



Rett inn i hjernen

Parkinsons. Pasienten er helt våken mens kirurgen sikter seg inn.
Med elektrodene kan pasienten få en bedre hverdag. **22**

● **Hva skjer**

Utdanningen i Stavanger får stryk. **18**

● **Sykepleie**

Kan vi låse pasienten inne? **62**

● **Påfyll**

Desperasjon fra barsel. **74**

● **Meninger**

Tett på Karita Bekkemellem. **88**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,99 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,99 %.

Les mer på dnb.no/nsf eller kontakt oss på **915 04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,06 %. Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 555 206. Prisene er per 04.01.2017 for nye lån og kan bli endret.

DNB

GaitLine™

Prøv verdens kanskje beste vintersko!

Nyhet!



GaitLine Silver Mid Trek
water resistant

2299,-

- ✓ Slitesterk og vannavvisende.
- ✓ Norskutviklet såleteknologi.

- ✓ Grov yttersåle for bedre grep.
- ✓ Varmt og deilig fôr.



ENKLERELIV

Smarte løsninger for deg og dine

Besøk din nærmeste butikk, ring oss på tlf. **23 05 14 40** eller besøk **enklereliv.no**

Victoza® indikasjon¹

Victoza® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1

Refusjonsberettiget bruk²

Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinsulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2 224
ICD	Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2 224

Vilkår: 224

Refusjon ytes kun til pasienter som ikke kan bruke metformin eller som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

Victoza® utvalgt sikkerhetsinformasjon³

- Hyppigste bivirkninger er gastrointestinale, inkludert kvalme, oppkast og diaré. Disse forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forholdsregler for å unngå væskemangel
- For å bedre gastrointestinale toleranse:
 - Startdosen er **0,6 mg** daglig
 - Etter minst 1 uke bør dosen økes til **1,2 mg** daglig
 - Basert på klinisk respons kan dosen økes etter minst en uke til **1,8 mg** daglig for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere.
- Kombinasjon med sulfonylurea eller insulin kan gi økt risiko for hypoglykemi, og dosereduksjon av sulfonylurea eller insulin bør vurderes
- Både forbedring av glykemisk kontroll og reduksjon i kardiovaskulær morbiditet og mortalitet er en integrert del av behandlingen av type 2-diabetes

	Victoza® kan benyttes uten dosejustering ved:	Victoza® anbefales ikke ved:
Nyrefunksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt	Terminal nyresykdom
Leverfunksjon	Mild og moderat nedsatt	Alvorlig nedsatt leverfunksjon
Hjertesvikt	NYHA-klasse III-IV	NYHA-klasse IV

Hes fullstendig preparatomtale før forskrivning av Victoza®

Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens legemiddelverk eller Novo Nordisk

Referanser:

1. Victoza® SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 25.07.2017)
2. Victoza® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 25.07.2017)
3. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutid and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322
4. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Valg av blodglukose senkende legemiddel etter metformin ved diabetes type 2. Oslo: Helsedirektoratet, sist oppdatert 01.06.2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes> (08.09.2017)
5. Victoza® SPC avsnitt 4.2 (sist oppdatert 25.07.2017)
6. Victoza® SPC avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 25.07.2017)
7. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/victoza-novo-nordisk-565190> (08.09.2017)

Victoza «Novo Nordisk»

C Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B J02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn: 1 ml inneholder: Liraglutid 6 mg, dinatriumfosfatdihydrat, propylenglykol, fenol, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet: -Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner. -I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt. **Dosering:** For å bedre gastrointestinale toleranse er startdosen 0,6 mg liraglutid daglig. Etter minst 1 uke bør dosen økes til 1,2 mg. Noen pasienter forventes å ha fordel av en økt dose fra 1,2 mg til 1,8 mg, og basert på klinisk respons kan dosen økes etter minst 1 uke til 1,8 mg for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere. Daglige doser over 1,8 mg anbefales ikke. Gjeldende dose av metformin og tiazolindindion kan beholdes uforandret. Når preparatet gis i tillegg til sulfonylurea-behandling eller insulin, bør det vurderes å redusere dosen med sulfonylurea eller insulin for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmålinger av blodglukose er ikke nødvendig for å justere liraglutiddosen. Ved oppstart av behandling med preparatet i kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller insulin kan det imidlertid være nødvendig med egenmålinger av blodglukose for å justere dosen av sulfonylureapreparatet eller dosen med insulin. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Preparatet anbefales ikke ved terminal nyresykdom pga. manglende erfaring. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre >65 år:** Ikke nødvendig med dosejustering pga. alder. **Tilberedning/Håndtering:** Bruksanvisningen i pakningsvedlegget må følges nøye. Oppløsning som ikke fremstår klar og fargeløs, eller nesten fargeløs, skal ikke brukes. Preparatet som har vært frosset skal ikke brukes. Utformet til bruk sammen med NovoFine engangs nåler med lengde opptil 8 mm. **Blåndbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler. **Administrering:** Injiseres s.c. 1 gang daglig i abdomen, låret eller overarmen. Gis når som helst på dagen på omtrent samme klokkeslett hver dag, uavhengig av måltider. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Preparatet er ikke et erstatningspreparat for insulin. Det er ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse IV, og liraglutid anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. Det er begrenset erfaring ved inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese og bruk av preparatet anbefales ikke til disse pasientene da dette er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré. Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister. Pasientene bør informeres om de karakteristiske symptomene på akutt pankreatitt (1 tilfelle/pasientår). Svært vanlige ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, diaré. Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$): Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, øvre magesmerter, obstipasjon, gastritt, flatulens, abdominal distensjon, gastroesofageal reflukssykdom, abdominalt ubehag, tannpine. Hjerte/kar: Økt hjertefrekvens. Hud: Hudutslett. Infeksjoner: Nasofaryngitt, bronkitt. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi, anoreksi, redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Tretthet, reaksjoner på injeksjonsstedet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Hud: Urticaria, kløe. Lever/galle: Gallesten, kolecyttitt. Nyre/urineveier: Nedsatt nyrefunksjon, akutt nyresvikt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øvrige: Malaise. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/1000$):** Gastrointestinale: Intestinal obstruksjon. Øvrige: Anafylaktiske reaksjoner. **Svært sjeldne ($<1/10000$):** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). **Overdosering/Forgiftning:** Fra kliniske studier og ved bruk etter markedsføring er det rapportert overdoser med opptil 40 x anbefalt vedlikeholdsdose (72 mg). Generelt rapporterte pasientene sterk kvalme, oppkast og diaré. Ingen rapporterte alvorlig hypoglykemi. Alle pasientene ble restituert uten komplikasjoner. **Behandling:** Eget støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn og symptomer. Se Giftinformasjonens anbefaling A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi, 97% homologt for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** GLP-1-reseptoren er målet for naturlig GLP-1, som forsterker glukoseavhengig insulinutskillelse fra pankreatiske beta-celler. Virkningen til liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelse. Mekanismen med blodglukose senkning involverer også en mindre forsikning i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kropps fett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Liraglutidbehandling har vist forbedring av HbA_{1c}, fastende plasmaglukose og postprandial glukose. Liraglutid er vist å forebygge alvorlige kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Langsom, T_{max} oppnås etter 8-12 timer. Beregnet C_{max} var 9,4 nmol/liter for en s.c. enkeltdose med liraglutid 0,6 mg. Ved 1,8 mg liraglutid ble gjennomsnittlig steady state-konsentrasjon av liraglutid (AUC₀₋₂₄) ca. 34 nmol/liter. Liraglutid eksponeringen økte proporsjonalt med dosen. Den intraindividuelle variasjonskoeffisienten for liraglutid AUC var 11% etter administrering av en enkeltdose. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 55%. **Proteinbinding:** >98%. **Fordeling:** Vd er 11-17 liter. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig clearance etter en s.c. enkeltdose er ca. 1,2 liter/time med en t_{1/2} for eliminering på ca. 13 timer. Liraglutid eksponering ble redusert ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Liraglutid eksponering ble redusert med 33%, 14%, 27% og 26% ved hhv. lett (Cl_{CR} 50-80 ml/minutt), moderat (30-50 ml/minutt) og alvorlig (<30 ml/minutt) nedsatt nyrefunksjon og ved terminal nyresykdom som krever dialyse. **Metabolisme:** Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Utskillelse:** Intakt liraglutid ble ikke sett i urin eller feces etter en radiomerket liraglutiddose. Kun en mindre del av administrert radioaktivitet ble utskilt som liraglutidrelaterte metabolitter i urin eller feces (hhv. 6% og 5%). Radioaktiviteten i urin og feces ble hovedsakelig skilt ut i løpet av de første 6-8 dagene og korresponderte med 3 mindre metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra fryseeksjonen. Skal ikke fryses. La hetten sitte på pennen for å beskytte mot lys. Etter første gangs bruk: Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 1 måned. **Pakninger og priser:** 3 x 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1594,30.

Refusjon:

A10B J02_2 Liraglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinsulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2 224	E11	Diabetes mellitus type 2 224

Vilkår: (224) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke kan bruke metformin eller som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Sist endret: 21.08.2017

Basert på SPC godkjent av SLV: 25.07.2017

Pris per september 2017



Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28 · 0484 Oslo

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Victoza® (liraglutid) Forebygger alvorlige kardiovaskulære hendelser*²

– til behandling av
voksne med utilstrekkelig
kontrollert diabetes mellitus type 2
som tillegg til diett og fysisk aktivitet¹

* Kardiovaskulær endepunktstudie: 9340 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko, Victoza® (liraglutid) ble studert i tillegg til standardbehandling, inkludert endring av levevaner, blodtrykksenkning og statiner^{2,3}.
Primært endepunkt: kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag (HR 0,87 95% KI 0,78-0,97; $p = 0,01$) 13% relativ og 1,9% absolutt risikoreduksjon^{2,3}.



Gjennomsnittlig
HbA_{1c}-reduksjon**²
1,0–1,8 %

Noen pasienter forventes å
ha fordel av en økt dose fra
1,2 mg til 1,8 mg⁵



Gjennomsnittlig
vekttap**²
2,6–4,3 kg

Victoza®
er ikke indisert for
vektreduksjon



Kan gi tilleggsfordeler til blod-
sukkerreduksjon med redusert
risiko for tidlig død og hjerte-
karsykdom hos pasienter med
hjerte-/karsykdom⁴

Nasjonal
faglig retningslinje
for diabetes⁴

Victoza® er ett av de
anbefalte legemidlene etter metformin.
– Særlig egnet ved overvekt/fedme

** Victoza® i kombinasjon med metformin. Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.

† = Kardiovaskulær sykdom. Både forbedring av glykemisk kontroll og reduksjon i kardiovaskulær morbiditet og mortalitet er en integrert del av behandlingen av diabetes type 2²



PRODUKTER MED **PVC** SKADER MILJØET

PVC er en forkortelse for polyvinylklorid eller vinyl. Omtrent halvparten av all plastforbruk inneholder PVC. Som avfall er PVC et problem, fordi det inneholder store mengder klor, som kan lage andre farlige miljøgifter. Coloplast har flere PVC-frie produktløsninger. **SpeediCath®** katetre er en av dem. Vil du vite mer? Se www.coloplast.no eller ta kontakt på telefon 22 57 50 00.



Innhold



08 | 2017 Sykepleien

Utgivelsesdato: 19. oktober

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



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 14 Slutt på streiken i Kreftforeningen
- 17 Første hjertesvikt-koordinator
- 18 Studentene slakter Stavanger-utdanningen
- 22 Tema: Parkinsons opereres
- 38 Husk profylakse til RhD-negative gravide
- 40 – Høyt arbeidspress, et HMS-problem

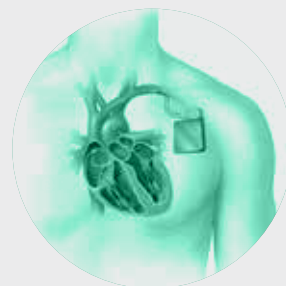


Ble hjertesvikt-koordinator. **17**



Sykepleie

- 44 Jobber og underviser kunnskapsbasert
- 48 Palliativt forløp kan gjøres bedre
- 53 Min jobb: Passer på i bedriftene
- 54 Forskerintervju: Nina Helen Mjøsund
- 56 Sykepleiere får overvåkningskompetanse
- 62 Etikk: Kan vi låse pasienten inne?
- 64 Hjemmemonitor gir trygghet



Hjemmemonitor gir trygghet. **64**



Påfyll

- 72 Aud Oftestad med bok
- 73 Liv laga
- 74 Forfatterintervju: Kristin Storrusten
- 76 Bokanmeldelser
- 77 I bokhylla mi: Astrid Rønsen
- 78 Fakta: Syfilis
- 80 Quiz og kryssord



Syfilis – kjærlighetens bøddel. **78**



Meninger

- 82 Eli Gunhild By om statsbudsjettet
- 83 Marit Leegaard om e-helse
- 84 Kronikk: Elin Aamodt om et yrkesliv
- 86 Innspill: Christel Burås-Leine om rovdrift på ansatte
- 87 Innspill: Silje Naustvik om bemanning
- 88 Tett på Karita Bekkemellem
- 94 Stillingsannonser og kunngjøringer



– En fantastisk bransje. **88**

Forsidefoto: Marit Fonn

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

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

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT



«Nye samordningsregler for offentlig tjenestepensjon» ble presentert forrige måned. Så kjedelig. Ingen ting for deg, tenker du? Det kan du komme til å angre på.

Når yrkeslivet går mot slutten



Fakta

Bjørn Arild Østby

Redaksjonssjef,
snart pensjonist

Jeg lå trygt i mammas mage da Hjalmar Andersen satte verdensrekord på 10 000 meter skøyter med 16.32,6 på Hamar stadion. Året var 1952, og OL skulle arrangeres i Oslo seinere på vinteren. «Hjallis» tok da tre gull.

Det ble snakket om en «uslåelig» skøyteid på Hamar det året. I dag viser det seg at det å bli født i 1952, heller ikke var en dårlig tid. Uslåelig den også, hvis man tenker på pensjonsrettigheter.

Pensjonsframtida blir tøffere for dere som er født i 1963 eller seinere.

EN PRIVILEGERT PENSJONIST

Dere er rett nok yngre, og de aller fleste av dere er sprekere enn denne 1952-modellen som trer ut av yrkeslivet 1. november. Jeg er likevel privilegert og kan se tilbake på over 30 yrkesaktive år i 100 prosent stilling. Det kvalifiserer meg til avtalefestet pensjon (AFP) fra fylte 65.

Selvfølgelig er det trist å slutte i en jobb som har gitt meg så mye. Alle menneskene jeg har møtt i forbindelse med jobben, utrolige kolleger og en raus arbeidsgiver. Men det er godt å vite at jeg som pensjonist er sikret en økonomisk trygg framtid. Det er dessverre ingen selvfølge for neste generasjon pensjonister.

NYE RUNDER MED PENSJON

Pensjon har vært et hett tema både før og etter pensjonsforliket i 2005. Mye tyder på at pensjon også blir det i året som kommer.

I slutten av forrige måned presenterte Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) et høringsnotat med forslag til nye regler for samordning av offentlig tjenestepensjon. Forslagene til arbeidsminister Anniken Hauglie (H) kan få alvorlige konsekvenser for svært mange, ifølge pensjonsrådgiver Harald Engelstad. I en kommentar til forslaget skriver han blant annet:

«ASDs forslag til nye samordningsregler er altfor brutale, kompliserte og usosiale. De vil virke slik at offentlig ansatte født etter 1953 vil få sine tjenestepensjoner dramatisk mer redusert enn de reglene som gjelder for kullene født 1944 til 1954. For kullene født i 1963 eller seinere blir tjenestepensjonen helt ødelagt.»

Pensjonsrådgiveren har regnet ut at det for 1963-kullet vil dreie seg om nærmere 60 000 kroner i årlig redusert pensjon,

hvis du har en sluttlønn på 530 000 kroner. Og dette tallet vil øke for kullene som kommer seinere.

Synes du det fortsatt er kjedelig? At det ikke er noe for deg?

EN PENSJON Å LEVE AV

Pensjonen er det vi skal leve av når yrkeskarrieren er over. Summen vi får tildelt vil følge oss livet ut.

Deltid og pensjon klinger dårlig sammen når pensjon står på dagsorden. Hvis ASD får vedtatt de nye samordningsreglene som er sendt på høring vil det få stor innvirkning på den framtidige pensjonen til de mange deltidsarbeidende sykepleierne.

– Sykepleiere som jobber deltid, er en av gruppene som kommer dårligst ut hvis de nye reglene blir vedtatt, advarer pensjonsekspert i KLP, Øyvind Røst, i et intervju med Dagbladet.

Konkret vil deltidsansatte sykepleiere med pensjonsgrunnlag mellom 3G (280 902 kroner) og 4G (374 536 kroner) få sin samlede pensjon målt mot lønn redusert fra over 80 prosent i dag til litt over 70 prosent med det nye forslaget. I tillegg kommer levealdersjusteringen som krever at du må stå lenger i jobb.

I dag jobber rundt halvparten av sykepleierne ikke i hel stilling. Flere velger dette frivillig. Dere bør kanskje begynne å tenke over hva dette vil innebære for rolla som framtidig pensjonist. Det virker kanskje langt fram dit, men jeg kan love dere at åra kommer fort.

Selvfølgelig vet jeg at mange sykepleiere sliter med å få en 100 prosent stilling, kort og godt fordi arbeidsgiverne ikke lyser ut hele stillinger. Av alle utlyste sykepleierstillinger fra februar til september i år var nær halvparten deltidsstillinger, viser en rapport Retriever har laget på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Ved legevakta i Sandefjord deler for eksempel 33 sykepleiere på 16,89 årsverk. Det gir ingen av dem en lønn å leve av her og nå. Det gir heller ikke en pensjon å leve av når den tid kommer. Og da snakker vi resten av livet.

Heltid er først og fremst et arbeidsgiveransvar, men også arbeidstakerorganisasjonene bør vurdere å heve denne fana høyere i framtida. Men den enkelte sykepleier har også et ansvar. Derfor er det for meg et tankekors når det ifølge NAV



PENSJON: Det er lett å skyve spørsmålet om pensjon foran seg, særlig når man er ung. Men årene går fort, påpeker avtroppende redaksjonssjef Bjørn Arild Østby. Arkivfoto: Erik M. Sundt

hvert år lyses ut rundt 4 000 sykepleierstillinger som ikke får en eneste søker.

EN JOBB Å LEVE I

Det finnes en rekke rapporter som viser at sykepleiere sliter med stor arbeidsbelastning, stort tidspress, for få sykepleiere på jobb og ubekvem arbeidstid. Og mange makter rett og slett ikke å stå i jobben til de når pensjonsgrensen.

Dessverre er det ikke bare eldre som slutter. Ti år etter fullført utdanning har en av fem sykepleiere forlatt jobben i helsevesenet. Noen begynner i andre yrker, men mange slutter å jobbe fordi helsa ikke makter mer.

I en epost til Sykepleien beskriver en sykepleier som jobber full stilling i hjemmetjenesten arbeidshverdagen sin blant annet på følgende måte:

«Det er alltid fulle lister (kjøretid blir ikke tatt hensyn til), ofte får man ikke pause, ingen pause vil også si ingen tid til å gå på

toalettet, ofte jobber man overtid for å få dokumentert, ordne med utstyr, meldinger til fastleger som skal sendes osv. Man har alltid oppgaver man ikke rekker, som det heller ikke blir satt av tid til, som pasientens tidsplan og liknende.»



«Pensjonsframtida blir tøffere for dere som er født i 1963 eller seinere.»

«Jeg elsker jobben min! Så veldig trist at den gjør meg syk i en alder av 27.»

Hvis sykepleieren likevel skulle klare å stå i jobben til hun kan pensjonere seg, vil hun med forslaget fra ASD få en kraftig redusert pensjon sammenliknet med dagens pensjonister.

Dette fortjener ikke sliterne som vi pensjonister vil være så avhengige av i framtida. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Instanyl «Takeda»
Opioidanalgetikum.

ATC nr.: N02A B03

NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneholder fentanylspray tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann.

Indikasjoner: Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter.

Gjennombruddssmerte er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalent dose av andre opioider i én uke eller lenger. Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Voksne: Dose/titrering:** Før titrering bør den bakkenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmertepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under doseti-tring og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakkenforliggende opioidbehandlingen kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døg. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerte, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakkenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Pasienter uten vedlikeholdsterapi med opioider, da det er økt risiko for respirasjonsdepresjon. Behandling av andre akutte smerter enn gjennombruddssmerter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning. Forsiktighetsregler: Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet hos pasienter med tidligere eller eksisterende bradykardi. Opioider kan forårsake hypotensjon, særlig hos pasienter med hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet ved hypotensjon og/eller hypovolem. Utvikling av serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av serotoninerge legemidler som SSRI og SNRI, samt legemidler som nedsetter serotoninmetabolismen (inkl. MAO-hemmere). Ved mistanke om serotoninerg syndrom skal fentanyl seponeres. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Latrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Pasienten skal rådes til ikke å kjøre eller bruke maskiner ved dosighet, svimmelhet, synsforstyrrelser eller andre bivirkninger som kan påvirke evne til å kjøre eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av fentanyl med et serotoninerg legemiddel, som SSRI, SNRI eller MAO-hemmer, kan øke risikoen for serotoninerg syndrom. Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP3A4-hemmere eller moderate CYP3A4-hemmere, kan potensiere forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av legemidler som inducerer 3A4-aktivitet kan redusere effekten av Instanyl. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til Cmax (Tmax) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativer eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaxantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister-/antagonister anbefales ikke. Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Amming:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Skal ikke brukes av ammende, og amming skal ikke gjenopptas for minst 5 dager etter siste administrering av fentanyl. **Fertilitet:** I dyrestudier nedsettes fertilitet hos både hanner og hunner ved sedative doser. Bivirkninger: Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, hjerter/kar: Bøker, hodeskade. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Nevrologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerter/kar: Hypotensjon. Hud: Smerter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Nevrologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. **Ukjent:** Gastrointestinale: Diaré. Nevrologiske: Kramper. Luftveier: Perforasjon av neseseptum. Psykiske: Hallusinasjon. Øvrige: Tretthet, utilpasshet, ødem, fall, abstinenssyndrom. Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotensjon, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miøse, kramper og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidotet er spesifikke opioidantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan vare lengre enn effekten av antidoten. Gjentaende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03 side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Opioidanalgetikum. Fenylpiperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som er en ren agonist med lav affinitet for - og -opioid reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom nese slimhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkelt-doser på 50-200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjerte, hjerne, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. Halveringstid: Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjenfinnes i feces, primært som metabolitter. **Pakninger og priser per 11.10.2017:** 50 µg/dose: 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 525,90. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 835,20. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1608,50. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3155,20. 100 µg/dose: 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 559,10. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 890,60. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1719,40. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3376,80. 200 µg/dose: 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 559,10. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 890,60. 20 doser¹ (glassflaske m/do-sepumpe) 1719,40. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3376,80. Refusjon: *Se N02A B03_1 side. d. i Refusjonslisten.



INSTANYL® NESESPRAY SOM ENDOSE OG FLERDOSE

RASK LINDRING AV GJENNOMBRUDDSSMERTER

BEHANDLING AV GJENNOMBRUDDSSMERTER

Karakteristikk av Instanyl®:

Behandling av bakgrunnsmerter



- Typisk episode av gjennombruddssmerte
- Behandling med Instanyl®

Smertelindring innen 10 min¹

Varighet ~ 56 min²

Hva er gjennombruddssmerte?

Gjennombruddssmerte er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Instanyl® er indisert for behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske kreftsmarter.

Viktig å vite (se forsiktighetsregler):

Instanyl skal ikke brukes:

- ◊ hos opioidnaive pasienter
- ◊ ved alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer
- ◊ ved tidligere stråling i ansiktet
- ◊ ved tilbakevendende episoder med neseblødning

Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase ICPC/ICD - 90.

For ytterligere informasjon kontakt oss på Takedas informasjonstelefon: 800 800 30 eller send e-post til infonorge@takeda.no. Informasjon finnes også på Instanyl.no

Sikkerhetsinformasjon til lege, farmasøyt og pasient er utarbeidet i samarbeid med Statens Legemiddelverk (Disse kan lastes ned fra Instanyl.no)

Sikkerhetsinformasjon oppdatert August 2017

Referanser: 1) Preparatomtale InstanylR 21.11.2016 seksjon 5.1. 2) Christrup LL, Foster D, Popper LD et al. Pharmacokinetics, efficacy, and tolerability of fentanyl following intranasal versus intravenous administration in adults undergoing third molar extraction: a randomized, double-blind, double-dummy, two-way, crossover study. Clin Ther. 2008;30:469-81



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 08 | 2017

Nyhet – Reportasje – Tema

PARKINSONOPERASJON:
Før operasjonen må pasient
Finn Nortvedt forberedes.
Foto: Marit Fonn



Operasjonen

Parkinsons. Operasjonssykepleier Marit Mjønerud passer på at pasienten ligger godt. **22**



Hjem til pasienten. Tror hun er landets første hjertesvikt-kordinator. **17**



Streiken over. Fornøyde med resultatet. **14**



Stavanger. Studentene er misfornøyde med utdanningen. **18**



KAMPANJE: Ryggen til hygiene-sykepleier Urszula Jadcak i 2015, da hun gikk hardt ut for å få kollegene på Lovisenberg til å vaksinere seg. Foto: Nina Hernæs

Ber helsepersonell vaksinere seg

INFLUENSAVAKSINEN er gratis for sykepleiere og annet helsepersonell med pasientkontakt, men det er bare en av ti som benytter seg av tilbudet, selv om de anses å ha stor risiko for å bli smittet

Det mener helsemyndighetene er for dårlig. I en pressemelding fra Helseledningsdirektoratet oppfordres alt helsepersonell med pasientkontakt til å ta vaksinen for å beskytte sine pasienter, seg selv og sine nærmeste.

I Arendal kommune var vaksinene allerede på lager i september. Kommunehelseoverlege Preben Aavitsland kommer med samme oppfordring om vaksiner. Han minner om at influensa kan slå ut på ulikt vis.

– Det kan være et spekter av sykdomsbilder, fra den klassiske influensa som kan minne om forkjølelse.

Uavhengig av om man får influensa lett eller hardere, er viruset det

samme. Viruset kan smitte andre som kan få en hard influensa.

– Og selv om man tidligere bare har hatt en mild form for influensa, er det ingen garanti for at man ikke kan få den hardt senere, presiserer Aavitsland.

Han opplever også at noen er redd for bivirkninger av vaksinen.

– Det er bekymring man skal ta på alvor, men influensavaksine er gitt i mange år over hele verden og regnes som en både trygg og god vaksine. ●

Skabb i Bergen

Helse Bergen har siden sensommeren ukentlig fått inn pasienter med skabb. Hittil i år er det påvist skabb hos 87 personer.

– Det dreier seg om folk i alle aldre, fra barn til voksne. Dette er ikke vanlig, sier kommunikasjonsrådgiver Marthe Stangenes i Helse Bergen til VG.

Skabb er svært smittsomt og smitter typisk ved hudkontakt, men også via gjenstander og klær.

Kilde: NTB



NSF støtter TV-aksjonen

NSF Oslos trommekorps skal bidra under NRKs TV-aksjonen 22. oktober. Cirka 100 000 bøssebærere vil den dagen besøke alle husstander i Norge. NSF støtter også aksjonen økonomisk og fremmer TV-aksjonens arbeid i forkant av inn-samlingsdagen. Årets TV-aksjon går til UNICEFs arbeid med å gi utdanning til barn i krig og konflikt, i Colombia, Mali, Sør-Sudan, Syria og Pakistan.

Kilde: NSF/UNICEF



124 millioner barn ekstremt overvektige

Det var ti ganger så mange ekstremt overvektige barn og tenåringer i verden i fjor som i 1975. Det kommer fram i en omfattende global studie, ledet av WHO og Imperial College i London.

Forskerne har gått gjennom over 2 400 undersøkelser som omfatter nærmere 130 millioner barn og tenåringer for å danne seg et bilde over hvordan barnekroppen har endret seg siden midten av 1970-tallet.

Kilde: NTB



Tar av for trykket

1 av 4 som ringer til legevakt får råd av sykepleier alene, viser ny studie. – Sykepleiere har en viktig funksjon på legevakten, sier Vivian Midtbø, sykepleier og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin.

Fakta & tall. Transplan- tasjoner

Flere pasienter har fått forlenget livet ved hjelp av organtransplantasjon i år enn i fjor. Lunge- og nyretransplantasjoner øker mest.

395

organer blitt transplantert ved utgangen av september 2017

30

par med lunger blitt transplantert hittil i år, det høyeste tallet på ni år

55

personer har hittil donert bort en nyre til en nær pårørende i år

336

pasienter står på venteliste for organtransplantasjon ved utgangen av september i år, ifølge OUS

Kilde: NTB



HYLLEST: På en murvegg ble Frank Aarebrot hyllet med et portrett rett etter sin død i september. Foto: Thomas Samsonsen

Gatekunstneren «Newton» er sykepleier

FRANK: Egentlig heter han **Thomas Samsonsen** og sykepleier. Portrettet av Frank Aarebrot utenfor studentsenteret ved Universitetet i Bergen brakte ham ut av anonymiteten.

16. september våknet bergenserne opp til et nytt kunstverk. I nattens mulm og mørke hadde gatekunstneren «Newton» valgt å hedre nylig avdøde Frank Aarebrot med et portrett utenfor studentsenteret på Nygårdshøyden ved Universitetet i Bergen.

Portrettet ble spredd i sosial medier og gjennom mange presseoppslag. Samtidig valgte kunstneren å røpe sin identitet.

Samsonsen er 28 år og sykepleier ved Haukeland sykehus i Bergen. For tiden holder han på med videreutdanning i intensivsykepleie.

– Hvorfor valgte du å lage portrett av Frank Aarebrot?

– Jeg kjente ham ikke selv, men har fulgt med på mye av det han har gjort.

Ikke minst gjennom NRK-seriene. Jeg ville lage en hyllest til Frank og en gave til universitetet. Jeg valgte denne murveggen fordi det er her studenter og lærere sitter og drikker kaffe. Da kan de kose seg med Frank på veggen. Ja, bildet traff en nerve i folk, sier Samsonsen.

Han begynte å tegne mens han holdt på med bacheloren i sykepleie i Ålesund og i Drammen. Han ble ferdig sykepleier i 2013 og flyttet tilbake til hjembyen Bergen. ●

Mindre anti- biotika til barn

På fem år har antibiotikabruken til barn gått ned med 24 prosent. Forbruket er lavest i de to nordligste fylkene, melder Folkehelseinstituttet.

Målet om å redusere antibiotikabruken med 30 prosent innen 2021 er snart nådd for innbyggere under 18 år, melder Folkehelseinstituttet.

Oversikten viser at det fremdeles er et høyt antibiotikabruk blant barn under fire år. Det er bare eldre over 75 som får oftere antibiotika.

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





2. oktober var tidenes lengste sykepleierstreik over.

Hva er Kreftforeningen og NSF nå enige om?

Fornøyde med resultatet etter 4 mnd i streik

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

Norsk Sykepleierforbund og NHO/Abelia ble 2. oktober enige om en ny tariffavtale for sykepleierne i Kreftforeningen. Da hadde streiken vart fra 22. mai.

Bråket startet da Kreftforeningen bestemte seg for å forlate Virke og heller inngå avtale med NHO Abelia i 2015. NSF ba på vegne av medlemmene at innholdet i avtalen med Virke skulle videreføres selv om Kreftforeningen byttet arbeidsgiverforening.

DETTE HADDE DE

Så lenge Kreftforeningen var medlem i Virke var de bundet av en landsoverenskomst. Overenskomsten sikret sykepleierne i Kreftforeningen rettigheter som tilsvarende tariffavtalene NSF har med KS.

– NSF krevde at den nye avtalen også skulle inneholde rettigheter som sikret sykepleierne minstelønn, lokale forhandlinger, syke-



lønsbestemmelser og forhandlingsbestemmelser om pensjon, sier NSF's forbundsleder Eli Gunhild By.

FORHANDLINGER

I april 2017 møtte NSF Kreftforeningen og NHO for å forhandle frem en ny avtale.

– Avtalestrukturen i NHO er annerledes enn i Virke. Den er mer tilpasset industribedrifter. Vi ble tilbudt en såkalt «funksjonæravtale». Det er en overordnet avtale som varer over to år. NHOs avtale inneholder få materielle bestemmelser, sier forbundsleder Eli Gunhild By.

Fakta ●●●●

Streik i Kreftforeningen

- Streiken startet 22. mai etter at Kreftforeningen byttet arbeidsgiverforening, noe som endret avtalen med de ansatte
- 19 av de 34 sykepleierne ble tatt ut i streik
- I september var 29 av de 34 sykepleierne i streik etter 7 runder med opptrapping
- 2. oktober ble partene enige om en ny avtale som sikrer NSF-medlemmene konfliktrett, minstelønn (se tabell) og ellers inneholder viktige sosiale bestemmelser

Stilling	0	2	4	6	8	10	16
Mastergrad	489 800	499 500	505 100	509 900	514 900	541 700	592 200
Spesialsykepleier	415 800	424 200	432 500	438 100	447 200	469 400	487 000
Sykepleier	376 200	383 700	391 200	396 200	418 100	438 300	456 500

NY LØNNSTABELL: Den nye lønnstabellen sikrer sykepleierne en minimumslønn basert på ansiennitet og utdanning. Kilde: Norsk Sykepleierforbund

– Hva er materielle bestemmelser?

– Det er alt fra minstelønn, sykelønn, forhandlingsrett om pensjon, ammefri og lokale forhandlinger, sier hun.

De materielle bestemmelsene ønsket NHO at skulle forhandles frem som en særavtale mellom Kreftforeningen og NSF.

– Men en slik særavtale skulle ikke bindes opp mot den overordnede «funksjonæravtalen» som NHO tilbød oss, sier By.

KONFLIKTENS KJERNE

Særavtalen som skulle inneholde alle de konkrete rettighetene som skulle gjelde sykepleiere, kunne sies opp med en måneds varsel av Kreftforeningen.

– I praksis betyr det at vi da ville hatt en overordnet avtale som varte i to år. Særavtalen som inneholder alle materielle bestemmelser som berører sykepleiere, kan sies opp med en måneds varsel. En slik ordning kunne ført til at sykepleiere sto uten rettigheter dersom Kreftforeningen sa opp særavtalen og ikke ha verken streikerett eller forhandlingsrett før neste forhandling om «funksjonæravtalen» med NHO. I verste fall risikerte vi da at våre medlemmer kunne stå uten rettigheter i opp til to år, forklarer By.

STREIK

Partene ble ikke enige og Riksmeklingsmannen ble varslet 3. mai. Partene møttes til mekling 18. mai uten resultatet, og fra 22. mai ble 19 av 34 sykepleiere tatt ut i streik.

– I løpet av sommeren og høsten ble streiken trappet opp gjennom sju faser. I slutten av september var 29 av 34 sykepleiere i Kreftforeningen tatt ut i streik, sier By.

I månedsskiftet september/oktober tok Kreftforeningen og NHO kontakt med NSF. De ville finne en løsning.

GJENNOMSLAG PÅ ALLE PUNKT

Denne gang førte forhandlingene frem.

– Vi har fått gjennomslag på alle punkter, sier en fornøyd forbundsleder.

Sykepleierne i Kreftforeningen

har i den nye avtalen fått inn et garantilønssystem som det er streikerett på (se minstelønstabellen tabell nederst til venstre).

– Vi har også fått en egen ramme som kun gjelder for våre medlemmer under de lokale lønnsforhandlingene, sier hun.

Rammen skal være på linje med de andre yrkesgruppene i Kreftforeningen. Også denne rettigheten er knyttet opp mot «funksjonæravtalen».

LØNN OG PENSJON

Utover garantilønssystemet skal det nå gjennomføres lokale forhandlinger.

– Vi har også klart å beholde sykelønn og andre sosiale bestemmelser lik dem som var i avtalen med Virke. I tillegg har vi fått forhandlingsrett dersom det skulle skje endringer i pensjonsordningen, sier By.

«Vi har fått gjennomslag på alle punkter.»

Eli Gunhild By,
NSF-leder

Streikerett på avtalens innhold er også med.

Avtalen som NSF har forhandlet frem med NHO gjelder kun for NSF's medlemmer i Kreftforeningen.

– Hvorfor var disse forhandlingene så viktige for NSF?

– Vi har klart å legge en kraftig demper på andre arbeidsgiveres planer om og ønsker om å søke seg til NHO-området slik at de kan inngå «billigere avtaler på bekostning av ansattes lønns- og arbeidsvilkår, sier By.

Kort oppsummert sikrer den nye avtalen sykepleierne i Kreftforeningens konfliktrett, minstelønn, og viktige sosiale bestemmelser.

Nå er konflikten over og NSF's forbundsleder sier hun er ferdig med saken og at det nå gjelder å se fremover. ●

kari.anne.dolonen@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 verdssatte 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



Indre uro på dagen og vanskelig å sovne på kvelden?

Å føle seg urolig, engstelig, nervøs eller irritabel er svært vanlig. Mange opplever dette som hemmende på dagens små og store prestasjoner, både på jobb og privat – og ikke minst sosialt.


Beroligende hjelp døgnet rundt

Det reseptfrie legemidlet, Sedix, lindrer uro på dagen og gjør det lettere å sovne om kvelden. Grunnen til at Sedix kan gjøre det lettere å sovne er at den virker beroligende. Derfor kan tablettene også brukes om dagen mot indre uro, uten at man blir trøtt av det. Uro, som nervøsitet, bekymring og irritabilitet, lindres – enten det er dag eller kveld.

Legemidlet er godkjent av Statens legemiddelverk som et tradisjonelt plantebasert legemiddel og kan brukes av personer over 12 år. Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsovning
- ✓ Avhengighet lite sannsynlig

 Fås på alle apotek

Sedix®

F Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn > 12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes > 6 måneder i strekk. **Kontra-indikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn < 12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning, Sedix pakningsvedlegg, sist endret: 08.02.2017

ATC-nr.: N05C M-



Kaija Hole Olsen reiser hjem til pasienter med hjertesvikt. Ideen var hennes egen.

Landets første hjertesvikt-koordinator

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Torstein Olsen**

Sikker på at du er landets første hjertesvikt-koordinator?

– Jeg håper det er flere. Vil gjerne høre fra dem. Her på Askøy er vi to, jeg og kollega Linda Næss.

Hva gjør dere?

– Vi tilbyr kartleggende hjemmebesøk til hjertesvikt-pasienter i Askøy. Vi veier dem, måler blodtrykk, tar puls, veileder om hvordan det er å leve med hjertesvikt.

Hvordan definerer du hjertesvikt?

– Det er en alvorlig tilstand forbundet med innleggelse og reinnleggelse. Og lav livskvalitet. Hjertesvikt er økende i befolkningen.

Reinnleggelser kan unngås, sa du på tv?

– Ja, med et lavterskeltilbud klarer vi å snu trenden. Uansett har det betydning for livskvaliteten.

Det handler mye om det psykiske, sa pasienten?

– Ja, det gjør det. Det at de vet at vi er der, er en trygghet i seg selv. De er syke i hjertet sitt, og vil gjerne fortelle sin historie.

De vil at dere skal vite?

– Mer det at de har behov for å snakke med noen. På sykehuset går det så fort. Vi kommer på døren. Vi kan se i epikrisen sammen og se hva som har skjedd. Hjemmet er en fantastisk arena for kommunikasjon og det gode møtet.

Hvilke pasienter treffer du?

– De er i alderen fra et par og førti til hundre, faktisk. De fleste er i 70-80-årene.

Hvordan var det å være på tv?

– Ikke så gale som jeg hadde trodd. Syns det gikk bra. Jeg er stolt av pasienten som ville stille opp og brenner for at dette skal bli et varig tilbud.

Trengs det flere som deg?

– Ja. Hjertesvikt er en tilstand som krever spesialkompetanse. Jeg tror det blir flere. Det er snakk om hjertesvikt-pakkeforløp, slik som i kreftomsorgen. De fleste hjertesvikt-pasientene jobber på sykehus. Utviklingen krever at flere tenker utenfor boksen og jobber mellom linjene.



Fakta

Aktuell som

Kardiologisk spesialsykepleier i Askøy kommune

Alder: 35 år

Bakgrunn: «Kaija er landets første hjertesvikt-koordinator», meldte TV2 i september. I reportasjen følger vi Kaija Hole Olsen hjem til en pasient på Askøy utenfor Bergen. Han forteller at han kan ha ligget hele natten og tenkt på at han har vondt et sted. Så kan han bare ta en telefon. «Kanskje kommer de samme dag. Så blir jeg beroliget», forteller han.

I dette tre-årige prøveprosjektet samarbeider Askøy kommune med hjertesvikt-poliklinikken på Haukeland universitetssjukehus, der Olsen jobber 30 prosent.

Slik du gjør?

– Ja. Dette er i regi av sykepleiere. Det syns jeg er tøft. Det er sykepleiere som har løftet dette fram.

Ordningen betyr trygghet for pårørende også?

– Ja, erfaringen viser at det er en enorm støtte for pårørende. De senker skuldrene. Spesielt kvinner har hatt en sykepleierrolle for sin mann. De legger i dosetter og har kontroll på timer. Vi bruker vel så mye tid på pårørende som på pasienter. Vi oppfordrer dem til å være med.

Også på kafe?

– Ja, vi samarbeider med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) på Askøy. Vi har temakafe om hjertesvikt og inviterer pasienter og pårørende en gang i måneden. Sist kom en ernæringsfysiolog. Hun snakket om ernæring, væske, drikkerestriksjoner og saltinntak.

Ellers noe?

– Hvis man har en ide og vil lykkes med prosjektet, er det viktig å ha nøkkelpersoner i kommunen med på laget. Her er det kommunen som har tatt initiativ overfor sykehuset.

Hvem sin ide var det?

– Det er jo min, det. Jeg fikk den i 2009. Jeg husker det godt. Jeg hadde praksis på hjerteavdelingen på Haukeland og fikk en aha-opplevelse da jeg så kompetansegapet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Jeg tenkte det må være mulig å tette. Det er jo i kommunen pasientene bor, de er kort tid på sykehuset. Men jeg kunne aldri ha gjennomført dette alene. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleierstudiet i Stavanger er nest dårligst i landet på studiebarometeret. Nå klager sykepleierstudenter over liten vilje til å legge til rette for praksis.

Studentene slakter utdanningen

• Tekst **Eivor Hofstad**

Universitetet i Stavanger (UiS) er det eneste studie-sted i landet som konsekvent havner blant de tre dårligste på det årlige studiebarometeret for sykepleiestudiet. Det har de gjort alle de fire årene studiebarometeret har eksistert, fra 2013 til 2016.

I 2016 kom UiS nest sist, med en gjennomsnittssum på 3,4 på en skala hvor 5 er best. Til sammenlikning fikk VID vitenskapelige høyskole i Bergen 4,65, og ble dermed fjorårets vinner på studiebarometeret.

SEKSÅRING ALENE OM MORGENEN

Den anonyme tredjeårsstudenten ved UiS, «Eva», sier praksis er det store problemet.

– Skolen kunne tilrettelagt praksis bedre for oss som har ansvar for små barn. Jeg er alenemor med barnehagebarn som i år har blitt førsteklassing. Ofte starter praksis klokka sju, mens barnehagen ikke åpner før halv åtte. Det er null forståelse eller fleksibilitet fra skolens side for at vi skal kunne få hverdagen til å gå opp.

Hun setter seg gjerne opp på 300 timer praksis der kravet er 270, for å kunne ha litt å gå på hvis datteren skulle bli syk. Det har hun fått beskjed om å slutte med.

STAVANGER: Studenter Sykepleien har snakket med klager over rigide holdninger fra emneansvarlige på sykepleierutdanningen. Foto: Morten Berentsen/UiS



– KUNNE VÆRT MER FLEKSIBEL

– Har dere tatt det opp?

– Ja. De emneansvarlige har vært direkte frekke og bedt oss som har ansvaret for små barn om å tenke oss om hvilket studium vi tok, sier Eva.

– Det er ingen nasjonal standard på dette, så det varierer veldig hvor mye skolene tilrettelegger, sier leder av NSF Student, Christian Strømnes og legger til:

– Noen er flinke, mens noen er veldig rigide og har liten vilje til tilpassning. UH-loven sier at man skal tilpasse i den grad det er mulig, så lenge det ikke går utover faglige krav.

Eva synes heller ikke UiS har

noen forståelse for at noen må jobbe ved siden av studiene for å få det til å gå opp.

– Jeg jobber hver tredje helg på en avdeling i psykiatrien. Hadde skolen vært litt fleksibel, kunne de godkjent denne vekten som del av praksis i psykiatrien, det hadde gitt meg mer bredspektra læring. Men skolen er ikke åpen for det.

LIKER IKKE Å VÆRE PÅ JUMBOPLASS

Kristin Akerjordet ble konstituert i stillingen som dekan ved det helsevitenskapelige fakultet 1. juni i år.

– Hvorfor har dere ikke klart å

Fakta

Dette er studiebarometeret

Hver høst siden 2013 har NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) sendt ut en årlig spørreundersøkelse til landets andreklasserstudenter og femteklasserstudenter. Også sykepleierstudentene svarer på dette studiebarometeret, som er ment å styrke arbeidet med kvalitetsutvikling og gi nyttig informasjon om studiekvalitet.

Studentene blir spurt om deres oppfatninger av:

- Studie- og læringsmiljø
- Arbeidslivsrelevans
- Undervisning og veiledning
- Vurderingsformer
- Læringsutbytte
- Motivasjon
- Studieinnsats
- Medvirkning
- Praksis

Resultatene kan leses på www.studiebarometeret.no

rikke dere fra bunnplasseringen siden 2013?

– Nå er vi midt i en organisasjonsendring. Vi liker ikke å være på jumboplass, sier hun.

Før lå sykepleierutdanningen under det samfunnsvitenskapelige fakultetet som en eneste stor avdeling, mens nå er det blitt et eget helsevitenskapelig fakultet hvor de skal ha tre avdelinger. Akerjordet har allerede fått en ny ledergruppe på plass rundt seg: En prodekan med ansvar for undervisning og en med ansvar for forskning. Slik håper hun å heve kvaliteten.

En annen tredjeårsstudent, «Anne», som også vil være anonym, har liten tro på at dette vil hjelpe.

– Jeg tviler på at våre klager går så høyt opp i systemet, sier hun.

Hun er enig med «Eva» i at det er praksisen og kommunikasjon mellom praksissted og skole som er det store problemet ved UiS:

– Vi er mange som opplever gang på gang at når noe blir feil, sier kontaktsykepleierne fra til læreren i stedet for til studentene, og så får vi ikke vite noe før på evalueringen. Og da blir vi ikke trodd på vår versjon av historien, sier Anne.

VET IKKE HVA STUDENTENE ØNSKER

Dekan Akerjordet bekrefter at de bruker studiebarometeret i forbedringsarbeidet.

– Dere scorer dårligst på medvirkning og undervisning. Har dere gjort noe spesielt for å forbedre det?

– Studentene er med i alle utvalg og råd. Vi må løfte litt i lag og er midt oppi dette arbeidet nå. Vi har også mye akkrediteringsfokus på det å undervise. Vi ønsker å være tilgjengelig for studentene og håper vi kan finne noen gode rutiner for å følge opp studentene gjennom en proaktiv holdning.

– Har dere spurt studentene hvilke endringer de ønsker?

– Jeg er litt usikker, men mener vi har gjort det. Jeg har ikke fått noen tilbakemelding om det. Uansett er det den type dialog vi vil ha. Medvirkning handler om å bli sett og hørt, noe som alle mennesker er opptatt av.

– **STUDENTENE BLIR IKKE HØRT** Sebastian Dahl er styremedlem i NSF Student og går også tredje året ved UiS. Han bekrefter det «Anne» og «Eva» sier.

– Det er beklageligvis kjent at samspillet mellom praksisveiledere, studenter og kontaktsykepleiere ikke er som det bør være. Studentene gir oss tilbakemeldinger på at de blir overkjørt og ikke hørt med hensyn til praksis.

– Men på studiebarometeret for 2016 scorer UiS like godt som landsgjennomsnittet både på praksis generelt og på kommunikasjon mellom praksissted og universitet?

– Mange er også fornøyd med sin praksis og veileder. De tilbakemeldingene jeg får er ofte individuelle, rettet mot en spesifikk kontaktsykepleier, avdelingen eller

«Lærerne underviser om etikk og moral, men vi ser ikke at de praktiserer noe av det.»

«Eva»

praksisveileder. Men det hender det er et generelt inntrykk fra flere studenter på samme avdeling eller med samme praksisveileder.

TAR PÅ ALVOR

Sykepleien har forelagt synspunktene til disse tre studentene for dekan Kristin Akerjordet.

– Det er selvsagt trist å lese at disse studentene opplever sine praksisstudier på denne måten. Vi ønsker å ha tett dialog med studentene våre og informerer jevnlig om at studenter som opplever utfordringer tar kontakt med emneansvarlig eller studiekoordinator/praksiskoordinator, sier hun og peker på høy svarprosent og at UiS hadde en score på 4,8 av 5 mulige på spørsmålet knyttet til læringsutbytte i praksisperiodene. ●

eivor.hofstad@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

Ref. 1. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 og 5.1. (13.07.2017). 2. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (13.07.2017). 3. Lingway I, Manghi FP, Garcia-Hernandez P, et al. Effect of insulin glargine up-titration vs insulin degludec/liraglutide on glycated hemoglobin levels in patients with uncontrolled type 2 diabetes: the DUAL V randomized controlled trial. JAMA. 2016;315(9):898-907. 4. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (13.07.2017). 5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8. (13.07.2017). 6. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322 7. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01959529 (22.09.2017).

▼ Xultophy «Novo Nordisk»

C **Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.** ATC-nr.: A10A E56

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneholder: Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukoseosenkende legemidler, når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene). **Dosering:** Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosertrinn. 1 dosertrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosertrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Glemte dose:** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenoppnått vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra basalinsulin:** Behandling med basalinsulin skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra behandling med basalinsulin er anbefalt startdose 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Som tillegg til orale glukoseosenkende legemidler:** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosertrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} <30 ml/minutt), inkl. terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre ≥65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. Erfaring med eldre ≥75 år er begrenset. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosertrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosertrinn. Uestetikeren viser antall dosertrinn. Uttrykket for bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemiafall. **Hypoglykemi:** Utalstrekkelig dosering og/eller avbrutt behandling av diabetesbehandlingen kan føre til hypoglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. Ubehandlede hypoglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akkutt pankreatitt:** Bruk av GLP-1-reseptoragonister inkl. liraglutid, er forbundet med risiko for å utvikle akutt pankreatitt. Få tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjenoppnås. Forsiktighet bør utvises ved tidligere pankreatitt. **Thyreoidea:** Thyreoideabivirkninger, inkl. økt kalsitonin i blodet, struma og thyreoideaneoplasmie, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Feilmedisning:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktede forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med DPP-4-hemmere, glinider eller måltidsinsulin. Begrenset erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA I-II, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet. Ingen erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA III-IV, og preparatet anbefales derfor ikke.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Beta-blokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktrotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikoagulantia, tiiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hyppigere monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksisitet og teratogenisitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. **Amming:** Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amming pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturert lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos diende rotter. **Fertilitet:** Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier med dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet.

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. **Svært vanlige (≥1/10):** Stoffsifte/ernæring: Hypoglykemi¹. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, obstipasjon, dyspepsi, gastritt, magesmerte, gastrosofageal reflukssykdom, abdominal distensjon. Stoffsifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet². **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Gulping/traping, flatulens. Hud: Hudutslett, kløe, ervervet lipodystrofi³. Immunsystemet: Urticaria, overfølsomhet. Lever/galle: Gallesten, kolecyttitt. Stoffsifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjertefrekvens. **Svært sjeldne (<1/10000):** ukjent: Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Øvrige: Perifer ødem.

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

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

3) Inkl. lipohypertrofi, lipoatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

Overdosering/Forgiftning: Begrensede data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftninformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A side 41 c og liraglutid A10B J02 side 43 c i Felleskatalogen 2017.

Egenskaper: **Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonspreparatet består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukoseosenkende effekt av insulin degludec skyldes at opptaket av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multihexamer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukoseosenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insulineffekt. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikt interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukoseosenkende involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsfett og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedelimineringssvei.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryselementet. Skal ikke fryses. La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.

Pakninger og priser: 3 × 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1474,70.

Refusjon:

A10A E56_1 Insulin degludec og liraglutid.

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2
	225		225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

Sist endret: 25.07.2017

Basert på SPC godkjent av SLV: 13.07.2017

Pris per august 2017






Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28 · 0484 Oslo

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy® – én gang daglig¹ For bedre kontroll²



Studie viste bedre resultater sammenliknet med Lantus® (insulin glargin 100 enheter/ml)⁴:

-  1,8 %-poeng versus 1,1 %-poeng reduksjon i HbA_{1c}^{‡,3}
-  Vektnedgang* med Xultophy®. Forskjell på 3,2 kg versus Lantus^{®Δ,3}
-  57 % lavere forekomst av hypoglykemi^{¶,3}

I studien ble alle pasienter behandlet med metformin.

NYHET!

Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn



* Vektnedgang er ikke godkjent indikasjon.

‡ Estimert forskjell -0,59 (95 % KI: -0,74; -0,45), p<0,001. ^Δ -3,2kg (95 % KI: -3,77; -2,64), p<0,001. [¶] Bekreftet hypoglykemi (alvorlig og/eller < 3,1 mmol/l) 2,23 vs 5,05 per pasientår. Estimert ratio: 0,43 (95 % KI: 0,30;0,61), p<0,001.

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll⁴

Indikasjon

Xultophy® er indisert for behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).

Kontraindikasjon:

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Refusjonsberettiget bruk

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁵

- Xultophy® inneholder en kombinasjon av insulin degludec og liraglutid. Xultophy® administreres i dosertrinn. Ett dosertrinn inneholder 1 enhet insulin degludec og 0,036 mg liraglutid.
- Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi.
- Kan tas når som helst på dagen, uavhengig av måltider. Pasienter som glemmer en dose, anbefales å ta den når de oppdager det, og deretter gjenoppta det vanlige doseregimet med en daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene også når administrasjon på samme tidspunkt hver dag ikke er mulig.
- Gastrointestinale bivirkninger, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). Disse forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel.
- Hypoglykemi er en hyppig rapportert bivirkning (≥1/10 brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk.
- Hos eldre ≥ 65 år: kan brukes. Måling av glukose intensiveres, og dosen justeres individuelt. Erfaring med behandling hos pasienter ≥75 år er begrenset.

- Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon, skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt.
- Bruk av Xultophy® anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30ml/min), alvorlig nedsatt leverfunksjon eller hjertesvikt NYHA-klasse III-IV
- Overføring til Xultophy® fra doser av basalinsulin < 20 og > 50 enheter er ikke undersøkt.
- Kardiovaskulære sikkerhetsstudier er gjennomført for liraglutid⁶ og for insulin degludec⁷.

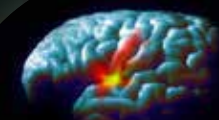
Skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose.

Unngå feilmedisinering. Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen for hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater.

Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen før forskrivning av Xultophy®.



KREVENDE: Seks timer fastspent på operasjonsbenken. Det meste av tiden er Finn Nortvedt våken.



Tema.
**Parkinsons
sykdom**

Diagnose:
Parkinsons
sykdom. **24**

Parkinson-
sykepleieren. **32**

Kan ha mange
gode år. **34**

Inn i skallen

Fastspent, i våken tilstand, blir Finn Nortvedt operert i hjernen. Frisk blir han ikke, for Parkinsons sykdom kan ikke kureres. Men han kan få et bedre liv.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Diagnose: Parkinsons

– Dette er hyggelige operasjoner å gjøre. Pasientene blir så glade, sier nevrokirurg Ane Konglund.

● Tekst og foto Marit Fonn

Det er snart seks år siden Finn Nortvedt fikk diagnosen Parkinsons sykdom. Da var han 59 år. Nå ligger han her på operasjonsbordet. Anestesisykepleieren holder årvåkent øye med ham. Han skal jo ikke sove, men heller ikke kjenne smerte. Kirurgen er klar til å snitte og bore, operasjonssykepleierne er parat med utstyret.

I år er det 200 år siden symptomene på paralytisk agitans ble beskrevet for første gang. Det gjorde den engelske legen James Parkinson i essayet «the Shaking Palsy» (skjelvende lammelse). Senere fikk den neurologiske sykdommen hans navn.

ÅRSÅK UKJENT

Fortsatt er årsaken til Parkinsons sykdom ukjent. Det man vet, er at de med Parkinsons har redusert evne til å produsere dopamin. Men hvorfor vet man ikke.

Årlig får minst 500 personer diagnosen Parkinsons sykdom i Norge. Om lag 70 blir operert, de fleste på Rikshospitalet, noen på St. Olavs Hospital. Operasjon er ingen kur, målet er å redusere symptomer, som stivhet og skjelving.

STADIG STØRRE MEDISINDOSER

Det begynte med at han følte seg treg. «Få opp farten, Finn!» kunne kona si. Armen var stiv. Han følte at han lespet, klarte ikke å artikulere ordentlig. Kona var enig. Fingrene var også stive, mimikken dårlig.

Bare noen timer etter at han fikk parkinsonmedisiner, kunne han igjen bevege fingrene. I flere år har tablettene hjulpet ham. Men dosene med dopamin har blitt hyppigere og sterkere. Det er vanlig at medisinen mister sin effekt etter hvert.

Han var aldri i tvil: Kunne han bli kandidat for operasjon, ville han det. Nortvedt er selv sykepleier,

Fakta

Om Parkinsons sykdom

- Debuterer ofte gradvis og snikende.
- Hovedsymptomer:
 - Stivhet (rigiditet)
 - Manglende bevegelse (akinesi)
 - Skjelving (tremor)
- Hovedårsak er bortfall av hjerneceller som inneholder dopamin.
- Alzheimers og Parkinsons er de to vanligste neurodegenerative sykdommene. Det vil si at hjerneceller gradvis dør.

har undervist i mange år og skrevet lærebøker.

Fra han ble utredet til operasjonsdagen her på Rikshospitalet gikk det et halvt år. Nå – en dag i juni – skal han få elektroder i hjernen og et batteri under huden på brystet. Når dette kobles sammen, oppstår det man kaller dyp hjernestimulering. Som altså skal gi Nortvedt et bedre liv. Det vil bety redusert medisinbruk og jevnere form.

«Vi forventer lite blod.» Ane Konglund, nevrokirurg

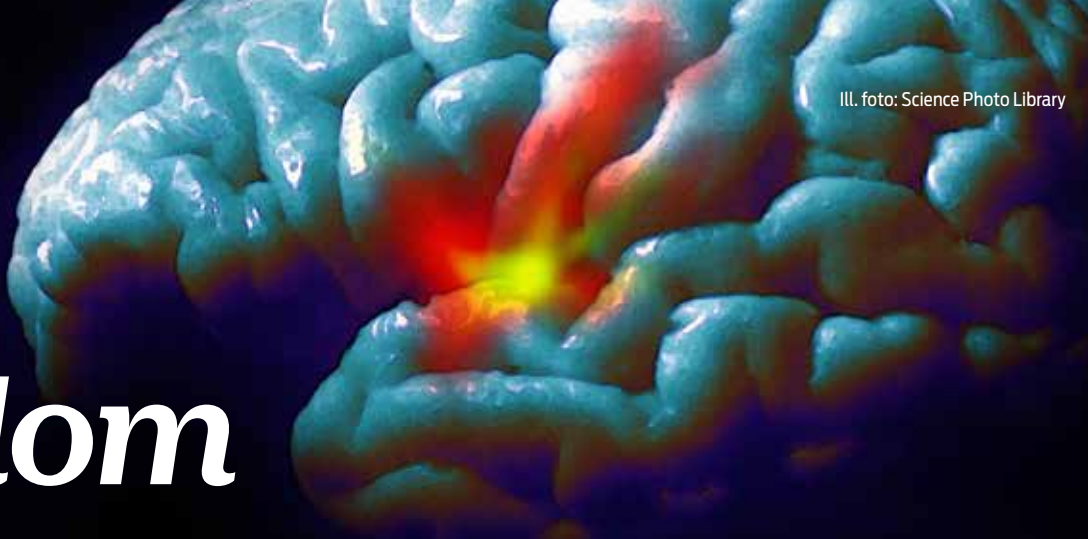
Han har fått høre at han kan bli så bra som han nå er på sitt beste med medisiner. Ikke bedre. At han kan få 10–15 gode år. Men at sykdommen er der og vil utvikle seg. Hvor raskt? Det kan ingen spå.

– Jeg er spent og håpefull, sa han for noen dager siden.

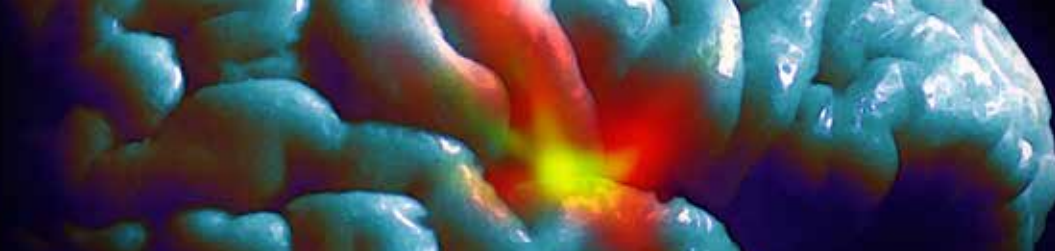
Det tærer på når kroppen ikke lystre. De store symptomsvingningene gjør det vanskelig å planlegge i hverdagen.



sykdom



TEAMARBEID: Anestisisykepleier Birgitte Fuglset (fra v.), operasjonssykepleier Marit Mjønerud og nevrokirurg Ane Konglund sørger for at hodeeringen sitter fast på Finn Nortvedts hode. De vet det kan gjøre vondt når de fire skruene skrues til.



PÅ VEI TIL CT: Nevrokirurg Ane Konglund liker å være med på alle delene på operasjonsdagen. Hun triller Finn Nortvedt for å få tatt CT-bilder.



Håpet om å bli bedre dominerer, derfor gruer han seg ikke, slik mange andre gjør. De skal jo være våkne under inngrepet. De lurer på om det vil gjøre vondt og bekymrer seg for lyden av boret.

Han er også glad det er en kvinnehånd som skal skjære i ham, ikke en svær mannelabb.

FIRE SKRUER I HODET

Nordtvedt har sovet en natt på nevrokirurgen. Dagen startet med at han fikk festet en metallring på hodet. Med rikelig lokalbedøvelse ble den skrudd til med fire skruer.

– Er det vondt? Går det bra, spurte nevrokirurgen.

– Hvis ringen flytter seg en millimeter, må vi begynne på nytt.

– Fytterakker'n, sa Finn.

Operasjonssykepleieren og nevrokirurgen fikk plassert ringen nøyaktig der den skal være. Bom fast.

Med stativet fastskrudd på hodet ble han trillet av gårde for å ta CT av hjernen. Etterpå tok sykepleierne ham med for å leire ham på operasjonsbenken. Imens gikk kirurgen på kontoret for å studere CT-bildene på pc-en. Et dataprogram skal hjelpe til for å nå målet: Å treffe blink med elektrodene når de plasseres i hjernen. Det handler om millimetre.

Men hva hvis hun bommer? Kan vondt bli verre?

Det er da hun sier de befriende ord:

– Alt er reversibelt!

UTVALGTE SYKEPLEIERE

Bare et begrenset antall operasjonssykepleiere er med på disse inngrepene, for mengdetrening er nødvendig. De er drillet i nøyaktighet og kan alt om inngrepet. Pasienten skal alltid ha noen å henvende seg til.

– Ligger du godt?

– Nei, det gjør vondt i nakken.

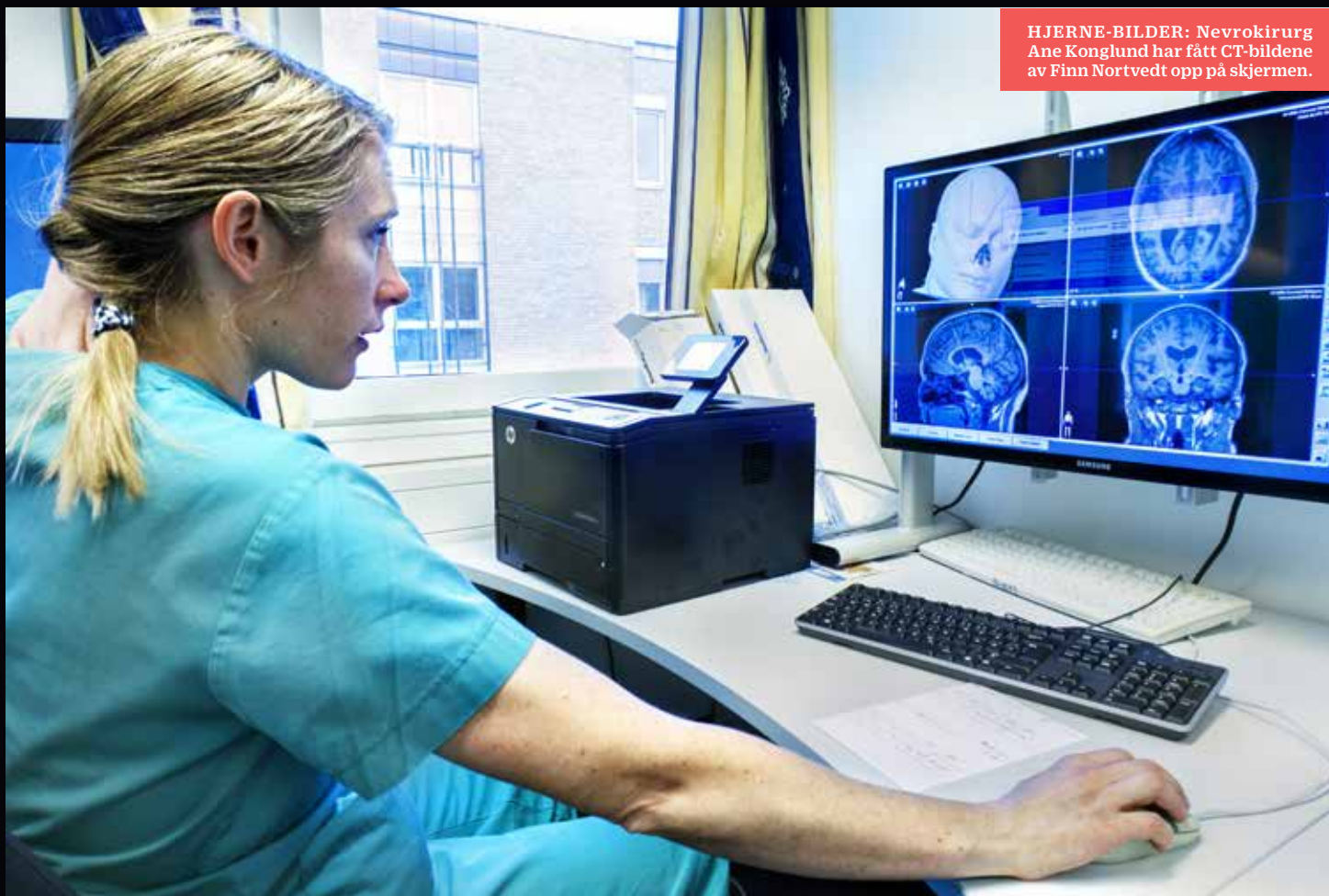
Finn Nortvedt føler et snev av panikk. Skal han ligge i denne stillingen i timevis? Men sykepleierne er på alerten. De hjelper til så det blir mer behagelig for hodet, og han får lov til å slumre litt.

Mye skal koordineres under denne operasjonen, og det er viktig at teamfølelsen er god. Operasjonssykepleierne har forberedt så alt utstyr er til stede i rett tid. Da kan kirurgen gjøre jobben uten å tenke på det.

Det er nevrokirurg Ane Konglund som har utført de fleste parkinsonoperasjonene de siste årene. Nå setter hun en ramme oppå hoderingen Nortvedt fikk på i sted. Innstillingene er nøye regnet ut slik at operasjonen skal bli vellykket.

Det er to punkter i STN-kjernen som skal stimuleres med strøm. STN – subthalamus nucleus – er en liten linseformet cellekjerne i hjernen.

Poenget er å finne det spesielle området i hjernen som vil gi optimal effekt og minst mulig bivirkninger for pasienten. De kaller det stedet for «target».



HJERNE-BILDER: Nevrokirurg Ane Konglund har fått CT-bildene av Finn Nortvedt opp på skjermen.

BORER I SKALLEBEINET

Teamet går gjennom sjekklisten.

– Vi forventer lite blod, sier Ane Konglund.

Nesten to timer etter at Nortvedt er trillet inn på operasjonsstuen, snitter kirurgen en halv-sirkel i huden oppå hodet.

– Borer du nå, eller, spør pasienten.

– Nei, nei, nei, vi sier fra. Vi må fjerne litt hud først, svarer Konglund.

Hun gir litt mer bedøvelse. Bretter huden til side. Deretter borer hun seg gjennom skallebeinet. Når det er gjort, fører hun ned testeledene.

– Går det greit, spør anestesisykepleieren stadig.

Hun har kontroll på at pasienten er våken og smertefri.

– Jada, sier pasienten.

Etter tjue minutter kommer nevrolog Mathias Toft. Han setter seg ved pasienten og sjekker hjernesignalene på skjermen. De skal stemme med punktene kirurgen har funnet.

Så begynner de på den møysommelige kliniske

testingen som til slutt avgjør hvor elektrodene skal plasseres.

– Vi tar den beste siden din først, den høyre, sier nevrologen til pasienten.

– Kan du knytte hånden? Nå kan du slappe av. Kjenner du noe nå?

«Vi prøver med mer strøm.»

Mathias Toft, nevrolog

I samspill flytter kirurgen på elektrodene og nevrologen setter på strømmen. De tester rundt omkring i området, flytter en halv millimeter om gangen. Tester med forskjellig strømstyrke. Det går i milliampere.

– Du er litt stiv. Vi prøver med mer strøm, sier nevrologen.

Nortvedt kjenner ikke noe ubehag. Elektroden flyttes nærmere. Litt mer strøm.

– Oj, sier han.

Han får plutselig rykninger rundt munnen. Det er et tegn på at elektroden nå er litt for nære de motoriske fibrene. Å være nær er bra, men ikke for nær. Balansen er hårfin.

– Jeg ser det, sier Toft.

Han skrur ned strømmen.

– Nå da?

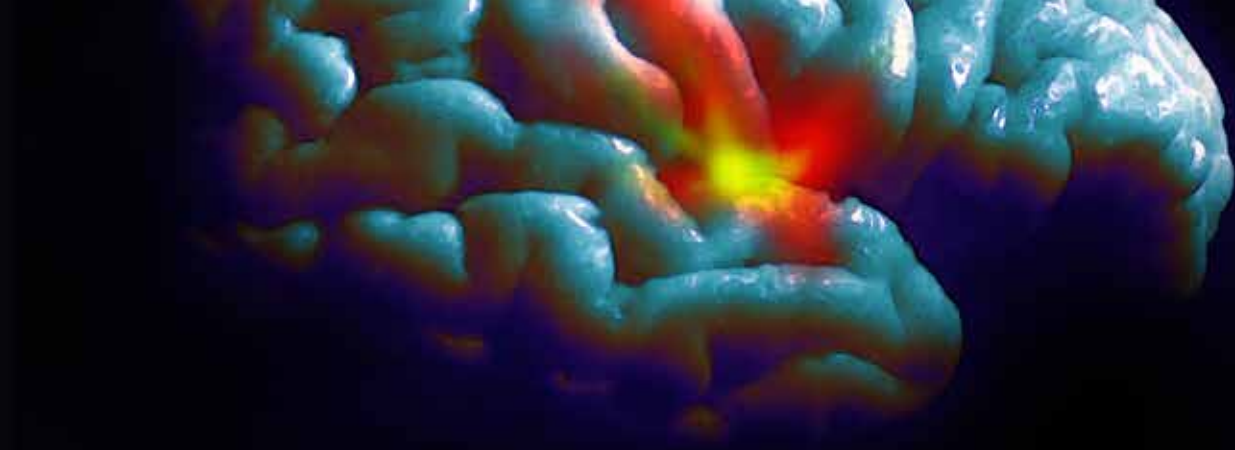
– Nå er det bedre.

De tar seg god tid. Ingen tegn til stress. De vil helst ikke se bivirkninger, bare effekt. Nevrologen kjenner på bevegeligheten i pasientens hånd.

Jo mer omstendelig de er med testingen, desto mindre er risikoen for reoperasjon. Et par timer holder de på. Så er de fornøyd.

FÅR STIMULATOR I BRYSTET

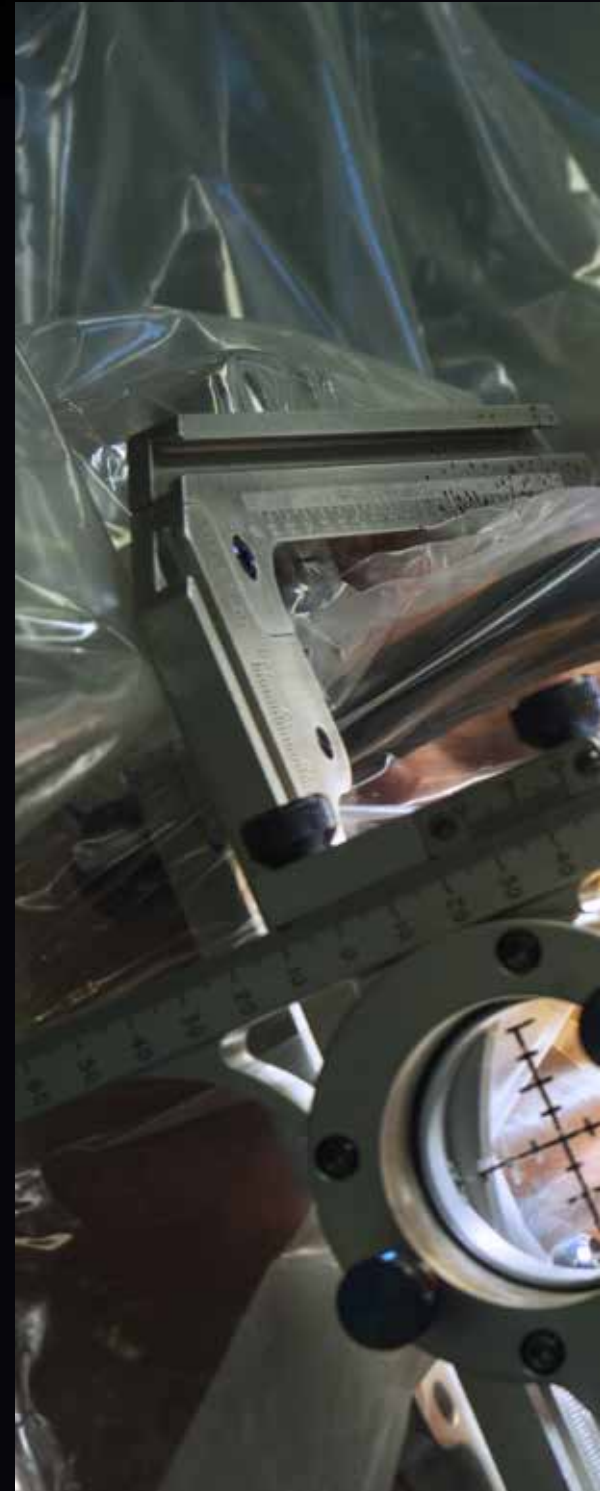
Snittet sys igjen. Finn Nortvedt gjesper. Han har gjort jobben sin som samarbeidende pasient, og anestesilegen er på vei. Nortvedt får narkose og dekkes til i varmede folie.



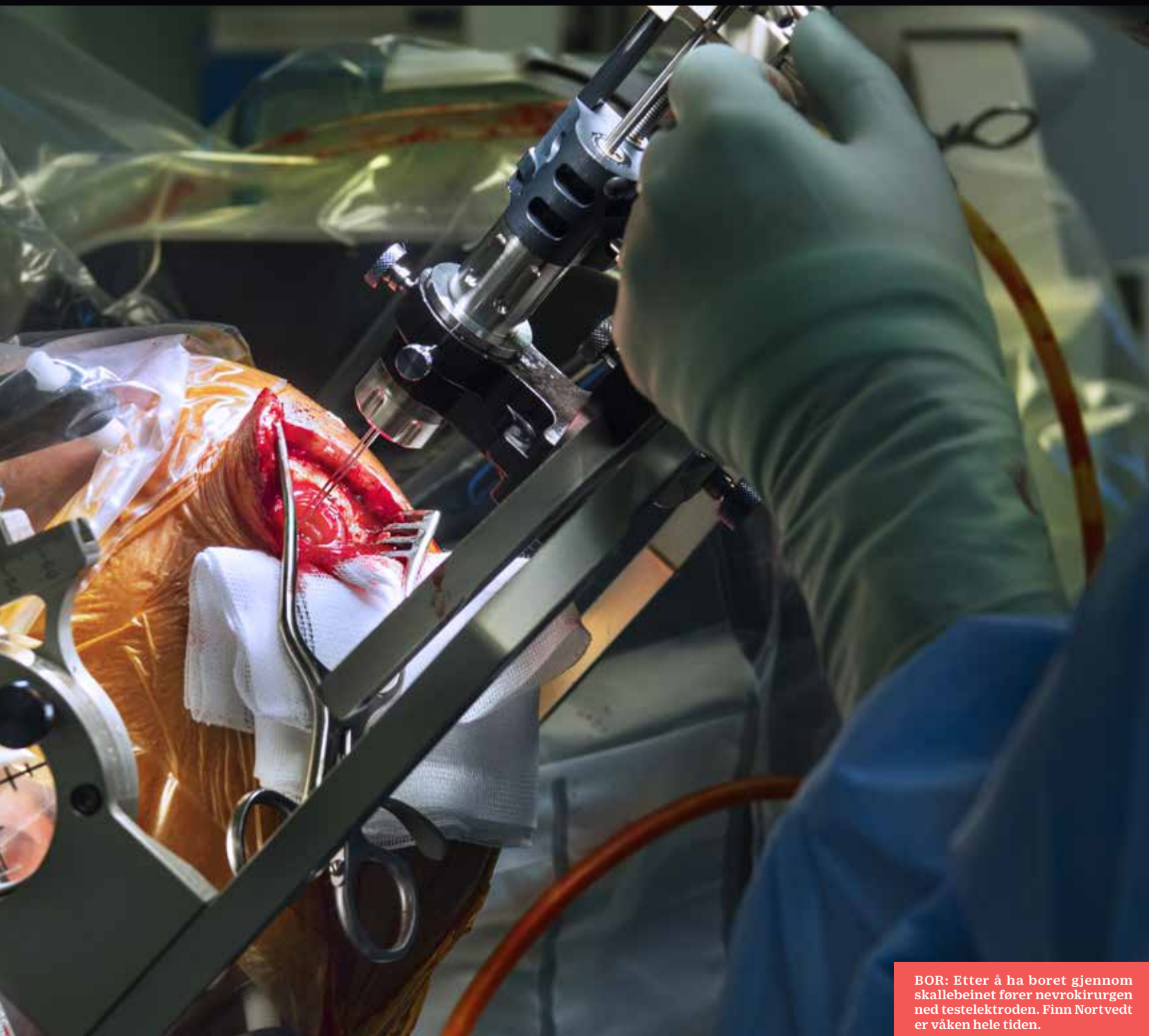
ORDEN: Utstyret på plass, så alt kan gli greit.



TESTER: Nevrolog Mathias Toft (t.v.) tester plassering og strømstyrke i samspill med kirurgen og pasienten. Operasjonssykepleier Anne Grethe Stenvik jobber sterilt.



«Operasjonssykepleierne er en uvurderlig del av teamet.»
Ane Konglund, nevrokirurg



BOR: Etter å ha boret gjennom skallebeinet fører nevrokirurgen ned testelettroden. Finn Nortvedt er våken hele tiden.



Dyp hjernestimulering

- Elektroder implanteres i ulike deler av basalgangliene eller thalamus i hjernen.
- En stimulator, tilsvarende en hjertepacemaker, blir operert inn i brystet. Den leverer kontinuerlig strøm til elektrodene.
- Effekten er reduksjon av motoriske symptomer.

NARKOSE: Finn Nortvedt har gjort jobben som samarbeidende pasient. Nå kan han få sove.



STRØM: Stimulatoren er plassert på brystet. Den skal gi strøm til elektrodene i hjernen.



→ En times tid senere har kirurgen snittet i brystet og stimulatoren er på plass. Kopplingsledninger er tunnelert fra hode til bryst. To nye operasjonssår blir lukket med mange sting.

Knivtiden er over. Sykepleierne teller blodflekkete kompresser. Ojsan, én mangler!

– Jeg tok den ut, sier kirurgen, like rolig som før.

De finner den siste på golvet. Operasjonssykepleieren dekker stingene med små, hvite plasterlapper.

Etter seks timer trilles Finn Nortvedt ut av operasjonsstuen.

GLADE PASIENTER

Nevrokirurg Ane Konglund er fornøyd med dagens arbeid.

– Dette er hyggelige operasjoner å gjøre, fordi de gjør pasientene friskere. De er takknemlige og blir så glade, sier de får et nytt liv.

Etter post-op-visitten ser ikke kirurgen pasienten igjen før det er tid for å bytte batteri. Det

innebærer en liten operasjon. Det kan ta mange år, avhengig av hvor mye strøm de har brukt.

– Hva ser dere da?

– Vi får høre at livet har stabilisert seg, blitt mer forutsigbart. De er jevnt over veldig fornøyde. Når vi tar ut batteriet, blir de dårlige. Når vi setter inn det nye, blir de bra. Men på ett eller annet tidspunkt vil de slutte å ha effekt av stimulatoren.

– Når da?

– Sykdommen vil progrediere og funksjonsnivået reduseres, fysisk og mentalt. Vi vil avslutte strømbehandlingen når den ikke lenger bidrar til en god funksjon. Det kan være fra fem til tjue år etter operasjonen.

De første operasjonene ble gjennomført i 2001.

– Flere av de pasientene har fortsatt en god effekt av dyp hjernestimulering, sier Konglund.

Ventetiden har til tider vært over ett år. Nå er den tre til seks måneder.

– Vi opererte 52 i fjor. Det blir nok det samme i år.

St. Olavs i Trondheim opererer rundt tjue i året.

– UVURDERLIGE SYKEPLEIERE

Konglund understreker at motorisk symptomlindring er det de oppnår.

– Vi kan ikke gi tilbake det de har mistet av funksjon. Derfor er nevrologens testing på forhånd viktig. Den sier noe om hvor bra de kan bli, ut fra hvor stor forskjellen er på god og dårlig fase. Vi ser hvor mye det er å hente.

– Hva forventer du av sykepleierne?

– Operasjonssykepleierne er en uvurderlig del av teamet. De sørger for at alt glir veldig greit så pasienten har det bra. De er suverene. De kan prosedyrene og rutinene godt, tilrettelegger og bidrar til et veldig godt samarbeid. Det øker sikkerheten.

– Parkinsonsykepleieren på sengepost er også en veldig god støttespiller. Hun kan svare på spørsmål fra pasientene, og lærer dem bruk av stimulator. Hun kan også justere stimulatoren, og er en verdifull støtte både for pasientene og oss. Det er gull verdt.



Fakta



Medisinering mot Parkinsons

- **Levodopa** er mest effektivt. Omdannes til dopamin i hjernen.
- **Dopaminagonister** likner dopamin. Gis ofte til yngre for å unngå komplikasjoner på sikt.
- Ufrivillige bevegelser (dyskinesier) kan være tegn på overdosering.
- Økt muskelspenning (dystoni) kan skyldes både for lave og for høye doser med dopamin.



JUSTERING: Strømmen er satt på. Nevrolog Vidar Gundersen tester. Riktig strømstyrke og riktig medisinmengde er viktig.

Konglund påpeker at belastningen for pasientene var større før:

– De siste årene har vi tatt i bruk et relativt nytt anestesimiddel under operasjonen, så nå får de slappe av og døse litt underveis. Vi er også blitt raskere enn før.

Vanligste komplikasjon er infeksjon, nesten bestandig i brystet. Reoperasjon er det sjelden behov for.

FLAKSETE FOT

Dagen etter blir strømmen satt på. Finn Nordtvedt opplever ikke den store endringen. På sengepost skal strømmen fininnstilles og medisinene justeres. Det blir flere kontroller, og det kan ta flere måneder før man er i mål.

Men Nortvedt er utålmodig. Jo, han føler seg mindre stiv, men det er noe med venstrebeinet.

– De har sagt det er greit at jeg reiser til Naxos i sommer, forteller han noen uker etter operasjonen.

Medisinmengden er redusert. Stivheten også. Den kommer ikke anfallsvis som før.

Men i august sier han:

– Jeg reiste ikke til Naxos likevel. Det har lugget litt i sommer. Dette er ikke noe kvikk fikks. Jeg turte ikke, var redd for infeksjoner.

Og så er det den foten.

– Den er flaksete. Lever sitt eget liv. Henger ikke med.

«De sier jeg må være tålmodig.»

Finn Nortvedt, pasient

Det heter dyskinesi. Ufrivillige bevegelser. Dette symptomet hadde han ikke før operasjonen.

– De sier de skal finne ut av det. Og at jeg må være tålmodig.

Det er ikke så lett. Han lurte på om han har hatt litt for høye forventninger.

– Og hvem har skapt dem? Legene? Videoene på YouTube? Meg selv? Pasienthistoriene?

Nå i høst har det blitt to turer til Sør-Europa. Søvnene har blitt roligere, marerittene er borte. Medisinene er redusert med to tredeler. Men foten lever fortsatt sitt eget liv.

– De sier jeg skal bli som på det beste jeg var før operasjonen. Det er jeg ikke. Ikke ennå.

– Angrer du?

– Kan ikke si at jeg angrer. Men jeg var bedre da jeg var på topp da jeg bare hadde medisiner. Problemet er at effekten av dem svekkes. Men de ufrivillige bevegelsene – dyskinesien – det er for mye. Jeg kan gå toppen en kilometer, blir sliten og tungpustet.

– Hva skjer når strømmen skruses av?

– Fytti helvete, kjenner det så jævlig. Blir forferdelig stiv i venstresida. En fæl følelse. «Du må få den på, jeg orker ikke», sa jeg til nevrologen. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Parkinsonsykepleieren

NEUROLOGISK: Dorthe Thomsen vet det meste om hva Parkinsons sykdom krever.

Dorthe Thomsen er parkinsonsykepleier på nevrologisk sengepost på Rikshospitalet. Her vurderes noen parkinsonpasienter for avansert behandling, og noen er her for medikamentjustering.

I den lange korridoren tusler en dame med hengende arm. En yngre mann passerer med sjanglende gange. Flere har hvite kompresser på hodet.

– Noen har fått diagnosen allerede i 20-årene, forteller Thomsen.

Hun syns det er gledelig at antallet operasjoner er økt til to i uken. Thomsen erfarer at operasjonene er vellykket.

– Mange føler de får et nytt liv. De kan gå i skogen igjen uten å være redd for at de ikke tar tablettene i tide. Søvnene blir bedre, svingningene er borte. De slipper krampe i beina. De blir mer sjølhjelpne, og de kan drikke av en kopp uten å skjelve. De kan reise til Syden, det har de ikke gjort på flere år, forteller hun,

– SMILET ER TILBAKE

I en krok sitter en mann med bandasje på hodet. Det er to dager siden han ble operert. Inne på rommet holder Arne Karoliussen (71) fram en stødig høyrehånd. Den skjelver ikke lenger.

Han forteller at han klarer å få fram ordene han ikke fikk fram før, da hadde han liksom ikke kraften. Han klarte ikke holde en kopp for å drikke. Å skrive navnet sitt gikk ikke. Slik hadde han det i tre-fire år.

– Ansiktet ble mer og mer mimikkløst. Kona slet med det. Nå har

jeg mer ansiktsuttrykk, sier han.

– *Hvordan var operasjonen?*

– Ikke noe særlig, den er jo stor. Men så lenge resultatet er godt ... Det er nydelig nå.

På bordet ligger en lapp med håndskrevet tekst. Han kan signere igjen.

– Frisk blir jeg aldri. Men smilet er tilbake. Det har mye å si for familien. I det siste har jeg gått i en halv-døs, sier Karoliussen.

– *Så kona er fornøyd?*

– Ja, hun gråt, sier han.

Og blir selv blank i øynene.

KAN FÅ NEDTUR HJEMME

Mange som har Parkinsons sykdom, kan føle seg fanget i egen kropp. Operasjonen gjør dem motorisk bedre.

– Men hellbredet blir de jo ikke. Sykdommen progredierer. Noen pasienter opplever stor overgang når de blir skrevet ut etter operasjonen. Hjemme kan de føle nedtur igjen. Det tar også tid å tilpasse medisineringsen. Det gjelder å ha realistiske forventninger, sier Thomsen.

«Får de ikke medisiner i tide, kan de bli stive.»

Dorthe Thomsen, parkinsonsykepleier

– Noen har kanskje for store forventninger: «Nå er jeg operert, så nå er jeg frisk og kan fungere som et vanlig menneske.» De glemmer fort hvordan de var før operasjonen.

TO TYPER PUMPEBEHANDLING

Utenom operasjon tilbyr avdelingen to andre typer avansert behandling, forteller Thomsen. Det er pumpebehandlingene duodopa og apomorfin. Målet med pumpebehandling er jevn tilførsel av dopamin.

Duodopa er tyktflytende levodopa. Medisinen pumpes inn i tynntarmen gjennom en tynn sonde via en peg på magen. Pumpen som brukes likner en smertepumpe.

– De fleste har 16 timers behandling, medisinen koples på om morgenen og av om kvelden. Men noen har den koplet på hele døgnet.

Ikke alle kan håndtere en slik pumpe.

– Hjemmesykepleiere kan hjelpe til med å håndtere duodopa-pumpen, og de kan få opplæring av oss eller av produsenten.

KOSTER 365 000 KRONER I ÅRET

Rikshospitalet har få pasienter som bruker duodopa-pumpe, men det er flere av dem på lokalsykehusene.

– Duodopa er en dyr behandling, en kassett koster 1 000 kroner. Selv om pasienten bare bruker halv dose, må resten kastes, fordi den har vært i romtemperatur i 16 timer, som er holdbarheten.

Behandlingen koster altså 365 000 kroner i året.

– Dessuten kan pumpen være tung å gå med, og det er fort gjort at sonden dras ut. Da får de ikke tilført medisinen og må ha tablett i back up.

Apomorfin er dopamin-agonist, som har samme virkning som dopamin. Den gis i underhuden med en mindre pumpe. Medisinen holder seg over flere dager i romtemperatur,

Fakta

Ikke-motoriske symptomer

Forstyrrelser i den ikke-viljestyrte delen av nervesystemet (autonom dysfunksjon), som treg mage, tisseproblemer, seksuelle vansker.

- Depresjon.
- Tvangshandlinger.
- Hallusinasjoner, ofte utløst av medisiner.
- Unormal trøtthet (fatigue).
- Søvnvansker.

og behandlingen er billigere enn duodopa.

BRUKER MUSIKK

Mange med Parkinsons opplever tilfrysing. Bevegelsene stopper plutselig opp.

– De kommer seg ikke inn i en heis, eller over et fotgjengerfelt.

Noen bruker musikk på øret for å komme i gang.

– Vi bruker å si «ett-to, ett-to» for å få dem i gang. Eller «høyre-venstre, høyre-venstre», sier Thomsen.

Like viktig som de motoriske symptomene, som stivhet, treghet og skjelving, er de ikke-motoriske symptomene, påpeker Thomsen.

Noen pasienter får impuls-kontrollforstyrrelser.

– Noen, særlig menn, har spilt bort hus og fått gjeld. Fortvilte pårørende har ringt hit og sagt: «Nå har han kjøpt ny bil». Damer kan få overdreven trang til shopping.

Pasient og pårørende kan ha ulik oppfatning om hvordan sykdommen utvikler seg.

– Derfor er det fint at pårørende



VELLYKKET: Dorthe Thomsen gleder seg på Arne Karoliussens vegne. Operasjonen ga umiddelbar effekt, skjelvingen på høyrehånden er vekk.

er med hit til oss. De oppdager ofte endringer fortere enn pasientene.

Det kan for eksempel gjelde atferd og søvn. Fatigue og depresjon er vanlige ikke-motoriske symptomer hos disse pasientene.

MEDISIN FØR MAT

Noen må etter hvert ta medisiner hyppigere. Thomsens erfaring er at særlig på sykehjem mangler pleierne kunnskap om Parkinsons sykdom.

– Det er viktig at disse pasientene føler seg trygge. Får de ikke medisiner i tide, kan de bli stive. Det kan bli vanskelig å svelge medisiner, de blir engstelige.

Når hun har undervist på sykehjem, får personalet ofte en aha-opplevelser.

– De forstår bedre hvor viktig

det er å få medisin i rett tid. Og at ikke mat og medisin skal gis samtidig, for da kan de få dårlig effekt av medisinen.

Thomsen anbefaler å gi medisin en halv til en time før måltider.

– Da blir det lettere for pasienten å svelge. Og det er også lettere for pleierne å hjelpe pasienten når de har effekt av medisinene, da er de mer bevegelige.

NÅR BATTERIET ER TOMT

De som er operert må selv følge med på batteriet de har i kroppen. De lærer å bruke en kontrollør som viser batterikapasiteten. Den varsler når det snart er tomt for strøm.

– Pasientene som skal inn for å bytte batteriet, kan risikere noe venting.

«Frisk blir jeg aldri. Men smilet er tilbake. Det har mye å si for familien.»

Arne Karoliussen, pasient

– Kan de gå helt tom for strøm før de får byttet?

– Ja, men da tar de medisiner i mellomtiden. De som blir veldig dårlige uten strøm, prioriteres som ø-hjelp.

SKJELVING TAR ENERGI

Pasienter som skjelver, kan gå ned i vekt.

– Når en arm stadig er i bevegelse, bruker kroppen mye energi. Det er en stor sykepleieoppgave å følge med på vekten og tilpasse ernæring, mener parkinsonsykepleieren.

Noen er overbevegelige.

– Flere ønsker høye doser medisiner for å slippe å være stive. De kan fort ta overbalanse og falle, og de kan oppfattes som fulle, sier Thomsen.

Hun understreker at det er viktig å trene:

– Enten selv eller med en fysioterapeut. De har også nytte av logoped, fordi stemmen blir påvirket av sykdommen, sier Dorthe Thomsen.

Hun er selv aktiv i interessegruppen for parkinsonsykepleiere, som hovedsakelig jobber i sykehus. Gruppen møtes en gang i året. ●

Kan ha mange gode år

MULIGHETER: – Parkinsons er tross alt en sykdom vi kan behandle med god effekt i mange år, sier professor Mathias Toft.

– Den typiske parkinsonspasient får diagnosen tidlig i 60-årene, sier Mathias Toft, overlege og professor på nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus.

– Det hender de får den i 40–50-årene, og en sjelden gang får det også. Forløpet av sykdommen varierer, for noen utvikler den seg raskt. Noen har mye skjelvninger. Stivhet er vanligere. De fleste har god effekt av medisiner i mange år.

Noen kan ha god effekt i begynnelsen, men så begynner medisinen å få kort virketid.

– Dette gjelder særlig de yngre. Da må de ta medisiner oftere, noen så mye som åtte ganger om dagen.

IKKE ALLE OPERERES

– De som har store svingninger mellom gode og dårlige faser, kan ha nytte av operasjon og behandling med dyp hjernestimulering, sier Toft.

– Stimuleringen har mange effekter som medisiner har. Forskjellen

er at strømmen står på hele tiden og har jevnere effekt. Pasienten slipper slitsomme svingninger og hyppig medisinerings. Ofte kan de halvere medisinnntaket, men de fleste trenger en kombinasjon av medisin og strøm.

Han påpeker at operasjon ikke er for alle, men for dem som er mye plaget. Man bør dessuten ikke operere hvis pasienten har tegn på demens, alvorlig psykisk sykdom, bruker blodfortynnende eller har sykdom i hjernen som gjør det for farlig med inngrep.

– Hvor vellykket er operasjonene?

– De aller fleste har god effekt. Men vi vet ikke hvordan sykdommen vil utvikle seg. Sykdommen går sin gang, på forskjellig måte, sier Toft.

GAMBLING OG KJØPEMANI

– Det er ganske komplekst. Sykdommen kan påvirke personligheten, det er jo en hjernesykdom. Medisinene kan også påvirke atferden.

30 prosent får impulsforstyrrelser:

– Det kan gi uheldige utslag som ukritisk gambling, kjøpemani eller



HJERNESYKDOM: Ved Parkinsons sykdom forsvinner hjerneceller som inneholder dopamin.

seksuell hyperaktivitet. Det er usikkert om det skyldes medisinerne eller sykdomsutvikling. Eller begge deler.

Også strømstimulering kan føre til økt impulsivitet:

– Tankene kan gå litt fort, foten på bremsen går saktere. Det man tenker kan komme ut upassende.

I LITEN GRAD ARVELIG

– Er parkinsonspasientene en

tapende gruppe i helsevesenet?

– Tilbudet er sikkert forskjellig rundt om i landet. Det som er bra, er at dette er en hjernesykdom som vi har ulike typer behandling for, og som gir god effekt for mange i mange år. Men ingen medisin kan stoppe sykdommen.

Toft tror ikke det står på viljen:

– Men det er daglige diskusjoner om ressurser, der akutt sykdommer får mest oppmerksomhet. Det er et press for å få ned ventetiden når nye pasienter skal vurderes. De som allerede har fått konstatert en kronisk sykdom og som skal på kontroll, kan ofte bli nedprioritert.

– Er Parkinsons arvelig?

– I liten grad, men den er arvelig i noen få familier.

– Kan sykdommen utløses av stress?

– Det er ikke stress som forårsaker Parkinsons, men plagene kommer mer fram der og da. Pasienten oppdager gjerne symptomene første gang i perioder med stress, men sykdommen ville kommet uansett. Har man en ørliten tendens til skjelving, så vil den gjerne forverres under stress.

KAN KLARE MYE

– Hva er Parkinson pluss?

– Det er en samlebetegnelse for sykdommer som kan likne på Parkinsons, men som egentlig ikke det. Over tid vil sykdommen da utvikle seg annerledes og som regel vil medisiner ha lite effekt. Det samme med dyp hjernestimulering. Derfor er en av vurderingene for operasjon om pasienten har ekte Parkinsons.

– Hva vil du si til en som får diagnosen?

ParkinsonNet prøves ut i Norge

NETTVERK: Faglige nettverk skal hjelpe pasienter med parkinson og deres pårørende.

ParkinsonNet er utviklet i Nederland som et nasjonalt tilbud til pasienter med Parkinsons sykdom. Nå skal modellen prøves ut i Norge. Helsedirektoratet vil samarbeide med Norges Parkinsonforbund og Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser om et pilotprosjekt i perioden september 2017 til mars 2019.

Utprøvingen av Nederland-modellen skal skje i Rogaland, Oslo og Akershus. Målet er å etablere faglige nettverk for fysioterapeuter, ergoterapeuter og logoped. De vil få opplæring i faglige retningslinjer. De skal samhandle med hverandre og med andre yrkesutøvere i helsevesenet.

Sykepleiere i kommunehelsetjenesten får også tilbud om kurs. I Rogaland er nå 58 sykepleiere påmeldt kurs 24. og 25. oktober.



SNART HJEM: Nå venter livet hjemme for Finn Nortvedt. Har han hatt for store forventninger?

– Vi vet ikke hvorfor du har fått sykdommen, og vi kan ikke gjøre noe med det. Men når du først har fått den, er det tross alt en sykdom vi kan behandle, og du kan i mange år ha god effekt av behandlingen, sier Toft.

– Jeg ville fokusere på det vi kan gjøre noe med, ikke det vi ikke kan gjøre noe med.

– *Hva vil du si til sykepleierne?*

– God pleie er viktig for disse pasientene. De som har hatt sykdommen en god stund, og som har kortere effekt av medisinen, er avhengig av å ta medisin på riktig tidspunkt. Det er viktig å huske.

Han legger til at mange parkinsonpasienter får til mye, både fysisk og kognitivt. Det tar bare lengre tid:

– Man må ha tålmodighet. Redusert tempo er hovedtingen.

Hvis mye skjer og de stresser, blir det verre. Da går det enda langsommere. Gjør én ting hver dag, gjør det enkelt og oversiktlig. Da kan de klare å gjennomføre mye.

FORSKER FOR Å KUNNE BREMSE SYKDOMMEN

– *Dør man av eller med Parkinsons sykdom?*

– Levetiden er to-tre år kortere enn gjennomsnittlig. Så de fleste dør med, ikke av, sykdommen.

Men risikoen for demens er større enn hos andre, hvis sykdommen har vart i mange år: Høy alder og Parkinsons er en dårlig kombinasjon, påpeker Toft.

– *Blir det flere med denne diagnosen enn før?*

– Flere, fordi det er flere eldre i befolkningen. Men forekomsten er

ikke større enn for 50 år siden, og den er den samme i hele verden. Litt flere menn enn kvinner får diagnosen.

Mellom 5 000 og 10 000 har Parkinsons i Norge, anslår Toft.

«De fleste dør med, ikke av, sykdommen.»

Mathias Toft,
professor

Minst 500 får diagnosen årlig.

Han påpeker at det forskes mye internasjonalt.

– *Er det lys i tunnelen?*

– Legemiddelfirmaer arbeider med nye behandlingstyper rettet mer mot sykdommens årsaker. Det vil ta tid. Men det er godt håp om

at man en dag vil kunne bremse sykdommen. Det er målet.

– *Hva med astmamedisinene som kanskje kan hjelpe?*

– Det er et interessant laboratorieresultat. Om slik medisin er effektivt, må først undersøkes på pasienter. Man kan ikke anbefale den nå. Men det er nok et eksempel på at mange gjør studier om Parkinsons med ulike innfallsvinkler.

– *Og du selv tar hudprøver av parkinsonpasienter for tiden?*

– Ja, det er en studie der man tar hudprøve og lager stamceller som så kan omprogrammeres til hjerneceller. Vi kan da undersøke om hjerneceller fra pasienter er annerledes enn hos friske personer. Dette er en unik teknologi som kan gi mange nye opplysninger, sier professor Mathias Toft. ● marit.fonn@sykepleien.no

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@unitedjenta
SISTE praksis ferdig og BESTÅTT
2 mnd igjen før eg kan seie : eg er SJUKEPLEIAR
Hjeeeelp, blir både fantastisk og skummelt på samme tid



@juliebwahl
Pasientene våres er så heldige som får ha denne fine utsikten fra sykesenga. Ekstra stas er det med sauene som bor i den røde gapahuken #sykehusetøstfold



@gurorl
Jobbhelg på min fine arbeidsplass.
- Ortopedisk avdeling, SSA



@ingeborgri
#tenkeboble #videreutdanning #hvt#yrkesykepleier



@holmlille
På vei til jobb en høstmorgen



@bendik_foss
Første veneflon satt



@helenesofia
Ingenting er som seinvakt en stormfull høstdag



@carolinehalvorsen
Når kirurgen sier jeg kan fjerne suturer selv



@sosterstrikk
Morgenstrikk før seinvakt

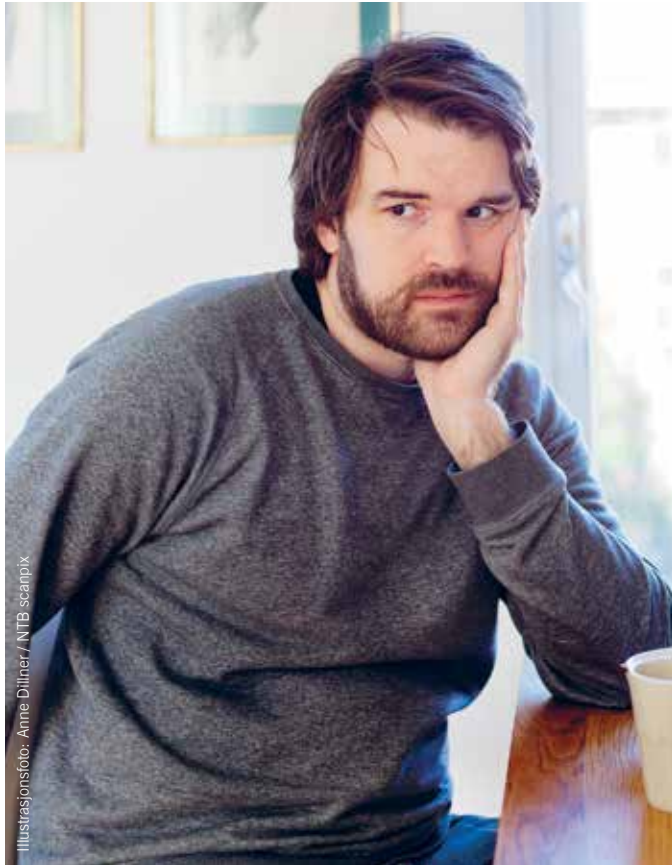
Uansett hvilket SpeediCath® du velger, er det tilpasset brukerens hverdag



SpeediCath var først ute til å tilby et kateter som er klart til bruk. Vi var også de første til å tilby et kompakt kateter. Fakta er at det er SpeediCath som har satt standarden for kateterdesign og brukervennlighet i 15 år, men vi er fortsatt ikke fornøyde. Vårt mål er å stadig flytte grenser slik at vi kan utvikle katetre som gir brukerne kontroll over sin egen hverdag. Hele sortimentet inneholder verken PVC eller ftalater til fordel for brukeren og miljøet.

Les mer på www.coloplast.no

SpeediCath®



Lurer du på noe om kreft? Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

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

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

Kreftlinjen har 30 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider: mandag–torsdag: 0900–2000,
fredag: 0900–1500. Vi snakker norsk og engelsk.

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



KREFTFORENINGEN

Hva skjer. Nyhet



– Husk profylakse til RhD-negative gravide!

• Tekst **Nina Hernæs**

BLOD: – Om en RhD-negativ gravid har et RhD-positivt foster, skal hun ha profylakse både i uke 28 og innen 72 timer etter fødsel, sier Cigdem Akalin Akkøk, overlege ved Nasjonalt kompetansesenter for blodtypeserologi.

I vår ble det innført en ekstra profylakse til RhD-negative gravide som bærer på RhD-positive fostre.

– Vi håper det vil føre til at enda færre RhD-negative kvinner danner antistoffer mot RhD-positive fostre, sier Cigdem Akalin Akkøk.

FJERNER ANTIGENET

Problemet med RhD-uforlikelighet, er at antistoffer fra mor kan bryte ned fosterets røde blodlegemer. I verste fall kan fosteret dø. Men siden 1969 har RhD-negative kvinner fått injeksjon med anti-RhD etter fødsel. Anti-RhD er et immunglobulin som fjerner antigenet fra mors blodsirkulasjon, slik at hun ikke rekker å lage antistoffer.

Før 1969 var det 300–350 antigen-antistoff-reaksjoner med RhD i svangerskap i Norge hvert år. Etter at profylaksen ble innført, falt tallet til 50–60.

KAN OPPSTÅ BLØDNING

Profylakse rett etter fødsel er effektivt, fordi det normalt ikke er kontakt

mellom mors og fosters blod i svangerskapet. Men under fødsel er det vanlig at blodet kommer i kontakt. Gis profylakse innen 72 timer, reker ikke mor å lage antistoffer.

Men dersom det oppstår blødning i svangerskapet, en såkalt føtomaternal blødning, som ikke oppdages, kan mor rekke å lage antistoffer.

Profylakse i uke 28 kan forebygges at mor danner antistoffer ved en slik blødning.

PROFYLAKSE, IKKE VAKSINE

Men Akkøk opplever forvirring rundt denne profylaksen.

– Mange har misforstått og tror at profylakse i svangerskapet er i stedet for profylaksen etter fødsel, sier hun.

– Det er feil. Det er veldig viktig at disse kvinnene får profylakse både i svangerskapet og etter fødsel. Profylaksen virker én gang, den er ikke som en vaksine som gir beskyttelse over lang tid. Det må alle i svangerskapsomsorgen være klar over.

Hun får mange telefoner fra gravide kvinner som er usikre.

NIPT

Det er ny teknologi som har gjort det mulig å teste fosterets RhD-status ved blodprøve. Ved NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing) undersøkes cellefritt foster-DNA i den gravides blod. Metoden gjør det mulig å vite med ganske stor sikkerhet RhD-statusen til det aktuelle fosteret. Men det kan forekomme falske resultater, altså at prøven vil vise at fosteret er RhD-negativt når det er RhD-positivt. Derfor skal det fortsatt tas blodprøve av navlestrengsblod for å undersøke fosterets RhD-status.

– Og er fosteret positivt, skal mor ha profylakse innen 72 timer, presiserer Cigdem Akalin Akkøk. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Twinrix

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA) (HAB) vaksine (adsorbent)

Beskyttelse mot hepatitt A og B

Twinrix er en kombinasjonsvaksine mot hepatitt A og hepatitt B til bruk hos barn fra fylte 1 år og voksne for å forebygge sykdom med hepatitt A og B.

Hepatitt A og B er alvorlige leverinfeksjoner som forekommer i mange deler av verden, til og med i Europa.^{1,2,3} Hepatitt A-viruset kan forekomme i forurenset vann og rå eller utilstrekkelig tilberedt mat. Til og med bassengvann kan være en smitekilde. Hepatitt B smitter gjennom blod og andre kroppsvæsker. Derfor kan besøk på legevakt/legekontor, urene nåler (sprøyter, kroppspiercing, tatovering) og ubeskyttet sex utgjøre en risiko.²

Twinrix Paediatric «GlaxoSmithKline» Twinrix Adult «GlaxoSmithKline» Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent). ATC-nr.: J07BC20 **INJEKSJONS/ESKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Twinrix Paediatric:** 1 dose (0,5 ml) inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 ng, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjonsvæsker. **INJEKSJONS/ESKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Twinrix Adult:** 1 dose (1 ml) inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 ng, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Twinrix Paediatric: For bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. Twinrix Adult: For bruk til ikke-immune voksne og ungdom ≥16 år, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Dosering: Twinrix Paediatric:** Barn og ungdom fra 1 år t.o.m. 15 år: Doser til 0,5 ml anbefales. **Twinrix Adult:** Voksne og ungdom ≥16 år: Doser til 1 ml anbefales. **Skjema for primærvakinasjon:** Standard skjema for primærvakinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Adult er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Det anbefalte skjematet bør følges. I spesielle tilfeller, når avviser er forventet minst én måned etter påbegynt primærvakinasjon med Twinrix Adult, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjematet for primærvakinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Adult gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. **Boosterdose:** Behovet for en boosterdose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjematet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for boostervakinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse; anti-HAV antistoff er beregnet å være i minst 10 år. **Tilberedning/Håndtering:** Under oppbevaring kan et fint, hvitt bunntfall med et klart, fargeløst lag over, sees. Vaksinen må resuspenderes (ristes godt) for bruk. Når vaksinen er resuspendert, vil den ha et ensartet, hvitaktig utseende. Vaksinen skal kontrolleres visuelt mtp. fremmedlegemer og/eller unormalt utseende for bruk. Dersom slike forandringer oppdages, skal vaksinen kastes. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte. **Administrering:** Gis i.m., helst i overarmsmuskelen (deltoidområdet) hos voksne, ungdom og barn, eller anterolateralt i låret hos spedbarn. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningssykdommer kan vaksinen unntaksvis gis s.c. selv om dette kan gi suboptimalt immunsvår. Intradermal eller i.m. injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Skal ikke under noen omstendigheter injiseres intravaskulært. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Adult eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber. **Forsiktighetsregler:** Besvirmelse kan forekomme før eller etter vaksiner, spesielt hos ungdom, som en psykisk reaksjon på injeksjonen. Dette kan etterfølges av flere neurologiske tegn, som forbigående visuelle forstyrrelser, parese og tonisk-kloniske bevegelser i ben og/eller armer når man kommer til bevissthet igjen. Det er viktig at prosedyrer er på plass slik at skader unngås ved besvirmelse. Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ukjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistoffnivåer etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utelukkende hos immunsvakte pasienter. Fedme (definerer som BMI ≥30 kg/m²) kan redusere immunresponsen mot hepatitt A-vaksiner. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksiner og disse omfatter høy alder, hankjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som kan stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaksinerings med Twinrix Adult. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaksinerings. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon

om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Twinrix Paediatric:** Vaksinen kan gis samtidig med Cervarix. Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Adult:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Data fra dyrestudier samt data fra et begrenset antall vaksinerede gravide indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapet eller på helsen til fosteret/det nyfødte barnet. Selv om ingen skadelige effekter er forventet, anbefales utsettelse av vaksinerings til etter fødsel, med mindre det er spesielt viktig å beskytte moren mot hepatitt B-infeksjon. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Det må avgjøres om amming skal opphøre eller vaksinasjon avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Bivirkninger:** **Barn 1-15 år:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Smerte og rødhet på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Gastrointestinale symptomer, kvalme. Neurologiske: Søvnighet, hodepine. Psykiske: Irritabilitet. Stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Øvrige: Hevelse og reaksjoner (blåmerker) på injeksjonsstedet, trettehet, utplasshet, feber (≥37,5°C). **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, magesmerter. Hud: Utsettelse (blåmerker) på injeksjonsstedet, trettehet, lymfadenopati. Hud: Urticaria. Neurologiske: Svimmelhet. **Voksne og barn >15 år:** Svært vanlige (≥1/10): Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte og rødhet på injeksjonsstedet, trettehet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Gastrointestinale symptomer, diaré, kvalme. Øvrige: Hevelse og reaksjoner (hematom, kloe og blåmerker) på injeksjonsstedet, utplasshet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppkast. Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Feber (≥37,5°C). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Hjerne/kar: Hypotensjon. Hud: Utsettelse, kloe. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Neurologiske: Hypestesi, parestesi. Stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Øvrige: Influensalignende sykdom, frysninger. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Urticaria. **Rapportert etter markedsføring etter bruk av Twinrix eller monovalent hepatitt A- eller B-vaksine fra GlaxoSmithKline:** Blod/lymfe: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura. Hjerne/kar: Vaskulitt. Hud: Angionevrotisk ødem, lichen planus, erythema multiforme. Immunsystemet: Anafylaksi, allergiske reaksjoner inkl. anafylaktoide reaksjoner og serumsykkelignende symptomer. Infeksjoner: Meningitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelsvakhet. Neurologiske: Encefalitt, encefalopati, nevritt, nevropati, paralyse, krampor. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinerne mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Neurologiske: Multipippel sklerose, myelitt, facialisparese, polynevritt som Fxks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralyse), optikusnevritt. Undersøkelser: Unormale leverfunksjonsverdier. Øvrige: Umiddelbar smerte på injeksjonsstedet, stikkende og brennende følelse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89% (Twinrix Paediatric) og ca. 94% (Twinrix Adult) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100% 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67% (Twinrix Paediatric) og 70% (Twinrix Adult) etter 1. dose og 100% (Twinrix Paediatric) og ca. 99% (Twinrix Adult) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjematet for primærvakinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100%, 99,5% og 100% etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82% etter 1 uke og hos 85% etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1%. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus. I to langtidsstudier med Twinrix Adult hos voksne, 15 år etter primærvakinasjon, var 100% seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus, og beskyttende antistoffnivåer mot hepatitt B-virus ble påvist hos hhv. 89,3% og 92,9%. For ytterligere informasjon, se SPC. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) og i originalpakningen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses. Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost. **Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 345,00. **Twinrix Adult: Injeksjonsvæske:** 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 481,10. 10 x 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 4423,20. **Sist endret:** 10.01.2017.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00. Les preparatomtale før forskrivning av Twinrix.

Referanser:

1. WHO, hepatitis A Factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/> Last accessed March 2017.
2. WHO, Hepatitis B Factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/> Last accessed March 2017.
3. Eurosurveillance, Volume 20, Issue 16, 23 April 2015 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101> Last accessed March 2017.
4. Twinrix adult preparatomtale, avsnitt 4.1. 10.11.2016
5. Twinrix paediatric preparatomtale, avsnitt 4.1. 10.11.2016

©2017 GSK group of companies or its licensors. NOR/TWI/0002/17. Oktober 2017

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies

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





– Høyt arbeidspress er et HMS-problem

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

SYKEHUS: Solveig Ose i Sintef synes det er på høy tid at helsevesenet løsriver seg fra en HMS-forståelse utviklet for industri-, bygg- og anleggsbransjen.

– Jeg har aldri opplevd noe annet sted i arbeidslivet med en så diffus og snever forståelse av HMS-begrepet som det de har i helsevesenet. Det ser ut til at mange tror HMS utelukkende handler om pasientsikkerhet. Om sprøytestikk og fallforebygging, heller enn om ansattes helse og velferd på lang sikt, sier Ose.

Under sitt innlegg på Norsk Sykepleierforbunds lederkonferanse på Gardermoen i slutten av

september fortalte Sintef-forskeren om en sektor preget av høyt sykefravær, høy uføregrad, mye utskiftninger og lav avgangsalder.

FESTTALER

Ose er oppriktig bekymret for helsen til ansatte i norske helse- og velferdstjenester. Hun mener mange ledes arbeid med HMS begrenser seg til festtaleretorikk og at det får lite konsekvenser oppover i systemene om satsingen er mangelfull.

For lav bemanning, brudd på arbeidstidsbestemmelser, ikke tid til pauser, dårlig arbeidsorganisering

og for kort tid til å hvile mellom skift er eksempler hun nevner på det som ikke innrapporteres som avvik på sykehusene.

«Mange tror HMS utelukkende handler om pasientsikkerhet.»

Solveig Ose,
Sintef

ARVEN FRA BYGG OG ANLEGG

Oses bekymring bygger på en fersk Sintef-undersøkelse med dybdeintervjuer om HMS-arbeid blant 107 norske sykehusansatte. Hun mener helsesektoren legger for stor vekt på «S»-en, altså «sikkerhet», i HMS begrepet.

– Dette er nok en arv fra HMS-forståelsen innen industri-, bygg- og anleggsbransjen, der det er viktig å unngå alvorlige ulykker og arbeidsrelaterte dødsfall, men hvor mange er det egentlig som dør i arbeidsulykker ved norske sykehus, spør hun retorisk. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

kreftsmarter.no

Nytt nettsted om lindring av kreftsmarter. Beregnet for pasienter og pårørende.

DINE KREFTSMERTER

Sliter du eller noen du er glad i med kreftsmarter?

På kreftsmarter.no kan du finne spørsmål og svar skrevet av helsepersonell med lang erfaring innen smertebehandling.

God informasjon kan gi større trygghet.

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!

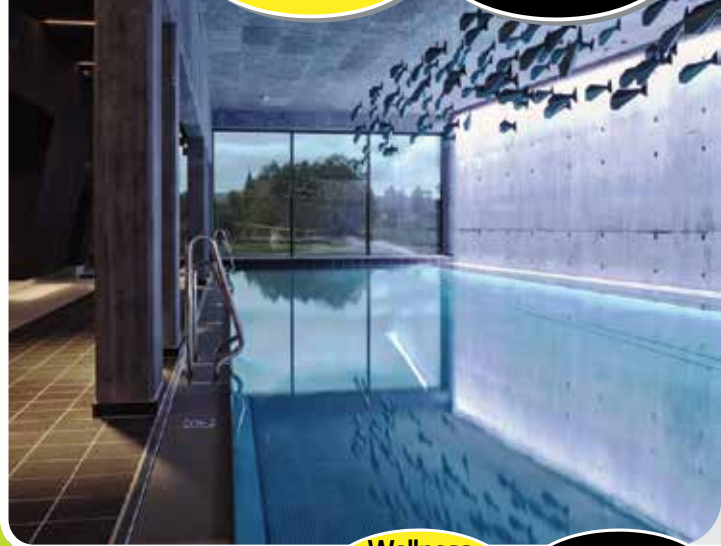
MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Oppdag
UNESCO-byen

Bad og Velvære
middag og kaffe



Trøndelag | Røros

Moderne wellnesshotell

Røros Hotell ★★★★★

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

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

Ank. 19/10 - 30/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 301,-

Fra kun

1.649,-



Wellness
badstu &
fitness

I hjertet av
Bohuslän



Vestkysten | Uddevalla

Sentralt i Uddevalla

Best Western Hotel Carlia ★★★★★

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

Ank. 19/10 - 20/12-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 236,-

Fra kun

749,-



Sentralt i
Stavern

Ekklusivt hotell
inkl. halvpensjon



Oslo | Stavern

Med utsikt over Skagerrak

Hotel Wassiloeff ★★★★★

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

Ank. 19/10 - 29/11-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 696,-

Fra kun

1.399,-



Sjarmerende
Løgstør

Halvpensjon &
wellness



Nordjylland | Løgstør

Miniferie i Løgstør

Løgstør Parkhotel ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffé
- 2 x kaffe og kake
- Gratis internett og parkering

Ank. 19/10 - 29/06-18 | Sesongtillegg fra 60 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 1.256,-

Fra kun

1.039,-



Besøk
Schwerin slott

BOOK NÅ
til superpris!



Østersjøkysten | Raben Steinfeld

Godt tilbud til Schwerin

Hotel Rabenstein ★★★

- 2 x overnattinger m. frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny/buffé
- 1 x velkomstdrink
- Tilgang til sauna og fitness
- Gratis internett og parkering

Ank. 19/10 - 30/01-18 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 574,-

Fra kun

799,-

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. • Gode 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



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 08 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju



KOMPETANSEPROGRAM: Sykepleierne blir også inspirert til å søke klinisk videreutdanning. Illustrasjonsfoto: Marit Fonn

Overvåkerne

Haukeland. Et sju-ukers program gir sykepleiere overvåkningskompetanse. **56**



KBP. Bedre kvalitet på sykepleietjenesten. **44**



«Jeg er opptatt av hva som bringer helse.» Nina Helen Mjøsund. **54**



Hjertepasienter. Hjemmemonitor bedrer overlevelsen. **64**



JOBBER OG UNDERVISER KUNNSKAPSBASERT

Fagsykepleierne ved Operasjon- og intensivklinikken ved UNN har fått kurs i kunnskapsbasert praksis (KBP). Det har hevet kvaliteten på sykepleietjenesten.

PROSJEKTARBEID:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.63441



Hilde Irén Liland
 Koordinerende fagutviklingssykepleier Intensiv

Operasjon- og intensivklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har 380 sykepleierstillinger fordelt over tre lokalisasjoner: Tromsø, Harstad og Narvik. Klinikken består av intensivavdelinger, postoperative enheter, anesthesi- og operasjonsavdelinger, smerteklinikk og to akuttmottak.

I 2011 initierte klinikkledelelsen en kartlegging (1) som hadde til hensikt å vurdere og foreslå hvilke typer fagfunksjoner klinikken hadde behov for, samt hvilke arbeids- og ansvarsområder de ulike funksjonene skulle ha.

Kartleggingen viste at seksjonene hadde ulik ressursbruk og mål for fagutvikling. Klinikken ønsket en mer enhetlig faglig satsing. Derfor etablerte den en ny struktur for fagutvikling ved å opprette en stilling som fag- og forskningssykepleier (FFS) og tre stillinger som koordinerende fagutviklingssykepleiere (KFUS) for hvert av feltene intensiv, anesthesi og operasjon. Alle stillingene hadde krav om mastergradskompetanse, og det var ønskelig med doktorgradskompetanse for FFS.

I tillegg var hensikten med organiseringen å oppnå bedre koordinering av fagutvikling og etablere arenaer for erfaringsutveksling og læring på tvers av fagområder. Fag- og forskningssykepleieren

er plassert som rådgiver i klinikk-sjefens stab, mens de tre koordinerende fagutviklingssykepleierne er organisert under sine respektive spesialfelter.

INTRODUSERTE KBP

For å imøtekomme myndighetenes krav om å jobbe kunnskapsbasert (2–6) besluttet denne «fagkvartetten» å introdusere systematisk kunnskapsbasert tenkning i alle seksjonene i klinikken. Vi

«Hovedmålet var å tilby samtlige fagsykepleiere kurs i kunnskapsbasert praksis.»

valgte kunnskapsbasert praksis (KBP) som felles plattform og arbeidsmetode. Gjennom innledende søk i prosedyredatabasen høsten 2013 fant FFS og KFUS at det var lite oppmerksomhet på å utarbeide kunnskapsbaserte sykepleieprosedyrer.

Operasjon- og intensivklinikkens seksjoner har 32 fagsykepleiere i varierende stillingsprosenter, og ved prosjektstart hadde ingen av disse mastergrad eller

tidligere kurs i KBP. KFUS og FFS utarbeidet en prosjektplan (7) som omfattet undervisning og veiledning i hva det innebærer å arbeide kunnskapsbasert.

OM PROSJEKTET

Vi designet prosjektet til å være så klinisk rettet som mulig, og formålet var å heve kvaliteten på sykepleietjenesten innenfor fagområdene. Bibliotekarere fra UiT Norges arktiske universitet og UNN samt ressurser fra Kunnskapscentret bidro i prosjektet.

Målgruppen til prosjektet «Å implementere kunnskapsbasert praksis (KBP) i Operasjon- og intensivklinikken ved UNN» var klinikkens fagsykepleiere og ledere. Fagsykepleierne var en naturlig målgruppe fordi de har ansvar for internundervisning, veiledning og utarbeidelse av prosedyrer. Hovedmålet var å tilby samtlige fagsykepleiere kurs i kunnskapsbasert praksis. Prosjektet ble forankret i klinikkledelelsen og hos mellomlederne.

Prosjektplanen omfattet et todagers introduksjonskurs (kurs 1) og et påfølgende kurs i utarbeidelse av fagprosedyrer (kurs 2). Kurs 1 vektla å gi en grundig introduksjon til hva KBP er, og hvordan kunnskapsbasert vinkling kan påvirke praksis.

Vi tok utgangspunkt i undervisning om kunnskapstradisjoner

Fakta

Hovedbudskap

«Å implementere kunnskapsbasert praksis (KBP) i Operasjon- og intensivklinikken ved UNN» er et prosjekt forankret tett opp mot ledelse og organisasjonsstruktur. Kunnskapsbasert praksis kan i seg selv ses på som et kvalitetsforbedringsverktøy i undervisning, klinisk veiledning, prosedyreutvikling og prosjektarbeid.

Nøkkelord

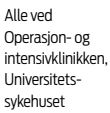
- Kunnskapsbasert praksis
- Kunnskapsbasert sykepleie
- Forskningsbasert kunnskap



Vigdis Moe
 Konstituert avdelingsleder



Sylvin Thomassen
 Koordinerende fagutviklingssykepleier



Ranveig Lind
 Fag- og forskningssykepleier og førsteamanuensis, UNN og UiT



BRUKER KUNNSKAPSKILDER: Myndigheten stiller krav om å jobbe kunnskapsbasert. Operasjon- og intensivklinikken ved UNN har systematisk introdusert kunnskapsbasert tenkning i alle seksjonene. (NB: Bildet er ikke fra UNN.) Arkivfoto: Stig M. Weston

Fakta

PICO

- I kunnskapsbasert praksis er det viktig å gjøre spørsmålet (problemstillingen) tydelig og presist. PICO er et verktøy som hjelper deg med dette. Når du har formulert et presist spørsmål, bør du bestemme hvilket kjernespørsmål du står overfor. Dette vil hjelpe deg når du skal søke etter forskning om spørsmålet ditt.
- PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål:

ring av litteraturen. PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål:

- P: Population/patient/problem**
- I: Intervention**
- C: Comparison**
- O: Outcome**

Kilde: Kunnskapsenteret

og fagutvikling. Disse temaene la grunnlaget for å forstå hvordan fagutvikling som tar i bruk ny forskning, kan bidra til å endre klinisk praksis. Deltakerne brukte PICO (se faktaboks) under veiledning av fagkvarteret og bibliotekarene i arbeidet med å gjøre problemstillingene strukturerte og søkbare. Kurs 2 hadde som mål å forbedre og kvalitetssikre prosedyrearbeidet i klinikken.

HAR UNDERVIST ALLE

Lederne på seksjons- og avdelingsnivå fikk et endags introduksjonskurs til kunnskapsbasert praksis

(kurs 3) for å bli tydelige oppdrags-givere for fagsykepleierne. Klinikkenes øvrige sykepleiere fikk en kort innføring i KBP gjennom klinikkens årlige etterutdanningsuke.

Som utgangspunkt for arbeidet anvendte vi boka *Jobb kunnskapsbasert* (8). FFS og KFUS gjorde et utvalg av viktige temaer for undervisningen i samråd med bibliotekarer. Kursene fant sted ved alle tre sykehusene. Gruppene var forholdsvis små og med et godt læringsmiljø.

Før kursstart besvarte kursdeltakerne en spørreundersøkelse som skulle kartlegge deres kunnskapsgrunnlag i KBP.





Tabell 1: Deltakernes kurs i kunnskapsbasert praksis

	Fagsykepleiere	Ledere	Andre*	Totalt
Kurs 1	32	3	14	49
Kurs 2	33	2	9	44
Kurs 3	17			17
Totalt				110

*Personer med ansvarsområder tilknyttet medisinskteknisk utstyr, smittevernkontakter, teamledere, HLR-koordinatorer, sterilforsyning



Svarene ga nyttig informasjon og medvirket til at prosjektgruppen kunne justere og tilpasse kursinnholdet (tabell 1).

Fra oppstarten av kursserien i februar 2014 fram til november 2016 har 110 personer gjennomført kurs. Målet om å undervise alle fagsykepleiere i klinikken er nådd.

FORANKRET I LEDELSEN

Det er viktig med ledelsesforankring og organisatorisk struktur for å lykkes med å implementere kunnskapsbasert praksis. Å innføre KBP er en kompleks prosess, der mangel på tid, mentorressurser og støtte i organisasjon er kjente hindre for implementering (8–11).

Ny struktur for fagutvikling på tvers av klinikken utgjorde en effektiv ramme for endringer i retning av kunnskapsbasert praksis. Fagkvartetten kjenner organisasjonen og fagfeltene godt, og som veiledere og pådrivere er vi i posisjon til å initiere endringer og forbedringer. Vi tilegnet oss kunnskaper om metoden, og om planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet, men er på ingen måte eksperter på metoden.

Sammen med kursdeltakerne tok vi utgangspunkt i kjente kliniske problemstillinger og brukte en interaktiv undervisningsform. Flere beskrev det som at det ble åpnet en dør til en ny kunnskapsverden. Å gjøre søk relatert til egne, uløste kliniske spørsmål vekket engasjement og motivasjon, slik litteraturen også beskriver (9, 12, 13).

KRAV OM KBP

Prosjektet har ført til at klinikk- og avdelingsledelsen nå stiller tydelige krav om at prosedyrer, prosjekter og anbefalinger i klinikken skal være kunnskapsbaserte. KBP gjenspeiles også i klinikkens årsplaner og undervisning. Kunnskapsbasert praksis som metode framkommer ikke like tydelig i seksjonenes handlingsplaner og styringsdokumenter.

Mellomlederne spiller en viktig rolle når kunnskapsbasert praksis skal iverksettes og tilrettelegges (9, 14, 15), og det er utfordrende å integrere metoden i en travel klinisk hverdag. I kursserien har lederne fått en innføring i kunnskapsbasert praksis, men det er nødvendig med mer inngående kunnskap om implementering og forbedringsarbeid. Endring tar tid, og ledere må lære seg å bruke effektive implementeringsstrategier for å engasjere og fremme bruken av kunnskapsbasert sykepleiepraksis (8, 12).

ENDRINGSAGENTER

Etter at kursserien startet opp, ble et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram implementert i klinikken. Tiltakspakkene i programmet var kunnskapsbaserte, og vi foretok en systematisk gjennomgang av disse og tilpasset dem til lokale prosedyrer. Fagsykepleierne og lederne som fikk opplæring i forbedringsmetodikk i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet, hadde gjennomført kursene i KBP og var derfor godt

rustet til å gjøre endringsarbeid i egne enheter.

I henhold til litteraturen (12–14) er endringsagenter viktige for å få til forbedringer. Endringsagenter kjennetegnes ved at de kjenner organisasjonen, har en analytisk tilnærming og behersker ulike verktøy

(14). Gjennom prosjektet har de tre koordinerende fagsykepleierne vært både endringsagenter og veiledere.

For å få til varige endringer er målet at også fagsykepleierne skal fungere som viktige endringsagenter i sine seksjoner.

RESULTATER

En suksessfaktor for prosjektet var at fagsykepleiere fra alle spesialiteter ble samlet i samme kursrekke, noe som styrket det tverrfaglige samarbeidet. Et eksempel på dette er initiativet fra en fagsykepleier i en av UNNs postoperative seksjoner om å utarbeide en prosedyre som i 2016 er publisert i Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Prosedyren dekker pasientforløpet og er utarbeidet sammen av operasjons-, anestesio- og intensivsykepleiere, med støtte fra leger fra flere fagområder.

Vi ser en generell utvikling i retning av at prosedyrer som revideres, eller nye som produseres, har kunnskapsbasert vinkling. Når prosedyrer er

«Det er utfordrende å integrere metoden i en travel klinisk hverdag.»

kunnskapsbaserte, kan det sikre at sykepleiere uten inngående kunnskap om KBP tar i bruk eksisterende forskning, noe som igjen styrker kvaliteten i pasientbehandlingen. Vi ser at oppmerksomhet på prosedyreutvikling fremmer læring i klinikken.

Kursrekken har sin svakhet ved at den av økonomiske hensyn kun gir en innføring i KBP, og kritisk vurdering av forskning blir for lite vektlagt. For å kompensere for dette har vi, sammen med bibliotekarene i prosjektet, lagt vekt på at sykepleierne bør søke etter forskning som allerede er kvalitetsvurdert, og som befinner seg høyt i Kunnskapspyramiden. Det er en modell som hjelper deg å velge hva du skal søke etter og hvor du skal finne det (16). Etter kursene har KFUS' oppfølging av fagsykepleierne begrenset seg til konkrete prosjekter og prosedyreutvikling.

KONKLUSJON

Styrken i prosjektet «Å implementere kunnskapsbasert praksis (KBP) i Operasjon- og intensivklinikken ved UNN» har vært at det er forankret tett opp mot organisasjonsstrukturen. Kunnskapsbasert praksis kan i seg selv ses på som et kvalitetsforbedringsverktøy. Sammen med klinikkenes ledere og enhetenes ressurspersoner har KFUS og FFS bidratt til kvalitetsforbedring, som igjen har styrket pasientsikkerhet på tvers av fagområder.

Stillinger som koordinerende fagutviklingssykepleiere bidrar til å sikre kontinuitet og videreføring av prosjektet, med overgang fra prosjektfase til etablert praksis. Prosjektet er flerfaglig, og den etablerte fagstrukturen i Operasjon- og intensivklinikken ved UNN har gjort det lettere å implementere kunnskapsbasert tenkning hos klinikkens sykepleiere. ●

REFERANSER:

1. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Operasjon- og intensivklinikken. Fagfunksjoner i Opln-klinikken. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge; 2011.
2. Helse Nord RHF. Plan for Helse Nord 2015–2018. 2014.
3. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
4. Helse- og helsedirektoratet. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
5. Meld. St. 16 (2011–2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
6. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). UNN-boka. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge; 2013.
7. Lind R, Liland HI, Moe V, Thomassen S. Å implementere kunnskapsbasert praksis (KBP) i Operasjon- og intensivklinikken UNN. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge; 2015.
8. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Nordheim LV, Reinart LM, Graverholt B. Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok. Oslo: Akribe; 2012.
9. Aasekjær K, Waehle HV, Ciliska D, Nordtvedt MW, Hjälmlund E. Management Involvement – A decisive condition when implementing evidence based practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 2016;13(1):32–41.
10. Sandvik G, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. *Sykepleien Forskning* 2011;6(2):160-7. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilke-strategier-er-effektive-ved-implementering-av-kunnskapsbasert-praksis-i> (nedlastet 29.08.2017).
11. Wang MY, Kao CC, Lin CF. The EPCOR Model: A model for promoting the successful implementation of Evidence-Based Nursing in hospital-based settings. *Journal of Nursing Research* 2015;23(1):15–24.
12. Cullen L, Adams SL. Planning for implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration* 2012;42(4):222–30.
13. Friesen Storms JH, Moser A, Loo S, Beurskens AJ, Bours GJ. Systematic implementation of evidence based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24(1-2):57–68.
14. Hole GO, Brenna SJ, Graverholt B, Ciliska D, Nortvedt MW. Educating change agents: a qualitative descriptive study of graduates of a Master's program in evidence-based practice. *BMC Medical Education* 2016;16(1):71.
15. Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, Konsum T, Nyen B, Udness E et al. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten; 2013.
16. Kunnskapsenteret. Kunnskapspyramiden. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg> (nedlastet 28.09.2017).

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

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



TROMSØ KALLER!



Tromsø
kommune

EVENTYRLYSTEN OG DYKTIG SYKEPLEIER?

tromso.kommune.no/sykepleier



PALLIATIVE FORLØP KAN GJØRES BEDRE

Tiltak som kreftkoordinator og pakkeforløp skal hjelpe pasienter i palliativ fase. Men det svikter i samhandlingen mellom sykehus og kommune.

UTVIKLINGSARBEID:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
 40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.63017



Martha Hovik
 onkologisk sykepleier, Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer

Målet med all palliasjon er å oppnå best mulig livskvalitet for pasienten og dens pårørende gjennom lindring av symptomer og plager (1). Mennesker i palliativ fase grunnet kreft eller annen langt-kommen sykdom vil vekselvis ha behov for tilbud både fra kommune og spesialisthelsetjenesten (2).

Stortingsmelding 47 (2008–2009) «Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid» ble behandlet og vedtatt av Stortinget våren 2010 (3). Inten-sjonene i samhandlingsreformen er å sikre bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasient-sikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Videre legges det også fø-ringer for mer folkehelsearbeid, behandling, oppfølging og rehabi-litering i kommunene. Pasientene kommer tidligere tilbake til hjem-kommunen, noe som krever mer kommunikasjon mellom ulike fag-grupper og koordinerte tjenester.

EKSISTERENDE TILTAK

De siste årene har mange kom-muner hatt egne kreftkoordina-torer. Kreftforeningen har slike koordinatører som et satsingsom-råde og gir økonomisk støtte til flere kommuner for å opprette eller drifte koordinatørstillinge-ne. Inten-sjonen har vært å bedre

kreftpasienters livskvalitet der de bor (4). Kreftkoordinatorene skal være synlige og lett tilgjengelige lokalt, både for kreftpasienter og deres pårørende. De skal ha oversikt over relevante tilbud og tjenester knyttet til ulike diagnoser, rehabi-litering og palliativ omsorg. Videre skal de kunne veilede og gi råd (4).

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon (5) omfatter blant annet kjennetegn og utfordringer ved palliasjon, faglige retningslinjer samt anbefalinger for organi-sering og kompetanse. Hensikten med handlingsprogrammet er å bedre den palliative omsorgen to-talt og få god og lik behandling i he-le landet (5).

INNFORTE PAKKEFORLØP

I 2015 ble pakkeforløpene for kreft innført. Pakkeforløpene er nasjo-nale faglige og normgivende stan-darder for pasientforløp. Eksis-terende retningslinjer og plikter bygget på gjeldende lover og forskrifter gjelder fortsatt både for helsepersonell og pasienter (6).

Innføring av pakkeforløpene skal bedre samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mel-lom fastlege og sykehus. Denne samhandlingen skal gi pasientene trygghet og oversikt gjennom for-løpet med informasjon og pasient-medvirkning (7).

Et viktig tiltak i pakkeforløpene

er tilsetting av forløpskoordinator ved alle avdelinger som utreder og behandler kreft. Forløpskoordina-toren har definerte oppgaver og nødvendig autoritet til å løse pasi-enten gjennom systemet, noe som innebærer samarbeid med de ulike involverte fagpersonene. Arbeidet omfatter også å sikre at forløpstid følger, og at kontroller og opp-følgning ivaretas. Pasienters opp-levelse av sykdom er individuell og samsvarer ikke alltid med funn og vurderinger (8).

PROSJEKTETS HENSIKT

Prosjektet vårt er et utviklings-arbeid der tre forskere har hatt samtaler med alvorlig syke pasi-enter og deres pårørende i pallia-tiv fase i livet. Hensikten med pro-sjektet var å få frem pasienters og pårørendes opplevelser og tan-ker om samhandling mellom ulike faginstanser gjennom den palliati-ve fasen. Målet er å se på hvordan samhandlingen kan optimaliseres for å sikre kvalitet på tjenestene som utøves.

PROBLEMSTILLING

Vi ønsket å finne svar på følgende spørsmål:

- Hva er det gode pasientforløpet for kreftpasienter i en palliativ fase?
- Hvilken betydning har en koor-dinator for samhandlingen

Fakta ●●●

Hoved-budskap

Den palliative fasen kjennetegnes ved et komplekst sykdomsbil-de. I tillegg til den aktu-elle sykdommen kan pasienten ha andre plager som akutte til-stander, tap av fysiske funksjoner, økt hjelpe-behov eller annet som krever rask vurdering. Samhandling mellom spesialisthelsetjenes-ten, primærhelsetje-nesten og den enkelte pasienten kan i mange tilfeller være utfordren-de for dem som skal utføre hjelpe- og støt-tefunksjoner.

Nøkkelord

- Palliasjon
- Pasientforløp
- Dialog
- Samhandling



AVSLUTNING: De fleste pasientene i palliativ fase ønsket å være hjemme, men døde likevel på sykehus eller sykehjem. Illustrasjonsfoto: Lev Dolgachov/ Mostphotos

mellom de ulike offentlige instansene og pasientene i det gode pasientforløpet?

METODE

Vi har gjennomført prosjektet med en todelt dotainnsamling bestående av kvalitative data og kvantitative data, som først er analysert hver for seg, men avslutningsvis sett i en sammenheng (9). Vi innhentet de kvalitative dataene gjennom dialogsamtaler med pasienter og pårørende i ulike faser av det palliative forløpet. Hensikten med dialogsamtalene var å forstå situasjonen de var i ved å lytte og spørre for å få innsikt i situasjonen deres.

Vi brukte kvantitativ metode for å svare på en antakelse om at det er behov for kreftkoordinator til alle kreftpasienter. Vi benyttet et enkelt spørreskjema med sju spørsmål med svaralternativene «ja», «nei»

eller «vet ikke». Spørsmålene var rettet mot pasienters behov og nytte av å ha kreftsykepleier eller kreftkontakt i hjemkommunen eller når de var på sykehuset.

DATASAMLING OG KONTEKST

Først foretok vi spørreundersøkelsen blant kreftpasienter som fikk behandling i kreftpoliklinikker. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge kreftpasienters ønsker og behov for kreftkoordinator ute i kommunene og innad i sykehusavdelingene.

Senere gjennomførte vi dialogsamtalene med 22 pasienter og pårørende. Hensikten var å få frem hva respondentene opplevde som det gode palliative forløpet. Flere av pasientene i studien var gått fra aktiv til palliativ behandling og trengte hjelp til å mestre den nye, utfordrende livssituasjonen.

«Forløpskoordinatoren har definerte oppgaver og nødvendig autoritet til å løse pasienten gjennom systemet.»

Respondentenes kjønnsfordeling i dialogene var lik. Aldersgruppen for menn var fra 37 til 80 år, der gjennomsnittet var 70 år. For kvinnene var alderen fra 45 til 89 år, med gjennomsnitt på i overkant av 58 år. Ti av respondentene døde i løpet av ett år. Fem hadde en rask sykdomsprogresjon, der det kun gikk måneder fra diagnosen ble stilt, til døden inntraff. De andre fem hadde hatt sykdom og blitt behandlet i over ett år.

ETISKE OVERVEIELSER

I den kvalitative delen ble informantene informert, og frivillig

skriftlig informert samtykke ble innhentet før dialogstart. Dialogene ble behandlet konfidensielt, og respondentene er anonymisert i skriftlig fremstilling av materialet. Vi benyttet et spørreskjema godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å teste ut antakelsen om behov for kreftkoordinatorer.

RESULTATER

I hovedtrekk viser analysen av dialogsamtalene at det gode palliative forløpet påvirkes av flere faktorer. Spørreskjemaet viser ikke noe entydig svar





på behovet for kreftkoordinator.

75 kreftpasienter svarte på spørreundersøkelsen: 50 kvinner og 23 menn, mens to ikke oppga hvilket kjønn de hadde. Ti av respondentene var i alderen 30–50 år, 38 i aldersgruppen 51–70 år, og 27 var over 70 år. Respondentene ble spurt om behov, nytte og ønske om kontakt med kreftsykepleier eller kreftkontakt (se tabell 1).

DIALOGSAMTALENE

Gjennom analysen av dialogsamtalene trådte tre temaer frem da vi spurte om hva som hadde fungert bra, og hva som hadde fungert mindre bra: 1) ønske om å få være hjemme, 2) ønske om kontakt med kreftkoordinator og 3) egen planlegging av palliativ fase.

1. Ønske om å få være hjemme:

De aller fleste respondentene ønsket at pasientene skulle være hjemme selv om de var alvorlig syke og hadde begrenset kapasitet til å klare seg selv. Etter et lengre og sammensatt rehabiliteringsopphold sa en pasient at «målet var å komme hjem, neste mål er å bli enda bedre, men jeg vet hva som ligger bak og lurer».

2. Ønske om kontakt med kreftkoordinator:

Flere respondenter beskrev hvordan de hadde fått god hjelp og støtte av kreftkoordinator, palliativt team og prest. Andre sa at de ville greie seg sjøl. En pasient som opplevde en

stor krise underveis i behandlingsforløpet, uttalte følgende: «Samtale med palliativt team var nyttig og gjorde godt.»

En annen pasient fortalte at han hadde hatt kontakt med kreftkoordinator, men at det var pause i kontakten nå, men uttalte: «Jeg regner med at hun kommer tilbake nå som jeg er blitt syk igjen.» En annen respondent fortalte at kreftkoordinator ikke holdt det hun lovet: «Hun ringte ikke opp igjen.» Pasienten måtte være sin egen koordinator, og det tok på kreftene. Denne pasienten følte livet ble satt på vent.

3. Egen planlegging av palliativ fase:

En pasient sa at når tiden var inne, var institusjonsopphold det eneste riktige. Respondenten begrunnet det med at hun ikke ville være en belastning for familien. Flere mente at det var godt å vite om at det fantes tilbud om opphold på sykehjem den siste tiden, – de snakket da ut ifra erfaringer fra korttidsopphold tidligere i sykdomsforløpet. En respondent orket ikke å ta stilling til hvordan livet skulle avsluttes. En annen sa følgende: «Jeg går litt i den trua at jeg skal bli frisk igjen.»

DISKUSJON

Begrepet «palliasjon» forbindes ofte med en kortvarig lindring i livets slutfase, der behandling, pleie og omsorg er det sentrale. Den

palliative fasen kjennetegnes ved et komplekst sykdomsbilde på grunn av den aktuelle sykdommen, men også andre plager kan virke inn. Symptombildet kan vise seg gjennom akutte tilstander som tap av fysiske funksjoner og økt hjelpebehov. I dialogsamtalene spurte vi pasientene om hva som har fungert bra og mindre bra i den palliative fasen samt hvordan de planlegger avslutning eller palliativ behandling.

ØNSKET Å VÆRE HJEMME

I dialogene med pasientene som har vært innlagt i sykehus, ga de uttrykk

for at det var en utfordring å tenke på hva som skulle skje videre. Følgende sitat kan illustrere dette: «Jeg har det trygt og godt her på sykehuset, men jeg må komme meg videre, aller helst hjem.»

En annen pasient uttrykte stor tilfredshet med å være i sitt eget hjem selv med hjelp fra andre. Hun likte dårlig å tenke på at hun måtte over på institusjon hvis hun skulle bli mer hjelpetrengende.

Hva betyr det å få være hjemme for en pasient med langtkommen sykdom? De fleste pasientene ønsket å få være hjemme selv om de var syke og hjelpetrengende. 15 respondenter bodde sammen med noen, mens sju bodde alene, noe som også ble bekreftet i

«Pasienten måtte være sin egen koordinator, og det tok på kreftene.»

Tabell 1: Oversikt over pasienters behov og etterspørsel etter kreftkontakt/kreftsykepleier

	Hvor finnes informasjon om kreftsykepleier i kommunene?	Ønsket kontakt med kreftsykepleier	Fått tilbud om kreftkontakt	Hadde kontakt med kreftsykepleier	Hadde hjemmetjeneste	Hvordan skal kontakt formidles?
Ja	n = 29 (38,7%)	n = 23 (30,7%)	n = 22 (29,3%)	n = 21 (28%)	n = 12 (16%)	
Nei	n = 43 (57,3%)	n = 28 (37,3%)	n = 41 (54%)	n = 53 (70,7%)	n = 62 (82,7%)	
Vet ikke		n = 21 (26%)				
Tar kontakt selv						n = 48 (64%)
Personalet skal formidle kontakt						n = 14 (18,7%)
Svarte ikke på spørsmålet			n = 7 (9,3%)	n = 1		n = 13 (17,3%)

spørreundersøkelsen. Funn fra dialogsamtalene viser at de som bor alene, tar del i planleggingen av livet «her og nå» og iverksetter nødvendige tiltak. Det betyr at aleneboende pasienter i større grad må ta ansvar selv.

De pårørende ønsket også at den syke skulle få være hjemme den siste tiden, men det viste seg å være vanskeligere å få til. De som ønsket å være hjemme den siste tiden, og som hadde pårørende rundt seg, hadde tilsynelatende gode ytre ressurser. Samtidig fremgikk det at de pårørende påtok seg en stor oppgave de ikke følte seg komfortable med.

UTFORDRINGER I HJEMMET

Birkeland og Flovik (10) hevder omsorgsoppgavene kan være mer omfattende enn først antatt samt at det kreves mye av pårørende når en person ønsker å tilbringe siste tiden av livet i hjemmet. Pårørende vil møte utfordringer der evner og kompetanse blir satt på prøve. Enkelte pårørende vil føle seg forpliktet til å ta på seg omsorgsrollen – rett og slett føle at de ikke har noe valg (11). En av respondentene sa følgende:

«Vi har ikke nok kunnskap til å ta det medisinske ansvaret for pasienten, vi vil så gjerne, men innser at dette greier vi ikke alene.»

Pårørende kan ses på som «skjulte pasienter» (11), da de er disponerte for depresjon og angst. Omsorgsbyrden kan videre føre til utmattelse og tretthet hos den pårørende (10). En slik situasjon kan dermed bli et paradoks, da palliativ omsorg har som mål å forbedre livskvaliteten til pasient og pårørende, samtidig som den pårørendes evner og kompetanse ikke strekker til (10).

Andre pasienter uttrykte håp om å leve i mange år, selv med dårlig prognose. De fortalte om planer med å utbedre bolig eller et ønske om å delta i familiebegivenheter, ferier og liknende.

Nielsen og Sørensen (12) beskriver hvordan det døende mennesket forholdt seg til fortid, nåtid og fremtid. Uavklarte forhold fra fortiden ble avrundet, og fremtiden ble planlagt med og fortalt til de nærmeste, slik

at nåtiden kunne leves intenst og tilstedeværende. På den andre siden kan aleneboende pasienter møte andre utfordringer. En del pasienter bor alene og har levd et liv uavhengig av andre. Dermed kan det være en utfordring for disse personene å bli anbefalt å ta imot hjelp fra hjemmesykepleien når de blir syke.

En pårørende uttrykte som følger: «Kreftkoordinator er gull verdt. Viktig med et telefonnummer der en kan nå en person som kjenner pasienthistorien, og som kan være med og løse oppgavene når problemene oppstår.»

En annen pårørende fortalte at kreftkoordinator gjorde en fantastisk jobb i den palliative fasen.

DAGENS PRAKSIS

Innføring av pakkeforløp i kreftbehandlingen medførte at alle pasienter skulle bli tildelt en forløpskoordinator allerede under utredningen når det var mistanke om kreftsykdom. I en rapport beskriver Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten at effekten av koordinering av tiltak for kreftpasienter i kommunene vil øke pasientens livskvalitet (13). Rapporten peker på at spesialutdannede kreftsykepleiere kan gi en slik koordinert tjeneste basert på kompetanse og faglig vurdering.

I studien vår beskrev pårørende kreftkoordinatorer som en kjemperessurs, og de uttrykte en taknemlighet for at kreftkoordinator tok tak i problemstillinger de selv hadde erfart. Pårørende fortalte at kreftkoordinator viste vilje og innsikt til å samhandle på ulike nivåer i det offentlige tjenestetilbudet, noe som samsvarer med funn hos Bjerkkan og Skuldal (13). Noen pasienter uttrykte at de hadde god nytte av palliativ team, og noen av enkelttilbud. Andre hadde utbytte av koordinerte tjenester mellom palliativ team innad i sykehuset og kreftkoordinator ute i kommunen.

Andre pasienter og pårørende sa at de hadde fått tilbud om kreftkoordinator, men valgte å løse oppgavene selv da problemstillingene oppsto, noe som også kom frem i spørreundersøkelsen vår. Det var uventet at så mange ikke ønsket

kontakt med kreftsykepleieren eller kreftkontakten i sin kommune. Noen pårørende var kritiske til hjemmesykepleien i sin kommune og beskrev sviktende rutiner og systemer. Det ble også rettet tydelig kritikk mot koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Fastlegens rolle oppfattes å være «enten eller»: Noen pasienter og pårørende sa at de hadde tett og god oppfølging av fastlegen. Andre uttrykte at de fikk tett oppfølging da de var under behandling på sykehus, eller da de var på hospice, og derfor hadde de liten eller ingen kontakt med fastlegen.

NOE FUNGERTE MINDRE BRA

Spørsmålet om hva som har fungert mindre bra, ga ingen entydige svar, men pårørende beskrev at kvaliteten på system og struktur i den palliative prosessen varierte mye. Oftest var det pårørende som uttalte seg, men noen pasienter klarte å si noe om den palliative omsorgen, selv om de var svært syke.

En av de pårørende svarte at de påtok seg for stort ansvar for en alvorlig syk pasient. Denne pasienten ble skrevet ut fra sykehus med mye sterke medisiner som de pårørende skulle administrere og observere virkning og bivirkning av. Pårørende uttalte i ettertid at de ikke hadde nok kunnskap til å gjøre de riktige observasjonene, og ikke skulle hatt ansvaret. En annen pårørende opplevde at vedtak om rehabilitering under opphold på sykehjemmet ikke ble fulgt opp. Pårørende måtte etterspørre mål for oppholdet og opptreningene.

En pasient sa at han ble passivisert på sykehjemmet. Han ble utskrevet fra sykehus til intermedie-renhet på et sykehjem, og derfra til sykehjemmet i hjemkommunen. På sykehjemmet var de for få ansatte til å ta hånd om pasienter som trengte rehabilitering. Kommunene er gode på palliasjon, men mindre gode på rehabilitering (13). Flere av pasientene følte seg utrygge da de hadde vært innlagt i sykehjem. De fortalte om ufin oppførsel fra personalet da de ba om hjelp. De sa også at

de ikke fikk hjelp da de ringte på om natten, eller de ble utsatt for trusler og sanksjoner fra pleiepersonalet på nattevakt.

Slike fortellinger kom også frem av en studie gjort av Nåden og Lohne (14). En annen pasient sa at helsepersonell har et forbedringspotensial når de møter den frustrerte og engstelige pasienten. En annen pårørende sa at hun ikke turte å reise bort en helg fordi hun var redd ektefellen skulle bli engstelig og urolig. Pårørende blir dermed mer opptatt av å hindre uønskete hendelser enn å tenke på egne behov.

PLANLA AVSLUTNING

Noen hadde tatt stilling til å planlegge avslutning eller palliativ behandling, mens andre ikke hadde gjort det. De fleste ønsket å være hjemme så lenge som mulig med tilrettelagte tjenester. Likevel viste det seg at de i livets slutfase enten døde på sykehus eller sykehjem. Flere av pasientene ble gradvis dårligere og hadde i slutfasen et kortvarig opphold på sykehjem. Noen pasienter fikk en akutt sykdomsforverring og døde på sykehus, mens to døde hjemme.

De respondentene som ikke hadde tatt stilling til palliativ behandling og pleie, ønsket ikke å planlegge noe som helst. De levde i håpet om at behandlingen skulle hjelpe, eller at sykdommen skulle stabilisere seg. Når pasienter fikk spørsmål om hva de ville ønske hvis de skulle få behov for pleie, svarte en pasient: «Det tenker jeg ikke på.» En annen sa følgende: «Den tanken liker jeg dårlig.»

Kvåle (15) hevder at ikke alle pasienter ønsker å snakke om vanskelige temaer, og at døende pasienter sliter med eksistensielle følelser (12). Flere av respondentene fortalte indirekte at deres avslutningsprosess hadde startet. De var mennesker midt i livet, og som «ryddet opp» etter seg. De hadde for eksempel avsluttet sin Facebook-konto. En annen respondent hadde samlet barna og gjort opp status, mens én planla sin egen begravelse og hadde bestilt prest.

KONKLUSJON

De fleste pasienter og pårørende beskrev at det





palliativet forløpet hadde vært godt. De var takknemlige og hadde stor nytte av kreftkoordinator. Pårørende beskrev det gode palliative forløpet både fra et kortsiktig og langsiktig perspektiv. Ingen palliative forløp utvikler seg likt; utfordringene pasient og pårørende står overfor, er komplekse og sammensatte, og deres ytringer sier noe om svikt i system, struktur og prosess.

Både i samtaler og spørreundersøkelsen var det noen som takket nei til involvering fra det kommunale hjelpeapparatet. De ville klare seg selv så lenge som mulig. For noen var derfor det å kontakte kreftkoordinator en terskel de måtte trå over. Etter at de nye pakkeforløpene for kreft ble innført, kan det muligens føles lettere å ta kontakt med kreftkoordinator eller forløpskoordinator grunnet

klare og tydelige retningslinjer samt rollebeskrivelser.

Innføring av pakkeforløpene har satt kreftbehandling i system når det gjelder utredning og behandling, men det gjenstår fortsatt en del i samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Tilbudet om forløpskoordinatorer til kreftpasienter i sykehus og kreftkoordinatorer i kommunene varierer, og den ønskete effekten i henhold til rapporten fra Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten (13) blir derfor mangelfull. ●

FAGARTIKLER:

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

REFERANSER:

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1990. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf (nedlastet 06.08.2017).
2. NOU 2005:3. Frastykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005.
3. St. meld. nr. 47. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
4. Kreftforeningen. Kreftkoordinator i kommunen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/> (nedlastet 06.08.2017).
5. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. 03/2015. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (nedlastet 06.08.2017).
6. Helsedirektoratet. Implementering av pakkeforløp for kreft 2014–2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1083/IS-2426-Nasjonalt-plan-implementering-pakkeforlop-v2.pdf> (nedlastet 06.08.2017).
7. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 27.06.2017).
8. St. meld. nr. 34 (1996–97). Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1997.
9. Kaarbø E. Kombinerte metoder. Sykepleien Forskning 2009;4(3):244–8. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/kombinerte-metoder> (nedlastet 27.06.2017).
10. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
11. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Summers M et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: short term effects from a randomised controlled trial. *Psycho Oncology* 2013;22(9):1987–93.
12. Nielsen R, Sørensen EE. Det døende menneske som livets læreremester. *Nordisk sygeplejeforskning* 2013;3(2). s.117–29.
13. Bjerkan AM, Skudal KE, Holmboe O. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten. Pasienterfaringer med norske sykehus - nasjonale resultater i 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten; 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskaps-senteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-nasjonale-resultater-i-2012> (nedlastet 06.08.2017).
14. Nåden D, Lohne V. Uverdige forhold på norske sykehjem. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/meninger/kronikk/2015/01/uverdige-forhold-pa-norske-sykehjem> (nedlastet 06.08.2017).
15. Kvåle K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing* 2007;11(4):320–7.

Skandinavias største på kurs og konferanser

Gjør som 468.000 andre – øk din faglige kompetanse hos Confex

Sårbehandling

Pleie og behandling av kroniske sår

Oslo 8 juni - 9 juni
15. - 16. november

www.confex.no/sar

PSYKIATRI

for deg uten psykiatrisk utdanning

Oslo 31. mai
22. november.

www.confex.no/psyk

LEDELSE I SYKEPLEIEN

Få enda bedre i kommunikasjonen med dine medarbeidere

Oslo 15 juni - 16 juni
14. - 15. desember

www.confex.no/sykepleie

Alle kurs er godkjent som tellende for klinisk fagstige.

Se nettsiden for mer informasjon.

 Confex

Vi tar kompetanse på alvor



I noen bransjer er risikoen større for å bli utsatt for sykdom og skade. Sykepleier Siri Vullum jobber for å unngå det.

Passer på i bedriftene

• Fortalt til **Nina E. H. Hauge**

Her på Midtnorsk HMS-senter er jeg en av 3 sykepleiere. I tillegg har vi 2 ergoterapeuter, en sekretær og en som nå går HMS-fagskole for å bli HMS-rådgiver. Hele teamet er HMS-rådgivere som bistår jobber for å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

Det er bare to år siden jeg startet i denne jobben. I nesten 30 år jobbet jeg turnus i kommunesektoren, så jeg var klar for en endring.

Siden mye av jobben er forebyggende, ser jeg ikke resultatene med en gang. Men det er en selvstendig jobb der jeg kan styre mye av arbeidsdagen min selv. Det mest utfordrende med jobben er bredden av bransjetyper vi dekker: fra frisør til verksted, sjåførere og kommunalt ansatte. Vi er tilknyttet fem kommuner, og for å komme ut til bedriftene må vi ofte bruke både bil og ferge.

Noen bransjer har et mer risikofyllt arbeidsmiljø enn andre, og der er faren større for å bli utsatt for sykdom og skade. Dette er bedrifter der de ansatte for eksempel er eksponert for støy, støv, kjemikalier og vibrasjoner. Hvert tredje år får disse en målrettet helseundersøkelse som kan bestå av spirometri (lungefunksjonstester), audiometri (hørselstester) og andre tilleggstjenester som blodtrykk, lipidstatus (kolesterol) og HBA1C (langtidsblodsukker).

Under helsekontrollene kan det også avdekkes ergonomiske utfordringer. Mange har tungt fysisk arbeid, mens andre sitter mye på kontor. Alt dette kan gi slitasje på kroppen. Under helsesamtalene blir det mye rådgivning om livsstil, som kosthold, mosjon og stress. Dette er faktorer som har mye å si for den generelle helsen.

Jeg kommer i kontakt med mye forskjellige folk, og de fleste er veldig takknemlige for å få gjennomført en helseundersøkelse. I etterkant skriver jeg en rapport med forslag til tiltak for å forebygge helseskader.

Jeg liker variasjonen i jobben. Utenom helseundersøkelsene driver jeg med dialogmøter, vernerunder, risikoanalyser, informasjon og opplæring innen HMS. •

nina.hauge@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1987

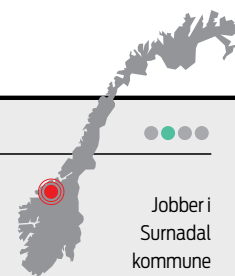
CV

1987-2015: Ansatt i Surnadal kommune hovedsakelig i hjemmetjenesten

2000: Vikariat ved Surnadal legesenter

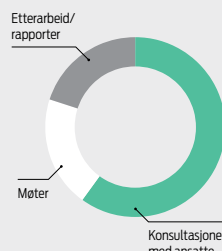
2010: Surnadal sjukeheim (demensavdeling).

• Har vært plasstillitsvalgt og HTV i NSF i mange år.



Jobber i Surnadal kommune 63 °N

Når jeg jobber driver jeg med ...



TEST: Siri Vullum utfører hørselstest på en bedriftsansatt tilknyttet bedriftshelsetjenesten Midtnorsk HMS-senter. Foto: Nathan Lediard



Å bety noe for noen. Ha gode rutiner. Slike basale behov er like viktig for alvorlig psykisk syke som for folk flest, fant Nina Helen Mjøsund ut.

– Også psykisk syke vil bety noe for andre

• Tekst Marit Fonn

Å stå opp til samme tid hver dag. Måltid, samtaler og ro til faste tidspunkt. Slike forutsigbare rutiner er viktig for helsen, også når man er alvorlig psykisk syk.

Det fant Nina Helen Mjøsund i sitt arbeid med sin doktoravhandlingen i helsevitenskap ved NTNU. Hun disputerte 26. juni med avhandlingen *God psykisk helse – fra hva til hvordan*.

HVA BRINGER HELSE?

Mjøsund, som er psykiatrisk sykepleier, ville vite hvordan psykisk helse erfares av personer med alvorlige psykiske lidelser.

Derfor har hun intervjuet tolv personer som har vært innlagt i psykisk helsevern i Vestre Viken i minst to uker. Alle hadde en alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni, bipolar lidelse, depresjon og rusavhengighet. De var i alderen 23 til 80 år.

Hun brukte såkalt salutogen tilnærming: Salus betyr helse, genese betyr opprinnelse.

– Jeg er opptatt av hva som bringer helse. Helse er ikke det samme som fravær av sykdom. Psykisk helse er alltid tilstedeværende, aldri fraværende, i motsetning til sykdom.

INNLAGTE ØNSKER PRAKTISK KUNNSKAP

Mjøsund ba dem beskrive en god dag og hva som fremmet psykisk helse mens de var innlagt.

– Flere sa: Det viktigste er å få orden på døgnet igjen.

– Var det overraskende?

– Nei. Men kunnskapsappetitten deres var overraskende. De er sugne på mer kunnskap. Ikke bare om sykdommen sin, de vil også ha kunnskap om hvordan de kan styrke helsen sin; praktisk kunnskap for å leve godt med en psykisk lidelse.

Det kan være alt fra å lufte på rommet før du skal sove til å ha en god tannhygiene.

– De alvorlige psykiske lidelsene debuterer ofte i alderen 15 til 25 år. Det er jo da man skal lære å ta vare på seg selv, sier Mjøsund.

SOM Å BEVEGE SEG I EN TRAPP

Psykisk helse ble opplevd som bevegelse, ikke en statisk tilstand. Som å være på vei opp eller ned en trapp.

– De beskrev følelsen av hvor de var i trappen: Å ha det bra er å være på toppen. Der kjenner de glede og tilfredshet og har interesse for livet.

I midten er det ok.

– Å være nederst beskrives ofte med metaforer som «å ligge i grøfta, i kjelleren, ligge nede». Dette kan vi alle kjenne oss godt igjen i.

Mjøsund trekker fram at sykepleieren spiller en sentral rolle for pasienten som har døgnopphold.

– Relasjonen mellom pleier og pasient er vesentlig for at oppholdet skal bli bra. Flere av deltakerne hadde vært innlagt mange ganger, og de trakk fram betydningen av kontinuitet i relasjonene til helsepersonell.

TRENGER HJELP TIL Å VÆRE VENN

Alle hun intervjuet dro fram at interesse og engasjement har mye å si for helsen. Det beste er å sitte i ørelappstolen og lese Sigrid Undseth-bøker, sa en dame på 72. Jernbanehistorie, småfugler og kakebaking var andre interesser de hadde.

«Hvis ikke det basale dekkes, kan du dø.»

– Å ha interesser er grunnleggende for et godt liv, og de fleste vet hva som er bra for dem, sier Mjøsund.

Å ha relasjoner til andre er like viktig:

– Å ha noe å gi, og bety noe for andre, er like viktig for dem som er syke som for oss alle.

Men de kan trenge hjelp til å fylle sine egne forventninger om hva for eksempel en god kompis gjør. For hva er det å være en god venn for noen? En god mor? Jo, det er blant annet å være en som følger opp.

– Men så greier de det ikke, fordi de er syke. Da kan sykepleier hjelpe med å sende en melding, så pasienten kan fylle rollen som venn.

HELT ENERGILOSE

De hun intervjuet beskrev en opplevelse av energi som var sammenfallende med opplevelsen av psykisk helse.

– På toppen av trappen kjente de seg vitale, de hadde krefter. Nede var de helt energiløse.

En mann sa om det å være nederst i trappen: «Det er som om motoren harker.» En annen la til: «Ikke bare det, batteriet er flatt også.»

– Tenk på pasienten som ikke orker å dusje, bare ligge i sengen. Vi sykepleiere kan fort tenke at pasienten er lat. Man kan bli litt irritert og si «ærlig talt, du må jo stelle deg». Men hvis vi vet at nå opplever de den totale energiløsheten, kan vi sykepleiere bidra bedre.

– Vet ikke sykepleierne det?

– Håper det. Men det har jeg ikke undersøkt.

SYKEPLEIENS KJERNE

– Det er mye sunn fornuft i dine funn?

– Ja, det er det. Men det er forskjell på det banale og det basale. Også personer med alvorlig psykisk sykdom trenger å få dekket de grunnleggende



SYKEPLEIE: – Hvis ikke det basale dekkes, som nærhet og bevegelse av kroppen, kan du dø. Dette er grunnleggende sykepleiekunnskap, mener Nina Helen Mjøsund, som disputerte i juni. Foto: Benedikte Hjellum Håkonsen, Lierposten

behovene for helse og velvære, påpeker hun.

– Hvis ikke det basale dekkes, som nærhet og bevegelse av kroppen, kan du dø. Dette er grunnleggende sykepleiekunnskap. Sykepleiere må være seg bevisst at omsorg og ivaretagelse oppleves helsefremmende av pasienter i psykisk helsevern.

Mjøsund ble truffet da hun leste et sitat av Florence Nightingale:

– Hun sa at det er først når de grunnleggende behovene som mat, drikke, frisk luft og bevegelse er ivaretatt at vi ser hvilke sykdomssymptomer som er igjen. Dette understreker sykepleiens kjerne, der både helse og velvære fremmes og sykdom behandles og forebygges, mener Mjøsund.

«Behovene er ferskvare.»

– Behovene er ferskvare og må ivaretas kontinuerlig.

– *Hvordan står det til med sykepleien i psykisk helsevern?*

– Jeg tror både og. De fleste med alvorlig psykisk sykdom lever i kommunene, min studie er fra spesialisthelsetjenesten.

– SI HEI NÅR DU KOMMER

– *Å bety noe for noen – hvordan kan man som sykepleier dekke de behovene?*

– Inngå i ekte relasjon med pasienten. Vis

at pasienten betyr noe, si ha det når du går fra jobb, stikk innom og si hei når du kommer. Vektlegg betydningen av å ha kontakt med familie og venner, hjelp dem med å opprettholde kontakt. Send melding for dem. De nye verktøyene gjør det jo enklere å opprettholde kontakt enn før, inkludert med barn og pårørende.

Under hele arbeidet med avhandlingen har Nina Helen Mjøsund samarbeidet med fem personer som har erfaring enten som pasient eller pårørende. Hun kaller dem forskningsrådgivere.

– Vi har skrevet to artikler sammen om involveringen. Den ene handler om at slik brukermedvirkning øker kvaliteten på forskningen, sier hun. ●

marit.fonn@sykepleien.no



SYKEPLEIERE FÅR OVERVÅKNINGSKOMPETANSE

Et kompetanseprogram ved Haukeland universitetssjukehus ga sykepleierne økt kunnskap i intensivsykepleie og inspirerte til videre utdanning.

EVALUERINGSSTUDIE:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
 40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.63342



Nina Fåln
 intensivsykepleier, fag- og forsknings- sykepleier og førstelektor, Haukeland universitets- sjukehus

Overvåknings- og inter- mediærenheter ble etablert både inter- nasjonalt og nasjo- nalt i midten av 1960-årene for å avlaste intensivenheter og post- operative enheter. Hensikten var primært å bygge opp et omsorgstil- bud til pasienter med hjerteinfarkt som hadde behov for kontinu- erlig hjerterytmeovervåkning. Syke- pleieres handlingskompetanse ved hjertestans og bruk av defibrillator var et viktig element da disse enhe- tene skulle opprettes (1, 2).



Anita Lyssand
 anestesisyke- pleier og fagsjef, Haukeland universitets- sjukehus

Også i dag er intensivkapasite- ten presset, og etterspørselen etter intensivsykepleiere er høyere enn tilbudet ved de fleste større syke- hus i Norge. En rekke overvåknings- enheter, observasjonsenheter og postoperative enheter har derfor vokst fram særlig de siste to tiårene for å bygge bro mellom intensiv- hetene og medisinske og kirurgiske sengeposter (3).



Michael Helnes
 Mortensen intensivsyke- pleier, Thorax- kirurgisk intensiv og oppvåk- ningsseksjon, Haukeland universitets- sjukehus

Norsk anesthesiologisk forening og Norsk Sykepleierforbunds lands- gruppe av intensivsykepleiere anbefaler tre overvåkningsnivåer: intensivhet, intermediearenhet og postoperativ enhet (4).

Intermediærenhetene skal be- handle pasienter med ettorgansvikt, og som har akutte, alvor- lige sykdomsforløp, men som ikke har behov for respiratorbehandling.

Internasjonale studier benevner

enheter som administrativt be- finner seg mellom intensivhet og sengepost for Progressive Care Units, Intermediate Care Units og Postin- terventional Units (3). Ved disse enhetene skal sykepleiere ha kom- petanse til å følge opp pasienter med blant annet maskeventilasjon, arte- riell blodtrykksmåling, dren, vaso- aktive medikamenter og delirium (5).

KOMPETANSEBEHOV

Mangfoldet av enheter og ulike be- handlings- og omsorgstilbud gir utfordringer når de ulike enhetene skal definere kompetansebehov. Antall sykepleiere med fagspesi- fikk videreutdanningskompetanse, slik som spesialisykepleiere i kar- diologisk sykepleie, lungesykepleie, nevrologisk sykepleie og infeks- sjonssykepleie, er økende ved man- ge sengeposter. Det samme gjelder sykepleiere med mastergrad.

Det er imidlertid fortsatt er stort og udekket behov for kvalifiser- te sykepleiere ved overvåknings- og intermediearenhetene. Det er derfor nødvendig å bygge en felles kompetanse med samordnet un- dervisning og opplæring i temaer som går på tvers av disse avdelinge- ne. For å møte nåværende og fram- tidige helserelaterte utfordringer i Helse Bergen har sykehuset utar- beidet en kompetansestrategi og etablert nye læringsarenaer (6). Som en følge av denne satsingen

etablerte Helse Bergen høsten 2015 et sentralisert kompetanse- program for sykepleiere ved inter- mediær- og overvåkningsenheter.

HENSIKT MED STUDIEN

Det foreligger få, om noen, tidligere studier relatert til sykehusinterne kompetanseprogrammer for inter- mediær- og overvåkningsenheter. Hensikten med studien vår er derfor:

- å beskrive sykepleieres erfaringer med et kompetanseprogram
- og å evaluere sykepleieres opple- velse av programmets kliniske betydning sju måneder etter full- ført program

METODE OG DESIGN

Studien er gjennomført som en evalueringsstudie. Vi benyttet kva- litativ metode med et deskriptivt og utforskende design. Ut fra stu- diens formål vurderte vi det som hensiktsmessig å benytte fokus- gruppeintervju (7).

Studien er godkjent av Person- vernombudet ved sykehuset. Kom- petanseprogrammet er forankret i Foretaksledelsen ved Helse Ber- gen, Forsknings- og utviklings- avdelinga ved Haukeland univer- sitetssjukehus samt programmets styringsgruppe.

KOMPETANSEPROGRAMMET

Programmet består av tre modu- ler og har en varighet på 13 dager,

Fakta ●●●

Hoved- budskap

Høsten 2015 etablerte Haukeland universitets- sjukehus et kompetan- seprogram over sju uker for sykepleiere ved over- våkningsenheter, post- operative enheter og intermediearenheter. En evaluering av program- met viser at det har høy klinisk relevans og kan benyttes ved mange norske sykehus. Et ho- vedfunn er at et kort- varig kompetansepro- gram inspirerer til å søke klinisk videreutdanning.

Nøkkelord

- Intensivsykepleie
- Postoperativ avdeling
- Overvåknings- avdeling
- Intermedieær- avdeling
- Kompetanse- program



SIMULERING: Deltakerne ble tryggere på å stelle trakeostomi etter å ha øvd på dukker. Her over Birgitte Vinjevoll ved Haukeland universitetssjukehus, mens Michael Mortensen veileder. Arkivfoto: Marit Fonn

med ni undervisningsdager og fire veiledningsdager. Det er to ukers mellomrom mellom modulene. Hensikten er at deltakerne skal benytte ervervet kunnskap i klinikken under veiledning av en erfaren intensivsykepleier som har arbeidet lenge med veiledning. Undervisningen er knyttet til sirkulasjon, respirasjon og sykepleiefaglige emner.

Halvparten av undervisningen er ferdighetstrening med blant annet avansert simulering med teamtrening, klinisk eksaminasjon, bruk av medisinsk utstyr og tolkning av hjerterytmeter (se tabell 1).

Tabell 1. Kompetanseprogram for overvåkningsenheter, postoperative enheter og intermediaærenheter

Varighet: 13 dager fordelt over 7 uker		
Teoretisk undervisning	Ferdighetstrening	Veiledning og hospitering
Fysiologi og patofysiologi ved sirkulasjons- og respirasjonssvikt, sepsis og neurologiske tilstander, vasoaktive medikamenter, væske- og elektrolytt-behandling, Syrebasetolkning	Bruk av medisinsk utstyr, systematiske kliniske undersøkelser (auskultasjon), simulering og tolkning av hjerterytmeter	Tre dager med klinisk veiledning av intensivsykepleier og én dag med hospitering hos meddeltaker
Screeningverktøy ved søvn, smerte, ernæring, delirium med mer	Systematisk observasjon av kritisk syk pasient, prioritering av tiltak	
Pensumlitteratur		





Underviserne har enten spesialsykepleierkompetanse og/eller mastergrad eller doktorgrad. Alle instruktørene som bidrar i simuleringsstretningen, har fasilitatorkompetanse. Det er to årlige opptak til programmet.

UTVALG OG REKRUTTERING

Deltakere som var tilsluttet kompetanseprogrammet høsten 2015, ble invitert til å delta i fokusgruppeintervju. Alle deltakerne var ansatt ved ulike overvåknings- og intermediearenheter ved sykehuset.

DATAINNSAMLING

Vi intervjuet sykepleierne sju måneder etter avsluttet program. Deltakerne ble delt inn i tre grupper, og intervjuene varte i 40–90 minutter. Vi sendte ut samtykkeskjema og skriftlig informasjon om studien til både deltakere og seksjonsledere på e-post i god tid før studien skulle begynne. Et registreringsskjema ble utarbeidet for å kartlegge alder, kjønn, utdanningstidspunkt, antall år ved den aktuelle enheten samt planlagt videreutdanning. Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide med fem åpne spørsmål:

- Har programmet klinisk relevans i ditt møte med pasientene ved din enhet?
- Kan du si noe om hvorvidt din deltakelse i programmet har tilført avdelingen noe nytt?
- Blir din kompetanse benyttet til rett pasientgruppe – i så fall på hvilken måte?
- Kan du si noe om din deltakelse i programmet har hatt betydning for dine kolleger?
- Opplever du at programmet har hatt betydning for din faglige utvikling?

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert kort tid etter at intervjuet var gjennomført.

ANALYSE AV FUNNENE

Vi analyserte tekstene fra fokusgruppeintervjuene ved hjelp av innholdsanalyse i henhold til trinnene som Graneheim og Lundman anbefaler (8). Tilnærmingen til analysen var induktiv og åpen og ble utført etter at vi hadde fullført

intervjuene. Alle utsagn ble forkortet til meningsbærende enheter, sortert og kodet i underkategorier og kategorier (tabell 2 og 3).

FUNN

Elleve av tolv aktuelle deltakere (92 prosent) fra seks ulike enheter deltok i intervjuene. De fleste deltakerne var kvinner mellom 30 og 40 år i fulltidsstilling. Alle var sykepleiere uten fagspesifikk videreutdanning. Hele 73 prosent hadde over seks års erfaring som sykepleier. Så mange som 64 prosent hadde søkt eller kommet inn på videreutdanning etter fullført kompetanseprogram (se tabell 4 i slutten av artikkelen).

DELTAKERNES ERFARINGER

Gjennom analyseprosessen framkom det elleve underkategorier relatert til fire kategorier knyttet til delmål 1 i studien: å beskrive sykepleieres erfaringer med et kompetanseprogram. De fire kategoriene var følgende (se tabell 2):

- Noe for alle
- Simulering gir faglig og personlig vekst
- Veiledning inspirerer til faglig endring
- Utvidet fellesskap

Noe for alle: Deltakerne vurderte kompetanseprogrammets sammensetning som relevant ved at teoretisk undervisning underbygde den praktiske treningen:

«Dere har lagt inn undervisning som er viktig for pasienter uansett hvilken overvåkningsavdeling man jobber ved. Vi vil få bruk for litt av alt.»

Noe av undervisningen ble underveis vurdert til å være litt for avansert:

«En del av teorien var tung. Men så silte du litt ut og så ga den deg noe å henge ting på seinere i programmet.»

Simulering gir faglig og personlig vekst: Deltakerne syntes det var en fordel at ulike avdelinger ved sykehuset deltok i programmet. Ulik kompetanse ga positive utfordringer, blant annet ved ferdighetstrening:

«Når vi diskuterte etterpå, kom det så godt fram hva de andre gjør,

og hva de synes er viktig i det aktuelle scenarioet.»

Deltakerne syntes det var nyttig å få testet seg og få anledning til å lære av sine feil. Debriefing var viktig, de følte seg sett og fikk konstruktive tilbakemeldinger. Ferdighetstretningen burde utvides, gjerne med flere dager og enklere scenarioer:

«Simulering trenger ikke være så mye. Bare det å få se hvordan ting blir utført, vi kan gå gjennom prosedyrer, det kan være så enkelt som det. Gjør alle ting ulikt, blir pasienten utrygg.»

Flere enheter innførte enkel simuleringstrening etter avsluttet program.

Veiledning inspirerer til faglig endring: Deltakerne ønsket veiledning også ved veilederens enhet, ikke bare ved egen enhet:

«Jeg fikk mye ut av veiledningen både ved egen enhet og ved intensivsykepleierens enhet. Veiledningen hjalp meg til å strukturere dagen, og den tydeliggjorde pasientfokus.»

Veiledningen ga deltakerne et nytt perspektiv på eget arbeid og arbeidssted:

«Det var veldig kjekt å få en intensivsykepleiers perspektiv på tingene, og jeg har laget meg nye rutiner.»

Utvidet fellesskap: Deltakerne framhevet at det var viktig med samarbeid på tvers av

enheter etter avsluttet program. Det ble lettere å be om råd eller hjelp i ulike pasientsituasjoner, og deltakerne erfarte at de kunne bruke meddeltakere som en faglig ressurs:

«Det ga meg mye å samarbeide med de andre i programmet. De har gjerne en annen kompetanse enn jeg har sjøl.»

Deltakerne foreslo å legge inn hospitering ved meddeltakernes enheter for framtidige programmer:

«Vi burde utnytte den fordelene at vi er få, og at vi blir godt kjent. Det hadde vært kjekt å gå med dem på deres egen avdeling. Alle jobber vi opp mot en pasient, vi har alle samme fokus og samme mål.»

«Det er fortsatt er stort og udekket behov for kvalifiserte sykepleiere ved overvåknings- og intermediearenhetene.»

Tabell 2. Deltakernes erfaringer med kompetanseprogrammet

Forkortet meningsinnhold	Underkategori	Kategori
Dere har lagt inn undervisning som er viktig for pasienter uansett hvilken overvåkningsavdeling man jobber på. Vi vil få bruk for litt av alt	Får bruk for litt av alt	Noe for alle
En del av teorien var tung. Men så silte du litt ut og så ga den deg noe å henge ting på seinere i programmet	Siler ut det som er nyttig	
Det er en fordel at vi er fra forskjellige poster. Når vi diskuterer etterpå, så kommer det så godt fram hva andre gjør, og hva de synes er viktig i det aktuelle scenarioet	Ulik kompetanse gir positive utfordringer ved simuleringstrening	Simulering gir faglig og personlig vekst
Vi skulle hatt én eller to dager til med simulering – til det ble en naturlig situasjon, og du kunne gå i simuleringmodus med én gang	Ønsker mer praktisk trening	
Simulering trenger ikke å være så mye. Bare det å få se hvordan ting blir utført – som en opplæring. Vi kan gå gjennom prosedyrer, det kan være så enkelt som det. Gjør alle ting ulikt, blir pasienten utrygg	Simulering trenger ikke være så mye	
Nå har jeg lært at jeg kan, jeg er kanskje ikke helt sikker på det jeg gjør, men jeg kan prøve. Det jeg lærer av, er å gjøre feil	Å prøve og feile er nyttig læring	
Tilbakemeldingen var nyttig, vi gjorde faktisk rett – eller: Dette kan jeg gjøre annerledes neste gang hvis jeg møter en liknende situasjon	Å bli sett	
For meg ville det ha vært nyttig å få gå med intensivsykepleier på hennes enhet. Mine pasienter er også hjertesyrke, de har arytmier, og de får Cordarone	Ønsker veiledning ved intensivenhet	Veiledning inspirerer til faglig endring
Intensivsykepleier ga meg et annet synspunkt både på arbeidet jeg gjør, og på min egen avdeling	Nytt perspektiv på eget arbeid	
Vi burde utnytte den fordelene at vi er få, og at vi blir godt kjent. Det hadde vært kjekt å gå med dem på deres egen avdeling. Alle jobber opp mot en pasient, alle har samme retning og samme mål	Bruke meddeltakere som en faglig ressurs	Utvidet fellesskap
Vi sender jo pasientene våre til alle andre avdelinger, det hadde vært kjekt å ha hospitert en dag – at de hadde sett meg og jeg dem	Samarbeid på tvers av enheter	

KLINISK BETYDNING

I analyseprosessen framkom det åtte underkategorier relatert til fire kategorier fra intervjuene knyttet til delmål 2 i studien: å evaluere sykepleieres opplevelse av programmet kliniske betydning sju måneder etter fullført program. De fire kategoriene var følgende (se tabell 3 på neste side):

- Håndterer kompleksitet
- Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen
- Personlig og faglig endringsvilje
- Inspirasjon til videre læring

Håndterer kompleksitet: Deltakerne mente at de ble både tryggere og bedre rustet til å være i forkant i ulike pasientsituasjoner: «Jeg går mer uredde inn i nye og

komplekse situasjoner, jeg har veldig lyst til å være der. Da kan jeg bruke alt vi gikk gjennom i programmet.»

De planla dagen og tenkte gjennom hva de skulle observere, og hva de skulle prioritere. De brukte de stasjonære overvåknings-skopene mer enn før og justerte mer individuelle alarmgrenser etter pasientens tilstand og grunn diagnose:

«Jeg evaluerer nå behandlingsmål kontinuerlig og opplever at jeg fikk alt satt på plass med denne undervisningen.»

Deltakerne hentet fram forelesningsnotater for å få oversikt over problemstillinger som oppstår i hverdagen.

Opplevelse av sammenheng i

pasientomsorgen: Deltakerne formidlet at de hadde blitt bedre til å observere symptomer og iverksette tiltak:

«Jeg tenker på flere ting samtidig og vurderer sammenhengen i ting. Jeg vet mere om hva jeg skal observere, og hva jeg skal gjøre.»

De brukte ny kompetanse på de dårligste pasientene på avdelingen:

«Jeg opplever at jeg får brukt kompetansen min til de rette pasientene. Blodgass, væskebalanse, hjertesvikt, alt henger sammen.»

Deltakerne formidlet dessuten at de også var blitt mer oppmerksomme på pasienter som var utenfor overvåkningsrommene, da de opplevde at disse ikke alltid fikk god nok oppfølging.

Personlig og faglig endringsvilje: Deltakerne var blitt tryggere på blant annet hjerterytmetolkning, blodgassanalyser, ulike screeningverktøy og bruk av medisinsk utstyr:

«Jeg har kommet over min skrekk for trakeostomier. Den har jeg hatt i flere år. Vi hadde jo undervisning, så på utstyret, jeg leste og trente mentalt. Så da kom jeg over den bøygen.»

Programmet bidro også til forbedringer i praksis, nye sjekklister og nytt undervisningsprogram:

«Etter overvåkningskompetanseprogrammet har jeg blitt veldig skeptisk til at vi skal ha skop dersom vi ikke kan se forskjellen på en normal rytme og en som ikke er det.»

De benyttet stetoskopet aktivt og oppfattet endringer i pasientens tilstand tidligere enn før:

«Etter at vi begynte å lytte på pasientene ber legene om at alle sykepleierne skal gjøre dette fordi det er mer effektivt.»

Inspirasjon til videre læring: Etter at programmet var gjennomført, var deltakerne mer nysgjerrige på ny kunnskap enn tidligere. Flere hadde kommet inn på fagspesifikk videreutdanning:

«Jeg har lyst til å lære mer, jeg ønsker å få enda mer kunnskap som avdelingen min kan ha nytte av, og har derfor søkt videreutdanning.»

Deltakerne ble inspirert til å søke ny kunnskap:

«Fortsatt må jeg lese pensumlitteraturen, men jeg kan mye mer nå. Jeg bruker denne kunnskapen hver dag.»

Det var også blitt viktig å videreformidle ny kunnskap til egne kolleger:

«Jeg selger inn at programmet er utrolig kjekt. Du lærer nye ting, og du får repetert. Du får vekket interessen igjen for å få litt påfyll. Det tror jeg det er veldig mange som savner på post.»

DISKUSJON

Ifølge deltakernes evaluering hadde programmet et innhold som var relevant, og simuleringstreningen ga både faglig og personlig vekst. Veiledningen





inspirerte til faglig endring, og samhandling med meddeltakere førte til at de etablerte et utvidet fellesskap på tvers av enheter. Deltakerne opplevde at de ble bedre til å håndtere komplekse pasientsituasjoner. Den personlige og faglige endringsviljen var sterk, og de hadde fått inspirasjon til videre læring.

DELTAKERNES ERFARINGER

Noe for alle: Deltakerne i kompetanseprogrammet kommer fra medisinske, kirurgiske og postoperative enheter. Pasientene de skal håndtere, overføres til intermediearenhet fra både akuttmottak, sengeposter, postoperative enheter og intensivavdelinger. Internasjonale studier viser at 25 prosent av pasientene ved ulike intermediearenheter, overvåkningsenheter og postoperative enheter overføres direkte fra intensivenheter («step-down»-pasienter).

Til sammen 50 prosent av pasientene overføres fra sengepost («step-up»-pasienter), mens 25 prosent overføres direkte fra akuttmottak (9, 10). Enhetenes ulike pasientgrupper, problemstillinger og kompetansebehov gir utfordringer når sykehuset skal utforme et kompetanseprogram på tvers. Selv om deltakernes evaluering av programmets sammensetning var svært positiv, kan innholdet skreddersys enda bedre dersom de ulike enhetene utarbeider en plan for både nåværende og framtidige kompetansebehov knyttet til egen pasientgruppe. Da kan programmet utvikles fra å være «noe for alle» til å bli «mye for alle».

Simulering gir faglig og personlig vekst: Sykepleieres målrettede kliniske eksaminasjon og vurdering av den akutt syke pasienten bidrar vesentlig til å ivareta pasientsikkerhet (11). Deltakernes ferdighetstrening omfatter derfor blant annet bruk av stasjonære skop, sprøytepumpe og non-invasiv respirasjonsstøtte. I tillegg får de trening i å lytte på pasientens hjerte, lunger og abdomen. Hensikten med sykepleiernes eksaminasjon er ikke nødvendigvis å diagnostisere, men å skille det normale fra det unormale (12).

Deltakerne opplever at de har

Tabell 3. Deltakernes opplevelse av programmets kliniske betydning

Forkortet meningsinnhold	Underkategori	Kategori
Jeg har blitt mye mer fokusert på å være i forkant når det gjelder hva som kan skje med pasienten og hvor utstyr ligger	Å være føre var Å være i forkant	Håndtering av kompleksitet
Jeg er litt tryggere i uavklarte situasjoner, når ting stopper opp. Da får jeg også tryggere pasienter	Tryggere i uavklarte pasientsituasjoner	
Jeg tenker på flere ting samtidig, vurderer sammenhengen i ting. Jeg vet mer om hva jeg skal observere, og når jeg skal reagere	Tenker på flere ting samtidig	Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen
Jeg er blitt mer bevisst på å følge med og bruke kompetansen på pasientene utenfor overvåkingen. Det er ikke alltid de får god nok oppfølging	På tvers av omsorgsnivå	
Kurset har pusha meg litt videre, jeg har tatt til meg nye ting litt lettere og fått litt mer å gå på – blant annet når det gjelder hjerterytmeknøling og blodgassanalyse	Mer å gå på	Personlig og faglig endringsvilje
Etter at vi begynte å lytte på pasientene, ber legene om at alle sykepleierne skal gjøre dette fordi det er mer effektivt og gir bedre ressursbruk	Forbedring av praksis	
Kurset inspirerer oss til å holde oss faglig oppdatert; flere av oss har nå søkt videreutdanning	Nysgjerrig på ny kunnskap	Inspirasjon til videre læring
Jeg underviser ofte kolleger når vi står i en pasientsituasjon; dette har jeg lært eller lest	Videreformidling av kunnskap	

stor nytte av kunnskapen i daglig praksis, da legene er langt mindre tilgjengelige ved intermediearenhetene enn på intensivavdelingene. Deltakerne trente også på samhandling, beslutningstaking og ledelse ved akutte pasienthendelser med simuleringstrening.

En norsk studie viser at det øker oppmerksomheten på egen klinisk praksis å delta i scenariotrening, og at det er viktig å ha et strukturert teamsamarbeid (13). Disse funnene samsvarer med deltakernes erfaringer, der det å lære av egne feil og oppleve at andre i teamet hadde ulik tilnærming til en pasientsituasjon, bidro både til konstruktiv læring og refleksjon. Deltakerne uttrykte at tilsvarende ferdighetstrening knyttet til prosedyrer og medisinteknisk utstyr ville være både nyttig og gjennomførbart ved de enkelte enhetene.

Veiledning inspirerer til faglig endring: Deltakerne får til sammen tre veiledningsdager med en erfaren

intensivsykepleier mellom samlingene. Veiledningen fokuserer i hovedsak på systematisk observasjon og vurdering av pasientens vitale funksjoner og grunnleggende behov. Sykepleierens evne til å prioritere og gjennomføre planlagte

tiltak vurderes fortløpende. Deltakerne opplevde at veiledningen forente programmets teori og praksis.

Den bidro også til faglig vekst ved at deltakerne tok i bruk systematisk observasjon og utarbeidet klare mål både for pasienten og for sin egen arbeidsdag.

Utvidet fellesskap: Fellesskapet med meddeltakerne reduserte barrierene mellom enhetene, og deltakerne ønsket å opprettholde kontakten etter endt program. En visjon for programmets framtid er derfor at en erfaren

«Det ble lettere å be om råd eller hjelp i ulike pasientsituasjoner.»

Tabell 4. Beskrivelse av deltakerne i studien

Variabel	N = 11 n (%)
Kjønn	
Kvinne	8 (72,7)
Alder	
<30 år	3 (27,3)
30–40 år	7 (63,6)
40–50 år	1 (9,1)
Utdanning	
Sykepleier	11 (100)
Spesialsykepleier	0 (0)
Antall år som sykepleier	
0–2 år	1 (9,1)
3–5 år	2 (18,2)
6–10 år	5 (45,4)
>10 år	3 (27,3)
Arbeidserfaring ved aktuell enhet	
0–2 år	3 (27,3)
3–5 år	2 (18,2)
5–10 år	3 (27,3)
>10 år	3 (27,3)
Stillingsprosent	
100	8 (72,7)
75–99	3 (27,3)
Plan om endring av arbeidssted i nær framtid	
Nei	10 (90,9)
Søkt spesialutdanning etter avsluttet program	8
Fagspesifikk videreutdanning (nevro, lunge)	3 (27,3)
Intensivutdanning	4 (36,3)
Ingen	4 (36,3)
Jobber daglig med overvåkings-pasienter	
Ja	10 (90,9)

intensivsykepleier med veilederkompetanse kan tilby deltakerne en ekstra veiledningsdag ett år etter avsluttet program for å sikre at ervervet kunnskap fortsatt anvendes, eller for å avklare nyoppståtte problemstillinger.

KLINISK BETYDNING

Håndterer kompleksitet: Selv om deltakerne kommer fra ulike avdelinger, er det mer som forener dem enn som skiller dem. Enhetene er utformet til å kunne tilby pasientene et høyt omsorgsnivå, og sykepleierne har behov for tilnærmet lik kompetanse uavhengig av enhet. Pasientene har relativt høy risiko for en forverring av tilstanden (5).

Tidligere studier har vist at sykepleieres kunnskap og vurderingskompetanse er viktig for å kunne gi god omsorg til akutt syke pasienter (14). Pasientene har også behov for mer avanserte intervensjoner enn dem som normalt kan håndteres ved en sengepost, som for eksempel non-invasiv respirasjonsstøtte, arteriell blodtrykksmåling og bruk av ekstern hjertepumpe (LVAD – Left Ventricular Assist Device) (15).

Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen: Kompetanseprogrammet er utformet slik at det inneholder elementer som er relevante på tvers av enhetene, og skal ikke erstatte fagspesifikk intern opplæring ved den enkelte

avdelingen. Sykepleierne opplevde at de ble bedre rustet til å håndtere både mer avansert utstyr og mer komplekse pasientsituasjoner enn tidligere etter at de hadde deltatt i programmet. De var tryggere på hvilke tiltak som burde iverksettes, og hvilke komplikasjoner de skulle observere. Deltakere i programmet opparbeider dermed både en monitoreringskompetanse og en overvåkingskompetanse.

Monitorering innebærer at sykepleiere opparbeider kunnskap ved å vurdere pasientens vitale funksjoner ved hjelp av teknisk apparatur og laboratoriedata. Overvåking inkluderer systematisk observasjon og analyse av data over tid for å være i forkant av en eventuell forverring av tilstanden (16).

Personlig og faglig endringsvilje: Deltakerne iverksatte forbedringstiltak ved egen enhet etter avsluttet program, der de utarbeidet sjekklister, undervisningsprogram og kollegaveiledning. Programmet inspirerte også til videre læring, da hele 64 prosent av deltakerne hadde søkt eller kommet inn på fagspesifikk videreutdanning eller intensivutdanning etter avsluttet program. Dette viser at et relativt kortvarig kompetanseprogram både kan styrke kompetansen ved egen intermediearenhet og øke rekrutteringen til intensivavdelingene. Dermed kan vi anta at pasientutkommet styrkes ved begge enheter.

Studier der det er vurdert effekten av å opprette intermediearenheter på mortalitet og reinnleggelser, er ikke entydige (3, 10). Tidligere forskning har imidlertid vist at det å bruke intermediearenheter, gir bedre utnyttelse av intensivsengene og mer hensiktsmessig pasientallokering til intensivavdelingen (17).

KONKLUSJON

Kompetanseprogrammet er etablert som et fast tilbud med to kull årlig. Programmet er dynamisk og endres fortløpende etter deltakernes evalueringer. Deltakerne evaluerer programmets sammensetning som positivt, og de opplever at det har betydelig klinisk relevans for yrkesøvelsen ved egen enhet.

Programmet inspirerer til videre læring. Studien viser at det er mange deltakere som enten søker fagspesifikk videreutdanning eller intensivsykepleierutdanning. Programmet kan dermed sikre både sengepostene og intensivavdelingene kvalifisert avlastning samt bidra til å utdanne flere intensiv- og spesialsykepleiere. Programmet har overføringsverdi til andre norske sykehus. ●

REFERANSER:

- Day HW. History of coronary care units. *Am J Cardiol.* 1972;30(4):405–7.
- Julian DG. The history of coronary care units. *Br Heart J.* 1987;57(6):497–502.
- Prin M, Wunsch H. The role of stepdown beds in hospital care. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;190(11):1210–6.
- Trønnes H. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Tilgjengelig fra: <http://nafweb.no/standarder/retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge/> (nedlastet 14.09.2017).
- Stacy KM. Progressive care units: different but the same. *Crit Care Nurse.* 2011;31(3):77–83.
- Kompetansestrategi for Helse Bergen 2015–2030. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/Documents/Planar%20og%20strategiar%20%20Helse%20Bergen/Kompetansestrategi%202015-2030.pdf> (nedlastet 14.09.2017).
- Polit DF, Beck CT. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 10. utgave. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer; 2016.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
- Lucena JF, Alegre F, Martínez-Urbistondo D, Landecho MF, Huerta A, García-Mouriz A, García N, Quiroga J. Performance of SAPS II and SAPS 3 in intermediate care. *PLoS One.* 2013;8(10):e77229. DOI: 10.1371/journal.pone.0077229.
- Vincent JL, Rubenfeld GD. Does intermediate care improve patient outcomes or reduce costs? *Crit Care.* 2015;19:89.
- Zambas SI, Smythe EA, Koziol-McLain J. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2016;11:32090.
- Breivik S, Trymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning* 2013;8(4):324–32. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie> (nedlastet 14.09.2017).
- Ballangrud R, Persenius M, Hedelin B, Hall-Lord ML. Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, – expert raters' assessments versus self-assessments: an explorative study. *BMC Nurs.* 2014;13(1):47:179–87.
- Massey D, Chaboyer W, Anderson V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nurs Open.* 2016;4(1):6–23.
- Harding AD. What can an intermediate care unit do for you? *J Nurs Adm.* 2009;39(1):4–7.
- Henneman EA, Gawlinski A, Giuliano KK. Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Crit Care Nurse.* 2012;32(2):9–18.
- Solberg BC, Dirksen CD, Nieman FH, van Merode G, Ramsay G, Roekaerts P, Poeze M. Introducing an integrated intermediate care unit improves ICU utilization: a prospective intervention study. *BMC Anesthesiol.* 2014;14:76.

FAGARTIKLER:

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



Bevegelsehindrende tiltak bør ikke være det første som iverksettes når pasienter er urolige.

Kan vi låse pasienten inne?



Fakta

Elisabeth Sveen Kjølsrud

Leder i Rådet for sykepleieetikk

Er det lov å låse døren inn til pasienten fordi hun er demens og urolig om natten? Hun vandrer inn til andre pasienter og kan lett skremme andre.

Slike spørsmål får Rådet for sykepleieetikk fra tid til annen.

Når Rådet besvarer brev er vi opptatt av hvilke verdier som aktualiseres. Hva står på spill? I all sykepleie står faglig forsvarlighet som en sentral overordnet verdi.

Å BESTEMME SELV

Selvbestemmelse er en grunnleggende verdi for alle mennesker. Generelt har pasienter som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og skal derfor samtykke til all helsehjelp som blir gitt vedkommende, jf. pasientrettighetsloven § 4-1.

Helsehjelp uten samtykke kan bare ytes der det foreligger en uttrykkelig lovhjemmel for det. Med selvbestemmelse menes frihet til å treffe valg av betydning for eget liv og egen helse.

For pasienter som ikke anses å være kompetente til å ta behandlingsavgjørelser, er selvbestemmelsesretten begrenset. Dette gjelder for eksempel barn, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig psykisk utviklingshemning, pasienter med demens, bevisstløse pasienter og pasienter som er sterkt svekket.

Frihet er også en verdi i denne saken, herunder personlig fri-

«Det fins mange gode sykepleietiltak som bør forsøkes først.»

het, retten til et privatliv, bevegelsesfrihet og frihet i hverdagen til å kunne bestemme over enkle daglige aktiviteter.

OMSORG OG RESPEKT

Omsorg og respekt er sentrale verdier. Hvordan vise omsorg og respekt for pasienten som vandrer og samtidig ivareta omsorgen for de andre beboerne? Dilemmaet i dette spørsmålet, etisk og moralsk sett, er å ivareta denne ene pasienten, men også alle de andre pasientene, på en respektfull måte.

Tillit er også en verdi av betydning. Det er viktig at pasienter og beboere opplever både tillit og trygghet på den institusjonen der

de bor. I denne saken gjelder dette for den aktuelle pasienten, men også for medpasienter. Pårørende og samfunnet generelt har også en forventning om, og en tillit til, at helseinstitusjonen ivaretar pasientenes sikkerhet og trygghet.

ETIKK OG JUSS

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) er vår etiske verktøykasse som kan gi retning i vanskelige dilemmaer.

I YER punkt 2 omtales sykepleieren og pasienten slik: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». «Sykepleiens grunnlag bygger på respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene».

Kunsten er å ivareta disse verdiene overfor pasienten som vandrer og samtidig hensynet til de andre beboerne på sykehjemmet.

Rådet for sykepleieetikk er ikke spesialister innen juss, vi er først og fremst etikere. Vi viser allikevel til lovverket siden spørsmålet også omhandler juss. Samtidig vil vi minne om at jussen heller ikke er en eksakt vitenskap. I både etikk og juss behøves god skjønnsutøvelse og dømmekraft.

LOVVERKET

I denne saken viser vi til Pasientrettighetsloven, og spesielt kapittel 4A: «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.»

Formålet med reglene i kapittel 4A er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Det står også at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Lovverket gir til en viss grad en beskrivelse av hva som kan regnes som tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

Noen tiltak blir regnet som så inngripende at de er særskilt omtalt i loven; «dette gjelder innleggelse og tilbakeholdelse ved helseinstitusjon, varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske

innretninger og bevegelseshindrende tiltak med belter og liknende. Felles er at disse tiltakene har karakter av alvorlige integritetsinngripende tiltak»

Rundskrivet «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer» (1) beskriver fra side 115: «Nærmere om tilbakeholdelse, herunder låssystem.» Vi vet at dette er en aktuell problemstilling i tjenesteytelse til personer med demens i den kommunale helse- og omsorgstjenestene spesielt. Dette beskrives også spesielt i rundskrivet.

Det tydeliggjøres i lovverket at pasienter ikke kan isoleres på egne rom. Videre beskrives det at dersom dette ansees som et nødvendig tiltak, må vedtak om helsehjelp som omfatter tilbakeholdelse treffes for den enkelte beboer.

HVILKE HANDLINGSALTERNATIVER FINNES?

Rådet for sykepleieetikk anbefaler at det alltid må gjøres en grundig skjønnsmessig vurdering i hvert tilfelle dersom bevegelseshindrende tiltak skal iverksettes. Slike tiltak bør ikke være det første som iverksettes når pasienter er urolige.

Bemanning og i hvilken grad personalet har anledning til en tettere oppfølging av den enkelte pasient, er avgjørende. Det fins mange gode sykepleietiltak som bør forsøkes først. Pasientrettighetsloven kapittel 4A stiller også strenge krav om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt og dokumentert. Dette innebærer at helsepersonell skal forsøke å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang.

Rundskrivet «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer» (1) beskriver fra side 105 noen eksempler på tillitsskapende tiltak som kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Forskning har vist at god omsorg for pasienter med demens er at de ansatte alltid er beredt og fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, i tillegg til god kunnskap og kjennskap til pasienten.

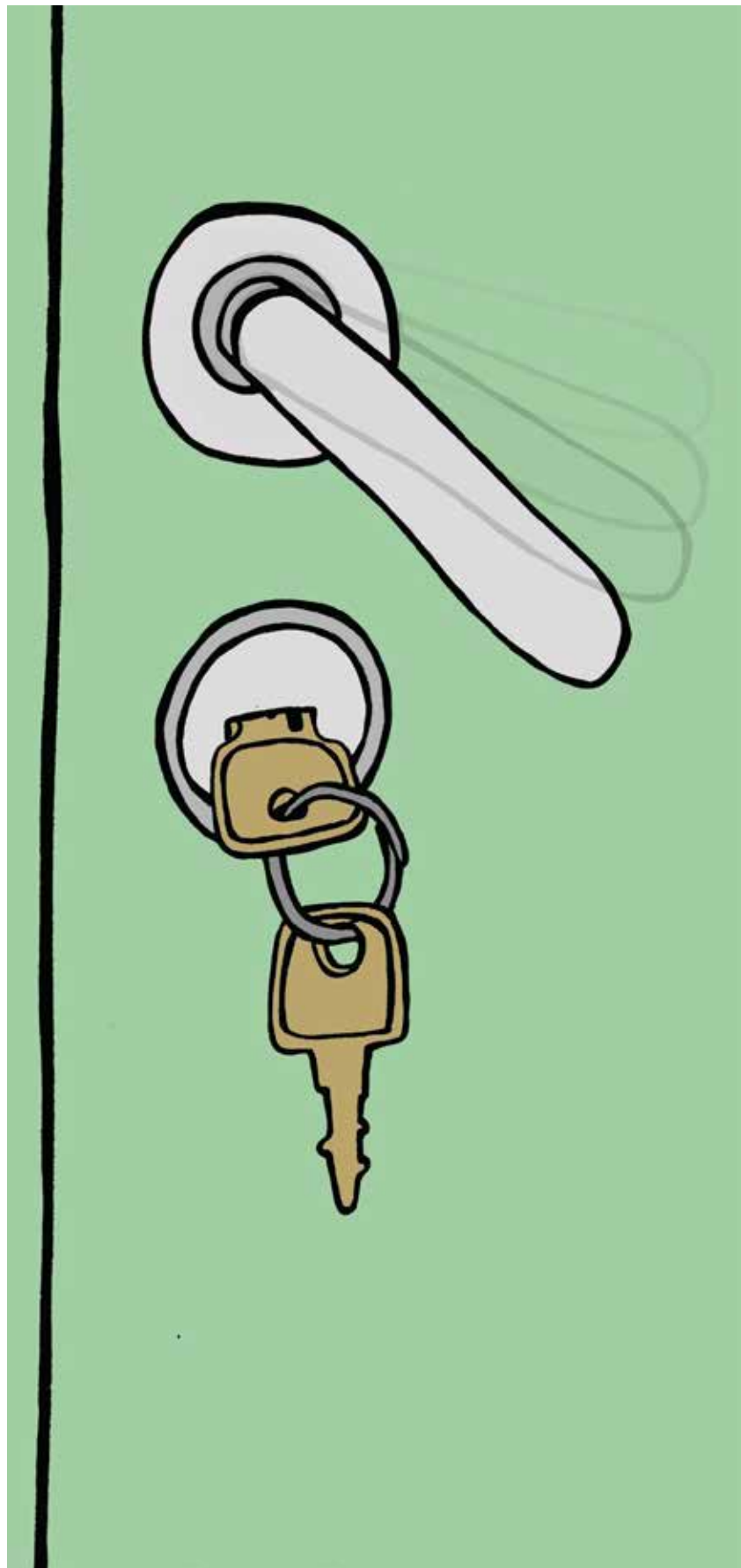
Som svar på spørsmålet om vi kan låse døren, ser vi det er en rekke forhold som må vurderes før det eventuelt kan fattes et enkeltvedtak slik loven beskriver. ●

Se også vår app: www.nsf.yrkesetikk.no

REFERANSER:

1. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter 63/1999. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208...>

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





HJEMMEMONITOR GIR TRYGGHET

Med implantert hjertestarter og hjemmemonitor kan pasientene overvåkes hjemmefra og trenger færre kontroller i poliklinikk.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.63162

Kristin J. Ramstad
spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Haukeland universitetssjukehus

Svein Færevand
hertespesialist, seksjonsleder og professor, Haukeland universitetssjukehus og UIB

Björg Anita Dalseid
sykepleier og hjemmemonitoransvarlig, Haukeland universitetssjukehus

Merete Drønen
spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie og masterstudent, Fitjar kommune og Høgskolen i Bergen

Tone Merete Norekvål
fag- og forskningsykepleier og professor, Haukeland universitetssjukehus, UIB og Høgskulen på Vestlandet

Med teknologi i stadig utvikling kreves det mer av både helsepersonell og pasienter. Behovet for kunnskap og informasjon er stort. I 2016 fikk 959 pasienter i Norge operert inn hjertestarter (ICD – Implantable Cardioverter Defibrillator), mot 891 i 2015 (1). Ifølge internasjonale retningslinjer skal pasientene følges opp jevnlig med kontroller hver tredje til sjette måned, med hyppigere kontroller når det nærmer seg tid for batteribytte (2). Kontrollene utføres ved sykehuspoliklinikker av hertespesialister med spesialkompetanse innen ICD-behandling.

Et høyere antall pasienter med ICD som skal kontrolleres, har gitt et større press på poliklinikkene. Behov for øyeblikkelig hjelp kan også oppstå og utløse fremmøtekontroller i poliklinikken. Det kan være symptomgivende hjerterytmeforstyrrelse, innslag fra ICD, økende grad av hjertesvikt og i noen sjeldne tilfeller tekniske problemer med enheten som gjør at pasienten må undersøkes (3–4).

Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvilke behov pasienter med ICD har som er knyttet til oppfølging med hjemmemonitor.

FJERNKONTROLL AV ICD

Tilgjengelig teknologi for fjernkontroll med webbaserte nettverk har

åpnet for hjemmekontroll av ICD. Haukeland universitetssjukehus var første sykehus i Norge til å ta i bruk slik teknologi i 2008, tett fulgt av Universitetssykehuset Nord-Norge. Siden den gang har stadig flere pasienter fått mulighet til slik hjemmemonitorering (4). Haukeland universitetssjukehus har i dag over 500 pasienter med hjemmemonitor fra fire ulike ICD-leverandører.

Den første ICD-produsenten som kunne tilby sine ICD-bærere hjemmemonitorering, gjorde dette så tidlig som i 2001. De fleste hjemmemonitorerene overfører automatisk data fra ICD når pasienten er i nærheten av monitoren. For hjemmemonitorering av eldre ICD-er må pasienten selv aktivere systemet ved å

trykke på en knapp på monitoren for å overføre data fra ICD-en (3–5).

Å LEVE MED ICD

Noen pasienter har hatt alvorlig hjertehendelse som hjertestans, eller alvorlig symptomgivende rask hjerterytme før implantasjon (sekundærprofylaktisk indikasjon). Andre som har fått ICD, har vært uten slike symptomer, men har en hjertesykdom med høy risiko for å få slike alvorlige hendelser (primærprofylaktisk indikasjon).

Pasientene har ulik opplevelse av det å ha fått behov for ICD. For noen kan det å ha en ICD være en vedvarende påminning om deres alvorlige hjertesykdom (6).

For å motvirke den angsten som kan være forbundet med det å ha ICD, er det viktig med praktisk informasjon om situasjoner som kan oppstå i dagliglivet, og om hvilke forholdsregler pasienten skal ta (7). Det er derfor essensielt at legene og sykepleierne tar seg tid til å informere om ICD-behandlingen og svare på spørsmål fra pasienten og pårørende.

Hensikten med hjemmemonitorering er å gi pasienten en tryggere og bedre behandling som også bedrer deres overlevelse. Pasientene er selv ansvarlige for å legge til rette for at overføring av data fra ICD via hjemmemonitoren kan gjennomføres. Derfor må de alltid

«Hensikten med hjemmemonitorering er å gi pasienten en tryggere og bedre behandling som også bedrer deres overlevelse.»

Fakta ●●●●

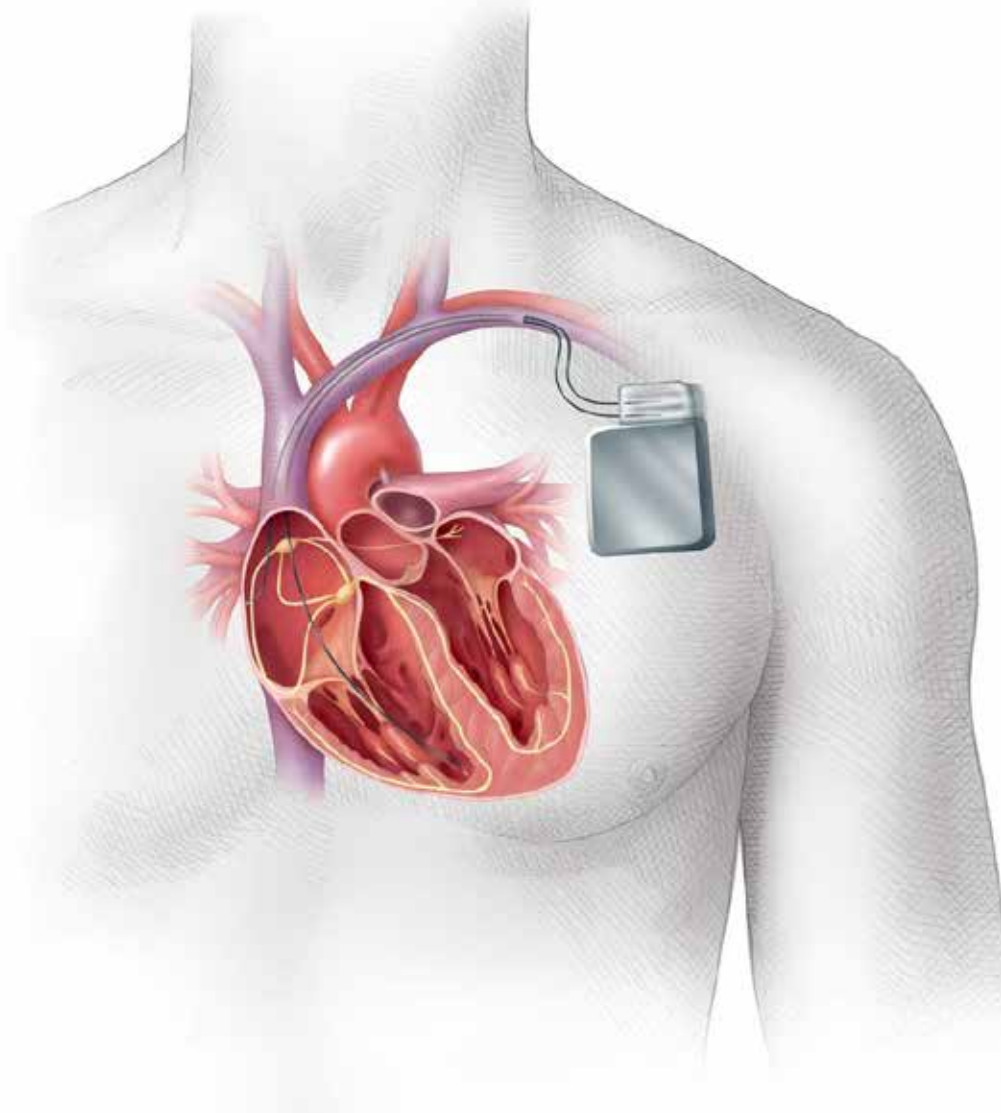
Hovedbudskap

Stadig flere pasienter får operert inn hjertestarter, og sykehuspoliklinikkene må dermed følge opp et økende antall pasienter. Hjemmemonitorering av implanterbar hjertestarter ble først tatt i bruk i Norge i 2008. Siden den gang har stadig flere pasienter fått et slikt tilbud. De får fremdeles tilstrekkelig oppfølging, selv om de ikke møter like ofte til polikliniske timer. Samtidig tar de større del i egen oppfølging. Pasientene må bruke hjemmemonitoren korrekt og selv legge til rette for å overføre data fra monitor til hjertepoliklinikkene.

Nøkkelord

- Hjertesvikt
- Hjertestarter
- Poliklinikk

Figur 1. Implantert hjertestarter (ICD)



ICD plassert under venstre kragebein i en lomme under huden med elektroder gjennom venen ned til høyre forkammer og høyre hjertekammer. Illustrasjon: Molly Borman, LHL

veiledes detaljert og grundig i hvordan hjemmemonitor skal brukes. Pasientene må passe på å ha hjemmemonitoren koplet opp, og de må oppholde seg i nærheten av den ved tidspunktet for overføring. Enkelte pasienter tror at de ikke har behov for hjemmemonitoren. Årsaken kan være at de er engstelige for å ta i bruk ny teknologi og redde for å gjøre feil.

HJERTESTARTER (ICD)

En ICD opereres inn nedenfor venstre kragebein (se figur 1). Enheten består av en pulsgenerator som inneholder batteri, mikroprosessor, elektriske kretser og kondensator. Den består også av sense-/paceelektrode i høyre hjertekammer (ventrikkel), ved behov også i høyre forkammer (atrium), samt defibrilleringscoiler plassert på

elektroden i høyre hjertekammer. Batterilevetiden er vanligvis fem til åtte år, avhengig av hvor mye ICD-enheten er aktiv i tillegg til hvor mye strøm som kreves for at elektroden skal gi impulser (6, 9).

En ICD registrerer (senser) hvordan hjertet slår. Den vil oppdage for sakte hjerterytme (bradykardi), anfall av rask farlig hjerterytme (ventrikulær takykardi) samt hjertestans

(ventrikelflimmer/asystoli) (10).

Ved senset bradykardi eller asystoli blir hjertet elektrisk stimulert (pacet), slik at man opprettholder hjerteaksjon (6, 10). Ved behov kan ICD-en umiddelbart behandle en alvorlig rytmeforstyrrelse.

Dersom ICD-enheten senser ventrikeltakykardi, startes antitakykardipacing (ATP). Hjertet stimuleres

Fakta

Begrepsforklaringer

Hjemmemonitoring: Webbasert poliklinisk oppfølging. ICD-enheten er utstyrt med en mikroantenne som overfører data til en ekstern overfører (hjemmemonitor). Data overføres så via GSM-nett til en sikker database som helsepersonell kan logge seg på via internett.

ICD: Implantert hjertestarter som overvåker hjerterytmen og kan gi elektrisk sjokk for å avbryte en livstruende rask arytm. Den har også funksjon som en pacemaker som behandler langsom hjerterytme ved å gi elektrisk stimulering av hjertet.

Implantasjon: Foregår i lokalbedøvelse. ICD-enheten legges under huden fortrinnsvis nedenfor venstre kragebein.

Oppfølging: Kontroll i poliklinikk én måned etter implantasjon, deretter én gang i året. Kontroll hver tredje til sjette måned med hjemmemonitor.

Primærprofylaktisk indikasjon: Livstruende arytm har ikke oppstått, men pasienten har økt risiko på bakgrunn av hjertesykdom. Pasienter med hjertesvikt eller pasienter som er genetisk disponert for alvorlig arytm (for eksempel langt QT-syndrom, arytmiogen høyre ventrikkelkardiomyopati [ARVC – Arrhythmiogenic Right Ventricular Cardiomyopathy], hypertrofisk kardiomyopati [HOCM – Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy]) er aktuelle kandidater.

Sekundærprofylaktisk indikasjon: Pasienten har hatt livstruende arytm: vedvarende rask ventrikeltakykardi eller ventrikelflimmer som ikke er utløst av forbigående tilstander eller tilstander som kan behandles.

Sykehusinnleggelse: Ved planlagt ukomplisert ICD-implantasjon varer sykehusoppholdet to til tre dager.

Kilder: (4, 6, 8, 9)



da med en serie på seks til ti elektriske impulser som er litt raskere enn takykardien, og som derved kan genoprette normal hjerterytme. Denne behandlingen er helt smertefri for pasienten, og ofte oppdager pasienten ikke at vedkommende har hatt en alvorlig, livstruende rytmeforstyrrelse. Ved vedvarende rask ventrikkeltakykardi eller ved ventrikkelflimmer blir støt på 30–40 joule avgitt (defibrillering). Som regel er ett støt nok til å avbryte rytmeforstyrrelsen (6, 10).

Ved alvorlige hendelser, slik som rask ventrikkeltakykardi, vil som oftest pasienten besvime før støt blir avgitt, men pasienter kan oppleve å få støt i våken tilstand.

Det kan være en ubehagelig opplevelse å motta støt, men det varierer fra person til person. Pasientene beskriver det som «til å leve med», men også som «å bli slått

med balltre». Dersom pasienten opplever å motta støt og føler seg kjekk i etterkant, kan lege eller kontrollsenter kontaktes samme eller påfølgende dag. Hvis derimot flere støt blir avgitt, eller hvis pasienten er uvel etter anfallet, skal man ringe etter ambulans (9). Pasientene kan også oppleve å motta støt uten at det er hensiktsmessig. Det er to hovedgrunner til dette:

- supraventrikulær arytmi, oftest atrieflimmer, og
- feil med enheten som eksempelvis ledningsbrudd (9, 11).

Dersom pasienten har mistanke om at et sjokk er uhensiktsmessig, er det viktig å ta kontakt med lege straks, slik at ICD-en kan bli avlest og nødvendige tiltak iverksatt. Slike tiltak kan være å justere enhetens innstillinger, justere pasientens medisiner mot supraventrikulær takykardi eller bytte ledninger.

HJEMMEMONITORERING

Hjemmemonitorering har vist seg å være et godt alternativ til ICD-kontroll i poliklinikk (se figur 2) (12). Monitoreringen foregår via et webbasert nettverk som tillater overfø-

ring av data over GSM-nettet (se figur 3 s. 68).

En ICD kommuniserer med hjemme-

monitoren via en mikroantenne med rekkevidde på 0–3 meter for overføring (3–5). Overførte data lagres i sikre databaser. Autoriserte fagpersoner i poliklinikkene har tilgang til å lese av databasene med personlig passord (12).

Hjemmemonitorering som ICD-leverandøren har utviklet, har litt ulike metoder for å lese av ICD-er, men alle benytter et lukket medisinsk og beskyttet system til å overføre data fra ICD-en til hjemmemonitoren. Det er så å si umulig at uvedkommende kan avlese data fra ICD-en eller hjemmemonitoren ved såkalt datahacking. Man kan heller ikke endre vitale innstillinger i ICD-en ved hjelp av en hjemmemonitor.

Når hjemmemonitoren er koplet til internett, kan tidspunktet for kontrolloverføring fra ICD-en programmeres inn i pasientens ICD. Eksempelvis overfører et av systemene automatisk sendinger av data hver natt. Et annet sender data automatisk på tidspunktet som er stilt inn av personellet ved poliklinikken. Hvis det oppstår hendelser som overskrider de innprogrammerte alarmgrensene for ulike funksjoner i ICD-en, vil den automatisk overføre hendelsene når pasienten kommer nær hjemmemonitoren.

Med unntak av én ICD-leverandør har alle innopererte ICD-enheter alarm, enten som lydsignal eller vibrasjon eller begge deler, som pasienten kan høre eller føle når alarmgrenser overskrides. Disse alarmene gjentas frem til de programmerte tidspunktene slås av ved kontroll av ICD-en i poliklinikken på sykehuset. Da de fleste

«De nyeste ICD-modellene selvtester de samme målingene som gjøres ved poliklinisk kontroll.»

Figur 2. Trådløs hjemmemonitor



Hjemmemonitor med løst «hode» til å legge over ICD-enheten når data skal overføres. Foto: Medtronic

systemene nå er koplet til GSM-nettet, gir det mulighet til monitorering også borte fra hjemmet (3–5, 13).

Pasientene møter fremdeles til polikliniske kontroller, men ikke like hyppig, da deler av kontrollene gjøres hjemmefra (2). Hvis det oppstår en hendelse, eller det er mistanke om en hendelse, kan informasjon sendes fra ICD-enheten. De nyeste ICD-modellene selvtester de samme målingene som gjøres ved poliklinisk kontroll. Man får også oversikt over eventuelle hjerterytmeforstyrrelser samt pasientens hjerterytme ved kontrolltidspunktet (4).

For at hjemmemonitorering skal være effektivt, krever den oppmerksomhet både fra helsepersonell og pasient samt god opplæring av pasientene. Pasienten må sette opp monitoren slik at den er klar til bruk, ta med monitoren hvis vedkommende er borte over tid fra hjemmet, og passe på at monitoren har strøm. Disse momentene er avgjørende for at ICD-en skal kunne sende data (13).

BRUKERMEDVIRKNING

Det blir stadig viktigere at pasienten skal medvirke i å følge opp egen helse og behandling. Brukermedvirkning er avgjørende i et helsefremmende perspektiv (14). Begrepet benyttes om ulike metoder som bidrar til at helsepersonell vektlegger pasientenes erfaringer, og det beskriver relasjonen mellom behandleren og pasienten. Den som mottar helsehjelp, involveres til å delta aktivt i behandlingen, og pasientens perspektiv preger i større grad utformingen av hjelpen som ytes (15, 16).

Pasientrettighetsloven §3-1 forankrer retten til medvirkning og bygger på prinsippet om selvbestemmelse (17). Samtidig vil det variere hvor mye pasienten deltar og hvilken innflytelse pasienten har, men målet er at pasienten medvirker optimalt sett fra sitt ståsted. Det er sentralt at lege og sykepleier ser viktigheten av brukermedvirkning og aktivt legger til rette for og inviterer til det (16).

Sykepleiere spiller en viktig rolle for pasientenes forståelse av og tilpasning til sin nye livssituasjon,

som ICD og hjemmemonitorering innebærer (6). Det viktig at helsepersonellet formidler tro på pasientens mestringsevne for å bidra til at pasienten håndterer egen helse på en god måte. (14). Ved at Olav vet når og hvordan hjemmemonitoren skal brukes hvis han mistenker at det har oppstått en hendelse, og selv kontakter poliklinikk, er han aktiv i sin egen oppfølging (se kasuistikk).

BEDRET LIVSKVALITET

Fra et pasientperspektiv vil nytten av å få implantert en ICD være å få bedret livskvaliteten siden alvorlige hjerterytmeforstyrrelser behandles øyeblikkelig og ofte smertefritt (ATP), og tidlig død kan forhindres.

«Etter en alvorlig hendelse kan en ICD gi trygghet.»

Noen pasienter har allerede opplevd alvorlige hjerterytmeforstyrrelser, mens andre har fått ICD fordi de har en hjertesykdom som gir høy risiko for alvorlige og ofte dødelige rytmeforstyrrelser. Den tryggheten en implantert ICD faktisk gir, må pasienten selv bli fortrolig med følelsesmessig, men grunnlaget må legges av legen og sykepleieren som behandler vedkommende (18).

Det er viktig å se hver pasient som enkeltindivider og kartlegge hva pasienten vet, og hvilket informasjonsbehov som foreligger. Begrepet «empowerment» beskriver en prosess som vektlegger omfordeling av innflytelse fra fagfolk til bruker. Med dette menes pasientens rett til å medvirke, få informasjon og bli hørt (19).

Etter en alvorlig hendelse kan en ICD gi trygghet. Men for en pasient som har fått implantert ICD på grunn av fare for arytmi, kan det også være traumatisk å oppdage at faren for plutselig død er så stor at det er behov for hjerterestarter (9). For Olav,

som har overlevd hjerrestans, kan en ICD bidra til trygghet. Når man ikke har pårørende rundt seg og lang vei til nærmeste sykehus, kan det gi større trygghet å ha mulighet til å få lest av ICD-en sin hjemmefra og ha kontakt med lege og sykepleier som veileder og støtter.

Fakta

Kasuistikk

Olav, som er 65 år gammel, har gjennomgått et stort hjerteinfarkt med påfølgende hjerrestans. Da risikoen for ny alvorlig hjerte hendelse er til stede, får han operert inn en ICD sekundærprofylaktisk. Olav er enkemann med lang vei til både nærmeste nabo og sykehus. Da Olav reiste hjem fra sykehuset, fikk han med seg en hjemmemonitor. Han fikk opplæring av en sykepleier over telefon etter hjemkomsten.

Olav lever godt med sin ICD, og hver tredje til sjette måned gjennomføres planlagte kontroller via hjemmemonitoren. Etter hver innsending blir han kontaktet av en sykepleier fra poliklinikken. Sykepleieren informerer om eventuelle hendelser som ICD-en har registrert, og om status på enhetens batterilevetid. Olav har også mulighet til selv å kontakte sykepleieren per telefon.

PASIENTVEILEDNING

For at pasientene skal kunne nyttiggjøre seg den tryggheten en ICD gir, er det viktig at sykepleiere veileder pasientene i hvordan de skal forholde seg til det å leve med ICD (18). Veiledning kan defineres på flere måter, blant annet som å legge til rette for læring og utvikling eller forandring, slik at den fremmer empowerment (19).

Når sykepleiere veileder pasienter, er de gitt en ekspertrolle – en rolle pasientene ofte etterspør. Pasientene ønsker gjerne å bli fortalt hva som er best for dem, og hva de skal gjøre. Det kan da bli en utfordring for sykepleiere å legge til rette for brukermedvirkning (19). Hvis sykepleiere som innehar denne ekspertrollen, har for dårlig forståelse av kunnskapsnivåene som kreves i behandlingen av pasienter med ICD, kan det føre til at pasientene ikke blir godt nok ivaretatt (7).

Sykepleiere kan bruke gode samtaleferdigheter som et middel til å forstå pasientene og yte bedre omsorg (20). Sykepleiere må være i stand til å møte pasientene med tilstrekkelig kunnskap og støtten kommunikasjon for å hjelpe dem med å godta å leve med sin ICD. Dette er spesielt viktig for de pasientene som har angst for å få elektrisk sjokk fra ICD-en (21).



Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

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

Wima® produkter

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





Figur 3. Automatisk kontroll av ICD med innstilling av kontroll på sykehuset, overføring av data i hjemmet og sending tilbake til sykehuset



Sykepleieren stiller inn ønsket kontrolltidspunkt på nettsiden til det aktuelle hjemmemonitoringssystemet. Hjemmemonitoren er plassert innenfor rekkevidde slik at ICD-enheten overfører data på innstilt tidspunkt. Data overføres til en sikker database som helsepersonellet har tilgang til i poliklinikk. Illustrasjon: Medtronic



Når Olav mottar telefon etter sending via hjemmemonitoren, er det viktig at han blir møtt av en kompetent sykepleier som gir en oppdatering om hvordan ICD-en fungerer. Samtidig skal det være rom for at Olav kan stille spørsmål og få den nødvendige veiledningen han trenger.

FORDELER OG ULEMPER

Automatisk overføring via hjemmemonitoring gir en kontinuerlig oppfølging av pasienter i stor skala og mye raskere diagnostikk av medisinske og tekniske hendelser hos ICD-pasientene. (22). Med hjemmemonitoring sparer pasientene og ofte pårørende som må følge, tid da resultatet fra hjemmemonitoreringen ofte viser at pasienten ikke trenger å reise til nærmeste poliklinikk. Olav sparer dermed en lang og kostbar reise (11, 23).

Over tid vil de fleste pasientene leve godt med sin ICD og oppnå en tilfredsstillende livskvalitet (21). Angsten for å motta elektrisk sjokk fra ICD, smerten ved avgitte sjokk og hyppigheten av sjokk kan ha store psykososiale konsekvenser og gi redusert livskvalitet. Andre utfordringer som opptar pasienten, er bekymring rundt sykdommen som førte til at ICD ble implantert, den kontinuerlige overvåkingen av ICD-en og mestringen av å vende

tilbake til et normalt liv (18, 21, 24).

Støttende oppfølging fra lege og sykepleier kan virke positivt inn på pasienter som har angst for det å leve med ICD, samt gjøre pasienten tryggere på at ICD-en virker når den skal. Pasientene kan få høyere stressnivå og mer angst hvis oppfølgingen fra behandlende helsepersonell fremstår som likegyldig eller kritisk, og dermed ikke oppleves som støttende (18, 21).

Når helsepersonell følger opp via hjemmemonitor, mister de muligheten til å kommunisere med pasienten ansikt til ansikt. Selv om hjemmemonitoring er besparende for sykehusene, kan den ikke erstatte direkte kontakt, som er viktig for mange pasienter (3, 25). For at pasientene skal oppleve trygghet med hjemmemonitoring, er det viktig å ivareta forholdet til pasientene gjennom telefonkontakt, både ved overføring og ved manglende overføring (22, 25).

Pasientene med ICD-hjemmemonitor følges opp ved fremmøtekontroller hos hjertespesialist med kompetanse i ICD-behandling samt ved regelmessige besøk hos fastlege. Ofte kontrolleres disse pasientene også på sykehusets hjertesviktpoliklinikk for å optimalisere den medisinske behandlingen (26). Hensikten er å gi pasientene en best mulig medisinsk kontroll og

behandling for sykdommen som har ført til at de fikk ICD.

DAGENS PRAKSIS

Haukeland universitetssjukehus bruker hjemmemonitoringssystem for alle pasientene med ICD. Hvilken type monitor avhenger av

ICD-produsent, og oppfølgingen er noe ulik. To sykepleiere ved hjerteavdelingens poliklinikk jobber med å følge opp pasienter med ICD og hjemmemonitor, underviser pasientene i systemene og bruken av monitoren. Sykepleierne jobber to dager i uken hver

med å gå gjennom de planlagte innsendingene.

Dersom monitoren foretar uplanlagte sendinger fordi det har oppstått en hendelse, vil ansvarlig lege eller sykepleier motta en e-post om dette. Så snart helsepersonellet har mulighet, ser de gjennom dataene, hovedsakelig i poliklinikkens åpningstid. Sykepleierne journalfører rapporter, som videre godkjennes av kompetent kardiolog i ICD-behandling. Pasientene får alltid telefon om resultatet av overføringen, både planlagte og uplanlagte sendinger.

Om den planlagte sendingen

«Pasientene får alltid telefon om resultatet av overføringen, både planlagte og uplanlagte sendinger.»

ikke registreres som gjennomført, blir pasientene kontaktet for å avklare årsaken til dette og sette opp ny avtale for overføring. Pasientene kan også ringe inn til en sykepleier. Selv om telefonen ikke er åpen alle dager, blir nummeret lagret og pasientene ringt opp igjen.

Hjerteavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus tilbyr kurs for pasienter med nyimplantert ICD. Kurset er i samarbeid med Lærings- og Meistringssenteret ved sykehuset og ICD-gruppen til Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Kurset tar for seg aktuelle behov hos pasienter med ICD. Pasienter og pårørende får dessuten mulighet til å møte andre i samme situasjon og treffe helsepersonell på en annen arena enn i den travle sykehushverdagen. Gjennom kursprogrammet skal pasienten få mer kunnskap om sykdommen og behandlingen med oppmerksomhet på dagliglivets utfordringer, hjemmemonitorering, fysisk aktivitet og medikamentbruk i forbindelse med hjertesykdom (27).

OPPSUMMERING

Bruk av hjemmemonitor fører til raskere diagnostikk av medisinske hendelser og tekniske problemer med ICD, reduserer behovet for sykehusinnleggelse og reduserer

dødeligheten for denne pasientgruppen. Dersom ICD-pasienten har mistanke om eller opplever hjerterytmeforstyrrelse eller elektrisk sjokk fra ICD-en, kan bruk av hjemmemonitor raskt avklare om det er behov for undersøkelse på poliklinikken eller legevakten, eller innleggelse i sykehus.

Å leve med sykdommen som førte til at ICD var nødvendig, påvirker som regel pasientenes livskvalitet. Det må tilrettelegges for at pasientene skal føle den tryggheten ICD faktisk gir dem. Det er viktig at pasientene føler at de blir sett og får tilstrekkelig oppfølging, selv om de ikke møter så ofte til fremmøtekontroller av ICD-en. Slik trygghet oppnås ved at pasientene følges opp av leger og sykepleiere med god fagkunnskap innen ICD-behandling. Erfaringsmessig har denne kompetansen hos helsepersonell stor innvirkning på hvor tilfredse pasientene er med hjemmemonitoreringen. For at pasientene skal få best nytte av hjemmemonitorering av ICD, er det viktig med tidlig og god opplæring, med oppmerksomhet på egenomsorg og praktisk brukermedvirkning. Pasientene må få tydelig beskjed om at hjemmemonitorering av ICD ikke erstatter medisinske kontroller hos fastlege, hjertespesialist og på hjertesviktpoliklinikker. ●

REFERANSER:

1. Platou ES, Steen T. Norsk pacemaker- og ICD-statistikk for 2016. Hjerteforum 2017;2(30):56–66.
2. Wilkoff BL, Auricchio A, Brugada J, Cowie M, Ellenbogen KA, Gillis AM et al. HRS/EHRA expert consensus on the monitoring of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs): Description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations. Europace 2008;10:707–25.
3. Burri H, Senouf D. Remote monitoring and follow-up of pacemakers and implantable cardioverter defibrillators. Europace 2009;11:701–9.
4. Færrestrand S. Telekardiologi for fjernmonitorering av pacemaker og ICD. Hjerteforum 2010;23(3):37–54.
5. Sticherling C, Kühne M, Schaar B, Altmann D, Osswald S. Remote monitoring of cardiovascular implantable electronic devices: prerequisite or luxury? Swiss Med Wkly 2009;139(41–42):596–601.
6. Thylén I. Vård av patient med ICD. I: Fridlund B, Malm D, Mårtensson J (red.). Kardiologisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur, 2012. (s. 151–73).
7. Norekvål TM, Peersen LRL, Seivaag K, Fridlund B, Wentzel-Larsen T. Temporal trend analysis of nurses' knowledge about implantable cardioverter defibrillators. Nurs Crit Care 2015;20(3):1463–54.
8. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J et al. ESC guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Europace 2015;17(11):1601–87.
9. Platou ES. Pacemaker og ICD-behandling. I: Forfang K, Istad H (red.). Kardiologi: Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012. (s. 202–12).
10. Sigurd B, Sandøe E. Klinisk elektrokardiologi. Bingen: Publishing Partners Verlags; 2002.
11. Braunschweig F, Boriani G, Bauer A, Hatala R, Herrmann-Lingen C, Kautzner J et al. Management of patients receiving implantable cardiac defibrillator shock. Recommendations for acute and long-term patient management. Europace 2010;12:1673–90.
12. Petersen HH, Larsen MC, Nielsen OW, Kensing F, Svendsen JH. Patient satisfaction and suggestion for improvement of remote ICD monitoring. J Interv Card Electrophysiol 2012;34:317–24.
13. Crossley GH, Boyle A, Vitense H, Chang Y, Mead H. The CONNECT (Clinical Evaluation of Remote Notification to Reduce Time to Clinical Device) trial: The value of wireless remote monitoring with automatic clinician alerts. J Am Coll Cardiol 2011;57(10):1181–89.
14. Lerdal A, Fagermoen MS (red.). Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2011.
15. Andreassen TA. Brukermedvirkning i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2005.

16. Hansen H (red.). Faglig skjønn og brukermedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
17. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter m.v. (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 16.08.2017).
18. Sears SF, Matchett M, Conti JB. Effective management of ICD patient psychosocial issues and patient critical events. J Cardiovasc Electrophysiol 2009;20:1297–304.
19. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
20. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2007.
21. Morken IM, Norekvål TM, Bru E, Larsen AI, Karlén B. Perception of healthcare professionals' support, shock anxiety and device acceptance among implantable cardioverter defibrillator recipients. J Adv Nurs 2014 Sept;70(9):2061–71.
22. Varma N, Epstein AE, Irimpen A, Schweikert R, Love C. Efficacy and safety of automatic remote monitoring for implantable cardioverter-defibrillator follow-up. Circulation 2010;122:325–32.
23. Raatikainen MJP, Uusimaa P, van Ginneken MME, Janssen JPG, Linnaluoto M. Remote monitoring of implantable defibrillator patients: a safe, time-saving, and cost-effective means for follow-up. Europace 2008;10:1145–51.
24. Thomas SA, Friedmann E, Kao CW, Inguito P, Metcalf M, Kelley F et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. Am J Crit Care 2006;15:389–98.
25. Ricci RP, Morichelli L, Quatra L, Sassi A, Porfili A, Laudadio MT et al. Long-term patient acceptance of and satisfaction with implanted device remote monitoring. Europace 2010;12(5):674–9.
26. Fållun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesialkompetanse. Sykepleien 2013;13:68–70. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/hjertesvikt-krrever-spesialkompetanse> (nedlastet 23.08.2017).
27. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus. ICD – Å leve med hjertestarter. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/arrangementer/icd-a-lev-med-hjertestarter> (nedlastet 05.09.2017).

FAGARTIKLER:

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



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

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

Bestill produktvisning og utprøving nå!

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





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:



Oversettelse og psykometrisk testing av The Family Collaboration Scale

Bakgrunn: Instrumentet The Family Collaboration Scale (FCS) er utviklet for å undersøke pårørendes opplevelser rundt samarbeid med pleiepersonalet når svekkete eldre er akutt innlagt i sykehus.

Hensikt: Studiens hensikt var å oversette FCS fra dansk til norsk. Forfatterne ønsket også å teste de måletekniske egenskapene til den oversatte versjonen på et utvalg pårørende til svekkete eldre pasienter etter akutt innleggelse for medisinsk behandling i sykehus.

Metode: Instrumentet ble oversatt etter internasjonale kriterier. Den norske versjonen er testet i en tverrsnittsstudie med 147 pårørende til pasienter over 65 år. Reliabilitet er testet gjennom analyser av intern konsistens og test–retest. Validitet er vurdert gjennom bedømming av innholds- og begrepsvaliditet.

Resultat: Reliabilitet analysert med Cronbachs alfa og intraklassekorrelasjonskoeffisient (ICC) viste verdier over 0,7 for de fem opprinnelige dimensjonene. En ekspertgruppe og pårørende bedømte innholdsvaliditeten som tilfredsstillende. Begrepsvaliditet, vurdert gjennom eksplorerende faktoranalyse, viste at den opprinnelige dimensjonsstrukturen i noen grad ble gjenskapt, men det framkom tre nye faktorer.

Konklusjon: Den norske versjonen av FCS er i hovedsak et reliabelt og valid instrument for å måle pårørendes erfaringer relatert til samarbeid med pleiepersonalet når svekkete eldre pasienter er akutt innlagt i sykehus. Før instrumentet brukes i forskning og praksis, anbefaler forfatterne videre testing på et større utvalg for ytterligere vurdering av begrepsvaliditet.

Forfattere:

Jill-Marit Moholt og Tove Aminda Hanssen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»

Bakgrunn: Et økende antall dødsfall skjer i sykehjem. Det stiller store krav til sykehjemmet som arena for terminalpleie og til helsepersonellet som skal yte denne tjenesten. Derfor er det behov for mer kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer at døende pasienter blir ivaretatt i sykehjem.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer med døende pasienter i sykehjem. Forskningsspørsmålene setter søkelys på hva som er nødvendig for optimal behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.

Metode: Tre fokusgruppeintervjuer med til sammen tolv sykepleiere genererte data. Forfatterne benyttet kvalitativ innholdsanalyse som metodisk tilnærming.

Resultat: Sykepleiernes mål er å utøve faget slik at pasientene får optimal symptomlindring. I tillegg skal de ivareta pårørendes behov. Sykepleierne erfarer at kompleksiteten i pleie, omsorg og behandling av døende pasienter i sykehjem fordrer mer av alt, noe som innebærer betydelig kunnskap, ferdigheter og holdninger for å møte den døendes behov for lindrende behandling, pleie og omsorg. Funnene viser at sykepleierne ofte er «alene om alt» siden sykehjemmet har lav bemanning, og medarbeiderne har mangelfull sykepleiefaglig kompetanse. Det forventes at sykepleierne skal være dyktige klinikere, utøve lederskap samt gi råd og veiledning til pårørende og medarbeidere.

Konklusjon: Sykepleierne beskriver at sykepleie til døende i sykehjem krever «mer av alt», samtidig som de opplever å være «alene om alt». Opplæring av medarbeidere må prioriteres siden det er få tilsatte sykepleiere.

Forfattere:

Sandra Jahr Svendsen, Bjørg Th. Landmark og Ellen Karine Grov



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Påfyll

Del 3 Sykepleien 08 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta



DIKT SOM FENGER: Kristin Storrustens debut er allerede trykket i andre opplag. Foto: Nina Hernæs

Desperate dikt

Barsel. Når ungen bare skriker og skriker. For Kristin Storrusten ble det til dikt. **74**



Liv laga. Eksperter på bæsje. **73**



Syfilis. Albertine måtte til pers hos politilegen. **78**



Bok. Medisinsk historie fra antikken til nå. **77**



Dikt



Hverdagsscene IV

*I kveldingen en mørk desemberdag
går jeg nedover Vøiensvingen –
en ung far stopper på fortauet
og sier til barnet i vognen: Se på
stjernene!*

*Jeg går forbi og kikker opp,
men ingen stjerner er synlige i kveld.
Da er det jeg senker blikket og ser dem,
julestjernene i vinduene
på pleiehjemmet.*

*Slik vil kjærligheten alltid peke
mot noe like under horisonten,
som for å si oss at den kanskje –
at den kanskje
hører hjemme her.*

Ulrik Farestad, *Sangen og katastrofen*, Bokvennen, 2017

Om forfatteren



Ulrik Farestad

Ulrik Farestad (1984) debuterte som poet i 2013. *Sangen og katastrofen* er hans andre dikt-samling. Han er litteraturviter av utdanning.

Farestad behersker klassiske verseformer og metrikk, men hans motiver er hentet fra vår samtid. Dermed henter han frem den klassiske poesiens storhet i sine observasjoner av byliv og hverdag.

ET SYKEPLEIERLIV: Aud Ofte-
stad har utgitt sin historie på
Kolofon forlag. Bildet er fra et
tidligere intervju. Arkivfoto:
Erik M. Sundt



– Viktig å kjenne seg selv når
man skal hjelpe andre

**BLE SOM DET BLE: Pensjonert sykepleier og helse-
søster Aud Oftestad har skrevet bok om livet sitt.**

– En må være åpen for det man har gjennomgått i livet og bearbeide det, sier hun.

– Så kan en gå videre og bruke erfaringene slik en har nytte av.

I *Veien jeg gikk* skriver Oftestad om livet fra hun var liten pike frem til hun fikk oppfylt sin store drøm: Å stå på scenen med Kringkastingsorkesteret. Da var hun 80 år.

– Jeg vokste opp i et pietistisk miljø og dro hjem-mefra som 16-åring, forteller hun.

– Siden da har jeg klart meg selv, sånn som mange andre måtte på den tiden.

I hennes situasjon var det to muligheter: Gå lærer-skole eller sykepleien. Hun valgte sykepleien og ble

senere helsesøster. Det var en jobb hun også hadde personlig nytte av, siden hun fikk gå i veiledning.

– Å være profesjonell er viktig, understreker hun.

– Helsepersonell skal holde en nødvendig distanse, men ved å kjenne seg selv, ved å være på plass i den man er, så blir det lettere å hjelpe andre mennesker. Vi som jobber med mennesker må være på plass.

Men om hun hadde vært ung i dag, ville hun ikke valgt sykepleie.

– Nei. Det var den veien jeg måtte gå, fordi det ikke var noe annet. Men jeg beklager det ikke. Jeg tenker det hadde vært fint om det hadde vært annerledes, men jeg godtar at det ble sånn og synes jeg fikk mye ut av den veien jeg tok.

Hun sier boken handler om livet slik det er, om håp, kraft og kjærlighet. ●



**Jordmorboka
oppdatert**

Jordmorboka skal formidle jordmorfaget i en norsk kontekst. Andre utgave er oppdatert etter ny internasjonal forskning og fagutvikling, samtidig som utgangspunktet er norsk praksis, norske lover og samfunnsforhold. Boken er skrevet for jordmorstudenter. Redaktører er Anne Brunvoll og Eva Tegnander.

**Tegnehanne med
bok om sykepleie**

I *Blod, svette og tressis* forteller Hanne Sigbjørnsen om egen sykepleierkarriere. Den har hun nå satt på vent, fordi hun gjør det så bra som sitt alias Tegnehanne. Dette er den tredje boken hun gir ut, og hun tar for seg årene på utdanningen og årene som sykepleier. Hun avviser heller ikke at hun kan bli sykepleier igjen.

Bøker. Tre om å leve med det vanskelige

Kunsten leve med døden

DØDEN: Inge Eidsvåg har fylt 70 og erkjenner at døden rykker nærmere. Med boken *Døden. Livets følgesvenn* graver han seg ned i kulturhistorien, samtiden og litteraturen. Hvordan lever vi, og hvordan har vi levd med døden? Han skriver om dødsangst, selvmord, eutanasi, sorg og henter inn stemmer fra verdenslitteraturen så vel som blogger fra døende.



Cappelen Damm, 2017

Aksept og mestring

RECOVERY: Om vi faktisk skal begynne å skape pasientens helsetjeneste, må det skje endringer. Recoverybegrepet er en nøkkel for å skape denne endringen i tjenester innen rus og helse. Pasienten må selv få forme hva slags liv de ønsker å leve, skape mening i livet og utvikle et nettverk. Men boka *Recovery* gir Bengt Karlsson og Marit Borg en innføring i denne tenkemåten for rus- og psykiatrifeltet.



Gyldendal akademisk, 2017

Livet med stemmer i hodet

SCHIZOFRENI: Men boken *Schizofreni – til å leve med* har Dawn Elizabeth Peleikis og Sivje Cathrine Felldal ønsket å trekke en av våre mest myteomspunnete diagnoser ned på jorda og inn i hverdagen. Inspirert av humanistisk sykdomsforskning søker de å forstå sykdommen gjennom et innenfraperspektiv og undersøke hvordan den former betingelsene for livet.



Gyldendal akademisk, 2017

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Ekspert på det viktigste

Sjelden har jeg opplevd større faglig tilfredsstillelse enn da jeg klarte å forløse en tidagers opioidrelatert forstoppelse hos en sengeliggende pasient med truende tverrsnittlesjon og tømmerstokkregime. (Suksessoppskriften var microlax som oppvarming med fem minutters virketid, etterfulgt av kroppstemperert oljeklyster i rekturmsonde).

Jeg var sprekkeferdig av stolthet og følte endelig at jeg kunne bære sykepleietittelen med rette.

For vi sykepleiere er jo veldig interessert i bæsje. Du skal ikke spise veldig mange lunser på et gjennomsnittlig personalrom i helsevesenet før du er vant til at dette er et tema som uten problemer kan diskuteres over maten. Vi setter entusiastisk små og store A-er i kurvene og henter gjerne kollegaer inn på skyllerommet for å se på bæsje som avvik fra normalen.

Og like mye som vi er interessert, er legene uinteressert. Og kanskje er deres manglende interesse med på å stimulere vår. Fra det øyeblikket du kan fjerne ordet student på skiltet ditt anser legene deg som ekspert på avføring. Når du kommer trekende med obstipasjoner på previsitt setter lege kulepenen mot ordinasjonsarket, ser på deg over brillglasset

og sier «Bare si hva jeg skal skrive». Og siden enhver sykepleier med respekt for seg selv åpenbart skal være ekspert på dette, gjør vi så godt vi kan, tenker tilbake på en liknende episode og lander for eksempel på Movicol X 3. Og legen noterer fornøyd.

Men neste sykepleier foretrekker 30ml lactolose X 2. Nei, nei, sier en annen, laksoberaldråper vesper og dulcolax supp neste morgen. Linfrø, sier en. Sviskejus, hevder

«Og like mye som vi er interessert, er legene uinteressert.»

en annen. Nei, nei, gå rett på microlax.

I ørkenen av kunnskapsbasert praksis er obstipasjon blitt en oase der vi fritt kan øse på subjektive erfaringer, kjerringråd, bedrevitenhet og prøve oss fram etter innfallsmetoden. Og legen noterer blåøydt alt vi foreslår. Obstipasjonen avløses gjerne av en fem dagers diare. Men da har vi allerede fornøyd dokumentert: «gitt ... med god effekt.» ●



Kristin Storrusten fikk et barn som skrek. Mye. Så fikk hun et barn til.

Det skrek enda mer. Da begynte hun å skrive dikt.

Desperasjon fra barsel

• Tekst og foto **Nina Hernæs**

Jeg skrev ned tankene mine som små notater på telefonen. Det var ting som bare måtte ut, forteller Kristin Storrusten, som i høst debuterte med diktboken *Barsel*.

50 små tekster om en tid der hun kjente på håpløshet og utrustelighet. Hun kaller boken et feministisk prosjekt, der hun tar ordet og viser frem det vi ikke snakker om.

– I mediene ser vi barselkvinnene som spretter opp fra fødesengen. Og her, hun vifter med armen mot en romslig og passe trendy kafé midt på Sagene i Oslo:

– Her sitter vi og ser på trillende mødre. Men de vi ser, er de som er ute. De usynlige, de som ikke fikser den nye hverdagen like godt, de er hjemme.

SKRIK

Kanskje begynte det med en tøff og slitsom første fødsel. Vel ute begynte datteren å skrike. I timer. Dager. Måneder. Så fikk Storrusten en datter til, som også skrek. Bare mer.

– Skriking, sier hun med ettertrykk:

– Er forferdelig. Og det bare varte og varte. Folk sier jo sånt som «hvis det første barnet skriker, får du ikke et sånt barn andre gang». Men det fikk jeg, sier hun lakonisk.

– Og de sluttet ikke etter tre måneder, slik folk sa de ville.

NOTATER

I ren desperasjon begynte hun å notere ned umiddelbare tanker på mobilen. Hun tenkte ikke over at det var dikt. Hadde aldri skrevet dikt tidligere. Hun sendte dem inn til et forlag og ble antatt med det samme. De er korte, noen bare på en setning. Som:

Tenk at du er gift med en som ikke klarer å finne den satans smokken engang

– Det er det diktet jeg får flest tilbakemeldinger på, sier hun og ler litt.

– Og det diktet flest misforstår. Mange tror det handler om at jeg er irritert på mannen min, men det er motsatt. Jeg er mest irritert på meg selv, som tillater meg å tenke det. Det er ikke sånn at den andre prøver å være idiot. Den andre er like frustrert og sover like lite. Men jeg tror alle har tenkt en sånn tanke. Når man er sliten og opprådd, blir man lite raus.

KAN TOLKE SELV

Hun opplever at mange takker for diktene. De sier de kjenner seg igjen. At det er sånn det er.

Første opplag ble utsolgt en uke etter lansering.

– Jeg tror diktformen har en fordel, fordi de har hull i teksten som man kan fylle selv. Jeg erfarer at de som leser diktene legger sin historie inn i dem og tolker dem på andre måter enn det jeg gjør selv. Og det er kjempefint.

– Diktene er heller ikke min eksakte historie, men følelsene er helt ekte. Både de gode og de vonde:

Folk synes jeg er morsom

Når jeg sier

Det er godt at det ikke finnes mennesker som går fra dør til dør og

spør om du har noen barn å adoptere bort

Jeg ville svart ja

Folk synes jeg er morsom

Men jeg ser det i øynene til dem som ikke ler

MER SØSTERSOLIDARITET

Med sitt feministiske prosjekt håper Storrusten flere vil våge å fortelle om det som ikke er så bra. Og hun håper på mer søstersolidaritet.

– Når folk får barn, skal alle gratulere. Så blir

det helt taust. Men tre uker etter fødsel, kan man ringe og spørre: «Hvordan går det med deg?».

Noe som betød mye for henne, var naboen som kom bort en gang hun sto ute i bakgården og trillet frem og tilbake. Babyen hylte.

– Naboen min spurte hvordan jeg hadde det og fortalte at en annen hadde gjort det samme for henne da hun var opprådd barselkvinne, sier Storrusten og ler litt.

– Og så forsikret hun meg om at det ville komme en dag da jeg kunne drikke rødvin igjen.

VANSKELIG Å BE OM HJELP

Kristin Storrusten fikk også profesjonell hjelp.

Da hun fikk datter nummer to, kom helsesøster på besøk. «Hvordan går det», spurte hun.

«Når folk får barn, skal alle gratulere. Så blir det helt taust.»

«Fint», svarte Storrusten. Mannen hennes sa: «Men du gråter jo hele tiden».

– Og det var jo riktig.

Hun ble henviset til psykiatrisk sykepleier for fødselsdepresjon.

– Det var fint å få noen å snakke med.

Men hun tror ikke hun ville klart å be om hjelp selv.

– Det er vanskelig å be om. Var jeg verdig hjelp? Hva slags hjelp kan man få. Og hvor mye skal man egentlig tåle?

– *Hva skal man tåle?*

– Hvis det er mest dritt, hvis de negative følelsene tar over for det som er bra, da synes jeg



Fakta

Kristin Storrusten

Aktuell med:
Barsel

man bør søke hjelp. Og så er det lurt å ikke ta all dritten ut over den man bor sammen med. Han eller hun står jo i det samme, så det kan være lurt å finne noen andre.

TRENGER FAKTA

Etter fødsel nummer to fant Kristin Storrusten mye nytte i barselgruppen. En av dem var gynekolog og kunne gi faktakunnskap.

Hun peker ned i fanget sitt og gir et eksempel:
– Underlivet mitt var helt dødt tre måneder etter fødsel.

Dette delte hun med barselgruppen. Hun som er gynekolog sa: «Det er ikke rart. Østrogenverdiene dine er på bunn. Derfor har du ikke lyst på sex akkurat nå.»

– Hun normaliserte det jeg opplevde. Generelt synes jeg det er lite informasjon om hva som skjer i kroppen når man får barn.

VAGE HELSERÅD

Fra helsepersonell synes hun det kan bli litt vagt.

– Det kan bli mye «det viktigste er å gi kjærlighet», men hva er det? Og «alt går over», det hjelper ikke der og da, selv om det sikkert er riktig.

– Men hva skulle de sagt?

– Når man står midt oppe i det, trenger man å høre at man er flink. Gi anerkjennelse for den jobben barselkvinner gjør, og back dem opp.

– Burde de ligget lenger på sykehuset?

– Ikke nødvendigvis sykehus, det er kanskje litt voldsomt. Kanskje heller litt mer folkehøgskole, der de deler informasjon og fellesskap. En mødrehøgskole. Ja, det synes jeg er en glitrende idé. Det er jeg for. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Personlighet

Av Sigmund Karterud
 Gyldendal akademisk,
 2017
 240 sider
 ISBN 9788205500990

Anmelder: Guri Midtgard

Gir ny innsikt om personlighet

ANMELDELSE: **Hvem er jeg? Hvilke deler av personligheten har vi arvet, hvilke er basert på erfaringer i barndommen og hvilke får vi fra kulturen som vi lever i?**

I boka *Personlighet* leder professor i psykiatri, Sigmund Karterud, oss fram til større innsikt. Han har klinisk erfaring med personlighetspsykiatri, han har forsket på temaet og har skrevet flere bøker om emnet. Han mener det i dag mangler en overordnet personlighetsteori, noe han i boken bøter på ved å sammenfatte ulike delteorier. Denne benevner han som TAM-teorien; som består av temperament, tilknytning (attachment) og mentalisering.

Karterud har stor tro på mentaliseringsbasert terapi (MBT) for ulike personlighetsproblemer, og har utarbeidet manualer og forsket på effekten av slik behandling. Gjennom boka framstår han med stor faglig integritet ved at han bruker egen kunnskap og erfaring, samtidig som han støtter seg på andre moderne teoretikere.

Ved siden av nøye beskrivelser av temperament, tilknytning og mentalisering, får vi i boka presentert ulike personlighetstyper, hva personlighetsproblemer kan være og hvordan personligheten styrer atferd. Karterud viser at personligheten i stor grad er den samme over tid, men at den likevel kan justeres. Han gir et

optimistisk inntrykk av effekten av MBT-behandling.

Karterud skriver på en fengende måte. Vitenskap presenteres både i et teoretisk og i et hverdagslig språk. En styrke er at han også refererer til ulike skjønnlitterære forfattere, og han anbefaler at vi leser romaner. Ved det styrkes vår evne til å mentalisere, og derved til å forstå hvordan mennesker og sosiale grupper tenker og handler.

Boka er skrevet for den opplyste allmennhet – til alle som ønsker et verktøy for bedre å kunne forstå seg selv og andre. Sykepleiere, og andre yrkesgrupper som kommer i nær kontakt med mennesker, vil kunne ha nytte av denne boka. ●



Fakta

Kunsten å kommunisere med pasienter

Av Thore Aalberg
 Cappelen Damm 2016
 220 sider
 ISBN 978-82-02-52718-1

Anmelder:
 Bjørn Rogne Christensen

Du og pasienten

ANMELDELSE: **Forfatteren har en allsidig bakgrunn som sosialpedagog, men har også utdanning innen språk, sosiologi, gestaltterapi og homøopati.**

Boka diskuterer hvordan kommunikasjon kan bidra til åpenhet og økt innsikt hos aktørene – eller motsatt, at uhensiktsmessige tilnærminger vil kunne hindre en forståelse og igjen gjøre at behandlingssituasjonen kan bli mer utfordrende.

Både pasient- og behandlerrollen diskuteres, og forfatteren inviterer til en refleksjon rundt behandlerens evne til å observere både seg selv og pasienten. Viktige områder er konflikt-håndtering og samtaleteknikker samt øvelser som kan styrke selvinnsikten

hos begge deltakende parter. Andre momenter er kulturforskjeller og kjønn. Boka presenterer fagstoff som er forankret i sentral litteratur fra både pedagogikk, veiledning og ulike terapitradisjoner, som gestaltterapi og nevrologvistisk programmering.

Jeg ønsker å trekke fram kapittel fire i boka, som omhandler blant annet søskenrekkefølge og dennes betydning i terapirommet. Beskrivelsen av ens egne personlighetstrekk ved hjelp av Joharis vindu er også verdt å lese. Modellen som ble utviklet på 50-tallet, har vært benyttet for å hjelpe til med å bevisstgjøre åpne og skjulte karaktertrekk og sider ved mennesker som man kan ha nytte av i

behandlingsøymed. Beskrivelsen er supplert med eksempler på hvordan benytte modellen i praksis, blant annet innen gestaltterapi, der man kan gripe fatt i mer eller mindre uløste problemstillinger i pasientens liv som kan bedres ved samtaleterapi.

Psykologi, pedagogikk og kommunikasjon i relasjoner presenteres samlet og lettfattelig i læreboka av Aalberg.

For sykepleieren kan utfordringen være tid. Vi kjenner alle på tidspresset i hverdagen. Det kan være utfordrende å få til å bruke nevnte modeller i praksis, men å være seg bevisst hvordan man kommuniserer, kan være nyttig enten man arbeider i helsevesenet eller ikke. ●

Astrid Rønsen Les Tolstoj - les Ivan Iljitsj' død!

LITTERATUR: Jeg glemmer aldri kollegaen min på sykehuset som tipset meg om denne romanen en gang tidlig på 1980-tallet. Vi hadde akkurat hatt en utfordrende samtale med en alvorlig syk kvinne og hennes familie. Jeg hadde vært sykepleier bare noen få år. Han var assistentlege. Les Tolstoj - les *Ivan Iljitsj' død*, var hans sterke oppfordring. En fantastisk leseopplevelse som festet seg for alltid.

Boken handler om Ivan, en russisk statsmann med en høy stilling innen rettsvesenet, som blir alvorlig syk. Vi følger hans reise gjennom usikkerhet, håp, tro og vantrø, fortvilelse, bitterhet og kamp om en mulig forsoning med sin skjebne, seg selv og sine omgivelser. Hva vil det si å leve et sant liv? Hvordan nærme seg døden som det uunngåelige? Hva er lidelse? Hva lindrer? Teksten til Tolstoj er noe av det sterkeste jeg har lest knyttet til eksistensielle utfordringer og hva ekte møter kan gjøre med folk som står midt i sitt eget livsdrama. ●



Navn: Astrid Rønsen
Stilling: Førstelektor i sykepleie ved NTNU Gjøvik og palliativ sykepleier ved Hospice Louisenberg

Komprimert medisinhistorie

ANMELDELSE: Forfatteren Aina Schiøtz er en sentral forsker innen medisinsk historie. Hun var hovedredaktør for det norske helsevesenets historie fra 1600–2000.

Hennes solide bakgrunn gir leseren en fengslende og kunnskapsmettet opplevelse.

Tittelen *Viljen til liv* gir en god indikasjon på hva bokens innholder. Den medisinske og helsehistoriske utviklingen i Norge er satt inn i et internasjonalt perspektiv.

Boken er bygget opp i fem hovedbolker: Teori, praksis og vitenskap, somatiske sykehus og andre institusjoner, Folkehelse: Overvåkning og forebygging, helseprofesjoner og sykdom og pasienter.

Forfatteren beskriver hvordan antikkens erfaringsbaserte kunnskap ble ført videre fra slekt til slekt. Den gang mente folk at guder og gudinner hadde kontroll over helse. I tidlige medisinske skrifter ble det hevdet at sykdommer kommer av naturlige årsaker. I flere religioner ble sykdom sett på som en straff fra Gud, en ide som fremdeles til en viss grad lever. Kvinnene har til alle tider hatt en sentral rolle ved fødsel, sykdom og død, men dette ga dem likevel lav status i mennenes verden.

Helsestellet i Norge var i en relativt kort fortid på nivå med helsestellet i fattige land i dag. I starten av 1900-tallet lå skolebarn i Oslo på topp internasjonalt når det gjaldt dødelighet. Underernærte

barn var mer utsatt for tuberkulose. God hygiene og bakteriologiske fremskritt betød mye for folkehelsen.

Den medisinske utviklingen handlet mye om makt og ære. Teorier som tilsynelatende var godt dokumenterte, viste seg likevel ikke å være så gunstige. Eksempler på dette er nobelprisen i medisin som i 1927 og 1949 henholdsvis ble gitt til oppdagelsene av den terapeutiske verdi av malaria-inokulering ved behandling av syfilis og lobotomi ved visse psykoser. Forskningsbasert kunnskap ble stadig viktigere.

Forfatteren legger vekt på at kvinnehistorikere ofte assosierte sykepleierne med det huslige og prektige og tradisjonelt kvinnelige, ikke med dem som brøt barrierene. Hun påpeker kontrasten til nåtiden, da kunnskapsbasert sykepleie utføres av en profesjon som har cirka 100 000 yrkesutøvere. Til tross for likestilling på mange områder, forblir sykepleien likevel et kvinneyrke.

Vår medisinske og helsefaglig historie utfordrer oss. Forfatteren viser til Magnus Lagabøtes lov fra 1274–76. Der sto det at ætten var pliktig til å ta seg av dem som ikke kunne klare seg selv. Er vi forberedt på å ta mer av omsorgspliktene når velferdsstaten må omprioritere?

Boken gir innsikt i vårt fags historiske utvikling sett i et samfunnsmessig perspektiv. Historisk innsikt gir grunn til ettertanke og nytenkning. ●



Fakta

Viljen til liv; medisin- og helsehistorie fra antikken til vår tid.

Av Aina Schiøtz
Samlaget, 2017
512 sider
ISBN 9788252177718

Anmelder:
Liv Wergeland Sørbye

«Men medisin- og helsehistorie handler så visst om mer enn bragdene.»

Aina Schiøtz



Den fryktete sykdommen syfilis har vært nesten fraværende i vår del av verden siden 1940-tallet. Men de siste årene har antall smittede økt. I eldre tider ble sykdommen kalt pokker.

Pokker til sykdom

Tekst **Terje Carlsen** • Foto **Scanpix**

Da jeg var kommet meg etter anfallet derne, så sa lægen meg det, at når det kommer tilbake så er der ikke noe håp mer.»

Dette er ordene fra Osvald til sin mor, fru Alving, i det store Ibsen-dramaet «Gjengangere» fra 1881.

OPPSVING PÅ 1940-TALLET

Syfilis er en seksuelt overført sykdom forårsaket av bakterien *Treponema pallidum*. Den kan opptre i tre stadier. I de mest alvorlige tilfellene angriper sykdommen sentralnervesystemet og pasienten dør. Før havnet en del av disse på sinnsykeasylene.

I vår tid fikk sykdommen et oppsving i 1940-årene med en topp i 1943. Da ble 2773 nye tilfeller av syfilis registrert, ifølge Statistisk sentralbyrå. I tiårene etter ble sykdommen neste borte.

SMURTE MED KVIKKSØLV

Etter krigen har syfilis blitt behandlet med antibiotika. Før fantes det ikke noen effektiv kur for sykdommen.

Fra 1500-tallet var behandlingen smørekurer, blant annet med kvikksølvsalve, som kunne være minst like dødelig som sykdommen. Men etter hvert kunne man diagnostisere tilfellene med den såkalte Wassermann-testen, som ble utviklet i 1906.

Feberbehandlingen var ikke uvanlig for tilstanden syfilis på den tiden. I et appendiks til Norges Offisielle Statistikk av 1923 beskrives flere tilfeller, og reaksjonen på behandlingen:

«(...) Det tredje tilfelle, en kvinne, var blitt smittet av sin mann med lues (latinsk for syfilis= Lues venerea) for 8 år siden, og fikk de første tydelige sykdomstegn (følelsesavstumpning og kritikk-løshet) i januar 1922. Der utviklet sig temmelig raskt en sløvhetstilstand, som nødvendiggjorde asylinnleggelse. Der var positiv Wassermann,

talebesvær; pupillene noget små, men reagerte ved innleggelsen 28de mars 1922 både for lys og akkommodasjon, sterkt forøkedede senere reflekser, ustø gang. Der var storhetstanker og urenslighet. Hun blev podet 26de januar 1923, fikk kinin allerede 30te januar (den dag 1 gr., senere 0,5 3 ganger daglig), hadde 7de aften efter 38,4, 9de aften 38,9, kvellen efter 39,4, hvorefter temperaturen gikk ned til det normale. Nogen virkning på paralysen av en infeksjon, som blev behandlet spesifikt så raskt, var naturligvis ikke å vente, og paralysen forløp da også ganske som vanlig, inntil patienten døde 17de april 1924(...).

ALBERTINE

Syfilis som kjønnsykdom var ukjent i Europa før europeerne oppdaget Amerika i 1492. I Norge ble den første gang beskrevet i 1518. Sykdommen har blitt forvekslet med andre sykdommer med liknende symptomer, som lepra, psoriasis og kopper.

Syfilisen blusset for alvor opp i Norge på 17- og 1800-tallet. Samtidig bygde amtene ut sykehusene.

Tiltak i storbyene ble i tillegg streng kontroll med gledeshus og prostituerte. Like før jul i 1886 kom en kontroversiell bok som beskriver dette kontrollregimet som rammet de prostituerte, Albertine av maleren og forfatteren Christian Krohg. Boken ble beslaglagt dagen etter den kom ut fordi den skal ha krenket den offentlige moral.

Det var Sunnhetsloven av 1860, med sju særlover, som ga myndighetene hjemmel for

tvangsinngrep og tvangsinnleggelse for behandling. Likeens begrenset ekteskapsloven muligheten for den som har kjønnsykdom til å gifte seg.

KJENDISER OG SYFILIS

Mange store kunstnere, musikere og tenkere har skildret sitt møte med «kjærlighetens bøddel». I sitt mest kjente verk, *Candide*, beskriver Voltaire syfilisen og behandlingen gjennom skikkelsen Pangloss, som er Candides lærer. Pangloss er syfilitiker, og behandlingen han får, trolig kvikksølvbehandling, beskrives slik: «I denne kuren mistet Pangloss bare et øye og et øre. Han skrev like bra som før og kunne aritmetikk på rams.»

Karen Blixen er vel den mest kjente syfilitiker ved siden av Nietzsche, som ble sinnssyk allerede som ganske ung.

Også Shakespeare skal ha vært syfilitiker. Flere steder i sine verker nevner han «pox», altså en slags kopper, «malady of France», altså den franske syke, the «infinite malady», og «the hoar leprosy», som viste hvor god innsikt han hadde i syfilisens smertelige psykiske og fysiske tortur.

Syfilisens plagsomme pox eller pokker, som Shakespeare beskriver i sine sonetter, har også gått inn i det norske språket. Uttrykket pox er opphav til uttrykket «pokker» og «for pokker». Pokker, eller store pokker er syfilisens primære og sekundære stadiums symptomer. En av Norges største epidemiologer, Fredrik Grøn, gikk gjennom regnskapene ved Bergen Kongsgaard og fant beviser i en dom om en Beritte Klubbe som gjorde seg til «pocke læge» i hansabyen på 1500-tallet (Tidsskrift for Den norske legeforening 10. 1912).

OSVALD BLIR GAL

På slutten av tredje akt i Ibsens *Gjengangere* er Osvald blitt fullstendig gal av syfilisen; han

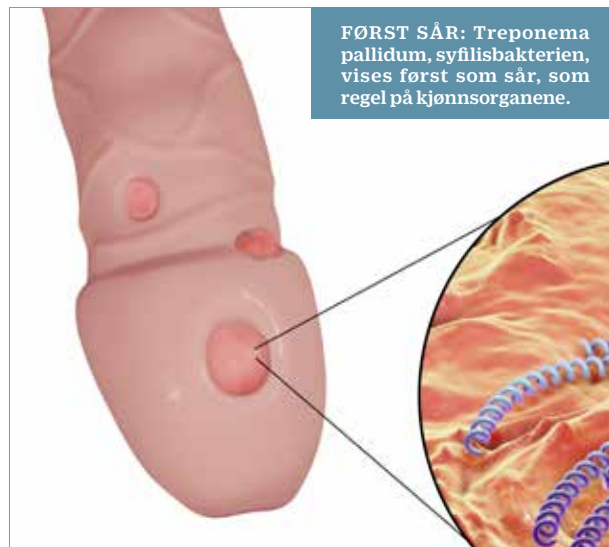
«Karen Blixen er vel den mest kjente syfilitiker.»



PÅ VENDEVÆRELSET: Maleren og forfatteren Christian Krohg skildrer i boken om Albertine og maleriet som viser Albertine på politilegens venteværelse hvordan prostituerte ble tvangskontrollert for syfilis-smitten.



POKKER: Mann med utslett, store kopper som også ble kalt pokker, i syfilis' stadium to.



FØRST SÅR: Treponema pallidum, syfilisbakterien, vises først som sår, som regel på kjønnsorganene.

har fått fulminant paralysis generalis og laller bare. «Gi meg Solen, Mor!» Det er Osvalds lille rest av forstand som roper om at moren må få ham ut av det store mørket som nå omgir ham.

Ibsen hadde god kunnskap om den medisinske vitenskap og gir oss her et bilde på den ugjendrikelige tragedie som rammer offeret om han eller hun ikke oppsøker lege og får behandling i sykdommens initiale fase.

SYFILIS I DAG

Antall registrerte nysmittete de siste fem år med syfilis i Norge er hittil 672 mennesker.

Helsemyndighetene regner med at det kan ligge en del mørketall bak nysmittete med syfilis.

Av de 188 tilfeller som ble diagnostisert i 2016, var cirka 80 prosent menn som har sex med menn.

Folkehelseinstituttets har en liste over land med høy forekomst av syfilis, og asylsøkere fra disse tilbys test da personer som er smittet ikke nødvendigvis har symptomer på sykdommen. På listen er en rekke land i Afrika, Asia og Sør- og Mellom-Amerika. Eneste europeiske land på listen er Romania. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Fakta

HVA: Syfilis er en seksuelt overførbar infeksjon forårsaket av syfilisbakterien. Kondom beskytter mot smitte.

HISTORISK: Betegnelsen syfilis ble første gang brukt av en italiensk lege og dikter i 1530. Han diktet om en gjeiter, Syfilos, som solguden Apollon straffet med denne sykdommen. Første gang sykdommen ble beskrevet i Norge, var i Bergen i 1518. Det fortelles om folk som ble behandlet med miksturer og smørekurer (kvikksløv) av såkalte hollenderkoner.

I DAG: Infeksjonen er svært sjelden i Norge i dag, men det er sett en liten økning de siste årene. I 2016 ble det diagnostisert 188 tilfeller syfilis i Norge. Cirka 80 % av disse var menn som har sex med menn.

SYMPTOMER: En person som har blitt smittet med syfilis vil oftest først få et sår i underlivet, ved eller i endetarmsåpningen, eller i munn/hals. Det tar mellom én til 10 uker fra smittetidspunkt til det danner seg et sår. Såret er smerteløst og forsvinner igjen etter noen uker.

Dersom syfilis ikke testes og behandles kan det over tid (flere år) utvikle seg til en alvorlig bakterieinfeksjon med plager som trøtthet, hodepine, feberfølelse, nedsatt allmenntilstand, hovne lymfeknuter og utslett. I de mest alvorlige tilfellene kan syfilis føre til hjertesykdom og alvorlig sykdom i nervesystemet.

Kilder: NTNU vitenskapsmuseet, Folkehelseinstituttet og Store medisinske leksikon



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- 1 Hva var radesyken?**
 A En betegnelse på misunnelse, særlig brukt i vikingtiden
 B En syfilisliknende sykdom som herjet på 1700-tallet
 C En absint-relatert sykdom som rammet bohemen i Paris på 1800-tallet

- 2 Hvor mange norske kvinner lider av bensjorhet ifølge Folkehelseinstituttet**
 A 50 000
 B 75 000
 C 100 000

- 3 Hva er talus?**
 A En type veggdyr
 B En sykdom som gir benkrampe
 C Ankelben

- 4 Hva er nystagmus?**
 A Ufrivillig øyebewegelse fra side til side
 B Ny museart som nylig ble oppdaget i regnskogen
 C Svulst i bindevev

- 5 Hva er naevus?**
 A Navlerusk
 B Pigmentert fødselsmerke
 C Kvalme

- 6 Hva er albumin?**
 A Det proteinet som det finnes mest av i kroppen
 B Et stoff som fremkaller allergiske reaksjoner
 C Et lite hulrom i lungene

- 7 George Huntington fikk sykdommen Huntingtons Chorea oppkalt etter seg, men den norske legen Johan Christian Lund beskrev sykdommen først. Hva var Lunds navn på den?**
 A Setesdalsrykkja
 B Lunds sykdom
 C Sanktveitsdans

- 8 Hvor kommer baneordet pokker fra?**
 A En beskrivelse av frustrasjonen når man taper i poker
 B En finere betegnelse på mennens kjønnsorgan
 C En gammel betegnelse på syfilis

- 9 Hva heter «sykepleier» på irsk?**
 A Altra
 B Nyrs
 C Amme

- 10 Hvilke av disse faktorene kan utløse delirium hos eldre?**
 A Migrene, høyt aktivitetsnivå eller langvarig inaktivitet
 B Infeksjon, urinretensjon eller søvnmangel
 C Vekttap, kvalme eller synsforstyrrelser



POKERFRUSTRASJON: Kommer kraftuttrykket pokker over frustrasjonen over å tape i poker? Foto: Mostphotos

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
1 poeng Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
2 poeng Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
3 poeng Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyest 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, 2C, 3C, 4A, 5B, 6A, 7A, 8C, 9A, 10B

Randis hypokonderkryssord

	SYKD.	AKTER TRO		LIDEL- SE	GIFTEN GREIT		ÅTSEL TOK- SISK		DOK- TOREN	MÅL	GUD	ORG.	UKJENT	PLANTE BY		DEMP- ER ATLAS		NABO- ER	SYKD.- EN SYKD.
SLØR- SOPP																			
FOR- GIFTA																			
RØRTE					ORG. (FOREL DET)					KONJ. RET- NING			ORGAN						RYDDE
LESE- BOK		NABOER OMTRENT			BIB.DEL			ARID					TROD- DE						SYKD.- ENER
			SYKD.		LIKE			NAR- KOTIKA				MØTES	INTER- JEK.			GREI UTHUS			
TØL- PER					MÅL SÅRT			ART.					BANK (FORK)					EGEN	
GNUK- KE		VITS SJARM					FASE	RET- NING		GLO	TALL NIVÅ (FORK)			DYR				BEVEG ELSE DRIKK	
					PER- SON									RYDDE					DRIKK
BIB.- DEL				UTPEK- ING												ENKEL			

Kryssordskaper: Randi Strøm Nilsen

Se løsning på kryssord side 98.



Meninger

Del 4 Sykepleien 08 | 2017

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



DIREKTØR: Karita Bekkemellem er adm. dir. i Legemiddelindustrien. Foto: Erik M. Sundt

Ikke kjeltring

Legemidler. Det føles fantastisk å jobbe i en bransje som redder liv, synes Karita Bekkemellem, og tilbakeviser kritiske røster. **88**



E-helse. Går du med en app i magen? **83**



«Jeg har aldri angret på at jeg ble sykepleier.»

Elin Aamodt, pensjonist. **84**



NFF. Skuffet over hva sykehusene får i statsbudsjettet. **82**



Etter at sykehussektoren systematisk ble nedprioritert i forrige periode, hadde vi forventet at statsbudsjettet denne gangen rommet nødvendig løft for norske sykehus. Det gjør det ikke

Sykehusene taper nok en gang



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Sykehusene har blitt systematisk underfinansiert i en rekke år, og statsbudsjettet for 2018 retter ikke opp i dette. Det er isteden en videreføring av den systematiske underfinansieringen av sektoren vi har sett de siste ti årene.

For det er en myte at sykehusene i Norge får mye penger. I år er det utgitt to omfattende rapporter om dette. Begge viser at Norge bruker mindre penger på sykehus enn land vi kan sammenlikne oss med, og langt mindre enn det som brukes på andre sektorer, for eksempel samferdsel.

GAMLE BYGG OG GAMMELT UTSTYR

Bygningsmassen forvitrer mange steder, mye av det medisin-tekniske utstyret er utdatert og det investeres for lite i kompetanse. Det er stor mangel på blant annet operasjons-, anestesio- og intensivsykepleiere. Nærmere 30 prosent av alt medisinsk utstyr i Helse Sør-Øst er utdatert. Vi vet at mangel på utstyr skaper flaskehalsen slik at pasienter blir stående i kø.

En rapport fra OECD i januar i år (OECD Analysis of Health Spending in Norway, 2017) viste at vi i Norge bruker lite penger på helse sammenliknet med andre europeiske land vi kan sammenligne oss med.

Vi bruker dessuten lite på helse sammenliknet med hva vi bruker på andre sektorer, som for eksempel samferdsel.

«De siste ti årene har andelen til helse i statsbudsjettet stått på stedet hvil.»

En rapport Menon Economics utarbeidet for Den norske legeforening og NSF viser også at sykehussektoren er underfinansiert.

NYTTELØS EFFEKTIVISERING

Og i rapporten fra Menon finner vi en virkelig tankevekker: Vi har effektivisert arbeidsprosessene i spesialisthelsetjenesten. Men denne effekten har blitt spist opp av at man ikke har investert i ny teknologi, oppgradering av utstyr og vedlikehold av bygningsmasse.

Derfor ønsker vi et statsbudsjett som rommer friske midler til økt investering i medisinskteknisk utstyr, bygningsmasse og investeringer i produktivitetsfremmende løsninger i spesialisthelsetjenesten. Det må til dersom dagens helsetilbud ikke skal svekkes.

De siste ti årene har andelen til helse i statsbudsjettet stått på stedet hvil, når vi ser på befolkningsutvikling, nye oppgaver og økt kostnadsnivå. På samme tid har samferdselssektoren økt sin del av andel av statsbudsjettet med 150 prosent.

Spørsmålet er om det er et riktig valg å prioritere ned investeringer i helsesektoren. Det er ikke gitt at den største samfunnsnyttene ligger der. For å svare på det, ønsker vi oss et bedre statlig rammeverk tydeliggjør verdiene helsesektoren skaper.

Presset på helsesektoren er økende. Vi lever lengre og den medisinske utviklingen gjør at det er mulig å behandle stadig flere. Når vi blir syke vil vi ha den beste behandlingen det er mulig å få. Det koster, og det er vi fullt klar over.

TODELT HELSEVESEN

Vi er dessverre inne i en utvikling med et todelt helsevesen. Denne utviklingen vil akselerere med dette budsjettet. Vi frykter at tilliten til det offentlige helsevesenet svekkes og de sosiale forskjellene øke. Sykehusbudsjettet for 2018 er ikke svar på de store utfordringene vi står overfor.

I tiden fremover vil vi fortsette å komme med innspill til budsjettet for hele helsesektoren. Vi skal se helheten for helsevesenet, og vi skal gi konstruktive innspill i høringsrundene i tiden som kommer. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Noen sykepleiere har utviklet spennende e-helseløsninger, men vi trenger flere sykepleieforskere på banen.

Går du med en app i magen?



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

Stadig flere forskere ser verdien av å utvikle helseapper, der formålet ofte er å gi råd og veiledning om temaer som trening, kosthold og blodsuktermåling. Slike apper kan virke som gode innovasjonsløsninger for helsekommunikasjon for både brukere og helsepersonell.

INGENIØRER STÅR OFTE BAK

I 2016 opprettet norske helsemyndigheter et nasjonalt senter for e-helseforskning, som skal være en ressurs for strategisk utvikling av kunnskapsbaserte løsninger innen e-helse: ehealthresearch.no. Jeg ble nysgjerrig på hvem som sitter og leder en slik ressursgruppe, og fant raskt ut at her er det hovedsakelig ingeniører, og ingen med helsefaglig kompetanse som lege, sykepleier eller fysioterapeut.

E-helseforskningen er selvsagt avhengig av ingeniører for å utvikle og vedlikeholde teknologi som anvendes i apper og andre elektroniske kommunikasjonsformer. Men da må de skaffe seg samarbeidspartnere med innsikt i hva brukerne trenger.

SYKEPLEIERE SOM UTVIKLERE

Kan utvikling av attraktive e-helseløsninger være noe for sykepleieforskere? Vi har eksempler på at sykepleiere er der ute allerede: Sykepleieforskere har bidratt aktivt i utvikling og utprøving av diabetesapper sammen med forskere ved nasjonalt senter for e-helseforskning.

«Kan utvikling av attraktive e-helseløsninger være noe for sykepleieforskere?»

Fra 2011–2017 har Sykepleien Forskning publisert sju forskningsartikler om temaet e-helse. De fleste har handlet om ulike sider ved helsepersonells bruk av elektronisk journal, men vi har også hatt artikler om rehabilitering hjemme via video og om en app for å forebygge underernæring. Den siste studien er et godt eksempel på hvordan sykepleiere kan forske frem gode løsninger for å gjøre hverdagen enklere.

E-HELSE PÅ APPER

Anne Moen, sykepleier og professor ved Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo har ledet prosjektet, som stiller spørsmålet: «Kan en app få eldre til å spise mer og bedre?» Målet med APPETITUS er å forebygge ernæringsproblemer ved å lage en app som eldre klarer å bruke selvstendig, gjerne med oppfølging fra helsepersonell. Studien understreker også at smarttelefon er blitt noe alle aldersgrupper bruker, noe som gjør apper for egen helseveiledning lett tilgjengelige.

Et annet aktuelt eksempel er forskere fra Universitetet i Agder og forskere fra Canada som samarbeider om å utvikle en app for ungdom med smerter. Siden de holder på med doktorgradsarbeidene, kan de foreløpig ikke publisere forskningen sin hos oss i Sykepleien Forskning.

POPULÆRT PÅ SOSIALE MEDIER

En annen måte å kommunisere med brukerne på, er å anvende sosiale medier. Et aktuelt eksempel er sykepleier og helsesøster Tale Maria Krohn Engvik, med over 30 000 følgere på Snapchat-kontoen #Helsesista. I høst mottok hun Åpenhetsprisen for sitt arbeid med åpenhet og innsyn i unge menneskers liv via sosiale medier. Her snakker vi om gjennomslagskraft fordi hun har funnet et udekket behov hos ungdom med helsespørsmål.

BØR VÆRE FORSKNINGSBASERT

Smarttelefonene gir oss fantastiske muligheter til å gjøre pasientinformasjonen bedre, men hvis det skal gjøres med kvalitet, bør det bli forskningsbasert. Sykepleieforskere trenger å delta aktivt i større prosjekter med mange deltakere og statistisk styrke for å få gjennomslagskraft ute i praksis. Her mener jeg at sykepleiere kan utgjøre en forskjell. ●



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard er fast skribent i Sykepleien.



Jeg er utrolig takknemlig for alt jeg har lært i mitt yrke som sykepleier!

Det har aldri vært kjedelig.

Refleksjon etter et endt yrkesliv



Fakta

Elin Aamodt

Pensjonert sykepleier

Jeg hadde egentlig en plan om å utdanne meg til doktor, men har aldri angra på at jeg ble sykepleier og var ferdig «søster» ved Aker Sykepleierskole i januar 75.

Vi var det første kullet som slapp pliktår, og vi gikk fra å være elever til å bli studenter i løpet av utdanningen. Jeg starta å jobbe på sosialmedisin på Aker, men trivdes ikke og fikk etter hvert begynne på prematuravdelingen ved Ullevål sykehus.

GRAVIDE NARKOMANE

På slutten av 70-tallet begynte de narkomane å føde barn uten at hjelpeapparatet var forberedt i det hele tatt. Jeg lærte at det var viktig å ha kontakt med barnevernstjenesten og sørge for å melde bekymring.

Fra prematuravdelingen forsvant jo barna etter hvert, og jeg fant ut at det kunne vært interessant å bli helsesøster for å få mer kontinuitet i kontakten med barn og familier. Etter helsesøsterskolen opplevde jeg at det kunne være nyttig å få egenerapi for å få bedre innsikt i min egen barndom og mitt eget følelsesliv. Dette gjorde meg trygg til å kjenne på og utfordre foreldrene ved for eksempel depresjon.

VIKTIG Å FÅ INN FAR

Som fersk helsesøster fikk jeg opplæring i å lede Gustafsson-grupper der foreldre med like gamle barn ble samla til hver konsultasjon. Jeg lærte mye om «likemannsarbeid» ved å hø-

stedet for å ta samtalen selv, var et foreldrepars forskjellige reaksjoner ved å få et funksjonshemmet barn. Ja, mor og far sørger forskjellig og kan fort feiltolke hverandre!

Når både mor og far deltok i gruppene på helsestasjonen med andre foreldrepar, var det spennende å høre hvordan de delte sine opplevelser: Fedrene kunne støtte andre fedre og mødrene støtta mødrene.

MÅTTE TØRRE Å SPØRRE

Jeg oppdaget mye fordi jeg turte å spørre, for eksempel om manglende samspill mellom foreldrene og dyp svangerskapsdepresjon. Jeg sendte mange bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten.

Det var mange morsomme episoder, for eksempel når tvillingpappa møtte med tvillingmamma til første avtale på helsestasjonen på morgenen etter at toåringen var levert i barnehagen, og far stilte opp med slipset hengende ut av lomma. Der hadde det gått for seg om morgenen!

Jeg var så heldig at jeg fikk være med å starte og lede Helsestasjon for ungdom i ti år. Vi drev mye abortveiledning der målet var at jentene visste at dette var det riktige valget for dem i den situasjonen de var i. Fra før av hadde jeg hørt om prester og leger som fikk kjønnssykdommer på do, men jeg visste ikke at det gikk an å få klamydia fra TV, slik noen gutter presenterte det. De hadde ligget med hverandres kjæres-ter, og det var et virvar av smitteoppsporingsarbeid.

JOBB I BARNEVERNSTJENESTEN

Etter oppjustering av barnevernstjenesten for Sandman-midler (Matz Sandman ble landets første Barne- og familieminister i 1991), fikk jeg et engasjement i barnevernet: I arbeid med familiene innenfor barnevernstjenesten opplevde jeg å kjenner igjen sakene fra helsestasjonen, jeg hadde sett dem før det hadde blitt barnevernssaker.

Så lagde vi et tverrfaglig prosjekt for forebygging med fokus på mestring. Det var utrolig rørende å få være vitne til hvordan disse damene i prosjektet tok tak i livene sine og endra dem da de fikk hjelp til å se hva de faktisk fikk til i en vanskelig

«Jeg sendte mange bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten.»

re hvordan foreldrene ga råd til hverandre om hverdagsproblemer som søvn og søskensjalousi.

Jeg lærte også at det var viktig å få inn far, som til da hadde vært lite på helsestasjonen. Jeg ble interessert i å se på forskjeller i reaksjoner hos mor og far, for eksempel i et sorgarbeid, så jeg starta med samtaler for foreldrepar på helsestasjonen. Siste gang jeg sendte videre til familievernkontoret i

livssituasjon! En gikk ned 40 kg i vekt, en annen tok utdanning som hjelpepleier og en begynte å jobbe etter å ha hatt uførepensjon i 20 år.

Heldigvis er det mange som skjønner at det er verdt å satse på helsesøstrene i tidlig forebygging!

Like før jeg fylte 50 avslutta jeg «Nettverksintervensjon, teori og metode» ved Diakonhjemmet (selv om min mor syntes jeg var for gammel til å ta mer utdanning). Da fikk jeg min ideologi satt på plass: Nettverkets kompetansehierarki setter brukernes egenkompetanse på topp. Hurra!

Jeg ble imponert over hvor mye kompetanse, ressurser og styrke som ligger latent i nettverket. Jeg tenker at nettverksmetodikk er en stor ressurs å ta i bruk for helsevesenet.

SEKSUELLE OVERGREP

Gjennom «Akershusprosjektet» fikk jeg opplæring og kursing til å delta i et tverrfaglig team mot seksuelle overgrep mot barn i kommunen. Det som gjorde størst inntrykk på meg, var historien om en lærer. Mange undra seg over han i mange år uten at det ble tatt tak i.

Jeg tenker det er viktig at kommunene har et liknende forum der man kan komme og stille spørsmål. Heldigvis er det nå færre saker med mistanke om overgrep som henlegges. Avhør av barn er blitt mye bedre, og flere saker fører til dom, selv om dommene fremdeles er lave.

BRUKEREN ER EKSPERTEN

De siste seks åra av mitt yrkesliv jobba jeg ved en BUP-døgninstitusjon der jeg lærte å bruke KOR/FIT Outcome (klientorientert resultatstyring) som jeg jo hadde hatt lenge i hjertet mitt. Der er brukeren eksperten, som jeg lærte i nettverksutdanningen.

KOR er et verktøy for å sjekke og korrigere retning for terapien. Barn kan også si mye om dette. Jeg ble imponert over å få høre fra en syvåring hvordan han ville ha det, og over en far som sa at jeg var for hektisk under foreldresamtalen. Da kunne jeg rette på dette til neste gang. KOR-metoden går ut på å hjelpe bruker til å finne sine mål og justere terapien etter det.

HADDE IKKE ALLE SVAR

Som «behandler» i forskjellige settinger husker jeg godt første gang jeg sa «jeg vet ikke hvor vi skal begynne» i en sak med spørsmål om seksuelle overgrep mot barn, og så var det helt greit at «eksperten» ikke hadde noe svar. De som kom og ba om råd om hva de skulle gjøre, syntes også dette var vanskelig, og det var greit at teamet vårt ikke kunne gi råd med en gang.

Det største paradigmeskiftet i min karriere som sykepleier er vel at vi ble utdanna til å skulle HJELPE uansett om den antatte hjelpetrengende VILLE ha hjelp eller ikke. Og sykepleieren skulle definere hva slags behov den hjelpetrengende hadde, uten å spørre.

Nå er heldigvis «brukerstyring» blitt et begrep, og jeg håper dette også blir en reell virkelighet.

Jeg er takknemlig for at jeg lærte å se brukerens egne ressurser og ressursene i nettverket og håper jeg var ydmyk til det!

Jeg er utrolig takknemlig for alt jeg har lært i mitt yrke som sykepleier! Det har aldri vært kjedelig. ●



PENSJONERT SYKEPLEIER: Elin Aamodt som nyutdannet sykepleier i 1975. Som pensjonert sykepleier reflekterer hun over sitt yrkesliv som sykepleier (1975), helsesøster (1982) og familie- og nettverkskonsulent (2001). Foto: Privat



Kjære politikere, det er på tide å våkne!

Det må bli slutt på rovdriften av ansatte i helsevesenet!

Lider dagens helsevesen av oksygenmangel?



Fakta

Christel Brurås-Leine

Avdelingssykepleier og styremedlem i Helsetjenesteaksjonen

Under et foredrag med Soki Choi, en anerkjent forsker på radikale endringer og sykehusfusjoner, hørte jeg en meget treffende beskrivelse av dagens helsevesen: Når det oppstår oksygenmangel på flyet, må voksne ta masken på seg selv før de skal hjelpe barnet. Hun sammenliknet dette med helsepersonell og hvordan de ofrer seg selv for sine pasienter.

Det har fått meg til å undre: Lider dagens helsevesen av oksygenmangel?

LANGVARIG OKSYGENMANGEL

Jeg vil dele en liten historie med dere, som dessverre ikke er unik. Vi hadde en kjent, dyktig sykepleier på ekstravakt som ble rapportert inn for å ha utført kritikkverdig sykepleie. Jeg kalte vedkommende inn til en samtale for å avdekke hva som hadde skjedd. Denne sterke, stødige sykepleieren knelte sammen i gråt og forklarte: Vedkommende jobber til vanlig på en somatisk post, med lavere pleiefaktor enn vår avdeling og minimalt med andre sykepleiere. I hverdagen må man ta på seg skylapper for å komme seg gjennom dagen, man får ikke hjelp, det er ikke ledig hender eller hoder å oppdrive. Man går på akkord med seg selv dag etter dag. Sykepleieren var så fastkjørt i dette mønsteret at selv om vedkommende nå var omringet av

både flere hender og hoder, var skylappene for store til å se.

KONSTANT UTMATTET

Et mantra som er mye brukt fra alle parter i diskusjoner rundt dagens styringsystem er «pasienten i fokus». Men eksemplet med den likeglade sykepleieren viser konsekvensene av å måtte ha altfor mange pasienter i fokus på samme tid, uten å selv bli sett. Har mantraet «pasienten i fokus» blitt så sterkt at de ansatte havner helt ute av fokus? Dette mantraet hjelper svært lite om helsepersonellet ligger med åndenød i grøfta.

Det er på tide at flere enn bare helsepersonellet tar pasientens helsetjeneste på alvor! Dere politikere må våkne! Slutt med den byråkratiske helsetjenesten! Dere må vise med handling, og ikke bare med tomme ord, at dere faktisk ønsker å ha pasienten i fokus!

Vår mulighet til å påvirke egen arbeidshverdag blir stadig utfordret med en arbeidsmiljølov som settes i revers, varsler som opplever liten støtte og tøffe hverdager, støttefunksjoner som plukkes bort en etter en fordi rammen skvises mer og mer.

Øverste leder, herunder politikere, har ansvaret for vår sikkerhet og må

«**Dette mantraet hjelper svært lite om helsepersonellet ligger med åndenød i grøfta.**»

sørge for at vi har oksygenmasker tilgjengelig! Gi oss støttepersonell tilbake slik at fagfolk kan få rom til å gjøre jobben sin! Slå hardt ned på fryktkultur slik at vi faktisk tør å utøve vår varslingsplikt der det er nødvendig! Gi oss midler til nødvendig kompetanseheving! Ikke skyv dette ansvaret nedover i ledelsesrekken. Denne forskyvningen starter som en liten snøball og ender opp som et katastrofalt snøras der hvor de som er nærmest pasienten befinner seg.

LITE TILGJENGELIG OKSYGEN

Vi er så uendelig slitne av å måtte holde pusten fordi vi gir alt tilgjengelig oksygen til pasientene våres. Ser dere ikke at helsevesenet lider av alvorlig oksygenmangel?

Hvem skal ta vare på pasientene våre hvis alt helsepersonell har strøket med? Vil dere ha likeglade pleiere som utgjør en fare for seg selv og andre? 1 av 5 sykepleiere forsvinner helt fra helsevesenet etter en 10-årsperiode. Dette er alvorlig!

PUSTE FOR EGEN MASKIN

En vakker dag må selvsagt målet være å kunne klare å puste for egen maskin, men inntil et nytt og bedre styringssystem er på plass så gi oss de oksygenmaskene vi trenger, slik at flere kan reise seg igjen og bidra til endring!

Vi må vekkes fra denne kritikkløse, likeglade utmattelsen slik at vi kan gjenreise det vi faktisk skal drive med: pasientens helsetjeneste!! ●



Jeg har blitt overbevist om at vi trenger nasjonale normer.
Både hva gjelder bemanning, kompetanse og ledelse.

En lenge varslet krise



Fakta

Silje Naustvik

Avdelingssykepleier på sykehjem

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står ovenfor en varslet krise. Kanskje er vi allerede der. Til tross for spennende arbeidsoppgaver og en kompleks pasientgruppe melder kommunene gjennom KS sin årlige arbeidsgivermonitor at de ikke får tak i sykepleiere. Oppgavene på sykehjem er i kjernen av vår profesjon, allikevel kvier vi oss for å søke jobb der. Jeg kan forstå hvorfor.

Det er litt over et år siden jeg takket ja til stillingen som avdelingssykepleier ved et sykehjem i Hamar. Et år som leder på sykehjem har gitt meg flere viktige innsikter. Blant annet at det er en utrolig kompleks og sammensatt pasientgruppe som bor på sykehjem.

Og virkeligheten er minst like utfordrende som den fremstilles. Det er skyhøyt sykefravær, det er knapt nok hele stillinger og det er etter min mening en bemanning som ikke er tilpasset arbeidsoppgavene.

DØR PÅ SYKEHJEM

De som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er mine helter. De tar vare på en stadig mer kompleks pasientgruppe og flere arbeidsoppgaver med de samme rammene og den bemanningen som da den typiske sykehjemspasienten kom gående inn med kofferten i hånden.

Tiden da man bodde årevis på

sykehjem er definitivt forbi. Dagens sykehjemspasient er blant våre aller sykeste eldre, de har i gjennomsnitt 6,5 diagnoser, over 80 prosent har kognitiv svikt og andelen av oss som dør på sykehjem har økt fra 27 til 48 prosent de siste 30 årene.

På kontoret mitt ligger en liten bok med navnene på alle som har forlatt livet på akkurat min arbeidsplass. Og tallene stemmer. Flere lever sin siste tid på sykehjemmet. Samhandlingsreformen har også gjort at flere dør på sykehjem, og andelen øker.

VALGKAMP OG TOMME ORD

Denne utviklingen kommer til å fortsette, all den tid den demografiske utviklingen viser en betydelig økning av de eldste eldre. Det ser ikke ut til at politikerne er villige til verken å bygge nok sykehjemsplasser eller øke bemanning og kompetanse på allerede eksisterende sykehjem.

13 prosent av de eldre over 80 år har per i dag plass på sykehjem. Det har blitt slik at skal du få sykehjemsplass, må du være nærme døden, og i nær fremtid vil det bli slik at det er enda vanskeligere å få sykehjemsplass. Dette til tross for at

politikerne i den nylig avsluttede valgkampen har kappes om å love nye sykehjemsplasser. Så lenge ansvaret ligger hos kommunene, med presset økonomi, vil det fortsette å være tomme ord.

MÅ HA NASJONALE NORMER

Jeg har blitt overbevist om at vi trenger nasjonale normer. Både hva gjelder bemanningsnorm, kompetansesammensetning og lederspenning. Det ser ut til at uten dette vil det alltid være et minimum som legges til grunn – det er «godt nok» som gjelder, ikke en ambisjon om å gi best mulig pleie og behandling.

Så lenge politikerne ikke satser på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil heller ikke sykepleiere og annet helsepersonell søke seg dit. Det er provoserende når rikspolitikere under valgkampen lover alt fra sykehjemsplasser, en times aktivitet om dagen og kjærlighetsgaranti – når virkeligheten er at det knapt nok er søkere til utlyste stillinger.

DETTE ER ET POLITISK VALG

Det må skapes fagmiljøer, det må lysnes ut hele stillinger, det må gis rom for fagutvikling, det må være tid til den gode samtalen og det må være turnuser som kan kombineres med familieliv. Alt dette er et politisk valg. Og bare på den måten kan vi klare å gi de sykeste eldre pleie og behandling av høy faglig kvalitet. ●

«Virkeligheten er at det knapt nok er søkere til utlyste stillinger.»



Karita Bekkemellem

Hvorfor: Fordi hun stadig må forsvare en uglesett legemiddelindustri. Sist i forbindelse med høstens bok Pillebefinnende av Niels Christian Geelmuyden.

Stilling: Administrerende direktør i bransjeforeningen Legemiddelindustrien (LMI)

Utdanning: Markedsføringslinja på videregående og Forsvarets høyskole

Alder: 52 år



PRIORITERING: – Jeg må vel lese boka til Geelmuyden, men prioriterer det ikke akkurat nå, sier Karita Bekkemellem mens hun poserer kamera- vant for Sykepleiens fotograf.

A photograph of a person with long, wavy hair, seen from the back, wearing a light blue shirt with a floral pattern. They are looking out a large window with dark frames. The view outside shows a cityscape with buildings and mountains in the distance under a clear sky.

Pillenes beste venn

Kritikken som stadig hagler mot
legemiddelindustrien preller av på Karita Bekkemellem.
– Det er gamle historier og lite nyansert, hevder hun.

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**





Husker du Ap-politikeren Karita Bekkemellem som satt på Stortinget i 20 år for Møre og Romsdal? Barne- og likestillingsministeren som krevde kjoletillegg, var programleder i dame-talkshow, ble ofret av Jens Stoltenberg fordi han trengte en innvandrer som statsråd og som svarte med å kalle Stoltenberg en pingle i biografien sin «Mitt røde hjerte»?

GIKK INN I KONTROVERSIELLE SAKER

Mindre kjent er det kanskje at datteren av skytebas Magne og kjøkkensjef Marit også sådde frøene til lovendringene så homofile kunne gifte seg og adoptere, og at kvinner kunne bruke mannens etternavn som mellomnavn, i stedet for å måtte ta hans som etternavn og sitt eget som mellomnavn.

Hun fikk også gehør hos Aps kvinnebevegelse for å supplere det offentlige barnehage tilbudet med privat, og gikk hardt inn i saker som tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, selv om en del av det var omstridt i hennes eget parti. Da hun hevdet at hijab var i samme kategori som kjønnslemlestelse, ble det avisoppslag.

– Jeg mener fremdeles at religion og kultur er underordna menneskerettigheter når kvinner og barn blir diskriminert, sier Bekkemellem.

Hun sitter i en lilla svingstol på kontoret sitt i 8. etasje hvor hun kan se ned på NHO og Frognerparken.

«Jeg mener fremdeles at religion og kultur er underordna menneskerettigheter når kvinner og barn blir diskriminert.»

UGLESETT BRANSJE

I åtte år har Bekkemellem vært administrerende direktør i bransjeforeningen Legemiddelindustrien (LMI). En bransje som vel må kunne sies å slite med tilliten i befolkningen. Til og med helseminister Høie kaller bransjen for uetisk, til tross for at den lever av å redde liv.

Men kanskje er det akkurat det som er problemet: At den skal leve av andres sykdom og lidelse. Og ikke bare leve, men også bli rik og skaffe aksjeeierne sine en god avkastning.

– Er det egentlig en optimal organiseringsform, dette at legemidler utvikles, testes og selges av private børsnoterte selskaper, hvor hovedfokus er nødvendigvis blir å tjene penger?

– Ja, det er ikke bærekraft i noe annet alternativ. Jeg har vært med å lage tre statsbudsjett, og jeg kan love deg én ting: Det vil aldri være mulig, selv ikke i verdens rikeste land, å ta over det enorme økonomiske ansvaret for innovasjonsutvikling som hele den globale farmasøytiske industri leverer på. Da måtte vi ha begynt å skattlegge, eller betale det offentlige helsevesenet, på en helt annen måte enn i dag.

– NØDT TIL Å TJENE PENGER

På to dagers varsel fikk Bekkemellem skvisa plass til Sykepleien-intervju. Vi har lovet ikke å spørre om innholdet i Pillebefinnende, den siste boka til Niels Christian Geelmuyden. Hun vil trenge mer tid til å forberede seg. Hun får derfor noen spørsmål om boka vi skal få svar på seinere. Fotoseansen er også spart til slutt, Bekkemellem ønsker å konsentrere seg om intervjuet.

Moldedialekten hennes, med «e» i stedet for «i» som personlig pronomen, durer i vei som den durkdrevne politikeren hun er:

– Vi må ikke være så redd for den private modellen, så lenge vi har godkjenningsregelverk rundt den. Og så må vi ikke glemme at mye av fortjenesten går tilbake til ny forskning og utvikling. For at det skal være bærekraftig i patenttida du har, så er det nødvendigvis slik, også for den som jobber på helseområdet og redder liv, at du er nødt å tjene penger.

LITE, GRÅTT KONTOR

Hun maler videre:

– Det er lønninger som skal betales, og mye forskning går feil: Av 10 000 substanser det forskes på, blir ett til et legemiddel. Det er en misforstått politisk korrekthet i Norge rundt private aktører. Så mye fordommer! Men så lenge myndighetene regulerer dette på en god måte, du har god skattlegging, avgiftssystemer og transparens, så er dette noe som samfunnet vårt er nødt til å ha.

Direktørkontoret i den mektige legemiddelindustriens bransjeforening er mindre enn det til lederen av Sykepleierforbundet. De grå veggene har ingen bilder som vitner om et privatliv. Men ukepressen har skrevet både om mann nummer to, som måtte slutte som pilot og omskolere seg innen ledelse da han fikk tarmkreft, og at de har to barn hver som nå har flyttet hjemmefra.

Her er det ordene som fyller rommet. Det går i runde vendinger. Høsten har vært travel og statsbudsjettet har for første gang tatt hensyn til legemidler på en annen måte enn tidligere.

LMI VIL UNDERVISE SYKEPLEIERE

– Angår noe av det du styrer med, sykepleiere?

– Absolutt. Sykepleiere jobber under et enormt tidspress, og må ta et mye større ansvar enn de formelt har. De trenger mer kunnskap om legemidler for å følge opp pasientene etter at resepten er skrevet ut.

Bekkemellem mener opplæringen av sykepleierne må systematiseres mer.

– Staten eller kommunene er nødt til å ta mye større ansvar for etterutdanning på legemiddelområdet. Det er noe LMI gjerne bidrar med på en transparent måte, under styring fra myndighetene.

– Bør reglene endres så sykepleierne får et større formelt ansvar?

– Den diskusjonen er man nødt til å ta, men vi er først og fremst opptatt av å få være med å bygge opp kompetansen.



KJOLEGLAD: Det ble aldri noe kjoletillegg på de kvinnelige statsrådene, men Karita Bekkemellem vet å kle seg på de røde løperne likevel. Her er hun på en stortingsmiddag i 2005. Foto: Aftenposten/NTBScanpix

POLITISK SPILL: – Kan hende er jeg lurt trill rundt av legemiddelindustrien, men jeg vil si at det er mest spill i politikken, sier Karita Bekkemellem.



UNGDOMSPOLITIKER: Karita Bekkemellem er en dreven politiker. Her er hun 24 år på AUFs sommerleir på Utøya i 1989. Foto: Annemor Larsen/VG/NTBScanpix

I Storbritannia kan sykepleiere i prinsippet forskrive hele Felleskatalogen for å avlaste legene, etter bare en mastermodul på et halvt år.

- Noe for norske sykepleiere i disse oppgaveglidnings-tider?
- Det er en diskusjon vi gjerne går inn i.

STIGMATISERTE ANSATTE

– Hva er det beste med å være administrerende direktør i LMI?

– Åh, det er så mye. Hvis jeg må si én ting, er det fantastisk å oppleve at pasienter får bedre behandling og at vi redder liv. Jeg får frysninger av å tenke på det. Men jeg må også nevne de ansatte i bransjen. De er utrolig dedikerte og veldig kompetente, men er stigmatiserte fordi de jobber i en utsatt bransje.

Bekkemellem innrømmer at hun var ekstremt nervøs før hun begynte i jobben, hun hadde jo aldri jobbet med helsepolitikk. Hun vet ikke engang navnet på virkestoffet i migrenetablettene sine.

– Men av alle tilbudene jeg fikk, var det dette jeg hadde lyst til. Og ved at jeg blottla meg sjøl og var ærlig på hva jeg ikke kunne, ble jeg tatt veldig godt imot. De spilte meg gode.

Inne på kontorene hos LMI kvitterer de ansatte på lederens skryt:

– Hun er en flott sjef. Hyggelig, engasjert og entusiastisk. Hun ser alle, fra vaskedama og oppover, får vi vite.

– MYNDIGHETENE HAR EN KYNISK TILNÆRMING

– Det verste med jobben da?

– Når vi må stå til ansvar for noe som noen få eller et firma som kanskje ikke er medlem en gang, har gjort, og som myndighetene og media reagerer på. Prisdebatten oppleves også

«Vi må ikke være så redd for den private modellen, så lenge vi har godkjenningsregelverk rundt den.»

urettferdig. Der synes jeg myndighetene har en kynisk tilnærming. De vil holde sykehusbudsjettene på samme nivå, til tross for at vi blir stadig flere eldre og syke i landet. Da må man tyne de ansatte enda mer og kutte de nye behandlingsmetodene. Det kommer bare til å ende med at vi får en vekst i det private helsetilbudet.





Helseminister Bent Høie har sidestilt legemiddelindustrien med kjeltringvirksomhet, når han kommenterer de nye svin-dyre kreftlegemidlene som velter sykehusbudsjettene. Bekkemellem kaller det ansvarsfraskrivelse.

– PRISEN TIL HØIE BLIR FEIL

– *Hva føler du når dere stemples som uetiske kjeltringer?*

– Jeg blir fryktelig lei meg fordi bildet har flere sider. Myndighetene eier jo prisfastsettingssystemet som gjør at Norge har hatt veldig lave priser på legemidler i veldig mange år. Og de har flere arenaer å nå ut på, mens legemiddelindustrien i Norge har svært liten synlighet i forhold til for eksempel Danmark som har Novo Nordisk, og Sverige som har AstraZeneca.

– Dessuten er ikke rabatten til sykehusene med. Det er også samfunnsøkonomiske kostnader forbundet med å være syk, som skrelles bort i regnestykket, og som gjør at prisen til Høie blir feil.

– *Hvor mye er rabattene på?*

– De varierer, jeg har ikke innsyn i det.

«Det er fantastisk å oppleve at pasienter får bedre behandling og at vi redder liv. Jeg får frysninger av å tenke på det.»

I 2016 kom en lovendring. Rabattene som blir forhandlet mellom sykehusene og de enkelte legemiddelfirmaene må ikke lenger oppgis. Steinar Madsen i Legemiddelverket sier det er kaos.

– *Hvorfor må prisene være hemmelige når det er snakk om offentlige midler?*

– Her handler det om prinsipper og juss. Legemidler må behandles som andre offentlige anskaffelser. Men det betyr ikke at alt er hemmelig. De som trenger å vite eksakte priser, får vite. Totalsummer for de forskjellige legemiddelgruppene er fortsatt åpne.

– ALT OFFENTLIGGJØRES

– *Legemiddelindustrien finansierer sjøl forskningen, eier resultatene og bestemmer hva som skal publiseres. Da ...*

– Alt offentliggjøres i dag, det er bare gamle fortellinger som påstår noe annet, avbryter Bekkemellem.

– *Men Forskning.no skrev i 2013 at under halvparten av kliniske studier ble publisert?*

– Det der er gamle, unyanserte påstander. Det nytter ikke å komme trekkende med saker som er 10–12 år gamle. Det slår så hardt tilbake på oss hvis vi ikke offentliggjør negative funn, at vi ikke er tjent med noe annet enn full transparens. Derfor skal alt av forskning offentliggjøres. Det er også regulert av myndighetene.

– *Mener du at endringene har skjedd etter 2013?*

– Ja, i 2014 gikk bransjeforeningene i Europa og USA sammen om en felles erklæring om åpenhet og deling av kliniske studie-data, utover det myndighetene krever.

EVALUERER SEG SELV PÅ BUSSEN HJEM

Det er vanligvis politiker-bastant tale når Bekkemellem snakker. Skulle du komme til å høre henne mumle for seg sjøl på ettermiddagsbussen hjem til Moss, trenger du ikke slå alarm. Da evaluerer hun bare seg selv etter dagens dont.

– Jeg har alltid klart meg sjøl, og tror på det å være sin egen mentor og ta ansvar sjøl. Jeg kan si til meg sjøl på bussen hjem: «Nei, faderullan, korsen e det mulig!» Men jeg roser meg sjøl også. Det er lov å være stolt.

I yngre år hadde Bekkemellem alltid dårlig selvtillit og mye bekymringer om å ikke være god nok. Det bedret seg ikke før hun ble over 40.

– Nå er jeg trygg. Da er jeg mye mer kreativ og kan boble over av ideer.

I biografien hennes skriver hun om tøffe påkjenninger hun måtte gjennom, både som barn og voksen. Alkoholisert far, voldtektforsøk på seminar med jobben, spiseforstyrrelse med tilhørende kjevelås da hun var 17 år og seinere selvmordsforsøk med antidepressiver. Hun ønsker ikke å snakke mer om dette i dag.

Også tiden som statsråd i tre og et halvt år for Arbeiderpartiet hadde sine utfordringer. Jens Stoltenberg skiftet henne ut med Manuela Ramin-Osmundsen i 2007, og Bekkemellem kritiserte statsministeren for ikke «å være mann nok» til å si det til henne selv, han brukte Karl-Eirik Schøtt-Pedersen som sendebud.

I ettertid har Stoltenberg begrunnet avskjeden til Bekkemellem med at hun ikke var noen sterk administrator, tok ikke styring over departementet sitt og hadde kommet på kant med sitt eget fylkesparti.

TRIGGES AV URETTFERDIGHET

– *Å lede LMI er også en utsatt posisjon. Er det slik at du tiltrekkes av motstand, eller er det motstanden som forfølger deg?*

– Jeg ser ikke på det sånn. Helt siden jeg var barn har jeg blitt trigga av urettferdighet. Da våkner krigeren i meg. Og så er det sikkert slik at det jeg opplevde som lita har gitt meg en ryggrad til å tørre å si ifra mot autoriteter.

– *Hvor er det mest spill, i legemiddelindustrien eller politikken?*

– Kan hende er jeg lurt trill rundt av legemiddelindustrien, men jeg vil si at det er i politikken. Hallo! Politikk handler også om makt, det er ikke kun idealisme. Bare se på nominasjonsmøtene. Da er det alltid fullt av folk som møter opp. Det er det ikke når vi skal lage partiprogram. Nå etter valget koker det jo i Arbeiderpartiet. Det handler om personer og dritt og lort.

Bekkemellem er glad hun klarte å kutte navlestrengen til Ap.

– Men jeg er fremdeles medlem i partiet og følger jo med

på politikk. Jeg ser at ting ikke er svart hvitt, det er mye politisk enighet. Egentlig er Bent Høie og Torgeir Micaelsen en god kombo. Jeg sa det til dem.

– *Hva svarte de da?*

– De flirte.

– VI SETTER ÅPENHET HØYT

Etter intervjuet får vi e-post hvor Bekkemellem svarer på spørsmålene om boka Pillebefinnende:

– *Hva er det viktigste Niels Christian Geelmuyden setter fingeren på i sin kritikk av legemiddelindustrien?*

– Det kommer nok litt an på øyet som leser, men han påpeker at det har vært lite åpenhet. Og ja, det har det vært. Men de siste årene har bransjen virkelige tatt grep om dette, og setter nå åpenhet høyt.

– *Hva er du mest uenig med ham i?*

– Vi er nok uenige om mange ting. Vi mener han gjør selv hva han kritiserer industrien for: Å plukke ut et lite blide av sannheten som best passer inn i egen historie, mens det ville sett annerledes ut om hele bildet var synlig. Men det viktigste poenget mitt er motivet bak boka – og hva som kan bli konsekvensene: Det er alvorlig om folk blir skremt fra å ta viktige medisiner.

– STORE ENDRINGER PÅ TRAPPENE

Vi har regler om habilitet og at alle forskningsresultat må publiseres. Geelmuyden viser at legemiddelindustrien synder mot disse reglene og får millioner av dollar i bøter hvert år, uten at det hjelper.

– *Hva må til for at man ikke får liknende tragedier som for eksempel giktmedisinen Vioxx igjen?*

– Her har det skjedd mye de siste årene, og store endringer er på trappene. Det finnes myndighetspålagte krav om offentliggjøring av kliniske studier. I tillegg har industrien tatt egne initiativ for å sikre at data blir tilgjengelig. I denne prosessen er det riktignok viktig at personvernet til de som deltar i studiene blir ivaretatt. Derfor tar det også noe tid før studieresultater kan publiseres. Vi vil fortsette å jobbe for økt åpenhet rundt kliniske studier, i samarbeid med akademia og myndigheter.

Geelmuyden hevder at industrien har hendene langt inne i godkjenningskomiteene, at den er informasjonsleverandør til myndigheter, legen som skal skrive ut resepter og helsepersonell som skal administrere legemidlene.

– *Gjenkjennelig?*

– Det er helt naturlig at industrien, som har forsket frem produktene, og som dermed kjenner produktene best, er informasjonsleverandør. Men det er myndighetene som setter standarden for hva slags informasjon de trenger og som helt uavhengig vurderer informasjonen og eventuelt godkjenner produktene. Det er den godkjente informasjonen vi kommuniserer til helsepersonell i strengt regulerte former. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



JOB

Sykepleien 08 | 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.



STIFTELSEN SOLLIAKOLLEKTIVET SØKER NY KOLLEKTIVMEDARBEIDER MED SYKEPLEIER BAKGRUNN

Solliakollektivet startet i 1970 og er Norges eldste behandlingskollektiv for rusmiddelavhengige. Vi driver 2 økologiske gårdsbruk på Sollia og Trogstad i tillegg til videreføringsavdeling på Raufoss. Stiftelsen har fast driftsavtale med Helse Sør Øst RHF (HSØ) om langtids behandling for 23 pasienter/elever. Vi er 27 ansatte, hvorav 20 er medlevere som har vår egen bolig på kollektivet. Som kollektivmedarbeider får du arbeide med rusavhengige over 18 år som selv ønsker å komme ut av misbruket. Du blir med og videreutvikle rusbehandling med vekt på levetilstand, helse, medbestemmelse, rusfrihet, aktiv fritid og arbeidstrening med økologisk landbruk, dyrehold, vedlikehold og husholdning.

Dine oppgaver

- Behandlingsansvar, forvern og inntak av nye pasienter
- Medansvar for medikamenthåndtering, medisinske rutiner og sykepleiefaglig utviklingsarbeid
- Rusdata og rapportering til NPR og HSØ
- Varierte aktiviteter med pasienter/elever på dagtid, kvelder og helger
- Medansvar og deltakelse på ansattmøter og allmøter
- Bo i et aktivt levetilstand med kolleger og pasienter/elever på Sollia

Dine kvalifikasjoner: Du er autorisert sykepleier med erfaring fra rusbehandling;

- Er faglig engasjert, løsningsorientert og trygg på deg selv
- Bidrar til egen og andres utvikling
- Har sertifikat og gode datakunnskaper
- Er strukturert og tydelig med gode norskkunnskaper - skriftlig og muntlig
- Tilslutter deg Sollia's ideologi og rehabiliteringsmodell
- Vil bo på Solliakollektivet og arbeide for et godt levetilstand
- Personlig egnethet og samarbeidsevne vil bli vektlagt. Menn oppfordres til å søke.

Vi tilbyr en spennende jobb med store utviklingsmuligheter

- Fellesskapet som metode i et levende arbeidsmiljø
- Veiledning, faglig og personlig utvikling
- Et givende og lærerikt miljø med stor innflytelse
- Gode lønnsbetingelser og pensjonsordning
- 6 friuker i tillegg til ferie
- Egen rimelig bolig i et mangfoldig levetilstand på gården Sollia

Søknad med CV, attester og referanser sendes til bente@sollia.no innen 20.10.2017. Ta gjerne kontakt på telefon 61 12 87 00 eller mobil 95793022

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ER DU EN AV OSS?

NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap Gjøvik

Førstelektor/universitetslektor i helsevitenskap (sykepleie) med videreutdanning i psykisk helsearbeid

100% fast stilling.

Førstelektor/universitetslektor i helsevitenskap (sykepleie)

3x100% faste stillinger.

Arbeidssted: Gjøvik
Søknadsfrist: 31.10.2017



jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

Trondhjems Hospital

Vil du jobbe hos oss?

Vi søker dere som er sykepleiere og liker utfordringer. Dere vil få en unik mulighet til å være med på å utvikle våre enheter.

- 100% fast stilling i omsorgsboligene
- 100% fast stilling i bokollektiv med demensomsorg.

Les mer om stillingene på www.jobbnorge.no - IDSøk 143318
Søknadsfrist 23.10.17.



VI SØKER SYKERPLEIERE!

På vegne av vår kunder i hele Sør-Norge søker vi etter sykepleiere, vernepleiere og psykiatriske sykepleiere. Vi søker både vikariater og faste stillinger i turnus. Du vil jobbe i medlever turnus (3 døgn på-7 døgn av-4 døgn på-7 døgn av-3 døgn på). Det er både 3skift og medleverturnus ut fra hvilken stilling det er. Heltidsstillingen er ca. 10,5 døgn i måneden.

Du må ha erfaring med brukere innenfor rusproblematikk, atferdsvansker, psykiatri og/eller utviklingshemming som blant annet autisme. Godt humør, og flink til å bygge relasjoner anses som viktig i et slikt arbeidsmiljø. Du er en initiativrik lagspiller som balanserer oppgavene i en travel hverdag. Du er trygg, selvstendig og målrettet.

Kvalifikasjoner

- Sykepleier, vernepleier, psykiatriske sykepleiere
- Erfaring fra arbeid med unge mennesker
- Personlig egnethet vektlegges i stor grad
- Ved ansettelse må politiattest fremlegges
- Førerkort klasse B/manuell gir.
- Fint om du har erfaring med helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9.

Egenskaper:

- Evne til å skaffe seg oversikt og jobbe strukturert og planmessig
- Evne til å samarbeide
- Evne til å inspirere og engasjere
- God skriftlig og muntlig framstillingsevne
- Evner til å skape gode relasjoner
- Takle utagerende atferd og håndtere konflikter på en profesjonell måte
- Tåle å stå i pressede situasjoner

Vi kan tilby:

- Spennende og givende arbeidsoppgaver
- Muligheter til å hjelpe mennesker gjennom egen arbeidssituasjon
- Et positivt, godt og uformelt arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale

Om oss

Skagerak helsepartner as har spesialisert seg innenfor helse og omsorg. Vi tilbyr bemanning til barnevern og brukere med utviklingshemming i privat og offentlig sektor. Vi leverer kvalitetssikrede løsninger som vi skreddersydd for våre kunder.

Vår adresse er Trommedalsveien 245, 3735 Skien

Søknader sendes

På mail til thomas.prestesaether@skagerakhelsepartner.no med søknad og CV.

Søknadsfrist 30. november.



FØRSTEAMANUENSIS/FØRSTELEKTOR I AVDELINGEN FOR MASTER, ETTER- OG VIDEREUTDANNING

LDH utlyser engasjementstilling i 100% stillingsressurs.

Søknadsfrist: 26.10.2017

Les hele utlysningen på ldh.no



FØRSTEAMANUENSIS/FØRSTELEKTOR FAST STILLING 100%

Søknadsfrist 05.11.2017.

Les utlysningstekstene på ldh.no



Lodingen er geografisk sentrum i Hålogaland, Nord-Norges mest folkerike område. E6 og E10 knyttes sammen i Lodingen og er innfallsport til Lofoten, Vesterålen og Harstadregionen. Evenes lufthavn, Harstad, Narvik, Sortland og Svolvær er 50-90 min. biltur unna. Lodingen tettsted har 1.800 innbyggere. Miljøet er småbypreget, med tjenester og servicetilbud nært oss. I gåavstand finner du forretninger, kafétilbud, skoler, barnehage, idrettsanlegg og båthavn. Jada, vi har digital kino med 3D også. Badestranda Bankfjæra, lønnetrærne, parkområdene og trehusbyggelsen rammer inn et sosialt folkeferd. Vi lever det gode liv i Lodingen.

Avdelingsleder i hjemmesykepleien

Det er ledig 100% fast stilling som leder fra 1. januar 2018. Nærmere opplysninger om stillingen får en ved å henvende seg til: Kommunalsjef Monica Jacobsen tlf. 76 96 66 06 / 953 62 648. Flere opplysninger finner du på <http://www.lodingen.kommune.no> - Ledige stillinger.

Søknadsfrist: 5. november 2017

... en god del av Norge

Postboks 83 - 8411 Lodingen - Tlf. 76 98 66 00 - Faks 76 98 66 40 - postmottak@lodingen.kommune.no - www.lodingen.kommune.no

frantz.no



Tynset kommune

SYKEPLEIER VED INSTITUSJONSTJENESTEN 83 % FAST STILLING

Stillingen er ledig fra dags dato. Søker må påberegne å jobbe ved flere avdelinger innenfor tjenesten.

Krav til stillingen

- Offentlig godkjent sykepleier.
- Arbeidstid: Tredelt turnus.

Vi tilbyr

- Lønn over tariff
- Lønn over minstelønn for nyutdannede
- Ekstra godtgjøring for ubekvem arbeidstid (natt)
- Muligheter for etter- og videreutdanning
- Store stillingsbrøker
- Mulighet for å bidra inn i og delta i faglige nettverk
- Stimulerende og utviklende arbeidsmiljø

Les hele utlysningsteksten og send søknad på <http://www.tynset.kommune.no/>

Søknadsfrist 30.10.2017

HSN Høgskolen i Sørøst-Norge

Videreutdanning
Drammen og Vestfold

Få økt kompetanse med videreutdanning



Kurs våren 2018, Campus Vestfold:

- Prevensjonskurs/utvidet rekvisisjonsrett for jordmødre og helsesøstre, [søknadsfrist 12.02.18](#)
- 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

Kvalitetsledelse i helse-tjenesten



Samfunnet stiller stadig høyere krav til kvalitet på helse-tjenester. Et viktig verktøy for å tilfredsstille kravene til et kvalitetsledelsessystem er standarden NS-EN 15224.

Lær deg standarden, meld deg på kurs

Kurset gir deg innføring i kravene i standarden, kunnskap om hva systematisk kvalitetsforbedring er, og hvordan man systematisk legger til rette for dette.

Dato/sted: 16.-17. november 2017 på Fossekallen Restaurant og Konferansesenter, Vollsveien 13 H, 1366 Lysaker

www.standard.no salg@standard.no [67 83 87 00](tel:67838700)

standard.no - din leverandør av norske og utenlandske standarder



**NUTRICIA INVITERER TIL
SÅRSYMPOSIUM
6. NOVEMBER**

Vi har gleden av å invitere til fagdag hvor ernæringsens rolle i forebygging og behandling av **trykksår** står i fokus.

Når: Mandag 6. november kl 09.30

Hvor: Felix Konferansesenter

Program:

09:30 Registrering og kaffe

10:00 "Nutrition for optimal wound healing" v/ Dr. Emanuele Cereda

11:00 Spørsmål og diskusjon v/ Anne Torbergsen, PhD Klinisk ernæringsfysiolog Nutricia

11:30 Lunsj

12:15 "Helseøkonomisk prosjekt i Fredrikstad» v/ Anne Herwander Kvarsnes,
Fagrådgiver etat hjemmesykepleien i Fredrikstad kommune

13:15 Pause med kaffe

13:30 «Fysiologi og ernæringsens rolle i sårtilheling» v/ Professor Christina Lindholm

14:30 Oppsummering og vel hjem

VELKOMMEN!

Påmelding innen 1. november til: www.nutriciaacademia.no

Spørsmål sendes i forkant til: anne.torbergsen@nutricia.com





VENDEPUNKTER

Den 5. Nordiske Miljøterapikonferansen
om Spiseforstyrrelser
19.-20. APRIL 2018
på Hotel Bristol i Oslo

Frist for innsending av abstrakts til workshop:
15. desember 2017

For info om påmelding, forelesninger og
abstrakt, se under arrangement på:

www.rasp.no

PÅMELDING STARTER 1. DESEMBER 2017



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



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



Neste utgivelse

Sykepleien nr 9 distribueres 16. november.
Passer denne utgivelsen for deg er
materieffrist 8. november.

Sykepleiens desember-utgave tar ikke
stillings- og kunngjøringsannonser.

Sykepleien



Løsning på kryssord i nummer 8/2017 (se side 80).

SVND	AKTER	E	LEGL	GIFTE	A	ATSEL	L	SOP	MAL	GUD	ORG	AKJENT	PLANTE	T	DEMP	D	NADD	BYGG	H	
SLUB	M	A	T	F	O	R	G	I	F	T	N	I	N	G	S	K	I	L	D	E
FOR	I	N	T	O	K	S	I	K	A	S	J	O	N	S	R	A	M	M	E	T
PARTE	L	E	E	T	E	F	S	O	G	O	R	G	A	R	M	R	Y	D	E	R
LESE	T	R	S	N	T	A	N	T	O	R	T	A	N	T	E	M	S			
A	B	C	O	L	I	I	L	S	D	M	O	T	A	U	R	E	A	L		
TIL	R	A	M	P	K	G	A	R	T	E	T	S	D	N	B	S	T	A		
GRUK	A	S	P	O	K	F	A	G	G	O	E	N	K	U	S	I	G			
G	N	I	M	E	N	N	E	S	K	E	R	E								
BL	N	T	U	T	N	E	V	N	E	L	S	E	L	E	N	L	E	T	T	



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

Unngå smittespredning



Godt fuktete kluter for **enkel, rask og effektiv** overflatedesinfisering

NYHET!

- **Velegnet til alle typer overflater** som tåler alkohol; benker, inventar, pasientnært utstyr, håndtak og andre kontaktpunkter.
- **Økonomisk:** Hver klut dekker inntil 5 m².
- Unik sammensetning av alkoholer som dreper bakterier, ulike virus og gjærsopp med en **virketid på 1 minutt**.
- Væsken **etterlater ingen stoffer etter fordamping**, og skylning eller annen etterbehandling er derfor ikke nødvendig.



Antibac® Overflatedesinfeksjon kluter i spann à 300 stk (art. nr. 603047).