

Skal disse redde eldreomsorgen?

Velferdsteknologi.

Nye smarte dingser inntar nå hjemmene til mange eldre. Men det går ikke veldig fort. **18**



● **Hva skjer**
Fikk blod i mammas
mage. **30**

● **Sykepleie**
Dårlig søvn med
roterende turnus. **40**

● **Påfyll**
Mistet troen på lege-
middelindustrien. **68**

● **Meninger**
Streik for videre-
komne. **82**

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 energi-
tetthet 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 kompa-

kt 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

RISSKOV BILFERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Halvpensjon
inkludert

Fantastiske
naturopplevelser



Østlandet | Venabygd

Knallpris til Venabu

Venabu Fjellhotell ★★★

Fantastiske naturopplevelser i hyggelige omgivelser på Venabu Fjellhotell.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x middagsbuffé
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 861,-

Fra kun

979,-

Ank. 21/09 - 30/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Inngang til
Spa

Bestselger
i Sverige



Vestkysten | Uddevalla

SPA på Vestkysten

Bohusgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x inngang til Spa
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 469,-

Fra kun

939,-

Ank. 21/09 - 19/12-17 | Sesongtillegg 90 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



BESTSELGER
Unik sparis!

Inkludert
halvpensjon



Østlandet | Rjukan

Nyt fjellheimen

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

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

SPAR OPP TIL 1.171,-

Fra kun

979,-

Ank. 21/09 - 29/06-18 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Book 1 natt
fra 429,-kr

Bestselger i
Danmark



Nordjylland | Dronninglund

Bestselger på Nordjylland

Dronninglund Hotel ★★★

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

SPAR OPP TIL 603,-

Fra kun

679,-

Ank. 21/09 - 19/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Skjærgårdsidyll
og havutsikt

Halvpensjon
inkludert



Østlandet | Langesund

Ferie ved havet

Quality Hotel Skjærgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x hovedretter
- Inngang til Badeparken
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL 955,-

Fra kun

979,-

Ank. 21/09 - 19/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no ➔ 32 82 90 00 ➔

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Code barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,- Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

RISSKOV
BILFERIE



63.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!

facebook.com/Sykepleien

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss du også om du ikke allerede gjør det!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien

WORLD FORUM FOR MEDICINE



13 – 16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica-tradefair.com

Alt fra medisinbransjen på ett sted:

- Elektromedisin / Medisinteknisk utstyr
- Laboratorieutstyr / Diagnostikk
- Fysioterapi / Ortopedisk utstyr
- Forbruksartikler
- Informasjon- og kommunikasjonsteknologi

Bli med når verdens største medisinmesse går av stabelen!

BE PART OF THE NO.1!



Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Andreas Totzauer
Tel. +47 22 12 82 12
totzauer@handelskammer.no
www.handelskammer.no



Innhold



07 | 2017 Sykepleien

Utgivelsesdato: 21. september

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



Hva skjer

- 06** Aksjonisten
- 13** Sykepleieren som ble pasientens vendepunkt
- 14** Nye regler strammer inn tvangsbruk
- 18** Tema: Velferdsteknologi inntar eldreomsorgen
- 30** Mikkel fikk blod i mammas mage
- 36** Var på feltarbeid i Kongo



Positiv til ny tvangslov. **16**



Sykepleie

- 40** Skiftarbeid, søvn og helse
- 44** Tok grep i anatomi, fysiologi og biokjemi
- 49** Min jobb: Tar imot flyktninger
- 50** Intervju: Når det piper i nødtelefonen
- 52** Kjenn tegnene på delirium hos eldre
- 58** Etikkk: Pårørende må tas med på beslutninger
- 60** God erfaring med fleksible studietilbud

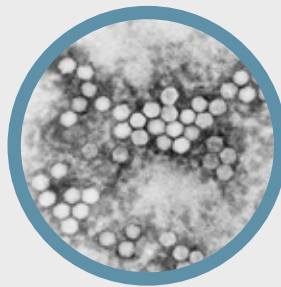


Tar imot flyktninger. **49**



Påfyll

- 66** Smått om bøker
- 67** Liv laga
- 68** Forfatterintervju: Niels Christian Geelmuyden
- 70** Bokanmeldelser
- 71** I bokhylla mi: Cecilie Ann Molvik Markvoll
- 72** Fakta: Polio går i glemmeboken
- 74** Quiz og kryssord



Polioviruset er en grå materie. **72**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By om heltid og regjeringens ansvar
- 77** Marit Leegaard: Hva mener partiene om forskning?
- 78** Kronikk om å bli lyttet til som pasient
- 80** Sigrund Breistig: Velg orda dine med omsorg
- 81** Nils Fagerjord: De usynlige overgrepene
- 82** Tett på Jannicke Rabben
- 87** Stillingsannonser og kunngjøringer



Leder den lengste streiken. **82**

Forsidefoto: Erik M. Sundt, Mostphotos

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

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





Den offisielle fortellingen om hvordan den kommende eldrebølgen skal håndteres, trenger å bli utfordret av helseledere som ser hvilken vei det bærer.

Sviktende premisser i eldreomsorgen



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Fremtidens eldreomsorg skal foregå med et minimum av offentlig finansierte institusjonsplasser. Det synes å være oppløst og vedtatt. Derfor snakker «alle» for tiden om innføring av omsorgsteknologi som et hovedgrep for å møte et økende antall eldre med hjelpebehov.

Stilt overfor stigende kostnader, særlig knyttet til institusjonsplasser, skal teknologien redde oss så vi kommer noenlunde i mål. Den skal fylle gapet mellom politikernes ambisjoner om en verdig eldreomsorg og de tilgjengelige midler. Teknologien skal lette arbeidet på institusjonene, men mye tyder på at det er særlig innen hjemmebasert omsorg at man øyner store gevinster. Håpet er at langt flere enn i dag skal klare seg uten institusjonsplass.

MANGE PILOTER

Innovasjon er et yndet ord når man leser KS sine planer. Men sannheten er at det heller går smått med innmarsjen av nye, smarte hjelpemidler, praktiske overvåkningsdingser og hjelpsomme roboter. Inspirert av departementet og godt smurt av forsøksmidler, er hele landet i gang med såkalte «piloter» der ny teknologi prøves ut.

Men overgangen fra forsøk til ordinær drift, synes å være vanskelig. Det prøves og evalueres over en lav sko, for lyden av innovasjon er politisk korrekt og belønnes med statlige tilskudd. Men foreløpig er det veldig, veldig langt fram. Hva som vil skje hvis den nye teknologien rett og slett ikke klarer å levere, er det ikke så mange som har tenkt på. Jeg er dessverre redd for at det vil få store konsekvenser for dem som trenger institusjonsplasser aller mest.

STAGNERT

For mens ny teknologi støter på betydelige innføringsproblemer hos litt trege kommuner, har utbyggingen av nye sykehjemsplasser stagnert.

Helseledere i tre av ti kommuner tror at det vil bli færre sykehjemsplasser i 2020 enn det var i 2015. Finansminister Jensen lovet i sommerens valgkamp at det nå skal bygges 10 000 nye sykehjemsplasser. Men ser man på utviklingen gjennom de siste 20 årene, og tar med framskrivningen for de neste 20, er det åpenbart at stadig flere skrapelige eldre over 80 år vil

måtte konkurrere om relativt færre heldøgns plasser. Allerede nå rapporterer to av ti kommuner manko på sykehjemsplasser, mens nesten fire av ti melder om et stort etterspørselspress. Og det er før eldrebølgen i hele tatt har begynt.

SVIKTENDE PREMISER

Dette bør bekymre dem som skal planlegge tjenestene i kommunene. Omsorgsforsker Einar Vetvik uttalte nylig at samfunnets bilde av de spreke golfspillende eldre på sydentur dessverre bidrar til å overskygge det store hjelpebehovet mange av de aller eldste og skrapeligste får de siste fem årene av sitt liv. De vil ha behov for døgnkontinuerlig hjelp, les institusjon. Men utbyggingstakten på slike plasser i Norge tyder på at det kun er i livets aller siste fase at de vil få plass. I praksis bare det siste året.

Konsekvensene er dessverre like dystre som konkrete: De eldste blant oss må bare belage seg på å bo hjemme mye lenger enn de har helse til. Et forferdelig perspektiv, spør du meg, og det blir ikke bedre av at hele heimen kommer til å bli full av fallsensorer og GPS i skosålene.

SLITER UT ALLE

Personlig er jeg en teknologi-optimist. Teknologien vil, helt sikkert, hjelpe oss et godt stykke på vei. Maskiner som mater oss, roboter som løfter oss, leker med oss og gir oss omsorg, sykepleiere som kommuniserer med oss via skjerm og datastyrt helsekontroll i heimen - jeg tror alt sammen kan bidra mye til bedre eldreomsorg.

Det vil særlig hjelpe dem av oss som fortsatt kan gå søndagstur i skogen eller dra på ferie til Italia. Men for de skrapeligste og eldste med behov for døgnkontinuerlig omsorg vil et hus fullt av teknologi ikke hjelpe.

Ledere i hjemmesykepleien er trolig de som i dag vet best hva det betyr når eldre som trenger sykehjemsplass, ikke får det. Det sliter ut de eldre selv, de pårørende og hjemmesykepleierne som må kjenne på egen utilstrekkelighet. Dessverre går det langt mellom hver gang jeg hører slike ledere protestere høyløyt når KS hauser opp forventningene til omsorgsteknologien som en unnskyldning for ikke å satse mer på kompetanse og institusjonsbasert omsorg.



Illustrasjon: Marie Rundereim

STØRRE PRESS

Jeg hadde ønsket meg et langt større press fra lederne i eldreomsorgen for å bygge ut antallet heldøgns plasser i norske kommuner. Det være seg rene sykehjemsplasser eller andre former for heldøgnsomsorg.

Paradoksalt nok er vi her på berget i den merkelige situasjonen at antallet eldre over 80 år vil fordoble seg de neste 20 årene – en historisk utvikling! – men at det likevel er blitt politisk ukorrekt å ivre for en tilsvarende drastisk utbygging av offentlig finansierte heldøgns plasser som holder tritt med denne demografiske utviklingen. Det offisielle mantraet om at institusjons plasser er for dyrt, at de fleste eldre egentlig vil ha det best hjemme og at teknologien skal få oss over kneika, trenger imidlertid å bli utfordret.

Flertallet av eldre over 80 år vil kunne få et godt liv utenfor institusjon, men også antallet eldre som burde hatt sykehjemsplass, men som ikke får det, vil øke dramatisk. Det er disse som ansatte i eldreomsorgen nå bør stå opp for.

BILLIG VS. DYRT

Dessverre tviler jeg på at det vil komme et slikt tydelig varsko fra ledere i hjemmesykepleien. Det er i utgangspunktet en gruppe jeg har stor sympati for, fordi de har mye ansvar i en tjeneste med store utfordringer. De leder ofte svære sek-

«Lyden av innovasjon er politisk korrekt og belønnes med statlige tilskudd.»

sjoner med høyt sykefravær blant de ansatte, som likevel forsøker å få endene til å møtes. Men jeg er redd lederne lojalitet til «systemet» oftere er sterkere enn motet til å tørre å stå alene med kritikk mot egen arbeidsgiver. Når alle roper på den billigste løsningen, krever det adskillig mot å offentlig ivre for den dyreste. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Forskningens ABC

Boken gir en lettfattelig innføring i hva forskning handler om.

Dette er et ny og oppdatert utgave av en artikkelsamling av forskning som vi ga til alle studentene som er medlem av NSF i fjor. Denne utgaven sendes til nye sykepleierstudenter sammen med Sykepleien.

“Forskningens ABC” er et verktøy for alle som vil søke, lese, vurdere og bruke forskning. Boken er også nyttig for den som skal skrive oppgaver eller forskningsartikler på høgskole eller universitet.

Alle kan bestille boken på nettsiden til Sykepleien:

Sykepleien.no/forskningens-abc

Sykepleien



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 **08898**, 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.





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 07 | 2017

Nyhet – Reportasje – Tema

TAKKNEMLIGE: Marius, Heidi, Mikkel og Mille utenfor hjemmet i Akershus. Mikkel er i dag en helt frisk gutt. Foto: Erik M. Sundt



Mikkel fikk blod

Svangerskap. Mamma Heidi og Mikkel (bak til v.) hadde ikke samme blodtype. Det kunne kostet ham livet. **30**



Psykiatri. En sykepleier ble pasientens vendepunkt. **13**



– De fortalte at man kan leve positivt med hiv. Sarah Grimaldi, Leger uten grenser. **36**



Tvang. Nye regler styrker pasientenes rettigheter. **14**



TIL HJELP: Det australske sykepleierforbundet åpner for å bruke cannabis terapeutisk i psykiatri- og rusomsorgen. Foto: Mostphotos

Australiere møtes om cannabis

LOVLIG: Det ble lov å dyrke medisinsk cannabis på lisens i oktober i fjor i Australia, noe som har fått det australske sykepleierforbundet **NSW Nurses and Midwives' Association** på banen.

De holdt nylig et møte for sykepleiere som jobber med psykisk helse og rus, hvor målet var å avlive myter rundt medisinsk bruk av cannabis.

Selv om det fremdeles er ulovlig å bruke cannabis medisinsk, med mindre man er med i en godkjent studie, ser forbundet det som sannsynlig at klinikere i psykiatri- og rusomsorgen etter hvert vil møte medisinsk cannabis som en terapeutisk intervensjon hos sine pasienter.

«Selv om hoveddelen av behandling med medisinsk cannabis drei-

er seg om epilepsi, kvalme eller kroniske smerter, er bevisene økende for at det også kan hjelpe til i behandlingen av psykisk helse- og rusproblemer. Tidlige studier tyder på at cannabis kan ha potensial til å behandle posttraumatisk stressyndrom, angst, søvnplager, stemningslidelser og at det kan substituere mer farlige rusmidler,» heter det i en nyhetsmelding fra forbundet.

Hjelppearbeidere blir seksuelt trakassert

67 prosent av kvinnelige hjelppearbeidere har opplevd seksuell trakassering på jobb, viser en spørreundersøkelse. En av ti sier de er blitt voldtatt. Gjerningsmennene er ofte sjefene deres. Kilde: Bistandsaktuelt

Drømmen om et bedre liv



Unge, afrikanske flyktninger løper en enorm risiko for å bli grovt utnyttet underveis. Spesielt farlig er ruten via Libya, viser en fersk UNICEF-rapport. 77 prosent av barn og ungdom som er blitt intervjuet, sier at har blitt utnyttet underveis, sammenlignet med 69 prosent av voksne over 25 år. Kilde: NTB

Skeptiske til diagnoser



Ansatte i skolehelsetjenesten, spesialpedagoger, skolepsykologer og andre som jobber med elevenes helse er lite kritiske til bruk av nevropsykiatriske diagnoser, som for eksempel ADHD, ifølge en studie fra Gøteborgs universitet. Diagnoser får ofte skylda når barn får trøbbel. Når barnet selv blir forklaringen er det lett å glemme miljøet, mener forskere.

Fikk ros på konferanse

30. august ble RØST, brukerkonferansen i rusfeltet, arrangert i Bergen. Der fikk trygghetspakken blest. Den er funnet opp av sykepleierstudenter. Sykepleielektor Ruth Marie Donovan (bildet) kaller det sykepleieinnovasjon, og det er hun



og studentene hennes som har jobbet fram ideen om at det er mer enn rene sprøyter som skal til for å hjelpe folk ut av rusen.

Fakta & tall. Hpv-vaksine

Fra 1. november 2016 fikk kvinner født etter 1991 tilbud om gratis hpv-vaksine. Vaksinen beskytter mot hpv-infeksjon, som kan utvikle seg til kreft. Fra 1. november 2016 til 31. juli 2017 har 72 120 kvinner fått vaksinen.

2

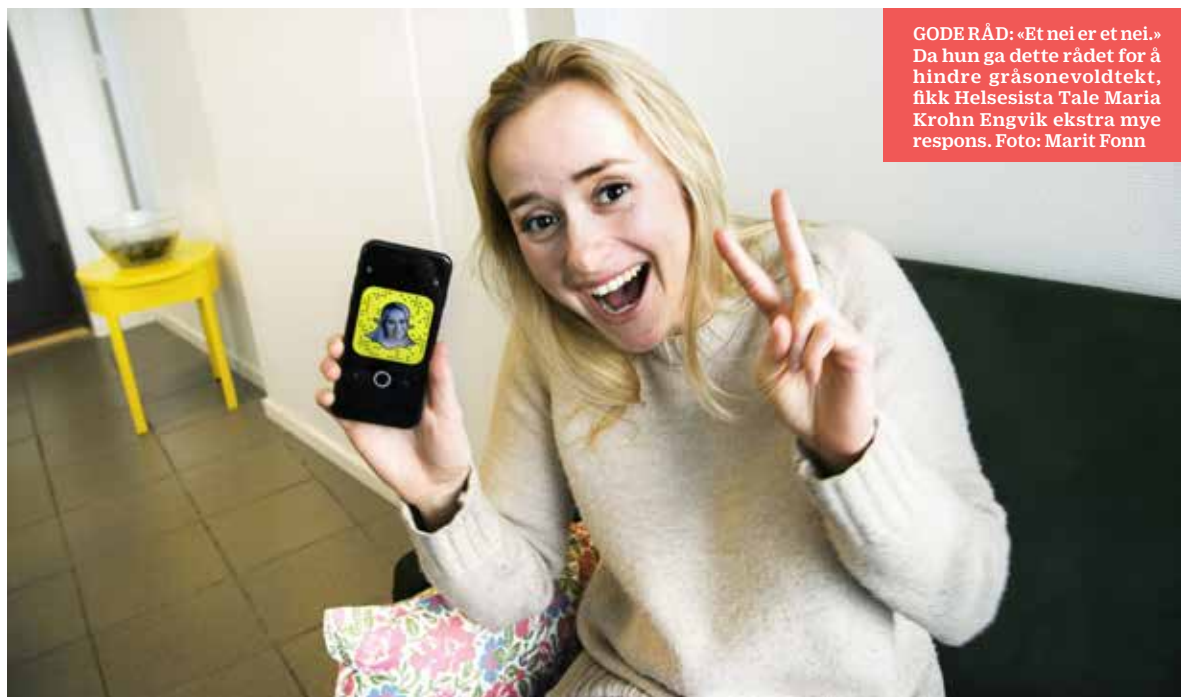
Tilbudet varer i to år, altså i ett år til.

58

Disse kvinnene får hpv-vaksinen Cervarix. Siden 1. november 2016 er det kommet 71 bivirkningsmeldinger for denne vaksinen. 58 av meldingene kom fra helsepersonell og gjaldt bivirkninger av vaksinen gitt til kvinner født etter 1991.

7

Av de 58 meldingene som gjaldt kvinner født etter 1991, er 7 klassifisert som alvorlige.



GODE RÅD: «Et nei er et nei.» Da hun ga dette rådet for å hindre gråsonetekt, fikk Helsesista Tale Maria Krohn Engvik ekstra mye respons. Foto: Marit Fonn

#helsesista fikk pris for snappingen sin

UNGDOMSKONTAKT: Helsesøster Tale Maria Krohn Engvik har fått Redd Barnas rettighetspris for å bruke Snapchat.

Krohn Engvik fikk prisen for å bidra til at barn og unge får innfridd retten til informasjon og beskyttelse.

Engvik er kjent som Helsesista, helsesøsteren som bruker Snapchat for å nå ut til de unge. På den måten når hun også gutter, som ikke alltid flyr

ned dørene hos helsesøster på skolen.

«Ved å ta i bruk nye kanaler når hun ut med viktig informasjon til barn og unge på den plattformen barn og unge er», skriver Redd Barna.

– Hva betyr prisen for deg?

– Spesielt setter jeg pris på at det er barn og unge som har stemt på meg. Redd Barna har reist land og strand rundt og snakket med folk. Det var

35 kandidater, og de som har stemt var enige om det var jeg som skulle få den. Det er en anerkjennelse av at jeg gjør en seriøs jobb på Snapchat som helsesøster.

Hun legger til:

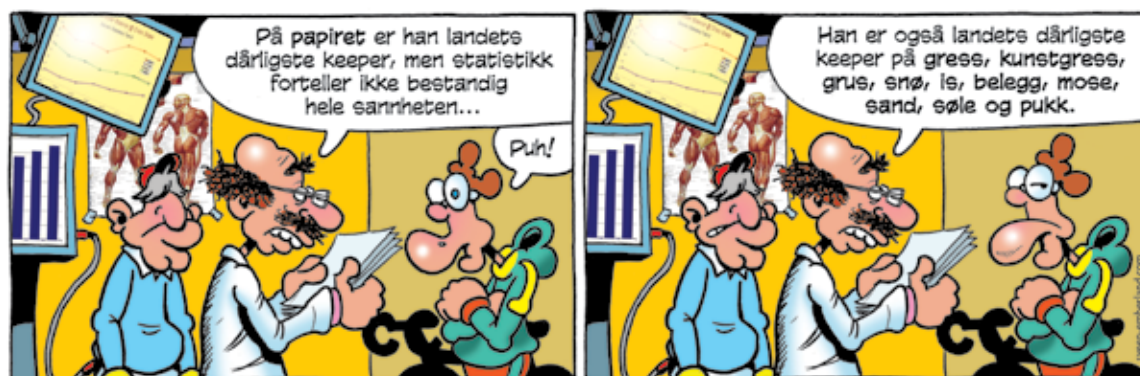
– Det er den fineste komplimenten jeg har fått på jobb noen gang.

Nå har hun permisjon fra jobben som helsesøster for å jobbe enda mer med å nå ungdom via sosiale medier.

Halvparten av utlysninger er deltid

NSF har engasjert Retriever til å overvåke alle utlyste sykepleiestillinger. Tallene viser at fra 1. februar er det lyst ut 6 101 sykepleierstillinger. Nesten halvparten er deltidsstillinger. – Det er overraskende at det er så store forskjeller kommuner imellom. Trondheim kommer på topp, der 75 prosent av stillingene er heltid, mens i Porsgrunn er bare 14 prosent av stillingene som lyses ut heltid, sier Eli Gunhild By.

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Sykepleiere jobbet 90-timers uker ved UNN

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

MARERITT: Ansatte og NSF har meldt Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) til Arbeidstilsynet etter ferieavviklingen.

– Sommeren har vært et mareritt jobbmessig, sier Håkon Moen Stokvold til Nord24.no. Han er intensivsykepleier og jobber ved Medisinsk intensiv- og hjerteoppvåkning og er en av sykepleierne som har hatt flere 90 timers arbeidsuker i sommer.

Også NSF's foretakstillitsvalgt, Mai-Britt Martinsen, har meldt inn sine bekymringer om huller i turnus til Arbeidstilsynet før sommeren, men har ikke fått svar på hvordan tilsynet jobber med saken.

– Da nytter det lite at Arbeidstilsynet sier at de tar bekymringsmeldingene på største alvor, sier Martinsen.

FRIVILLIG TVANG

Håkon Moen Stokvold forteller til sykepleien.no at de ansatte i utgangspunktet ikke frivillig ønsket å dekke opp hullene i turnus, men at ledelsen signaliserte at beordring ville bli tatt i bruk. Da ville de ansatte heller frivillig ta overtid for å kunne planlegge sine dager bedre.

Han forteller at ledelsen ble konfrontert med Arbeidsmiljøloven og at særskilte vilkår skal være til stede for å kunne bruke beordring.

– Det virket ikke som om det hadde noen betydning, sier han.

BRUDD PÅ HVILETID

– Kunne situasjonen vært unngått?

– Fra ledelsen ble det signalisert at å bruke vikarbyråer var uaktuelt og ikke lov i perioden før sommeren. Da det ble åpnet for likevel

å bruke vikarbyråer, var det nesten ikke vikarer å oppdrive, sier han.

Det ble også forsøkt å forhandle frem et stimuleringsstiltak på sen vinteren og i løpet av våren som ble fjernet for ett par år tilbake, uten suksess.

Foretakstillitsvalgt Mai-Britt Martinsen synes situasjonen er vanskelig.

– Vi i NSF ønsker ikke å «piske» den enkelte ansatte, men systemet. Det er uten tvil gjort mange brudd på Arbeidsmiljøloven denne sommeren, men jeg har fått informasjon om få avvik.

En grunn til få meldte avvik, tror hun kan skyldes at mange har påtatt seg ekstra jobbing med god kompensasjon.

GLADE FOR INNSATSEN

UNNs stabssjef Gøril Bertheussen er forelagt påstandene om 90 timers arbeidsuker og varsling til Arbeidstilsynet av Nord24.no. Dette svarer hun i en e-post til avisen:

– Vi er svært glad for at de ansatte har stilt opp i sommer og sikret driften av viktige tjenester slik at vi har kunnet dekke pasientenes behov. Ledelsen er blitt informert av tillitsvalgte om at det er varslet til Arbeidstilsynet. Generelt ønsker vi at ansatte i størst mulig grad skal jobbe normale arbeidsuker. Men det har vært en krevende situasjon i sommer fordi det er mange ledige stillinger for spesialsykepleiere. Til tross for at det ble forsøkt å finne kvalifiserte vikarer har vi ikke lyktes å dekke opp alle vaktene uten bruk av ekstravakter og overtid, samt at ansatte har utsatt ferien sin til senere på året. På litt lenger sikt jobber vi med tiltak for å unngå at sommeren skal bli så krevende å gjennomføre. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

De kjente og kjære.....



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



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



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

De ukjente og fremtidens kjære.....



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



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

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

ditt naturlige valg
NATUR
import

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



Lone Viste Fagerland var direkte og tydelig.
Slik ble den redde pasienten trygg på henne.

Sykepleieren som ble pasientens vendepunkt

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

Hvordan har det vært å fortelle historien?

– Veldig givende. Jeg opplever jeg formidler håp til både pasienter og faggruppen.

Hvor mye har dere reist?

– En god del. Vi har vært i USA, Belgia og England, og mye i Norge.

Er det tilfeldig at det var du som reddet Silje?

– Silje Marie mener nei, at det var akkurat meg var avgjørende. Jeg mener det kunne vært andre enn meg. Mange faktorer spilte inn, mange personer medvirket til utfallet.

Som hva?

– Vi var en god match, men jeg bygget på erfaringene hun hadde gjort seg i relasjoner til annet helsepersonell. Tiden var inne. Det er sånn man jobber i lange, bærende relasjoner. Men jeg tror jeg har egenskaper som hun trengte fordi hun var så utrygg.

Hvilke?

– Jeg var direkte med henne. Hun slapp å lure på om jeg mente noe annet enn det jeg sa.

Hvor personlig kan relasjonen være?

– Vi kan være personlige, men ikke private. Det inngår i det å være profesjonell. Du må dele av deg selv. Men det er et skarpt skille til det private. Vi skal kunne dele personlige erfaringer, men oppmerksomheten skal ikke være på hva som er bra for meg. Pasientene skal oppleve at de blir sett av et annet menneske, ikke bare en fagperson.

Hvor fysisk kan man være?

– Det lett å trå feil, det viser jo historien med både

tvang og overgrep. Vi skal ikke invadere eller være intim. Men arm på en skulder eller en klem er innafor. Det avhenger av den enkelte pasient – og relasjonen.

Har det skjedd en holdningsendring?

– Ja, vi er mye mer bevisst på å bruke det personlige i den terapeutiske tilnærmingen. Det er i tiden å vektlegge relasjoner.

Om tvang skal helst unngås?

– Jeg jobber selv med terapeutisk mestring av aggresjon. Men for å kunne ha et helsevesen som skal redde de svakeste, er vi nødt til å bruke tvang. Er

Fakta

Aktuell som

Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Alder: 45 år

Bakgrunn: Lone Viste Fagerland jobber i Helse Stavanger, nå på klinikk psykisk helsevern for voksne.

Tidligere pasient Silje Marie Strandberg hadde en alvorlig schizofrenidiagnose og trodde aldri hun skulle bli frisk. Hun ville bare dø. Hun mener det var sykepleier Lone Viste Fagerland (bildet) som reddet livet hennes. Historien om vendepunktet har de fortalt på mange konferanser og på film. Silje Marie mener at Lone var den ene som så henne, og som aldri ga henne opp. Historien har blitt aktualisert igjen med Silje Maries dokumentarfilm «Lykkepillen».

den på rett tid og på rett måte, kan den være livreddende. Jeg tror ikke på et helsevesen med O-visjon om tvang, for da vil mange forgå.

Glad for lovendringen om mindre tvang og mer selvbestemmelse?

– Vanskelig å uttale seg, for den er så ny. Men jeg ser at det kan bli vanskelig å vurdere samtykkekompetansen.

Hva er ditt viktigste grep i terapien?

– Å holde ut, være der over tid. Å trygge. Pasienter er ofte veldig, veldig redde. Men jeg vil også ansvarliggjøre, så tidlig som mulig. Man må ha is i magen, noen sjanser må man faktisk ta, så man ikke beskytte dem i hjel. Jeg kommuniserte til Silje Marie så hun forsto.

Hvordan da?

– Hun var ung og institusjonalisert. Kognitivt svekket. Jeg brukte enkle ord og begreper. Snakket langsomt. Hun måtte kunne stole på meg over tid, jeg kom når jeg hadde sagt jeg skulle komme.

Er det personell nok til slike relasjoner?

– Nei. Og det stilles stadig mer krav til kortere behandlingstid og effektive pakkeforløp. Det stiller jeg meg undrende til. For hvor lang tid tar det å bli frisk av en depresjon?

Tenkte du at Silje Marie skulle bli frisk da du traff henne?

– Det er alltid håp. Men man kan aldri vite. ●

marit.fonn@sykepleien.no

(En lengre versjon fins på sykepleien.no)





De nye reglene gir pasienter i psykisk helsevern sterkere rettsvern.

Nye regler strammer inn tvangsbruk

● Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

1 september trådte en rekke endringer i psykisk helsevernloven i kraft.

– Den største endringen er at samtykkekompetente pasienter med psykiske lidelser nå får sterkere rettsvern mot bruk av tvang, sier Aslak Syse, professor dr. juris ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo.

Syse hilser lovendringene velkommen, og mener det nå blir større samsvar mellom menneskerettigheter og psykisk helsevernloven.

– Endringene styrker retten til å ta valg som angår egen psykisk helse. Også det behandlere vil mene er dårlige valg.

SKJERPEDE KRAV

Fra månedsskiftet har altså pasienter med samtykkekompetanse rett til å nekte både tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon og tvangsbehandling. Pasienten må ikke være til fare for eget liv eller andres liv og helse.

Det er forventet at endringene vil få stor betydning for den gruppen pasienter som har hatt effekt av behandling, for eksempel ved tvangsmedisinering med antipsykotika, og gjennom den fått tilbake samtykkekompetansen.

Disse pasientene kan nå avslutte behandlingen dersom de ønsker det. Også om det innebærer at de kan bli raskere forverret igjen.

I tillegg vil det bli skjerpede krav til begrunnelse av vedtak om tvungen observasjon, tvungent vern og tvungen behandling.

«Her vil det nok være noen innkjøringsproblemer.»

Aslak Syse

Pasienten får også rett til å uttale seg før det fattes vedtak om ulike tvangsinngrep som skjerming, urinprøver, ransaking og så videre. I tillegg skal slike tvangsinngrep evalueres sammen med pasienten etterpå, og pasientens synspunkter skal nedtegnes i journalen.

FRIST PÅ 24 TIMER

Videre får faglig ansvarlig plikt til å rådføre seg med annet helsepersonell før vedtak om bruk av tvang.

Ved klage på tvangsmedisinering og tvangsvern, har pasienten rett til inntil fem timer fritt rettsråd.

Det er også et krav om at vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern fattes innenfor en frist på 24 timer. I vedtaket skal det opplyses om:

- hvordan vilkårene for vedtaket er vurdert
- om vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern

- hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet er vurdert, også forventet behandlingsmessig effekt og risiko for varig skade av tvangsinngrepet

- pasientens holdning til og erfaring med bruk av tvang
 - pasientens syn på frivillige tiltak
- Det er ikke gjort unntak for helger eller helligdager for å gjøre denne vurderingen innen fristen.

UTFORDRENDE SAMTYKKEVURDERING

– *Hvilke situasjoner tror du kan bli vanskelige for helsepersonell å vurdere med disse endringene?*

– Jeg tror det vil være utfordringer rundt det med å vurdere samtykkekompetanse, sier Aslak Syse.

– Det å avgjøre om folks samtykkekompetanse er til stede når den er varierende både gjennom døgnet, og fra en dag til en annen, er faglig sett vanskelig.

– Her vil det nok være noen innkjøringsproblemer for helsepersonell tar innover seg folks rett til å foreta dårlige valg i kraft av at de har tilstrekkelig oppfattelse av situasjonen og hva de eventuelt velger seg bort fra, og hva de eventuelt velger seg til, sier Syse.

PARALLELL TIL SOMATIKK

På et seminar om endringene i psykisk helsevernloven, arrangert av Faglig forum for helse- og

Fakta ●●●●

Tvang og samtykke

Fra 1. september 2017 må pasienten mangle samtykkekompetanse for å kunne underlegges tvungen observasjon (paragraf 3-2), tvungent psykisk helsevern (paragraf 3-3), og behandling uten eget samtykke (paragraf 4-4). Vilkåret gjelder ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse.

Vær oppmerksom på at det ikke er gjort unntak for egen helse.

Reglene om når samtykkekompetanse bortfaller, finnes i pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 4-3 andre ledd:

«Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis derom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.»

MER VALGFRIHET: Pasienter med samtykkekompetanse skal i større grad kunne bestemme selv, med endringene i psykisk helsevernloven. Foto: Scanpix



sosialtjenesten, trakk Syse en parallell til somatikken:

– En kirurg kan ikke tvinge en kreftpasient til behandling, selv om denne behandlingen vil øke sannsynligheten for at pasienten overlever. Og selv om pasienten nekter én type behandling, betyr det ikke at pasienten mister retten til annen type behandling, sa Syse til helsepersonell som hadde møtt opp for å få informasjon om lovendringen.

– Det er verdt å merke seg hva formålet med denne endringen i psykisk helsevernloven er. Det er ikke å gi pasienten den beste behandlingen som er mulig. Formålet er å forebygge og redusere bruken av tvang. Pasientens autonomi

vil altså kunne trumfe den faglige vurderingen dersom pasient og behandler er uenige om tvangsbruk.

Syse viser blant annet til høyesterettsdommene i den såkalte huleboerdommen og sårstelldommen, som slår fast det samme prinsippet om pasientens rett til å nekte å ta imot behandling, selv om denne retten må avveies mot hensynet til medpasienter og ansatte i helse- og omsorgssektoren.

– **HOLDNINGSENDRING**

Syse mener det kan komme noen nye utfordringer når lovendringene settes ut i praksis:

– Dersom det ikke skjer en endring i holdningene til hvem som

tvangsinnlegges fra faglig ansvarlig sin side, kan det komme noen vridninger, sier han.

– Hvis man snur på det og tar utgangspunkt i hva man kan gjøre for å holde folk «inne» med tvang, vil dette nå lettere kunne skje ved å ta

han, og peker på at det vil være vanskelig å følge dette empirisk, ettersom det ikke er målt på tilsvarende måte tidligere.

– Det vil også være spennende å følge de såkalte TUD-pasienten. (TUD = Tvang uten døgn). Her

«Formålet er å forebygge og redusere bruken av tvang.»

fra folk samtykkekompetansen. Et resultat kan bli at flere kan oppfattes å mangle samtykkekompetanse. Det vil «føre pasienten ut» av de nye reglene, sier han.

– Flere kan også bli vurdert til å falle innenfor «farevilkåret», sier

er kanskje det største potensial for pasienter å kunne skrive seg ut fra tvangsvern, for derved å unngå tvangsmedisinering. Dette kan føre til flere bekymrede pårørende, tror Syse. ●

aknbh@sykepleien.no



– Må følge med på hvilken retning tvangsbruken tar

POSITIV: Espen Gade Rolland, nestleder i faggruppen NSF-SPoR mener det er flott med en dreining som styrker pasientens selvbestemmelsesrett i psykisk helsevern.

– Prinsipielt er jeg enig i at samtykkekompetansen, ikke diagnosen, skal avgjøre om en pasient skal underlegges tvang i psykisk helsevern, sier Espen Gade Rolland, nestleder i NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, om lovendringen som trådte i kraft fra 1. september.

ETTERSPURT EVALUERING

– Det er bra at tvangstiltak skal evalueres grundig i etterkant, dette har vi tidligere etterspurt, så det er flott at dette nå kommer i loven. Han påpeker at sykepleiernes ansvar og funksjon her er viktige forutsetninger.

– Men det gjenstår å se hvilke følger lovendringene får i praksis både for pasienter, pårørende og sykepleiere, sier han.

NOEN VIL LIDE

Rolland mener det er noen områder hvor det vil være viktig å følge med på hvilken retning utviklingen tar med denne lovendringen:

– Man kan anta at flere mennesker med alvorlige psykoser vil gå uten å bli tilstrekkelig ivaretatt av helsevesenet. Det må vi som samfunn ta høyde for. Spesielt pårørende og primærhelsetjenesten tilleg-

LIGGETIDEN ØKES?

– I tillegg vil sykepleiere og annet helsepersonell i større grad måtte behandle alvorlig syke mennesker over lengre tid, ettersom observasjonstiden før tvangsvedtak kan iverksettes utvides fra 3 til 5 dager.

Han mener dette kan føre til at det blir mer bruk av tvangsmidler og skjerming i observasjonsperioden, og at liggetiden ved avdelingene kanskje økes.

– Det kan også tenkes at det blir mer bruk av korttidsvirkende legemidler for å roe pasienten, gitt med tvang og begrunnet i nødrett. Her bør bemanning og rett spesialkompetanse være en viktig faktor for å gi best mulig behandling, sier Gade Rolland.

STYRKET KRAV TIL DOKUMENTASJON

Torill Johansen er spesialsykepleier og jobber som assisterende seksjonsleder ved psykiatrisk akuttmottak i Helse Bergen.

På Johansens arbeidsplass har de diskutert lovendringene, og Johansen opplever at de er forberedt.

Ved mottaket gir de akutt psykiatrisk hjelp til personer over 18 år. Tilbudet består av akutt allmennpsykiatrisk vurdering, diagnostisering, behandling og pleie i 1 til 5 dager.

De tar imot både pasienter som frivillig ønsker behandling, og pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern.



FAGGRUPPELEDER: Espen Gade Rolland er stort sett positiv til endringene i psykisk helsevernloven, men mener det blir viktig å følge med på hvordan endringene vil slå ut i praksis. Foto: Marit Fonn

– Men kravet til dokumentasjon er også styrket, og det har sykepleiere ansvar for. Så vi må være enda mer nøye på å begrunne hva vi gjør og hvorfor, når det gjelder tvangsbruk.

– UHELDIG MED BRÅSEPONERING

Johansen mener det er åpent hvordan endringene vil slå ut for pasienter som har varierende samtykkekompetanse.

– Vi vet for eksempel at det er

uheldig å bråseponere psykofarmaka. Det kan potensielt bli et problem om pasienter går av og på medisiner som er ment å seponeres gradvis. Det kan føre til at pasienter raskt blir mye dårligere. De kan for eksempel risikere å bryte behandlingsrelasjoner og handle uhensiktsmessig i forhold til hva de ville gjort ellers. Her på akuttmottaket vil vi kanskje få hyppigere innleggelses, sier Johansen. ●

aknbh@sykepleien.no

«Vi må være enda mer nøye på å begrunne hva vi gjør og hvorfor når det gjelder tvangsbruk.»

Torill Johansen, spesialsykepleier

ges sannsynligvis ansvar for flere av disse pasientene. Spørsmålet er om de er forberedt og har kapasitet til dette?

– De største endringene vil være for faglig ansvarlig, som i større grad må vurdere samtykkekompetansen hos den enkelte pasient.



Ulovlig organhandel øker

● Tekst **Eivor Hofstad**

PLIKT TIL Å VARSLE: – Meldeplikten bør gå foran taushetsplikten dersom helsepersonell mistenker at pasienten har fått utført ulovlig organtransplantasjon, mener politiadvokat Rudolf Christoffersen fra politidistrikt Vest, hvor han jobber med menneskehandel.

– Omfanget av ulovlig organhandel er økende, påpeker han.

– Barn og desperate mennesker på flukt selger sine organer på det illegale markedet. Noen gjør det frivillig, mens andre blir utsatt for vold og tvang eller blir drept.

Christoffersen er også utdannet sykepleier og representerer Norge i det internasjonale ekspertpanelet i Europarådet mot menneskehandel, GRETA.

– Kjøperne av organer er ofte pengesterke mennesker fra Europa som reiser til fattige land i Asia uten å stille spørsmål om hvor organene kommer fra. Oppstår det komplikasjoner ved retur til Norge, blir kjøperne beskyttet av norsk helselovgivning, hevder han.

I Norge har nemlig ikke helsepersonell adgang til å varsle politiet

om de mistenker at en pasient har foretatt en ulovlig organtransplantasjon i utlandet.

– Andre land i Europa har innført en slik meldeplikt, for eksempel Slovenia, påpeker Christoffersen.

Helsedepartementet ønsker ikke å innføre en slik meldeplikt nå.

– Hvis vi innfører en slik varslingsplikt, kan det føre til at alvorlig syke mennesker ikke tør å søke hjelp. Taushetsplikten er grunnleggende for tilliten mellom pasient og helsetjeneste. Vi har derfor ingen planer om å foreslå innskrenkninger i

taushetsplikten på dette området, sier statssekretær Frode G. Hestnes i Helse- og omsorgsdepartementet, på vegne av helseminister Bent Høie. ●
eivor.hofstad@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Les mer om hvor organene kommer fra og om hvordan det jobbes internasjonalt.



EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«**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 foldesjermer 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



Tema.
Velferds-
teknologi.

– Der har du den, ja.
Det var en raring. **20**

Ber kommunene om
å komme i gang. **25**

Hva er det egentlig,
og hva brukes
det til? **26**

Dingssene inn



tar hjemmene

Tekst Ingvald Bergsagel • Foto Erik M. Sundt



Noen ganger oppfører de seg ikke som de skal. Likevel er dingsene som dukker opp i hjemmene hos de eldre noe Værnesregionen satser videre på.

– Der har du den, ja. Det var en raring

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Therese Alice Sanne**



Ved kjøkkenbordet på et småbruk en snau mil øst for Selbu sentrum, sitter Berit Rolseth (76) og mannen Bardo (83).

– Der har du den igjen, ja. Det var en raring, sier Bardo, og løfter opp en rund, liten plastboks med oransje knapp og digitalt display.

Det er noen uker siden han og kona så den sist.

– Veldig snedig, den der.

TIDLIG UTE

Boksen er et håndfast eksempel det mye omtalte fenomenet «velferdsteknologi».

Fem trøndelagskommuner i Værnesregionen – Selbu, Tydal, Frosta, Meråker og Stjørdal – var tidlig ute med å satse målrettet på den slags.

De var med da Nasjonal velferdsteknologiprogram i 2013 ga tilskudd til prøveprosjekter i totalt 34 norske kommuner. Da var det allerede gått et par år siden trønderne innså at noe måtte gjøres.

– NOU-rapporten «Innovasjon i omsorg» fra 2011 var en vekker, forteller Solrunn Hårstad.

De siste fem årene har hun hatt ansvaret for å koordinere det meste som har med velferdsteknologi å gjøre i regionen.

NOU-en malte et utfordrende bilde av fremtiden. Den fortalte om hvordan det stadig vil bli flere eldre. Om nye, krevende oppgaver i kommunehelsetjenesten. Om personalmangel og teknologiens potensial.

TREDJE SOMMER MED VIKARER

– Våre brukere blir stadig flere og de blir sykere. Her omkring har vi dessuten urovekkende få søkere til helse- og omsorgsykker. Det betyr at vi er nødt til å utvikle tjenestene, forklarer Hårstad.

De første skvulpene fra eldrebølgen merkes allerede. Denne sommeren var den tredje Selbu kommune har måttet leie inn arbeidskraft fra vikarbyråer til pleie- og omsorgstjenester. Teknologivante brukere forventer også mer.

– Det er litt kleint å være den kommunen som må svare at «nei, Skype og Facetime, det bruker ikke vi», når noen etterspør slikt.

PIPING OG ALARM

I kårboligen hos Bardo og Berit er det god fyr på peisen, selv om mai nærmer seg slutten.

Her har ekteparet velkjent utsikt, vaser med sjøplukkete blomster, furupanel fylt av familiefoto og mange minner. Her har de et hjem.

Men for noen måneder siden trengte Berit å bo litt et annet sted, på sykehjemmet inne i Selbu sentrum.

«Det har blitt mye prøving og feiling.»

Solrunn Hårstad,
koordinator

Fakta

4 råd

Solrunn Hårstad og Nina Kjøsnes i Værnesregionen har følgende råd til kommuner som ønsker å satse på velferdsteknologi:

- Ta alltid utgangspunkt i egne brukeres behov
- Begynn smått – tenk stort
- Start med teknologi dere vet fungerer
- Samarbeid med andre kommuner

Det holdt med et korttidsopphold, men i tiden som fulgte, var det viktig at hun fikk i seg medisiner til rett tid. Den snedige boksen – en medisindispenser av merket Pilly – spyttet da ut foreskrevne piller to ganger daglig.

TRENGTE IKKE HJEMMESYKEPLEIE

Glemte Berit å ta medisinen, begynte boksen å pipe. Om hun fortsatt ikke forsynte seg, gikk alarmen hos hjemmesykepleien.

– Bare det å komme på noe slikt, sier Bardo, som hjalp kona med den praktiske håndteringen av den fremmedartete duppeditten.

Berit var redusert, men noe behov for hjemmesykepleie syntes hun selv ikke at hun hadde.

Uten dispenser ville nok likevel noen fra kommunen ha måttet ta turen ut til småbruket



DINGS: En medisindispenser av typen Pilly hadde både sine fordeler og ulemper, mener Berit (76) og Bardo Rolseth (83).

hver morgen og kveld.

– Det hadde jo ikke vært noe problem om hjemmesykepleien kom, men det var en fin ordning med den boksen, sier Bardo.

SENSITIVE BOLIGER

Det er gått fire år siden daværende helseminister Jonas Gahr Støre og næringsminister Trond Giske kom på besøk til Selbu for å riste hender og skryte.

– På nytt står trønderne fremst for å finne nye løsninger, sa Støre til lokalavisa Stjørdals-Nytt.

Den gangen var det prosjektet «Bo lenger hjemme», et samarbeid mellom Værnesregionen, Te-lenor og Visma, som ble presentert.

Dette var nyskapende velferdsteknologi integrert med elektronisk pasientjournal. Dør-, bevegelse-, fall- og temperatursensorer montert i omsorgsboliger sendte varsler til pleiepersonell og registrerte automatisk uregelmessigheter i journalen.

«Det hadde jo ikke vært noe problem om hjemmesykepleien kom, men det var en fin ordning med den boksen.»

Bardo Rolseth om medisindispenseren Pilly

ELEKTRIKER STØRE

Forventningene til nyvinningen var store, men man oppdaget raskt at pasientjournaler ble fylt opp av irrelevant informasjon – av nattlige toalettbesøk og falske fallalarmer.

– Vi skjønte at vi måtte sile informasjonen bedre. Ikke alt som skjer er journalverdig, sier koordinator Solrunn Hårstad.

Da Støre og følget hadde dratt, skal for øvrig den eldre kvinnen som fikk ham på besøk, ha lurt på hva i alle dager det var den velkledd elektrikeren hadde bedrevet hjemme hos henne.

BRUKERE I SENTRUM

Med alt som finnes av futuristiske roboter, avanserte sensorer og smarte duppeditter er det fort gjort å la seg forføre av velferdsteknologiens muligheter.

Hårstad understreker at sluttbrukernes behov, ønsker og evner hele tiden må komme først. For mange kan ny teknologi virke utfordrende og skremmende. Tillit, mestring og vurdering av samtykke er viktige stikkord.

En eldre selbygg fikk tilbud om medisindispenser, men takket nei. Han synes det var mye hyggeligere om





→ hjemmesykepleien kom.
– Dersom velferdsteknologi fører til at hjemmetjenesten tar færre turer ut til brukerne, kan det åpne seg andre behov. For eksempel for besøkstjenester, påpeker Hårstad.

PILOTTRETTET

«- Jeg begynner å bli lei alle pilotene» lød tittelen på en artikkel i Dagens Næringsliv 6. juni i år.

Denne gangen var det en annen helse- og omsorgsminister, den nåværende, som fremsatte hjertesukket under en helseteknologikonferanse i Stavanger.

Bent Høie viste der blant annet til et pilotprosjekt for avstandsoppfølging av personer med kols. Løsningen skulle ikke bare ha gitt dokumentert bedre helse og mer mestringfølelse for pasientene, men også redusert behovet for personell.

– Det å bruke denne type teknologi er ikke pilot lenger, fordi en har nå så mange prosjekter som er testet og har gitt resultater, at jeg håper det blir den nye normalen, sa Høie til avisen.

KLARE ANBEFALINGER

Det har vært mange velferdsteknologiske prøve- og pilotprosjekter rundt om i Kommune-Norge. Steget over i varig, bred implementering kan ofte være tungt. Da må noen våge å velge; si at «nå vet vi nok» og «dette går vi for».

Nasjonalt velferdsteknologiprogram – som favner alle aktivitetene Helsedirektoratet og kommunesektoren (KS) har på feltet – forsøker å vise vei.

Blant annet har de utviklet nettsiden samveis.no, et såkalt veikart for tjenesteinnovasjon, som skal hjelpe kommuner i gang.

Gjennom to gevinstrealiseringsrapporter har de dessuten gitt eksplisitte anbefalinger om seks konkrete typer velferdsteknologi de mener bør prioriteres (se egen faktaboks). Kommunene rådes nå til å vurdere disse, før de eventuelt setter i gang egne piloter med andre produkter.

PRØVING OG FEILING

Værnesregionen startet opp før nevnte anbefalinger og veikartet var på plass. De har derfor måttet trække opp stier i relativt ukjent terreng, og spørsmålene underveis har vært mange:

Hvilke behov har brukerne i de ulike kommunene – nå og i overskuelig fremtid? Hvilke

Fakta

En defenisjon

«Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren.»

Kilde: Direktoratet for e-helse

Fakta

6 anbefalinger

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har gjennom sine to gevinstrealiseringsrapporter gitt seks konkrete anbefalinger for teknologi de mener norske kommuner bør prioritere:

- Varslings- og lokaliseringsteknologi
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Elektroniske dørlåser
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingsystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

produkter finnes på markedet? Fungerer de? Hva med pasientsikkerhet og personvern? Har vi kompetansen? Har vi råd? Har vi råd til å la være?

– Det har blitt mye prøving og feiling, og det med knappe ressurser, innrømmer Hårstad.

FALSKE ALARMER

Tid og penger har gått med til testing av produkter som ikke holder mål.

Ennå har de ikke funnet en fallsensor de er tilfreds med. Én variant reagerte ikke hvis brukeren skled langsomt ut av sengen, men ble kun utløst ved brått og hardt trykk. En annen forventet at den som falt, ble liggende musestille etterpå.

Dørsensorer har gitt mye falske alarmer. Systemer snakker dårlig sammen. Omsorgsboligene har i dag én sensor på utsiden og én på innsiden



PÅ FARTEN: Sykepleier Mariann Røset i hjemmetjenesten i Selbu tror hun kjører like mye som før.

av døra, siden det er ulike avdelinger som skal motta varsling på dag- og nattetid.

Dårlig mobildekning kan dessuten være utfordrende i utkantstrøk. En kar med kognitiv svikt, som hadde det med å gå ut om natten, måtte inn på langtids plass på grunn av det.

KREVENDE Å VÆRE PILOT

– Det er krevende å være pilot, medgir Kristin Flakne Østbyhang, som er tjenesteleder for hjemmetjenesten i Selbu kommune.

Utvalgte utdrag fra velferdsteknologiens historie:

1655

Tyske Stephan Farffler konstruerer den første rullestolen brukeren kan drive fremover selv

1824

Louis Braille utvikler blindeskriften

1879

En amerikansk lege stiller diagnose over telefon ved å lytte til et spedbarns hoste

1898

Akouphone – verdens første elektroniske høreapparat, blir funnet opp



– Mye har ikke fungert slik vi ønsket fra starten av. Likevel er hun ikke i tvil om at de må fortsette satsingen.

– Vi ser det tydelig i regnestykkene at dette gir besparelser. Spesielt dette med digitalt nattilsyn. Når folk får sove i fred, gir det både en kvalitetsgevinst og reduserer presset på nattevakten.

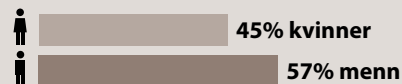
TO FREM OG ETT TILBAKE

– Vi har gått to steg frem og ett tilbake i mange sammenhenger, innrømmer Hårstad.

«**Har arbeids-
hverdagen min blitt
lettere? Jeg er usikker.
Den har i alle fall blitt
mye mer spennende.»**

Mariann Røseth,
sykepleier i Selbu

Fakta



Troen på teknologien

57 prosent av norske menn og 45 prosent av kvinnene er helt eller delvis enige at «ny teknologi kan utsette eldres behov for hjelp fra helsepersonell». Dette ifølge en undersøkelse gjennomført av Norstat på oppdrag fra Evondos.

– I 2013, etter halvannet år med prøveprosjekter, hadde vi likevel lært såpass at vi kunne komme oss et steg videre – mot mer permanente løsninger.

I de fem kommunene ble det derfor frikjøpt deler av stillinger, slik at alle fikk hver sin såkalte superbruker. Fire av fem er sykepleiere.

– Men det er fort gjort at utviklingen stanser opp når man går inn i en driftsfase. Derfor ble også min stilling som koordinator for hele regionen opprettet, forteller Hårstad.

STOLT

Den midtnorske satsingen har blitt lagt merke til, og ikke bare av avgåtte helseministre.

– Man blir jo litt stolt når vår region trekkes fram i undervisningen på høyskolen, sier Nina Kjørnes.

Sykepleieren jobber som systemansvarlig for journalsystemet og er også Selbus superbruker av velferdsteknologi.

Tre superbrukere – deriblant Kjørnes – tar for tiden videreutdanning i velferdsteknologi ved Høgskolen i Oslo og Akershus, der altså de selv brukes som eksempel til inspirasjon.

– Vi har merket at brukerne nå kommer raskere hjem fra sykehus og det er mer med dem. Det holder ikke bare å satse på teknologi. Det er også viktig med god og oppdatert kompetanse innen for eksempel kreftsykepleie, geriatri og palliasjon, understreker Kjørnes.

MER FAGLIGE UTFORDRINGER

Fra utsiktspunktet på Åsbaret rett

1917

Emile Schlick tar patent på krykke med håndtak og underarmsstøtte

1966

Gilman Tanguay William søker patent på en mekanisk pilledispenser

1969

Det første videoovervåkingssystemet for hjemmebruk patenteres i USA av Marie Van Brittan Brown

1978

Den første GPS-satellitten skytes opp



utenfor sentrum kan man se over Selbusjøen til Selbustrand. For tiden må hjemmetjenesten ut dit minst to ganger daglig.

Sykepleier Mariann Røset skuer utover det som har vært arbeidsplassen hennes de siste tolv årene. Hun merker godt at det er nye tider.

– Har arbeidshverdagen min blitt lettere? Jeg er usikker. Den har i alle fall blitt mye mer spennende.

– Vi har større faglige utfordringer i dag. Brukerne har sammensatte diagnoser. De er dårligere og arbeidet er blitt mer teknisk krevende.

BARNESYKDOMMER

Utfordringene er møtt gjennom både å styrke de ansattes kompetanse og innføring av velferdsteknologi. Røset har kjent teknologiens barne-sykdommer på kroppen.

– De tekniske løsningene bidrar til trygghet – for både brukere og oss – men totalt sett har det neppe blitt mindre bilkjøring. Det blir mange unødige stopp og utrykninger. Brukere har for eksempel gløttet ut på tunet, og så har alarmen gått.

Samtidig ser Røset at flere ville havnet på langtidsplass uten digitalt tilsyn og andre nyvinninger

for hjemmet. Dermed sparer kommunen totalt sett.

– Vi har en bruker som fikk GPS-såle i skoen. Det var en stor suksess, fordi han da kunne bo hjemme og samtidig følte seg tatt vare på.

Øverst på Røsets ønskeliste nå står en nettbrettløsning som gjør det mulig å se inn til brukerne og si «hei» – observere og kommunisere.

– Det ville gitt store besparelser tror jeg. Men om besøkene fra hjemmetjenesten går ned, trenger vi også flere besøksvenner og mer frivillighet.

FELLES SENTRAL

Nå står et nytt, stort prosjekt for døren i Værnesregionen.

– Dette er så kult, ivrer Solrunn Hårstad.

En felles responstjeneste i samarbeid med Kongsberg-regionen og Tromsø er under utvikling.

Samarbeidet innebærer blant annet at man skal kunne avlaste hverandre i akutte situasjoner og slik redusere sårbarheten. Om vakthavende ett sted ikke reagerer, får brukeren likevel hjelp.

Den nye sentralen vil også kunne filtrere ut falske alarmer og samle en rekke ulike tjenester på én plattform.

– I dag er det én pålogging for medisindispensere og én for trygghetsalarmer, mens meldinger

fra digitalt nattilsyn går til et tredje sted, forteller Hårstad.

Håpet er at sentralen skal være oppe og stå i løpet av neste år. Men, som de fem, foretakssomme trønderkommunene har erfart: Mye kan skje på veien mot målet.

FORETREKKER LIKEVEL RULL

Den snedige boksen hjemme hos Berit og Bardo har heller ikke fungert helt smertefritt.

Store tabletter hadde en tendens til å sette seg fast i sitt trange avlukke, og uten ektemannens hjelp, ville Berit, da hun var på sitt mest reduserte, neppe klart å håndtere innretningen selv.

– Jeg synes det er greiere med sånn rull jeg har fått nå, sier hun, og viser frem den manuelle multidoserullen, som kan fylles med medisiner for fjorten dager av gangen.

Rullen piper riktignok ikke. Den varsler heller ikke helsepersonell ved behov, men for tiden er det enkle det beste for Berit.

HJEMME BEST

– Om dingsene blir så vanskelige at en ikke kan betjene dem, er det jo ingen vits, påpeker Bardo.

Han er likevel er positivt innstilt til å få mer teknologisk hjelp inn i huset, om det skulle trenge.

– Får vi behov, for eksempel for sensorer eller trygghetsalarm, så vil vi gjerne ha det.

– Det er jo supert å kunne bo hjemme, sier Berit. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

HVERDAG: Hjemmesykepleier Mariann Røset ønsker seg kontakt med brukerne via nettbrett.



Fakta

1700 teknologiske ønsker

I en spørreundersøkelse gjennomført av Sykepleien i 2015, spurte vi blant annet om hva sykepleierne ønsket seg av teknologiske løsninger de ikke hadde. Det kom inn over 1700 svar. GPS for personer med demens, blæreskanner, nettbrett, bedre dokumenteringssystemer, elektroniske dørlåser, heiser og andre forflytningsløsninger var blant gjengangerne.

Hele listen finner du ved å scanne QR-koden.



1982

Oppkoplingen av en brusautomat på Carnegie Mellon University i USA regnes som starten på «tingenes internett»

1984

Ordet «omsorgsteknologi» dukker opp i IFIM-rapporten «Kvinneperspektiv på teknologisk utvikling», men utdypes ikke

1984

OBOS bygger eldreboliger i Oslo med trygghetsalarm som standardutstyr

1993

I Japan begynner Takanori Shibata utviklingen av robotselen Paro, som lanseres for alvor i 2001

Ber kommunene om å komme i gang

KLAR TIL START? Kristin Mehre i Nasjonalt velferdsteknologi-program synes kommuner som fremdeles sitter på gjerdet, snart bør klatre ned derfra.

I 2013 var 34 norske kommuner involvert i prøveprosjekter støttet gjennom Nasjonalt velferdsteknologi-program. I år støttes prosjekter som omfatter totalt 202 kommuner.

Og her er noen andre tall som kan illustrere utviklingen: I 2008 registrerte medieovervåkingsbyrået Retriever fem forekomster av begrepet «velferdsteknologi» i norsk presse.

Året etter var tallet 16.

I fjor var det 2540.

KREVER STOR OMSTILLING

Mye skjer mange steder, med andre ord, men det er ikke alle som har kastet seg på bølgen.

– Kommuner som ennå ikke er i gang, må starte prosessene nå, insisterer avdelingsdirektør i Helse-direktoratet Kristin Mehre, som er programeier for Nasjonalt velferdsteknologi-program (NVP).

– Det er nemlig en veldig stor omstilling som må til i hver enkelt kommune, og det tar tid før man kan hente ut gevinstene.

Men må alle med, da? Det er dem som har fryktet en dehumanisert omsorgstjeneste der ensomme eldre blir sittende i boliger fylt av digitale sensorer, overvåkingskameraer, avansert robotteknologi og mekaniske innretninger.

– Teknologien har ingen verdi om man ikke tar utgangspunkt i brukernes behov, understreker Mehre.

– Vi møter ikke skepsis i samme grad som tidligere. Velferdsteknologi



Foto: Rebecca Havneberg/HelseDirektoratet

«Det handler mye om holdninger.» Kristin Mehre, NVP

har blitt langt mer kjent. Stadig flere tar det i bruk, og forståelsen for hva dette faktisk er, øker.

VIL ØKE KOMPETANSEN

– Finnes det en tydelig definert grense mellom hva det offentlige bør tilby av teknologi og hva brukere og pårørende selv forventes å investere i?

– Vi har ikke gått opp en slik grensegang, og dette er noe som må vurderes underveis. Jeg vil si at så lenge teknologien brukes som erstatning for helsehjelp, vil det være rimelig at det offentlige betaler.

– I to gevinstrealiseringsrapporter anbefaler dere at kommunene satser på til sammen seks ulike løsninger knyttet primært til trygghet, tilsyn og logistikk. Vil dere også teste ut og vurdere gevinsten av mer praktiske hverdagshjelpemidler – som mekaniske senger, baderomsutstyr,

mobilitetshjelpemidler og så videre?

– Vi har ikke planer om å teste ut flere typer teknologier, men er opptatt av å få opp innovasjonskompetansen i kommunene, slik at de selv teste ut ting de har troen på.

– Vi anbefaler derimot at alle begynner med det vi allerede har testet og vet har en effekt. Så kan man eventuelt inkludere andre typer teknologi etter hvert.

HANDLER OM HOLDNINGER

– Hva er de viktigste kriteriene for å lykkes?

– Det handler mye om holdninger. Man må huske at teknologien bare én del av omstillingen som må til. Vi må tenke nytt om måten vi leverer tjenester, de ansatte må få nødvendig opplæring og kompetanse og ledelsen må ta ansvar for at man gjennomfører.

– Ellers bør man lære av kommunene som har gått foran og følge de nasjonale anbefalingene som er gitt. Det er også lurt å inngå samarbeide med andre kommuner, noe vi har stilt som et krav for å få prosjektstøtte.

– Er det en risiko for at økonomiske og ressursmessige gevinster tas ut gjennom nedbemanning heller enn bedre tjenester?

– Vi styrer jo ikke hvordan kommunene budsjetterer, men fremtidsbildet er at vi får flere hjelpetrendende, og at det vil være for få til å ta seg av dem med metodene som benyttes i dag. Derfor tenker vi at det vil være behov for de ressursene kommunene disponerer uansett. ●

Ingvald.Bergsagel

@sykepleien.no



Fakta

Nasjonalt velferdsteknologi-program (NVP)

- favner alle felles aktiviteter Helse-direktoratet og kommunesektoren (KS) har på det velferdsteknologiske området
- administreres gjennom Direktoratet for e-helse
- har per i dag tre hovedsatsingsområder:
 - utprøving og spredning av trygghets- og mestringsteknologi
 - utprøving av avstandsoppfølging av kronikere samt
 - utvikling av en felles digital plattform slik at ulike systemer kommuniserer sammen
- har utviklet veikartet Samveis.no, som skal hjelpe kommuner å komme i gang med sin satsing på velferdsteknologi
- har et totalbudsjett på 94 millioner kroner i 2017

1996

pwWebSpeak – en nettleser som oversetter nettsider til tale – lanseres

1998

Briten Kevin Warwick får implantert en mikrobrille med radiofrekvensidentifikasjon, som han blant annet bruker til å åpne dører og skru på lys

2008

Nettbutikken App Store åpner – året etter at iPhone kom på markedet

2008

Ordet «velferdsteknologi» dukker opp i norsk presse



Smart Sole skosåle med GPS

Smart Sole er en skosåle med SIM-kort og GPS-teknologi som gjør det mulig å lokalisere brukeren via for eksempel mobilapp. Danske Safe Call er forhandler for det norske markedet. **Safecall SL14**, som forhandles av Cognita, er et liknende produkt.



Hva er det egentlig, og

Raizer løftestol

Raizer er en sammenleggbar, batteridrevet stol som hjelper med å få en person som har falt opp i sittende eller stående stilling. Løfter inntil 150 kilo. Relaterte produkter på markedet er blant annet stolene **SeatUp** og **Lemco SmartStol**, samt **Arcona benløfter** for å få tunge ben inn og ut av senga.





Evondos E300 medisindispenser

Evondos E300 er en elektronisk medisindispenser som plasseres hjemme hos bruker og etterfylles annenhver uke med multido me og skjerm, og sender varsel til hjemmetjenesten dersom medisin blir glemt eller ved strømbrudd. Noen liknende produkter på markedet er **Pilly**, **Medido**, **DoseCan**.

Her er noen eksempler på de såkalte velferdsteknologiske løsningene.

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

hva brukes det til?



AirBody Dryer kroppstørker

airBody Dryer er en luft-tørker i kroppshøyde beregnet for mennesker som kan ha problemer med å tørke seg med håndkle etter dusj eller bad. Det finnes også en rekke baderomsinnretninger på markedet, som sittebadekar med vanntett dør, heve- og senke servanter og så videre.

! Alle foto er tatt på Innovatoriet ved Høgskolen i Sørøst-Norge, bortsett fra bildene av Tena U-test og Spider. Sykepleien understreker at dette utvalget av velferdsteknologiske løsninger er ikke ment som anbefalinger. Vi har verken foretatt tester eller evaluert produktene, men forsøker å vise noe av bredden av hva som i dag – eller snart – tilbys på markedet i Norge





Kamera til tilsynsystemet Xcenter RoomMate

Xcenter RoomMate muliggjør anonymisert fjerntilsyn på institusjoner og i boliger. I tillegg til å overføre lyd og bilde, skal dette norskutviklede systemet kunne slå alarm ved ulike kritiske situasjoner, for eksempel fall. Produktet ble lansert kommersielt i fjor, det forhandles av Atea og er blant annet kjøpt inn av Oslo kommune. En alternativ løsning, også den norskutviklet, er **Health Within**, som for tiden er under uttesting.

Bekey elektronisk låssystem

Bekey er et låssystem som kan opereres via mobilapp eller fjernkontroll. Det skal kunne eliminere fysisk nøkkelhåndtering for hjemmetjenesten og løsningen er implementert i blant annet Bærum kommune.



Spider planleggingsverktøy for hjemmetjenesten

Spider er en elektronisk planlegger av kjøreruter og arbeidslister for hjemmetjenesten. Det er integrert med journalsystemet CosDoc og skal bidra til effektivisering av kjøring, at riktig kompetanse når frem samt at brukerne må forholde seg til færre ansatte. Er testet ut og tatt i bruk av Horten og er på vei inn i flere kommuner.



Rotoflex pleieseng

Rotoflex er en seng med automatisert dreie- og løftefunksjon. Laget for at brukere med nedsatt funksjonsevne selv skal kunne komme seg inn og ut av sengen, eller opp i sittende stilling. Dansk patent.



Tena U-Test urinstix for bleier

Tena U-test er en urinstix til bruk i bleier for voksne og barn. Produktet skal kunne avdekke urinveisinfeksjon gjennom å måle forekomst av nitritt og/eller leukocytter i urinen. I salg på apotek. **Sens-U** er et konkurrerende, norskutviklet produkt, som skal testes ut i Sandefjord kommune i høst.



Lin Care smartklokke med trygghetsløsninger

Lin Care er en smartklokke med blant annet trygghetsalarm og fallsensor. Den kan også varsle når bæreren går utenfor et definert område. Et alternativ i kjømda er **Contact**; et norskutviklet, digitalt armbåndsur som blant annet skal kunne måle puls, oksygenivå i blodet, bevegelse, hudtemperatur og barometrisk trykk. Klokken skal kunne varsle pårørende eller helsevesenet ved uregelmessigheter, eller når brukeren beveger seg utenfor et definert område.





Mikkel fikk blod i mammas mage

Når to typer blod er i en og samme kropp, kan det bli problemer.

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**

Hva måtte du få da du lå i magen, Mikkel? Mikkel ser opp på pappa Marius.
– Blod. Blod fra et annet menneske.

UNDER ANGREP

Allerede da Mikkel var noen måneder gammel, var blodet hans under angrep. Fordi hans røde blodlegemer har antigenet RhD (tidligere kjent som Rhesus), mens mamma Heidis blodlegemer har det ikke. Det kan føre til at hun danner antistoffer som bryter ned fosterets røde blodlegemer.

– Tidlig i svangerskapet ble det påvist spor av antistoffer hos meg. Jeg begynte å google, og det jeg fant var ikke særlig oppløftende. Jeg trodde at jeg kom til å miste ungen, forteller Heidi Johansen Elviken hjemme på Greverud i Akershus.

Ved siden av henne tumler Mikkel og storesøster Mille fornøyd i sofaen.

BLODTYPE RHD

Når man snakker om blodtyper, viser man gjerne til ABO- og RhD-systemene. Man er for eksempel A pluss eller O minus. Pluss og minus viser til RhD. Det er et antigen man enten har eller ikke har. Om man har det, eller ikke, har bare betydning ved blodoverføringer eller i svangerskap. De

fleste i Norge (85 prosent) har RhD. Heidi Johansen er blant de 15 prosentene som ikke har det.

SJELDEN PROBLEM MED FØRSTE BARN

I første svangerskap, med Mille, ble hun fulgt opp på samme måte som alle RhD-negative gravide. Det ble tatt blodprøver for å se om hun dannet antistoffer mot fosteret. Alt gikk fint.

– Det gjør det som regel i første svangerskap, forteller Cigdem Akalin Akkøk, overlege ved Nasjonalt kompetansesenter for blodtypeserologi.

– Normalt er det ingen kontakt mellom mors og fosters blod før forløsningen. Det er først når mors RhD-negative blod kommer i kontakt med fosterets RhD-positive blod, at mor kan begynne å lage antistoffer.

Det blir sjelden et problem for babyen som er på vei ut i verden og bort fra mors antistoffer.

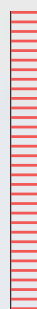
– Dersom mor får profylakse innen 72 timer etter fødsel, rekker hun heller ikke å bli såkalt immunisert. Altså at hun ikke danner antistoffer som vil være klare til angrep dersom de kommer i kontakt med RhD på nytt.

BLØDNING I SVANGERSKAPET

Men hos Heidi ble det påvist antistoffer mot RhD mot slutten av svangerskapet med Mille. Det

«Jeg trodde jeg kom til å miste ungen.»

Heidi Johansen Elviken



MIKKEL OG HEIDI:
Han er nettopp
blitt fire år. Foto:
Erik M. Sundt





I FIN FORM: Ved RhD-immunisering merker ikke den gravide selv at antistoffene kan skade fosteret. Her er Heidi gravid med Mikkel. Foto: Privat



Fakta

RhD-immunisering

Kvinner som mangler antigenet RhD (tidligere kalt Rhesus) kan danne antistoffer mot et foster som har antigenet RhD, arvet fra barnefaren.

Som regel er dette ikke et problem i første svangerskap. Men dersom det har vært kontakt mellom mor og fosters blod i det aktuelle svangerskapet eller i forbindelse med fødsel, kan mor bli immunisert og danne antistoffer som kan angripe blodcellene til neste foster som er RhD-positivt. Det kan føre blant annet til alvorlig anemi, gulsott og væskeansamlinger hos fosteret. I verste fall kan fosteret dø.



STOLT STORESØSTER: Mikkel var slapp og anemisk da han ble født. Etter flere transfusjoner og lang tid på sykehuset kom han seg. Her beundres han av Mille. Foto: Privat



→ påvirket ikke fosteret så sent i svangerskapet, men kunne skape problemer dersom Heidi på nytt ble gravid med et RhD-positivt foster. Å gi profylakse etter fødsel var ingen vits. Skaden var skjedd.

Ifølge overlege Cigdem Akalin Akkøk kan noen RhD-negative kvinner bli immunisert i svangerskapet dersom det oppstår en blødning hos fosteret.

– Det kalles en føtomaternal blødning, forklarer hun.

– Slike blødninger kan komme hvis man har et fall, får et slag mot magen eller blir utsatt for en trafikkulykke, men mindre blødninger kan også oppstå uten et fall eller et slag. Det er ikke alltid man kan forklare hvordan blødningen har oppstått.

Konsekvensen av blodkontakten, er at mor danner antistoffer mot fosterets RhD-antigener. Disse antistoffene kan gå til angrep på fosterets røde blodlegemer og bryte dem ned.

ANTISTOFFER I UKE NI

– Nam, nam, nam.

Mikkel henger over skålen med kjeks. En sunn og frisk fireåring som spinner rundt i stuen og får storesøsteren til å le. Høyt. Det er ingen spor av at han en gang var et alvorlig sykt foster.

De antistoffene som ble påvist mot slutten av svangerskapet med Mille, var også der i svangerskapet med Mikkel. Også han var RhD-positiv.

«Allerede i uke ni ble det påvist antistoffer.»

Heidi Johansen Elviken

– Allerede i uke ni ble det påvist spor av antistoffer, forteller Heidi Johansen Elviken.

Når mor har antistoffer mot barnets RhD-antigener, kan fosteret utvikle anemi. Det kan føre til

føtal hydrops, der hele kroppen kan hovne opp. Bilirubinet, som frigjøres når røde blodlegemer blir ødelagt, kan hope seg opp i blodet og hjernen og gi gulsott og nevrologiske skader.

TRENGTE BLOD

Med Mikkel ble det tidlig klart at han ble påvirket av antistoffene. I en annen tid (eller i en annen del av verden) ville det vært lite å gjøre. For å overleve, trengte Mikkel nytt blod. Han trengte blodoverføring. Men man ønsket å vente lengst mulig, for når man begynner å fylle på med røde blodlegemer, reduseres egenproduksjonen. Da er man nødt til å fortsette å gi transfusjoner.

MINDRE LIV I MAGEN

Det ble gjort mange vurderinger. Undersøkelser. Heidi Johansen Elvikens nivåer av antistoffer steg. Familien ble sendt til Nasjonalt senter



LIV I STUEN: Mikkel, storesøster Mille som nå er blitt skolejente, og mamma Heidi. Foto: Erik M. Sundt



PIONER: – Mor kommer til oss med et dødsykt foster og vi skal stikke nåler inn i magen hennes. Å gjøre henne trygg er en viktig del av jobben sier Sturla Eik-Nes. Foto: Lena Knutli



EKSPERT PÅ BLODTYPER: Cigdem Akalin Akkøk jobber for å få færrest mulig komplikasjoner med RhD-uforlidelighet. Foto: Erik M. Sundt

for fostermedisin i Trondheim, det stedet i Norge som har kompetanse på transfusjon til foster. Det ble konkludert med å avvente. Hjem igjen. Så reagerte Heidi på at det ble veldig rolig i magen.

– Dette var en lørdag. På ultralyd var han vital nok, så vi skulle vente til mandag med å reise tilbake til Trondheim, forteller hun.

– Da måtte han ha blod, supplerer mannen, Marius Elviken.

Mikkel var i dårligere form enn antatt.

KLAR TIL Å STIKKE

Heidi måtte ligge på et bord i noe som så ut som en operasjonssal. Rundt henne var det tre store skjermer. Sturla Eik-Nes, spesialist i fostermedisin, var kalt hjem fra ferie for å gjøre transfusjonen. Han sto klar med nålen. Men Mikkel, som reagerte på paracetamolen Heidi hadde fått før prosedyren, var ellevill.

– I fem kvarter sto legen klar til å stikke, forteller Marius.

– Heldigvis sa de ikke det til oss før etterpå. At hvis ikke den transfusjonen hadde gått bra, så er det ikke sikkert det hadde vært noe mer.

ET MEDISINSK MIRAKEL

Totalt ni transfusjoner fikk Mikkel mens han var i magen.

«I fem kvarter stod legen klar til å stikke.» Marius Elviken

Sturla Eik-Nes, som siden den gang er blitt pensjonist og nå er professor emeritus ved NTNU, sto for sju av dem.

– Tidligere døde de fleste fostre ved alvorlig

RhD-immunisering, enten i mors liv eller rett etter fødsel, forteller han.

– Etter at vi begynte å gi transfusjoner, har de en overlevelse på opp mot 100 prosent. Bildet er totalt snudd på hodet.

Som ung professor introduserte han prosedyren i Norge. Allerede i 1988 gjorde han den første transfusjonen til et foster her i landet.

– Det var en kvinne som hadde født tre barn. Det første levde, de to hadde dødd. Årsaken var RhD-immunisering.

I 1988 var kvinnen gravid på nytt og vurderte å avbryte svangerskapet fordi hun fryktet også dette barnet ville dø.

– «Nei da, sa jeg. Nå kan vi gjøre noe».

Fosteret fikk fem transfusjoner og kvinnen fødte barnet levende.

Eik-Nes blir fremdeles rørt når han tenker på henne.





TAKKNEMLIGE: Marius, Heidi, Mikkel og Mille utenfor hjemmet i Akershus. Mikkel er i dag en helt frisk gutt. Foto: Erik M. Sundt





Siden er det utført rundt 800 transfusjoner ved senteret.

BLOD RETT I HJERTET

– Disse fostrene har ett problem: De trenger røde blodlegemer, sier Sturla Eik-Nes.

– Greier vi gi dem det, er det hele behandlingen.

Allerede på 1960-tallet begynte medisinerne å eksperimentere med å gi blod til foster. Først stakk man nåler inn i livmor og fikk deponert blod i fosterets mageregion. De som var lett affisert av RhD-immuniseringen ble reddet. De alvorlig syke døde.

Med ultralyd ble prosedyren utviklet utover 1970- og 80-tallet. I Danmark begynte man å deponere blod i fosterets hjerte, fordi det ble mulig å styre nåler dit ved hjelp av ultralyd. Da teknologien ble enda bedre, greide man å fremstille blodkarene i navlestrengen. Med hårfin presisjon kunne man klare å føre en nål inn i livmor til fosteret. Navlekarene har en diameter på 3–10 millimeter.

– Når morkaken ligger på bakre vegg, er man helt avhengig av fosterets posisjon, forklarer Sturla Eik-Nes, som har stått timer og ventet på riktig tidspunkt.

– Når nålen er ført til karveggen må man føre den lynkjapt inn i karet, ellers skvetter det unna.

Mengden blod avhenger av fosterets alder og størrelse. Man begynner kanskje med 20–30 milliliter og transfunderer senere 60–70–80 milliliter.

Etter en stund vil antistoffene ha brutt ned alt egenprodusert blod, og fosteret har kun donorblod igjen.

– Eller ekte trønderblod, som vi pleier å tulle med, sier Eik-Nes.

TATT MED KEISERSNITT

Mikkel fikk siste transfusjon i uke 31.

– Da sa Sturla Eik Nes at det var siste gang han turte å gjøre det, forteller Marius Elviken.

Morkaken lå vanskelig til, og nå var fosteret såpass stort at det var levedyktig.

Mikkel ble tatt med keisersnitt i uke 33. Han var prematur og anemisk. Fem ganger måtte han ha blodoverføring etter fødsel. Det tok tid for kroppen å produsere nok røde blodlegemer. Hemoglobinverdiene kunne stupe på få timer.

Men fem uker gammel ble han skrevet ut fra sykehus.

– Det var litt sånn: Dra hjem? Hæh?, sier Marius Elviken og ler litt.

– Som foreldre rir man stormene av når de kommer. Etterpå forsto jeg hva som hadde stått på spill.

– Man kan si mye om helsevesenet, men spesialteamet på St. Olav tar jeg av meg hatten for. De ivaretok oss på en fantastisk måte i en kritisk situasjon.

– Vi er ubeskrivelig glade for dyktige leger og blodgivere, skyter Heidi Johansen Elviken inn.

– Vi hadde hatt et barn for lite om det ikke var for dem. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilder:

Cigdem Akalin Akkøk, Sturla Eik-Nes, Helsedirektoratet
Heier HE, Berge LN, Hervig T, Kiserud T, Børset M, Eik-Nes S, Arsenovic M, Acharya G: Immunisering i svangerskapet, Tidsskrift for Den norske legeforening, 19/2009

Akkøk CA, Eggebø EM, Kiserud T, Heier HE: RhD-immunisation in pregnancy, Tidsskrift for Den norske legeforening, 8/2016

Nyutdannet helsearbeider? Vi har det du trenger i ny jobb!



Bestilles i nettbutikken
www.sabo.no



Sykepleier Sarah Grimaldi i Leger Uten Grenser jobber for å spre tilgangen på hiv-medisiner til syke kongolesere. De gir dem muligheten til å leve stabilt.

– De fortalte at man kan leve positivt med hiv

• Tekst **Marit Fonn**

I et halvt år var sykepleier Sarah Grimaldi i Den demokratiske republikken Kongo på oppdrag for Leger Uten grenser. 8. august kom hun hjem til Oslo.

Oppdraget i hovedstaden Kinshasa dreide seg om å bekjempe hiv og aids.

– Altfor få har tilgang på hiv-tester og hiv-medisiner. Og de som har utviklet aids, får sjelden behandling, sier Grimaldi.

FÅR TUBERKULOSE

– Målet er blant annet å få flere til å teste seg, slik at de hivpositive kan få medisiner og behandling tidnok. Da kan hiv bli en kronisk sykdom man kan leve med, og ikke bety død, sier Grimaldi.

Får ikke de hivpositive behandling, vil de etter hvert få opportunistiske infeksjoner.

– Hva er det?

– Når mengden hiv-virus i blodet øker og immunceller blir ødelagt, vil den hivpositive bli rammet av infeksjoner som friske mennesker vanligvis tåler. Noen utvikler kreft, soppinfeksjoner og diverse virus- og bakterieinfeksjoner, men den vanligste opportunistiske infeksjonen er tuberkulose.

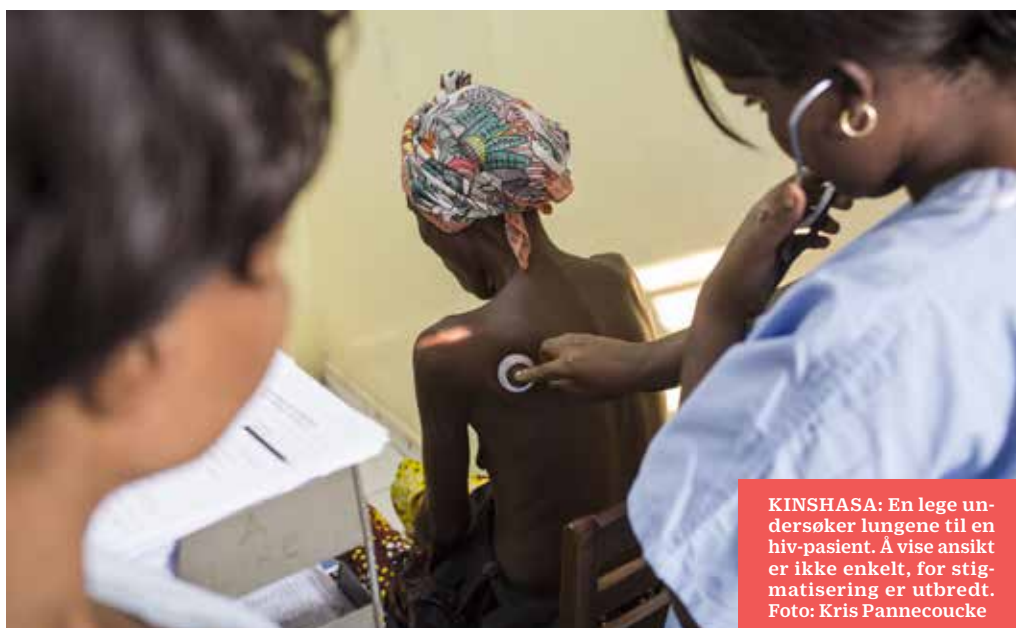
UTSLITT OG REDD

Svært mange kommer til sykehuset med aids og tuberkulose.

– De er veldig, veldig syke.

– Hvordan har de det?

– De som kommer senest til sykehuset er avmagrete, og så utslitte at de ikke klarer å gå, spise eller snakke. De aller fleste er svært redde. Mange har hjernehinnebetennelse som gjør at de i tillegg er forvirrete og hallusinerer. Noen er så dårlige at de er i koma. Det gjorde sterkt inntrykk på meg å se hvor syke mange var, forteller Grimaldi.



KINSHASA: En lege undersøker lungene til en hiv-pasient. Å vise ansikt er ikke enkelt, for stigmatisering er utbredt. Foto: Kris Pannecoucke

«Det gjorde sterkt inntrykk på meg å se hvor syke mange var.»

100 PROSENT GRATIS HELSEHJELP

I Kinshasa driver Leger Uten Grenser et sykehus med både internasjonalt og nasjonalt helsepersonell, men det var ikke der Grimaldi hadde sitt oppdrag. Hun var administrator i et desentralisert prosjekt der målet er å spre tilgangen på hiv-medisiner.

– Jeg var rundt på ulike statlige sykehus og helseentre i byen. Vi har kontakt med andre aktører som sørger for at helsehjelpen er 100 prosent

gratis, både testing, oppfølging og innleggelse.

Grimaldi var teamleder for lokale leger, sykepleiere og pedagoger som lærte helsepersonell i ulike deler av byen hvordan de kan gi god og riktig behandling av hivpositive.

– Jeg er ikke hiv-ekspert, men der hadde folk jobbet mye med hiv. Det var likevel nyttig for dem å få noen øyne utenfra, mener Grimaldi.

BARN SMITTES AV MOR

– Hvem blir hivsmittet i Kongo?

– Alle. Det kan ramme absolutt alle. Små barn har blitt smittet under svangerskap, fødsel eller amming av mor som ikke var i behandling. Når disse barna blir 5-6-7 år, og ikke har blitt behandlet, har de som oftest utviklet aids. De er



KONTRASTER: Godt å løpe i gangene på Ullevål og ha på uniform igjen, synes Sarah Grimaldi, her på akuttmottaket. – Man trenger tid på å lande etter et oppdrag i felt, sier hun. Foto: Marit Fonn

alvorlig syke, mange dør. Det er forferdelig, forferdelig trist.

Ellers smittes både menn og kvinner, fra dem som selger frukt på markedet til leger og prestere. De er fra alle samfunnslag, forteller hun.

– De som kom sent til behandling, var som regel fra fattige kår. De hadde ikke råd til å betale for en test, og hadde ikke tilgang på medisin.

NØDVENDIG MED POSITIVE EKSEMPLER

– Er hiv og aids et tabu-tema i Kongo?

– I aller høyeste grad. Mye av jobben er å informere. Noen på mitt team var hivpositive selv. De var kommet dødssyke på sykehuset, de fikk behandling og er nå stabile. Selv sier de at «vi lever positive liv». De er nøkkelpersoner i arbeidet med å fjerne tabuene og stigmatiseringen.

Grimaldi påpeker at skal de nå fram til kongoleserne, er de nødt til å møte slike eksempler: «Så syk var jeg, og her er jeg nå».

– Ved å treffe slike mennesker, kan de få håp. Aids trenger ikke bety død.

REDDE FOR Å TESTE SEG

Men som oftest er aids synonymt med død i Kongo:

– Dødeligheten for dem som utvikler aids, er høy på grunn av manglende behandling. Kurert

«Det er forferdelig spennende å jobbe i felt, en unik opplevelse.»

blir man uansett ikke, men med tilgang på riktige medisiner, kan man leve lenge.

– Vi jobbet veldig mye med det å fjerne stigmatisering – og det man kaller egenstigmatisering: Mange vil ikke teste seg for hiv, for de er redde for resultatet. For hva hvis man tester positivt? Hvordan skal det da gå med barna? De anser det som bedre ikke å vite, sier Sarah Grimaldi.

FOR DYRE MEDISINER

I mange år har kritikken vært stor fordi

hiv-medisiner har vært utilgjengelig i fattige land, fordi de er så dyre. Men noe har skjedd.

Grimaldi forklarer:

– Førstevalgsmedisin, som man regner vil fungere best for de fleste, kan nå produseres relativt rimelig i India. Noen kan ha stabil utvikling med slik medisin.

Men så kan ting skje: Helsesenteret har ikke nok medisin. Eller den hivpositive flytter til et sted der det ikke er medisin å skaffe. Eller hun eller han føler seg bedre og slutter derfor å ta hiv-medisinen.

– Så blir de kjempesyke. Da virker ikke den første medisinen lenger, for hiv-viruset har blitt resistent. Da må pasienten ha andrevalgsmedisin, som fortsatt er svært dyr. Det får katastrofale konsekvenser.

– Men på Leger Uten Grensers sykehus får de den?

– Ja. Siden vi samarbeider med andre, får vi slik medisin til gratis utdeling. Vår jobb er mer å rope ut at «nå må vi få medisiner!».

Grimaldi mener det er aktivisme som gjør at legemiddelindustrien har gått med på å produsere generiske medisiner, altså billigere kopimedisiner.



- – Så andrevalgsmedisiner kan bli billigere?
– Ja, hvis legemiddelfirmaene ikke tar patent.

– GODT Å LØPE I GANGENE PÅ ULLEVÅL IGJEN

Dette var andre gang Sarah Grimaldi hadde oppdrag for Leger Uten Grenser. I fjor var hun et halvt år i Den sentralafrikanske republikk.

Hun ble sykepleier i 2009 i Oslo, og har jobbet lengst på lunge-medisinsk sengepost på Ullevål sykehus. Nå tar hun ekstravakter på akuttmottaket på Ullevål og på sengeposten der hun jobbet før.

- *Lysten på nye oppdrag ute i verden?*
– Man vet aldri når tilbudene kommer, men man trenger litt tid på å lande og treffe venner og familie etter et oppdrag i felt. Siden jeg denne gangen jobbet administrativt, trenger jeg å få sykepleien inn i fingrene. Det er godt å løpe i gangene her på Ullevål og å ha på uniform.

MER TILPASNINGSDYKTIG ENN MAN TROR

– Men når det har gått tre måneder, kan det hende jeg blir rastløs og ser meg om etter noe nytt. Det er forferdelig spennende å jobbe i felt, en unik opplevelse, mange flotte møter.

- *Mange sykepleiere har lyst til å reise ut, men det blir ikke alltid noe av?*
– Det krever mye å reise så langt vekk fra trygge omgivelser. Men man er mer tilpasningsdyktig enn man tror når man står i det.

- *Hvordan er Kongo?*
– Et veldig stort land. Med mye politisk uro og flere rebelske grupper som kjemper om makt. Presidenten har ikke gjennomført valg som han skulle.

Landet er i økonomisk krise. Kongo er ganske fattig, men kontrastene er enorme:

- Vi bodde godt, men i andre områder der helsesentrene lå, var det tøffe forhold. Jeg vet ikke om man blir vant til det, og det er vanskelig å sette ord på hvor lite ressurser helsepersonell har til å behandle de syke. Og pasientene er mer syke enn det vi er vant til her hjemme.

SNAKKES IKKE OM

Hun påpeker at Kongo har en egen utfordring siden forekomsten av hiv er relativt lav:

- Tallene er usikre, men det sies at 1,6 prosent er hivpositive. Men siden landet har 80 millioner innbyggere, så utgjør det mange mennesker.

I andre land som Sør-Afrika og Malawi, der forekomsten av hiv er høy, er stigmaet blitt gradvis mindre, fordi det har blitt snakket om. I Kongo er stigmaet stort, siden det ikke er noe man snakker om.

FRAMSKRITT, TROSS ALT ...

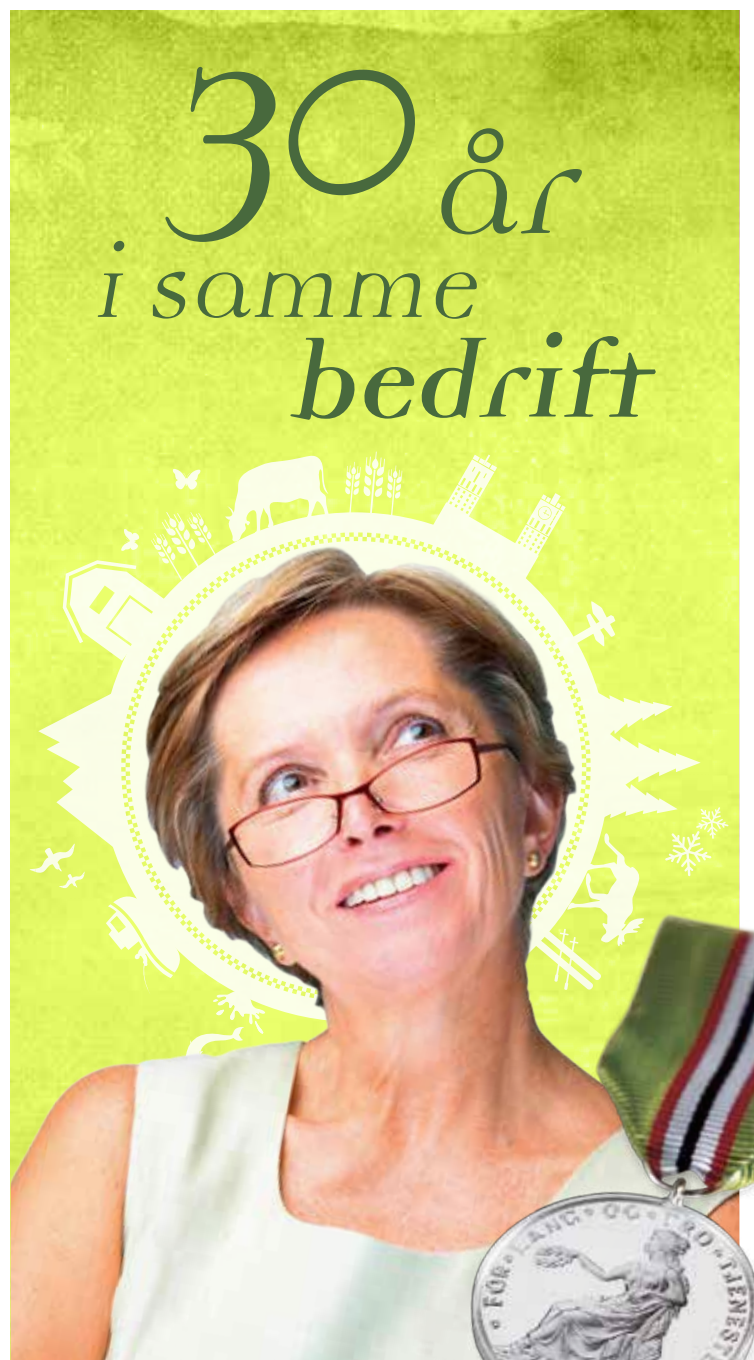
- *Du er 29 år, ser du for deg et liv som sykepleier reisende i nød?*
– For tidlig å si. Jeg tar ett oppdrag av gangen. Det er jo ikke lett å kombinere med familieliv. Men så lenge det er gøy ...

Sarah Grimaldi viser til verdens glemte kriser som Leger Uten Grenser årlig minner om. I år peker de også på glemte framskritt:

- Ett av framskrittene er at dobbelt så mange har fått hiv-behandling i løpet av fem år, sier Grimaldi.

Dette er tall som gjelder hele verden. Ifølge Verdens helseorganisasjon er nå 19,5 millioner personer i hiv-behandling.

Dessuten har aids-dødsfall gått ned 45 prosent siden 2005. ●
marit.fonn@sykepleien.no



30 år i samme bedrift

stolthet og tradisjon går aldri av moten

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

Har du en medarbeider som fortjener en slik heder?

Ta kontakt!



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970

norgesvel@norgesvel.no

www.medaljen.no



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 07 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju



PÅVIRKER: Mobbing på jobben, angst og depresjon kan også føre til søvnløshet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Påvirker søvnen

Insomni. Sykepleiere med roterende turnus sover dårligst. **40**



Studenter. Bedre i anatomi, fysiologi og biokjemi. **44**



«Jeg mener en digitalisering vil gjøre Indeks både tryggere, raskere og mer presis.» Eirin Ellensen. **50**



Etikk. Pårørende må høres. **58**



SKIFTARBEID, SØVN OG HELSE

Roterende turnus påvirker søvnen mer negativt enn ikke-roterende turnus og nattarbeid.

SPØRREUNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62099



Eirunn Thun
 Forsker, Universitetet i Bergen

Spørreundersøkelsen om skiftarbeid, søvn og helse (SUSSH) har siden 2008/2009 årlig blitt sendt ut til om lag 2900 norske sykepleiere. Årets spørreskjema, som sendes ut i løpet av våren og sommeren 2017, er nummer ni i rekken. For å gjøre resultatene fra spørreundersøkelsen kjent for norske sykepleiere har vi med jevne mellomrom rapportert resultatene i *Sykepleien* (1–7).

ingen økning av symptomer i perioden. De som sluttet med nattarbeid i løpet av denne tiden, rapporterte derimot om en nedgang i insomni og søvnighet.

Sykepleiere som hadde roterende turnus, rapporterte mer insomni og søvnighet, men opplevde ingen økning av disse symptomene over tid sammenliknet med sykepleiere som jobbet fast enten bare på dag eller på natt. De som startet med roterende turnus i

som sluttet med nattarbeid eller roterende turnus, hadde en nedgang i symptomer, kan bety at de som opplever problemer i en type turnusordning, velger seg vekk fra denne.

GENETIKK

Blant sykepleierne som svarte på det første spørreskjemaet i 2008/2009, inviterte vi i etterkant et utvalg som skulle avgi blodprøver for genanalyser. Vi analyserte prøver fra totalt 691 sykepleiere for å identifisere individuelle forskjeller i klokkegener, som er involvert i døgnrytmeregulering. Deretter koplete vi genprofilene opp mot informasjon om insomni, søvnighet og skiftarbeidslidelse fra spørreskjemaene.

Skiftarbeidslidelse refererer til insomni og/eller søvnighet som følge av å jobbe på et tidspunkt man normalt ville sovet. Resultatene fra denne studien viste at det ikke var noen klare sammenhenger mellom individuelle forskjeller i klokkegener og symptomer på insomni, søvnighet eller skiftarbeidslidelse (10).

ANGST OG DEPRESJON

I en studie hvor vi undersøkte forløpere til og konsekvenser av insomni, fant vi at angst og depresjon var forbundet med en økning i insomnisymptomer over tid (8).

I denne artikkelen gir vi en kortfattet oppsummering av artiklene som ble publisert i internasjonale tidsskrifter i løpet av 2016, totalt seks artikler (8–13). Disse artiklene omhandler temaer som insomni og søvnighet, skiftarbeidstoleranse, mobbing på arbeidsplassen, personlighet og arbeidsnarkomani.

«Angst og depresjon var forbundet med en økning i insomni-symptomer over tid.»

løpet av perioden, hadde heller ingen økning i symptomer over tid, mens de som sluttet med en slik turnus, opplevde en nedgang i både insomni og søvnighet.

Roterende turnus ser dermed ut til å være forbundet med et stabilt høyere nivå av insomni og søvnighet enn ikke-roterende arbeidstidsordninger. Det at de

Fakta

Hovedbudskap

Roterende turnusarbeid er forbundet med et konstant høyere nivå av insomnisymptomer sammenliknet med ikke-roterende turnusarbeid. Det å erfare at jobben virker negativt inn på familielivet, eller motsatt, er assosiert med en økning i insomnisymptomer over tid.

Nøkkelord

- Turnusarbeid
- Sykepleiere
- Søvn
- Psykososiale forhold



Ståle Pallesen
 Seniorforsker og professor, Universitetet i Bergen og Haukeland universitets-sykehus



Siri Waage
 Senterkoordinator og postdoktor, Universitetet i Bergen og Haukeland universitets-sykehus

NATT- OG SKIFTARBEID

I en av studiene publisert i 2016 undersøkte vi hvordan insomni-symptomer og søvnighet utviklet seg hos sykepleiere i en periode på fem til seks år (9). Sykepleiere som hadde nattarbeid i turnusen sin hele denne perioden, hadde ikke mer insomni eller søvnighet, eller en økning av slike symptomer over tid, sammenliknet med dem som ikke hadde nattarbeid. De som startet med nattarbeid i løpet av perioden, hadde heller



PÅVIRKER SØVNEN: Også personlighet, som vansker med å overkomme tretthet, kan forårsake søvnproblemer. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Insomni predikerte på den annen side en økning i angst over tid, men ikke en økning i depresjon. Vi fant også at enkelte personlighetsfaktorer og arbeidsrelaterte faktorer var forbundet med en økning i insomni. Dette er nærmere beskrevet i avsnittene nedenfor. I studien konkluderte vi med at insomni ofte er en konsekvens av individuelle og arbeidsrelaterte faktorer heller enn en forløper til dem.

PSYKOSOSIALE FORHOLD

Datamaterialet vårt har også gjort det mulig å se på faktorer som ikke er direkte knyttet til turnusarbeid. Vi refererer noen av resultatene her som vi tror har interesse for sykepleiere.

Hos mange turnusarbeidere kan jobben virke inn på familielivet, eller motsatt. Det å erfare at jobben virker negativt inn på familielivet, eller at familielivet virker negativt inn på jobben, var forbundet med en økning i insomnisymptomer over tid.

At jobben virker positivt inn på familielivet, var i en av våre studier forbundet med en nedgang i insomnisymptomer over tid. Familielivets positive innvirkning på jobben hadde ikke noen påvirkning på symptomutviklingen (8).

MOBBING PÅ JOBBEN

Vi fant også at det å være utsatt for mobbing på arbeidsplassen, predikerte en økning i

insomnisymptomer over tid (8). I tillegg til å være en forløper for insomni kan slike opplevelser også være en forløper for angst.

I en studie fra 2016 undersøkte vi hvordan individuell mestringsstil virker inn på sammenhengen mellom mobbing på arbeidsplassen og angst (11). Vi fant at sykepleiere som ble mobbet på arbeidsplassen, i mindre grad brukte en aktiv løsningsorientert mestringsstil enn sykepleiere som ikke ble mobbet.

En aktiv løsningsorientert mestringsstil viste seg imidlertid å være hensiktsmessig kun ved mindre alvorlige tilfeller av mobbing. Ved mer alvorlige tilfeller av mobbing økte en aktiv mestringsstil sannsynligheten for angst,

kanskje fordi de aktive forsøkene på å håndtere situasjonen ikke fører fram.

Det vil ofte ikke være tilstrekkelig å bruke aktive mestringsstrategier til å beskytte seg mot angst forårsaket av mobbing på arbeidsplassen. Det vil sannsynligvis være helt nødvendig med organisatoriske tiltak for å hjelpe.

I en annen studie fant vi at rollekonflikt på arbeidsplassen, for eksempel det å måtte gjøre ting som man mener burde vært gjort annerledes, var forbundet med høyere skårer på søvnighet, utmatelse, angst og depresjon. Vi fant også at rettferdig lederskap var forbundet med lavere skårer på angst og





depresjon. Sosial støtte var forbundet med lavere skårer på utmattelse, angst og depresjon (12).

SKIFTARBEIDSTOLERANSE

Når det kommer til personlighet, undersøkte vi hvorvidt de tre komponentene av personlighetsfaktoren «robusthet», på engelsk «hardiness», kunne predikere ulike mål på skiftarbeidstoleranse ett eller to år senere hos nattarbeidende sykepleiere. De tre komponentene er følgende:

- utfordring (evne til å håndtere nye utfordringer),
- forpliktelse (virkelig gå inn for det man driver med), og
- kontroll (opplevelse av kontroll over ens situasjon).

Vi fant at utfordring predikerte nedgang i angst ett år etterpå, men ikke nedgang i depresjon eller utmattelse. Forpliktelse predikerte nedgang i utmattelse ett år etterpå, og nedgang i angst og depresjon to år etterpå. Kontroll predikerte verken angst, depresjon eller utmattelse. Det kan dermed se ut som at evnen til virkelig å gå inn for det man driver med, er viktig for motstandsdyktighet mot psykiske helseplager. Ingen av robusthetskomponentene predikerte søvnighet (12).

Når det gjelder personlighet og insomni, fant vi at personlighetstrekket «languidity», vansker med å overkomme tretthet, var forbundet med en økning i insomnisymptomer over tid, mens det å være morgenmenneske, A-menneske, var forbundet med en nedgang i insomnisymptomer over tid (8).

ARBEIDSNARKOMANI

Vi undersøkte også om personlighetsfaktorer hadde sammenheng med endring i arbeidsnarkomani over en periode på to år (13). Arbeidsnarkomani innebærer en kombinasjon av overinvolvering i arbeid, lange arbeidsdager, høyere enn forventet arbeidsinnsats og en ukontrollerbar trang til å jobbe. Disse symptomene ble sett hos fire prosent av sykepleierne i studien. Personlighetsfaktorene som ble undersøkt, var følgende:

- ekstroversjon (grad av utadvendthet),
- nevrotisme (i hvilken grad man er emosjonelt ustabil),
- planmessighet (i hvilken grad man er organisert og punktlig),
- medmenneskelighet (i hvilken grad man er sympatisk og empatisk), og
- intellekt eller forestillingsevne (i hvilken grad man er intellektuelt orientert, har forestillingsevne og er åpen for erfaring).

Samlet sett var skårene på arbeidsnarkomaniskalaen ganske stabile over de to årene, men med en liten økning. Resultatene viste at kun nevrotisme hadde sammenheng med økning i arbeidsnarkomani. Da vi brukte en terskelverdi for å kategorisere sykepleiere etter hvorvidt de hadde eller ikke hadde arbeidsnarkomani, fant vi at de som ikke hadde arbeidsnarkomani, verken ved første måling i 2012 eller andre måling i 2014, skåret lavere på nevrotisme sammenliknet med andre sykepleiere. De som hadde arbeidsnarkomani ved begge målingene, skåret høyere på intellekt eller forestillingsevne sammenliknet med sykepleierne som ikke hadde arbeidsnarkomani på noen av målingene.

VEIEN VIDERE

Samtidig med at vi sender ut årets spørreskjema (2017), vil vi rekruttere interesserte sykepleiere til et delprosjekt hvor vi skal undersøke immunparametre og kople denne informasjonen opp mot spørreskjemaet. Blodprøver som skal analyseres for cytokiner, tas av sykepleierne selv ved hjelp av «bloodspot»-metoden og sendes til oss i posten. «Bloodspot»-metoden innebærer at sykepleierne selv stikker seg i fingeren med en stikkepenn og setter bloddråper på blodprøvepapir. Deltakelse kompenseres med et gavekort.

I 2018 sender vi ut det tiende spørreskjemaet i SUSH. Vi vil fortsette å skrive artikler om dataene som er samlet inn i årene som kommer, og rapportere resultatene i *Sykepleien*.

Takk til sykepleierne som deltar i SUSH. Takk også til Norsk Sykepleierforbund for støtte og økonomisk bidrag. ●

REFERANSER:

1. Flo E, Magerøy N, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Nattarbeid gir helseproblemer. *Sykepleien* 2011;13:70–2. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/11/nattarbeid-gir-helseproblemer> (nedlastet 18.05.2017).
2. Thun E, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Flo E, Pallesen S. Robuste og aktive sykepleiere tåler skiftarbeid. *Sykepleien* 2013;2:44–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/01/robuste-og-aktive-sykepleiere-taler-skiftarbeid> (nedlastet 18.05.2017).
3. Flo E, Magerøy N, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Skiftarbeid gir søvnproblemer. *Sykepleien* 2013;3:68–9. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/02/skiftarbeid-gir-sovnproblemer> (nedlastet 18.05.2017).
4. Reknes I, Bjorvatn B, Einarsen S, Pallesen S, Magerøy N, Thun E, Moen E. Nye funn om turnusarbeid. *Sykepleien* 2014;7:36–9. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/nye-funn-om-turnusarbeid> (nedlastet 18.05.2017).
5. Lien TF, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE. Skiftarbeid og sykefravær blant sykepleiere. *Sykepleien Forskning* 2014;9:350–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/12/skiftarbeid-og-sykefravaer-blant-sykepleiere> (nedlastet 18.05.2017).
6. Waage S, Thun E, Reknes I, Moen BE, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B. For få timer mellom vaktene påvirker søvn og helse. *Sykepleien* 2015;10:58–60. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/09/mer-forskning-pa-skiftarbeid-og-urte-sykepleiere> (nedlastet 18.05.2017).
7. Waage S, Thun E, Reknes I, Moen BE, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B. Nattarbeid påvirker ikke menstruasjonen. *Sykepleien* 2016;9:44–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/09/ingen-sammenheng-mellom-nattarbeid-og-uregelmessige-menstruasjoner-blant-norske> (nedlastet 18.05.2017).
8. Vedaa Ø, Krossbakken E, Grimsrud ID, Bjorvatn B, Sivertsen B, Magerøy N, Einarsen S, Pallesen S. Prospective study of predictors and consequences of insomnia: personality, lifestyle, mental health and work-related stressors. *Sleep Medicine* 2016;20:51–8.
9. Thun E, Bjorvatn B, Åkerstedt T, Moen BE, Waage S, Molde H, Pallesen S. Trajectories of sleepiness and insomnia symptoms in Norwegian nurses with and without night work and rotational work. *Chronobiology International* 2016;33:480–9.
10. Thun E, Le Hellard S, Osland T, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Steen V, Giddaluru S, Brattbakk H-R, Pallesen S. Circadian clock gene variants and insomnia, sleepiness, and shift work disorder. *Sleep and Biological Rhythms* 2016;14:55–62.
11. Reknes I, Einarsen E, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N. Exposure to bullying behaviors at work and subsequent symptoms of anxiety: The moderating role of individual coping style. *Industrial Health* 2016;54:421–32.
12. Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Magerøy N, Pallesen S. Hardiness, psychosocial factors and shift work tolerance among nurses. A two year follow-up study. *Journal of Advanced Nursing* 2016;72:1800–12.
13. Andreassen CS, Bjorvatn B, Moen BE, Waage S, Magerøy N, Pallesen S. A longitudinal study of the relationship between the five-factor model of personality and workaholism. TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology 2016;23:285–98.

FAGARTIKLER:

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



NYLIG PUBLISERT



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

Fagartikkel



Forfattere:

Hilde Marie Nilsen, Monica Rosnes og Ann-Chatrin Leonardsen

Pasienter med ARDS i mageleie

Problemstilling: Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) forårsaker alvorlig hypoksisk respirasjonssvikt. Mageleie kan bidra til gunstige fysiologiske effekter og kan være et behandlingsalternativ ved ARDS.

Hovedbudskap: Pasienter med ARDS er kritisk syke og krever nøye overvåkning i intensivavdeling. Mageleie kan være krevende behandling. Intensivsykepleiere/sykepleiere har behov for solid kompetanse for å ivareta en krevende og kompleks pasientgruppe som dette.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

Marie Therese Raknes, Anette Bodin og Ann-Chatrin Leonardsen

Gassemboli – en alvorlig komplikasjon

Problemstilling: Gassemboli er en sjelden, men alvorlig tilstand. Den gir akutte blodtrykks- og ventilasjonsproblemer som må håndteres akutt. Kunnskap og oppmerksomhet er viktig for å kunne forebygge samt raskt identifisere tiltak.

Hovedbudskap: Hysteroskopi blir anvendt både diagnostisk og operativt. I Norge utføres det om lag 3 000 hysteroskopier årlig. Gassembolier under kirurgiske hysteroskopier er en komplikasjon som kan oppstå peroperativt, med mulige fatale følger. Selve gassembolien er vanskelig å unngå, men man bør forebygge mortalitet og morbiditet som følge av den. Det er stilt spørsmål om hvorvidt gassemboli har blitt anerkjent som en svært alvorlig komplikasjon. Det er derfor ønskelig å rette mer oppmerksomhet mot dette temaet.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





TOK GREP I ANATOMI, FYSIOLOGI OG BIOKJEMI

Universitetet i Agder bruker summegrupper, quiz og har NatVit-kafé for å gjøre studentene bedre i anatomi, fysiologi og biokjemi.

ERFARINGSARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
70 % praksis
30 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62690



Jørn Hustad
Universitets-
lektor, Universi-
tetet i Agder

I desember 2016 gjennomførte NOKUT nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi for studenter på bachelorstudiet i sykepleie. 4 838 studenter gjennomførte eksamen og fikk sensur (1). På evalueringsmøtet i april 2017 i regi av NOKUTs arbeidsgruppe ble det uttrykt ønsker om at utdanningsstedene delte erfaringer med ulike undervisnings- og veiledningsopplegg. Hensikten med denne artikkelen er å dele våre erfaringer med undervisnings- og veiledningsopplegget vi har gjennomført ved sykepleierutdanningen ved Universitetet i Agder (UiA).



Arne Leland
Universitets-
lektor, Universi-
tetet i Agder

Dette undervisningsopplegget er gradvis utviklet over flere år og har hatt som mål å øke studentenes interesse for anatomi, fysiologi og biokjemi. Vi beskriver ikke hva som er pedagogisk korrekt og optimalt i en slik utdanning, bare de aktivitetene som vi har gjennomført for å prøve å gi studentene mer kunnskap i emnet. Vi håper at artikkelen kan inspirere andre læresteder til å prøve ut ulike studentaktive metoder og formidle erfaringer med ulike typer pedagogikk i dette emnet.

MYE STRYK TIDLIGERE

Sykepleierutdanningene ved høyskoler og universiteter i Norge har hatt høy strykpersent i emnet

«anatomi, fysiologi og biokjemi» (1). Studenter har opplevd emnet som krevende, og mange har måttet gå opp til utsatt eksamen senere i studiet. En del studenter har fått et forsinket studieløp på grunn av dette. Forsinket studieløp er uheldig for den enkelte studenten. Det gir dessuten en lavere gjennomstrømming i studiene for utdanningsinstitusjonene og er ugunstig med tanke på samfunnets behov for sykepleiere.

Ved nasjonal eksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi høsten 2016 var det svært varierende gjennomsnittskarakterer mellom studiestedene (1), og strykpersenten varierte mye fra lærested til lærested (2).

Ved UiA er kullene i bachelor i sykepleie på cirka 170 i Kristiansand og 130 i Grimstad. Opptakskarakterene ved UiA var i 2016 omtrent som på landsgjennomsnittet for sykepleierutdanningene i Norge (3). Resultatene ved nasjonal eksamen var ikke helt i toppsjiktet, men begge campusene var i øvre halvdel av NOKUTs resultatliste både for oppnådde gjennomsnittresultater (Kristiansand 2,9 og Grimstad 2,4; UiA samlet 2,7) og strykpersent (Kristiansand 10 og Grimstad 12,1). Studentenes resultater var bedre enn predikert gjennomsnittsskår (1). Vi håper og tror at undervisnings- og veiledningsopplegget har bidratt til at

studentene har oppnådd disse resultatene på begge campusene ved UiA.

IDÉGRUNNLAG

Undervisningsopplegget er basert på to grunntanker: Søren Kierkegaards (4) utsagn «Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst» (vår oversettelse), og Aaron Antonovskys (5) modell for salutogenese, som egentlig beskriver hvordan man kan utvikle bedre helse på tross av belastninger. Denne modellen er ikke rettet mot pedagogisk virksomhet.

Likevel synes vi at den har stor overføringsverdi til pedagogikk, i og med at den søker å skape en «opplevelse av sammenheng» som bygger på de tre elementene «begripelighet», «håndterbarhet» og «meningsfullhet». Vi tror at disse tre elementene er grunnleggende for at studentene skal bli motivert til å bruke egne ressurser optimalt. Vi tror også at motivasjon til å bruke egne ressurser er den viktigste drivkraften i arbeidet med lærestoffet.

UNDERVISNING OG VEILEDNING

Vi har fem former for undervisning og veiledning eller tilbakemelding:

Fakta ●●●

Hovedbudskap

På evalueringsmøtet om nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i sykepleierutdanningen i regi av NOKUTs arbeidsgruppe ble det uttrykt ønsker om at utdanningsstedene delte erfaringer med ulike undervisnings- og veiledningsopplegg. Vi ønsker å formidle ideer og erfaringer fra vårt pedagogiske opplegg ved Universitetet i Agder med andre studiesteder, da vi har erfart at det kan gi gode resultater.

Nøkkelord

- Undervisning
- Anatomi
- Fysiologi
- Biokjemi



BEDRE STUDENTER: Undervisnings- og veiledningsopplegget ved Uia kan ha bidratt til gode karakterer og mindre stryk i anatomi, fysiologi og biokjemi for sykepleierstudentene. Illustrasjonsfoto: Universitetet i Agder

forelesninger, NatVit-kafé, studie-spørsmål, bruk av studentassistenter og ulike eksamenskrav og tester.

FORELESNINGER

Studentene får cirka 66 timer med forelesninger i emnet «Menneskets anatomi, fysiologi og biokjemi». Flertallet av foreleserne i emnet er spesialsykepleiere eller sykepleiere med masterkompetanse. Én foreleser er biolog, og én er fysioterapeut. Alle er ansatt ved Uia, noen med arbeidsplass i Grimstad og noen i Kristiansand. Det er de samme foreleserne med samme pedagogiske opplegg ved begge campusene. Dette er noe vi har gjort bevisst fordi det tidligere har

vært større ulikheter i eksamensresultatene mellom campusene; nå får studentene det samme tilbudet begge steder.

Forelesningene foregår hovedsakelig med PowerPoint-presentasjoner i en storsal eller aula, og vi forsøker å visualisere lærestoffet med mye bilder, eventuelt filmer. Presentasjonene legges ut før forelesningene. Studentene blir oppmuntret til å skumme gjennom et aktuelt kapittel før forelesningen for å se etter hovedtrekk i lærestoffet og studere illustrasjoner. I forelesningene legger vi vekt på å anvende et språk som forklarer lærestoffet på en oversiktig og forståelig måte.

«Vi har som mål at alle studentene ved endt forelesning skal ha en opplevelse av å ha forstått de viktigste elementene i temaet som er presentert.»

Vi har som mål at alle studentene ved endt forelesning skal ha en opplevelse av å ha forstått de viktigste elementene i temaet som er presentert. Det krever at foreleseren kjenner lærestoffet så godt at vedkommende kan fremstille det med klarhet, og at foreleseren hjelper studentene med

å bevare hovedoversikten i lærestoffet når de går dypere inn i det. Studentene verdsetter at man starter neste time med et par minutters repetisjon av det viktigste fra forrige time.

Studentene oppfordres til å lese læreboken straks etter forelesningene for å





beholde oversikten fra forelesningen og så gå dypere inn i detaljene i lærestoffet. Vi ønsker at studentene lærer de latinske anatomiske betegnelsene, da disse anvendes i klinisk praksis og for eksempel i internasjonalt arbeid.

SUMMEGRUPPER OG QUIZ

Etter at vi har gjennomgått sentrale eller vanskelige aspekter ved et tema, kan vi avbryte undervisningen noen minutter og be studentene «summe» sammen to og to for at de skal forklare for hverandre hva de selv forstår av det som er undervist. Deretter åpner vi for spørsmål til læreren.

Noen lærere legger inn avbrudd i undervisningen for at studentene skal svare på quiz med Kahoot! om det aktuelle temaet (se faktaboks). Disse elementene bidrar til økt forståelse («begripelighet») og engasjement i undervisningen. Forståelse er viktig for at studentene skal få

Fakta

Kahoot!

Spillbasert læringsplattform som brukes for å lage quizer. Kahoot! kan for eksempel brukes som læringsstøtte for å teste hvor langt hver elev har nådd i forhold til oppsatte læringsmål. Mobilapplikasjonen ble lansert i Norge i august 2013 og brukes av 50 millioner mennesker i 180 land.

Kilde: Kahoot!, Wikipedia

Fakta

Fronter

Norskutviklet plattform for nettbasert læring og samarbeid, utviklet spesifikt for utdanningssektoren. Fronter har over åtte millioner brukere fordelt på over 30 land og brukes av mange utdanningsinstitusjoner.

Kilde: Fronter, Wikipedia

positiv motivasjon («meningsfullhet») til å engasjere seg i lærestoffet.

NATVIT-KAFÉ

De siste årene har vi innført noe som vi kaller NatVit-kafé: Tre ganger i løpet av semesteret møter grupper på cirka 15–20 studenter i et klasserom med alle lærerne som har undervist i temaer frem til NatVit-kafeen, eventuelt siden forrige NatVit-kafé. Studentene kan stille spørsmål fra de ulike forelesningene til hver enkelt lærer for å få en bedre forståelse av lærestoffet. Studentene gir uttrykk for at det er mye lettere for dem å spørre i en slik liten gruppe enn i plenum i en stor aula.

Etterpå kan den gruppen som har stilt spørsmål, sette seg bak i rommet for å høre hva neste gruppe spør om, slik at de kan lære ytterligere. Dette opplegget går etter en oppsatt plan med bytte av grupper cirka hvert 20. minutt. I emnevedringen har studentene svart at de liker NatVit-kafeen meget godt; de blir mer kjent med lærerne, og de kan konsentrere seg om det de selv trenger mer kunnskap om.

STUDIESPØRSMÅL

Rundt hundre studiespørsmål av typen «nevnt, beskriv, forklar, gjør rede for» er utviklet for studentene innen temaene i pensum. Studiespørsmålene kvalitetssikres ved at begge emneansvarlige i Kristiansand og Grimstad sammen gjennomgår dem og eventuelt endrer noen spørsmål. Spørsmålene revideres og endres noe årlig. Studiespørsmålene legges ut i Fronter (se faktaboks) ved studiestart, slik at studentene kan arbeide kontinuerlig med dem hele semesteret.

I forbindelse med nasjonal eksamen ble det utviklet nye studiespørsmål, og vi gjorde studentene kjent med læringsmålene ved nasjonal eksamen. Studentene uttrykker at studiespørsmålene dekket svært mye av læringsutbyttet og faginnholdet som ble beskrevet av NOKUTs arbeidsgruppe. Studiespørsmålene og læringsmålene bidro til å gjøre studentene trygge på at de arbeidet med de viktige temaene og

detaljene før nasjonal eksamen.

STUDENTASSISTENTER

Høsten 2016 innførte vi en prøveordning med studentassistenter. To studenter fra andre studieår ved hver campus med gode karakterer i anatomi, fysiologi og biokjemi skulle gi førsteårsstudentene faglig veiledning og studietekniske

råd om hvordan de kunne arbeide med lærestoffet.

Studentene og studentassistenterne hadde tre samlinger i løpet av høstsemesteret. Dessverre

måtte samlingene legges utenfor timeplanen, da denne allerede var lagt uten at det var planlagt at det skulle innføres studentassistenter. Det førte til at oppmøtet ikke ble så godt som ønsket og forventet, men de som deltok, var meget fornøyde med å få veiledning og råd fra erfarne studenter.

I neste kull vil vi forsøke å samkjøre NatVit-kafé, møte med studentassistenter og gruppearbeid innenfor de samme timene på timeplanen. Vi vil lage en rotasjonsordning mellom disse «stasjonene», slik at det ikke blir mer tidsbruk for studentene, men mer konsentrert læring med ulike former for pedagogikk innen det samme tidsrommet. Vi tror dette styrker både «begripelighet», «håndterbarhet» og motivasjon.

Studentassistenterne har også en viktig rolle ved at de gjennomgår innleveringene av et eksamenskrav – eksamenskrav 2 – i samarbeid med emneansvarlig og gir muntlig tilbakemelding på eksamenskravet.

EKSAMENSKRAV OG TESTER

Mange studenter har tidligere uttrykt at de ønsker flere tilbakemeldinger og mer testing for å bli tryggere på egen faglige utvikling. Derfor har vi innført to eksamenskrav og én prøveeksamen med selvutbedring.

For at studentene skal komme tidlig i gang med arbeidet i emnet, har vi første eksamenskrav allerede fire uker etter studiestart, med

«De siste årene har vi innført noe som vi kaller NatVit-kafé.»

innlevering i Fronter med automatisk sensur. Eksamenskrav 1 består av en hjemmeoppgave i form av en individuell MCQ-test (se faktaboks). Innen to uker må studentene ha 90 prosent riktige svar for å få godkjent besvarelsen, og de kan levere så mange ganger de vil i løpet av denne tiden til de oppnår mange nok riktige svar. Noen få har behov for en ny test i Fronter, som ikke innebærer merarbeid for læreren fordi testen blir rettet automatisk.

To måneder etter studiestart skal studentene levere en gruppebesvarelse med besvarte studie-spørsmål. Læreren velger spørsmålene til gruppebesvarelsen fra de opprinnelige studiespørsmålene. I besvarelsen skal det fremgå hvem i gruppen som har bidratt med hva i det innleverte produktet. Student-assistentene vurderer innlevingsbesvarelsene i samarbeid med emneansvarlig og gir gruppene muntlig tilbakemelding om faglig innhold og nivå. Alle gruppene besto dette kravet, men flere fikk tilbakemelding om at faglig innhold og nivå burde forbedres betydelig før eksamen.

Omtrent fire uker før nasjonal eksamen får studentene tilbud om å gjennomføre en prøveeksamen på to timer. Denne består av samme oppgavetyper som de vil få ved nasjonal eksamen, som MCQ-spørsmål og «nevnt, beskriv,

Fakta

MCQ-test

Oppgavesett med spørsmål som har flere svaralternativer, der kun ett svar er korrekt. Kalles også flervalgsoppgave.

Kilde: NTNU

forklar»-spørsmål. Formålet med prøveeksamenen er at studentene selv skal finne ut hva de kan godt, og hva de bør arbeide mer med før eksamen.

Prøveeksamenen gjennomføres i storsal eller aula, hvor studentene sitter ved siden av hverandre og besvarer oppgavene. Det betyr at de selvsagt kan jukse ved å se på sidemannen eller google svar på nett med mobiltelefonen, men vi informerer dem om at de da ikke får noen innsikt i om de selv har tilstrekkelige kunnskaper i de ulike emnene. En lærer er til stede underveis for å svare på eventuelle spørsmål, og samme lærer gjennomgår så svarene i plenum. Denne gjennomgangen tar omtrent 30–45 minutter. Under gjennomgangen utfører studentene selvsensur av sin egen besvarelse og kan deretter legge sin

egen strategi for å bli bedre forberedt til eksamen.

Prøveeksamenen er ikke obligatorisk, men vi opplevde å ha nesten hundre prosent fremmøte. Studentene har i etterkant vurdert prøveeksamenen som svært verdifull og gitt uttrykk for at den ga god retning i arbeidet mot nasjonal eksamen. Samtidig fikk de erfaring med hvor mye tid de måtte beregne på de ulike oppgavene («økt håndterbarhet»).

Disse tre testene gjør studentene kjent med den typen spørsmål de får til eksamen, og det faglige innholdet i emnet. De arbeider faglig både individuelt og i grupper og får kjennskap til egen faglig utvikling utover i semesteret.

ØNSKER Å DELE IDEER

Vi har her beskrevet hva vi har valgt å gjøre for å stimulere våre studenter til å arbeide motivert med lærestoffet i anatomi, fysiologi og biokjemi. Det krever noen ressurser, men det får man tilbake i form av gode resultater og god gjennomstrømming i studiet. Det finnes selvsagt andre måter å gjøre dette på. Man kan for eksempel la studentene dissekere dyreorganer, arbeide med «organ-dokker», gi studentene tilgang til digitale programmer i emnet og mye annet.

Vi har her delt våre erfaringer og vil gjerne få tilbake nye ideer og mer

kunnskap fra andre læresteder om hvordan man videre kan øke studentenes interesse for anatomi, fysiologi og biokjemi. Vi ønsker at våre fremtidige sykepleiere kan få enda bedre kunnskaper i emnet enn de har i dag. ●

Arne Leland døde før artikkelen ble publisert. Artikkelen publiseres i henhold til Lelands ønske.

REFERANSER:

1. Skåtun KC og Tokstad K. Nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi for sykepleierutdanningene. Oslo: NOKUT; 2017. Tilgjengelig fra: http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Kunnskapsbasen/Rapporter/H9C3%BBYere%20utdanning%20E2%80%93%20oppsummeringer/2017/Nasjonal_deleksamen_anatomi_fysiologi_biokjemi_sykepleierutdanningen_h_2016.pdf (nedlastet 11.05.2017). (Tidligere: http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/Nasjonal%20deleksamen/Sykepleier/Gjennomsnittskarakter%20per%20studiested,%20h%20C3%BBsten%202015%20og%20h%20C3%BBsten%202016.pdf (nedlastet 11.05.2017).)
2. Dolonen KA. Nasjonal deleksamen: 1 av 3 strøk i anatomi, fysiologi og biokjemi 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/01/strykprosenten-er-fremdeles-bekymringsfull-hoy> (nedlastet 11.05.2017).
3. Utdanning.no (nasjonal nettportal for informasjon om utdanning og yrke). Tilgjengelig fra: <https://utdanning.no/studiebeskrivelse/sykepleie> (nedlastet 07.08.2017).
4. Kierkegaard S. Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I: Kierkegaard S. Samlede værker. Bind. 18, s. 96. København: Gyldendal; 1994 (s. 96).
5. Antonovsky A. Helsen mysterium (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

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

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

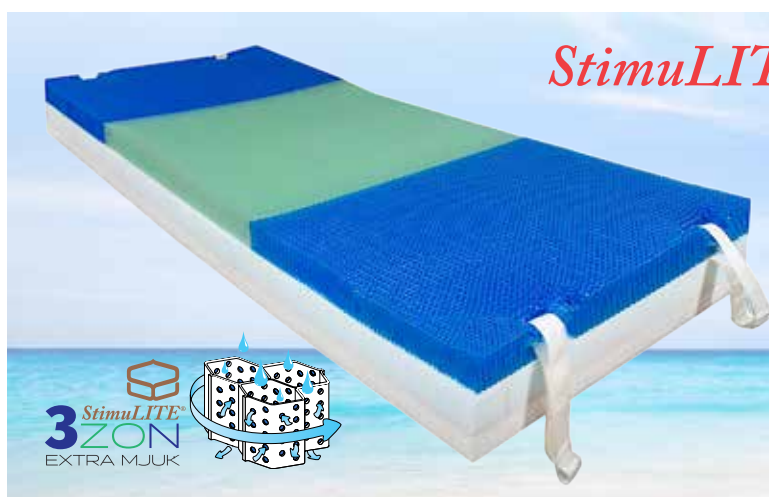
For en kjølig og trykkløst søvn ved langvarig bruk eller under behandling av trykksår opp till grad 3. Sikker og lethåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger

Bestill produktvisning og utprøving nå!

Tel: 48 50 32 97

E-post: ordre@rehabshop.com

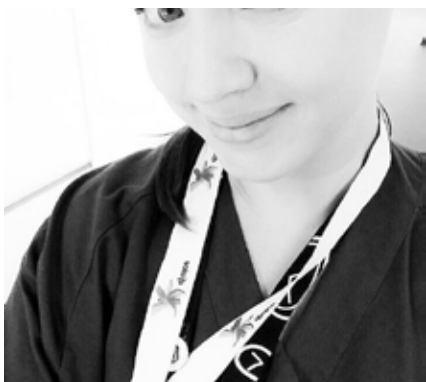
www.rehabshop.as





 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@chrisinsta83

Hatt en hektisk jobbhelg. Men gleder meg allerede til vakt igjen onsdag. Snart jobbet 2 måneder som sykepleier. Tiden flyr, når man har det gøy!



@martine_ultn

Oppgård har fått seg ny sykepleier gitt. Ny jobb, nye utfordringer - bring it!



@szocsandi

Flettefin til Karrierdagene i dag. Artig å ha intro om sykepleierutdanningen til ungdommene



@gunleiksrud

Så glad blir man av å jobbe som nyutdannet på sykehjem



@cathrinenarum

Etter 4 uker sommerferie (og to nattevakter) er jeg klar for jobbhelg



@saarsand

Siste dag på jobb i går og siste selfie i kirurgisk uniform for en stund



@mariacocozza

Litta hoppesprett i kveld



@gamernurse

Norge trenger et #sykepleierløft!



@nurse-sanne

This is how this nurse enjoys her day off



– Ingen dager er like her, sier Tove Mette Langmo.

Tar imot flyktninger

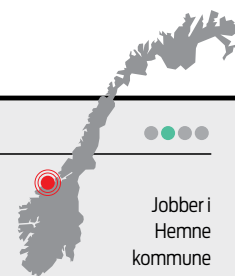
● Fortalt til **Sissel Vetter**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1989

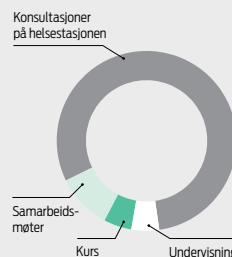
CV

1989–1990: Ringebu alders- og sykehjem
1990–1998: Hemne helsesenter
1998 til d.d.: Hemne helsestasjon, med flyktningehelse som oppgave



Jobber i Hemne kommune
63°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Stillingen min er relatert til flyktninghelsetjeneste til de som bor i et privat mottak. Fysisk holder jeg til på helsestasjonen. Alle barn og voksne som kommer til mottaket blir innkalt til helsesamtaler. Bakgrunn, flukt, fysisk og psykisk helse blir kartlagt. Det er tilbud om blodprøver og oppfølging. Jeg følger også opp vaksiner. Noen blir henvist til andre tjenester. Jeg tar synsprøver, hørselstester, høyde og vekt. Jeg har også noe oppfølging av smittsomme sykdommer. Det er flest avtalte timer ettersom jeg må bruke telefon-tolk til alle konsultasjoner.

Noen som kommer hit kan være fortvilte på grunn av at de har fått avslag hos UDI. Andre kan komme innom med brev fra ulike etater, eller regninger som de ikke forstår noe av.

Av og til kommer noen uanmeldt. Da prøver vi å kommunisere etter beste evne. Det går på norsk, engelsk og kroppsspråk. Vi ler mye. Noen komiske situasjoner blir det. Som da jeg trodde en snakket om en «bombe», noe som viste seg å være et ønske om å låne en (bryst) pumpe.

Jeg drar også på hjemmebesøk. Det er hos de med et nyfødt barn, eller det kan være oppfølging i form av samtaler. Det er tett samarbeid med andre tjenester som barnevern, psykiatritjeneste og legetjeneste.

Å jobbe med flyktningehelse i mottak er en uforutsigbar bransje med mange utfordringer. Spesielt for barnefamilier som bor her i flere år. Spennet er stort. Ved ankomst til mottaket og kommunen er de glade og optimistiske. De har fred og ro, barna går i barnehage og på skole. Så går tiden uten noe svar fra UDI. Ventetiden er vanskelig. Å bo i mottak er en stor belastning. Bor du slik i mange år, kan det påvirke helsa og noen blir syke. Attpåtil får du kanskje avslag på søknaden din om opphold. Da er det vanskelig å hjelpe, og jeg føler meg hjelpeløs. Det er noe en må lære seg å leve med.

I møter med mange ulike folk og kulturer har jeg også fått aha-opplevelser. Noen ganger kan jeg være forutinntatt, men så møter jeg noen som gir meg en liten oppvåkning. Jeg lærer stadig noe nytt. En blir aldri utlært.

Nå skal Jarlen mottak dessverre legges ned. Det har vært et stødig mottak, men nå er flyktningstrømmen til Norge så lav at også vi ble rammet. ●

sissel.vetter@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



LÆRERIKT: Tove Mette Langmo møter daglig mennesker i alle aldre og fra flere ulike kulturer. Foto: Ann Elin Svanem



Hvis du ringer 113, har personen du får snakke med, en livsviktig mappe på 94 trykte sider foran seg. Den har Eirin Ellensen tatt doktorgrad på.

Når det piper i nødtelefonen

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

I dette øyeblikk er det noen som ringer 113. I den andre enden befinner det seg en AMK-sentral, og den som tar telefonen, er antagelig en sykepleier.

Operatørene på Norges 19 AMK-sentraler vet aldri hva eller hvem som venter: En desperat mor med en bevisstløs baby. En ruset og redd narkoman, som lurte på hva kompisen har fått i seg. En fly forbanna og forvirret gjenganger. Akutt nød, ulykker, tulletelefoner og tvangsforestillinger.

Arbeidshverdagen består ofte i å takle andres kaos og fortvilelse. Det må gjøres raskt og riktig.

Operatøren har gjerne tre–fire dataskjermer foran seg og har direkte kontakt med ambulansetjeneste, detaljerte kart og oppslagsverk, journalsystem og aksjonslogg. AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem) er det sentrale IT-verktøyet.

Arbeidsmiljøet er heldigitalt. Det vil si, på bordet ligger det også en ringmappe med helt analoge, relativt tettskrevne ark. Dette er “Norsk indeks for medisinsk nødhjelp”, også kalt Indeks.

Verktøyet skal hjelpe AMK-operatørene å ta riktige og raske beslutninger i nødssituasjoner, med detaljerte prosedyrer for alt fra fødsler til forgiftning, fra dyrebitt til dykkerulykker.

VIKTIG VERKTØY

– Indeks er utvilsomt et godt verktøy, selv om jeg ikke kan se noen fordeler av at det fremdeles er på papir, sier Eirin Ellensen.

10. august forsvarte legen sin doktorgrad ved Universitetet i Bergen. Temaet var hvordan nødssamtaler fra pasienter, pårørende og publikum håndteres, med særlig vekt på bruken av Indeks.

Indeks har vært i bruk på norske AMK-sentraler siden 1994. Det er oversatt til flere språk, og tilpassete versjoner er tatt i bruk i en rekke europeiske land.

Når en fjerde, revidert utgave på norsk i disse dager ferdigstilles, er det nok en gang på papir.

– Da jeg begynte på dette prosjektet i 2010, fikk jeg høre at det var bortkastet arbeid siden en digital versjon var like rundt hjørnet, ler Ellensen, sju år senere.

DIGITALE FORDELER

De siste årene har Helsedirektoratet hatt ansvaret for det faglige innholdet i Indeks.

«Jeg ikke kan se noen fordeler av at Indeks fremdeles er på papir.»

Da den siste revisjonen var ute til høring, ble direktoratet oppfordret av Den norske legeforening til å sørge for at det ble utviklet en elektronisk versjon med integrasjon i journal- og pasientadministrative systemer.

– Jeg mener en digitalisering vil gjøre Indeks både tryggere, raskere og mer presis, sier Ellensen.

– Du vil kunne integrere det med eksisterende systemer, hente ut data om selve bruken og lettere se hva som kan forbedres.

MYE BRUKT

Hvor godt Indeks fungerer i praksis og hvor effektivt og presist det er som verktøy, er uklart.

– Det har vi visst utrolig lite om til nå, og det aller viktigste funnet mitt er nok at Indeks faktisk brukes, forteller Ellensen.

En del av avhandlingen hennes består av en spørreundersøkelse sendt ut til operatører ved samtlige norske AMK-sentraler. Over 75 prosent oppga at de brukte Indeks ofte. En gjennomgang av lydlogger viste enda høyere bruk.

KRITERIEBASERT

Indeks er et kriteriebasert verktøy. Det vil si at de som bruker det, beveger seg nedover lister til de finner noe som passer med situasjonen.

I andre land, deriblant USA, har man i stedet et algorit mestyrt system. Da stiller operatøren konkrete spørsmål, og svarene avgjør hvor man går videre.

En annen fersk doktorand, Camilla Harderland ved Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, fant små ulikheter da hun analyserte en norsk og en amerikansk AMK-sentralers evne til å gjenkjenne hjertestans.

– Det hevdes at fordelene med algoritmesystemet er at de viktigste spørsmålene alltid blir stilt, forteller Ellensen.

– Samtidig kan det gi en veldig styrt og rigid samtale.

Hun mener fordelene med et kriteriebasert system er at man kan la innringer fortelle mer.

– Du kan ta høyde for kaos og kommunikasjonsutfordringer. En ulempe er derimot at AMK-operatøren kan bli avledet og kan gå glipp av vesentlig informasjon.

ET BLIKK UTENFRA

For tiden jobber Ellensen som lege i spesialisering ved Avdeling for rusmedisin på Haukeland



NØDMAPPEN: Norsk indeks for medisinsk nødhjelp har vært i bruk på AMK-sentraler siden 1994. Forsker og lege Eirin Ellensen har dokumentert at bruken er flitig. Foto: Helge Skodvin,

universitetssjukehus. Under doktorgradsarbeidet har hun vært stipendiat i Stiftelsen Norsk Luftambulans og tilknyttet ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin som forsker.

– Da jeg i sin tid søkte på en generell forskerstilling ved kompetansesenteret, ønsket de at jeg så på bruken av Indeks. De hadde snakket om at den var utrolig tynt belagt evidensmessig, forklarer hun.

Selv hadde hun bakgrunn fra farmakologi, og ingen fartstid fra AMK-sentraler.

– De ønsket seg nok noen som kunne se dette utenfra.

«Det er en veldig spesiell og krevende arbeidssituasjon.»

TØFF JOBB

I tillegg til å analysere logger, har Ellensen lyttet seg gjennom 300 nødsamtaler. Respekten for AMK-operatørene ble ikke mindre av det.

– Det er en veldig spesiell og krevende arbeidssituasjon, understreker hun.

– Jobber du på sykehus, har du muligheten til å følge mer med på hvordan det går med pasientene. Det kan ikke AMK-operatøren.

I den andre enden av samtalen befinner det seg jevnlig mennesker i sitt livs mest dramatiske øyeblikk. Mennesker i akutt fare for å dø eller miste en av sine nærmeste.

For operatøren er de stemmer uten ansikt. Skjebner de må overlate til andre, og så umiddelbart nullstille seg for neste livsviktige krise.

– De er tøffe de som sitter der, sier Ellensen. ●
ingvald.bergsagel@sykeplein.no



KJENN TEGNENE PÅ DELIRIUM HOS ELDRE

Hvis sykepleierne kjenner tegnene på delirium hos eldre pasienter på hjerteavdelingen, kan de lettere forebygge og behandle tilstanden.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
30 % praksis
 70 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62845



Leslie S.P. Eide
 Førsteamanuensis,
 Høgskulen på
 Vestlandet



Irene Instenes
 Spesialsykepleier i
 geriatri, Haukeland



Anette Ranhoff
 Professor i geriatri,
 UIB, Diakonhjem-
 met sykehus og
 Haraldsplass
 diakonale sykehus



Hege Andersen Amofah
 Spesialsykepleier i
 geriatri, Haukeland



Tone Merete Norekvål
 Fag- og forsknings-
 sykepleier og pro-
 fessor, Haukeland,
 UIB og Høgskulen
 på Vestlandet

Delirium er en tilstand som karakteriseres ved akutte forandringer i kognitiv funksjon, oppmerksomhet og bevissthet som følge av en eller flere fysiologiske påkjenninger (1, 2). Forandringene kan variere i intensitet i løpet av døgnet og avviker fra hvordan pasienten er til vanlig (1). De fleste sykepleiere har erfaring med deliriske pasienter, og mange vil assosiere delirium med agiterte eller utagerende personer som prøver å fjerne urinkateter, dren og medisinsk utstyr. Få vet derimot at pasienter som sover usedvanlig mye, har problemer med å følge instruksjoner, svarer kort på tiltale eller sovner under samtalen, også kan ha delirium (3).

Pasienthistorie 1: Kvinne 86 år beskriver sin opplevelse av delirium postoperativt etter aortaklaffkirurgi:

«Jeg husker en natt spesielt, jeg var inne i en masse klær. Klarte ikke å finne veien ut igjen. Det var en sånn merkelig tilstand ... du drømte, men likevel så var du lys våken.» (4)

Mangelfull kunnskap om delirium kan føre til feilvurderinger og redusert pasientsikkerhet. I vår kliniske hverdag kommer vi i kontakt med pasienter som kan feilvurderes til å ha demens eller psykiatrisk sykdom, men som i realiteten har delirium. Forskning viser at delirium etter hjerteprosedyrer er knyttet til lengre sykehusopphold (5), høyere risiko

for reinnleggelser (6), redusert fysisk funksjon (7, 8) og kognitiv dysfunksjon (9). Delirium medfører behov for videre oppfølging i institusjon og økte behandlingskostnader (10) samt høyere dødelighet (6, 11).

Det er ikke uvanlig at pasienter som ikke har symptomer på delirium når de legges inn på sykehus, utvikler delirium under oppholdet. I takt med at flere eldre får tilbud om avansert hjertemedisinsk og kirurgisk behandling, kan det forventes at delirium blir et økende problem ved hjerteavdelingen.

Sykepleierrollen endres med nye utfordringer da sykepleieren ofte er i tettere kontakt med disse pasientene enn annet helsepersonell (12). Flere av de ikke-farmakologiske strategiene som har vist seg å være effektive ved forebygging av delirium (13, 14), er også en naturlig del av sykepleierens oppgaver. Denne artikkelen har derfor som hensikt å drøfte risikofaktorer og forebyggende tiltak ved delirium hos eldre pasienter innlagt på hjerteavdelingen.

PATOFYSIOLOGI OG RISIKO

Patofysiologien ved delirium er ikke tilstrekkelig kartlagt, men det er kjent at en kombinasjon av predisponerende og utløsende faktorer kan føre til delirium (15). Predisponerende faktorer er karakteristika ved pasienten som ikke lar seg påvirke, slik som alder ≥ 75 år, kognitiv svikt,

komorbiditet eller tidligere gjenomgått delirium (15, 16). Delirium kan utløses av direkte påvirkning på hjernen, som for eksempel et hjerne-slag. De vanligste utløsende faktorene er imidlertid ubalanse i kroppen som hypoksi, inflammasjon og metabolske forstyrrelser i blodsukker eller elektrolytter.

Aldersforandringer fører til redusert reservekapasitet i mange organer med sårbarhet for organsvikt. Videre fører de til redusert homeostase og reduserte kompensasjonsmekanismer. Faktorer som er mindre vesentlige for yngre og robuste individer, som for eksempel urinveisinfeksjon, stress, høreapparat eller briller som ikke blir benyttet, kan bidra til delirium hos eldre pasienter (17). I en hjerteavdeling kan smerte, enten etter hjerteprosedyrer eller ved angina, hypoksi, bruk av monitoreringsutstyr og redusert søvnkvalitet, være utløsende faktor for delirium.

Ulike typer inngrep, inkludert aortaklaffkirurgi, har også blitt identifisert som utløsende faktorer for delirium hos pasienter over 80 år (18). Figur 1 viser predisponerende og utløsende faktorer for utvikling av delirium hos hjertepasienter.

KAN OGSÅ VÆRE ROLIGE

Med utgangspunkt i psykomotorisk aktivitet kan delirium klassifiseres som hyperaktiv, hypoaktiv eller blandet (19). Ved hjerteavdelingen kan

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Stadig flere eldre får tilbud om avansert hjertebehandling. Sykepleiere på hjerteavdelingen vil møte flere eldre pasienter med delirium. Forskning viser at ikke-farmakologiske intervensjoner gir de beste resultatene når tilstanden forebygges og behandles. Artikkelen drøfter risikofaktorer og forebyggende tiltak ved delirium hos eldre pasienter innlagt på hjerteavdelingen og gir eksempler på hvordan pasienter opplever å ha delirium.

Nøkkelord

- Delirium
- Hjerte- og karsykdom
- Eldre



ELDRE: Mangelfull kunnskap om delirium kan føre til feilvurderinger og redusert pasientsikkerhet. Illustrasjonen «Delirium» er laget av Nancy Andrews. Foto: Josh Winer

hyperaktivt delirium identifiseres ved at pasienten er urolig og har problemer med å forstå at medisinsk-teknisk utstyr er nødvendig. Pasienten kan forsøke å fjerne monitorledninger, oksygenmaske, urin-kateter eller veneflon samt klatre over sengehesten. Pasienter med hypoaktivt delirium kan virke fjerne og apatiske. Forandringene i oppmerksomhet og bevissthet fører til at de har vanskeligheter med å holde seg våkne under samtaler. De kan

også ha problemer med å følge instruksjoner fra fysioterapeut og annet personell.

For pasienter med delirium er forstyrret oppmerksomhet og bevissthet karakteristiske symptomer (1). Pasientene kan ha vanskeligheter med å følge instruksjoner, eller de fremviser unormal motorisk aktivitet som varierer i intensitet i løpet av døgnet. Dessuten kan pasienter med delirium ha kognitive forstyrrelser i form av redusert hukommelse,

desorientering eller persepsjonsforstyrrelser (1) (tabell 1, s. 54).

Pasienthistorie 2: Kvinne 88 år beskriver hallusinasjoner i delirium postoperativt etter aortaklaffkirurgi:

«Det gikk et sånt rør oppi taket og der krøp det dyr bortetter. Så ble det verre, hele veggen kom imot meg. Det var fryktelig ubehagelig. Jeg skrek slik at jeg ikke fikk komme inn på sykepleiernes vaktrom.» (4)

Det er viktig å påpeke at delirium ikke er en sykdom i seg selv, men et

tegn på akutt hjernesvikt og ubalanse som kroppen ikke klarer å kompensere for. For eldre pasienter kan selve hjerteintervensjonen og de nødvendige prosedyrene relatert til denne, være utløsende faktorer for tilstanden. Dette kan være elektroder og ledninger som overvåker hjertefunksjonen, urinkateter, immobilitet, forflytting fra intensiv til sengepost, dehydrering eller bruk av sedativer. Komplikasjoner som blødning, infeksjoner





Tabell 1: Diagnostiske kriterier for delirium

- A Forstyrret oppmerksomhet (for eksempel redusert evne til å fokusere, opprettholde og/eller endre oppmerksomhet) og bevissthet (redusert evne til å orientere seg i omgivelsene).
- B Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), representerer en akutt endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i grad av alvorlighet gjennom døgnet.
- C Ytterligere forstyrret kognisjon (for eksempel redusert hukommelse, desorientering, språk- eller persepsjonsforstyrrelser).
- D Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en allerede kjent nevrokognitiv lidelse eller oppvåkingsfasen fra koma.
- E Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser (rusmidler eller legemidler), abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker.

Hentet fra det amerikanske psykiatriske diagnosesystemet Diagnostic and Statistic Manual 5 (DSM-5) (31).

eller atrieflimmer kan også være utløsende faktorer for tilstanden (figur 1, s. 55).

IDENTIFISERE DELIRIUM

Pasienten kan veksle mellom å ha hypo- og hyperaktivt delirium i løpet av kort tid, og disse variasjonene gjør det vanskelig å identifisere delirium. I tillegg kan akutte forandringer i oppmerksomhet, bevissthet og kognitiv funksjon være vanskelige å oppdage, spesielt for pasienter som er akutt innlagt. Påførende er ofte de første som oppdager forandringene, og deres innspill er derfor viktige.

Det er utviklet flere instrumenter som brukes til å identifisere delirium. The Confusion Assessment Method (CAM) (20) er det mest kjente (21, 22). CAM vurderer om det har oppstått forstyrrelser i oppmerksomhet og bevissthet i løpet av kort tid, det vil si timer eller noen få dager. Instrumentet vurderer i tillegg om disse forstyrrelsene representerer en akutt endring i tilstanden. CAM identifiserer om pasienten har en desorganisert tankegang, og om denne veksler i alvorlighetsgrad gjennom døgnet. CAM er oversatt til norsk (23) og har blitt validert for pasienter etter hjertekirurgi (24). 4AT (25) er et nytt instrument til å identifisere delirium, som er enkelt i bruk og oversatt til norsk (26).

FOREBYGGENDE TILTAK

Sykepleieren har en viktig rolle for å forebygge delirium da flere av de utløsende faktorene ved delirium er tett relatert til sykepleiefaglige oppgaver. Det kan være utfordrende å skulle ivareta pasienter med delirium, en situasjon som både er ressurs- og tidkrevende i en hektisk sykehushverdag. Sykepleieren er ofte den første som registrerer endring i pasientens mentale tilstand, og som er ansvarlig for videre oppfølging og behandling. Dagens hjerteavdelinger er sammensatte, og pasienter i ulik alder med svært forskjellig behandlingsbehov ivaretas på samme enhet. Eldre pasienter utsettes ofte for stress, støy og tidsknapphet – faktorer som påvirker utvikling av delirium på en negativ måte (12).

Pasienthistorie 3: Kvinne 82 år beskriver hvordan hun i delirium klarte å orientere seg ved hjelp av omgivelsene utenfor sykehusvinduet:

«Jeg så ut av vinduet og så dette fjellet. Jeg husker at utsikten forvirret meg. Plutselig forsto jeg hvilket fjell det var og klarte ved hjelp av dette å finne ut hvilket sykehus jeg befant meg på.» (4)

Forskning har vist at det er mulig å forebygge en tredjedel av alle tilfeller av delirium. Pasienter med høy risiko for å utvikle delirium må vies

ekstra oppmerksomhet (16). Nylig publiserte data viser hvordan pasienter over 80 år opplevde forstyrrelser i søvn-, hvile- og aktivitetsmønstre postoperativt.

I denne studien utførte vi både subjektive og objektive målinger av søvn i fem postoperative dager. Det fremgår tydelig av resultatene hvordan pasientene opplevde redusert og avbrutt søvn etter både aortaklaffkirurgi (SAVR) og kateterbasert aortaklaffimplantasjon (TAVI). I tillegg sov pasientene mer på dagtid enn om natten, noe som igjen førte til inaktivitet (27).

BEHANDLE DELIRIUM

Behandling av delirium inneholder hovedsakelig to komponenter: behandling av underliggende årsak(er) og tilrettelegging av miljøet rundt pasienten. Med kartlegging og behandling av de antatt akutt underliggende årsakene mener vi for eksempel å sikre adekvat oksygeninnhold i blodet, tilfredsstillende ernæring og væskebalanse samt normale naturlige funksjoner som tarm- og blærefunksjon (16). Videre bør utløsende faktorer ivaretas, som medisiner, smertelindring, infeksjoner og søvnforstyrrelser (28).

Den andre komponenten er å til-

rettelegge miljøet rundt pasienten (16). Pasientens evne til orientering fremmes ved å tilstrebe tilstrekkelig nattesøvn, rolige og oversiktlige omgivelser samt lett synlig kalender og klokke i pasientrommet. I tillegg må sansesvikt korrigeres med vel-fungerende briller og

høreapparat (29). Kommunikasjon og informasjon er viktig når delirium skal behandles (29). Det å snakke med pasienten om årsaken til sykehusinleggelsen og hvilken rolle du som sykepleier har, er bedre enn å spørre vedkommende om han vet hvor han er, eller hvem du er.

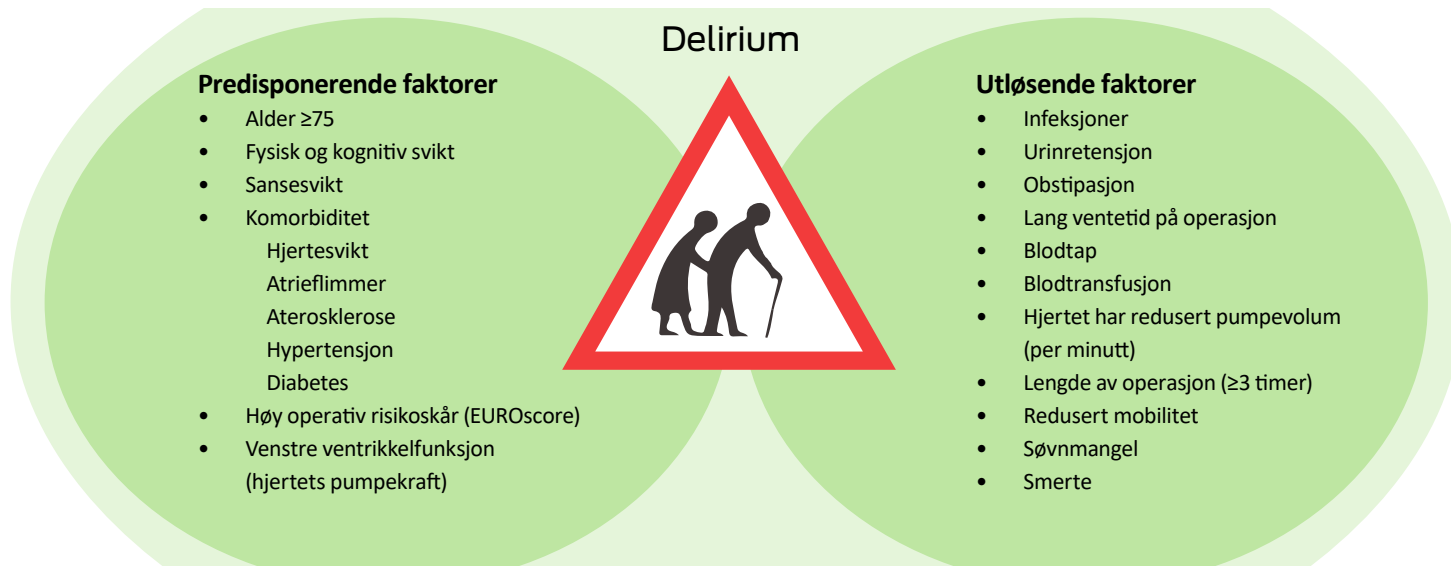
Trygghet er et nøkkelord i arbeidet med pasienter med delirium. Dersom det er mulig at pasienten får enerom, og at pårørende kan

«For pasienter med delirium er forstyrret oppmerksomhet og bevissthet karakteristiske symptomer.»

FAGARTIKLER:

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

Figur 1: Predisponerende og utløsende faktorer for delirium hos eldre hjertepasienter (32–34).



være mest mulig til stede, kan det bidra til å øke trykgheten til pasienter med delirium. Likevel har noen pasienter behov for fastvakt. Mobilisering er også et tiltak i behandling av delirium (30).

Vår kliniske erfaring viser at det er mulig å mobilisere pasienter på eller over 80 år tidlig etter hjertekirurgi. For en nylig hjerteoperert pasient kan det å sitte oppe i en stol bidra til å øke oksygenering og perfusjon, og det kan forbedre orienteringen (23). Likevel kan mobilitet bli påvirket av medisinsk-teknisk utstyr og bruk av urinkateter. Bruk av permanent urinkateter må derfor vurderes nøye og seponeres så fort det er forsvarlig.

I noen tilfeller kan det være aktuelt å benytte farmakologisk behandling. Dette gjelder særlig pasienter som opplever hallusinasjoner, er utagerende og representerer en fare for seg selv og andre. Lavdosenevroleptika (haloperidol) kan brukes for å korrigere en slik uønsket endring i persepsjon og atferd. Antipsykotisk behandling (olanzapin, risperidon) er forsøkt som behandling, men det finnes ikke tilstrekkelig evidens som viser at legemidler reduserer symptomer, omfang eller lengden av deliriumstilstanden. Imidlertid må det tas i betraktning at bruk av antipsykotiske legemidler kan forlenge et

delirium og har vist å forverre kognitiv og fysisk funksjonssvikt hos pasienter med Alzheimer (16).

OPPSUMMERING

Delirium er en tilstand karakterisert ved akutt forandring og fluktuerende endringer av mental funksjon med uoppmerksomhet og endret bevissthetsnivå. Ettersom flere eldre pasienter får tilbud om avansert hjertebehandling, er det viktig at sykepleiere kjenner til predisponerende og utløsende faktorer for delirium, slik at pasienter som er i risikozonen, kan identifiseres og behandles. Kjennskap til de ulike formene for delirium – hyperaktiv, hypoaktiv og blandet – kan bidra til å optimalisere pleien som sykepleiere utøver. ●

REFERANSER:

- European Delirium Association, American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med* 2014;12:341.
- Lauck SB, Kwon JY, Wood DA et al. Avoidance of urinary catheterization to minimize in-hospital complications after transcatheter aortic valve implantation: An observational study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017;14(7):511-517. DOI: 10.1177/147451511716590. 27.06.2017.
- Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM Jr. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 2001;161(20):2467-73.
- Instenes I, Gjengedal E, Eide LS, Kuiper KK, Ranhoff AH, Norekval TM. «Eight days of nightmares» – Octogenarian patients' experiences of postoperative delirium after Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement. *Heart Lung Circ* 2017. DOI: 10.1016/j.hlc.2017.02.012.12.04.2017.
- Mangusan RF, Hooper V, Denslow SA, Travis L. Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. *Am*

- J Crit Care* 2015;24(2):156–63.
- Eide LS, Ranhoff AH, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, Kuiper KK et al. Readmissions and mortality in delirious versus non-delirious octogenarian patients after aortic valve therapy: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2016;6(10):e012683.
- Eide LS, Ranhoff AH, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, Kuiper KK et al. Delirium as a predictor of physical and cognitive function in individuals aged 80 and older after Transcatheter Aortic Valve Implantation or Surgical Aortic Valve Replacement. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(6):3178–86.
- Koster S, Hensens AG, Schuurmans MJ, van der Palen J. Consequences of delirium after cardiac operations. *The Annals of Thoracic Surgery* 2012;93(3):705–11.
- Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, Fong TG, Gross A, Inouye SK et al. Cognitive trajectories after postoperative delirium. *N Engl J Med* 2012;367(1):30–9.
- Rudolph JL, Boustani M, Kamholz B, Shaughnessy M, Shay K, American Delirium Society. Delirium: a strategic plan to bring an ancient disease into the 21st century. *J Am Geriatr Soc* 2011;59 Suppl 2:S237–40.
- Pauley E, Lishmanov A, Schumann S, Gala GJ, van Diepen S, Katz JN. Delirium is a robust predictor of morbidity and mortality among critically ill patients treated in the cardiac intensive care unit. *Am Heart J* 2015;170(11):79–86, e1.
- Dahlke S, Phinney A. Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice. *J Gerontol Nurs* 2008;34(6):41–7.
- Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puella M, Dowal S, Travison T et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175(4):512–20.
- Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD005563.
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911–22.
- Kukreja D, Gunther U, Popp J. Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. *Indian J Med Res* 2015;142(6):655–62.
- MacLulich AM, Ferguson KJ, Miller T, de Rooij SE, Cunningham C. Unravelling the pathophysiology of delirium: a focus on the role of aberrant stress responses. *J Psychosom Res* 2008;65(3):229–38.
- Eide LS, Ranhoff AH, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, Kuiper KK et al. Comparison of frequency, risk factors, and time course of postoperative delirium in octogenarians after transcatheter aortic valve implantation versus surgical aortic valve replacement. *Am J Cardiol* 2015;115(6):802–9.
- Lipowski JZ. Delirium updated. *Compr Psychiatry* 1980;21(3):190–6.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941–8.
- van Velthuisen EL, Zwakhalen SM, Warnier RM, Mulder WJ, Verhey FR, Kempen GI. Psychometric properties and feasibility of instruments for the detection of delirium in older hospitalized patients: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016;31(9):974–89.
- Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA* 2010;304(7):779–86.
- Ranhoff AH. Delirium (akutt forvirring). I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 452–62.
- Smulter N, Lingehall HC, Gustafson Y, Olofsson B, Engstrom KG. Validation of the Confusion Assessment Method in detecting postoperative delirium in cardiac surgery patients. *Am J Crit Care* 2015;24(6):480–7.
- MacLulich AM. 4AT – Rapid assessment test for delirium 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.the4at.com/> (nedlastet 23.02.2017).
- Evensen S, Furr T, Al-Fattal A, de Groot C, Lønne G, Gjevion E et al. Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2016;136(299):299–300.
- Amofah HA, Brostrom A, Fridlund B, Bjorvatn B, Haaverstad R, Hufthammer KO et al. Sleep in octogenarians during the postoperative phase after transcatheter or surgical aortic valve replacement. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016;15(2):168–77.
- Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. *J Palliat Med* 2013;16(4):423–35.
- Delirium: Diagnosis, prevention and management. London: National Clinical Guideline Centre – Acute and Chronic Conditions; juli 2010.
- Nydhahl P, Sriharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischl M et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the ICU: Systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14(5):766–77.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Virginia, USA: American Psychiatric Association; 2014.
- Arora RC, Djaiani G, Rudolph JL. Detection, prevention, and management of delirium in the critically ill cardiac patient and patients who undergo cardiac procedures. *Can J Cardiol* 2017;33(1):80–7.
- Hollinger A, Siegemund M, Goettel N, Steiner LA. Postoperative delirium in cardiac surgery: An unavoidable menace? *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2015;29(6):1677–87.
- Koster S, Hensens AG, Schuurmans MJ, van der Palen J. Risk factors of delirium after cardiac surgery: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10(4):197–204.



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:



Manglende registrering av fall i sjukeheim

Bakgrunn: Forebygging av fall i sjukeheim er eit av hovudsatsingsområda i det nasjonale pasientsikkerheitsprogrammet, og dokumentasjon av fallrisiko er kravd.

Føremål: Føremålet med denne studien var å undersøke om dokumentasjonspraksis for fall i sjukeheimar er i samsvar med sjukeheimane sine egne kriterium til dokumentasjon og kva faktorar som var assosiert med riktig dokumentasjonspraksis.

Metode: Retrospektiv deskriptiv metode er nytta i dette kvalitetsforbetningsprosjektet, der dokumentasjon av fall i tre sjukeheimar vart kartlagt, og det vart undersøkt om dokumentasjonspraksisen deira var i tråd med sjukeheimane sine egne kriterium til dokumentasjon.

Resultat: Av utvalet på 652 personar var det 208 (32 prosent) som hadde falle. Desse personane hadde til saman 556 registrerte fallelisodar. Fall med skade (smerte, kutt, brot) utgjorde 26 prosent av dei dokumenterte falla. Berre 10,6 prosent av falla var dokumenterte i tråd med sjukeheimane sine egne dokumentasjonskriterium. Det var signifikante variasjonar i dokumentasjonspraksis mellom sjukeheimane, og brotskadar var assosiert med utfylling av skaderegistreringsskjema.

Konklusjon: Resultata viser at sjukeheimane ikkje følgjer sine egne dokumentasjonskriterium ved fall, men at fall med brotskadar var assosiert med riktig dokumentasjonspraksis.

Forfattere:

Sissel Hjelle Øygard,
John Roger Andersen,
Anne Marie Sandvoll og
Siri Ytrehus



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Hverdagen etter nyre-pankreas-transplantasjon

Bakgrunn: En vellykket nyre-pankreas-transplantasjon (NPTX) er den mest effektive behandlingen for pasienter med diabetes som utvikler kronisk nyresvikt som senkomplikasjon. Selv om studier viser økt egenrapportert livskvalitet etter NPTX, kan den nye hverdagen være utfordrende med risiko for organavstøtning og bivirkninger av immundepnende medikamenter. Få studier ser på hvordan nyre-pankreas-transplanterte personer selv beskriver overgangen fra kronisk sykdom til hverdagen etter NPTX.

Hensikt: Å undersøke overgangen fra hverdagen med diabetes og kronisk nyresvikt til hverdagen det første året etter en NPTX.

Metode: Studien har et eksplorativt design med semistrukturert intervju som data-samlingsstrategi. Seks menn samtykket til intervju ved ettårskontroll etter NPTX, og forfatterne analyserte intervjuene med stegvis deduktiv-induktiv metode.

Resultat: Den nye hverdagen var preget av økt egenkontroll, selvstendighet, mestring og motivasjon, men også av nye usikkerhetsmomenter. De viktigste var frykten for avstøtning av de nye organene og bivirkninger av immundepnende medikamenter.

Konklusjon: Studien gir et innblikk i hverdagsutfordringer det første året etter en NPTX. Viktige implikasjoner av studien er større oppmerksomhet på god informasjon før og etter en NPTX, både til pasient og pårørende. Mer skreddersydd undervisning og psykososial støtte over tid kan være avgjørende det første året etter transplantasjonen.

Forfattere:

Kari Gire Dahl og Anne Moen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Slik vurderer offshoresykepleiere egen kompetanse

Bakgrunn: Sykepleiere som jobber offshore, er ofte eneste helsepersonell om bord på installasjonen og har ansvaret for den medisinske beredskapen. Etter en kraftig reduksjon i antall ulykker offshore på 1980-tallet gikk myndighetene bort fra kravet om videreutdanning i anestesi, eventuelt intensivsykepleie.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvordan offshoresykepleiere med forskjellig utdannings- og erfaringsbakgrunn bedømmer sin egen kompetanse til å undersøke, vurdere og behandle pasienter.

Metode: Forfatterne utviklet et spørreskjema der offshoresykepleiere ble bedt om å vurdere sin egen kompetanse innenfor områdene omsorgskompetanse, medisinsk behandlingskompetanse, medisinsk vurderingskompetanse, teknisk kompetanse, samarbeidskompetanse, valg- og improvisasjonskompetanse samt pedagogisk kompetanse og fagutviklingskompetanse.

Resultat: 66 offshoresykepleiere deltok i en spørreundersøkelse om kompetanse. Det var ingen signifikant forskjell mellom anestesisykepleiere, intensivsykepleiere og de med annen eller ingen videreutdanning.

Konklusjon: Til tross for store forskjeller i respondentenes videreutdannings- og erfaringsbakgrunn viste studien ingen forskjell i samlet selvrapportert kompetanse.

Forfattere:

Bente Lyngfoss og Ida Torunn Bjørk



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Energirike smoothies til pasienter i sykehjem

Bakgrunn: Eldre pasienter i sykehjem er utsatt for å bli underernærte, og det har vist seg at energirike smoothies kan være et supplement til energirik og næringstett mat for å forebygge og behandle underernæring.

Hensikt: Å utforske hvilke erfaringer helsepersonell hadde med energirike smoothies til eldre pasienter i sykehjem.

Metode: Studien innbefatter tre kvalitative fokusgruppeintervjuer av helsepersonell fra to ulike sykehjem.

Resultat: Enkelte pasienter fikk halsbrann, obstipasjon og kvalme når de hadde inntatt smoothies. Pasienter som var underernærte, gikk ikke opp i vekt, og det er usikkert hvorvidt pasientene inntok mer frukt i tiden de fikk smoothies. Informantene var enige om at smoothies ga pasientene energi, noe som førte til at enkelte ble overaktive. For å få kontroll over inntak av energi, næring og væske er det nødvendig med individuelle nærings- og drikkelister.

Konklusjon: Smoothies kan gi halsbrann, kvalme og forstoppelse, og de som var underernærte, la ikke på seg. Å tilberede individuelt tilpassete smoothies vil bidra til at ønsker og behov for væske og næringsstoffer blir ivarettatt.

Forfattere:

Siv Janne C. Salomon-
sen, Astrid Berland og
Signe Berit Bentsen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Det bør ikke være slik at beslutninger tas på legemøtet, og pårørende først etterpå får vite hva som er bestemt.

Pårørende må tas med på beslutninger



Fakta

Per Nortvedt

Professor, ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

I juni arrangerte Tidsskriftet Sykepleien og Tidsskriftet for Den norske legeforening et debattmøte om begrensning av livsforlengende behandling og omsorg ved livets slutt. Dette var etter at Sykepleien ga ut et spesialnummer om temaet med tittel «Når er det nok?»

I den forbindelse uttalte professor i medisinsk etikk, Reidun Førde, at press fra pårørende kan føre til overbehandling og at de (pårørende) uansett ikke skal være beslutningstakere. Førde har rett. Vi vet at det er flere situasjoner der pårørende øver press på behandlere for å gi behandling som er nytteløs eller som ikke er til pasientens beste. Vi vet at dette kan føre til overbehandling. Vi vet også at pasienter med ressurssterke pårørende noen ganger får bedre tilbud og behandling enn dem som ikke har pårørende som talspersoner for seg (1,2,3).

Likevel, når det gjelder helsehjelp til alvorlig syke og døende pasienter, er dette bare en del av bildet om pårørendes rolle. Situasjoner der pårørende er involvert i beslutningsprosesser om helsehjelp reiser mange flere viktige spørsmål, og disse må drøftes og behandles på en nyansert måte.

MANGE ÅRSAKER TIL OVERBEHANDLING

Både sykepleiere og leger tar av og til, av ulike årsaker, beslutninger som fører til overbehandling. I prematurmedisinen kan det være situasjoner der leger ønsker å fortsette behandling, mens foreldre og sykepleiere ser at «nok er nok». Gitt slik uenighet, hvordan skal da beslutninger til barnets beste tas på en god måte – hvem skal

«Idealet, etter mitt syn, er det som kalles samvalg.»

bestemme, og hvordan bestemmer man – hvordan er prosessen?

Flere doktorgradsarbeider blant sykepleiere dokumenterer situasjoner der pårørende (og pasienter) ikke blir hørt og ønsker mer innflytelse og bedre informasjon om behandlingsforløp (2,4). Det dokumenteres hvordan samarbeid mellom legespesialiteter er suboptimalt, der kirurg presser gjennom behandling mot intensivlege, sykepleier og pårørendes vilje (4).

PÅRØRENDE ER VIKTIGE RESSURSPERSONER

Det må ikke skapes et bilde av at det å inkludere pårørende i beslutningsprosesser er potensielt problematisk. Pårørende og pasientens familie er ofte viktige ressurspersoner for sykepleie og behandlingsteam og for riktige beslutninger om helsehjelp til pasientens beste. Pårørende kjenner pasientens liv, de ønsker som oftest det beste for ham eller henne og de kan ha viktige opplysninger om pasientens ønsker og hva vedkommende setter mest pris på i sitt liv, inkludert i livets slutfase. Pårørende kan avlaste helsepersonell i viktige gjøremål og er potensielt viktige støttepersoner for den syke. Pårørende har også lovfestede rettigheter til å bli informert, hørt og inkludert i informasjons- og beslutningsprosesser (5).

PÅRØRENDE SOM BESLUTNINGSTAKERE

Det må heller ikke skapes et inntrykk av at pårørende ikke kan være kompetente til å ta beslutninger. Når det gjelder barn, er det selvsagt at foreldre får ta beslutninger, også om medisinsk behandling, hvis de ønsker det og det er til barnets beste. Bør ikke dette i like stor grad gjelde for ektefelle eller nærmeste pårørende når det skal fattes beslutninger på vegne av myndige voksne som av ulike årsaker ikke er beslutningskompetente?

Det er ikke slik at pårørende bare skal informeres om hva lege/helsepersonell har bestemt. Pårørende skal, hvis det er mulig og de ønsker det, tas med i beslutningsprosesser. De skal få fremme sine synspunkter og de skal bli hørt. Hvis de ønsker det, og behandlingsteamet og pårørende er enige om hva som er pasientens beste, må de også kunne få ta ansvar for medisinske/helsefaglige beslutningen. Få pårørende vil antakelig ha et slikt ansvar. De ønsker å bli tatt med på råd, få informasjon og bli hørt. Men noen vil ønske å ta et slikt ansvar, og da skal de ha mulighet til det (6).

IDEALET ER SAMVALG

Jeg er likevel ikke så opptatt av at pårørende skal ha det endelige beslutningsansvaret. De fleste ser det som riktig og naturlig at et slikt ansvar tilfaller den som er ansvarlig for helsehjelpen (5).

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

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

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2017.62764

Idealet, etter mitt syn, er det som kalles samvalg, eller «shared decisionmaking»; at avgjørelser tas i en åpen prosess dominert av tillit og omsorg, der man deler informasjon og kommer frem til en avgjørelse til det beste for pasienten. Man må vekk fra en situasjon der beslutningen tas på legemøtet, der de pårørende først etterpå får vite hva som er bestemt. Det er ikke inkluderende, det er ikke tillitsskapende og det er ikke kjennetegnet på en gjensidig og åpen prosess.

SYKEPLEIERNES STEMME MÅ HØRES

Forskning viser at pasientrettighetsloven brytes ved at beslutninger tas uten at flere yrkesgrupper er involvert. Beslutninger skal tas av den som er ansvarlig for helsehjelpen, i samråd med annet helsepersonell, sier loven (5). Men i praksis tas altfor ofte beslutninger uten at sykepleieren som står nærmest pasienten, som har viktig informasjon om pasientens helsetilstand og som kan ha kvalifiserte synspunkter på pasientens behandling, rådføres. Dette er i strid med velgjøringsprinsippet. Det fremmer ikke avgjørelser til pasientens beste og skaper heller ikke et godt arbeidsmiljø på avdelingen.

Sykepleiere må også selv kjenne sitt ansvar for å fremme kvalifiserte synspunkter om pasientbehandling og omsorg, og de må aktivt ta et slikt ansvar. Leger må gå i rette med en tradisjon der de er enerådende i beslutningsprosesser, og arbeide for demokratiske, inkluderende og åpne prosesser i beslutninger om pasientbehandling. ●

REFERANSER:

1. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Autonomy at the end of life: Life-prolonging treatment in nursing homes – relatives' role in the decision making process. *Journal of Medical Ethics* 2009; 35 (11): 372–377.
2. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: A qualitative study. *Acta Anesthesiologica Scandinavica* 2009; 53 (1): 10–17.
3. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø A, Grøthe KH, Kirkevold M, et al. In the Quest of Justice? Clinical Prioritizations in Health Care for the Aged. *Journal of Medical Ethics* 2008; 34(4) : 230–35.
4. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevroy O. Family members' experiences of «wait and see» as a communication strategy in end of life decisions. *Intensive Care Medicine* 2011;37(7): 1143–50.
5. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2. juli 1999 (Pasient og brukerrettighetsloven). Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon (§ 4,6). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#4-7 (Nedlastet 12.06.2017).
6. Hazel E, McHaYe Ian, Laing A, Parker M, McMillan J, McHaffie HE, et. AL. Deciding for imperilled newborns: Medical authority or parental autonomy? *Journal of Medical Ethics* 2001;27:104–109.



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



GOD ERFARING MED FLEKSIBLE STUDIETILBUD

Mange sykepleierstudenter er fornøyde med nettbasert utdanning, men trenger samlinger og samvær med medstudenter for ikke å bli ensomme.

FOKUSGRUPPEINTERVJU:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.62477



Karen Irene Lysberg
 Universitetslektor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

I denne artikkelen setter vi søkelyset på sykepleiestudenters erfaringer med gjennomførte pedagogiske metoder i nett- og samlingsbasert deltidsutdanning i sykepleie. Vi hadde ansvaret for å gjennomføre prosjektet og evaluere det i de to første årene.

Sammenlikning av våre funn i studien med tidligere forskning (3, 5–7) bygger opp om at studenter i fleksible studier opplever tilfredshet, motivasjon, nærvær og støtte, men også ensomhet.

SAMFUNNSOPPDRAG

Å tilby kunnskap og kompetanse i et livslangt læringsperspektiv omtales i høyere utdanning som et samfunnsoppdrag (1–3). Samfunnsoppdraget aktualiserer kunnskap og tilrettelegging av utdanningstilbud, også fleksible utdanningstilbud. Hensikten med fleksibel sykepleierutdanning var å møte samfunnsoppdraget, legge til rette for økt studentgjennomstrømming og økt studenttilfredshet. 23 av 28 studenter fullførte studiet innen tre og et halvt år. Studentene hadde en gjennomsnittsalder på 33 år, og alle hadde tidligere arbeidserfaring. To av studentene var menn.

Et satsingsområde ved fleksible studier har vært å utvikle

teknologi knyttet til studier og fokusere mindre på studenterfaringer (3, 4). En doktoravhandling (5) viste at den største fordelene med fleksibel utdanning var muligheten for fleksibilitet. Ulempen var mangel på personlig kontakt, relasjoner, gruppeprosesser og gruppedynamikk i utdanningsprogrammet. Opplevelsen av ensomhet hos studenter som deltar i nettstudier, er også beskrevet (6), mens betydningen av sosial støtte er vesentlig for tilfredshet og læringsutbytte hos sykepleierstudenter i en nettbasert utdanning (7).

«Medstudenter er et viktig element i det sosiale støtte-systemet.»

De pedagogiske metodene som ble anvendt i løpet av de to første studieårene, var kommunikasjon mellom studenter og lærere på læringsplattformen Fronter, nettforelesninger, innlevering av skriftlige obligatoriske arbeidskrav samt samarbeid og deltakelse i samlinger på studiestedet. Vi anvendte nettforelesninger med opptak av ordinære forelesninger

laget for studenter i ordinært studieforløp. Videre tok vi i bruk forelesninger av kortere varighet på cirka 10–20 minutter laget spesielt for disse studentene.

SOSIAL LÆRING

I vårt studietilbud hadde samarbeids læring knyttet til kommunikasjon på læringsplattformen og i samlinger, en sentral plass i studiet. Inspirert av Vygotsky (8) utviklet vi bevissthet om at den viktigste læringsstøtten er sosial samhandling. Det vil si at kunnskap først dannes sosialt. Deretter «flyttes den inn» på det indre mentale planet med bånd mellom det mentale, det sosiale og det kulturelle planet.

Samarbeids læring kan forstås som utveksling av intellektuell kunnskap, erfaringer, forståelser, refleksjoner og utøving av praktiske ferdigheter i et læringsfellesskap (8). Utvekslingen foregår ved hjelp av fysiske og intellektuelle redskaper.

Språket har en helt spesiell plass som redskap for sosial utveksling. Lave og Wenger (9) beskriver hvordan praksisfellesskapet er en arena for læring i samarbeid med andre. For eksempel foregikk fire av totalt ni eksamener ved vårt nett- og samlingsbaserte studium i grupper hvor studentene blant annet ble vurdert etter hvilken grad de

Fakta

Hovedbudskap

Sykepleierstudenter som gjennomførte nett- og samlingsbasert sykepleierutdanning, erfarte bedre selv-tillit og mestring knyttet til læringsplattform og nettforelesninger, arbeidskrav og samarbeid med andre. De som fulgte nettforelesningene alene, uttrykte at de følte seg ensomme og isolerte. Samlinger på campus ga fellesskap som styrket studentrollen. Imidlertid kunne studentrollen føles fjern i perioder mellom samlingene.

Nøkkelord

- Sykepleierstudent
- Desentralisert sykepleierutdanning
- Nettstudie



TRENGER FELLESKAP: Det er avgjørende med samarbeid og støtte fra blant annet nettstudenter for å lykkes med nettstudier. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

brukte fagspråk i kommunikasjonen med hverandre.

Nett- og samlingsbaserte studier utfordrer studentenes evne til å styre sin egen tid fordi tiden til skolearbeid konkurrerer med mange andre plikter (3, 10). Vi ønsket derfor at studentene skulle fortelle oss om utfordringen med å utnytte tiden i kampen med andre gjøremål. Vi ville også høre hvordan de erfarte samarbeidet med medstudenter og lærere, både fordeler og ulemper. Studentrollen i studentenes hverdagskontekst er mer eller mindre usynlig (2), også for studentene selv.

Vi kan si at når studentene er inne på samlinger, styrkes studenten i studentrollen. Gjennom samlinger blir studentene kjent

med hverandre og blir en del av det sosiale fellesskapet. Medstudenter er et viktig element i det sosiale støttesystemet; samværet betyr mye for motivasjonen til å fortsette studiet (11). Ved det nett- og samlingsbaserte deltidsstudiet i sykepleie var samlingene på tre til fire dager, én til fire ganger i semesteret. På samlingene prioriterte vi ferdighetstreninger i grunnleggende sykepleie, dialog og refleksjoner med studentene som var samlet i klasserommet.

METODE

Studien vår er en evalueringsstudie for å se om hvorvidt mål som var satt opp i forkant, er blitt innfridd eller ikke. Studien har et kvalitativt deskriptivt design. Vi samlet

inn data gjennom et flerstegs fokusgruppeintervju. Åtte studenter ble tilfeldig trukket ut ved loddtrekning og samtykket til deltakelse. Intervjuspørsmålene fokuserte på motivasjon, samarbeidslæring og ressursstyring. Intervjuguiden tok utgangspunkt i Duncan og McKeachies (12) intervjukjema «Motivated Strategies for Learning Questionnaire» (MSLQ). Vi analyserte teksten ved å bruke kvalitativ innholdsanalyse, der vi fokuserte på å identifisere meningsbærende enheter, plassere dem i kategorier og analysere med tanke på å finne mønstre relatert til forskningspørsmålene (13).

RESULTATER

Resultatene av evalueringen viste

at studentene opplevde meningsfull læring, mestring, optimisme og økt selvtillit ved å bruke den digitale læringsplattformen Fronter. Alle studentene var fornøyde med nettleksninger, men de som fulgte forelesningene alene, følte seg ensomme og isolerte. De som lyktes med obligatoriske arbeidskrav, fikk styrket stoltheten og selvtilliten. Samarbeid med andre fremmet motivasjon, mening og mestring, mens alenelivet tærte på motivasjonen. Samlingene var en motivasjonsfaktor for studentene. Under samlingene opplevde studentene et fellesskap som virket positivt på studentrollen, som kunne oppleves fjern i perioder mellom møtene på campus.





Analysen av fokusgruppeinter-
vjuene resulterte i fire kategorier:

1. Å lykkes som student
2. Motivasjon – en kritisk og mangfoldig faktor
3. Å arbeide alene – en effektivitetsstrategi
4. Samarbeid som læringsstrategi

KATEGORI 1

Å lykkes som student: Fenome-
net «å lykkes» er en viktig side ved
motivasjon. Begrunnelsen for at
vi har skilt det ut som egen kate-
gori, er at studentene understre-
ket betydningen av det å lykkes.
Å lykkes betyr å føle seg kompet-
ent, noe som har stor innvirkning
på studentenes selvbylde. Det har
betydning for synet de har på seg
selv og responsen fra folk rundt
seg. Positivt selvbylde mener vi
har verdi i seg selv uavhengig av
motivasjon. En voksen student si-
er dette:

«Jeg blir veldig skuffa over meg
sjøl hvis jeg ikke står, har lagt ned
så mye arbeid, tror det har noe
med alderen å gjøre. Jeg vet ikke
om det stemmer, men jo eldre du
blir, desto større er forventninge-
ne til deg sjøl. Du er redd for å mis-
lykkes da ...»

Ikke alle studentene følte de
fikk støtte fra folk i nærmiljøet. Et
preg av jantelov gjorde det ekstra
viktig å vise at de klarte studiene:

«Misunnelse fra de andre, de
spør om jeg har klart eksamen, ja
jeg har jo klart den òg.»

På den andre siden opplevde
andre studenter at de fikk støtte
fra folk rundt seg. Interessen fra
andre kan imidlertid påføre for-
ventninger om at det må gå bra:

«Oppløper at folk bryr seg om
hva jeg driver med. Får mye posi-
tivt tilbake.»

Studentene syntes det var ut-
fordrende å håndtere de tekniske
sidene ved læringsplattformen
Fronter og bruk av PC. Noen følte
seg alene og ensomme:

«Fronter og jeg.»

Andre var stolte av seg selv:

«Jeg har bestemt meg på forhånd
at det er ikke det som skal
stoppe meg, jeg fikk jo til det òg.»

Det er noen terskler og noen så-
ne bøyger vi må komme over ved
å hjelpe hverandre, så går det jo
bedre og bedre.»

KATEGORI 2

**Motivasjon – en kritisk og
mangfoldig faktor:** En viktig
motivasjonsfaktor for ikke å drop-
pe ut av studiet, var utsikten til
mer interessante jobber. Denne
motivasjonen gjaldt spesielt stu-
denter som hadde lang yrkeserfa-
ring som hjelpepleiere, omsorgs-
arbeidere og miljøarbeidere. Utdanningen ga mening fordi be-
løningen ville være ny jobb med
mer variasjon, noe vi forstår som
en ytre motivasjonskilde. En an-
nen motivasjonsfaktor var ønsket
om å lære mer. Også pliktfølelsen
ble nevnt som motivasjonsfaktor:

« ... Jeg har aldri slutta med noe
jeg har begynt med ... må bare ten-
ke framover.»

En velkjent motivasjonsstrategi
er å sette delmål. Ved delmål opp-
fattes ikke målene uoverkommeli-
ge, og vi ser større mulighet til å nå
målene. Flere studenter var bevis-
ste på denne strategien:

«Viktig å minne oss om å ta bit
for bit, ta delmål ... tenker ikke
langt fram.»

Flere syntes at alenelivet som
student tærte på motivasjonen.
De ønsket støtte fra medstuden-
ter og etterlyste tid på samlinge-
ne. Etter hvert i studietiden sank
motivasjonen for flere. Studiet
hadde ikke lenger nyhetens inter-
esse, og de hadde vært gjennom
krevende eksamener og arbeids-
krav. Men tanken på nye jobbmul-
ligheter drev mange videre:

«Investering i framtid gjorde at
jeg søkte, tenkte at skal jeg gå på
skjerma enhet resten av mitt liv?»

KATEGORI 3

Å arbeide alene – en effektivitetsstrategi: Noen prioriterte å
arbeide alene. Da fikk de ro og mu-
ligheten til å konsentrere seg:

«Det er godt å jobbe alene, in-
gen andre som bestemmer ..., de
uendelige diskusjonene att og
fram som er hemmende, får ikke
utviklet seg sjøl i gruppe, blir

overkjørt, folk som kan mer enn
deg overkjører deg.»

Tid er en knapphetsressurs stu-
dentene hegner om:

«Det er klart at en blir mye ale-
ne ... Tre timer om dagen til å kjø-
re bil, da sitter jeg heller hjemme.»

Det var positivt og motiveren-
de å være selvstyrte, samtidig
som det kunne røyne på å være
alene med tungt fagstoff. Flere av
studentene trakk inn effektiv tids-
bruk i argumentene for og imot å
arbeide sammen med andre, ver-
sus det å arbeide alene.

Å øremerke tid ble oppfat-
tet som positivt fordi det ga god
struktur på arbeid, familie, fritid
og studier. Noen arbeidet mest
hjemme, mens andre erfarte at
det var nyttig å møtes i skolens
desentrale lokaler.

Det kan være vanskelig å hol-
de drivet oppe over tid. Frihe-
ten dette studiet gir, er krevende.
Noen syntes det var problematisk
å disiplinere seg helt fra starten av
studiet:

«Sliter med å strukturere meg i
heimen, det er sånn jeg er. Fikser
ikke å arbeide to dager i uka med

skolearbeid,
går til og fra
... alltid dår-
lig samvittig-
het.»

Ansvarer
for egen læ-
ring kan bli

mer enn man kan bære, og følel-
sen av ikke å lykkes kan tære på
motivasjonen. Samtidig presser
andre plikter på.

KATEGORI 4

**Samarbeid som læringsstra-
tegi:** I temaet om samarbeid var
studentene spesielt opptatt av
samarbeidet for å lykkes med
eksamener. Mange av studentene
fortalte om hvordan de sammen
forberedte seg til eksamen. Sam-
arbeidet bidro til forståelse ved at
de hørte og spurte hverandre:

«Det var slik at vi ga hverandre
lekser, og så har vi liksom hørt på
det og det i nettforedlesning.»

Det var ukjent for de fleste av
studentene å skrive fagoppgaver.

«Samlingene var en motivasjonsfaktor for studiene.»

Flere ga uttrykk for usikkerhet og redsel for ikke å lykkes. Mange studenter møttes utenom samlingene for å hjelpe og støtte hverandre:

«... Vi har nå vært fire stykker som har sittet der og sett på nettforedlesninger, ... hver tirsdag og onsdag. Det synes jeg er gull verdt. Jeg tror ikke jeg hadde kommet gjennom studiet hvis jeg skulle studert helt for meg selv i heimen.»

Gjennom samarbeidet opplevde studentene sosial støtte og mestring, som er viktige motivasjonsfaktorer i læringsarbeidet. De fleste studentene syntes samarbeidet var en hensiktsmessig læringsstrategi.

BRUK AV FRONTER

I nettbaserte studier er det viktig med ferdigheter i bruk av PC (14). Vår studie viser at det å bruke Fronter, resulterte i frustrasjon til å begynne med, for deretter å gi stor tilfredshet. Å kunne mestre verktøyet bidro i seg selv til optimisme og tilfredshet. Hjelp fra medstudenter syntes å være gode bidrag til å lykkes med læringsplattformen.

NETTFORELESNINGER

Nettforedlesninger har mange fordeler, og spesielt voksne studenter tiltales av metoden (5, 15, 16). De undervisningsmetodene som ble brukt, ga studentene fleksibilitet i egen studieaktivitet – når og hvordan de studerte og lærte. Data fra fokusgruppeintervjuene viser at alle studentene var fornøyde med nettforedlesningene. Det gjaldt både de som arbeidet alene, og de som satt sammen med medstudenter. En studie (6) viser derimot at studenter som var lite fortrolige med internett, utviklet frustrasjon, isolasjon og ensomhet ved nettforedlesninger. I vår studie uttrykte også studentene som fulgte forelesningene alene, at det kunne røyne på med motivasjonen, og at de kjente på isolasjon og ensomhet.

OBLIGATORISKE ARBEIDSKRAV

Studenter i fleksibel sykepleierutdanning foretrekker læring med

arbeidskrav (5, 17). I intervjuene fortalte studentene at innlevering av obligatorisk arbeid bidro til usikkerhet, men når de lyktes, styrket det stoltheten og selvtilliten. Stoltheten kan spores tilbake til grundig og selvstendig arbeid som forstås som dybdelæring i motsetning til overflatetilnærming. Eldre studenter har mer tendens til dybdetilnærming enn yngre studenter (18). Studenter som benytter dybdetilnærming, har større indre motivasjon og læringsnysgjerrighet enn studenter som benytter overflatetilnærming (18).

Ingen av studentene mente det var for mange obligatoriske arbeidskrav. Obligatoriske arbeidskrav kan være til hjelp for å rydde tid og gi argumenter i hjemlige forhandlinger samt hjelpe studentene med å prioritere (10). At obligatoriske skriftlige arbeider hjelper studentene med å arbeide jevnt og trutt, er en oppfatning vi deler med flere (2, 17). Et bidrag til variert læring kan være at studentene er med på å lage tester og oppgaver.

SAMARBEIDSLÆRING

Sammenlikning av våre funn med tidligere forskning (3, 5–7) bygger opp om at studenter i fleksible studier opplever tilfredshet, motivasjon, nærvær og støtte, men også ensomhet. Det er avgjørende med samarbeid og støtte fra nettstudenter, familiemedlemmer, kollegaer og arbeidsgivere for å lykkes med nettstudier (10).

I vår studie har vi vektlagt spesielt samarbeidslæring og samlinger fordi vi har tro på at samarbeid har betydning som støttesystem siden studentene sjelden treffes. I intervjuene ga flere av studentene uttrykk for at det å arbeide og lære sammen, fremmet motivasjon, mening og mestring. Samarbeidet inneholdt informasjon, bekreftelser samt instrumentell og emosjonell støtte som bidro til å dempe usikkerheten mange opplevde i begynnelsen av studiet. Studentene erfarte også negative sider ved

å samarbeide, og flere syntes det var en lettelse da de gikk inn i en periode med individuelt arbeid. Tidsbruk kan være avgjørende når fleksible studier blir foretrukket av modne studenter som har knapphet på egen tid (5, 17).

Samlinger på skolen er sentralt i et nett- og samlingsbasert studium og har betydning for læring, motivasjon, bevissthet om studentrollen og sosial kontakt (11). I intervjuene sa studentene at samlingene var nødvendige for å motivere seg til studiene. På samlingene erfarte de studentfellesskap og styrking av studentrollen. Studentrollen kunne føles fjern mellom møtene på campus. Personlige kontakter og samlinger reduserer følelsen av isolasjon og ensomhet (6).

Studenters tilfredshet med samarbeidslæring vil nok aldri være entydig og unisont positiv. Samarbeidslæring som pedagogisk metode har relativt kort historie i norsk skole, og vi mangler derfor lang erfaring med hvordan vi kan lykkes med metoden. Vi bør derfor arbeide med modeller der vi sikter mot å utnytte positive trekk ved samarbeid, samtidig som vi tilstreber å nedtone slitasje- og konfliktsidene.

KONKLUSJON

Studien har vist hvilke erfaringer studentene har med Fronter, nettforedlesninger, arbeidskrav og samarbeidslæring. Studentene opplevde mestring og selvtillit knyttet til læringsplattform og nettforedlesninger, arbeidskrav og samarbeid med andre. De som fulgte forelesningene alene, følte seg ensomme og isolerte.

Relevante områder for videreutvikling og forskning kan være betydningen av arbeidskravene og samlingene i nett- og samlingsbasert utdanning. Obligatoriske arbeidskrav er viktig for motivasjon og læringsutbytte, noe vi ønsker enda mer kunnskap om. Fordi samarbeid har betydning for læring, bør det arbeides mer med modeller som styrker positive sider ved samarbeidet, og som

begrenser uheldige sider som et samarbeid kan gi. Samlinger er til nå viet liten oppmerksomhet og forskerinteresse. Fordi det er en betydelig vekst i antallet nett- og samlingsbaserte studier, er det ønskelig med studier framover om samlingenes innhold og metoder. ●

REFERANSER:

1. Grepperud G. «Kunnskap skal styra rike og land...» – livslang læring i høyere utdanning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
2. Rønning WM. Den usynlige student. Voksne i fleksibel høyere utdanning. Trondheim: Tapir Akademisk forlag; 2007.
3. Rønning WM. Akademia som læringsarena – utfordringer og mestring. En studie av voksne, fleksible studenters bruk av læringsstrategier og tilnæringer til læring i høyere utdanning. (Doktoravhandling). Trondheim: NTNU; 2009.
4. Harrison R, Gemmill I, Reed K. Student satisfaction with a web-based dissertation programme: Findings from an international distance learning master's programme in public health. *International Review of Research in Open and Distance Learning* 2014;15:182–202.
5. Vecchia ED. The phenomenon of learning: The lived experience of distance education baccalaureate nursing students. (Doktoravhandling). USA: Capella University; 2010.
6. Owens J, Hardcastle LA, Richardson B. Learning from a distance: The experience of remote students. *Journal of Distance Education* 2009;23(3):53–74.
7. Cobb SC. Social presence, satisfaction, and perceived learning of RN-to-BSN students in web-based nursing courses. *Nursing Education Perspectives* 2011;32(2):115–9.
8. Vygotsky L. *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
9. Lave J, Wenger E. *Practice, person, social world*. I: Daniels H (red.). *An introduction to Vygotsky*. Routledge, Taylor & Francis Group: London and New York; 1996 (s. 143–150).
10. Nilisen G, Immonen I. Nettstøttet samhandlingslæring – hjelp eller hindring i helsefagutdanning? *Uniped* 2013;36(3):77–89.
11. Kreie J, Headrick RW, Steiner R. Using eam learning to improve student retention. *S. College Teaching* 2007;55:51–6.
12. Duncan TGD, McKeachie WJ. The making of the motivated strategies for learning questionnaire. *Educational Psychologist* 2005;40(2):117–28.
13. Johannessen A, Tuft PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.
14. Reinckens J, Philipsen N, Murray TL. Nurse practitioner: Is online learning for you? *The Journal for Nurse Practitioners–JNP*, 2014;10(9):700–5.
15. Pettersen RC. Studenters læring. Om studenter og elevers læringsmønstre: læringstilnæringer, læringsstrategier, læringsstiler. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
16. Du S, Liu Z, Liu S, Yin H, Xu G, Zhang H, Wang A. Web-based distance learning for nurse education: a systematic review. *International Nursing Review* 2013;60:167–77.
17. Hyde A, Murray M. Nurses' experiences of distance education programmes. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(1): 87–95.
18. Ak S. A conceptual analysis on the approaches to learning. *Educational Sciences: Theory and Practice* 2008;8(3):707–20.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

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



Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

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

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

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

Sykepleien

forskning

facebook.com/SykepleienForskning



Påfyll

Del 3 Sykepleien 07 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta



BEHANDLING: Helsepersonell med en barnepoliopasient i et hydroterapi-bad. Foto: Science Photo Library

Bør kunne litt

Polio. Helsepersonell kan fremdeles komme borti polio gjennom pasienter med senskader. **72**



Liv laga. Vi glemte å spørre hva pasienten ville. **67**



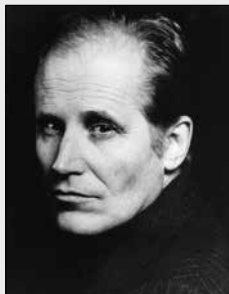
«Leger, sykepleiere og pasienter bør tilegne seg mer kunnskap om legemidler.»
Niels Christian Geelmuyden. **68**



Bok. Aktuell og solid om de etterlatte. **71**



Dikt



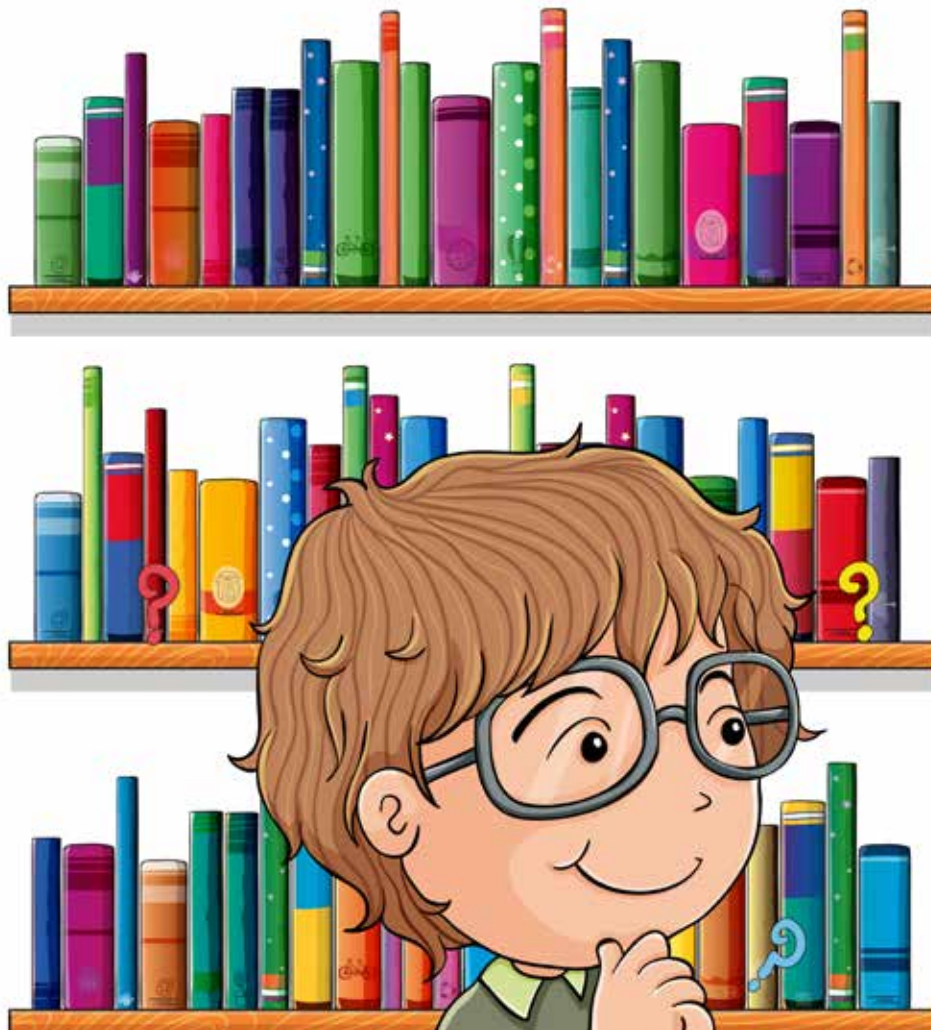
Bønn (Ikon)

*Vi ber ikke om utskrifter
Forklaringer, diagnoser, prosedyrer
Vi ber ikke engang om overbevisninger
Vi ber om å bli sett av en annen
Vi ber om et ansikt*

Om forfatteren

Stein Mehren 1935- 2017

Stein Mehren har siden lyrikkdebuten i 1960 utgitt over 50 bøker og mottatt en rekke priser. Som lyriker utmerker han seg med et særegent billedspråk og en vilje til å gi seg i kast med de store spørsmålene. Mehren fikk Parkinsons sykdom og levde mange år på sykehjem – noe som også har vært tema i diktningen hans. Han døde 28. juli.



USIKKER: Kunnskapsforlaget gir ut medisinsk årbok i ny utgave. Det Norske Samlaget har også en medisinsk ordbok. Foto: Mostphotos

Terminologi, nyord og minibiografier

MEDISINSK ORDBOK: *Cystinuri, inebriatio og skolex. Usikker på hva ordene betyr?*

Da har Magne Nylenna sannsynligvis svart. Han har oppdatert Kunnskapsforlagets Medisinsk ordbok, som er kommet i åttende utgave.

Første utgave kom i 1990, og var basert på Bonners Medicinska ordbok, men er blitt revidert og endret slik at den etter hvert er blitt en helt egen bok, tilpasset norske forhold.

Ifølge Magne Nylenna, som er lege og er prisett for sin innsats for norsk og svensk medisinsk fagspråk, øker bruken av helsefaglig og medisinsk fagspråk. Og da øker også behovet for å forstå terminologien som kan forto seg som en hemmelig kode.

Nylenna har gått systematisk gjennom nettbasert, medisinsk faglitteratur og har inkludert 1000 nye oppslagsord. Boken inneholder over 22 000 artikler, inkludert 800 minibiografier over hvem som står bak ord og uttrykk som inneholder personnavn. Som Virginia Apgar, amerikansk anestesilege som sto bak apgarskår og Burrill B. Crohn, som beskrev Crohns sykdom.

Ps: Kunne du ordene?

Cystinuri er en arvelig betinget forstyrrelse i omsetningen av cystin, med blant annet økt utskillelse av cystin i urinen og tendens til steindannelse i nyrer og urinveier.

Inebriatio er fyll, drukkenskap.

Skolex er hodet på en bendelorm.

(Alle eksemplene er tatt fra boken.)

Pediatri og pediatrik sykepleie

Også boken *Pediatri og pediatrik sykepleie* er utgitt i fjerde utgave. Den er, ifølge forlaget, grundig gjennomarbeidet og oppdatert. Særlig i den sykepleiefaglige delen er det lagt vekt på forskning, med referanser i teksten. Boken har også flere nye illustrasjoner. Redaktører er Randi Grønseth og Trond Markestad.

Bøker. 3 fra bokhøsten

Stemmen fra sykehjemmet

ROMAN: Mali Fredrikke Sjursen er 79 år gammel og har så langt klart seg hjemme. Nå skranter helsa, og hun legges inn på sykehjem for avlastningsopphold. Installert i sykehjemmets rutiner får minnene fra livet boltre seg. Med et presist språk og humoristiske dialoger gir Ingvild Holvik et skarpt og intimt bilde av livets betingelser på det siste. *Premien for alt* er hennes andre roman.

Samlaget, 2017



Komisk barmhjertighetsdrap

SATIRE: Nancy og Fredrik føler seg lite hjemme i sin egen tid, men har hverandre. Når Frederik får diagnostisert prostatakreft med dystre prognoser, bestemmer han seg for at hans kone må spares for å leve videre alene. Knut Nærum har skrevet en rekke satiriske og humoristiske romaner og leverer med årets *Barmhjertighet* en komisk fortelling om prostatakreft, drap og moral.

Cappelen Damm, oktober 2017



Thriller fra psykiatrien

KRIM: Han kalte seg Krøsus og var psykiatrisk pasient på Dikemark i over femti år. «De dreper pasienter her», er det siste han hvisker før han dør. En forsvinning ti år senere og en drapssak kaster nytt lys over hva som foregikk på det gamle sanatoriet. Et ukjent Munch-maleri og psykiatrisk forskning spiller uventet sentrale roller. Pasienten er Trude Teiges femte krim om TV-journalisten Kajsa Coren.

Aschehoug, 2017



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

«Nei, takk. Jeg skal hjem, jeg.»

Pasienten nærmer seg utskrivningsklar. Litt ustø er han jo. Og kanskje ikke helt i stand til å ordne seg mat, komme seg på do og alt dette vi kaller ADL – activities of daily life.

Kommunen lurar på statusen og planlegger hjem med hjemmesykepleie. Legen rynker på nesa. Fysioterapeuten skulle gjerne sett at han fikk litt mer gåtrening.

Så ringer pårørende: «Dere vil vel ikke sende ham hjem?!» Så følger en begreidelig beskrivelse av en gammel mann som tilbringer hele dagen alene i stolen. Om leiligheten som ikke ser ut. Kaffekopper som går i gulvet og knuser og blir liggende fordi han ikke makter å plukke dem opp. Om hjemmesykepleien som freser inn, følger ham på do og gir ham noen brødsriver og forsvinner igjen.

Så vi bretter opp ermene og kjører på med alle koster. Sender lange helseopplysninger med utklipp av all verdens tilsynsnotater og fallvurderinger. Vi ringer kommunen. Pårørende ringer kommunen. Kommunen er på gli. Vi spanderer et overtidsdøgn på sykehuset og kommer i havn: Den gamle får tildelt en korttids plass på det kommunale sykehjemmet. Jeg finner legen, forteller de gode nyhetene og får en high five. Jeg ringer datteren som takker gråtkvalt: «Det betyr så mye å bli hørt!»

Inne hos pasienten setter jeg meg på stolen foran ham og roper mot hans beste øre: «NÅ HAR VI SKAFFET DEG ET KORTTIDSPOPPHOLD PÅ SYKEHJEMMET! DU KAN REISE ALLEREDE I DAG!». På tredje forsøk er jeg sikker på at

han har forstått budskapet. Han lenner seg tilbake. Vender blikket mot vinduet. Kremter litt og sier: «Nei, takk.» Og etter en lang pause: «Jeg skal hjem, jeg.»

Jeg innser det med det samme; i all vår iver og tidsnød har vi glemt å spørre ham hva han faktisk vil. «Hva er viktig for deg?» har helseministeren oppfordret oss til å begynne å spørre om. Men i virvelen av raske, taleføre og handlekraftige er hans stemme for langsam til å bli hørt. For tunghørt til å bli informert? For syk til å vite sitt eget beste? For gammel til å skulle ha noen mening om livet sitt?

Han har det fint i stolen. Har tingene sine rundt seg. Hjemmesykepleien kommer støtt og stadig. Han har trygghetsalarmen om det skulle skje noe. Om datteren hans synes det er lurvete, får hun komme og rydde sjøl. Ferdig snakka!

«Ja, det er du som er sjefen», sier jeg, men kjenner på ironien i ordene. For det er nettopp det han ikke er; han er et objekt for omsorg, helt prisgitt andres beslutninger.

Simone de Beauvoir bruker over 700 sider i sin bok *Alderdommen* på å vise hvordan eldre systematisk har blitt marginalisert og fratatt innflytelse; de har blitt plassert, forlatt og usynliggjort i antikvens Kina, i det gamle Egypt, blant nomader på steppene, i føydalsamfunnet, i industrialismen og i det moderne borgerskapet.

Det var ikke vi som begynte med dette, men kanskje vi er de som kan slutte? Og kanskje kan nettopp helseministerens enkle spørsmål være akkurat det vi trenger for å endre kurs. ●



Niels Christian Geelmuyden håper boken Pillebefinnende gir leger og sykepleiere større innsikt i legemidlene de jobber med.

Mistet troen på legemiddelindustrien

• Tekst **Linn Kristin Nordseth**

Niels Christian Geelmuyden har brukt to år på å tematisere 15 av de 25 mest brukte legemidlene i Norge. Resultatet har blitt til boken Pillebefinnende, som slår alarm om legemiddelindustriens informasjonsmonopol, og som maner til en større bevissthet omkring bruken av piller her til lands.

NYRETRANSPLANTERT

Ni piller og litt nysgjerrighet. Det var det som startet det hele. Etter at Geelmuyden fikk transplantert en nyre i 2009, har han spist ni piller i døgnet. De fleste av dem for at kroppen hans ikke skal støte fra seg det nye organet. Prosjekt Pillebefinnende startet med det enkle spørsmålet: Vet vi nok om pillene vi putter i oss?

Er det nødvendig at 70 prosent av det norske folk inntar reseptbelagte medisiner? Hva om en stor del av oss spiser legemidler som gir flere ulemper enn fordeler, spør forfatteren.

– Europakommisjonen anslo i 2008 at 197 000 europeere mister livet hvert år som følge av legemiddelbruk. I sin siste bok Dødelig psykiatri og organisert fornektelse konkluderer professor og lege Peter Gøtzsche med at mer enn 500 000 amerikanere og europeere dør av psykofarmaka hvert eneste år, sier Geelmuyden.

FIKK BIVIRKNINGER

Selv om forfatteren kan takke legemiddelindustrien for at han lever i dag, har de to siste årene med research gitt ham alt annet enn troen på at medisinene er bedre enn før og at vi kan stole på produsentene som står bak dem, slik myndighetene påstår.

– I boken bruker jeg en historie fra mitt eget liv. En historie om «protonpumphemmere» Nexium. Et legemiddel som reduserer

syreproduksjonen i magen og motvirker det som kalles brystbrann. I vinter ble jeg ved å bli anemisk, og samme hvor mye jerntilskudd og jerngryte-tilberedt tomatsuppe jeg spiste, ble jeg ikke bedre.

Det viste seg at Geelmuyden i 11 år hadde stått på et medikament som i utgangspunktet kun ble godkjent for fire ukers bruk.

– En av årsakene til at man begrenset brukstiden er at magesyren spiller en vesentlig rolle for

«Man kan fastslå at bøtene ikke virker.»

kroppens opptak av mineraler og vitaminer, fortsetter Geelmuyden.

Gradvis gikk han i vinter over til et eldre og mer skånsomt middel. Da bedret jernopptaket og blodprosenten seg straks, samtidig som han unngår syreplagene han pådro seg i årene med nyresvikt.

SKJEV SANNHET

Den store ulykken er ifølge forfatteren at de fleste studier om legemidler er bekostet av legemiddelindustrien. I arbeidet med boken fant han ut at det er opptil 20 ganger så stor sannsynlighet for at et legemiddel omtales positivt når det er industrien som finansierer forskningen.

Geelmuydens research viser at stadig flere legemidler blir godkjent med stadig færre forsøk, og på kortere tid. Og uavhengige forskere fra tre land har konstatert at bare åtte prosent av de nye preparatene som ble lansert mellom 2002 og 2011, kunne regnes som bedre enn eksisterende midler.

Geelmuyden mener likevel at det blir for enkelt

å hevde at legemiddelindustrien ene og alene har ansvaret for den negative utviklingen.

– Myndighetene foretrekker at statskassen ikke betaler forskning og utprøving av medisiner, men det fordrer at industrien gjør forskningen på en redelig måte.

Slik han ser det er altså ansvaret delt.

– Bill Clinton påbegynte en prosess som halverte godkjennelsestiden for nye medisiner. Det mener jeg har vært en katastrofe, siden de aller fleste nye medisiner godkjennes først i det amerikanske legemiddelverket FDA.

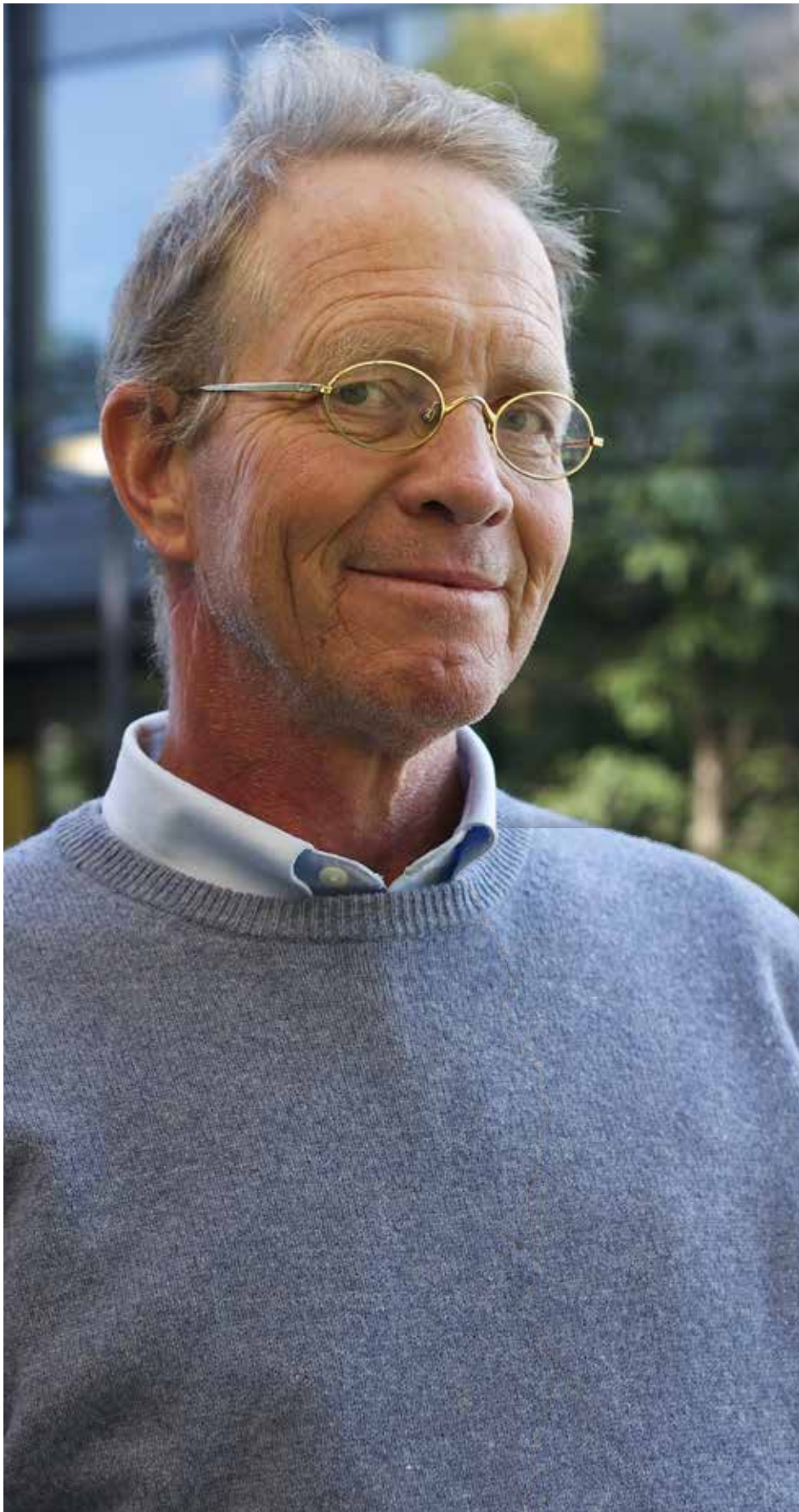
Forfatteren foreslår to tiltak for å få bukt med det han mener er manipulering av fakta i legemiddelindustrien. Det ene er at produsentene må pålegges å utlevere virkestoffene til uavhengige forskere umiddelbart. Det andre er å inndra patenter eller utelukke medisiner fra blåreseptordninger når de for eksempel markedsføres feil.

– Legemiddelindustrien er blitt idømt 35,7 milliarder dollar i bøter de siste 25 årene. Ettersom noen av de store selskapene er blitt bøtelagt hele 31 ganger, hovedsakelig for å markedsføre midlene til grupper og indikasjoner de aldri har vært godkjent for, kan man fastslå at bøtene ikke virker.

OVERTILGJENGELIGE PILLER

Geelmuyden håper at **Pillebefinnende** kan gjøre helsepersonell mer oppmerksomme på medikamentene de gir til pasienter i hverdagen, og at de vil stille seg mer kritiske til pakningsvedlegg og gjøre research på egen hånd etter å ha lest boken.

– Leger, sykepleiere og pasienter bør tilegne seg mer kunnskap om legemidler, både når det gjelder bivirkninger og preparatets brukstid. Industrien sier med rette at det ikke er de som skriver ut legemidlene. Dermed har legene et ansvar



Fakta

Niels Christian Geelmuyden

Akutell med:
Pillebefinnende

for å ta medisiner fra pasientene og følge opp medisinbruk over tid.

Han påpeker at altfor mange, særlig eldre, blir stående på legemidler i årevis.

– Selv hadde jeg behov for Imovane i de første to ukene etter transplantasjonen, men resepten later til å vare livet ut. Jeg kunne spist sovemedisin daglig i åtte og et halvt år, sier han og legger til at mange eldre gjør nettopp det, med mange fall og hoftebrudd som resultat.

Ved flere syke- og aldershjem har beboerne fått vesentlig bedre helse av å halvere den daglige mengden av tabletter, påpeker han.

– Dette er det beklagelig at Legemiddelverket ikke er mer opptatt av, mener forfatteren.

HAR FOR STOR TRO PÅ PILLER

Geelmuyden tror nordmenns høye pilleforbruk skyldes en kombinasjon av tilgjengelighet, overmedisinering og den generelle troen på at piller fjerner symptomer.

– Hver uke blir unge norske jenter forgiftet av paracetamol. Dette smertestillende virkestoffet forårsaker flere leverskader på verdensbasis enn noen annen medisin. Da er det uheldig at midlene selges ved siden av tyggis på Narvesen.

– Litt nedslående har det under arbeidet med boken også vært å se hvor mange studier som i årenes løp har konkludert med at omlegging av kosthold og økt aktivitetsnivå for ganske mange sykdomstilstander ville gitt bedre og ikke minst mer varig effekt enn legemidler – helt uten bivirkninger.

(Alle tall som det vises til i artikkelen er kildebelagt i slutten av hvert kapittel i boken.) ●



Fakta

Spørreskjema som metode

Av Malin Eberhard-Gran
Universitetsforlaget, 2017
64 sider
ISBN 978-82-15-02940-5

Anmelder: Ingrid Jahren
Scudder

Forelesningsnotater i bokform

ANMELDELSE: Det fungerer med usedvanlig letthet språklig og pedagogisk når spesialist og professor Eberhard-Gran ved det medisinske fakultet, UiO, skriver en liten håndbok om spørreskjema som metode.

Materialet stammer fra internundervisning på Akershus universitetssykehus. Boka har derimot problemer med å fungere som selvstendig læringsmaterieell uten forklarende og utdypende forelesninger.

Skryt skal forfatteren likevel ha for hvor lett det er mulig å forklare et komplisert felt. Det er også bredde i det som presenteres. Boka dekker hvordan spørsmålet bestemmer

metoden, hva som skal måles, om vi kan stole på målingene, oversettelse av skalaer, samtykke og klassiske fallgruver. Til og med stikkordsregister har forfatteren fått plass til innenfor de 64 sidene.

Å ha boka på baklomma vil være bertryggende for helsefagenes klinikere og nybegynnere, men for den uerfarne blir det nødvendig å komplementere med undervisning. Boka gir inntrykk av at spørreskjema som metode er mye enklere enn det det egentlig er.

«Skal man måle hvor sosialt utadventd en person er, kan man selvsagt spørre personen direkte, men i de fleste tilfeller vil ikke svaret være spesielt pålitelig», skriver forfatteren. Dette

trenger utdyping og framstår umiddelbart som en nedvurdering av både menneskers egne erfaringer og samtidig den forskningen som befatter seg med subjektive forskningsintervjuer og kontekst som metode.

Illustrasjonsvalget er kjedelig og typisk fordi vi finner en hvit, eldre mann på forsideoppslaget. Med rufsete hår og malerpalett i hånden ser vi avbildet vitenskapsmannen opphevet til kunstner. Dette er ubevisste kjønnsnormer som setter menn i sentrum som skapere og genistreker. Med illustrasjonen av en kvinne på randen av sammenbrudd ved forfatterens forord blir kjønnsstereotypien komplett. ●



Fakta

Sykepleie i kommunehelsetjenesten

Av K. Glavin og E. R. Gjevjon
(Red)
Fagbokforlaget, 2016
278 sider
ISBN 978-82-450-2014-4

Anmelder: Guri Midtgard

Nye perspektiver på sykepleie i kommunen

ANMELDELSE: De to største sykepleietjenestene i kommunene, utenfor institusjon, er helsesøstertjenesten og hjemmesykepleien. Denne boka gir en oversikt over deres historie, områder og metoder.

Livskvalitet løftes fram som et sentralt begrep for begge tjenestene. Også en modell fra USA, Public Health Intervention Wheel (PHIW), presenteres. Den viser de forebyggende intervensjoner som gjøres av sykepleiere i begge disse sykepleietjenestene, og som retter oppmerksomheten både mot individ, samfunn og system. Det tas til orde for at denne modellen innføres i Norge, da den hevdes å kunne brukes som et grunnlag

for dokumentasjon, evaluering, budsjettering og forskning.

Boka består av tre deler: Første del omhandler helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie generelt. I andre del kommer eksempler på helsefremmende og forebyggende sykepleietjenester til familier, barn og unge. Siste del handler om sykepleie i hjemmet.

Boka viser de nyere samfunnsmessige utfordringene, som at ungdoms psykiske helseproblemer og lidelser nå utgjør en stor del av sykdomsbyrden, og at andelen eldre vokser. Et pluss ved boken er at partnerens rolle er tatt med; hvordan oppleves hjemmesykepleiens tilstedeværelse, og hvordan oppleves det å stå

ansikt til ansikt med krevende og ukjente oppgaver når deres kjære ønsker å leve den siste tiden i hjemmet?

De fleste av de atten forfatterne har sin tilknytning til Høyskolen Diakonova. Boka er en antologi og berører sykepleietjenestene fra ulike ståsteder. Noen av forfatterne bruker dessverre et akademisk språk som blir uklart og tørt og som kan tildekke meningsinnholdet. Andre kapitler presenterer teori i en enklere og mer leservennlig språkdrakt.

Sykepleie i kommunehelsetjenesten retter seg mot studenter, lektorer og forskere. Jeg tror også hjemmesykepleiere, helsesøstre og deres ledere vil finne deler av boka interessant. ●

Cecilie Ann
Molvik Markvoll

Opptatt av det sårbare

LITTERATUR: Noen forfattere og bøker har blitt formgivende i mitt liv. Like sentralt i sykepleien som ellers i livet er sansningen og sårbarheten, og anerkjennelsen av betydningen vår kropp og våre erfaringer har i møte med mennesker.

Dette er kanskje spesielt viktig i møte med pasienter. Jeg vender stadig tilbake til tekster av professor Kari Martinsen og filosofen Knud Løgstrup, som skriver noe om dette, samt viktigheten av normer, konvensjoner og dannelse.

Professor Anna Luise Kirkenbens bok *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* utfordrer den etablerte tankemåten rundt sammenhengen mellom livserfaringer og sykdom. Jeg tror det er viktig å utfordre det etablerte, ved å være kritiske og åpne.

Jeg kommer ikke utenom presten Bent Falks bok *Å være der du er*. Den lille blå boken om samtaler med kriserammete er nesten større enn seg selv. Utludret av mine egne notater, er den oftere fremme på kjøkkenbordet enn i bokhylla. ●



Navn: Cecilie Ann Molvik Markvoll
Stilling: Sykepleier i Leirfjord kommune
og bokanmelder i Sykepleien

Aktuell og solid om de etterlatte

ANMELDELSE: **Atle og Kari Dyregrov har skrevet en håndbok for etterlatte og hjelpere. Boken henleder seg først og fremst til dem som har mistet noen, men framstår faglig solid og vil være til god hjelp for sykepleiere som møter pasienter og pårørende i sorg.**

Professor Atle Dyregrov er spesialist i klinisk psykologi og har skrevet en rekke bøker om sorg, krise og traumer. Professor Kari Dyregrov er fysioterapeut og sosiolog. Hun har forsket på sorg, hjelpetiltak og selvmordsproblematikk og dessuten likemannsarbeid og støtte fra sosiale nettverk.

Som forfatterne skriver i forordet, har sorg fulgt oss siden tidenes morgen. Sorgen kommer til uttrykk i vår kulturarv gjennom ritualer og skriftlige beretninger. Skjønnlitteratur er fortsatt en betydelig inngang til emnet, og sorg er også rikt beskrevet i faglitteraturen.

Atle og Kari Dyregrov henter kunnskap fra sin egen kliniske erfaring, fra etterlattes fortellinger og fra egen og andres forskning om emnet. Boken er oversiktlig og god å lese. Forfatterne forklarer hva sorg er og beskriver sorgreaksjoner. De skriver om hvordan sorg kan mestres gjennom individuelle strategier, gir konkrete råd om god mestring og viser hvordan nettverksstøtte og likemannsarbeid kan hjelpe. Når egenmestringen ikke strekker til, forklarer forfatterne hvordan

profesjonell hjelp kan bidra.

Boken er utstyrt med referanser til fag- og forskningslitteratur og har et eget kapittel med forslag til fordypningslitteratur og henvisning til støtteressurser. Slik er boken også nyttig for sykepleiere som er engasjert i fagutvikling og forskning. Boken er aktuell ved å vise til etterlattes erfaringer etter terrorhandlinger og store ulykker, og den viser hvordan nyere forskning dels forkaster og nyanserer gjengs oppfatning av sorg og sorgprosessen.

Fra eget ståsted i arbeidet med alvorlig syke og døende ga boken nyttig kunnskap om samspillet mellom sørgende og dem som forsøker å hjelpe. Boken bekrefter noe jeg selv har erfart: at det er høyst individuelt hvordan man reagerer på å miste noen og hvordan man forholder seg til tapet.

Jeg kan savne en omtale av sorg som ikke er utløst av dødsfall. Jeg blir nysgjerrig på om mestringsstrategiene og de konkrete rådene beskrevet i boken også er aktuelle når sorgen er utløst av andre typer alvorlige tap. Forfatterne forklarer at etterlatte ofte får både sorg- og traumereaksjoner ved unaturlige eller dramatiske dødsfall, og beskriver traumereaksjoner og gir råd om mestring av traumer. Bokens tittel kunne med fordel ha speilet at forfatterne gir plass til traumer og traumearbeid. Det ville ikke gjøre den mindre interessant for den lesende sykepleieren. ●



Fakta

Mestring av sorg. Håndbok for etterlatte og hjelpere

Av Atle og Kari Dyregrov
Vigmostad & Bjørke,
2017
184 sider
ISBN 978-82-419-1418-8

Anmelder: Håkon
Johansen

«Uansett hva som skjer med oss i livet, har vi alle ressurser vi kan benytte oss av for å takle vanskelige situasjoner.» Fra boken *Mestring av sorg*



Symptomer på senskader hos poliopasienter kan forveksles med symptomer på andre sykdommer, som MS og fibromyalgi.

Polio går i glemmeboka

● Tekst **Monica Hilsen**

På 1940- og 50-tallet herjet polioepidemi i Norge. Men sykdommen kom raskt under kontroll etter at vaksinen ble tilgjengelig i skoleåret 1956–57.

I dag lever det om lag 10 000 personer i Norge som fikk poliomyelitt under epidemiene. På 1980–90 tallet rapporterer flere tidligere poliopasienter om senskader. Nye plager hadde oppstått, etter en lang og stabil periode fra akuttangrep og gjenopptrening.

Kunnskapen om polio er på vei til å forsvinne med sykdommen. Men helsepersonell kan møte pasienter med senskader eller pasienter som har tatt med seg smitten fra utlandet.

SPESIALOMSORG

– Senskader etter poliomyelitt er den rehabiliteringsgruppen som er fulgt lengst over tid, sier professor Anne-Kristine Schanke, fagsjef i psykologi i forskningsavdelingen på Sunnaas sykehus.

Schanke har vært med å skrive en ny rapport om norske poliioverlevende. I 1994 ble det gjort en studie som nå følges opp 20 år etter. Konklusjonen er at den aldrende poliogruppen opplever nye muskelsvakheter og økende helseproblemer. Men forverringen skjer sakte med færre konsekvenser fordi den rammene tilpasser helse tilstanden til sin livssituasjon. Allikevel trenger den aldrende fokusgruppen spesialomsorg.

TEGN PÅ SENSKADER

Poliopasienter har økt risiko for belastningsskader fordi ledd og muskler, som ikke er poliorammet, må kompensere for svakhet og lammelser i angrepet muskulatur. Denne muskulære ubalansen fører over år til slitasjeplager og smerter.

Pustelammelser i akuttfasen av polio er ikke uvanlig for dem som er hardt rammet, men at

pustesvikt kan oppstå flere år etterpå, er mindre kjent. Symptomer på underventilering er lette å mistolke.

Personer kan ha poliovirus i kroppen uten at viruset har slått ut. Mange tiår senere kan de oppleve å få senskader.

Typiske symptomer på senskader er:

- Ekstrem tretthet/slitenhet
- Nye lammelser i tidligere poliorammet muskulatur
- Smerter i muskler og ledd – hodesmerter, spesielt om morgenen
- Økende belastningsskader i lemmer og ledd
- Pustevansker – underventilering – kan også være livstruende
- Psykiske problemer, angst og depresjoner

FUNKSJONSHEMNING

Poliopasienter kan deles inn i tre grupper; mild, moderat og alvorlig funksjonshemning.

Personer med mild funksjonshemning kan klare seg uten hjelpemidler. Men ny forskning viser at senskadene kan være relativt alvorlige. Og denne gruppen kan bli nødt til å definere seg som funksjonshemmet når senskadene oppstår.

Moderat funksjonshemning er personer med større skader, som er avhengig av hjelpemidler som for eksempel rullestol, krykker og låsebandasjer. Denne gruppen belaster armer og skuldre ved

forflytning og sliter derfor ofte med smerter i nakke og skulderparti. Muskulaturen rundt hofter og knær svekkes også og fører til ekstra stor slitasje.

Alvorlig poliopasienter er vanligvis avhengige av rullestol og eventuelt pustemaskin. Denne gruppen er avhengig av at ting fungerer på millimeteren, og karakteriseres som «millimeter-pasienter».

Polio kan ikke kureres.

FEILBEHANDLING

Fordi helsepersonell ikke kjenner til symptomer ved polio, kan rammene misforstås og feilbehandles. Konsekvensene kan bli svært alvorlige.

For å finne ut om pasienter har senskader, kan de bli henvist til EMG-undersøkelse (electromyografi). Denne viser impulser/elektriske signaler i muskelceller, og på bakgrunn av resultatet kan man vurdere om muskelen har vært affisert som følge av akutt poliomyelitt.

Resultat av EMG, pasients sykehistorie og fungering i hverdagslivet indikerer om det dreier seg om polio eller andre diagnoser som for eksempel MS og fibromyalgi.

Ved operasjon av poliopasienter er det viktig å ta hensyn til:

- forebygging av blodpropp
- at restitusjon ofte tar lengre tid
- at anestesi kan svekke muskulatur midlertidig
- at lungefysioterapi kan være nødvendig i første postoperative fase

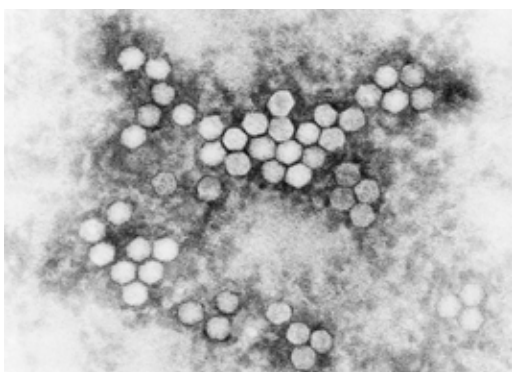
REHABILITERING

Sunnaas sykehus er Norges største spesialiserte sykehus innen rehabilitering. Sykehuset har behandlet personer med senskader etter polio siden 1990 og er et av sykehusene i landet med lengst erfaring innen fagfeltet.

«Senskader etter polio er den gruppen som er fulgt lengst over tid.»

Anne-Kristine Schanke,
Sunnaas sykehus

BEHANDLING: Helsepersonell med en barnepoliopasient i et hydroterapi-bad. Foto: Science Photo Library



VIRUS: Polioviruset tilhører slekten enterovirus. Fra Gresk: polios = grå, myelos = ryggmarg. Med henvisning til den grå materie i hjernen og ryggmargen. Foto: Science Photo Library



HJELPEMIDLER: Å bruke rullestol gir mulighet til å komme ut blant gode venner. Illustrasjonsfoto: Mostphoto

Om lag 20 prosent av pasientgruppen på Sunnaas er yngre, det vil si i 20–30 årene, og har innvandrerbakgrunn. De fikk polio i sitt hjemland og har utviklet senskader. De trenger råd og veiledning til videre rehabilitering, arbeidssituasjon med mer.

Sunnaas har ingen statistikk over behandlede pasienter fordelt på kjønn. De siste tre årene har 230 pasienter vært på sykehuset til vurdering og oppfølging, hvorav 54 med innvandrerbakgrunn.

BEHANDLING OG VEILEDNING

Sykepleieren har en viktig observasjons- og informasjonsrolle i behandlingen, blant annet om pust, ernæring, vekt og søvn. Der er viktig at aktivitetsnivået tilpasses individuelt og at treningen overvåkes nøye. Nyere kunnskap viser at poliopasienter både trenger og tåler trening innenfor bestemte rammer.

Nina Levin, som er ergoterapispesialist på Sunnaas, anbefaler å veksle mellom aktivitet og hvile. Dette gjelder både når man trener og om man utfører andre typer aktiviteter som matlaging, husarbeid og handling.

Former for trening er bassengtrening, lett mosjonsgymnastikk og stavgang, men også vanlig kondisjons- og styrketrening anbefales. Treningen kan føre til økt styrke, bedre kondisjon og reduserte smerter.

Sunnaas gir opplæring med hjelpemidler og ikke minst informerer og diskuterer fordeler ved å bruke disse som avlastning. For noen kan, for eksempel, bruk av rullestol være et «nederlag», men kanskje kan et kortere opphold i stolen gjøre at sosiale møter er mulig. ●

monica.hilsen@sykepleien.no

Kilde: Landsforeningen for poliodeskadde. Se mer på www.lfpps.no

Fakta

SMITTE OG SPREDNING: Poliomyelitt er en gammel sykdom, antageligvis flere tusen år gammel.

Sykdommen rammer bare mennesker.

Poliovirus smitter gjennom hoste i den akutte fasen, og utskilles fra tarmen hos smittede personer og lever blant annet i forurenset vann.

I deler av verden med dårlig hygienisk standard er poliovirus til stadighet til stede, også i flere land som for lengst har utryddet poliomyelitt.

Tilnærmet alle mennesker som kommer i kontakt med poliovirus, blir smittet. Hos langt mer enn 90 prosent av alle som smittes, gir viruset bare en lokal reaksjon, som eventuelt lett halsesyke eller kvalme og diaré. Hvis viruset vandrer videre fra slimhinnene og over i blodet, får man allmennsymptomer med feber og sykdomsfølelse.

Mindre enn 1 prosent av alle som smittes av poliovirus, utvikler polio med lammer, skjelvinger, svelgvansker og pustebesvær.

Kilde: Landsforeningen for poliodeskadde

FOREBYGGENDE TILTAK: En gjennomvaksinert befolkning er den sikreste beskyttelse og forebygging mot nye tilfeller av polio.

I dag inngår poliovaksine i barnevaksinasjonsprogrammet i form av kombinasjonsvaksine. Gjennomført vaksinasjon gir beskyttelse i 10 år.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Sykepleien.no

Les mer:
Å leve med polio.



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- Hvilket symptom går under betegnelsen «nevropsykiatriske symptomer»?**
 A Nedsatt hukommelse
 B Vrangforestillinger
 C Pricking i huden
- Hvilket symptom går under betegnelsen «nevropsykologiske symptomer»?**

- A Svekket oppmerksomhet
 B Aggresjon
 C Hodepine

3 Hvor mange prosent beboere på sykehjem står på psykofarmaka, ifølge norsk studie?

- A 23 %
 B 46 %
 C 73 %

4 Hva heter Sykepleien Forskning på engelsk?

- A Norwegian Journal of Nursing Research
 B Norwegian Journal of Clinical Nursing
 C Norwegian Nurses' Research Journal

5 Hva heter menneskehandel på engelsk?

- A Human merchandising
 B Human business
 C Human trafficking

6 Hva er laveste begynnerlønn for sykepleier i kommunen?

- A 359 900 kroner
 B 376 200 kroner

- C 385 000 kroner

7 Hva er laveste begynnerlønn for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten?

- A 359 900 kroner
 B 376 200 kroner
 C 385 000 kroner

8 Ifølge Sex og samfunn har klamydia ett symptom mer enn gonoré hos kvinner. Hvilket?

- A Kløe/svie i skjede
 B Smerter ved samleie
 C Svie ved vannlating

9 Muskel kommer fra latin «musculus». Hva er den opprinnelige betydningen av ordet?

- A Sterk kjempe
 B Sammentrekkbar
 C Liten mus

10 Hva er Gardners syndrom?

- A Revmatiske plager som ligner smertene etter overdreven hagejobbing
 B Polypper i tarmkanalen og svulster i ben- og bindevev
 C Skjedekatarr og øyeinfeksjon med gardnerella-bakterien



SYMPTOMSJEKK: Kan du symptomet som skiller klamydia fra gonoré hos kvinner?

- 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: 1B, 2A, 3C, 4B, 5C, 6B, 7C, 8A, 9C, 10B

Randis hypokonderkryssord

	REDSKAP	ED	DYR	SVAR	ÅRE VØRES		RUMPE	DIKT	FOTTØY PÅLEGG		DANS	OS HÅPE		ELV	PÅ FLY	INN- SKRU- ING	GUD	AMMER		FOR- SNEV- RING- ENE
LID- ELSE																		HINNE SYKD.		
TREDE- MØL- LEN																				
				DRIKK			ORD BYGE			POL.P (OMV.)				FORK.	BIB. NAVN		FUGL			
KNE RUSM.		SLA		ØY- BOER				ERO- BRER		FOR- HENV. LETT				STAT AMBOL- TER						VEIER
					OR- GANET BIB.NAVN					UT- SLETT								JEG		
YTRE REDSK.			RØRE				FUGL IBSEN- FIG.			SESS	MAS	FLAT								FLY- SELSK.
			LEVER			PROPP BIB.DEL														GI RES- PEKTER
GREIT			ÅRE							MÅL										AV- KLEDD
SVIS- KER																				

Se løsning på kryssord side 90.



Meninger

Del 4 Sykepleien 07 | 2017

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



UTHOLDENDE: Jannicke Rabben (foran) og kollegene nekter å la hardt opparbeidete rettigheter bare smuldre bort og forsvinne. Derfor streiker de så lenge det trengs. Foto: Eivor Hofstad

Gir seg ikke

Streik. Tillitsvalgt Jannicke Rabben i Kreftforeningen er daglig leder for streiken. **82**



Psykatri. Tapte den gode relasjonen og ble verre. **78**



«Den teknologiske utviklingen har gjort at mange eldre ikke greier å henge med.»

Nils Fagerjord. **81**



NSF. Heltid er regjeringens ansvar nå. **76**



Før valget lovet partiene NSF hvilken helsepolitikk de ville føre. Nå må de holde løftene.

Heltid er regjeringens ansvar nå



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Vi mangler 4000 sykepleiere, og mangelen øker. NSF mener at politikere og arbeidsgivere gjør for lite for å stoppe den økende mangelen.

Vi har en stor, ubrukt arbeidskraftreserve i sykepleiere som jobber deltid. Halvparten av NSF's medlemmer jobber deltid. Derfor har vi sagt at vi ønsker en heltidskultur, der det normale er å jobbe i fulle stillinger.

NSF mener heltidsstillinger er best for å sikre kompetansen og kontinuitet rundt pasientene, og målet er at alle sykepleiere som ønsker heltidsstilling, skal få det.

HELTIDSSTILLINGER

Første skritt for å oppnå det er å lyse ut hele stillinger.

På oppdrag fra NSF overvåker Retriever utlyste stillinger hver måned. Sykehusene her i landet har til sammen lyst ut 3300 stillinger for sykepleiere fra februar og til og med august i år. Bare halvparten av utlyste sykepleierstillinger er heltidsstillinger. Det skjer til tross for at NSF og Spekter har avtalt at det som hovedregel skal tilsettes i heltidsstilling.

Det holder ikke. Og det handler om kultur. Det kan vi se fordi forskjellene var store mellom sykehusene i hvor stor andel heltidsstillinger som blir lyst ut. Variasjonen er stor mellom både viljen fra sykehusledelsen og virkemidlene som blir tatt i bruk.

NSF mener at kampen om arbeidskraften vinnes av dem som tar de ansattes lønns- og arbeidsvilkår på alvor.

«Det holder ikke. Og det handler om kultur.»

DE SOM IKKE ØNSKER HELTID

Dessverre er sykepleieryrket så fysisk og psykisk krevende at mange ikke ønsker heltid. Vår medlemsundersøkelse denne våren viser at mange skulle ønske at de kunne jobbe heltid, men jobben er for krevende.

Sykepleier Jon Lennart Staffne skrev i Sykepleien i mai at han har snakket med mange deltidsansatte som gjerne ønsker

å gå fulltid, men som ikke makter belastningen. «Dette vil jeg også kalle for ufrivillig deltid,» skriver han.

Derfor er det også et virkemiddel mot deltid å sørge for tilstrekkelig bemanning og gode arbeidstidsordninger, slik at sykepleierne makter å arbeide full stilling helt frem til pensjonsalder.

FORVENTNINGER OM SYKEPLEIERLØFTET

Både Høyre, Fremskrittspartiet, KrF og Venstre kom med løfter om god politikk for sykepleiere før valget. Høyre sa også at partiet ønsker et sykepleierløft.

Ordet «sykepleierløft» har NSF lansert. Det har et konkret innhold. Det er flott at Høyre ønsker et sykepleierløft, men dersom det skal virke mot sykepleiermangelen, må fokuset være rettet mot å bedre sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår.

Befolkningen trenger et sykepleierløft, og NSF forventer at dette gjenspeiles i den kommende regjeringserklæringen.

PROGNOSEN FOR ÅRENE FREMOVER

Situasjonen er alvorlig: Sykepleiere er det enkeltyrket hvor det er størst mangel på arbeidskraft, ifølge Navs Bedriftsundersøkelse 2017. Nav estimerer en mangel på 3600 sykepleiere og 400 spesialsykepleiere. Prognosen for årene fremover er dårlig. I 2035 vil vi mangle 28 000 sykepleiere.

Sykepleierforbundet krever en betydelig økning av antall utlyste heltidsstillinger.

Vi forventer nå, etter valget, at partiene gir klare signaler til både kommuner og sykehus om at de må skjerpe seg. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Det er viktig at vi velger politikere som kan utgjøre en forskjell for oss som satser på helsefaglig forskning.

Hva mener partiene om forskning?



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

Det har skjedd svært lite konkret på forskningsfronten etter fire år med borgerlig regjering. Før sommeren 2017 ba kunnskapsministeren om innspill til langtidsplanen for forskning og høyere utdanning i Meld. St. 7 (2014–2015). Denne planen ble utarbeidet da Arbeiderpartiet (Ap), Senterpartiet (Sp) og Sosialistisk Venstreparti (SV) satt i regjering og vedtatt under den borgerlige regjeringen. En av de langsiktige prioriteringene har hele tiden vært «fornyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferds-, helse- og omsorgstjenester».

Begge de to siste regjeringene har vært opptatt av forutsigbarhet og gode muligheter for finansiering av forskning. Ambisjonene deres har vært å få den samlede forskningsinnsatsen opp mot tre prosent av brutto nasjonalprodukt innen 2030. Jeg har tidligere skrevet at konkurransen om offentlige forskningsmidler stadig blir tøffere, og at sykepleiere må jobbe tverrfaglig, brukernært og internasjonalt. Derfor er det viktig at vi velger politikere som kan utgjøre en forskjell for oss som satser på helsefaglig forskning.

FORSKERNE VILLE HA RØDGRØNNE

Tidligere i år publiserte fagbladet til Forskerforbundet, Forskerforum, en undersøkelse om hva forbundets medlemmer planla å stemme under årets stortingsvalg. Ap og SV ville fått rent flertall, og Miljøpartiet De Grønne (MDG) ville fått en oppslutning på mer enn åtte prosent. Fremskrittspartiet (FrP) vil-

DETTE MENTE PARTIENE

Før stortingsvalget denne høsten så jeg på hva valgprogrammene til de ulike partiene sa om forskning i spesielt offentlig sektor. Den borgerlige siden med Høyre og FrP i spissen fremhevet betydningen av forskning som skal stimulere til tettere samarbeid med næringslivet for å kunne utvikle et bærekraftig samfunn og gi oss innovasjon. Partiene ønsket større satsing fra både offentlig og privat sektor.

Det rødgrønne alternativet la mye større vekt på å øke statlige overføringer for å sikre at universitetene, høyskolen og forskningsinstituttene får bedre rammevilkår og faglig autonomi. Samtidig skilte SV seg klart ut med krav om mindre konkurransebasert forskning. Ap og Sp ville gjerne ha mer forskningsfinansiering fra næringslivet og samtidig øke overføringer fra staten, men de var ikke så konkrete som SV. MDG ville ha litt av alt med tematisk styring mot et grønt skifte.

Jeg tror det vil være vanskelig å finne et parti som ikke ønsker å satse på helsefaglig forskning, men det er noen forskjeller – særlig for oss som er avhengige av hjelp fra statlige overføringer. Nå gjenstår det bare å se om valgvinnerne oppfyller intensjonene sine. ●

«Nå gjenstår det å se om valgvinnerne oppfyller intensjonene sine.»

le bare fått litt over én prosent, og Høyre under ti. Venstre, som tradisjonelt har stor oppslutning blant forskere, mistet mange stemmer, og valgforskere tror dette skyldes at de har støttet en Høyre–FrP-regjering.

Hva er det som gjør at Ap og SV med støtte fra MDG ville fått overveldende flertall hvis forskere hadde avgjort årets valg av en ny regjering?



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard
er fast skribent i Sykepleien.



De er dessverre ikke mange, men de finnes! De menneskene som lytter til deg, virkelig lytter til deg, skriver artikkelforfatteren.

Når de slutter å lytte

Fakta

Brevskriveren er kjent for redaksjonen, men ønsker ikke å stå fram med navn.

Jeg møtte psykiatrien for første gang da jeg var 25 år. Jeg hadde en sønn på fem måneder, småbruk, en fantastisk jobb – så gikk jeg på en skikkelig smell. Fødselsdepresjon, tiltakende selvmordstanker, insomnia og til slutt total utmattelse. I tre måneder ble jeg oppbevart på akuttposten. Ble forsøkt utskrevet tre ganger, forsøkt overført til døgnenhet tre ganger før de lyktes å få meg inn. Jeg ble misforstått – i bunn og grunn. «Du trenger bare å sove litt», fikk jeg høre. Men hva om man da ikke klarer å sove fordi flashbacks, tankekjør og kaos tvinger deg til å være våken?

DA BEHANDLEREN SLUTTET

Jeg kom omsider til døgnenheten og møtte noen helt fantastiske mennesker – for selv om man hører mange skrekkehistorier, hvor min ikke er et unntak – finnes de virkelig der ute. De er dessverre ikke mange, men de finnes! De menneskene som lytter til deg, *virkelig* lytter til deg, og ser deg for det mennesket du er. De ser mennesker som har det vanskelig – ikke vanskelige mennesker!

Behandleren jeg fikk var en av disse menneskene, og noen av sykepleierne var også i denne kategorien. Syv måneder hadde jeg denne behandleren, og i store deler av denne tiden var jeg i tydelig bedring. Jeg lærte mye om meg selv, om hvordan kroppen og hjernen fungerer. Jeg fikk lære at mine reaksjoner var legitime og forståelige. En lettelse jeg ikke kan beskrive! Jeg var ikke gal – det var en grunn til at jeg reagerte

«Tapet av denne trygge, gode relasjonen gikk hardt innpå meg.»

og tenkte som jeg gjorde. Og jeg fikk lære teknikker for å mestre! I perioder gikk det også nedover, og etter å ha gått igjennom journalen min er det ikke vanskelig å finne fellesnevnerne. Stabilitet, trygghet, forutsigbarhet, forståelse og tett konstruktiv oppfølging sto til bedringsperiodene, nedgangsperiodene var preget av det motsatte.

Etter syv måneder sluttet denne behandleren, og da fulgte også min virkelige nedgangsperiode. Tapet av denne trygge, gode relasjonen gikk hardt innpå meg. Nå ventet et kaos av oppfølging.

Ti måneder av min førstefødtes liv hadde jeg tilbrakt på institusjon. Det var ikke det jeg hadde sett for meg da jeg skulle bli mamma for første gang. Nye tester ble gjort, nye diagnoser ble satt. Og tiden som fulgte ble også fylt av utallige behandlerbytter, perioder uten behandler i det hele tatt, og endelig utskrivelsesdato.

EMOSJONELT USTABIL PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE

Koste hva det koste ville, jeg måtte ut. Jeg hadde fått en diagnose, Emosjonelt Ustabil Personlighetsforstyrrelse (EUP) med kronisk forhøyet suicidalfare, og den tilsier at lange innleggelser skal være uheldig. Som om alle med denne diagnosen er helt like. Jeg trengte disse innleggelsene, jeg fungerte ikke hjemme, jeg klarte ikke ta vare på min lille sønn lenger. Jeg klarte i hvert fall ikke ta vare på meg selv. Jeg hadde aldri før truet med å ta mitt eget liv, jeg har ikke vært oppmerksomhetssyk, snill pike-syndrom er hardt innarbeidet. Så da jeg fikk suicidal tanker, selvskading og gråt, panikkangst-anfall og fortvilelse, var det virkelig alvor. Jeg fikk isteden beskjeden som ville tatt motet fra ethvert menneske uansett diagnose: «Behandlingen din har mislyktes, innleggelsen din har mislyktes, nå må vi bare få deg ut herfra».

I mine ører lød de ordene som «Du kan ikke hjelpes, du kan ikke få det bedre, nå må vi skrive deg ut så du ikke tar livet ditt mens vi har ansvaret for deg». Jeg visste med meg selv at ved god og riktig oppfølging ville jeg bli bedre. Fikk likevel stempel som trassig, lite samarbeidsvillig og motarbeider av planene. Jeg motarbeidet ikke – jeg nærmest skrek om hjelp til å lykkes. Jeg ville mer enn noe annet hjem til min lille gutt og klare å være en god mamma for ham, men jeg visste også at med det lidelsestrykket jeg opplevde ville ikke det være mulig.

Fortvilelsen, håpløsheten og ikke minst maktesløsheten vokste seg enorm. Jeg ble ikke lenger hørt, jeg ble ikke lenger sett,

jeg ble ikke lenger prioritert, jeg var «a lost case». Hva tror de det gjør med et menneske som i utgangspunktet har selvtillit lik null å få den beskjeden? Jeg kom med forslag til hvordan dette kunne gjøres bedre, jeg kom med konkrete eksempler – men kapasiteten på avdelingen var sprengt, og igjen – jeg ble ikke lyttet til.

MAKT

Helsevesen og behandlere har mye makt. Jeg er ikke sikker på om de er klar over hvor tydelig det er for oss pasienter. Det er de som sitter med muligheten til å utgjøre en forskjell for oss – på godt og vondt.

Det er skremmende at noen andre har så stor innvirkning på din psykiske helse, din fremtid og din nåtid. At noen andre skal bestemme hva du trenger og ikke trenger, uten å lytte til dine meninger.

En sykepleier sa til meg en gang at det var ikke meningen å spørre så mye – men hun ville så gjerne forstå akkurat hva jeg mente, hun ville ikke dra egne slutninger og mene etter egne observasjoner – hun ville vite hva jeg tenkte og følte. Der og da ble jeg målløs, for en slik genuin oppmerksomhet for meg, for mitt unike tilfelle, min egne opplevelse av situasjonen, det er virkelig ikke noe man møter hver dag. Hun gravde ikke i skuffen etter forklaringer for generell oppførsel ved EUP, hun ville forstå hvordan jeg opplevde det.

Alle burde lytte på den måten, alle burde vise den respekten for individet. Ta et skritt bort fra teori du lærte på sykepleien eller psykologistudiet, *lytt* til pasienten.

Det er jeg som lever i denne kroppen og jeg som må kjenne det jeg kjenner hver eneste dag. Mange ganger har jeg ønsket at det gikk an å bytte kropp bare for en dag, for hvis behandlerne og andre i helsevesenet fikk kjenne det man selv lever med – så hadde de forstått på en helt annen måte, og oppført seg deretter. Men det er ikke mulig, og det nærmeste man da kommer er å lytte, prøve å forstå.

Hver pasient er et unikt tilfelle, ingen er like, men *alle* trenger respekt, tillit og troa på at de er verd å hjelpe. Troa på at det finnes håp – at det kan bli bedre.

NEBB OG KLØR

Det finnes selvfølgelig også fantastiske mennesker i psykiatrien og helsevesenet. De som kan se noe i deg du tror har forsvunnet for godt, de som forstår deg bedre enn du forstår deg selv, de som kjemper for deg med nebb og klør når resten av systemet motarbeider deg. Disse menneskene har satt dype spor i meg.

Miljøpersonell har stått ved min side selv i denne nedgangsperioden og båret håpet for meg, gjort alt som står i deres makt for å hjelpe. Disse fantastiske personene gir meg troa på at det finnes noen der ute som ser meg for det mennesket jeg er, som har troa på meg og som genuint jobber for at jeg skal få det bedre. De er englene i samfunnet vårt, og det er skammelig og fryktelig trist at de er i mindretall. Det er trist at du, som i russisk rulett, vel så ofte kan møte mennesker som dytter deg utfor stupet, fremfor dem som hjelper til å dra deg opp.

Jeg har vært heldig og møtt på noen av disse fantastiske menneskene. De er grunnen til at jeg fremdeles er her, de er grunnen til at jeg ikke har gitt opp. De er mine skytsengler! ●



MAKT: Helsevesenet og behandlere har enormt med makt. Jeg er ikke sikker på om alle er klar over hvor tydelig det er for oss pasienter, skriver forfatteren. Hun ønsker å være anonym. Foto: Mosphotos



Mannen vart ved overlevering beskrive som sur, sint og hissig.

Dette gav konsekvensar for korleis han vart møtt av sjukepleiaren.

Velg orda dine med omsorg



Fakta

Sigrund Breistig

Student Master i klinisk helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet avd. Stord

Me kvidde oss til å gå inn til han. Den middelaldrande langtidssjuka mannen. Langtkommen kreft, infeksjon og nedsatt evne til å ta hand om seg sjølv. Det var ikkje det at han trengde mykje pleie som gjorde at me vegra oss, men han var visstnok sur, sint og hissig. Me venta til han ringde på. Var forsiktige på foten. Passa på å ikkje spørje for mykje. Var korte og presis i stellet. Lot han få mest muleg fred. Me ville ikkje gjera han like sint som han hadde vorte på sjukepleiaren som gav rapport.

FORMAR HANDLINGANE VÅRE

Mannen vart ved overlevering beskrive som sur, sint og hissig. Dette gav konsekvensar for korleis han vart møtt av sjukepleiaren. Språk er makt skriv professor Blakar (2006). Han viser til korleis orda me brukar gir mønster for praksis. Blakar si bok er over tretti år, men har vore utgitt i fleire utgåver sidan. Noko av det viktige han viser i boka er at orda me vel å bruka, er ikkje berre er beskrivningar, men dei gir oss også assosiasjonar og er knyt til kjensler. Såleis vert orda så betydningsfulle fordi kjenslene orda ber med seg formar handlingane våre.

Snakkar me om pasientane som masete, krevjande, sure,

fornerma, urealistiske eller omtalar me dei som sårbare, treng trøyst, er redde, håpefulle? Desse orda som me vel, gir veg for korleis me handlar i praksis. Orda me gir til kollegaen vår gir assosiasjonar før pasienten har fått ein tjangs. Orda du vel gir veg for praksis. Seier me at pasienten er redd, får me lyst å trøyste, men seier me at pasienten er sint og fornerma vil det gjera at me får lyst til å trekke oss unda. Orda gir også veg for korleis me set rolla vår. Er me den som skal hjelpe, den som trengst eller er me den som står i veggen, som er uønska. Pasienten sin situasjon er uansett den same, men kva rom me gir for omsorg kan bli forma av orda me vel å bruke.

BRUKE SKJØNN I SPRÅKET

Per Nordtvedt (2008) seier at me legge både bekymringar og omsorg i språket vårt gjennom orda me vel. Språket er då ikkje berre dagleg, men også moralsk og verdilagra, fordi ein i det faglege

språket nyttar ord som beskriv korleis pasienten meistrar og opplev ein bestemt situasjonen. Nordtvedt brukar eksempel som det at pasienten strevar og stressar. Dette er ord som kan gi assosiasjonar til at ein treng støtte og motivasjon, medkjensle og trøyst. Martinsen (2005) vil at me brukar skjønn i språket. Det vil då seie at me brukar språket vårt spørjande, ope undrande og vurderande på ein slik måte at me klarar å skjelle det ein er i gong med eller er involvert i.

Når fru Hansen som har fått konstantert uhelbredeleg kreft verken tek til tårer eller stiller spørsmål, konkluderer me med at ho takla det godt, er nok nøgd med livet ho har hatt, er ikkje redd. Eller er me modige og reflekterte nok til å spørje og undre oss over kva me er vitne til no? Kva vil det seie å vere redd? Kva kan me gjere, kva er trøyst?

LIVET ER LIVET NÅ

Kva ord ville du fått på din merkelapp om du var pasient?

Tenk deg i rolla der ditt aktive liv blir rive frå deg, du blir sengeleggande, blottlagt. Du ventar, og ventar, du svettar, du eliminerer, du angrar, du jamrar, du ventar. Livet endrar, livet trugar, livet er livet nå. Er du uendra? Like kjekk? Like modig, stolt og tydeleg? ●

«Er me den som skal hjelpe, den som trengst eller er me den som står i veggen, som er uønska.»



Den teknologiske utviklingen har gjort at mange eldre ikke greier å henge med. Følelsen av utestengelse bare tiltar.

De usynlige overgrepene



Fakta

Nils Fagerjord

Pensjonist (85)

Det er i dag rundt 500 000 personer over 67 år og 220 000 over 80 år. Trolig er en del av denne generasjonen nesten ikke lenger integrert i dagens familiemønster eller sosiale liv. De er satt til side på grunn av endringer i sysselsetting, bo-setting, teknifisering og generelle holdninger i samfunnet. De betaler velstandskalaset med ensomhet og savn, mens verden utenfor raser forbi. En verden der familier er mest opptatt med sine mobiltelefoner, lesebrett, PC-er, biler og hytter i stadig økende grad.

MANGE LIDER I STILLHET

Fire av ti i denne aldersgruppen føler seg ensomme, ifølge SSB. Familien har vært grunnlaget for sosialt nettverk og en god kilde til ressurser som praktisk hjelp og omsorg. Men slik er det ikke lenger.

For mange eldre er ensomheten det aller største problemet. Å oppleve monotone, lange dager i månedsvis er en stor påkjenning, så stor at suicidale tanker melder seg.

Selvmoerdraten er dessverre svakt økende, og anslagsvis vil det i 2017 bli omtrent 40 eldre som begår selvmord. Dette tallet kan vokse mye når eldrebølgen rammer oss. Da får vi over dobbelt så mange eldre og uføre enn det vi er i dag. Og våre politikere og ansvarlige byråkrater gjør lite eller ingen ting med det!

Mellom tre og fem prosent av alle eldre i Norge, det vil si 25 000 personer, blir utsatt for overgrep i en eller annen form. De vanligste formene for overgrep er fysiske og økonomiske, men også seksuelle, psykiske og strukturelle overgrep som omsorgssvikt og mangel på hjelp. Ofte er overgriperen den nærmeste omsorgspersonen, eller et familie-medlem som den eldre er avhengig av i de daglige gjøremålene. Dette gjør det vanskelig å melde fra om forholdet, og mange lider i stillhet.

FYLLE DE SOSIALE BEHOVENE

Eldreomsorgen drives i dag etter stoppeklokken. Det er ingen tid til sosial kontakt, og det er heller ikke meningen, ifølge dem som har ansvaret. Men kan det være riktig at det offentlige er uten forpliktelser for å fylle medmenneskers sosiale behov? Svaret er NEI!

Hjemmetjenesten må tilføres flere ressurser, slik at det vil være mulig å for eksempel ha samtaler om depresjoner, familiære overgrep (som skjer oftere enn man

liker å tenke på) eller suicidale tanker. Tjenesten må også besøke eldre hjemmeboende som ikke mottar hjemmetjenester. Det må ytes en helhetlig omsorg som dekker de fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle behov, noe som ikke skjer i dag.

BEHOV FOR OMSORG

Overgrepene bare fortsetter og er tiltakende. Det er bestemt at alle offentlige organer heretter skal sende post digitalt. Det betyr at mange eldre uten PC stenges ute fra samfunnet.

Tall fra SSB viser at hver femte eldre mellom 67 og 79 år ikke har tilgang til internett. Og selv om vi ikke har tall for eldre på 80 år og over, er antakelig dette tallet høyt. De betyr at det trolig er minst 200 000 eldre som ikke bruker internett. I tillegg er det noen som har tilgang, men har veldig liten kunnskap om bruken og ny teknologi.

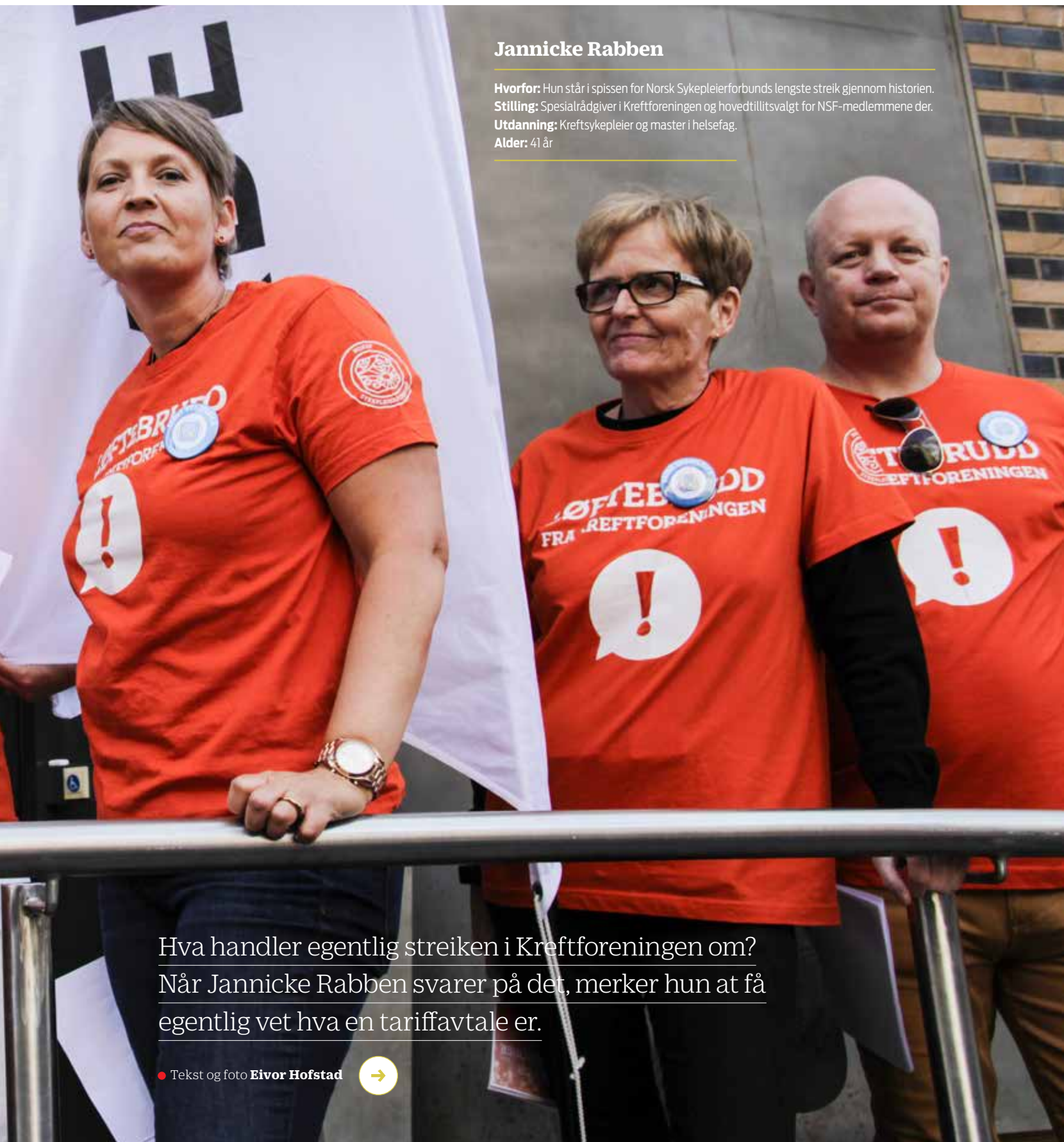
Fra og med januar fikk 570 000 pensjonister og uføre ikke den vanlige utbetalingsmeldingen fra NAV, den sendes digitalt, med de konsekvenser det måtte ha for den enkelte.

Utviklingen på det teknologiske plan har gjort at mange eldre ikke greier å henge med. Det å mestre en moderne mobiltelefon er for eksempel uråd. Følelsen av utestengelse bare tiltar. ●

«Kan det være riktig at det offentlige er uten forpliktelser for å fylle medmenneskers sosiale behov?»



Streik for viderekomne



Jannicke Rabben

Hvorfor: Hun står i spissen for Norsk Sykepleierforbunds lengste streik gjennom historien.

Stilling: Spesialrådgiver i Kreftforeningen og hovedtillitsvalgt for NSF-medlemmene der.

Utdanning: Kreftsyekeleier og master i helsefag.

Alder: 41 år

Hva handler egentlig streiken i Kreftforeningen om?
Når Jannicke Rabben svarer på det, merker hun at få
egentlig vet hva en tariffavtale er.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**





En dame kommer småspringende til Dronningens gate fra Oslo S med en svær metallkoffert på slep. Hun blir møtt med klemmer og latter av flere oransjekledte damer og en mann. Hun vrenger av seg en mosegrønn ullgenser og drar på seg lik T-skjorte-uniform som de andre.

Her har de 25 streikende sykepleierne i Kreftforeningen en markering. «LØFTEBRUDD» står det med store bokstaver på T-skjortene. En soleklar hentydning til det generalsekretær Anne Lise Ryel lovet i et møte med tillitsvalgte. Det var før Kreftforeningen skiftet arbeidstakerorganisasjon fra Virke til NHO Abelia: Endringen skulle ikke gå ut over lønns- eller arbeidsforhold.

Noen går rett forbi de streikende, andre stopper opp og snakker og tar imot A4-ark med informasjon, noen gir dem klemmer.

MASSIV STØTTE

Streiken har pågått i over tre måneder og har så å si hele fagforeningsnorge i ryggen. Alle, fra Legeforeningen til LO, mener den er viktig. Likevel er det få på gata som har hørt om den og enda færre som vet hva den handler om, viste et TV2-nyhetsinnslag tidligere i sommer.

«Mange støtter oss og sier vi må stå på. Noen synes vi er kjempeteite og ber oss komme oss tilbake på jobb.»

Jannicke Rabben mener det er fordi streiken er så tarifftek-nisk og komplisert å forklare.

– Hva sier kollegene deres?

– Mange støtter oss og sier vi må stå på. Noen synes vi er kjempeteite og ber oss komme oss tilbake på jobb. Og så har vi ledelsen som er klare på at de synes dette er tull. Blant fagforeningene på huset har vi fått aktiv støtte fra Forskerforbundet og Negotia, men ikke fra Juristforbundet og Samfunnsviterne, sier Rabben.

– Hva sier generalsekretæren når du konfronterer henne med løftet hun ga dere?

– Ryel ser ikke på meg når hun går forbi. Hun viser tydelig at hun ikke ville snakke med oss.

DATTER AV AMMUNISJONSOFFISER

Etter streikemarkeringen sjekker Rabben inn på hotell for n'te gang i år. Denne gangen er det Comfort på Karl Johans gate.

– Det er billigere enn mange andre hoteller, dessuten har det treningsrom, forklarer hun på en slags sørlandsdialekt som av og til bryter mot nordligere tonefall.

Hun bodde på Senja til hun var elleve år, før familien flyttet til Kristiansand hvor hun fremdeles har

bostedsadresse. Som datter av en ammunisjonsoffiser i forsvarret tåler hun en smell:

– Jeg er et utpreget B-menneske, så faren min vekket meg med reveljen: «Stå opp din gris, stå opp din gris!»

Rabben triller kofferten ved siden av seg bort til glassheisen på hotellet. Hun har sikret seg klesbytte til tillitsvalgtopp-læringen hun skal delta på dagen etter. Ikke det at hun trenger den – hun tok nettopp avslutningstesten og fikk alle svarene rett – men det kan bli fint å få litt avveksling fra streikearbeidet.

– Det har vært en bratt læringskurve etter at jeg ble hovedtillitsvalgt i Kreftforeningen i mars, hevder hun mens hun låser seg inn på et blått rom med utsikt til en grå murvegg.

BLOGGER FOR TARIFF-DUMMIES

22. mai startet streiken. Nå blogger hun om «tariffavtale kontra lokal særavtale for dummies», som en innbarka fagforeningspamp.

– Mange tror arbeidstakernes rettigheter er en selvfølge fordi de aldri har sett en verden uten. Alle tar fem ukers ferie for gitt. Men hvor kom det fra, spør Rabben retorisk.

Særlig de yngre vet lite om hva det betyr å tariffeste lønns- og avtalevilkår, og de skjønner derfor ikke problemet, mener hun.

– Mange synes det er gammeldags å være organisert. Men da er man litt historieløs. I dag opplever vi et sterkt press på ordningene som sykelønn og retten til å ha innflytelse på turnus, som arbeidstakerorganisasjonene kjemper for å beholde.

– Hva er ditt korte standardsvar på hvorfor dere streiker?

– At vi vil ha en anstendig tariffavtale etter arbeidsgiverorganisasjonsbyttet. Da må jeg som regel forklare at vi hadde en bra tariffavtale i Virke og at vi vil ha det samme som før. Ikke noe bedre eller mer.

TARIFF VERSUS LOKAL AVTALE

Da Kreftforeningen var organisert i arbeidstakerorganisasjonen Virke, hadde de ansatte alle materielle goder, som lønn og pensjon, regulert i tariffavtalen som man forhandler om annethvert år. Nå ønsker Kreftforeningen å gjøre slik NHO Abelia krever fra alle sine medlemmer; å legge disse bestemmelsene inn i en lokal særavtale. Den har kun 30 dagers oppsigelsesfrist.

– Og ikke nok med det: Den nye avtalen har heller ikke et skikkelig lønssystem. Den mangler uttelling for kompetanse, minstelønninger og ansiennitetsopprykk, som vi hadde før. Den mangler også sikring av lønn ved overgang til annen stilling i virksomheten som følge av sykdom, forklarer Rabben.

Hovedforskjellen mellom tariffavtale og lokal særavtale er at streikeretten er knyttet til tariffavtalen. Arbeidstakerne forplikter seg til ikke å streike i de to årene avtalen gjelder. Tariffesting gir derfor både forutsigbarhet og likeverdighet mellom partene.

UTHULA STREIKERETT

– Hvis arbeidsgiver skulle finne på å si opp den lokale avtalen, blir det latterlig for oss å «true» med streik om et og et halvt år



MARKERING: Jannicke Rabben fikk med seg siste minutt av streikemarkeringen i Dronningens gate den siste mandagen i august.



SOM FØR: – Vi vil ikke ha noe bedre eller mer. Vi vil bare beholde rettighetene våre og tryggheten vi hadde før, forklarer Jannicke Rabben.



REDNINGSHUND: Jannicke og mannen Kent deler hundeinteressen, og er begge med i Norske Redningshunder sammen med labradoren Diesel. Foto: Privat

i forbindelse med neste tariffavtale. Dessuten vil vi da måtte leve med den nye lokale avtalen like lenge, før noe kan gjøres. Som parter blir vi ikke likeverdige når streikeretten vår blir uthula på den måten, sier Rabben.

Kreftforeningen på sin side har gang på gang slått fast at lønns- og arbeidsvilkårene ikke har blitt verre med den nye lokale avtalen, siden alle har beholdt lønna, arbeidstid og pensjonen. NHO mener også at NSF må ha tillit til at lokale parter kan enes om gode løsninger, og minner om at de ikke har fjernet streikeretten som er en lovfestet rett.

– Jeg forhandler gjerne med arbeidsgiver lokalt om å finne gode løsninger. Dette er ikke et spørsmål om tillit, men om å kunne være likeverdige parter, svarer Jannicke Rabben.

MANNEN MERKER STREIKEN MEST

Streiken er liten, men prinsipiell for NSF, og har allerede gått inn i historien som forbundets lengste. Siden det ikke er fare for liv og helse, vil det ikke bli tvungen lønnsnemnd. Og siden sykepleierne ikke genererer direkte inntekter til Kreftforeningen, taper ikke Kreftforeningen penger så lenge streiken varer. Dermed er det heller ingen umiddelbar løsning i sikte.

For Rabben betyr det enda flere netter på hotell fremover. Hjemme er Kent gressenkemann og må holde fortet alene.

– Vi spøker litt med at han er den i Norge som merker streiken mest, he-he.

Kent må luften begge de firbeinte barna, labradorene Diesel på sju år, og Shiba på 13.

– Men han sparer litt husarbeid til meg.

«Ryel ser ikke på meg når hun går forbi. Hun viser tydelig at hun ikke ville snakke med oss.»

BLIR SOM EN ARBEIDSGIVER

– Hvordan er det å være i NSF's lengste streik gjennom historien?

– Jeg vet ikke om jeg skal le eller gråte ...

– Men sånn personlig; du har til salt i maten?

– Ja, NSF har en regel om at streikende skal være «tilnærmet skadesløse». Men hverdagen er veldig uforutsigbar, og



det er litt frustrerende at jeg i liten grad kan planlegge jobb og fritid.

Når streiken er over, må hun gå på jobb dagen etter.

– *Hvordan er arbeidsdagene dine under streiken?*

– Jeg blir nesten som en arbeidsgiver for kollegene i streik.

Jeg har ansvaret for den daglige driften, bemanningsplan og administrative oppgaver. Det er møter og telefoner og fordeling av streikevakter: To-tre personer på morgnen og to-tre nye på ettermiddagen. Ellers følger jeg opp medlemmene som ikke er i streik, og holder kontakten med andre tillitsvalgte.

I begynnelsen av september er 27 av 34 sykepleiere tatt ut i streik.

– *Hvorfor ikke alle?*

– En er fullt sykmeldt og en skal snart pensjonere seg. Vi vil sikre at hun ikke får problemer med pensjonen. Men det er også lurt å beholde noen i jobb for å ha muligheten til å trappe opp streiken.

MEMLEMSØKNING I KREFTFORENINGEN

NSF-leder Eli Gunhild By har sagt at hun tror Kreftforeningens omdømme er svekket som følge av streiken. Men medlemsveksten har vært formidabel etter at streiken begynte. I perioden mai til august har medlemsmassen økt med 7964, mens det er kommet 1056 utmeldinger. Kun ti av dem har oppgitt streiken som årsak til utmeldingen.

– Det betyr en nettoøkning i medlemsmassen på 6908, mot bare 1000 i samme periode i fjor, sier organisasjonssjefen i Kreftforeningen, Jacob Conradi.

– Det var da en voldsom økning. Hvor kommer alle disse fra? En sånn plutselig boost virker jo litt underlig, sier Rabben og legger til:

– De sier også at de svarer på flere henvendelser på Kreftlinjen enn på lenge. Men det beviser jo ikke noe, det tar ikke lang tid å ta telefonen og si at «her er det ingen som kan svare på helse-

lønsledende, men det betyr ikke at ikke arbeidsgiver skal betale for den kompetansen de har behov for.

STREIKEBRYTERI

NSF har anklaget Kreftforeningen for streikebryteri. Forbundet pekte på at det var opprettet lengre vakter på Kreftlinjen enn det som var vanlig. Og på en sommerleir på Lågøya ble de streikende sykepleiernes arbeid overlatt til to ledere. Kreftforeningen postet bilder av dette på foreningens facebookside, noe de streikende oppfattet som en provokasjon.

– *I Virke sine retningslinjer står det at det er lovlig å sette inn ledere til å gjøre de streikendes arbeid?*

– Du finner nok ingen arbeidstakerorganisasjoner som er enige i at man kan overlate streikebelagt arbeid til ledere. Etter hva jeg vet har heller ikke Kreftforeningens syn støtte i juristkretser. Det viktige er hvordan dette påvirker de streikende når de skal tilbake i jobb. En ting er hva du i juridisk forstand har rett til å gjøre, noe annet er hva som er klokt.

AMBIVALENTE FØLELSER

– *Hvordan blir det å komme tilbake i jobb igjen etter en så langvarig streik?*

– Jeg har ambivalente følelser for det. Både gleder og gruer meg. Det er krevende å være i konfliktsituasjon med en arbeidsgiver og en sak som vi brenner sånn for. Det blir mer følelser i det.

– *Hvilke følelser?*

– Skuffelse. Over å være i den situasjonen. Jeg tror heller ikke arbeidsgiver har vært i streik før. Vi har fått følelsesladde reaksjoner derfra.

– *Som hvilke da?*

– En opplevde for eksempel å bli utskjelt på T-banen. Det har roa seg nå, men jeg tenker at jeg må planlegge hvilke grep vi må ta for å reparere et arbeidsmiljø som har fått seg en kraftig trøkk. Det har blitt noen relasjonsbrudd.

PROFF ORGANISASJON

Oppi alt synes Rabben det har vært positivt å erfare at de er en del av en proff organisasjon som NSF.

– Sånt tenker vi nok ikke over til daglig. Vi har blitt godt ivare tatt, og forbundslederen har absolutt vært til stede for oss. Alle i streik har blitt kurset gjennom tillitsvalgtopplæring. Vi har også hatt mye internundervisning utover det.

NSF har beskyldt Kreftforeningen for å drive tariffhopping, altså å wskifte arbeidsgiverorganisasjon fordi det er penger å tjene på det. Kreftforeningen på sin side hevder det var en interessekonflikt som var årsaken til at de ville ut av Virke, siden Virke hadde bindinger til tobakksindustrien. Men NSF har påpekt at det har også NHO, siden de har et par medlemmer fra tobakksindustrien.

– *Hvor lenge tror du dere streiker?*

– Vi skal holde ut én dag lenger enn arbeidsgiver! ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

«Dette er ikke et spørsmål om tillit, men om å kunne være likeverdige parter.»

spørsmål». Hvorfor velger de å gjøre et nummer av sånne tall? Det føles som de peker nese til oss i streik.

KREVENDE

Rabben har blogget om hvor krevende hun synes det har vært å skulle ta på seg boksehanskene og ramme en ideell virksomhet.

– Jeg har et varmt og nært forhold til kreftsaken og er stolt av å jobbe for et så godt formål. Men man har likevel rett til å kjempe for arbeidstakerrettigheter i ideelle organisasjoner.

– *Er dere i ideell sektor mer utsatt for å miste tariffautalen?*

– Vet ikke, men det er klart at det er vanskelig i mange ideelle organisasjoner å snakke for mye om lønn. Det er en sektor hvor man lever av innsamlete midler. Vi skal ikke være

JOB

Sykepleien 07 | 2017

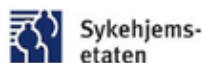
Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no

Sykepleienjobb er nå på Facebook!

Følg Sykepleienjobb på Facebook og hold deg oppdatert på ledige stillinger, og stoff om jobb og arbeidsliv.



Sykehjemsetaten er Norges største drifter av langtidshjem og helsehus. Hvert år behandles 9000 pasienter av 12000 dyktigemedarbeidere. Vår visjon er å tilrettelegge for livsutfoldelse i trygge omgivelser. Hver dag teller på langtidshjem og hver time teller i helsehus. Vi skal sørge for at Oslos innbyggere med behov for heldøgn pleie, rehabilitering og omsorg mottar et best mulig tilbud. Les mer om oss: syk.oslo.kommune.no

DIREKTØR AVDLING KVALITET OG FAG

Som direktør kvalitet og fag i Sykehjemsetaten får du mulighet til å påvirke morgendagens eldreomsorg i Oslos langtidshjem og helsehus. Direktør kvalitet og fag vil få en sentral rolle i arbeidet med å innføre og utvikle digitale arbeidsprosesser i Sykehjemsetatens institusjoner.

Vi ser derfor etter en engasjert og nytenkende leder med interesse for digitalisering og tjenesteinnovasjon.

Stillingen inngår i etatsdirektørens ledergruppe.

For mer informasjon om stillingen se:
FINN-kode: 103819668
Søknadsfrist: 1. oktober



Vi ser etter Sykepleiere og “Nurse Clinical Leader” med en sterk interesse for E-helse

Er du interessert i IKT for helsesektoren? Har du bred klinisk erfaring? Har du erfaring med kliniske applikasjoner?

For å møte etterspørselen fra våre kunder, ser vi etter nye og dyktige medarbeidere til våre team. Exonor er et norsk E-helse selskap som leverer profesjonelle tjenester til det nordiske markedet. Vi bistår våre kunder i krysningpunktet mellom helse og IKT og har spisskompetanse på helsefag og kliniske IKT systemer.

Arbeidsoppgaver

- Delta med klinisk kompetanse i våre prosjekter hvor hovedfokus vil være utvikling, innføring og support av kliniske systemer
- Kartlegging, analyse og dokumentasjon
- Reising må påregnes for prosjekter og bistand til våre kunder i Norden

Kvalifikasjoner

- Sykepleier
- Erfaring fra arbeid med kliniske IKT systemer

Vi tilbyr

- Deltagelse i nye, interessante og givende IKT prosjekter innen E-helse
- Bli en del av et nordisk team med lang og variert erfaring innen E-helse
- Konkurransedyktig lønn
- Fleksibel arbeidshverdag

Les mer på www.exonor.com

For mer informasjon vennligst kontakt:

Tore Gravdal tg@exonor.com +47 41 60 88 29. Kort søknad med CV sendes i e-post til: tg@exonor.com Søknader vurderes fortløpende, med **siste frist 1. oktober 2017**



Gaustdal kommune

Gaustdal kommune ligger ca. 15 km nordvest for Lillehammer, har 6200 innbyggere og ca 500 ansatte. Kommunen har gode oppvekstvilkår med et godt utbygd barnehage – og skoletilbud og en velfungerende kulturskole. Kultur og idrett har vært ett av satsingsområdene i kommunen, noe som har resultert i ny idrettsplass og ny flerbrukshall. Her kan du lese mer om hvorfor du bør velge Gaustdal

LEDENDE HELSESØSTER, 100 % FAST STILLING

Helsestasjonen i Gaustdal består av helsestasjons -, skolehelse-, jordmor og barnefysioterapitjeneste, og er organisert i enhet for Familie og inkludering sammen med familieteam, flyktningtjeneste, barneverntjeneste og PPT. Tverrfaglig samarbeid og helsefremmende arbeid er særskilt fokusområde for enheten og for kommunen, og vi ønsker å ha et styrkebasert fokus i vårt arbeid og i tjenestene vi tilbyr. Du må ha godkjent helsesøsterutdanning. Se ellers fullstendig utlysning på www.sykepleien.no. Gaustdal kommune bruker elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 15.10.17



Revmatismesykehuset Lillehammer

Revmatismesykehuset AS er et privat spesialsykehus for behandling og rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer. Sykehuset har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og har gjennom samarbeidsavtale med Sykehuset Innlandet HF hovedsenterfunksjon for revmatologi i Innlandet. Sykehuset er eid av Lillehammer Sanitetsforening.

AVDELINGSSJEF - SENGEAVDELING OG POLIKLINIKK

Vi søker nå etter sykepleier som ny avd. sjef med ansvar for sykehusets sengeavdeling og poliklinikk. Avdelingssjefen er medlem av sykehusets ledergruppe. Les mer om stillingen på www.revmatismesykehuset.no. For helsepersonell/ ledig stilling.

Nærmere opplysninger ved henvendelse til adm. direktør Aage Westlie 414 78 271.

Søknad med CV og vitnemål sendes til Revmatismesykehuset AS v/direktør, Marg. Grundtvigs v. 6, 2609 Lillehammer eller pr. e-post til post@revmatismesykehuset.no.

Søknadsfrist 11.oktober 2017



Videreutdanning
Drammen og Vestfold

Få økt kompetanse med videreutdanning



Kurs høsten 2017 og våren 2018, Campus Vestfold:

- Prevensjonskurs/utvidet rekvisisjonsrett for jordmødre og helsesøstre, uke 44, [søknadsfrist 01.10.17](#)
- Akutt syke eldre, [søknadsfrist 15.11.17](#)

Studier våren 2018, Campus Drammen:

[Søknadsfrist 15.11.17](#)

- Videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid, 15 sp
- Videreutdanning i ernæring og helse (tverrfaglig), 30 sp
- Videreutdanning i danse- og bevegelsesterapi, 30 sp
- Videreutdanning i demens og alderspsykiatri, 30 sp
- Kunst og uttrykksmetoder i terapi, 75 sp ([Søknadsfrist 15.04.18](#))

usn.no/videre-helse



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Kombiner spennende stilling som operasjonssykepleier med råde naturopplevelser i Nord-Norge

TRE 100% FASTE STILLINGER SOM OPERASJONSSYKEPLEIER

Flere av våre dyktige operasjonssykepleiere går av med pensjon i løpet av høsten 2017. I den anledning søker vi etter dyktige kollegaer med spesialutdanning innen operasjon til vår Anestesi- og operasjonsseksjon ved UNN Narvik.

Kontakt: Brita Jørgensen, avdelingsleder, tlf. 76 96 83 38 eller Heidi Zuidhoek Larsen, seksjonsleder, tlf. 76 96 83 32.

Søknadsfrist: 30. september 2017

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVSSU



Nyhet!



Sykepleienjobb er nå på Facebook!

 facebook.com/sykepleienjobb

Følg oss på Facebook og hold deg oppdatert på ledige stillinger og stoff om jobb og arbeidsliv.

Sykepleien jobb.no

Meld deg på Norges største konferanse innen demensfeltet

DEMENS DAGENE

Oslo Kongressenter 5.-6. desember 2017



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

For mer informasjon og påmelding se www.aldringoghelse.no/demensdagene

Demensdagene er godkjent av NSF som meritterende med totalt 15 timer i henhold til kurstimerkravet i NSFs godkjenningsordning klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie

Scandinavian Centre of Awareness Training

www.scat.no

**UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MINDFULNESS TRENING (MT)
OSLO, VINTER 2018** (3 x 2 dager + daglig egen trening)

Fredag og lørdag, 5. - 6. januar, 9. - 10. februar, 16. - 17. mars

Mindfulness trening: 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



Kull 16 starter opp 25.-26. januar 2018

Søknadsfrist: 1.november 2017

Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, Regional seksjon for spiseforstyrrelser.
Helse Sør-Øst RHF

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høyskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over tre semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning. Disse blir fordelt på 11 seminardager og 6 veiledningsdager. Kursbevis utstedes etter 80 % oppmøte på forelesningene og 100 % oppmøte på veiledning. Veilederne har lang erfaring innen behandling av spiseforstyrrelser og har veilederkompetanse. Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Fullstendig program vil foreligge i løpet av høsten 2017 på våre hjemmesider www.rasp.no, under **undervisningstilbud**. Oppstartsseminar på Thon Ullevål Stadion hotell **25. og 26. januar 2018**, med en overnatting. Øvrige seminardager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus.

Utdanningen dekkes primært av midler via Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres derfor med en lav kursavgift. **Pris for hele kurset er kr 4000,00.** Beløpet blir fakturert etter at uttak har funnet sted og kursdeltager har bekreftet deltagelsen.

Arbeidsgiver må i sin helhet dekke reisekostnader. Det er ingen eksamen eller vektallsystem. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning. Det vil bli søkt om godkjenning hos de respektive foreninger og forbund.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull, og mer informasjon om selve kurset, henvises det til **undervisningstilbud** på vår nettside www.rasp.no, og utlysningstekst på nettsiden på www.rasp.no.

Søknad: Det må søkes via et **elektronisk påmeldingsskjema** som det ligger lenke til på RASP sin side i utlysningsteksten. Uttak av deltager skjer etter at søknadsfrist har gått ut 01.nov 2017.

Kontaktpersoner:

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf 23 01 62 24, e-post: eliah@ous-hf.no eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post: uxske@ous-hf.no

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
+46 85 40 882 80



Løsning på kryssord i nummer 7/2017 (se side 74).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																										

Sykepleienjobb er nå på Facebook!

Følg oss på Facebook og hold deg oppdatert på ledige stillinger og stoff om jobb og arbeidsliv.



facebook.com/sykepleienjobb



Nyhet!

Sykepleienjobb.no



Hvor vil du jobbe og hva vil du oppleve i høst?

Nå har vi masse oppdrag over hele landet! Dette er mulighetenes verden for deg som er sykepleier, enten du er nyutdannet, har erfaring eller er spesialsykepleier – som for eksempel barne-, intensiv- eller anestesisykepleier.

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge, samt 400 kommuner med hjemmesykepleie, sykehjem, legevakter og omsorgsboliger... Mange stillinger skal fylles, og du kan jobbe og oppleve høsten på nettopp ditt drømmested, der alt er spennende og "nytt", – både naturen, omgivelsene, høstlyset og kollegaene.

Hos Dedicare får du god lønn. I tillegg dekker vi både reise og bolig for deg.

Vil du vite mer? Ring eller send oss en mail. Vi gleder oss til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse