF. Er det bare lønn som er viktig? **86**



Foto: Ropp/Bjørn Kvaal



«**Psykisk helsevern skal i hovedsak baseres på frivillighet.**» Bjørn Stensrud. **88**



Forskning. Pasienter får bedre behandling når de deltar i kliniske studier. **87**



Vi drømmer ikke om å være lønnsvinnerne. Eller om å sprengre alle rammer. Men vi forlanger at lønna må henge noenlunde på greip.

– Lønna nå igjen?



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Det må da være mulig å komme med andre tiltak enn høyere lønn for å få unge til å velge en utdanning innafør helse? Det er ei trist tid nesten hver vår når forskjellige grupper kjemper for høyere lønn. Det er veldig bra at yrkesgrupper er organisert, og at de på den måten kan få gjennomslag. Og jeg er absolutt tilhenger av at helsepersonell skal ha en lønn å leve av. Men hvorfor er det alltid lønna som det skal snakkes om?

Dette er budskapet fra en politiker som har skrevet til NSF i forbindelse med vår siste kampanjefilm om mangelen på sykepleiere og behovet for et sykepleierløft. Fra tid til annen får vi høre fra ulike hold at «lønn er ikke det viktigste» og «vi må slutte å snakke om lønn» hele tiden.

Vi er enige både med denne politikeren og andre som sier at det finnes ting som er viktigere enn lønn. En meningsfull jobb, trivsel og et godt arbeidsmiljø vil for de fleste av oss stå høyt på lista. Det ser vi også i avgangsundersøkelsen blant sykepleierstudentene. Men når de unge sykepleierstudentene skal prioritere hva som er viktigst for valg av jobb, så viser den nyeste undersøkelsen at lønn er oppe på andre plass, rett bak arbeidsmiljø og trivsel.

HVEM SKAL SNAKKE OM LØNN, DA?

Nyutdannede sykepleiere er neppe mer kyniske enn tidligere generasjoners sykepleiere. Men de kan lese lønnsstatistikken som alle oss andre, og tenker vel at en 147. plass på

sykepleiere slutter i yrket i løpet av de ti første årene etter endt utdanning. I helsepolitisk barometer, som nylig ble lagt frem av Kantar TNS, sier 81 prosent av befolkningen at de er bekymret over at sykepleiermangelen skal gå ut over pasientsikkerheten.

Det er heldigvis ikke slik at alle er bekymret over at vi sykepleiere kjemper for høyere lønn. Tvert imot. De fleste har både fått med seg og gir sin fulle støtte til at vi i NSF nå står på barrikadene for å få løftet sykepleierens lønn opp til et mer anstendig nivå. I skrivende stund har nesten 80 000 nordmenn signert på sykepleierløftet og kravet om et lønnsløft, slik at alle sykepleiere med ti års ansiennitet skal tjene over 500 000 kroner.

BLIR IKKE STILLE I VÅR, HELLER

Å være sykepleier er et yrke som krever både høy kompetanse og høy motivasjon. Fristen for å søke høyere utdanning har akkurat gått ut, og også denne gangen vil de unge strømme til sykepleierutdanningene. Kombinert med nye skjerpede karakterkrav vil det gi samfunnet og pasientene både kompetente og motiverte sykepleiere om noen år. Men selv om ikke lønnen er drivkraften bak yrkesvalget, så må arbeidsgivere og myndigheter være svært oppmerksomme på at lav lønn kan være med på å undergrave motivasjonen hos de ansatte.

Det er en utvikling vi skal kjempe mot, og derfor blir det dessverre ikke stille fra oss denne våren, heller. Jeg velger å sitere Bjørnstjerne Bjørnson og et velkjent dikt som egentlig handler om å velge seg april. Vi sykepleiere velger oss denne våren lønnskamp, og som det står i diktet: «det volder litt rabalder, – dog fred er ei det beste, men at man noe vil». ●

«Det blir dessverre ikke stille fra oss denne våren, heller.»

statistikken ikke er spesielt imponerende for en høyskolegruppe. Til alt overmål den yrkesgruppen som flest arbeidsgivere ifølge KS og Nav sier det er størst mangel på i dag. Så hvis ikke sykepleierne selv skal snakke om lønnen nå, hvem skal da gjøre det?

Ingen sykepleiere tror de skal klatre helt til topps på lønnstoppen i Norge. Men det er alvorlig når en av fem



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Pasienter som deltar i kliniske studier,
mottar bedre behandling enn dem som ikke deltar.

Sykepleiere med master gir bedre pasientresultat



Fakta

Tove Aminda Hanssen

Redaktør i Sykepleien
Forskning, forsknings-
og fagsykepleier ved
Universitetssykehuset
Nord-Norge HF og
førsteamanuensis ved
UiT Norges arktiske
universitet

Studier viser at pasienter får bedre behandling når de deltar i kliniske studier. Slik behandling er uavhengig av om de mottar ny eller standard behandling. Tilsvarende ser vi at økt forskningskompetanse blant personalet gir bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

I den første nasjonale sykehusplanen med virketid fra 2016 til 2019 er styrking av sykepleiernes kompetanse et viktig moment. Også i den andre sykehusplanen fremstår kompetansen til helsepersonell som helt sentral, ifølge helseministeren.

Selv om vi i Norge generelt sett har vært forsiktige med å foreslå økt antall sykepleiere med mastergradskompetanse, og enkelte har stilt spørsmål ved om vi i det hele tatt har behov for denne kompetansen, ser vi sterkere anbefalinger internasjonalt i denne retningen.

SATSER PÅ KVALITETSHEVING I ENGLAND

I England har helsemyndighetene gjennom National Institute for Health Research (NIHR) foretatt store investeringer i sykepleieres kompetanseheving på masternivå.

Fra 2014 har organisasjonen Health Education England sammen med NIHR lagt til rette for å finansiere kompetanseheving for mer enn 500 sykepleiere og annet helsepersonell, unntatt leger og tannleger, gjennom et særskilt klinisk, akademisk utdanningsprogram i helseforetakene.

I dette programmet er det avsatt øremerkede midler som skal finansiere klinikeres kompetanseheving både på master-

FORSKNING GJØR SYKEHUS BEDRE

Disse kompetansehevingstiltakene er begrunnet ut fra forskningsevidens, som viser at helseforetak som bedriver forskning, tilbyr pasientene bedre kvalitet i pleien og behandlingen, selv om pasientene ikke inngår i forskningsprosjekter.

Erkjennelsen er at det å drive med forskning gjør at helseforetak blir bedre i stand til raskere å ta i bruk ny forskningskunnskap. Sammenhengen mellom forskning og behandlingskvalitet er for så vidt også erkjent i HelseOmsorg21, uten at oppfølgingen her til lands har vært like konkret og styrkende for praksis slik vi har sett i England.

TRENGER ØREMERKEDE MIDLER

På ønskelisten for den andre nasjonale sykehusplanen står øremerkede midler for å stimulere flere norske sykepleiere til å oppnå kompetanseheving på mastergrads- og doktorgradsnivå. Vi trenger et nasjonalt krafttak for å bidra til bedre og mer likeverdig pasientbehandling.

Tidsskriftet Sykepleien Forskning mottar mange manuskripter basert på forskning gjennomført som del av mastergrads-utdanninger. Forskningsartiklene er verdifulle nasjonale og internasjonale kunnskapsbidrag ved at de blir oversatt til engelsk. Dermed er de fritt tilgjengelige gjennom våre nettsider og søkbare i CINAHL-databasen.

Dersom du er i gang med mastergradsutdanning og forskningen din er relevant for klinisk praksis, klausuler din masteroppgave og send artikkelen til Sykepleien Forskning! ●

«Vi trenger et nasjonalt krafttak for å bidra til bedre pasientbehandling.»

grads- og doktorgradsnivå. I tillegg er det opprettet kliniske, akademiske stillinger for erfarne forskere. Programmet er lagt til rette slik at sykepleiere øker sin kompetanse innen forskning parallelt med en økning i klinisk kompetanse. De klinisk aktive, erfarne forskerne står for veiledningen.



Fakta

Fast skribent

Tove Aminda Hanssen
er fast skribent i Sykepleien.



Mennesker utskrevet fra sykehus på tvungent psykisk ettervern opplever ordningen som en hindring når de skal mestre sin egen hverdag, skriver Bjørn Stensrud.

Pasientene kommer ikke i gang med hverdagen



Fakta

Bjørn Stensrud

Spesialrådgiver
Sykehuset Innlandet HF
og Nasjonal kompetanse-
tjeneste for samtidig
rusmisbruk og psykisk
lidelse

Tvungent psykisk ettervern (heretter forkortet TUD: tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på sykehus) brukes for mennesker med en alvorlig psykisk lidelse og gjentatte tilbakefall grunnet manglende behandlingssamarbeid. Ordningen innebærer at mennesker er underlagt en tvungen oppfølging mens de bor i sin egen bolig.

TUD kan i praksis dreie seg om ulike typer oppfølging, men knyttes i hovedsak til oppfølging av en medikamentell behandling. Forskningsbasert kunnskap om ordningen har vært mangelfull i Norge. Særlig savnes de berørtes erfaringer. En nyere studie har brakt kunnskap til fagområdet.

TVANGEN FARGER HVERDAGEN

Intervjuer med mennesker underlagt TUD viste at de opplevde ordningen som en hindring når de skulle mestre egen hverdag (1). Brukerne opplevde å bli møtt med et sykdomsfokus som ikke vektla deres friske og velfungerende sider. De følte seg usikre på hvilke områder TUD berørte.

Særlig belastende var opplevelsen av å mangle informasjon om hva som var frivillig, og hva som var tvang. Manglende informasjonen og rigide ordninger bidro til at det var vanskeligere selv å ta kontroll over egen hverdag. Brukerne erfarte at helsepersonell vektla den medisinske oppfølgingen, selv der behandlingen hadde usikker eller liten effekt.

Den medisinske behandlingssammenheng ble et hinder for deres bedringsprosess og overgang til en mer selvstendig hver-

«Særlig belastende var opplevelsen av å mangle informasjon om hva som var frivillig, og hva som var tvang.»

dag. Mange oppfattet medisineringsen som tvungen, selv om det ikke var fattet vedtak om dette. Selv om få brukere hadde erfaring med fysisk tvang, opplevde de fleste at trusselen om tvang lå implisitt i behandlingssammenheng de hadde.

Selv om brukerne var utskrevet, følte de seg fortsatt som pasienter og avhengige av helsepersonells vurderinger. Avhengigheten førte til at de i mindre grad prøvde ut sin egen mestringsevne. Opplevelsen av tvang var derfor ikke bare knyttet til enkeltsituasjoner, den farget hele hverdagen.

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

– TIL PASIENTENS BESTE?

Hensikten med TUD er å hindre forverring og tilbakefall, forebygge fare for liv og helse, skape stabilitet og være en mindre inngripende ordning enn fortsatt sykehusinnleggelse (2).

Vilkårene for ordningen er de samme som for tvungen innleggelse på sykehus. «Tvangen i TUD» er at utskrevne pasienter kan pålegges fremmøte til undersøkelse eller behandling, og om nødvendig hentes med tvang.

Ved etablering av TUD skal det tas hensyn til både brukerens og pårørendes situasjon. Brukerens egne ønsker skal særlig vektlegges sammen med muligheten for å utvikle gode samarbeidsløsninger med et lokalt tjenestetilbud (3).

Det er en faglig anbefaling at mennesker med alvorlige psykoselidelser skal bruke medisiner for å hindre tilbakefall (4). Samtidig foreligger det mange historier fra brukere om dårlige erfaringer med disse medisinene, og krav om reduserte medisindoser og medisinfrie behandlingstilbud.

Synet understøttes av forskning som trekker i tvil om nytten av den medikamentelle behandlingen oppveier ulempene behandlingen medfører, og stiller spørsmål om langtidsmedisinering heller kan virke mot sin hensikt (5). Noen fagmiljøer er sterkt kritiske til dagens medisinpraksis, og peker på at den ikke løser pasientens problemer, kan hindre alternative tilnærminger og ikke er etter pasientens ønske (6).

En kunnskapsoppsummering peker mot at medisiner forsvarer en plass i akuttbehandlingen, men at vi kan ha overvurdert nytten og undervurdert skadevirkningene av denne behandlingen brukt over tid (7). Mitt synspunkt er at medikamentell behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i større grad må ta utgangspunkt i brukernes erfaringer med denne behandlingen.

MANGLENDE KUNNSKAPSGRUNNLAG FOR TUD

Tvungen behandling, og kanskje særlig den som utøves i lokalsamfunnet, reiser etiske og menneskerettslige spørsmål. I motsetning til i mange andre land har TUD vært brukt lenge i Norge, og uten at ordningen har vært særlig diskutert. Det til tross for manglende forskningsbasert kunnskap om at ordningen virker.

Internasjonale studier har ikke vist at TUD gir færre innleggelser, kortere sykehusopphold eller bedrer pasientenes livskvalitet (2). Parallelt foreligger det mange historier som viser brukeres negative erfaringer med tvang.

Det viser hvor viktig det er å vurdere bruk og nytte ut fra menneskers konkrete situasjon, og kanskje med utgangspunkt i en smalere målgruppe enn det som har vært tilfellet til nå.

SYKEPLEIE I PSYKISK HELSEARBEID

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som mål å gi mennesker med psykiske lidelser muligheten til å leve et mest mulig normalt liv preget av samfunnsdeltakelse, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Gjennom å styrke lokalbaserte tjenester skulle pasientene få et mer tilpasset tilbud.

Et viktig helsepolitisk mål har hele tiden vært at psykisk helsevern i hovedsak skal baseres på frivillighet. Av dette følger at bruk av tvang skal reduseres.

Sykepleiere har en sentral rolle på alle nivåer i psykisk helsevern. De arbeider tett med brukerne i den kliniske hverdagen, og deres fagkunnskaper har stor betydning for å sikre at mennesker med psykiske lidelser får sine behov og rettigheter ivaretatt.

Sykepleie har utviklet seg fra å være en medisinsk støttefunksjon til å bli en selvstendig profesjon som vektlegger en helhetlig tilnærming. En slik forståelse krever en yrkesutøvelse basert på selvstendige faglige og etiske vurderinger.

Prinsippet *ikke skade* ligger som en verdi i all helsehjelp. Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer understreker at sykepleiere skal ivareta pasienters integritet og verdighet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. En sykepleier skal arbeide for å utvikle en helhetlig praksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

Som sykepleier arbeider du med enkeltmennesker, men også mot samfunnet for å bedre forhold som kan gi dårlig helse. Når ny kunnskap viser at TUD kan oppleves som en hindring for at brukeren kommer inn i gode bedringsprosesser, må det gi konsekvenser for sykepleieres praksis.

IVARETA EGEN HVERDAG

En psykiater eller psykologspesialist er ansvarlig for vedtaket om TUD. Sykepleiere blir involvert gjennom sin oppfølging av TUD i brukerens hverdag. God sykepleie handler om å bruke faglig kompetanse i en helhetlig tilnærming som støtter opp under pasienters arbeid med å mestre sin psykiske lidelse.

Målet er at pasienten igjen blir i stand til å ivareta egen hverdag. For å nå dette målet samarbeider sykepleieren med pasienten, og tilpasser sin støtte og utfordring etter pasientens behov.

Bruk av TUD må vurderes i dette perspektivet knyttet til om det for en periode er nødvendig å bruke tvang for å ivareta pasientens interesser, eller om det er mulig å nærme seg dette målet basert på alternative og frivillige tilnærminger.

SYKEPLEIERE MÅ TA ANSVAR FOR EGEN PRAKSIS

Den gjeldende kunnskapsstatusen sår altså tvil om nytten av tvang brukt utenfor sykehus, og brukere knytter negative erfaringer til ordningen. Samtidig har en revisjon av psykisk helsevernloven styrket brukerens posisjon gjennom innføring av kravet om manglende samtykkekompetanse før pasienter kan underlegges tvang.

Hensikten med lovendringen er å styrke frivillighet til fordel for bruk av tvang. Samtidig ligger det i endringen en mulighet for at sårbare mennesker ikke klarer å ta dette ansvaret og kommer inn i destruktive mønstre preget av gjentatte tilbakefall.

Sykepleiere innen psykisk helsevern må derfor vurdere sin praksis: Har vi en praksis som fremmer frivillighet på bekostning av tvang når utgangspunktet er brukernes behov? Sykepleiere kan som en selvstendig profesjon ikke unnlate å gå inn i denne drøftingen.

Det at andre står ansvarlig for selve beslutningen, fritar ikke sykepleiere for ansvar. Psykisk helsevernloven viser nettopp til at vedtaksansvarlig skal rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før beslutning om bruk av tvang fattes.

SELVSTENDIGHET INNEN RAMMER

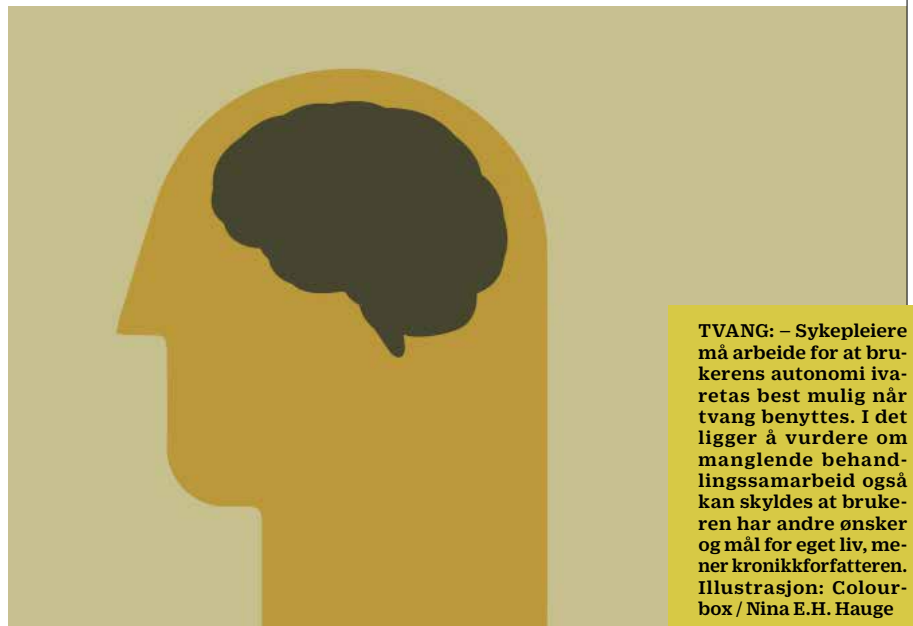
Som sykepleiere vil vi derfor involveres direkte. Vår vurdering må vektlegges, både når TUD skal brukes for å sikre god sykepleie, og når vi heller må arbeide med å tilrettelegge for å bruke alternative frivillige tilnærminger.

Det er viktig å bruke tilgjengelig kunnskap i et tverrfaglig samarbeid for å fremme frivillighet der det er mulig, og tvang når det er nødvendig. I dette ligger det å vurdere om TUD er like nyttig for alle aktuelle brukere, eller om et manglende behandlingssamarbeid kan skyldes at brukeren har andre ønsker og mål for eget liv.

Der TUD brukes, må sykepleieren arbeide for å bedre brukerens selvstendighet innen gitte rammer. Uten en høy bevissthet på disse områdene er det en risiko for at vi som sykepleiere kan komme til å skade dem vi ønsker å hjelpe. ●

REFERANSER:

1. Stensrud B, Høyer G, Granerud A, Landheim A. «Life on Hold»: a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015;36(3):209–16.
2. Rugkåsa J. Effectiveness of community treatment orders: the international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry – La Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2016;61(1):15–24.
3. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (nedlastet 06.04.2018).
4. Helsedirektoratet. Psykoselidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 01.07.2013 [siteret 06.04.2018]. IS-1957. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>
5. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):913–20.
6. Göttsche PC. Dødelig psykiatri og organisert fornekning. Oslo: Abstrakt forlag; 2015.
7. Orre TF. Antipsykotisk lækjemiddel – på tide å tenke nytt. *Dialog*. 2014;24(2):6–14.



TVANG: – Sykepleiere må arbeide for at brukerens autonomi ivaretas best mulig når tvang benyttes. I det ligger å vurdere om manglende behandlingssamarbeid også kan skyldes at brukeren har andre ønsker og mål for eget liv, mener kronikkforfatteren. Illustrasjon: Colourbox / Nina E.H. Hauge



Cathrine Krøger

Hvorfor: Fordi hun som profesjonell anmelder har kritisert pensum og faget hun selv utdanner seg i.

Utdanning: Hovedfag i idéhistorie. Går tredje året på sykepleierutdanningen på Oslomet.

Stilling: Bokanmelder i Dagbladet. Har vakter på gastro på Ullevål som pleiemedhjelper.

Alder: 53 år



GEN: Tomme hull i ørene, ringfrie fingre. Cathrine Krøger tror hun har sykepleiergen.

Snart sykepleier

Litteraturkritiker Cathrine Krøger slaktet pensum som student. Har utdanningen likevel gjort henne til en brukbar sykepleier? • Tekst og foto **Marit Fonn**





Tåkeprat. Ordjåleri. Et fag på ville veier. 50-åri-ge Cathrine Krøger hadde startet på sykepleier-utdanningen i moden alder og skjøt fra hoften. På sykepleierpensum.

Den erfarne litteraturkritikeren hadde både ordet i sin makt og spalteplass. Lærebokforfattere ble avslørt for banaliteter og hangen til å henvise til egne lærebøker.

Hun traff blink. Sykepleiers Facebook-lesere kjente seg igjen, eldre som yngre. Men ville hun selv holde ut i utdanningen hun elsket å slakte?

SISTE DAG I PRAKSIS

Inne på øyeavdelingen på Ullevål sykehus er krølltoppen lett å finne bak en glassrute. Dette er hennes aller siste dag i praksis. Nå oppsummerer hun sammen med en lærer fra skolen.

Krøger kan snart følge i sine formødres fotspor, hun skal ba-

«Å være gammel student er en øvelse i ydmykhet.»

re levere en bacheloroppgave først. Både mor og mormor jobbet her på Ullevål.

Krøger har bestått praksisperioden. Det visste hun jo, ellers ville hun ha blitt advart på forhånd, slik regelen er.

– *Hvordan er hun som student?*

– Voksen og reflektert, sier læreren.

– Veldig delaktig. Flink til å formidle egne tanker. Stiller kritiske spørsmål til praksis.

– Jeg er vel mest kjent for å ha kritiske øyne på pensumlitteraturen, sier studenten selv.

– Og på terminologien i faget. Hva syns du om den? spør hun læreren.

Læreren svarer diplomatisk:

– I tredjeåret er det mer konkret. Det er mer om sykehus, mer medisinsk terminologi.

– *Noen kritiske punkter i hennes praksis?*

– Nei. Det var noe å jobbe med, men hun har vist framgang, sier læreren.

– Jeg har da stort sett fått skryt, innskyter Krøger.

– *Hva måtte hun jobbe med?*

– Flyt i arbeidet, sier læreren.

– *Hva betyr det?*

– At man får arbeidet unna.

Krøger gremmer seg:

– Nå virker det som jeg er en sinke.

Men i evalueringsskjemaet er det kryss i alle rubrikkene for «som forventet». «Under forventet»-rubrikkene er tomme.

– Denne formen for evaluering er spesiell. Som 53-åring sitter jeg her og føler meg som et barn. Jeg har vel bare godt av det, men jeg er glad jeg er ferdig, sier studenten.

Hun legger til:

– Å være gammel student er en øvelse i ydmykhet. Jeg har hoppet fra noe kjent til noe jeg ikke kan. Som gammel student er man ute av komfortsonen. Nei, nei, ikke skriv det! Et grusomt ord!

Hun utdyper:

– I praksis er jeg egentlig blank. Men på skolen kan jeg mer enn lærerne i visse fag. Mye av sykepleien er jo bygd på idéhistorie.

– EN HINSIDES OPPFØRSEL

– Det er rart man ikke begynner med grunnmuren, fortsetter Krøger.

– Det basale om sykepleie, anatomi, fysiologi – de medisinske fagene. Er du enig? sier hun til læreren, som gjør seg klar til å gå.

– Det er mye som skal inn. Som sykepleierens fem funksjoner, svarer hun.

– Men man begynner dag én med alle fem, parerer Krøger, – i stedet for å begynne med grunnlaget. Dette er min hovedinnvending.

Krøger hopper til nytt tema: Etter tre år har hun skjønnet nødvendigheten av sykepleierens profesjonskamp.

– Jeg kommer fra kulturlivet, og gudene skal vite at der er det mange store egoer. Men makan til det jeg har møtt i klinikken! Enkelte har en oppførsel overfor sykepleiere som er helt hinsides.

Læreren, snart ute av døren, sier det er blitt bedre.

Krøger: – Jeg har alltid tenkt at det lønner seg å si ting som de er. Det kan være mer belastende å bite ting i seg.

– Alle sier det koster å varsle, påpeker læreren.

Hun takker Krøger for flotte diskusjoner og forlater sykehuset.

– Jeg har mye makt som kritiker, og det er litt urettferdig overfor skolen. Det har nok vært litt voldsomt. Men her skal jeg skryte: Jeg har aldri fått straff, eller måttet bøte for kritikken, sier Krøger, som syns lærerne er utrolig greie.

– Men mange virker svært frustrerte. Og stakkars folk som jobber på den kaotiske skolen.

– MYE MENINGSLØS DOKUMENTASJON

I starten trodde Krøger at alt peset om dokumentasjon var et påfunn av skolen. Men så kom hun ut i praksis.

– Jeg har ikke møtt én sykepleier som ikke stønner over det. De syns de skriver for mye. Det må skrives behandlingsplan for pasienter som er inne én dag. Nye systemer legges opp på de gamle, og da skriver man det samme flere steder.

– Jeg skal skrive bacheloroppgaven om dette. Jeg er vant til å skrive fritt, men her må jeg tvinge meg inn i forskerspråket. Språket hun har hudflettet.

– Det blir et stilistisk fengsel. Jeg hadde tenkt å ha en mainstream oppgave, men denne bacheloren gleder jeg meg til. Det blir så mye meningsløs dokumentasjon, at det viktige kan forsvinne. Det drukner i en barokk ordstrøm.

Her på huset er det VIPS-modellen som gjelder. Den skaper hodebry. Hvor skal man for eksempel skrive at pasienten har mann og tre barn? Til og med noe så enkelt som det er uklart, ifølge Krøger.

– Noen setter det under punktet «seksualitet og reproduksjon». Eller kanskje under åndelighetsstatus, eller hva det heter.

– *Må den informasjonen være med?*

– Ja, det er ofte relevant.

– *Hva foreslår du som overskrift?*

– Sivilstand. Barn.



ELEVER: Døtrene Nelli (foran) og Dagny, her i Boston i USA, er nå 13 og 17 år. Nå går også mor på skolen. Foto: Privat



KLART SPRÅK: Krøger ble i 2016 juryleder for Klarspråksprisen, oppnevnt av statsråd Jan Tore Sanner. Foto: Lise Åserud / NTB scanpix



TVILLING: Cathrine og Ivar i 1967. Da de bodde i Brevik i Telemark. Foto: Privat

EN SNILL OG EN SLEM JOBB

Selv har Krøger to døtre med forfatteren Sven Kærup Bjørneboe (nevø til Jens), 22 år eldre enn henne. Hun har aldri bodd med barnefaren.

– Det ville vært vanskelig av mange grunner. Men jeg skjønner ikke folk som klarer å bo sammen et helt liv. Man kan ikke krangle med seg selv. Nei, nå skravler jeg i vei.

Krøger har registrert at på sykehus er de skremt over hvor lite sykepleierstudentene har lært på skolen.

– Det er pinlig, men Oslomet-studenter er kjent for å være grønnskollinger når vi kommer i praksis på tredje året. Først da er vi ute i sykehus.

Krøger har løsningen: Mindre skoler er bedre enn store. Sykehuspraksis bør være andre året, ikke tredje.

– Både lærere og studenter er enige om at det er best. Men det er umulig å få til, for skolen er for stor. Skuta for vanskelig å manøvrere.

Det var om skolen, sier hun, mest til seg selv. Krøger krysser av på sin indre liste og går videre:

– Jeg er veldig, veldig glad for å jobbe med pasienter. Er fornøyd når jeg kommer hjem. Føler jeg har gjort noe ordentlig. Men jeg vil aldri slutte med å være kritiker. En snill jobb og en litt slemmere. Ypperlig kombinasjon.

I disse tre årene har hun hatt dobbelt opp. Hun jobber fullt som kritiker ved siden av studiet. Vekkerklokken står fast på klokken 4.20. Da står hun opp og skriver bokanmeldelser.

– Jeg er jo trett om kvelden.

– Når er du i seng?

– Elleve–tolv. Tror jeg har vent meg til lite søvn.

Likevel – hun anbefaler alle på 40–50 år som vil være noe annet: Bli det andre!

– Jeg begynte på nytt. Og så fikk jeg nytt liv i det gamle ved

«Jeg har aldri fått straff for kritikken.»

å kritisere lærebøker. Jeg ble forbauset over reaksjonen på en positiv måte. Over at jeg hadde satt i gang noe.

– Du er kritiker av profesjon. Er det også din legning?

– Ja. Men jeg tror jeg også har et sykepleiergen. Ellers ville jeg vel ikke vært her.

– Er du tjukkhet?

– Både og. Jeg blir fryktelig nervøs i ny praksis. Vil ikke være til bry. Det er ubehagelig ikke å kunne noe. Det plager meg. Men det er blandet, slik det er for de fleste. Folk som virker robusete, kan være ganske nervøse inni seg.



Som kritiker arbeider hun hjemme.

– Da tenker jeg ikke på virkningen av det jeg skriver. Å bli intervjuet er mye mer ubehagelig, merker jeg. Å overlate det jeg sier, til din penn.

Tilbake til pasientene:

– Jeg er så glad i å snakke med dem. De er ofte nærmere meg i alder enn de mange unge som jobber her. Men få med at jeg er imponert over alt det kliniske sykepleiere gjør og kan.

Siden hun har flyttet så mange ganger, syns hun det er lett å finne en tråd.

– Jeg tror jeg har lett for å komme i snakk med folk.

– Og få dem til å slappe av?

– Det får jeg da håpe. Jeg treffer pasienter som er fryktelig redde, kanskje skal de dø. Hva svarer du mennesker som sier de har to uker igjen? Og som ikke tror at det er noe etter dette? Hun konkluderer selv:

– Jeg tror det er lettere å finne et svar hvis du har livserfaring. Og det er mye å hente i litteraturen i stedet for bare å si

«Han har lært meg å sette sprøyter.»

«uff, ja». Man blir lett hjelpeløs overfor en som ligger og skal dø.

– *Hva svarer du, da?*

– Her om dagen siterte jeg et dikt av Kolbein Falkeid. Om dem som har gått foran og kvistet løype. Det kan være en trøst.

«ANSIKTET I SØRGMODIGE FOLDER»

– Det vi lærer om kommunikasjon på skolen, er skrekkelig banalt.

Hun er tilbake til læreboken som fikk hardest medfart av hennes penn. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning og etikk*, skrevet av ekteparet Hilde og Tom Eide.

I kronikken «Et fag på ville veier» skrev hun om de klamme teknikkene forfatterne anbefalte: «Speiling av følelser (hjelperen med ansiktet i sørgmodige folder om pasienten er trist), lett berøring, øyekontakt (ikke stirrel), spørrende gjentakelser av pasientens siste ord (nedfor?) og ikke minst det å 'følge verbalt' ved hjelp av ettertenksomme hmm-er og mm-er (uthevet med stor skrift i boka).»

Hun river seg i krøllene:

– Det er hårreisende hva man kan by studentene. Jeg ville heller anbefalt god skjønnlitteratur.

– *Hvilken?*

– Da må jeg tenke litt.

Liten pause.

– Poesi. Nei, det var snobbete. Det er jo et vell å ta av. Ham-sun? På *gjengrodde stier*. Noe så enkelt som det.

Krøger har fått betalt for å kritisere mer. 100 000 kroner fra stiftelsen Fritt Ord.

– For å reflektere som student og blogge om helsespråk og hva som er gærent. Men jeg blir lei av min egen kritikk. Jeg må ikke bli forutsigbar. Derfor prøver jeg å samle smash-saker. Å småprate er ikke effektivt nok.

– Hvis det er forskning, er det liksom sant. «Forskningsbasert» er blitt vår tids mantra. Men hva er forskning? Man kan finne noe i én studie og det motsatte i en annen. Forskning er jo et eget språk.

– *Sykepleiere liker at forskningen er kunnskapsbasert?*

– Det er sant. Nå må du spørre, det er jo jeg som styrer samtalen.

– *Ok ...*

– Men jeg må si! Heldigvis fikk jeg praksis her. Nærmere kommer jeg ikke å være Ullevål-søster. Mamma og farmor jobbet her, mormor i 40 år. De ser meg forhåpentlig der oppe fra. Jeg må snart gå, skal på foreldremøte. Men jeg har sykkel. Huff, jeg sier for mye.

– *Det er ikke plass til alt du sier likevel.*

– Bra. Men ta med hvor fint det er å ha døtre.

Den ene blir 13 neste uke, da skal hun få en valp. Den andre er 17.

– De er overraskende nok stolte over at jeg tar sykepleien. Jeg har alltid jobbet hjemme. Nå går vi på skole alle tre. Det er god barneoppdragelse at de ser at jeg ikke ligger og drar meg.

– *Ingen mistenker deg vel for det? Du sykler til og med?*

– Det er juks. El-sykkel. Men jeg bader om vinteren. Barna og.

KJÆRLIG MOR OG NÆRE SØSKEN

Hun er født i Oslo, men flyttet mye i oppveksten. Familien bodde mest i Tønsberg.

– En omflakkende barndom, men med mye humor. En kjærlig mor, oppsummerer hun.

Hun har både storesøster og tvillingbror.

– Og en veldig snill svoger. De er jeg sterkt knyttet til. Vi bor i Oslo alle sammen og møtes ofte med barna.

Avdelingssykepleieren kommer forbi.

– Vi var spent da hun kom. Jeg ville lyve hvis jeg sa noe annet. Moden. Og journalist. Og forteller hun.

– Men vi er veldig glade for å ha hatt deg her, sier hun entusiastisk til studenten.

– Jeg har lyst til å jobbe nattevakter, men ikke fast, sier Krøger, som allerede har skaffet seg vakter på gastro etter forrige praksisperiode.

Sjefen virker positiv.

Foreldremøtet kaller. Vi passerer dokumentasjonsrommet. Der sitter to kolleger.

– I den ulykkelige sykepleierposituren: foran pc-en. De skriver dokumenter ingen har bruk for, sukker hun.

En av dem er veilederen. En ung mann på 28.

– *Har hun oppført seg?*

– Ja, eksemplarisk. Jeg har lært mye, hun er min første student.

– Og han har lært meg å sette sprøyter, sier eleven lettet.

Det bærer ned i kjelleren til garderoben i det gamle, slitte bygget:

– Det er jo rælete her, men jeg får en historisk følelse. Jeg vil alltid være frilanser. Aldri fast. Jeg liker å være outsider, å kunne si ting.

Hun legger fra seg uniformen. Men putter de røde tjenesteskene i sekken.

– Vet du hva som har forbauset meg? Hvor mye sykepleiere jobber. Jeg er utrolig bortskjemt som frilanser, kan være på hytta med barna hele sommeren. Jeg er ikke i stand til noe annet. Du, nå bare babler jeg.

Hun danderer bagasjen på den knall røde sykkel. Borte er hun. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Stillinger, meldinger, skoler og kurs



Sykepleienjobb er på Facebook!
Følg oss for de nyeste stillingene.

facebook.com/sykepleienjobb.no

Sykepleienjobb.no



ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

Master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Universitetet i Bergen tilbyr en bred lederutdanning på deltid som gir innsikt og dybdeforståelse for viktige ledelsesutfordringer i helsesektoren. Masterprogrammet består av tre frittstående kurs, hvert på 20 studiepoeng, og en masteroppgave som gir 30 studiepoeng. Du velger selv om du vil ta enkeltkurs eller full mastergrad.

- Helseledelse
- Kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Helseøkonomi

Studiestart høsten 2018.

Les mer og søk plass: uib.no/videre

Søknadsfrist:
3. juni 2018



UNIVERSITETET I BERGEN

NSFs 5. nasjonale
lederkonferanse i Bergen

ANSVAR, MAKT OG MYNDIGHET
Fullt og helt, ikke stykkevis og delt

MELD DEG PÅ:

www.nsf.no/kurs-og-konferanser/3849295/540896

SETT AV DAGENE!

RADISSON BLU ROYAL HOTEL

2018

30. OG 31. OKTOBER



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 490 000 mennesker i 26 kommuner.

Vi ser etter engasjerte og motiverte medarbeidere som vil være med på å bygge opp en helt ny seksjon ved Psykiatrisk avdeling Blakstad:

Bemanningsteam, Psykiatrisk avdeling Blakstad

Fagansvarlig sykepleier / vernepleier

Referansnr. 3745927055

Stillingen krever høy kompetanse innenfor GAT, utarbeidelse av bemanningsplaner og turnuser, og i tillegg å se sammenheng mellom god bemanningsplanlegging og økonomi.

I en startfase ser vi for oss at fagsykepleier jobber i de ulike seksjonene for å bli godt kjent med driften i avdelingen.

15 sykepleiere / vernepleiere

Referansnr. 3746637225

Vårt personell skal være fast ansatte i bemanningsteamet. Ansatte skal dekke løpende behov i avdelingen fortrinnsvis innen fagområdene akutt og psykose og må forvente å jobbe på flere seksjoner.

Søknadsfrist for alle stillingene: 20. mai 2018

Nærmere informasjon om stillingene fås ved henvendelse til teamleder Bemanningsteam Trude Veum, tlf. 974 24 670 eller seksjonsleder Kari Gotteberg Steen, tlf. 986 75 357.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no



Avdelingsleder

Nevrologisk avdeling

Vi søker etter en engasjert og samlende leder som er opptatt av å videreutvikle fagområdet. Vedkomne er åpen, trygg og forutsigbar. Den riktige kandidaten innehar nødvendig faglig tyngde til å lede en stor avdeling med kompetente fagpersoner fra ulike profesjoner.

Kontaktinfo: Klinikksjef Eva Bjørstad, tlf. 415 11 428

Ref.nr. 3754931727

Søknadsfrist: 06.05.2018

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



frantz.no



Nå kan du **forsikre deg** mot høye tannlegeregninger

- Tannhelseforsikringen dekker alle tannbehandlinger, ned til minste hull med opptil kr 20.000 per år.
- Ung eller gammel, du kan få samme dekning og samme pris helt opp til 70 år.
- Med tannhelseforsikring får du utført riktig behandling til rett tid, uten at det påvirker privatøkonomien.

Som medlem i NSF får du spesialpris på forsikringen, kr 1080 per år. Les mer og kjøp forsikring på www.nsf.no/forsikring

Følg oss på [facebook.com/NSFfordel](https://www.facebook.com/NSFfordel)

www.nsf.no

Forsikringen er levert av Norsk Tannhelseforsikring



Sykepleier fast 100 % stilling

Stillingen innebærer utøvelse av klinisk sykepleie for pasienter med vedtak om institusjonsplass ved somatisk sengepost.

Søknadsfrist 13.05.2018

Sykepleier natt fast 75 % stilling

Stillingen innebærer utøvelse av klinisk sykepleie for alle pasientene som bor ved Marker Bo- og Service Senter og hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. I tillegg rykker nattevaktene ut på trygghetsalmer.

Søknadsfrist 13.05.2018

Marker kommune tilbyr

- En krevende og spennende stilling i et trivelig miljø.
- Engasjerte og faglig dyktige kolleger.
- Forholdsvis lite og oversiktlig sykehjem med tett og god kontakt mellom ledere, ansatte, pasienter og pårørende.
- God pensjonsavtale med KLP.

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Scandinavian Centre of Awareness Training
www.scat.no

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MINDFULNESS TRENING

OSLO, 2018
(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Fredag og lørdag, 31aug. – 1 sept., 28 – 29 sept., 26 – 27 okt.

Mindfulness trening (MT): en selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Vi lærer effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om mindfulness.

For mer informasjon om kurset kontakt:
ajkroese@online.no , tel. 901 51 734 eller www.scat.no



ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

Helseinformatikk – deltidsstudium

Nytt deltidsstudium utviklet av UiB i samarbeid med forsknings- og utviklingsavdelingen i Helse Bergen. Målet med kurset er å gi økt teknologiforståelse, grunnleggende kompetanse om helseinformatikk og gjøre deltakerne i stand til å delta i IKT-relatert utviklingsarbeid.

- Grunnleggende innføring i IKT-styringsprinsipper
- Oppbygging- og organisering av helse-IKT
- Forståelse for funksjonalitetskrav knyttet til IKT
- IKT-sikkerhet

Kurset gir 20 studiepoeng og består av 4 ukesamlinger over en periode på 6 mnd.

Studiestart høsten 2018.

Les mer og søk plass: uib.no/videre

Søknadsfrist:
3. juni 2018



UNIVERSITETET I BERGEN



10%
rabatt frem
til sommeren!

Sommertilbud på stillingsannonser!

Nettannonser

En nettannonse koster nå kun 5.310,- Send oss annonsen din på mail til marked@sykepleien.no så legger vi ut for deg samme dag om den er hos oss før kl 10.00. Er du ikke fornøyd med responsen får du annonsen en gang til helt gratis. Du gir oss beskjed og endrer søknadsfristen. Enklere blir det ikke.

Ønsker du nå ekstra mange er det lurt å annonsere på papir eller på Facebook. Les mer på

www.sykepleien/om-sykepleien eller ring 91 60 38 12.

Sykepleien



NORSK REVMATIKERFORBUND

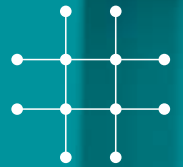
UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

Norsk Revmatikerforbund utlyser midler fra NRF Forskningsfond og Overlege Jan A. Pahles legat.

For info se; www.revmatiker.no/om-nrf/sok-stotte
Søknadsfrist 1. oktober. 2018

☀	SPØ	AFER	È	LOD	SIFTON	A	AFEL	LOD	MAL	GLD	ENG	LUENT	PUNTE	T	CHOP	D	NASO	SPNO	H	
SLIK	M	A	T	F	O	R	G	I	F	T	N	I	N	G	S	K	I	L	D	E
FOR	I	N	T	O	K	S	I	K	A	S	J	O	N	S	R	A	M	M	E	T
ADYTT	L	E	E	T	E	F	S	O	G	O	R	T	A	R	M	R	E			
LEI	T	R	S	N	T	A	T	Ø	R	T	A	N	T	E	M	S				
A	B	C	O	I	I	L	S	D	M	O	R	A	U	R	E	A	L			
TEL	R	A	M	P	K	G	A	R	E	T	S	D	N	B	E	S	T	A		
SAJL	A	S	P	Ø	K	E	G	G	E	N	K	U	S	I	G					
G	N	I	M	E	N	E	S	K	E	R	E	Ø	T	E						
N	T	U	T	N	E	V	N	E	L	S	E	L	L	E	T					

Studier for deg som er sykepleier!



VID

VID tilbyr 20 videreutdanninger, 13 Master grader og 2 PH.D. Og for deg som er sykepleier har vi fremdeles ledige plasser på disse studiene:

Videreutdanning i kreftsykepleie

Sykepleie til pasienter med kreft innenfor og utenfor institusjon

Videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom

Sykepleie til pasienter med akutt og kronisk nyresvikt

Videreutdanning i avansert gerontologi

For helsepersonell som ønsker å bidra til en styrket eldreomsorg

Master i tjenesteutvikling til eldre

For fagfolk som vil bidra til utvikling av helse- og sosiale tjenester til eldre

VID
vitenskapelige
høgskole

Les mer om
våre studier på vid.no

Et eget forsikringskontor gir deg trygghet

Norsk Sykepleierforbund har som et av få forbund et eget forsikringskontor som årlig forhandler forsikring- og lånetilbud, og med 112 000 medlemmer står vi sterkt. Kontoret er bemannet med autoriserte forsikringsrådgivere som arbeider for det beste for medlemmene. **Du tar kontakt på telefon 994 02409.**

Lav pris for medlemmer i NSF, les mer om forsikringen på www.nsf.no/forsikring

Følg oss på facebook.com/NSFfordel
www.nsf.no

Bruk medlemsfordelene dine!





Lyst på en mer attraktiv CV som sykepleier?

Som Dedicare-vikar kan du fylle CVen din med variert erfaring og kompetanse. Samtidig finner du ut hva som er din fremtidige drømmejobb. Dette er bare to av mange grunner til å velge Dedicare, Norges største og mest erfarne vikarbyrå innenfor helsesektoren.

Ta kontakt enten du er sykepleier eller spesialsykepleier, så forteller vi deg mer om god lønn, pensjon, gratis reise og bolig, sommerbonus, samt våre andre fordeler.

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no 

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse

