

13
2014

Sykepleien

A photograph of a caregiver, a young man in a dark sweater, leaning over to assist an elderly woman with a walker. The woman is seated in a large black armchair, wearing a light-colored top and glasses. They are in a room with floral wallpaper, a window, and a desk with a computer monitor. The title 'Tilbake til faget' is overlaid in large white text.

Tilbake til faget

Tillit. Med Buurtzorg-modellen finner nederlandske sykepleiere tilbake til sin gamle rolle i nabolaget. **30**

● **Hva skjer**
Og snart er Høies planer klare... **16**

● **Sykepleie**
Mange snoker i journalene. **60**

● **Påfyll**
Cochrane for kloke hoder. **74**

● **Meninger**
Malin og ebola-pasienten. **86**



*"Jeg er jo sykepleier,
så den renten på boliglånet skal
jeg få kuttet betraktelig."*

KLP-medlemmer er faktisk **ikke helt på vidda** når de påstår at de har eksklusiv tilgang til markedets kanskje beste boliglån. For siden arbeidsgiveren din eier KLP, får du personalpriser på lån, forsikring, bank- og fondssparing.

Sjekk selv hvor mye du kan spare, gå inn på **klp.no**

klp

for dagene som kommer

Nutricia er leverandør av veldokumentert sondeernæring som gjenspeiler et sunt og naturlig kosthold



Unik mysedominant **proteinsammensetning** med dokumentert raskere ventrikkeltømming for bedre toleranse.¹⁻⁵



Multi Fibre-blandingen MF6™ er en veldokumentert og patentert blanding av løselige og uløselige fibrer som reflekterer fibersammensetningen i et sunt kosthold. Fiber er gunstig for tarmfunksjonen.⁶⁻¹¹



Inneholder en blanding av 6 **karotenoider** fra naturlige kilder. Karotenoider har en positiv effekt på immunforsvaret og er en viktig bestanddel i frukt og grønnsaker. De positive effekter av karotenoider er mye av bakgrunnen for rådet om å spise 5 frukt og grønnsaker om dagen.¹²⁻¹⁹



Inneholder **fiskeolje (DHA og EPA)** som reduserer inflammatoriske komplikasjoner.²⁰⁻²³



Referanser:

1. Montejo JC. Crit Care Med 1999;27:1447-53. 2. Mizock BA. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:338-44. 3. Mentec H et al. Crit Care Med 2001;29:1955-61. 4. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:14930-5. 5. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6. 6. Wierdsma NJ et al. Ned Tijdschr Dietisten 2001;56:243-7. 7. Silk DBA et al. Clin Nutr 2001;20:49-58. 8. Guimber D et al. Presented at ESPGHAN 2007. 9. Schneider SM et al. Clin Nutr 2006;25:82-90. 10. Trier, E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 595. 11. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; (Suppl 3): 63-64. 12. Vaisman N et al. Clin Nutr 2006;25:897-905. 13. Mayne ST et al. J Am Coll Nutr 2004;23:34-42. 14. Kritchevsky SB et al. J Nutr 1999;129:5-8. 15. De Waart FG et al. Int J Epidemiol 2001;30:136-43. 16. Greenberg ER et al. J Am Med Assoc 1996;275:699-703. 17. Henderson CT et al. J Am Coll Nutr 1992;11:309-25. 18. Berner Y et al. J Parenter Enteral Nutr 1989;13:525-28. 19. Bowen PE et al. J Parenter Enteral Nutr 1988;12:484-89. 20. Brenna JT et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;80:85-91. 21. Calder PC. Braz J Med Biol Res 2003;36(4):433-446. 22. Kris-Etherton PM et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;81:99-104. 23. ISSFAL (2004). Recommendations for intake of polyunsaturated fatty acids in healthy humans. Brighton, International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids.



Pneumovax «Sanofi Pasteur MSD»
Pneumokokkpolysakkaridvaksine.
ATC-nr.: J07A L01

C

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning: 0,5 ml inneholdende: 25 µg av hver av pneumokokkserotypene: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F og 33F. Fenol, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokkserotypene som inngår i vaksinen. Vaksinen anbefales for personer >2 år, som har økt risiko for morbiditet og mortalitet som følge av pneumokokkinfeksjon. Personer i risikogrupper som bør vaksineres, fastsettes på grunnlag av offisielle retningslinjer. Vaksinen forebygger ikke akutt betennelse i mellomøret, bihulebetennelse og andre vanlige øvre luftveisinfeksjoner. **Dosering: Primærvaksering:** Voksne og barn >2 år: 1 dose à 0,5 ml. Anbefales ikke til barn <2 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert og antistoffresponsen kan være dårlig. **Revaksinerings:** 1 dose à 0,5 ml. Tidsintervall og behovet for revaksinerings bør avgjøres på grunnlag av offisielle retningslinjer. Revaksinerings med <3 års mellomrom frarådes pga. økt fare for bivirkninger. Friske voksne og barn bør ikke revaksineres rutinemessig. **Voksne:** Revaksinerings anbefales ved økt risiko for alvorlig pneumokokkinfeksjon, >5 år siden forrige pneumokokkvaksinerings, eller ved raskt synkende pneumokokkantistoffnivåer. Revaksinerings etter 3 år kan vurderes for personer i høyrisikogrupper for fatal pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten miltp). **Barn: 2-10 år:** Revaksinerings etter 3 år bør vurderes ved høy risiko for pneumokokkinfeksjon (f.eks. barn med nefrotisk syndrom, sigdcelleanemi eller barn uten miltp). ≥ 10 år: Revaksinerings kan vurderes som for voksne.

Spesielle pasientgrupper: Vaksinen bør om mulig gis minst 2 uker før planlagt splenektomi eller igangsetting av kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling. Hos personer i behandling med kjemo- eller stråleterapi, må vaksinerings unngås. Etter fullføring av kjemo- og/eller stråleterapi for neoplastisk sykdom, oppnås muligens ikke tilstrekkelig immunrespons ved vaksinerings og vaksinen må derfor ikke gis før minst 3 måneder etter fullført behandling. Ved intensiv eller forlenget behandling, kan det være nødvendig å øke denne tiden. Personer med asymptomatisk eller symptomatisk hiv-infeksjon må vaksineres så snart som mulig etter bekreftet diagnose. **Administrering:** Injiseres s.c. eller i.m. Vaksinen må ikke injiseres intravaskulært eller intradermalt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Vaksinerings må utsettes ved akutt infeksjon med feber, annen aktiv infeksjon eller når systemisk reaksjon vil utgjøre betydelig risiko, med mindre ev. utsettelse innebærer en enda større risiko. Ved vaksinerings av pasienter med nedsatt immunreaksjon er det mulig at forventet antistoffrespons ikke oppnås etter 1. eller 2. dose. Det er derfor mulig at slike pasienter ikke er like godt beskyttet mot pneumokokksykdom som immunkompetente personer. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. For pasienter som får immunsuppressiv behandling, vil den nødvendige tiden for å gjenopprette immunresponsen variere iht. sykdom og behandlingsform. Det er observert betydelig bedring i antistoffresponsen hos noen pasienter i løpet av 2 år etter fullført kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling (med eller uten stråling), særlig når intervallet mellom behandlingsslutt og vaksinerings økes. Egnet utstyr til behandling av en ev. akutt anafylaktisk reaksjon, inkl. adrenalin, bør være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk. Nødvendig forebyggende antibiotikabehandling mot pneumokokkinfeksjon må ikke stoppes etter vaksinerings. Pasienter som er spesielt utsatte for alvorlig pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten miltp eller personer som har fått immunsuppressiv behandling), må i tillegg få informasjon om at det kan være nødvendig med tidlig antimikrobiell behandling ved alvorlig og plutselig febersykdom. Pneumokokkvaksinen er muligens ikke effektiv for forebygging av infeksjoner som skyldes basalt kraniebrudd eller ekstern kontakt med cerebrospinalvæske. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med influensavaksiner, men i separate sprøyter og på forskjellige injeksjonssteder. Immunogenisitet for Zostavax kan reduseres, og skal derfor ikke brukes samtidig. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ukjent om vaksinen forårsaker fosterskader eller har innvirkning på reproduksjonsevnen når den gis til gravide. Vaksinen må bare gis til gravide hvis absolutt nødvendig (potensiell fordel må veies opp mot potensiell fare for fosteret). **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Vaksinen må gis med forsiktighet til ammende. **Fertilitet:** Ikke evaluert. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥ 1/10):** Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet i form av smerte, ømhet, erytem, varme, hevelse og lokal indurasjon og feber (≤ 38,8°C). **Svært sjeldne (< 1/10 000), ukjent:** Blod/lymf: Hemolytisk anemi hos pasienter som har hatt andre hematologiske sykdommer, leukocytose, lymfadenitt, lymfadenopati, trombocytopeni hos pasienter med stabilisert idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hud: Utslett, urticaria. Immunsystemet: Anafylaktoide reaksjoner, angionevrotisk ødem, serumsykdom. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artritt, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, hodepine, parese, radikulonevropati, feberkramper. Undersøkelser: Økt CRP. Øvrige: Cellulittlignende reaksjoner rundt injeksjonsstedet kort tid etter vaksinerings, asteni, feber, illebefinnende, nedsatt bevegelse i lemmer og perifert ødem i den injiserte ekstremiteten, frysninger. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Rensede pneumokokkapselpolysakkaridantigener isolert fra de 23 vanligste serotyper av Streptococcus pneumoniae, som forårsaker ca. 90% av invasive pneumokokkinfeksjoner. **Virkningsmekanisme:** 85-95% av vaksinerte utvikler antistoffer mot alle de 23 antigenene. Beskyttende antistoffnivå vises vanligvis 3. uke etter vaksinerings. Ukjent hvor lenge vaksinen beskyttende virkning varer. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. **Andre opplysninger:** Må ikke blandes med andre vaksiner/legemidler.

Sist endret: 06.03.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)
Basert på SPC godkjent av SLV: 16.01.2013



Vaxigrip «Sanofi Pasteur MSD»
Influensavaksine (splittvirus, inaktivert).
ATC-nr.: J07B B02

C

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml inneholdende: Splittet influensavirus, inaktivert, inneholdende antigener tilsv. type A (H1N1 (pdm09-avledet stamme NYMC X-179A), H3N2 (lignende stamme NYMC X-223A)) og/eller type B, 15 µg hemagglutinin pr. stamme, natriumklorid, kaliumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot influensa, spesielt ved økt risiko for assosierte komplikasjoner, til personer ≥ 6 måneder. Vaksinerings skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering: Voksne og barn fra 36 måneder:** 0,5 ml. **Barn 6-35 måneder:** Kliniske data er begrenset. Doser på 0,25 ml og 0,5 ml har vært brukt. Dosen bør være i samsvar med nasjonale anbefalinger. Barn som ikke tidligere er vaksinert, bør gis en ny dose etter et intervall på minst 4 uker. **Barn < 6 måneder:** Ingen data foreligger. **Administrering:** Injiseres i.m. eller dypt s.c. Må ikke gis intravaskulært. Ved dosering av 0,25 ml til barn, skal stempelpoppen skyves nøyaktig til kanten av merket, slik at halvparten av volumet fjernes og gjenværende volum skal injiseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene eller egg (ovalbumin, hønseproteiner), neomycin, formaldehyd og octoxynol-9 (spor kan finnes i vaksinen). Vaksinerings skal utsettes ved febersykdom eller akutt infeksjon. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Antistoffresponsen hos pasienter med endogen eller iatrogen immunsuppresjon kan være utilstrekkelig. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med andre vaksiner. Vaksinasjonene bør i så tilfelle gis på separate injeksjonssteder (i hver sin ekstremitet). Ev. bivirkninger kan bli forsterket ved samtidig administrering av andre vaksiner. Immunologisk respons kan bli redusert hos pasienter som behandles med immunsuppressiver. Midlertidige falske positive resultater i serologiske tester med bruk av ELISA-metoden for å finne antistoffer mot hiv-1, hepatitt C og spesielt HTLV1, er blitt observert etter influensavaksinasjon. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Inaktivert vaksine kan gis i alle stadier av graviditeten, og ingen skadelige effekter forventes på foster eller mor. **Amming:** Kan gis til ammende. **Fertilitet:** Manglende data. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10):** Hud: Svetting. Nevrologiske: Hodepine. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Øvrige: Feber, malaise, skjelving, utmattelse, lokale reaksjoner på injeksjonsstedet (rødhet, hevelse, smerte, ødem, indurasjon). Disse reaksjonene forsvinner vanligvis innen 1-2 dager uten behandling. **Svært sjeldne (< 1/10 000), ukjent:** Blod/lymf: Forbigående trombocytopeni, forbigående lymfadenopati. Hjerne/kar: Vaskulitt, i sjeldne tilfeller forbundet med forbigående nyrepåvirkning. Hud: Generelle hudreaksjoner inkl. pruritt, urticaria eller uspesifisert utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner, som i sjeldne tilfeller fører til sjokk, angiødem. Nevrologiske: Nevralgi, parese, feberkramper, nevrologiske sykdommer (f.eks. encefalomyelitt, nevritt og Guillain-Barrés syndrom). **Egenskaper:** **Klassifisering:** Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktede hønseegg. Vaksinen sammensetning av virusstammer er i samsvar med WHO's anbefalinger for den aktuelle influensasessong. **Virkningsmekanisme:** Beskyttende antistoffnivå oppnås vanligvis innen 2-3 uker. Immunitetens varighet etter vaksinasjon varierer, men er vanligvis 6-12 måneder. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Andre opplysninger:** Vaksinen bør ha romtemperatur ved bruk. Ristes før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler da uforlikeligheter ikke er undersøkt.

Sist endret: 03.10.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)
Basert på SPC godkjent av SLV: 26.08.2013

Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen
Telefon: 67 50 50 20, www.spmsd.com

N000171



Noen kan trenge mer enn en vinterjakke!

- Personer over 65 år
- Pasienter med kronisk hjerte- og karsykdom
- Gravide i 2. og 3. trimester

For disse kan influensa være en alvorlig sykdom*

Husk å tilby influensavaksinen

Obs! Folkehelseinstituttet anbefaler at personer over 65 år også vaksineres med Pneumovax.


sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

* se full liste over risikopasienter som bør tilbys vaksine på www.fhi.no

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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



Wima produkter

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

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

Ovesterin[®] østrol

Ovesterin «Aspen»

Østrogen.

ATC-nr.: G03C A04

TABLETTER 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Østrol 1 mg, resp. 2 mg, laktose, hjelpestoffer.

VAGINALKREM 0,1%: 1 g inneh.: Østrol 1 mg, oktyldodekanol, cetylpalmitat, glyserol, cetylal-kohol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitanmonostearat, melkesyre (E 270), klorheksidindihydroklorid, natriumhydroksid, renset vann.

VAGITORIER 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østrol 0,5 mg, hardfett.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritt ved østrogenmangel. Kun tabletter: Ikke infeksiose cystouretritt som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitt. Forsøksvis ved visse former for urininkontinens. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Dosering: Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Urogenitale plager: Tabletter: 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Vaginalkrem/vagitorier: 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: Tabletter: 1 mg daglig. Vaginalkrem/vagitorier: Preoperativ behandling bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld, og fortsetter postoperativt i minst 2 uker. Cervikal sterilitt: Tabletter: 0,5-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. **Administrering:** Tabletter: Tas helst til samme tid hver dag. Hele dagsdosen tas på en gang. Svelges hele med litt vann eller annen drikke. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneh. østrol 0,5 mg. Vagitorier: Brukes ved sengetid.

Kontraindikasjoner: Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Porfyri. Kun tabletter: Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Forsiktighetsregler: HRT bør kun initieres for behandling av postmenopausale symptomer ved symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas for behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtryksstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hormonell substitusjonsbehandling med preparater med systemisk effekt øker risikoen for endometriehyperplasi, endometrie-, bryst- og ovarialkreft samt venøs tromboemboli, iskemisk slag og koronar hjertesykdom. Det antas at sannsynligheten for og alvorlighetsgrad av disse tilstandene er betydelig lavere ved lokal administrering. Ved pre- og postoperativ bruk ved vaginale operasjoner bør profylaktisk behandling mot trombose overveies. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se Preparatomtale (SPC).

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Skal ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen seponeres. Epidemiologiske studier indikerer ingen teratogene eller fototoksiske effekter. Amming: Tablettene skal ikke brukes under amming. Østrol utskilles i brystmelken og kan nedsette melkeproduksjonen.

Bivirkninger: Bivirkningene er ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsgrener/bryst: Ubehag og smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige (ved lokalbehandling): Irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. Klasseeffekt for systemisk østrogen: Galleblæresykdom, hud- og underhudssykdommer (kloasma, erytema multiforme, erytema nodosum, vaskulær purpura), mulig demens >65 år.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger G03C side d.

Pakninger uten resept: Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. er unntatt fra reseptplikt.

Pakninger og priser: Tabletter: **1 mg:** 90 stk. (blister) 590265. **2 mg:** 90 stk. (blister) 023200.

Vaginalkrem: 15 g 532655. **Vagitorier:** 15 stk. 547802.

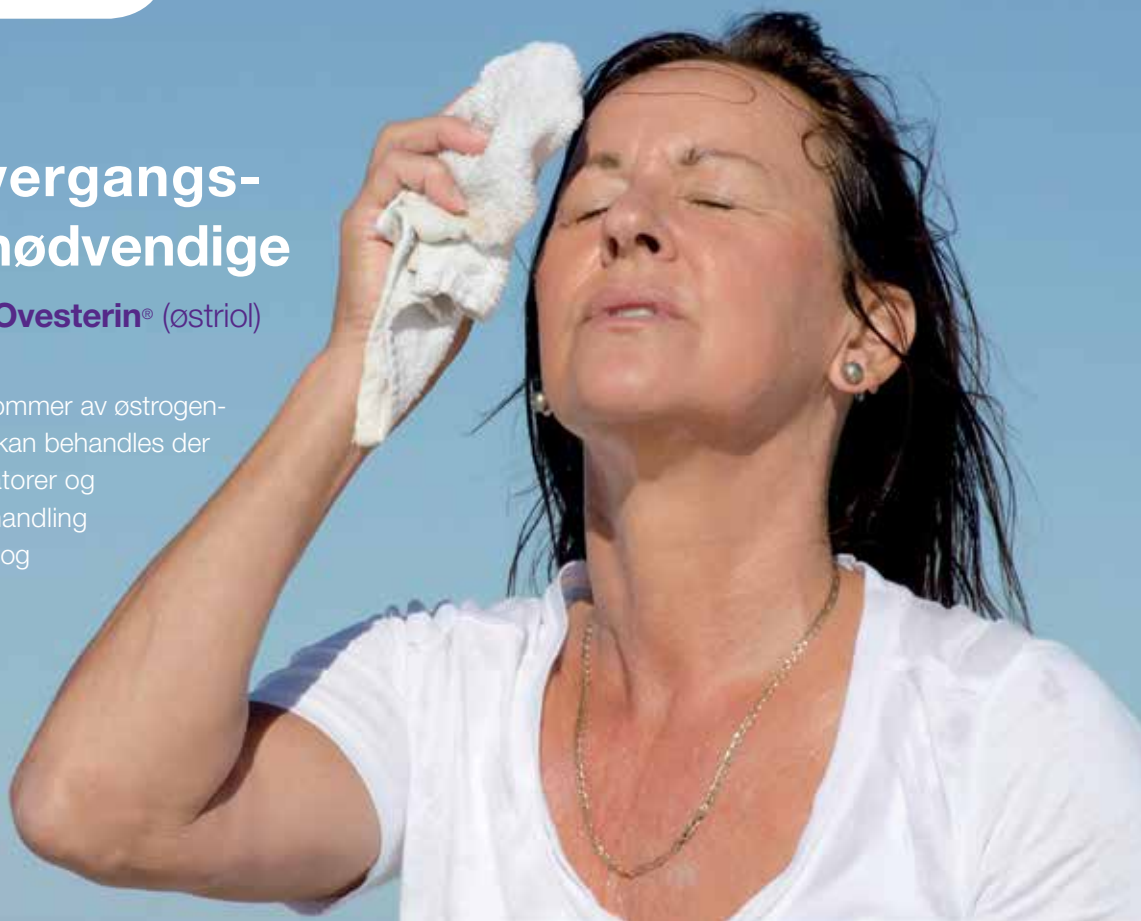
Sist endret: 19-09-2014

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA
Kontakt: infono@navamedic.com
Telefon 67 11 25 40

Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt Ovesterin® (østriol) er effektivt

Svie, tørrhet og kløe i underlivet som kommer av østrogenmangel er vanlige problem som enkelt kan behandles der symptomene oppstår. Ovesterin® Vagitorer og Ovesterin® Vaginalkrem er en lokal behandling som virker der den påføres - i skjedens og urinveienes slimhinner.



Slik virker Ovesterin®

Ovesterin® inneholder det kvinnelige kjønnshormonet østriol, som er det svakeste av de naturlig forekommende østrogener. Lokal applisering av østriol (Ovesterin®) er trygg og sikker hormonbehandling med over 30 års positiv klinisk erfaring.

Bruk Ovesterin® til å motvirke de negative forandringer som oppstår i vaginas slimhinner og i de nedre urinveiene på grunn av mangel på østrogen. Østriol hjelper til med å holde underlivets slimhinner elastiske og motstandsdyktige både mot både naturlig berøring og mot infeksjoner.

Reseptfritt Ovesterin® finns som vagitorier og vaginalkrem. Vagitoriene kommer i 15 pakninger. Kremen kommer i tube med 15 gram. Velg den form som passer best.

Se Felleskatalogen

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



Har du en MS-pasient som har problemer med å gå?

- 84%¹ av MS-pasienter opplever gangproblemer innen 5 år etter diagnose
- 70%² av MS-pasienter som opplever gangbesvær, oppgir dette som det mest problematiske aspektet ved sykdommen



FAMPYRA® (fampridin) er en tablettbehandling som er indisert for bedring av gangfunksjonen hos pasienter med alle typer MS (EDSS 4-7)³

1. Van Asch P. Eur Neurol Rev. 2011;6(2):115–20.
2. Halper J, Perrin Ross A. Int J MS Care 2010; 12: 13 –16.
3. FAMPYRA preparatomtale (SPC)

Fampyra® (fampridin) kan refunderes etter søknad om individuell refusjon (§3a) via HELFO

fampyra 10 mg
depottablett
fampridin

Fampyra «Biogen Idec» Kaliumkanalblokker.

ATC-nr.: N07X X07

DEPOTTABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Fampridin 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titanoksid (E 171).

Indikasjoner: Indisert for bedring av gangfunksjonen hos voksne pasienter med multipel sklerose (MS) og problemer med å gå (EDSS 4-7).

Dosering: Behandling er begrenset til forskrivning og overvåkning av leger med erfaring fra behandling av MS. Anbefalt dose er 10 mg 2 ganger daglig med 12 timers mellomrom (1 tablett morgen og kveld). Bør ikke administreres hyppigere eller med høyere doser enn anbefalt. Innledende forskrivning bør begrenses til 2 ukers behandling. En tidskontrollert gangtest, f.eks. «Timed 25 Foot Walk» (T25FW) anbefales for å evaluere forbedring etter 2 uker. Ved uteglemt dose skal vanlig doseringsregime følges. Dobbel dose skal ikke tas som erstatning for en glemt dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Eldre: Nyrefunksjonen bør undersøkes før behandlingsoppstart. **Administrering:** Bør tas uten mat. Må svelges hel. Må ikke deles, knuses, suges eller tygges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig behandling med andre legemidler som inneholder fampridin (4-aminopyridin). Tidligere eller fortsatt epileptiske anfall. Lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <80 ml/minutt). Samtidig bruk av legemidler som hemmer organisk kationstransport 2 (OCT2), f.eks. cimetidin.

Forsiktighetsregler: Preparatet bør seponeres dersom det ikke sees forbedring eller hvis pasienten ikke rapporterer noen nytte. Ved redusert gangevne bør legen vurdere å avbryte behandlingen for å revurdere nytten. Reevalueringen bør omfatte seponering og gjennomføring av gangtest. Preparatet bør seponeres hvis pasienten ikke lenger har noen nytte i forbindelse med gange. Fampridinbehandling øker risikoen for epileptiske anfall. Bør gis med forsiktighet ved faktorer som kan senke anfallsterskelen. Bør seponeres hos pasienter som får et epileptisk anfall under behandling. Nedsatt nyrefunksjon kan gi høyere plasmakonsentrasjoner og økt bivirkningsgrad, særlig neurologiske effekter. Undersøkelse av nyrefunksjon før behandling og regelmessig overvåkning under behandling anbefales hos alle pasienter, særlig eldre. Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner, inkl. anafylaktisk reaksjon, er rapportert, de fleste innen 1. uke av behandlingen. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot pasienter med tidligere allergiske reaksjoner. Ved anafylaktisk eller annen alvorlig allergisk

reaksjon bør preparatet seponeres, og behandlingen ikke gjenopptas. Bør gis med forsiktighet ved symptomer på arytmi og sinoatriell eller atrioventrikulær ledningsforstyrrelse pga. begrenset sikkerhetsinformasjon. Den økte insidensen av svimmelhet og balanseforstyrrelse som sees de første 4-8 behandlingssukene, kan gi økt risiko for fall. Pasienter som bruker gåhjelpemidler bør fortsette å bruke disse etter behov. Økt infeksjonshyppighet og nedsatt immunrespons kan ikke utelukkes. Preparatet kan gi svimmelhet og dermed påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

Interaksjoner: Se Kontraindikasjoner. Forsiktighet må utvises ved samtidig bruk av legemidler som er substrater for OCT2, f.eks. karvedilol, propranolol og metformin.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Data fra bruk hos gravide mangler. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter, og som et forsiktighetsiltak anbefales det å unngå bruk under graviditet. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Anbefales ikke under amming.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, obstipasjon, dyspepsi. Lufteveier: Dyspné, faryngolaryngeal smerte. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, balanseforstyrrelse, parestesi, tremor. Psykiske: Insomni, angst. Øvrige: Asteni. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Hypotensjon. Hud: Utslett, urticaria. Immunsystemet: Anafylaksi, angioødem, overfølsomhet. Nevrologiske: Epileptisk anfall, Øvrige: Ubehag i brystet. Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner, inkl. anafylaksi, er sett i forbindelse med følgende reaksjoner: Dyspné, ubehag i brystet, hypotensjon, angioødem, utslett og urticaria.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akutt overdosering: Forvirring, skjelving, diforese, epileptisk anfall og amnesi. Bivirkninger i sentralnervesystemet ved høye doser er forvirring, krampetfall, vedvarende epileptisk aktivitet, ufrivillig og koreoatetoid bevegelser. Andre bivirkninger ved høye doser er hjertearytmier (f.eks. supraventrikulær takykardi og bradykardi) og ventrikulær takykardi som følge av potensiell QT-forlengelse. Hypertensjon. Behandling: Støttende. Gjentatte epileptiske anfall bør behandles med benzodiazepin, fenytoin eller annen egnet behandling mot akutte anfall. Se Giftinformasjonens anbefalinger N07X X07 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Kaliumkanalblokker. Virkningsmekanisme: Kaliumkanaler blokkeres slik at ionelekkasjen reduseres og dannelsen av aksjonspotensialet i demyeliniserte aksoner og neurologisk funksjon forsterkes. Det antas at flere impulser da kan ledes gjennom sentralnervesystemet. Smal

terapeutisk indeks. Absorpsjon: Rask og fullstendig. Absolutt biotilgjengelighet for depottabletter er ikke fastslått, men relativ biotilgjengelighet sammenlignet med vandig mikstur er 95%. C_{max} og AUC øker proporsjonalt med dosen. C_{max} øker ved samtidig matinntak. Proteinbinding: 3-7%. Fordeling: Krysser raskt blod-hjernebarrieren. Distribusjonsvolum ca. 2,6 liter/kg. Halveringstid: Ca. 6 timer. Metabolisme: Oksideres til 3-hydroksy-4-aminopyridin via CYP 2E1, og konjugeres videre til 3-hydroksy-4-aminopyridinsulfat. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 90% av dosen gjenfinnes i urin som uendret substans i løpet av 24 timer. <1% via feces.

Sist endret: 19.08.2014 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)

Basert på SPC godkjent av SLV: 24.07.2014

Fampyra, DEPOTTABLETTER:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris (kr) ¹	R.gr. ²	Refusjon ³
10 mg	28 stk. (blister)	056308 Byttegruppe	2097,90	C	-
	56 stk. (blister)	086142 Byttegruppe	4143,40	C	-

¹ Pakninger som selges uten resept er angitt med stjerne * i kolonnen Pris. Det er fri prisfastsettelse for pakninger som selges uten resept, og maksimal utslagspris kan derfor ikke angis.

² Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

³ Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. Det kan søkes om Individuell refusjon for pakninger som ikke har forhåndsgodkjent refusjon.

biogen idec®

Innhold



13 | 2014 Sykepleien

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 16** Intervju med helseminister Bent Høie
- 22** Sykepleiere kan hiv
- 23** I nyhetene: Gina Nordby
- 24** – Sykepleiere må si nei
- 30** Tema: Hjemme-sykepleie i Nederland
- 38** Garderobestress
- 40** Ungdom søker helsesøster
- 44** Ikke alle er skikket

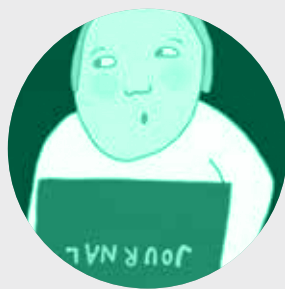


Bryter taushetsplikt på korridoren. **24**



Sykepleie

- 46** Vellykket, men krevende reform
- 50** Hjelp ved selvmordsfare
- 53** Min jobb: Bodil Bakkan Nielsen
- 54** Intervju med Christine Raaen Tvedt
- 56** Endret holdninger til eldre
- 62** Sykepleieforløpet som kasusrapport



Å snoke i journaler er ikke greit. **60**



Påfyll

- 68** Smått om faget
- 70** Forfatterintervju: Magne Helander
- 72** Bokanmeldelser
- 73** Hva leser du nå, Liv Bjørnhaug Johansen?
- 74** Fakta om Cochrane
- 76** Quiz og kryssord



Skrev bok om datterens død. **70**



Meninger

- 1d78** Eli Gunhild By om budsjettforslaget
- 79** Lesermeninger
- 82** Anlovs arrest
- 83** Carina Strømme om demensomsorg
- 84** Olav Folkestad om arbeidstid
- 86** Tett på Malin Jørgensen
- 91** Stillingsmarkedet



Fikk ansvar for Norges første ebolapasient. **86**

Forsidefoto: Erik M. Sundt

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. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leergaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedsjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S





Rettigheter. Nå må sykehuslegene love at de ikke haster forbi pasientene sine. Ja vel. Noe som skurrer?

Fast følge



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

De fleste av oss er sjelden på sykehus. Å havne i en sykehusseng med en lidelse man ikke vet utgangen på, er derfor i seg selv en hendelse fylt av dramatikk og følelser. Du blir revet bort fra hverdagen din, og befinner deg plutselig på et sted hvor det kryr av mennesker du ikke kjenner, men er helt avhengig av. Et sykehus er som en moderne jungel hvor det ikke er gitt alle å overleve. Det lukter vondt, alt er upersonlig og stadig dukker nye ansikter opp med både gode, dårlige og særlig uforståelige nyheter.

Et sykehus anno 2014 er som en godt oljet maskin som produserer mer eller mindre ferdigbehandlede pasienter i et tempo som tilfredsstiller departementets standarder. Det er en kunnskapsbasert, arbeidsintensiv virksomhet som når sine mål gjennom betydelig arbeidsdeling. Denne går ut på at lege B godt kan fullføre det som lege A har begynt på, mens lege C stikker innom om natta og lege D sjekker en eller annen prøve. Dokumentasjon og kvalitetssikringsrutiner på sykehuset skal sikre at mange kan jobbe med samme pasient gjennom et forløp uten at pasienten behøver å ta skade.

KROPP OG SJEL. Det siste er bare sant hvis du kun tenker sykdom og utfall. Men å være sykehuspasient har selvfølgelig også en annen side. Du er jo ikke bare en kropp som blir behandlet, men gjerne også et menneske som er sårbar, usikker, sint, oppgitt eller bare deprimert. Du vil gjerne vite hva som skjer, du vil gjerne snakke med noen som vet, du vil gjerne gi uttrykk for din smerte til en som kan gi deg svar du forstår. Du vil gjerne ha en som tar ansvar for deg og dine spørsmål.

Heldigvis har vi sosialmedisineren Per Fugelli. Da han ble rammet av kreft, havnet han på sykehuset og oppdaget at antallet leger som var innom sengen hans ikke kunne telles på to hender. Ikke på fire en gang. I en bok han har skrevet om sine pasienterfaringer, kalte ham dem «engangsleger». Det var leger som kom og forsvant. Stadig å måtte møte slike leger var en alvorlig tilleggsbelastning, mente Fugelli. Særlig når den nyankomne ikke visste hva den nettopp forvunnet hadde kommet fram til.

Dette har nå rørt helseminister Bent Høie i en slik grad at han har foreslått at alvorlig syke pasienter skal få en lovfestet rett til kontaktlege. Denne skal gi informasjon til pasienten, være tilgjengelig for ham eller henne og ha en rolle i behandlingsteamet. Det overordnede målet med den nye ordningen er «at pasienter og pårørende skal føle seg trygge».

TRAGIKOMISK. For meg høres forslaget ut som om Petter Stordalen i et øyeblikk av genialitet skulle komme på den tanken at hans hoteller faktisk trenger noen i resepsjonen. Høies forslag, hvor godt det enn er ment, har derfor et lett tragikomisk skjær over seg. Fra før har pasienten en «koordinerende lege». Men dette har tydeligvis ikke virket. Fortsatt føler alvorlig syke pasienter at de ikke blir hørt og/eller sett, mens høyt utdannede legespesialister traver videre i korridorene.

Spør du meg, er det trist at norske helsemyndigheter må finne opp en lov som tvinger leger til å ta pasientens mange spørsmål mer på alvor. Skal vi lete etter årsaker, skal vi likevel ikke først og fremst bebreide legene for ufølsomhet. Selv om en liten ekstra porsjon innlevelse ikke hadde skadet hos noen hvitkledte, tror jeg at de fleste legene gjør så godt de kan. Problemet er at vi har organisert våre sykehus på en slik måte at arbeidet som den enkelte gjør, er blitt ekstremt fragmentert. Det helhetlige ansvaret for hver enkel pasient er blitt ofret til fordel for en struktur hvor spisskompetansen deles ut i små porsjoner over mange pasienter. Det gjør pasientene frustrerte, men gleder byråkratene. Hvis jeg ikke tar feil, så er også mange leger lei av alt maset en moderne sykehusorganisasjon sender sine ansatte ut i. De studerte vel ikke medisin for å stresse rundt i korridorene med pasienters tekniske data.

SLUTT PÅ NPM? Her kan det være en trøst at det finnes signaler i det fjerne om at andre måter å organisere helsetjenesten på kan komme. København i Danmark innførte for en tid tilbake en såkalt «tillitsreform» i den kommunale



Illustrasjon: Marie Rundereim

hjemmesykepleien. Sykepleierne der skal i mindre grad styres av stramme forhåndsbestemte tidsskjema. De skal kunne utøve mer faglig skjønn og være mer følsomme og fleksible for pasientens individuelle behov. Dette har bidratt til å styrke tillitsforholdet mellom pasient og behandler, og har ikke gjort tjenesten mindre effektiv.

NY GNIST. I denne utgaven av Sykepleien finner du også en større reportasje fra Nederland. Der har en ny modell med små, selvstyrte lag rundt få hjemmeboende pasienter gjort at sykepleiere har fått tilbake gnisten for faget. Helhetsansvaret for pasienten har gjort arbeidet attraktivt igjen, etter mange år med oppdelt stoppeklokkestress. Sykepleiere føler at de får tillit, og har grepet sjansen begjærlig. Modellen sprer seg nå til andre store kompetansebedrifter som politiet og bankvesenet.

Betyr dette at vi aner slutten på en æra med New Public

Management? Det kan vi ikke se bort fra. Bent Høies forslag om at pasienten og sykehuslegen i framtiden skal ha «fast følge» kan virke litt sært fordi det egentlig burde vært helt nødvendig. Men vi kan også se på det som starten

«Du vil gjerne ha en som tar ansvar for deg og dine spørsmål.»

på noe nytt: At politikere nå begynner å forstå at leger og sykepleiere best kan utøve sitt fag ved å se hele pasienten, og ikke bare en kropp med vanvittig mange deler. Når pasienten og legen faktisk «finner hverandre», er sjansen til å lykkes større. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Alle kan bruke aminoJern!

aminoJern Ferrochel er et lavdose jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme.

aminoJern Ferrochel inneholder den patenterte jernforbindelsen Ferrochel som er basert på omfattende forskning både når det gjelder effekt, bivirkninger og toksisitet.

Ferrochel er utviklet av det amerikanske selskapet Albion Advanced Nutrition. Gjennom de siste 50 årene har Albion spesialisert seg på forskning, utvikling og framstilling av ulike chelater som bidrar til et optimalt mineralopptak.

aminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. **aminoJern** Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen med dertil tilhørende kjente bivirkninger.

En rekke kliniske studier dokumenterer at **aminoJern** Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er også lett å administrere **aminoJern** Ferrochel da det kan inntas sammen med mat uten at effekten reduseres. **aminoJern** Ferrochel inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser, og kan derfor brukes av alle.

aminoJern Ferrochel markedsføres som et kosttilskudd av **Vitalkost AS** og selges i utvalgte apotek foruten helsekostbutikker.

For prøver, brosjyre og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 70.

www.aminojern.no



VITALKOST

Sykepleiens app likes av mange!

Flere tusen har tatt i bruk Sykepleiens app. Se hva noen skriver til oss:

Flott å lese sykepleien på ipad. Da kan jeg lese mens jeg venter, uansett hvor jeg er.
Helene

*Bladet er bestandig god lesning med interessante og lærerike artikler og meninger om mye.
At bladet nå kan leses på nettbrett gjør stoffet mer tilgjengelig.
For meg som arbeider med folk med dårlig syn er det også et poeng at man kan forstørre teksten.*
Lise

Det å kunne få lese sykepleien på nettbrett er fantastisk, når man som jeg for tiden bor i utlandet. Skal være i Japan i et år, og da er det fint å kunne få følge med.
Kathe

Jeg syns appen var veldig brukervennlig og oversiktlig. Det var lett å finne frem, og likte spesielt godt «favoritt» knappen hvor man kan lagre alle sine favorittartikler.
Marianne

Prøv i dag du og! Appen kan leses på brett (iPhone og Android) og mobil (Android).

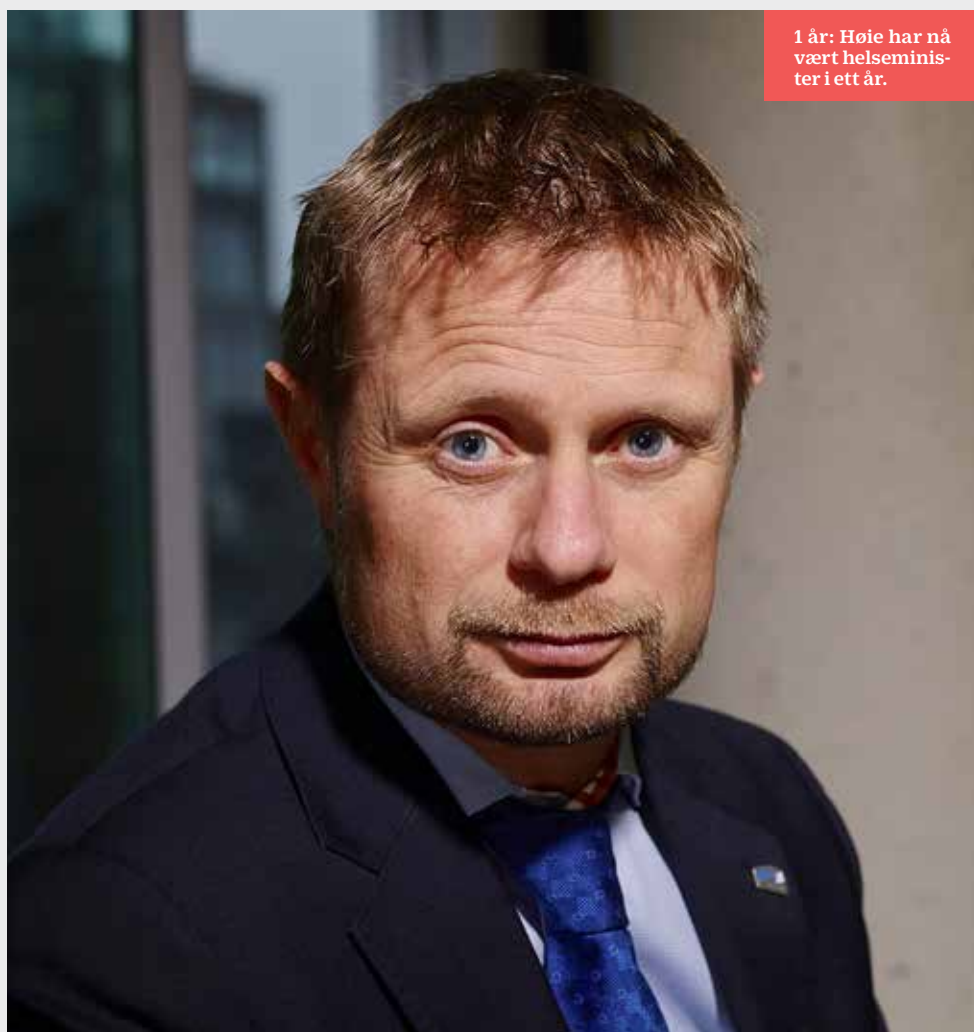
Sykepleien



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 13 | 2014

Nyhet – Reportasje – Tema



1 år: Høie har nå vært helseminister i ett år.

Forsiktige rusløfter

Svarer. Helseminister Bent Høie blir intervjuet av Sykepleien om hvor det blir av satsingen på rehabilitering av rusavhengige. **16**



Helsesøster. Store forskjeller i nabo-kommuner. **40**



«Hvis sykepleiere hadde sagt nei, hadde vi ikke hatt korridorpasienter.»
Laila Knutsen. **24**



Tema. Hjemmesykepleie uten sjefer i Nederland. **30**



Uaktsomt: – Vi kom også til at kommunen som foretak hadde opptrådt grovt uaktsomt, melder Helsetilsynet. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Helsetilsynet klager på henleggelse

UFORSVARLIG: Lillehammer kommune ble anmeldt til politiet av Helsetilsynet fordi kommunen ikke hadde sørget for at en eldre, dement kvinne fikk forsvarlig omsorg da hun trengte det som mest.

Gudbrandsdal politidistrikt har henlagt saken. Politiet mener det ikke er rimelig grunn til å undersøke om det foreligger noe straffbart forhold. Det er ikke Statens helsetilsyn enig i.

Det har klaget på politiets henleggelse, og ber om at saken gjenopptas.

Helsetilsynet mener at helse- og omsorgstjenestene pasienten fikk var langt under den faglige standarden som kreves. Det mener avviket var så alvorlig at det ble vurdert som et markant avvik fra forsvarlighetsstandarden.

– Vi kom også til at kommunen som foretak hadde opptrådt grovt uaktsomt, melder Helsetilsynet.

Bekymringsmeldinger fra både pårørende og ansatte ble meldt til kommunen uten at det fikk noen konsekvenser.

– Saken dreier seg dessuten ikke om et enkeltstående uhell, men et hendelsesforløp som over tid resulterte i at pasienten fikk en uverdigg avslutning på livet, melder Helsetilsynet.

Helsetilsynet

Ønsker nasjonalt fedmeregister

Fedme. Helse Bergen har tatt i bruk et nytt kvalitetsregister for fedmekirurgi. Registeret skal gi oversikt over fedmekirurgi, både når det gjelder virkning og bivirkninger.

Dagens medisin

Stamceller for hjertet



Transplanterte stamceller gjør mus-hjertener motstandsdyktige mot hjerteinfarkt, ifølge forskere ved UIO. De har transplantert stamceller fra fettvev i mus tilbake i den samme musen. Resultatene viser at hjertet blir i bedre i stand til å tåle et hjerteinfarkt.

forskning.no

30 000 prøve-rørsbarn



Nesten fire prosent av alle barnefødsler i Norge skjer ved hjelp av assistert befruktning (IVF). Til nå har 30 000 barn

kommet til verden gjennom prøverørsbefruktning i Norge. 10 000 av dem på Oslo universitetssykehus, OUS. ous

Vold avler fødselsdepresjon



Kvinner som har blitt utsatt for vold av en de kjenner, har 80 prosent større sannsynlighet for å få en fødselsdepresjon enn kvinner som ikke har blitt utsatt for vold, viser undersøkelse. Av de 53 000 norske kvinnene i undersøkelsen, sier 32 prosent at de har blitt utsatt for vold.

Gemini.no

Fakta og tall. Pasienter på sykehus

1,8 mill.

nordmenn var i kontakt med sykehus i 2013.

600 000

pasienter var innlagt på døgnoophold

4 dager

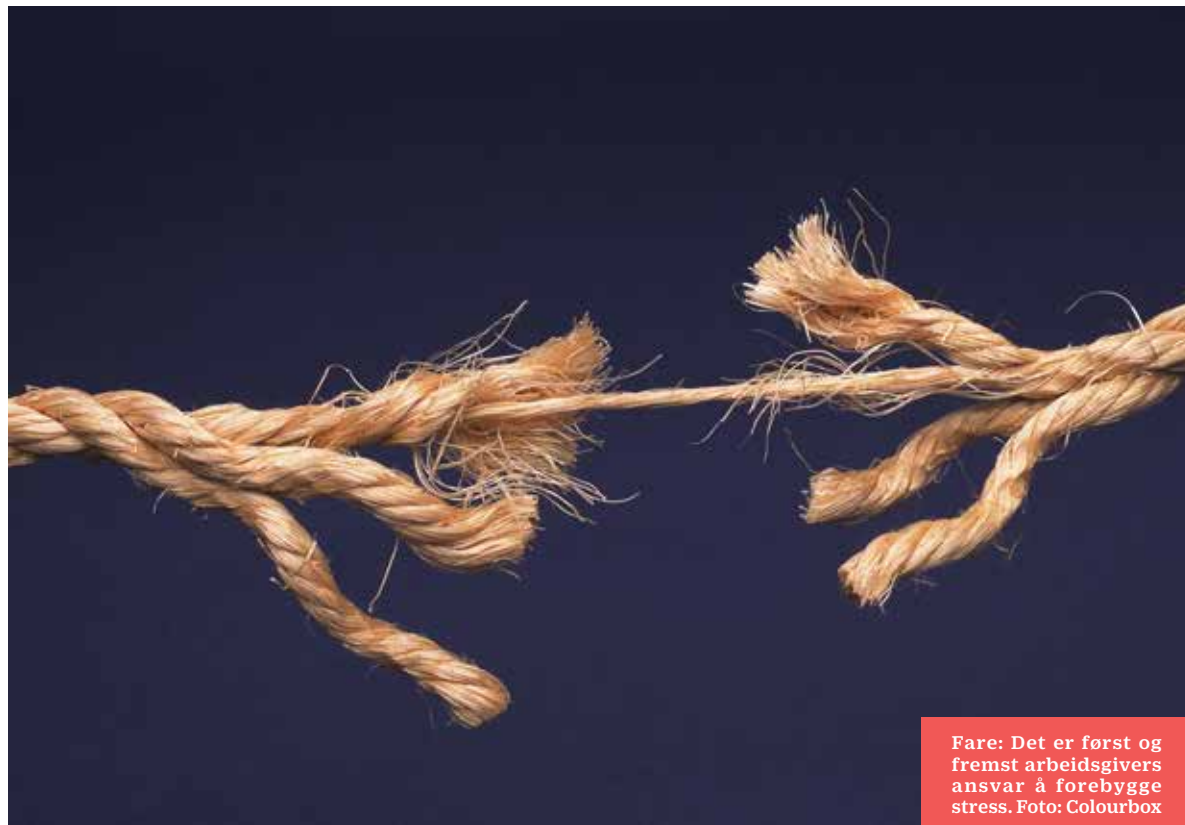
var gjennomsnittlig liggetid i 2013. I 2004 var gjennomsnittet 5,2 dager.

8 av 10

somatiske behandlinger ved sykehus er planlagte.

302 000

pasienter ble behandlet for diagnosegruppen: Skader og forgiftninger.



Fare: Det er først og fremst arbeidsgivers ansvar å forebygge stress. Foto: Colourbox

Stress skal forebygges

FOREBYGGING: Stress er det vanligste helseproblemet på jobb, tett fulgt av muskel- og skjelettplager, viser europeiske tall. I Norge mener 25 prosent av de spurte at stress på arbeidsplassen ikke blir håndtert på en god måte.

Det europeiske arbeidsmiljøorganet (EU-OSHA) har gjennomført en undersøkelse om stress i forbindelse med en europeisk kampanje. Kampanjen foregår i perioden 2014-2015

– Stress på arbeidsplassen er

fullt mulig å forebygge. Det er først og fremst arbeidsgivers ansvar å forebygge stress. Men også arbeidstakerne må bidra, sier direktør Ingrid Finboe Svendsen i Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet

Redusert risiko

Fem livsstilsfaktorer som reduserer risikoen for slag blant kvinner:



- Spis frukt, grønnsaker, belgfrukter, nøtter, fiske, magre meieriprodukter og hele korn.
- Drikk moderate mengder alkohol (for eksempel 3-9 små glass vin)
- Har aldri røykt
- Gå/sykle 40 minutter om dagen. Hardtrening 1 time i uken
- Sunn vekt

Norsk helseinformatikk

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





Status. Løftene til samfunnets svakeste er store. Men har rusavhengige og psykisk syke grunn til å feire ettårsdagen for blått styre?

Bent Høie

Fremtid under konstruksjon

Tekst **Anlov P. Mathiesen** • Foto **Erik M. Sundt**



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Tidligere redaktør i gatamagasinet =Oslo. Nå er han skribent og jobber med ruspolitikk.

Et år er gått siden regjeringskvartalet ble farget blått. Siden rogalendingen Bent Høie overtok kontoret i Teatergata 9 etter Jonas Gahr Støre. Sist jeg var på besøk snakket Høie varmt om satsing på rusomsorg, men kun fire måneder etter regjeringsskiftet var det urimelig å forvente konkrete tall. I et intervju jeg gjorde med hans forgjenger i fjor benyttet Støre anledningen til å offentliggjøre at han ville vurdere å tillate røyking av heroin. Slike offentliggjøring får vi ikke i dag. Bent Høie var en av de skarpeste kritikerne, og er tydelig på sine holdninger til ned-kriminalisering i narkotikapolitikken: Heroin skal verken røykes eller deles ut, og narkotikalovgivningen ligger fast. Vær enig eller uenig, man kan ikke anklage ham for å være utydelig. Men tall, det skal vi ha. Nå har det gått ett år. Og tiden raser av gårde mot nye stortingsvalg.

FOR TID ER DYREBART. Statsrådens møteplan er på overtid, og rådgiver Per Aubrey Bugge Tenden er overrasket over at spørsmålene våre ikke inneholder noe om øremerking. Han har rett. Øremerking er en gjenganger. Det er både teknisk relevant og et stadig stridste-ma. Og siden det var et av ankepunktene mot de ekstra 200 millionene til rus og psykisk helse i neste års statsbudsjett, er det

naturlig å spørre om. Kommunale midler uten stempel har en tendens til å ikke nå frem til målet, og diskusjonen om øremerking har ingen ende. Men øremerking har vi spurt en rekke statsråder om tidligere, og svaret vi vet vi får interesserer oss ikke. Vi ønsker ikke å kje-de noen mere enn nødvendig, så vi ønsker heller å spørre om menneskene bak tallene. Brukerne, med-menneskene og dem statistikkene faktisk forsøker si noe om. De det egentlig handler om.

Rådgiveren har også et egenprodusert spørsmål til journalis-ten, og lurar på hvorfor Sykepleien ikke sender en av sine faste journa-lister, for – hold deg fast – «du kan vel ingenting om helse?» Et spørsmål som det er vanskelig å besvare med annet enn stillhet, så jeg holder klokelig kjeft. Men tross herske-tekniske ufinheter har rådgiveren et poeng; stor erfaring med psy-kisk helse og rusomsorg tvinger in-tervjuet inn i naturlige avgrensning-er. Og erkjennelser: I tillegg til mitt skribentvirke sitter jeg som styrele-der i Fønix Ruspolitisk Tenketank

«Nå jobber vi med å lage en opptrappingsplan. Men så venter vi jo ikke på den.»

og er styremedlem i Stiftelsen Trygg i LAR. Sistnevnte jobber for pasientene innen Legemiddelassister-tert Rehabilitering. Om denne rol-len er både dobbel og trippel, så er den i det minste klargjort.

TILBAKE TIL TEATERGATA. Råd-giveren henter helseministeren. Det er rus og psykiatri vi har med på blokk. Nylig ble statsbudsjettet for 2015 presentert. På rusfeltet diskuteres det fortsatt om det var et godt budsjett eller ikke, og man venter i spenning på regjeringens nye opptrappingsplan for feltet, som skal komme neste år. Både tidspunkt og innhold er fortsatt ukjent, men Høie har signalisert at den skal være «reell». Et ord han liker, og som med den rette timingen kan fortelle vel så mye om hva som ikke er reelt. Som den forrige opp-trappingsplanen for rusfeltet. Som hadde det samme navnet og – sett fra utsiden – de samme intensjone-ne. Ifølge Høie er det dog «litt poli-tisk uenighet om hvor reelt det har vært.» Understatement, som de kaller det vest for Rogaland. For han er diplomatisk nok, Høie, selv om han kan være en hard politisk debattant. Men hva er det da den-ne opptrappingsplanen skal ha, som den forrige manglet?

– Vår ambisjon er å lage en opp-trappingsplan som reelt sett fører til en oppbygging av tjenestene i

Ved roret: Helseminister Bent Høie har styrt Helse-Norge i ett år denne høsten.



kommunene. Og ikke bare en beskrivelse av situasjonen.

Ikke så diplomatisk lenger. Men noen nærmere innholdsfortegnelse må vi vente med til en gang i løpet av 2015.

ETTERPÅ. Rehabilitering av rusavhengige er en nøkkeldiskusjon. Selve avrusning er ikke det vanskeligste, men arbeidet etterpå. De fleste organisasjoner og eksperter enes om at det er dette som skal til for å få til en funksjonell rusomsorg. Som mangeårig gatemagasin-redaktør har jeg mast om dette spørsmålet til alle helseministre siden Sylvia Brustad. Nesten uten unntak har de unngått spørsmålet. De vet at å bygge opp en helhetlig rehabilitering

over hele landet vil kreve voldsomme ressurser. Med unntak av Bjarne Håkon Hanssen, som muligens lovt for mye uten å ha dekkning i eget parti, er spørsmålet om rehabilitering et klassisk tilfelle av fagbyråkratiske og retoriske bortforklaringer, egnet til å ta oppmerksomheten vekk fra det faktum at vi snakker om helsehjelp til en av landets minst ressurssterke grupper.

Derfor var det befriende da både Bent Høie og sjefen Solberg snakket opp rusomsorg og behovet for rehabilitering i valgkampen i fjor. Det var både dristig og friskt å trekke frem et såpass vrient og sørgelig felt som arbeidet med de rusavhengige tross alt er. Og derfor er det befriende når Høie nærmest flirer av den forrige

opptrappingsplanen og definerer den som en «situasjonsbeskrivelse». Og når han omtaler sin egen politikk som «reell», legger ikke det lista lavere. Det vitner rett og slett om ruspolitisk mot. Disse vyene er solid forankret i Plattformen fra Sundvollen, som slår fast at regjeringen skal «Sikre ettervern fra første dag etter endt avrusning og behandling ...». For dem som kjenner rusomsorgen så er dette intet lite løfte, snarere et hint om en relativt voldsom reform. I et intervju jeg gjorde med Høie tidligere i år sa han at det vil kreve «mye penger å bygge opp et tilstrekkelig ettervern». Vel og bra. Men har helseministeren noen tidshorisont på dette arbeidet, noen visjon for innværende periode?

– Nå jobber vi med å lage en opptrappingsplan., som vi tar sikte på å legge fram til neste år. Men så venter vi jo ikke på den, vi har allerede begynt arbeidet med å styrke rusfeltet. Planen er viktig for å definere noen områder vi skal jobbe særskilt med, men vi ser allerede nå hvor en del av manglene er. Derfor har vi for statsbudsjettet som gjelder for i år øremerket penger til kommunene på rus for å bygge opp lavterskeltilbud. Vi har økt kapasiteten for tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), og gjeninnført regelen om at rus og psykisk helse hver for seg skal ha større vekst enn somatikken i alle helseregioner. I forslaget til budsjett for 2015 vil dereforer vi alt det, men i



tillegg gir vi 100 millioner kroner til rus og 100 millioner kroner til psykisk helse i kommunene. Vi styrker også boligtiltak med 50 millioner. Det viser hvor vi tror at det blir behov for å øke innsatsen framover.

– Har dere noen konkret horisont på oppbyggingen av ettervernet?

– Det er blant annet det kommunene kan bruke pengene til. Men selve beskrivelsen av ambisjonene kommer i opptrappingsplanen. Når vi legger dette inn i kommunenes ramme, er det ikke tenkt å være

«Det er nok mange som har havna i LAR fordi alternativet ikke har vært der.»

en engangssatsing, men starten på en vedvarende satsing som kommunene kan føle seg trygge på at vil fortsette i årene framover. Derfor bør de også begynne å bygge opp dette tilbudet.

LAR. Modellen med å behandle rusavhengige gjennom LAR-systemet er også en stadig kontrovers i rusdebattene. Systemet – legemiddelassistert rehabilitering – har mere enn 7000 pasienter og tilbyr et substitutt til dop i form av metadon, Subutex eller subuxone. Det er delte meninger om resultatene, men det de fleste enes om er at systemet ikke ha maktet å ivareta selve rehabiliteringen av misbrukerne, R-en i LAR. Det har i stor grad blitt et fokus på kontrollert medisinerings. Har Høie noen planer om å gjøre noe med dette?

– R-en handler veldig mye om bolig og aktivitet, oppfølging og godt helsetilbud i kommunen. Det er derfor vi nå velger å kombinere satsingen på tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) med oppbygging av tjenestene i kommunene. Tilbudet i kommunene gjelder for flere grupper, for eksempel de som er pasienter i LAR, de som er rusfrie eller de



som lever i en situasjon der de også ruser seg. Jeg er ikke så opptatt av å skille mellom de tre gruppene, men at det faktisk reelt sett er tilbud om

helse, bolig og aktivitet. LAR har jo alltid vært omstridt, og er det fortsatt. Jeg mener at det alternative tilbudet ikke har blitt satsa nok på. Det

kan godt hende det er en del som er i LAR i dag som ikke hadde hatt behov for det, om de hadde hatt et annet tilbud. Når alternativet gjerne

tidligere har vært LAR eller en uendelig ventetid for å komme inn på en institusjon som du ikke helt vet hva er, så er det nok mange som har havna i LAR fordi alternativet ikke har vært der.

INDIVIDUELL PLAN. De rusavhengige selv har på mange måter blitt behandlet som små barn som ikke vet sitt eget beste. En dynamisk systemfeil som ikke noen konkrete personer eller yrkesgrupper kan klandres for. De siste årene har vi sett en erkjennelse av dette, og noen spede forsøk på å skape brukermedvirkning. Et av virkemidlene er såkalt «individuell plan», som i tillegg til å involvere bruker og pårørende også har til hensikt å skape et helhetlig og tilpasset tjenestetilbud. En slik plan er en pasientrettighet. I tillegg er det spesifisert i LAR-forskriften at spesialisthelsetjenesten har ansvar for at dette skjer «så snart som mulig». Men ifølge Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) er det kun en tredjedel av pasientene i LAR som har en individuell plan. Sundvollen-plattformen sier at «alle rusavhengige skal få individuell plan». Vi er spent på hvordan Høie har tenkt å løse dette?

– Ja, det er et av spørsmålene vi ser på nå, både i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan og Primærhelsemeldingen. Rus og psykisk helse er en del av samhandlingsreformen, men de økonomiske virkemidlene har ikke omfattet disse områdene. Kommunene er lovpålagt å tilby individuell plan. Vi ser at dette ikke har fungert etter intensjonen, så dette skal vi jobbe videre med. Vår intensjon er at den reelle rettigheten til å få individuell plan skal gjelde. Men det er selvfølgelig frivillig med individuell plan, og det er jo noen som velger ikke å ha det.

«Den reelle rettigheten», sier han, og levner liten tvil om at det skal ha foregått en god del ikke-reelt de siste åtte årene. Men om retten til individuell plan ikke ennå er reell nok, så kan også LAR-systemet gi oss andre signaler om rusbehandling. Ifølge Seraf er nemlig 78 prosent av pasientene uten arbeid eller utdanning. Altså 5500 av de

7000 pasientene. Siden vi snakker om voksne, potensielt arbeidsføre mennesker, så er dette relativt ekstreme tall. Men forteller de mest om en gruppe som er vanskelig å rehabilitere eller om en manglende offentlig satsing?

– Jeg tror det er begge deler. Men det er klart det er behov for en større innsats på rehabiliteringssiden for å nå flere.

PSYKIATRI. Et felt som både er tett sammenvevd med rusfeltet og har lidd under den samme type nedprioritering. Som rusomsorgen lider psykiatrien av store, skrikende og ofte katastrofale hull i behandlingsapparatet. Det mangler psykologer, lokale DPS (distriktspsykiatrisk senter), behandlingstilbud og rehabilitering. Det er slett ikke uvanlig at psykiatriske pasienter skrives ut uten kompetent oppfølging. Hvilket alle forstår at kan være fatalt både for pasienten og lokalmiljøet.

– På hvilken måte har du planer om å rydde opp i dette?

– Vi vil bygge videre på arbeidet i kommunene. Utfordringen i kommunene er at det er for lite personell med kompetanse som jobber med psykisk helse. Dette tar vi for oss i primærhelsemeldingen. Jeg vil også lovfeste et krav om psykologkompetanse i norske kommuner, og arbeide for en fast finansieringsordning for kommunepsykologer. Det er ikke en opptrappingsplan som er svaret.

– For i dag er det vel for vanskelig å få psykolog, selv i større byer?

– Ja, det er for få psykologer i kommunene og for lang ventetid i spesialisthelsetjenesten. Du må ofte bli sykere enn nødvendig for å få en henvisning til spesialisthelsetjenesten, fordi det ikke er et godt nok tilbud lokalt. Mange innlegges i spesialisthelsetjenesten kunne vært unngått dersom man hadde fått hjelp tidligere i kommunen. Vi må derfor ha en kraftfull satsing i kommunene, med bedre forebygging og lavterskeltilbud.

ELDRE. Det er vanskelig å snakke med helseministeren uten å nevne alderdommen. Han kan raskt

spille en nøkkelrolle når historien forteller om hvordan vi håndterte pensjons-eksplosjonen. Eller verre, hvordan vi ikke håndterte det. For det er ikke til å komme utenom, vi blir snart en nasjon av gamlinger. Og dagens modell er neppe bærekraftig særlig lenge. Noe må altså gjøres. Noen peker på at pensjonsalderen må endres, og at vi må ha et mere smidig system for dem som ønsker stå lenger i jobb. Andre ønsker at pensjonistene skal bidra mer. Atter andre finner tanken om aktive eldre virkelighetsfjern. Det som er sikkert er at utfordringen ligger på rogalendingens bord. Vi spør om ikke samfunnet bør make å aktivisere og nyttiggjøre eldre på en annen måte enn i dag?

– Ja, vi har et stort arbeid på gang som handler om å få flere aktive år i alderdommen. Det skal vi skissere tydelig i stortingsmeldingen om folkehelse som vi legger fram til neste år. Utenom de systemmessige endringene, som å se på aldersgrenser som skyver eldre ut av arbeidslivet altfor tidlig, så har dette veldig mye med holdninger å gjøre. Hvis vi bare endrer reglene og ikke holdningene, får vi ikke de resultatene vi ønsker. Jeg har jo en egen statssekretær som har dette som sin hovedoppgave, Astrid Nøklebye Heiberg (78, red. anm.), som er en helsereform i seg sjøl. Hun reiser land og strand rundt med et veldig tydelig budskap; at eldre ønsker å bidra og at

«LAR har alltid vært omstridt, og er det fortsatt.»

det er mange flinke eldre som ønsker å stå lenger i arbeid. Men også å bidra på andre måter, i organisasjonslivet, i politikken, i familielivet.

– Du mener altså at aktivisering av eldre handler vel så mye om samfunnets holdninger som hva vi lager av systemer?

– Jeg mener at vi har et aldersdiskriminerende samfunn som på en brutal måte nærmest stempler folk

som «ikke lenger brukbare». Det er den type holdninger som vi er nødt til å endre på. Men det er også en jobb å gjøre med å endre holdningene til dem som nærmer seg pensjonsalder, og fortelle dem at det ikke nødvendigvis er bra for helsa å slutte å jobbe før tida. Det er faktisk helsebringende å være i arbeid. En ting er å være i aktivitet og bruke seg selv, men det sosiale nettverket på jobben er også viktig og har stor betydning for den psykiske helsen. Hvis vi ikke klarer å få et mere aldersinkluderende samfunn, tror jeg dessverre vi kan få mange eldre med psykiske helseutfordringer. Hvis du går av med pensjon når du er noen-og-seksti og lever til du er nitti, skal du leve tredve år der du gjerne mister mye av din identitet og ditt sosiale nettverk. Det vil helt opplagt påvirke den psykiske helsen. Vi må huske at ensomhet er like farlig som å røyke.

ORD. Det har han nok rett i. Eller kanskje er det vanskeligst å være ensom. Nesten like vanskelig som å få konkrete og talfestete svar fra en helseminister som har sittet i ett år. Svarene handler stort sett om gode intensjoner og om svar som besvares i fremtiden. De fleste spørsmål har et svar som involverer utredninger, meldinger og planer – primærhelsemelding, nasjonal sykehusplan, opptrappingsplan. Så legger vi til kommunereformen for syns skyld. Som i praksis betyr «under arbeid». Slik vil det dessverre være med statsråder som har sittet i ett år. Så la gå, vi kan ikke være for strenge. Dette er store, relativt kompliserte prosesser. På den annen side handler både psykiatri, rus og eldreomsorg om mennesker som ofte har det vanskelig her og nå. Som ikke tar særlig hensyn nok en politisk utredning eller to, eller fem.

Derfor må vi konkludere med at det vi hører av ambisjoner må komme klarere til uttrykk i løpet av 2015. Og at det som er gitt av økte midler til rus og psykiatri ikke er å regne som annet enn gode signaler. De reelle politiske satsingene lar vente på seg. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Kilder: Seraf, Sintef, SSB, SNL, Sirius, Lovdata.

Sykepleien øker

En side i hvert nummer har i snitt 266.000 eksponeringer.*

Mange blader opplever nedgang i lesing. Sykepleien går motsatt vei og har flere lesere enn før.

Vi takker for tilliten og lover å stå på for å lage kvalitetsblad fremover, samtidig som vi rustet opp vår digitale satsning. Til neste år blir det 12 utgaver av bladet. På nett utgir vi stoff hver dag.



*TNS Gallup 2014/2

Sykepleien

C Pegridy «Biogen Idec» Interferon.

ATC-nr.: L03A B13

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 63 µg, 94 µg og 125 µg: Hver ferdigfylt penn (0,5 ml) inneh.: Peginterferon beta-1a 63 µg, resp. 94 µg og 125 µg, natriumacetattrihydrat 0,13 mg, konsentrert eddiksyre, L-argininhydroklorid, polysorbat 20, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Behandling av voksne med relapsende-remitterende (atakkvis) multipel sklerose.

Dosering: Behandling skal initieres under tilsyn av lege med erfaring i behandling av multipel sklerose (MS). **Voksne:** Anbefalt titrering ved behandlingsstart: Dose 1 (dag 1): 63 µg. Dose 2 (uke 2): 94 µg. Dose 3 (uke 4) og dose 4 (uke 6): 125 µg. Dose 5 (uke 8) og dose 6 (uke 10): 125 µg. Dose 7 (uke 12) og dose 8 (uke 14): 125 µg. Dose 9 (uke 16) og dose 10 (uke 18): 125 µg. Dose 11 (uke 20) og dose 12 (uke 22): 125 µg. Dose 13 (uke 24) og dose 14 (uke 26): 125 µg. Dose 15 (uke 28) og dose 16 (uke 30): 125 µg. Dose 17 (uke 32) og dose 18 (uke 34): 125 µg. Dose 19 (uke 36) og dose 20 (uke 38): 125 µg. Dose 21 (uke 40) og dose 22 (uke 42): 125 µg. Dose 23 (uke 44) og dose 24 (uke 46): 125 µg. Dose 25 (uke 48) og dose 26 (uke 50): 125 µg. Dose 27 (uke 52) og dose 28 (uke 54): 125 µg. Dose 29 (uke 56) og dose 30 (uke 58): 125 µg. Dose 31 (uke 60) og dose 32 (uke 62): 125 µg. Dose 33 (uke 64) og dose 34 (uke 66): 125 µg. Dose 35 (uke 68) og dose 36 (uke 70): 125 µg. Dose 37 (uke 72) og dose 38 (uke 74): 125 µg. Dose 39 (uke 76) og dose 40 (uke 78): 125 µg. Dose 41 (uke 80) og dose 42 (uke 82): 125 µg. Dose 43 (uke 84) og dose 44 (uke 86): 125 µg. Dose 45 (uke 88) og dose 46 (uke 90): 125 µg. Dose 47 (uke 92) og dose 48 (uke 94): 125 µg. Dose 49 (uke 96) og dose 50 (uke 98): 125 µg. Dose 51 (uke 100) og dose 52 (uke 102): 125 µg. Dose 53 (uke 104) og dose 54 (uke 106): 125 µg. Dose 55 (uke 108) og dose 56 (uke 110): 125 µg. Dose 57 (uke 112) og dose 58 (uke 114): 125 µg. Dose 59 (uke 116) og dose 60 (uke 118): 125 µg. Dose 61 (uke 120) og dose 62 (uke 122): 125 µg. Dose 63 (uke 124) og dose 64 (uke 126): 125 µg. Dose 65 (uke 128) og dose 66 (uke 130): 125 µg. Dose 67 (uke 132) og dose 68 (uke 134): 125 µg. Dose 69 (uke 136) og dose 70 (uke 138): 125 µg. Dose 71 (uke 140) og dose 72 (uke 142): 125 µg. Dose 73 (uke 144) og dose 74 (uke 146): 125 µg. Dose 75 (uke 148) og dose 76 (uke 150): 125 µg. Dose 77 (uke 152) og dose 78 (uke 154): 125 µg. Dose 79 (uke 156) og dose 80 (uke 158): 125 µg. Dose 81 (uke 160) og dose 82 (uke 162): 125 µg. Dose 83 (uke 164) og dose 84 (uke 166): 125 µg. Dose 85 (uke 168) og dose 86 (uke 170): 125 µg. Dose 87 (uke 172) og dose 88 (uke 174): 125 µg. Dose 89 (uke 176) og dose 90 (uke 178): 125 µg. Dose 91 (uke 180) og dose 92 (uke 182): 125 µg. Dose 93 (uke 184) og dose 94 (uke 186): 125 µg. Dose 95 (uke 188) og dose 96 (uke 190): 125 µg. Dose 97 (uke 192) og dose 98 (uke 194): 125 µg. Dose 99 (uke 196) og dose 100 (uke 198): 125 µg. Dose 101 (uke 200) og dose 102 (uke 202): 125 µg. Dose 103 (uke 204) og dose 104 (uke 206): 125 µg. Dose 105 (uke 208) og dose 106 (uke 210): 125 µg. Dose 107 (uke 212) og dose 108 (uke 214): 125 µg. Dose 109 (uke 216) og dose 110 (uke 218): 125 µg. Dose 111 (uke 220) og dose 112 (uke 222): 125 µg. Dose 113 (uke 224) og dose 114 (uke 226): 125 µg. Dose 115 (uke 228) og dose 116 (uke 230): 125 µg. Dose 117 (uke 232) og dose 118 (uke 234): 125 µg. Dose 119 (uke 236) og dose 120 (uke 238): 125 µg. Dose 121 (uke 240) og dose 122 (uke 242): 125 µg. Dose 123 (uke 244) og dose 124 (uke 246): 125 µg. Dose 125 (uke 248) og dose 126 (uke 250): 125 µg. Dose 127 (uke 252) og dose 128 (uke 254): 125 µg. Dose 129 (uke 256) og dose 130 (uke 258): 125 µg. Dose 131 (uke 260) og dose 132 (uke 262): 125 µg. Dose 133 (uke 264) og dose 134 (uke 266): 125 µg. Dose 135 (uke 268) og dose 136 (uke 270): 125 µg. Dose 137 (uke 272) og dose 138 (uke 274): 125 µg. Dose 139 (uke 276) og dose 140 (uke 278): 125 µg. Dose 141 (uke 280) og dose 142 (uke 282): 125 µg. Dose 143 (uke 284) og dose 144 (uke 286): 125 µg. Dose 145 (uke 288) og dose 146 (uke 290): 125 µg. Dose 147 (uke 292) og dose 148 (uke 294): 125 µg. Dose 149 (uke 296) og dose 150 (uke 298): 125 µg. Dose 151 (uke 300) og dose 152 (uke 302): 125 µg. Dose 153 (uke 304) og dose 154 (uke 306): 125 µg. Dose 155 (uke 308) og dose 156 (uke 310): 125 µg. Dose 157 (uke 312) og dose 158 (uke 314): 125 µg. Dose 159 (uke 316) og dose 160 (uke 318): 125 µg. Dose 161 (uke 320) og dose 162 (uke 322): 125 µg. Dose 163 (uke 324) og dose 164 (uke 326): 125 µg. Dose 165 (uke 328) og dose 166 (uke 330): 125 µg. Dose 167 (uke 332) og dose 168 (uke 334): 125 µg. Dose 169 (uke 336) og dose 170 (uke 338): 125 µg. Dose 171 (uke 340) og dose 172 (uke 342): 125 µg. Dose 173 (uke 344) og dose 174 (uke 346): 125 µg. Dose 175 (uke 348) og dose 176 (uke 350): 125 µg. Dose 177 (uke 352) og dose 178 (uke 354): 125 µg. Dose 179 (uke 356) og dose 180 (uke 358): 125 µg. Dose 181 (uke 360) og dose 182 (uke 362): 125 µg. Dose 183 (uke 364) og dose 184 (uke 366): 125 µg. Dose 185 (uke 368) og dose 186 (uke 370): 125 µg. Dose 187 (uke 372) og dose 188 (uke 374): 125 µg. Dose 189 (uke 376) og dose 190 (uke 378): 125 µg. Dose 191 (uke 380) og dose 192 (uke 382): 125 µg. Dose 193 (uke 384) og dose 194 (uke 386): 125 µg. Dose 195 (uke 388) og dose 196 (uke 390): 125 µg. Dose 197 (uke 392) og dose 198 (uke 394): 125 µg. Dose 199 (uke 396) og dose 200 (uke 398): 125 µg. Dose 201 (uke 400) og dose 202 (uke 402): 125 µg. Dose 203 (uke 404) og dose 204 (uke 406): 125 µg. Dose 205 (uke 408) og dose 206 (uke 410): 125 µg. Dose 207 (uke 412) og dose 208 (uke 414): 125 µg. Dose 209 (uke 416) og dose 210 (uke 418): 125 µg. Dose 211 (uke 420) og dose 212 (uke 422): 125 µg. Dose 213 (uke 424) og dose 214 (uke 426): 125 µg. Dose 215 (uke 428) og dose 216 (uke 430): 125 µg. Dose 217 (uke 432) og dose 218 (uke 434): 125 µg. Dose 219 (uke 436) og dose 220 (uke 438): 125 µg. Dose 221 (uke 440) og dose 222 (uke 442): 125 µg. Dose 223 (uke 444) og dose 224 (uke 446): 125 µg. Dose 225 (uke 448) og dose 226 (uke 450): 125 µg. Dose 227 (uke 452) og dose 228 (uke 454): 125 µg. Dose 229 (uke 456) og dose 230 (uke 458): 125 µg. Dose 231 (uke 460) og dose 232 (uke 462): 125 µg. Dose 233 (uke 464) og dose 234 (uke 466): 125 µg. Dose 235 (uke 468) og dose 236 (uke 470): 125 µg. Dose 237 (uke 472) og dose 238 (uke 474): 125 µg. Dose 239 (uke 476) og dose 240 (uke 478): 125 µg. Dose 241 (uke 480) og dose 242 (uke 482): 125 µg. Dose 243 (uke 484) og dose 244 (uke 486): 125 µg. Dose 245 (uke 488) og dose 246 (uke 490): 125 µg. Dose 247 (uke 492) og dose 248 (uke 494): 125 µg. Dose 249 (uke 496) og dose 250 (uke 498): 125 µg. Dose 251 (uke 500) og dose 252 (uke 502): 125 µg. Dose 253 (uke 504) og dose 254 (uke 506): 125 µg. Dose 255 (uke 508) og dose 256 (uke 510): 125 µg. Dose 257 (uke 512) og dose 258 (uke 514): 125 µg. Dose 259 (uke 516) og dose 260 (uke 518): 125 µg. Dose 261 (uke 520) og dose 262 (uke 522): 125 µg. Dose 263 (uke 524) og dose 264 (uke 526): 125 µg. Dose 265 (uke 528) og dose 266 (uke 530): 125 µg. Dose 267 (uke 532) og dose 268 (uke 534): 125 µg. Dose 269 (uke 536) og dose 270 (uke 538): 125 µg. Dose 271 (uke 540) og dose 272 (uke 542): 125 µg. Dose 273 (uke 544) og dose 274 (uke 546): 125 µg. Dose 275 (uke 548) og dose 276 (uke 550): 125 µg. Dose 277 (uke 552) og dose 278 (uke 554): 125 µg. Dose 279 (uke 556) og dose 280 (uke 558): 125 µg. Dose 281 (uke 560) og dose 282 (uke 562): 125 µg. Dose 283 (uke 564) og dose 284 (uke 566): 125 µg. Dose 285 (uke 568) og dose 286 (uke 570): 125 µg. Dose 287 (uke 572) og dose 288 (uke 574): 125 µg. Dose 289 (uke 576) og dose 290 (uke 578): 125 µg. Dose 291 (uke 580) og dose 292 (uke 582): 125 µg. Dose 293 (uke 584) og dose 294 (uke 586): 125 µg. Dose 295 (uke 588) og dose 296 (uke 590): 125 µg. Dose 297 (uke 592) og dose 298 (uke 594): 125 µg. Dose 299 (uke 596) og dose 300 (uke 598): 125 µg. Dose 301 (uke 600) og dose 302 (uke 602): 125 µg. Dose 303 (uke 604) og dose 304 (uke 606): 125 µg. Dose 305 (uke 608) og dose 306 (uke 610): 125 µg. Dose 307 (uke 612) og dose 308 (uke 614): 125 µg. Dose 309 (uke 616) og dose 310 (uke 618): 125 µg. Dose 311 (uke 620) og dose 312 (uke 622): 125 µg. Dose 313 (uke 624) og dose 314 (uke 626): 125 µg. Dose 315 (uke 628) og dose 316 (uke 630): 125 µg. Dose 317 (uke 632) og dose 318 (uke 634): 125 µg. Dose 319 (uke 636) og dose 320 (uke 638): 125 µg. Dose 321 (uke 640) og dose 322 (uke 642): 125 µg. Dose 323 (uke 644) og dose 324 (uke 646): 125 µg. Dose 325 (uke 648) og dose 326 (uke 650): 125 µg. Dose 327 (uke 652) og dose 328 (uke 654): 125 µg. Dose 329 (uke 656) og dose 330 (uke 658): 125 µg. Dose 331 (uke 660) og dose 332 (uke 662): 125 µg. Dose 333 (uke 664) og dose 334 (uke 666): 125 µg. Dose 335 (uke 668) og dose 336 (uke 670): 125 µg. Dose 337 (uke 672) og dose 338 (uke 674): 125 µg. Dose 339 (uke 676) og dose 340 (uke 678): 125 µg. Dose 341 (uke 680) og dose 342 (uke 682): 125 µg. Dose 343 (uke 684) og dose 344 (uke 686): 125 µg. Dose 345 (uke 688) og dose 346 (uke 690): 125 µg. Dose 347 (uke 692) og dose 348 (uke 694): 125 µg. Dose 349 (uke 696) og dose 350 (uke 698): 125 µg. Dose 351 (uke 700) og dose 352 (uke 702): 125 µg. Dose 353 (uke 704) og dose 354 (uke 706): 125 µg. Dose 355 (uke 708) og dose 356 (uke 710): 125 µg. Dose 357 (uke 712) og dose 358 (uke 714): 125 µg. Dose 359 (uke 716) og dose 360 (uke 718): 125 µg. Dose 361 (uke 720) og dose 362 (uke 722): 125 µg. Dose 363 (uke 724) og dose 364 (uke 726): 125 µg. Dose 365 (uke 728) og dose 366 (uke 730): 125 µg. Dose 367 (uke 732) og dose 368 (uke 734): 125 µg. Dose 369 (uke 736) og dose 370 (uke 738): 125 µg. Dose 371 (uke 740) og dose 372 (uke 742): 125 µg. Dose 373 (uke 744) og dose 374 (uke 746): 125 µg. Dose 375 (uke 748) og dose 376 (uke 750): 125 µg. Dose 377 (uke 752) og dose 378 (uke 754): 125 µg. Dose 379 (uke 756) og dose 380 (uke 758): 125 µg. Dose 381 (uke 760) og dose 382 (uke 762): 125 µg. Dose 383 (uke 764) og dose 384 (uke 766): 125 µg. Dose 385 (uke 768) og dose 386 (uke 770): 125 µg. Dose 387 (uke 772) og dose 388 (uke 774): 125 µg. Dose 389 (uke 776) og dose 390 (uke 778): 125 µg. Dose 391 (uke 780) og dose 392 (uke 782): 125 µg. Dose 393 (uke 784) og dose 394 (uke 786): 125 µg. Dose 395 (uke 788) og dose 396 (uke 790): 125 µg. Dose 397 (uke 792) og dose 398 (uke 794): 125 µg. Dose 399 (uke 796) og dose 400 (uke 798): 125 µg. Dose 401 (uke 800) og dose 402 (uke 802): 125 µg. Dose 403 (uke 804) og dose 404 (uke 806): 125 µg. Dose 405 (uke 808) og dose 406 (uke 810): 125 µg. Dose 407 (uke 812) og dose 408 (uke 814): 125 µg. Dose 409 (uke 816) og dose 410 (uke 818): 125 µg. Dose 411 (uke 820) og dose 412 (uke 822): 125 µg. Dose 413 (uke 824) og dose 414 (uke 826): 125 µg. Dose 415 (uke 828) og dose 416 (uke 830): 125 µg. Dose 417 (uke 832) og dose 418 (uke 834): 125 µg. Dose 419 (uke 836) og dose 420 (uke 838): 125 µg. Dose 421 (uke 840) og dose 422 (uke 842): 125 µg. Dose 423 (uke 844) og dose 424 (uke 846): 125 µg. Dose 425 (uke 848) og dose 426 (uke 850): 125 µg. Dose 427 (uke 852) og dose 428 (uke 854): 125 µg. Dose 429 (uke 856) og dose 430 (uke 858): 125 µg. Dose 431 (uke 860) og dose 432 (uke 862): 125 µg. Dose 433 (uke 864) og dose 434 (uke 866): 125 µg. Dose 435 (uke 868) og dose 436 (uke 870): 125 µg. Dose 437 (uke 872) og dose 438 (uke 874): 125 µg. Dose 439 (uke 876) og dose 440 (uke 878): 125 µg. Dose 441 (uke 880) og dose 442 (uke 882): 125 µg. Dose 443 (uke 884) og dose 444 (uke 886): 125 µg. Dose 445 (uke 888) og dose 446 (uke 890): 125 µg. Dose 447 (uke 892) og dose 448 (uke 894): 125 µg. Dose 449 (uke 896) og dose 450 (uke 898): 125 µg. Dose 451 (uke 900) og dose 452 (uke 902): 125 µg. Dose 453 (uke 904) og dose 454 (uke 906): 125 µg. Dose 455 (uke 908) og dose 456 (uke 910): 125 µg. Dose 457 (uke 912) og dose 458 (uke 914): 125 µg. Dose 459 (uke 916) og dose 460 (uke 918): 125 µg. Dose 461 (uke 920) og dose 462 (uke 922): 125 µg. Dose 463 (uke 924) og dose 464 (uke 926): 125 µg. Dose 465 (uke 928) og dose 466 (uke 930): 125 µg. Dose 467 (uke 932) og dose 468 (uke 934): 125 µg. Dose 469 (uke 936) og dose 470 (uke 938): 125 µg. Dose 471 (uke 940) og dose 472 (uke 942): 125 µg. Dose 473 (uke 944) og dose 474 (uke 946): 125 µg. Dose 475 (uke 948) og dose 476 (uke 950): 125 µg. Dose 477 (uke 952) og dose 478 (uke 954): 125 µg. Dose 479 (uke 956) og dose 480 (uke 958): 125 µg. Dose 481 (uke 960) og dose 482 (uke 962): 125 µg. Dose 483 (uke 964) og dose 484 (uke 966): 125 µg. Dose 485 (uke 968) og dose 486 (uke 970): 125 µg. Dose 487 (uke 972) og dose 488 (uke 974): 125 µg. Dose 489 (uke 976) og dose 490 (uke 978): 125 µg. Dose 491 (uke 980) og dose 492 (uke 982): 125 µg. Dose 493 (uke 984) og dose 494 (uke 986): 125 µg. Dose 495 (uke 988) og dose 496 (uke 990): 125 µg. Dose 497 (uke 992) og dose 498 (uke 994): 125 µg. Dose 499 (uke 996) og dose 500 (uke 998): 125 µg. Dose 501 (uke 1000) og dose 502 (uke 1002): 125 µg. Dose 503 (uke 1004) og dose 504 (uke 1006): 125 µg. Dose 505 (uke 1008) og dose 506 (uke 1010): 125 µg. Dose 507 (uke 1012) og dose 508 (uke 1014): 125 µg. Dose 509 (uke 1016) og dose 510 (uke 1018): 125 µg. Dose 511 (uke 1020) og dose 512 (uke 1022): 125 µg. Dose 513 (uke 1024) og dose 514 (uke 1026): 125 µg. Dose 515 (uke 1028) og dose 516 (uke 1030): 125 µg. Dose 517 (uke 1032) og dose 518 (uke 1034): 125 µg. Dose 519 (uke 1036) og dose 520 (uke 1038): 125 µg. Dose 521 (uke 1040) og dose 522 (uke 1042): 125 µg. Dose 523 (uke 1044) og dose 524 (uke 1046): 125 µg. Dose 525 (uke 1048) og dose 526 (uke 1050): 125 µg. Dose 527 (uke 1052) og dose 528 (uke 1054): 125 µg. Dose 529 (uke 1056) og dose 530 (uke 1058): 125 µg. Dose 531 (uke 1060) og dose 532 (uke 1062): 125 µg. Dose 533 (uke 1064) og dose 534 (uke 1066): 125 µg. Dose 535 (uke 1068) og dose 536 (uke 1070): 125 µg. Dose 537 (uke 1072) og dose 538 (uke 1074): 125 µg. Dose 539 (uke 1076) og dose 540 (uke 1078): 125 µg. Dose 541 (uke 1080) og dose 542 (uke 1082): 125 µg. Dose 543 (uke 1084) og dose 544 (uke 1086): 125 µg. Dose 545 (uke 1088) og dose 546 (uke 1090): 125 µg. Dose 547 (uke 1092) og dose 548 (uke 1094): 125 µg. Dose 549 (uke 1096) og dose 550 (uke 1098): 125 µg. Dose 551 (uke 1100) og dose 552 (uke 1102): 125 µg. Dose 553 (uke 1104) og dose 554 (uke 1106): 125 µg. Dose 555 (uke 1108) og dose 556 (uke 1110): 125 µg. Dose 557 (uke 1112) og dose 558 (uke 1114): 125 µg. Dose 559 (uke 1116) og dose 560 (uke 1118): 125 µg. Dose 561 (uke 1120) og dose 562 (uke 1122): 125 µg. Dose 563 (uke 1124) og dose 564 (uke 1126): 125 µg. Dose 565 (uke 1128) og dose 566 (uke 1130): 125 µg. Dose 567 (uke 1132) og dose 568 (uke 1134): 125 µg. Dose 569 (uke 1136) og dose 570 (uke 1138): 125 µg. Dose 571 (uke 1140) og dose 572 (uke 1142): 125 µg. Dose 573 (uke 1144) og dose 574 (uke 1146): 125 µg. Dose 575 (uke 1148) og dose 576 (uke 1150): 125 µg. Dose 577 (uke 1152) og dose 578 (uke 1154): 125 µg. Dose 579 (uke 1156) og dose 580 (uke 1158): 125 µg. Dose 581 (uke 1160) og dose 582 (uke 1162): 125 µg. Dose 583 (uke 1164) og dose 584 (uke 1166): 125 µg. Dose 585 (uke 1168) og dose 586 (uke 1170): 125 µg. Dose 587 (uke 1172) og dose 588 (uke 1174): 125 µg. Dose 589 (uke 1176) og dose 590 (uke 1178): 125 µg. Dose 591 (uke 1180) og dose 592 (uke 1182): 125 µg. Dose 593 (uke 1184) og dose 594 (uke 1186): 125 µg. Dose 595 (uke 1188) og dose 596 (uke 1190): 125 µg. Dose 597 (uke 1192) og dose 598 (uke 1194): 125 µg. Dose 599 (uke 1196) og dose 600 (uke 1198): 125 µg. Dose 601 (uke 1200) og dose 602 (uke 1202): 125 µg. Dose 603 (uke 1204) og dose 604 (uke 1206): 125 µg. Dose 605 (uke 1208) og dose 606 (uke 1210): 125 µg. Dose 607 (uke 1212) og dose 608 (uke 1214): 125 µg. Dose 609 (uke 1216) og dose 610 (uke 1218): 125 µg. Dose 611 (uke 1220) og dose 612 (uke 1222): 125 µg. Dose 613 (uke 1224) og dose 614 (uke 1226): 125 µg. Dose 615 (uke 1228) og dose 616 (uke 1230): 125 µg. Dose 617 (uke 1232) og dose 618 (uke 1234): 125 µg. Dose 619 (uke 1236) og dose 620 (uke 1238): 125 µg. Dose 621 (uke 1240) og dose 622 (uke 1242): 125 µg. Dose 623 (uke 1244) og dose 624 (uke 1246): 125 µg. Dose 625 (uke 1248) og dose 626 (uke 1250): 125 µg. Dose 627 (uke 1252) og dose 628 (uke 1254): 125 µg. Dose 629 (uke 1256) og dose 630 (uke 1258): 125 µg. Dose 631 (uke 1260) og dose 632 (uke 1262): 125 µg. Dose 633 (uke 1264) og dose 634 (uke 1266): 125 µg. Dose 635 (uke 1268) og dose 636 (uke 1270): 125 µg. Dose 637 (uke 1272) og dose 638 (uke 1274): 125 µg. Dose 639 (uke 1276) og dose 640 (uke 1278): 125 µg. Dose 641 (uke 1280) og dose 642 (uke 1282): 125 µg. Dose 643 (uke 1284) og dose 644 (uke 1286): 125 µg. Dose 645 (uke 1288) og dose 646 (uke 1290): 125 µg. Dose 647 (uke 1292) og dose 648 (uke 1294): 125 µg. Dose 649 (uke 1296) og dose 650 (uke 1298): 125 µg. Dose 651 (uke 1300) og dose 652 (uke 1302): 125 µg. Dose 653 (uke 1304) og dose 654 (uke 1306): 125 µg. Dose 655 (uke 1308) og dose 656 (uke 1310): 125 µg. Dose 657 (uke 1312) og dose 658 (uke 1314): 125 µg. Dose 659 (uke 1316) og dose 660 (uke 1318): 125 µg. Dose 661 (uke 1320) og dose 662 (uke 1322): 125 µg. Dose 663 (uke 1324) og dose 664 (uke 1326): 125 µg. Dose 665 (uke 1328) og dose 666 (uke 1330): 125 µg. Dose 667 (uke 1332) og dose 668 (uke 1334): 125 µg. Dose 669 (uke 1336) og dose 670 (uke 1338): 125 µg. Dose 671 (uke 1340) og dose 672 (uke 1342): 125 µg. Dose 673 (uke 1344) og dose 674 (uke 1346): 125 µg. Dose 675 (uke 1348) og dose 676 (uke 1350): 125 µg. Dose 677 (uke 1352) og dose 678 (uke 1354): 125 µg. Dose 679 (uke 1356) og dose 680 (uke 1358): 125 µg. Dose 681 (uke 1360) og dose 682 (uke 1362): 125 µg. Dose 683 (uke 1364) og dose 684 (uke 1366): 125 µg. Dose 685 (uke 1368) og dose 686 (uke 1370): 125 µg. Dose 687 (uke 1372) og dose 688 (uke 1374): 125 µg. Dose 689 (uke 1376) og dose 690 (uke 1378): 125 µg. Dose 691 (uke 1380) og dose 692 (uke 1382): 125 µg. Dose 693 (uke 1384) og dose 694 (uke 1386): 125 µg. Dose 695 (uke 1388) og dose 696 (uke 1390): 125 µg. Dose 697 (uke 1392) og dose 698 (uke 1394): 125 µg. Dose 699 (uke 1396) og dose 700 (uke 1398): 125 µg. Dose 701 (uke 1400) og dose 702 (uke 1402): 125 µg. Dose 703 (uke 1404) og dose 704 (uke

NYHET

PLEGRIDY® (peginterferon beta-1a) er et pegylert interferon til behandling av relapserende-remitterende (attakkvis) MS¹

- én injeksjon annenhver uke¹

Resultater fra ADVANCE Studien* med 1512 pasienter;

- 36% reduksjon i årlig anfallsfrekvens (primær endepunkt)¹
- De mest vanlige bivirkningene var reaksjoner på injeksjonsstedet og influensalignende symptomer, i hovedsak rapportert som milde eller moderate i alvorlighetsgrad¹
- PLEGRIDY® penn er en autoinjektor, med skjult nål, som oppleves enkel i bruk²

Før forskrivning se Preparatomtalen for ytterligere sikkerhetsinformasjon¹

www.biogenidec.no

*ADVANCE er en 2-årig, placebokontrollert (i år 1), fase III-studie med PLEGRIDY.

Indikasjon

PLEGRIDY er indisert til behandling av voksne pasienter med relapserende-remitterende (attakkvis) multipel sklerose¹.

Viktig sikkerhetsinformasjon

De vanligste bivirkningene (med en høyere insidens enn placebo) for Plegridy 125 mikrogram subkutan annenhver uke var erytem på injeksjonsstedet, influensalignende sykdom, pyreksi, hodepine, myalgi, frysninger, smerte på injeksjonsstedet, asteni, pruritus på injeksjonsstedet og artralgi. De hyppigst rapporterte bivirkningene som førte til seponering hos pasienter som ble behandlet med Plegridy 125 mikrogram subkutan annenhver uke, var influensalignende sykdom (<1 %)¹.

Referanser: 1. PLEGRIDY® (peginterferon beta-1a) Preparatomtale (SPC) 2014. 2. Seddighzadeh A, Hung S, Selmaj K, Cui Y, Liu S, Sperling B, Calabresi PA. Single-use autoinjector for peginterferon-β1a treatment of relapsing-remitting multiple sclerosis: safety, tolerability and patient evaluation data from the Phase IIIb ATTAIN study. Expert Opin Drug Deliv. 2014 Jul 29: 1-8. [Epub ahead of print] PMID: 25073663.

 **plegridy®**
(peginterferon beta-1a)

biogen idec.

©2014 Biogen Idec.



Sykepleiere kan følge opp hiv like bra som leger

• Tekst **Eivor Hofstad**

OVERSIKT: Sykepleiere kan trolig like godt som leger gi oppfølging til personer som trenger hiv-behandling. Det viser en systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Mer enn 34 millioner mennesker i verden er hivsmittet. I lav- og mellominntektsland fører mangel på helsepersonell til at mange av dem ikke får tilgang til antiretroviral behandling. Å flytte bestemte oppgaver fra én gruppe helsepersonell til en annen, såkalt oppgaveglidning, kan bøte på dette.

MIDDELS TILLIT. Nå har en Cochrane-oversikt vist at dødeligheten blant personer som mottar hiv-behandling trolig påvirkes lite om de følges opp av sykepleiere eller leger. Oversikten har tatt for seg oppgaveglidning innen oppstart og oppfølging av antiretroviral hiv-behandling.

Resultatene ga middels tillit til resultatene for sykepleierne sin del.

Det er noe usikkerhet fordi spennvidden viser at sykepleiere som står for både oppstart og oppfølging av behandling, i beste fall fører til 35 færre dødsfall per 1000 sammenliknet med leger, og i verste fall resulterer i 23 flere dødsfall.

Når de kun står for oppfølging, spenner resultatene mellom både sju færre og sju flere dødsfall per 1000 sammenliknet med leger.

AFRIKANSKE STUDIER. Oppsummeringen er basert på søk i forskningsdatabaser i mars i år, hvor ti afrikanske studier (seks ikke-randomiserte og fire randomiserte kontrollerte) med til sammen 66 606 personer inngikk.

Måletidspunkt for resultatene var et år etter studiestart, men det er kun funnene fra de fire randomiserte kontrollerte studiene som er tatt med i oversikten som kan leses på norsk på Kunnskapssenterets nettsider. •

eivor.hofstad@sykepleien.no

Mer enn 34 millioner mennesker i verden er hivsmittet.



Foto: Espen Rasmussen - Sierra Leone

GAVEN SOM REDDER LIV

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

Ring oss på tlf 08898 eller gå inn på www.legerutengrenser.no

Kontonummer: 5005 06 36728.

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



MEDECINS SANS FRONTIERES
LEGER UTEN GRENSER



Gina Nordby

Spilte så tårene rant

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

Bakgrunn

Gina Nordby

Aktuell som: Sykepleier og musiker

Alder: 35 år

Gina Nordby sang og spilte for demente i NRK-programmet Puls 20. oktober.

Seerne så forvandlingen i flere sykehjemsbeboere, noen av dem med en dårlig dag. Hun klarte å vekke liv, latter og gråt, mens hun for eksempel sang «Love me tender» for dem. Nordby var raus med både klemmer og kyss. Programlederen Helene Sandvig ble overrasket og rørt da Nordby sang for hennes demente far. Ordene hans kom, tårene kom, som de ikke hadde gjort på lenge.

Hva er det med musikk og demens?

– Musikk kan være nøkkelen til å nå inn. Vekke øyeblikk av tilstedeværelse og glede.

Hvorfor?

– Man kan våkne til. Komme tilbake. Huske ting man har glemt. Kjenne følelser og stemninger, ikke minst. Programleder Sandvig kjente plutselig pappaen sin igjen, hun så ikke bare den demente mannen.

Hvordan begynte det?

– Jeg jobbet på et sykehjem der det var mye store tilstelninger. Jeg ville heller nå beboerne individuelt. Bruke nærhet og varme. Mange fikk ikke med seg de store konsertene. Da måtte jeg komme til dem.

Fordi de ikke var fysisk til stede, eller mentalt?

– Begge deler.

Ikke alle er så glad i å klemme som du?

– Det kan stemme. Men etter over to tusen slike bitte små møter har jeg nok bare blitt kastet ut eller dytta bort to-tre ganger. Jeg bruker øynene, og er var på dem som ikke vil. Men alle får en berøring. Det er kjempeviktig.

Hvorfor?

– Det blir så lett glemt. Det blir mye mekanisk berøring. Det stelles, spises og dusjes, men mye er passivt. Det føles nok sterkere når jeg virkelig berører og ikke bare tar på.

Du bruker blikket?

– Ja, den enkelte skal bli sett. Det skal bare være oss to.

Det er virkningsfullt?

– Ikke noe fiksfakseri eller jåleri. Å bli sett er viktigst. Da er melodi og sang bare ekstra. Det er lite som skal til.

Hvordan er responsen?

– Overveldende. Jeg ser bekreftelse, ro og tillit.



Og responsen etter tv-programmet?

– Jeg har fått mange hilsener og forespørsler. Og mange historier. Mange pårørende har fortalt om erfaringer med egen mor eller far med en demenssykdom.

Hva kan sykepleiere lære av dette?

– Jeg håper og tror de kan bruke det i hverdagen. Jeg har i hvert fall sett verdien av å bruke meg selv og historiene mine, å være til stede i øyeblikket.

Tror du de har tid til det?

– Vanskelig å svare ja eller nei. Jeg har erfart at hastverk kan være lastverk. Jeg kjenner ofte på hva det egentlig er jeg skal rekke. Både jeg, pasientene og kollegene er mye mer tilfreds når jeg roer ned.

Hva gjør du til daglig?

– Jeg er oppsøkende fagkonsulent i Østensjø i Oslo. Jeg skal sørge for at hjemmeboende eldre i bydelen har det best mulig.

Og musikken?

– Jeg har en smidig og engasjert arbeidsgiver. Dessuten er intimkonsertene som oftest på ettermiddagene.

Hvem betaler?

– Noen ganger sykehjemmet, andre ganger kommunen eller ulike tilskudd og legat. Eller privatpersoner som hyrer meg til mor eller far. ●

marit.fonn@sykepleien.no



– Sykepleiere må si nei

Nekte. – Hvis sykepleierne setter ned foten, ville vi ikke hatt korridorpasienter, mener sykepleierstudent Laila Knutsen.

● Tekst **Eivor Hofstad**

I høst merket Laila Knutsen at det er vanlig med korridorpasienter. Sykepleierstudenten hadde praksis på kirurgisk avdeling ved Haugesund sjukehus.

– I løpet av en dag lå opptil fire pasienter på gangen. Det vil si opptil 1456 korridorpasienter i året, bare ved kirurgisk avdeling, sier tredjeårsstudenten.

Tall fra Helsedirektoratet viser at de fire første månedene i år lå 1,4 prosent av pasientene på Haugesund sjukehus på gangen. Det vil si 362 stykker.

Selv om andelen korridorpasienter i Norge har gått ned fra 2,2 prosent i 2011 til 1,5 prosent for første tertial i 2014, havner fremdeles tusenvis av pasienter hvert år på gangen på norske sykehus.

BEVISST POLITIKK. –Korridorpasienter gjør det vanskelig å ivareta pasientenes integritet og alminnelige verdighet. De medfører ofte brudd på taushetsplikten, og får sjelden optimal behandling og pleie. Dessuten er det et alvorlig brudd på brannforskriften, sier Knutsen.

Hennes første tanke var at dette var nedverdiggende for pasientene. Hun bestemte derfor å skrive sin praksisoppgave om dette, og leste seg opp på temaet.

– Jeg ble både sjokkert og irritert, sier hun.

Hun oppdaget at problemet kan ha en økonomisk årsak og at det er en bevisst politikk fra sykehusledelsens side, selv om de ikke innrømmer det.

– Med korridorpasienter kan sykehuset lettere øke kapasiteten, uten å øke grunnbemanningen.

Slik sparer sykehuset penger. Det forklarer både hvorfor problemet vedvarer år etter år og hvorfor sykehusene ofte tilbyr deltidsstillinger til sykepleierne, slik at de stiller opp på ekstravakter ved behov, sier hun.

NEKTE. Knutsen mener sykepleierne må være aktive for å hindre at sykehusene tillater korridorpasienter. I praksisoppgaven sin skriver hun at de må bli flinkere til å føre avvik om brann sikkerhet. I tillegg må de få fram hvilke konsekvenser alle korridorpasientene har for både pasienter og personale.

– Hvordan skal de gjøre det?

– De kan gå til både ledelsen og avisa med det.

Ved å tillate korridorpasienter er vi med på å bryte taushetsplikten og gi slett pleie, ting som vi i



Null: Helse Vest har vedtatt nulltoleranse for korridorpasienter fra 2015. Sykepleien skrev sist om problemet i Stavanger i nummer 2, 2011, og Inger Helene Rye som var korridorpatient for andre gang. Foto: Erik M Sundt

«Ved å tillate korridorpasienter er vi med på å bryte taushetsplikten og gi slett pleie.» Laila Knutsen



andre situasjoner ville mistet autorisasjonen for. Sykepleiere har makt og er voldsomt opptatt av regler. Da må vi også følge dem her, og i verste fall nekte å ta imot korridorpasienter, sier hun.

– Men dere er jo også pliktige å gi øyeblikkelig hjelp?

– Ja, derfor må dette bli et siste valg. Hvis sykepleiere nektet å ta imot korridorpasienter, ville det uten tvil bli stort oppstyr av det, og

ledelsen ville bli tvunget til å gjøre noe med saken. Kanskje ville det gå ut over noen, men i det store og hele ville pasientene vunnet på det. Når sykepleiere kan streike for høyere lønn, bør de også kunne streike for pasientenes rettigheter og sikkerhet.

TOMME POSTER. Kirurg Jarle Norstein mener også det er på høy tid at sykepleiere sier klarere

ifra om at de ikke aksepterer korridorpasienter.

– Dette er et ledelsesspørsmål, men korridorpatientplassering kan bare beholdes så lenge sykepleierne aksepterer det. Likevel tror jeg ikke makt bak kravene er den beste løsningen. Det kan påføre pasientene ytterligere lidelse, sier han.

I 2008 skrev han en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeforening: «Korridorpatientenes funksjon i det norske sykehusvesen». Her forklarer han hvordan sykehusene kan spare penger på å la poster stå tomme og heller legge pasienter på gangen og la personalet yte en ekstra innsats eller eventuelt leie inn ekstravakter.

Han skrev artikkelen fordi han syntes det var for lite oppmerksomhet om ubehaget og farene pasientene ble utsatt for ved å bli lagt på gangen. Dessuten hadde





mange sykehus tomme poster samtidig som de hadde korridorpasienter. Artikkelen skapte ifølge ham selv lite oppstyr.

– Mitt inntrykk er at de fleste var enige i min beskrivelse. Men det er forståelig at enkeltansatte ikke vil engasjere seg med de lojalitetskravene som eksisterer i helseforetakene. Fagforeningene bør ta saken, mener han.

– **MÅ KOSTE.** – Hva skal man gjøre for å bli kvitt korridorpasientproblemet?

– Det hjelper ikke å ha det som en kvalitetsindikator. Man må heller bare bestemme seg for at man ikke tillater det. Det må organisatoriske grep til, og det vil koste penger. Det bør også være en viss overkapasitet i akuttavdelinger for å kunne gi trygg behandling og ha verdige forhold for pasienter og sykepleiere.

– Hva vil du si er den viktigste løsningen?

– Økonomiske virkemidler. Innsatsstyrt finansiering brukes for å premiere innsats. Det kan også brukes med negativt fortegn for å lage en kostnad for helseforetakene ved manglende innsats.

– Bøter?

– Ikke helt. Det er snakk om en reduksjon i DRG-poengene.

Jarle Norstein viser i artikkelen at kostnadene ved manglende innsats må være høye for at det skal virke.

– I 2008 beregnet jeg at minst 10 000 kroner per korridorøgn måtte til for at det ikke lenger skulle lønne seg med korridorpasienter. Nå er det antakelig mer, mener han.

35 ÅR. Aud Hølland Riise er Norsk Sykepleierforbunds foretakstillitsvalgt i Helse Stavanger, som har vært versting på korridorpasientstatistikken i mange år.

– Det har vært sånn i 35 år, sier de som er eldre enn meg, opplyser hun.

Riise tror ikke at økonomiske sanksjoner er løsningen.

– Det vil være en driver for at ledelsen skal holde trykket mot korridorpasienter oppe, men vil sannsynligvis ramme dem som er på jobb.

– Hvordan da?

– Når påleggene om ikke å ha korridorpasienter blir sterke, tyr ledelsen til løsninger som gjør at man jobber mer tungvint, som for eksempel å legge de friskeste pasientene på andre poster enn der de hører hjemme faglig.

I Stavanger har de et eget navn på disse pasientene: «IGP» som står for «interne gjestepasienter». Systemet er laget etter inspirasjon fra sykehuset i Drammen, forteller Riise.

– Fra før jobber folk her så svetten siler. Med IGP-systemet øker stresset. Legene må gå lenger for å komme til pasientene, sykepleierne må

behandle innen nye fagområder og pasientene får kanskje ikke like god pleie som de ville fått av personale som kjenner denne pasientgruppen. Det er få som synes dette er noen god løsning, og systemet forlenger ofte liggetiden.

PYNTE PÅ TALLENE. Riise tror også at økonomiske sanksjoner kan føre til at pasientene kalles overbelegg i stedet for korridorpasienter. Det ser hun gjøres allerede i dag. Overbelegg er når man legger flere pasienter på et rom enn det er plasser til, for eksempel fem pasienter på et firesengsrom.

«Taushetsplikten brytes også på femmannsrom.»

Aud Hølland Riise, foretakstillitsvalgt



– Antall korridorpasienter må rapporteres til styret, det må ikke overbelegg, selv om vi fører det internt.

– Så da skjuler man på en måte problemet?

– Ja, man pynter på tallene. De stenger senger, slik at de får for eksempel to ledige senger. Da blir det overbelegg, ikke korridorpasienter. Bemanningen regnes ut fra antall senger som ikke er stengt, slik at ved overbelegg blir det selvfølgelig bedre for pasienten ikke å måtte ligge på gangen, men det blir verre for pleierne som har for lite bemanning til så mange pasienter.

NULLTOLERANSE. Helse Vest har vedtatt en såkalt «nulltoleranse» mot korridorpasienter fra neste år, og tiltakene de innfører for å avvikle korridorpasienter spenner over sju punkter, fra det noe ulne begrepet «holdningsendringer» til flotte visjoner som «bedre samhandling med primærhelsetjenesten, god kommunikasjon og kompetansedeling».

Via kommunikasjonsrådgiver spør vi hva det vil si i praksis at Helse Vest har vedtatt nulltoleranse mot korridorpasienter.

– Styret i Helse Vest og styrene i foretakene har forpliktet seg på dette. Helseforetakene arbeider nå med å innføre tiltakspakken for å fjerne eller redusere korridorpasienter. Vi legger ikke opp til økonomiske sanksjoner dersom det skulle forekomme korridorpasienter fra 2015, men budskapet er klart: Det skal ikke være korridorpasienter,

sier administrerende direktør Herlof Nilssen i Helse Vest RHF.

Nå har ansattrepresentantene i Helse Vest bedt om å diskutere korridorpasientproblemet på styremøte den 6. november. Foretakstillitsvalgt Riise håper de kan diskutere alt som har betydning for fenomenet.

– Fra før er Stavanger universitetssykehus spesielt ved at vi har minst areal og minst personell per innbygger i Helse Vest. Men vi har også en forholdsvis frisk befolkning og lavest sykefravær, så dette er komplisert, sier hun.

KOMBINASJONSLØSNING. Riise håper også de kan diskutere løsninger for å bli kvitt korridorpasientene.

– Vi kan ikke nekte å ta imot korridorpasienter. Taushetsplikten brytes også på femmannsrom. Jeg tror løsningen må være en kombinasjon av kortere liggetid, bedre utnyttelse av kommunens ø-hjelpssenger, færre pasienter inn, flere senger og nok sykepleiere, sier hun og legger til at det er helt urealistisk å tro at dette ikke skal koste noe.

– Vi trenger to sengeposter til, noe som vi verken har plass eller bemanning til.

Student Laila Knutsen er ikke i tvil om hva som må til:

– Det er lite sannsynlig at ledelsen av fri vilje vil endre på tilstanden, siden det vil medføre økonomiske utgifter å bygge nye pasientrom eller ansette flere pleiere. Derfor må sykepleierne ta saken i egne hender og tvinge frem en løsning som gjør at fenomenet korridorpasienter blir historie, sier hun. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta

Korridorpasienter i tall

- Helse Vest sliter mest, med Stavanger universitetssykehus som årelang versting. I første tertial i år (fra januar til april) lå 3,6 prosent av stavangerpasientene på gangen. Det vil si 2682 korridorpasienter.
- I år har Haraldsplass Diakonale sykehus overtatt jumboplassen for ANDEL korridorpasienter. Der lå 3,8 prosent av pasientene på gangen i første tertial, det vil si 677 korridorpasienter.
- Helse Midt-Norge har vært flinkest i klassen i flere år. St Olavs Hospital er universitetssykehuset med færrest korridorpasienter. Første tertial i år lå 0,2 prosent av trondheimspasientene på gangen, det vil si 206 korridorpasienter.

Kilde: Helsedirektoratet, avdeling statistikk og kodeverk



Råd om unges psykiske helse

VERKTØY: Royal College of Nursing i Storbritannia har publisert nye og oppdaterte råd for sykepleiere som ikke er utdannet innen psykiatrisk sykepleie.

De kaller det en «verktøykasse» om psykiatrisk sykepleie for barn og unge. Den består av en informasjonsbrosjyre på 27 sider om hvordan man skal forstå, kjenne igjen og takle problemer med den psykiske helsen hos unge mennesker. Du kan lese hele brosjyren på tinyurl.com/lfc7c9e.

Trafikkfarlige diabeteslegemidler

BAK RATTET: For lavt blodsukker (hypoglykemi) er årsaken til rundt 45 alvorlige trafikkulykker i året i Storbritannia.

Mennesker med diabetes som er sjåfører, bør følges opp av klinikere for å redusere risikoen for trafikkulykke dersom de opplever hypoglykemi bak rattet, hevder en ny rapport fra Transport Research Laboratory i Storbritannia.

Rapporten sier at helsepersonell må sikre at disse pasientene står på rett medisin for å redusere risikoen for hypoglykemi. Eldre legemidler mot diabetes kan øke denne risikoen.

Det britiske sykepleierfagbladet, Nursing Standard, nevner sulfonyleurea-tabletter (glibenklamid, glipizid og glimiperid) og glinider (nateglinid og repaglinid) som eksempler på legemidler som kan øke risikoen for hypoglykemi bak rattet.

Rapporten kan leses på tinyurl.com/n6gf8ac.

Ebolamobbing av amerikansk sykepleier

VIL UT: Sykepleier Kaci Hickox returnerte til USA 24. oktober etter å ha gjort en innsats for Leger uten grenser i kampen mot ebola i Sierra Leone. Hun ble med en gang lagt inn på sykehus til observasjon, og etter å ha vært ymptomfri i 24 timer ble hun overført sitt hjem i Maine hvor hun er påtvunget 21 dagers karantene, selv om hun har testet negativt to ganger og fremdeles ikke har noen symptomer på ebola.

Centre for Disease Control (CDC), det amerikanske Folkehelseinstituttet, anbefaler kun daglig oppfølging av returnert helsepersonell i stedet for påtvunget isolasjon. Derfor har sykepleier Hickox begynt å bevege seg utendørs. Dette har ført til stor debatt blant folk, og facebookgrupper med rein hets av sykepleieren har begynt å dukke opp.

Selv sier Hickox at hun nekter å holde seg innendørs, og får altså støtte både av CDC og den amerikanske sykepleierorganisasjonen American Nurses Association.

Kilder: Daily Mail, BBC, ANA



sorbact[®]
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com



– Diagnoser skaper ofre

• Tekst **Christina Andersen**

BOK: Liv Bodil Opsata er utdannet psykiatrisk sykepleier, samtidig som hun selv har måttet gå i terapi. Dette har gitt henne en innsikt i psykiatrien fra begge sider.

I høst ga hun ut boken «Ekkot fra Svaraberg», der hun belyser hvordan diagnoser gjør at pasienter ofte havner i en offerrolle som siden er vanskelig å komme ut av. I boken tar hun et oppgjør med sin egen fortid, og hvordan hun selv havnet i en offerrolle i et lite bygdemiljø.

Det var møtet med en psykolog som så bort fra diagnoser, som fikk henne til å innse denne offerrollen, og etter hvert gi slipp på den. Boken er en fortelling om veien hun måtte gå alene.

FRATAR VERDI. Opsata mener det altfor ofte stilles diagnoser uten at man ser på pasienten som et enkeltindivid.

– Pasienter blir ofte sett på som hjelpeløse, og får ikke anledning til å bruke sitt iboende potensial. Enkle diagnostiske systemer overgår dermed dypere problemer, sier hun.

Hun håper boken kan vekke nye tanker både for pasient og terapeut. Hun ønsker å skape debatt rundt psykiatrien blant fagfolk, og ønsker å gi pasienter bedre selvtilit av å lese boken.

– Man kommer ikke ut av offerrollen uten å være ærlig. Ofte ser man ikke selv hvilke vonde ting som henger igjen, og da er det vanskelig å tilgi seg selv. Man må tørre å si ifra hva man bærer på.

MERKELAPPER. Opsata har jobbet på psykiatrisk sykehus og som psykiatrisk sykepleier i førstelinjetjenesten i mange år. Hun har selv erfart at pasienter ikke forteller hele sannheten om hva de har opplevd, og i stedet lar seg identifiseres av diagnoser.

– Diagnosen blir svaret på det vonde, og man glemmer de konkrete hendelsene som ledet pasienten dit han er i dag, sier Opsata.

Hun mener terapeuter i større grad må være kritisk til denne utviklingen i psykiatrien.

– Vi må tørre å være kritiske som fagfolk. Hva gjør vi? Hvor er vi på vei?

I boken skriver hun at det vi ikke klarer å sette inn i et system innenfor gitte empiriske aksepteringer, lett faller utenfor i en gråson. Da blir det lett å sette et stempel i form av en diagnose.

På lik linje med Opsata selv, tror hun pasienter ofte dekker over de vanskelige tingene de har vært igjennom for å beskytte og ivareta familien. Til slutt ser de ikke sam-

«Vi må tørre å være kritiske som fagfolk.»

Liv Bodil Opsata

menhengen lenger. Særlig i et lite bygdemiljø kan man fort havne i offerrollen, da det er vanskelig å være åpen om de vonde opplevelsene man har vært igjennom.

– Jeg tenker vi må møte enhver pasient som et helt menneske, med kultur, historie og åndelig integritet. Vi er åndelige individer, derfor må vi tørre å spørre hva som egentlig ligger under overflaten. Ofte kan en pasient ende opp med åtte til ti diagnoser. Det viser jo bare hvor sammensatt psyken er, sier hun.

I boken snakker Opsata om et tynt grenseland mellom pasient og terapeut i terapirommet. Hun tror det er viktig å være ydmyk ovenfor pasientene, da terapeuten også kan lære mye av dem. •

Christina.Andersen@sykepleien.no



fr. 149 kr

Retro



599 kr



fr. 199 kr



199 kr



149 kr

www.color4care.no

23 96 09 36



Kan bli sikrere å føde

ROM FOR FORBEDRING: 692 uønskete hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid ble meldt til Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten mellom 1. juli 2012 og utgangen av 2013.

– Det er trygt å føde i Norge, men det er alltid mulig å gjøre fødselsomsorgen enda sikrere, sier Øystein Flesland ved kunnskapssenteret på deres hjemmesider.

MÅ TRENE. Noen av problemene som beskrives er felles for hele helsetjenesten, for eksempel legemiddelfeil, utstyr som ikke virker og kommunikasjon.

Kunnskapssenteret trekker frem flere områder det er mulig å

forbedre for å forebygge skader på mor og barn. Ifølge Flesland trengs det gjennomgående mer undervisning og trening, for det er ikke nok å lære gjennom arbeid.

MANGLER RESSURSER. I 170 av de 692 meldingene var det snakk om betydelig skade. Vanligst var blødning og rifter i bekkenbunnen.

I 227 meldinger var det snakk om skade på barnet. Vanligst var utilstrekkelig oksygentilførsel under fødsel. 226 av meldingene knytter helsepersonell til manglende etterlevelse av retningslinjer, prosedyrer og veiledere. Ressursmangel i form av tid, personell og lokaler var sentralt i 139 hendelser. ●

nina.hernes@sykepleien.no



ISOSOURCE® Mix

Isosource Mix er en sondenæring laget av mat, som blandt annet inneholder erter, kylling, bønner, fersken, appelsinjuice og vegetabiliske oljer.

www.nestlehealthscience.no
Nestlé Kundeservice: 8156 8332

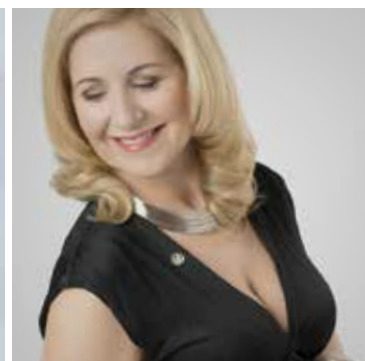


Nestlé HealthScience
NOURISHING PERSONAL HEALTH



30 år går fort!

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



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

Tema.
**Hjemme-
sykepleie i
Nederland**

Pleie var blitt et produkt. **32**

Noe for Norge? **35**

Mannen som snudde Holland opp ned. **36**

Hvordan fungerer Buurtzorg? **37**

Trygg tross 93: Maria Joosten (t.v.) hadde bare ett ønske – og bo hjemme. Buurtzorg-medarbeidere gjorde det mulig.



Tilbake til framtiden

Ny verden. Organisasjonen Buurtzorg har på få år revolusjonert hjemmesykepleien i Nederland. Borte er alle mellomledere og byråkrati. Nå styrer sykepleierne seg selv.

Tekst **Barth Tholens** • Foto **Erik M. Sundt**





Buurtzorg-modellen

– Pleie var blitt et produkt. Vi ville tilbake til distriktssykepleieren.

Jos de Blok

Tekst **Barth Tholens** • Foto **Erik M. Sundt**



I landsbyen Schinveld, ikke langt fra Maastricht i Nederland, venter 93-årige Maria Joosten tålmodig på lyden av en nøkkel i ytterdøren. Nesten hele sitt liv har hun bodd i dette lille huset. Det har fortsatt den originale kjøkkenbenken, det samme gulvet og de samme blåmalte kappene som da det ble bygd en gang rett etter krigen. Her fikk hun en dødfødt sønn, hennes eneste barn. Her døde mannen hennes for nesten et halvt århundre siden.

Maria har angst for mye. Angst for å slippe inn ukjente, angst for å falle. Hun ser dårlig, går dårlig og har hatt kreft. Men én ting er hun sikker på: Hun vil ikke på sykehjem. Hun vil være der hun er.

Så når hun endelig hører nøkkelen vri rundt i låsen i ytterdøra, og sykepleier Marie-Louise Spruit kommer inn på det trange kjøkkenet, er det nesten som om et kjært familiemedlem kommer hjem.

– Goede morgen, roper sykepleieren, og tar kvinnen i hånda.

– Alles goed?

Maria nikker.

NETTVERK. Spruit vet det meste om Marias historie. Både det som skjedde for lenge siden og det som skjedde nettopp i går. Hun besøker henne gjerne flere ganger om dagen. Hun kjenner niesen til Maria som gjør rent i huset, og husvennen, herr Theunissen, som holder et øye med den gamle kvinnen og er hennes verge. Spruit har dessuten kontakt med både sykehuset, fastlegen og

fysioterapeuten, og hun har en løpende dialog om Marias utfordringer med kollegene i teamet til Buurtzorg i Schinveld.

Spruits inngående kunnskap om Marias mange utfordringer bidrar i høy grad til at den gamle kvinnen kan leve slik hun gjør.

UNIKT. Det unike med det tilbudet som organisasjonen Buurtzorg gir i Nederland, er at hjemmesykepleierne har fått lov til å organisere sin egen arbeidsdag helt uten innblanding fra teamledere, helsesjefer, fastleger, direktører eller andre byråkrater. Buurtzorg er rett og slett blottet for byråkratisk hierarki. Det arbeides i stedet i små lag på maksimum 10–12 sykepleiere og helsefagarbeidere. De ansatte i teamene har god oversikt over de menneskene de har ansvaret for. Pasientene som de skal stelle, bor i et begrenset geografisk område, eller «buurt» som det heter på nederlandsk. Sykepleierne kjenner dette området godt, og vet hvilke sosiale og profesjonelle nettverk de kan aktivere. De har et totalansvar for pasientene sine, i prinsippet døgnet rundt hele uken. De er tilgjengelige når som helst og kan ringes ved behov. I praksis har denne tilgjengeligheten den effekten at de sjelden

«Herings trenger et spark bak.»

Arjen Tissingh

Fakta

iPad til alle

Buurtzorgs flate struktur ville ikke vært mulig uten utvikling av egen software. Alle ansatte i organisasjonen får iPad, og dermed tilgang til en egen «community». Her kan de se egne resultater, legge inn beskjeder, registrere arbeidstid og spørre om råd. Det ligger også muligheter for læring og visning av prosedyrer i systemet. Buurtzorgs iPader innefatter et system som registrer problemer, mulige intervensjoner og pasientresultater (Omaha-systemet).

må rykke ut om kvelden. Hvis de likevel må det, har det igjen en forebyggende effekt: Da vet de nøyaktig hvilke utfordringer pasienten strir med og hva de må gjøre for å forhindre det neste gang.

Hvordan sykepleierne organiserer seg, hvem som gjør hva og når, bestemmer teamet helt og holdent selv. Det er det ingen ovenfra eller utenfra som legger seg opp i. De leder-løse teamene ansetter selv nye sykepleiere og bestemmer hvem som skal ha ferie og hvem som skal gå på kurs. Avgjørelsene skjer kollektivt, ved enstemmighet.

Det eneste de ikke får lov til å gjøre innenfor rammen av Buurtzorg er å vokse utover 12 ansatte. Er pasientgrunnlaget over 60, må nye team opprettes. Minst fire nye sykepleiere må melde



Jo mer ansvar: Sykepleierne i Schinveld savner ingen mellomledere.

sin interesse for å starte opp et nytt lag, for at de skal få grønt lys fra sentralorganisasjonen. Den holder til i en beskjedne bygning et sted øst i Nederland, og teller bare 30 ansatte.

Et annet krav til hjemmesykepleierne i Buurtzorg er at minst 60 prosent av arbeidstiden skal være pasientnært. Det siste er imidlertid ikke noe problem. Er det noe hjemmesykepleierne i Nederland vil, er det å være hos pasientene de har ansvar for. Møter er ikke det de ble sykepleiere for.

SAMMEN. Når Spruit senere denne dagen møter sine kolleger i teamet i Buurtzorgs lokaler ved siden av den gamle kirken i Schinveld, er de et sammensveiset lite team som har mye å snakke med hverandre om. Det er latter ved lunsjbordet, men også ting de må ta stilling til, problemer som må løses. Hva skal de gjøre når en kollega er langtids syk? Når skal de ha en evaluering av Marias Joostens situasjon sammen med fastlegen? Hva skal de gjøre med at de skårer dårligere på tid de

bruker direkte med pasienter, sammenliknet andre team i Buurtzorg?

Buurtzorg har forsøkt å reintrodusere den gamle ordningen med distriktssykepleieren som i etterkrigstiden jobbet i avgrensede områder eller bydeler. Disse sykepleierne kjente sine pasienter så godt at de kunne forutse problemer og forebygge dem. De hadde varierte oppgaver og betydelig lokalkunnskap. Men det var før det ble knapphet på ressursene og New Public Management gjorde sitt inntog.

På 1980- og 90-tallet endret helse- og omsorgsideologien seg dramatisk i Nederland. Det ble flere gamle mennesker som trengte hjemmesykepleie, og kostnadene økte. Private, kommersielle foretak skulle nå konkurrere og levere pleie- og omsorgstjenester. Foretakene måtte legge inn anbud for å få rammeavtaler med de regionale myndighetene. Innbyggerne selv kunne så velge hvilken tilbyder de ville få hjemmesykepleien av. Resultatet av det nye systemet var at det

Fakta

Sykepleiere i Nederland

Pleiepersonell i Nederland kalles «verpleegkundige», og deles opp i forskjellig nivåer, alt etter hvor mye utdanning som ligger bak. Nivå 5 er det høyeste, og kan best sammenlignes med sykepleiere i Norge. Nivå 4 kan best sammenlignes med norske helsefagarbeidere, mens nivå 3 «verpleegkundige» er omsorgsarbeidere/miljøarbeidere.

70 prosent av de ansatte i Buurtzorgs team er nivå 5 verpleegkundige, 30 prosent nivå 4 verpleegkundige. I motsetning til hjemmesykepleien i Norge, har sykepleiere i hjemmesykepleien i Nederland ikke ansvar for utdeling og administrering av medisiner. Det er apotekene som har ansvaret, og medisinerne oppbevares hos pasienten. Sykepleierne ser imidlertid til at legemidlene tas slik de skal.



Alene: Jan Herings sin kone døde i 2012. Sykepleier Arjen Tissingh hjelper ham til å ta tak i livet igjen.



Ritual: Fru Sturmans har brukket benet og får en daglig sprøyte med Fragmin av Marlies Houben.



Ha det bra: Sykepleier Marlies Houben har vært hos ekteparet Gelissen. Mannen har Parkinson og kona sliter med ryggen.

→ etablerte seg store, topptunge omsorgsforetak med mange direktører og mellomledere, mens pasientene ble møtt av en stadig større skare av pleie- og omsorgsmedarbeidere med synkende kompetanse.

– Pleie og omsorg ble bare et «produkt», og ikke lenger et viktig fag utøvd av sykepleiere som hadde hjerte for pasienten, sier Jos de Blok (se også intervjuet på side 36).

Han er selv sykepleier og brøt i 2006 med et kommersielt omsorgsforetak der han var ansatt som direktør med ansvar for innovasjon, og startet det som skulle bli en revolusjon i den nederlandske helsetjenesten: Stiftelsen Buurtzorg.

RADIKALT. de Bloks enkle, men radikale idé var å kutte ut alt det unødvendige byråkratiet, skjemaveldet og all den rapporteringen som skjer i foretak som skal levere pleie- og omsorgsprodukter. de Blok mente at sykepleierne måtte bruke altfor mye tid og energi på å tilfredsstille sine ledere og byråkratiet. Han mente også at alle mellomledere og direktører var en sterkt fordyrende faktor i pleie- og omsorgstjenestene. De bare brukte tiden sin på å lage regler for sine ansatte, tid som heller kunne brukes på pasienten.

I stedet utviklet de Blok en hel flat organisasjon der sykepleiere og helsefagarbeidere kunne utøve sitt fag helt uten innblanding. Billigere og

bedre, mente Jos de Blok.

Og han fikk rett. Siden 2006 har Buurtzorg vokst til en organisasjon med over 7200 ansatte, fordelt over 800 lag over hele landet. Buurtzorg

Buurtzorg får inn omtrent 100 nye søkere i uka.

er dermed en av de hurtigst voksende bedrifter i Nederland. Den har mottatt en rekke priser, den gjeveste for de mest fornøyde ansatte og de mest

4 på
gangen

fornøyde klienter. Flyselskapet KLM ble slått på streken.

Interessen for ideen om en helt flat organisasjon med selvstyrte, små enheter og lave administrative kostnader, har vært enorm. Sykepleiere, også de dyktigste fra sykehusene, har strømmet til og omfavnet ideen. Fortsatt får Buurtzorg inn omtrent 100 nye søkere i uka. Fra inn- og utland kommer delegasjoner for å se på tiltaket. Politiet i Nederland vurderer nå å implementere Buurtzorgs filosofi ved å gå tilbake til et system med lokalpoliti, etter at sentralisering har vært et mantra i flere tiår. Banker er også interessert.

I høst var Jos de Blok i Stavanger for å fortelle om sine erfaringer. Han var invitert av LO og Arbeiderpartiet, som nå vil gjøre en pilot med tiltaket. Det blir trolig et tema i neste års kommunevalgkamp.

SPARK. I Schinveld er lunsjmøtet for de ansatte i lokallaget snart over. Høstsolen flommer lavt over gruppen som nettopp har diskutert hvordan den tolvte ansatte skal følges opp. Hun har nemlig vært syk en stund. Det skaper hodebry og utfordringer. Er det noe de kan gjøre for å tilrettelegge arbeidet? Trenger de veiledning fra Buurtzorgs regionale coach med tanke på mulige tiltak?

Det er vanskelige spørsmål. Mer morsomt er det å diskutere pasientrettete tiltak.

– Jeg tror Jan Herings trenger et spark bak, mener Arjen Tissingh, en av sykepleierne som arbeider 32 timer i uka og eneste mann i gruppen.

– Han kjenner jo mange her i bygda, men kommer seg ikke ut.

De andre er enige. I motsetning til Maria Joostens nedslitte hus i skogkanten, bor Jan Herings i en staselig lys leilighet med utsikt over det lille torget. Etter at kona døde i 2012 har livet ikke vært det samme. Han savner henne, ikke minst på grunn av det sosiale.

– Da hun levde kom det masse folk hit på besøk. Men nå er det helt stille, klaget han da Arjen var på dagens besøk tidligere denne dagen.

Hering trenger hjelp til dusjing og til å få øyedråper, men stompen etter en ben-amputasjon klarer han å holde i orden selv.

– Jeg mener at han godt kan invitere noen selv. Folk renner jo ikke ned døra av seg selv, foreslår Arjen.

De andre i rommet nikker.

STOLT. Så fyker alle ut igjen, noen går bare til fots til neste pasient, andre tar bilen. Snart er Marie-Louise tilbake igjen ved huset med den lille hagen hvor små dverger støpt i betong har fått tiden til å stå stille.

Så stikker hun nøkkelen i låsen.

– Goede middag, Maria. Alles goed? •

barth.tholens@sykepleien.no



Er Buurtzorg-modellen noe å prøve ut i Norge også?



Cecilie Bjelland

Ap-leider i Stavanger

Buurtzorg-modellen kan være et «Kinderegg». Brukerne får god pleie og trenger ikke å forholde seg til så mange. De ansatte får brukt sin kompetanse bedre. Mange i Stavanger mener at kommunens bestiller-utfører modell er vanskelig og byråkratisk. I Stavanger ønsker Arbeiderpartiet at det settes i gang en forsøksordning basert på de beste sidene av Buurtzorg-modellen. Der må de ansatte være motiverte til å prøve dette ut over tid, slik at vi høster erfaringer og tilpasser modellen til norske forhold. Jeg tror vi kan få til dette etter valget neste år.



Eli Gunhild By

Forbundsleder i NSF

Noe av det som synes forlokkende i denne modellen er et stort rom for faglig skjønn sammen med opplevd kvalitet hos brukeren. Det som ikke er så positivt er å se hvordan helsetjenester i mange land er blitt en vare hvor det offentlige ansvaret stadig mer frikoples fra ansvaret for den direkte utøvelsen av tjenesten. Dette er viktig å vurdere før en innfører en modell uten å se helheten i det totale helsetjenestetilbudet. Vi ser også at arbeidstakernes rettigheter ofte blir en salderingspost ved omfattende bruk av anbud og konkurranseutsetting.



Lisbeth Normann

Statssekretær (H)

En Buurtzorg-modell kan være ett av flere gode alternativer som kommunene allerede i dag står fritt til å utvikle. Målet for den nederlandske modellen er å stimulere til mestring og selvstendighet ved å ta utgangspunkt i brukeres behov. En ubyråkratisk, selvstendig og liten organisasjon bidrar til å rekruttere faglærte og sikrer kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesteytingen for den enkelte bruker. Vi har mye å lære av den nederlandske modellen. Jeg mener Buurtzorg-modellens visjon og innhold er i tråd med regjeringens mål om å skape brukernes helse- og omsorgstjeneste.



Pia Franssen-Melman

Hjemmesykepleier

Ja, det er elementer i Buurtzorg som også kan brukes i Norge. Jeg har jobbet i begge land, og det er mye som er bedre her. Men det gode med Buurtzorg i Nederland er at det er langt færre ledere. Sykepleierne vet jo best hva brukernes behov er, og det viser seg at de er flinke nok til å organisere arbeidet på en effektiv måte i små lag. Buurtzorgs funksjonelle intranett-system er dessuten mye bedre enn systemene jeg har jobbet med i Norge, og det åpner for muligheten for mer funksjonell oppfølging av pasienten og bedre finansiell kontroll i organisasjonen.



Mannen som snudde Nederland opp ned

SLUTT PÅ NPM: Er det mulig å modernisere hjemmesykepleien ved å gå tilbake til den gode, gammeldagse distriktssykepleieren? Jos de Blok i Nederland var sikker i sin sak. Alt hierarki skulle bort.

Sykepleien er ikke alene om sin interesse for den 54-årige sykepleieren som tar imot i sitt eget hus i Almelo en søndag i september. Fjernsynsteam fra Tyskland og Japan har vært her før oss. Statsministeren kom på sykkel for å snakke med ham. Og snart skal den nederlandske kongen ta ham med til Sør-Korea for å fortelle folk der at eldreomsorg og hjemmesykepleie kan gjøres annerledes.

ALL MAKT. Man skulle tro hans budskap var innfløkt, men i grunnen ønsker Jos de Blok bare at helsearbeidere skal kunne jobbe uforstyrret av plagsomme byråkrater og ledere med for høye lønnsstrinn. Han vil blåse helsesjefer og direktører ut av sine fine kontorer og gi all makt til fotfolket: Sykepleiere og helsefagarbeidere. Befrikk fra sine ledere skal disse igjen kunne konsentrere seg fullt og helt om sine pasienter. I stedet for å fylle ut endeløse rapporter og skjemaer, hvis innhold ofte blir borte på sin lange vei til beslutningstakerne, skal sykepleierne selv bestemme hvordan apparatet rundt pasienten skal fungere. Målet er ikke tilfredse ledere, men tilfredse pasienter.

– Da jeg begynte som sykepleier, jobbet jeg i et lite nabolag, forteller de Blok.

Han sitter hjemme på kjøkkenet sitt, med god utsikt mot en hage hvor stolene fortsatt minner om sommeren som var.

– Det slo meg at dette egentlig var den beste måten å jobbe på. Man var nær pasientene og hadde god oversikt over folks nettverk og hva de trengte. Dette ble helt borte da eldreomsorgen og



Suksess: Jos de Blok brenner for en gammel idé.

hjemmesykepleie på 90-tallet skulle «profesjonaliseres». Omsorg ble et produkt, laget i en «fabrikk». Foretakene som skulle produsere tjenestene ble større og større, og de skulle betjene et stadig større antall pasienter over et stadig større område. Men det gjorde ting bare verre, mener de Blok.

– Avstanden mellom helsepersonell og pasientene økte. Arbeidet ble fragmentert. Mange var innom

pasienten, men ingen hadde den hele oversikten. Resultatet var at kvaliteten gikk ned, mens kostnadene økte enormt. Alle var frustrerte, ikke minst fastlegene som mistet oversikten og sykepleierne som bare fikk en liten flik av pasienten å jobbe med.

RESPONS. I 2006 sluttet de Blok i homecare-selskapet han jobbet i og startet Buurtzorg, basert på



Sykepleien APP

Se film-intervju

med de Blok på nettbrett.

hjemmesykepleien slik de hadde gjort det før. De var fire sykepleiere i starten, og samarbeidet med noen fastleger som likte ideen. Raskt fikk de positiv respons.

– Det viste seg å være mye lettere å starte en bedrift for hjemmesykepleie enn det er å starte en pølsebod. Ingen krevde noen ting. Først hadde vi ett team. Ideen var å prøve ut en organisasjon som utøvde sykepleien på gammel lest, men med en ny idé: Teamet skulle ikke være for stort og det skulle styre seg selv, uten ledelse.

de Blok opplevde da å få masse spørsmål fra andre interesserte som hadde lyst å starte tilsvarende team andre steder. I Maastricht, Amsterdam, Rotterdam og Gouda, overalt kom det nye folk til Buurtzorg som ville starte nye team.

– Sykepleierne som husket hvordan tingene var før, visste at denne ideen kunne funke, og kastet seg over den. Og fastlegene var glade for å ha de gode, «gammeldagse» sykepleierne tilbake igjen, det vil si generalister med all sin kunnskap om hele pasienten.

de Blok lener seg over den rue bordflaten og ser spørrende på oss når vi vil vite hva slags oppgaver Buurtzorgs hjemmesykepleiere skal jobbe med hos pasientene.

– Oppgaver? Jeg liker ikke å snakke om oppgaver. De skal gjøre det som trengs for at pasientene skal kunne bo hjemme. Vanlig stell, sårstell, pleie til terminale

pasienter, ta seg av de pårørende, ta seg av psykososiale problemer, kroniske sykdommer, forebygging, demensomsorg, veiledning, folk som kommer hjem fra sykehus ... alle aspekter som kan oppstå ved et sykt menneske. Det er selvfølgelig enormt inspirerende å jobbe med alt dette som sykepleier.

NETTVERK. Det eneste pasientene til Buurtzorg har til felles er at de bor i samme område. Hjemmesykepleien vet hvilke formelle og uformelle nettverk pasientene har og hvilke ressurser som finnes i nabolaget. Hvem som er fastlegen, om det er en fysioterapeut i nærheten, frivillige og naboer som kan trå til. Jos de Blok vil gjerne at hjemmesykepleieren aktiviserer og koordinerer ressursene i nettverket rundt pasienten, men uten at dette blir formalisert.

– Formalisert samarbeid skaper bare byråkrati og kostnader, mener han.

Oppskriften med selvstyrte team slo altså umiddelbart an. Antallet team har økt med cirka 100 for hvert år. Om noen hadde tvilt på ideen om at en organisasjon klarer seg uten hierarki, så ble denne tvilen fort borte. Selv i Japan, der han har vært flere ganger de siste årene, har man tatt ideen til sitt bryst.

– Jeg har snakket mye med sykepleiere, sier de Blok på sin egen lavmælte måte som har gjort ham så populær blant sine egne.

– De sier at de vil ha en organisasjonsmodell som ikke forstyrrer dem i deres arbeid. De vil selv bestemme hvordan de vil jobbe og sammen med hvem. De ansetter nye folk etter enstemmighet. Gjerner sykepleiere som har ideer som likner dem de har selv. Det skaper en kultur som gjør at det er lite konflikter.

– Er du ikke redd for at det gjøres

mange feil når ingen «passer på»?

– Nei. Sykepleierne er godt utdannet, vi har de beste i landet. Derfor vil folk gjerne arbeide hos oss. Rekruttering er lett. Husk at mange sykepleiere sluttet i jobbene sine fordi de var lei av systemet. De kom tilbake, til oss. Også nyutdannede og sykepleiere fra sykehusene vil nå være her. De skjønner at noe positivt er på gang.

FAST ANSATT. Alle de 7200 hjemmesykepleierne i Buurtzorg har fast ansettelse, og de lønnes sentralt. Til syvende og sist er du ansvarlig hvis noe går galt. Det er et stort ansvar?

«Jeg liker ikke å snakke om oppgaver.» Jos de Blok

– Det bekymrer meg ikke veldig. Buurtzorg har langt færre pasientklager enn andre organisasjoner.

de Bloks tro på at hjemmesykepleierne – 97 prosent av dem kvinner – selv vet best, bygger han på at mennesker også privat tar mange store beslutninger uten innblanding av noen «øvrighet»

– Folk kjøper hus, de tar lån, de velger partner og kjøkkeninnredning. Hvorfor skal de da ikke også kunne ta et stort ansvar på jobben uten å bli passet på av ledere, spør han retorisk.

– I Norge ønsker de fleste å jobbe heltid, men den gjennomsnittlige sykepleier i Buurtzorg har bare 20–24 timer i uka. Det er ingen tilfeldighet?

– Nei, det er det ikke. De fleste hjemmesykepleiere her ønsker å jobbe deltid, og det gjør det selvfølgelig lettere å få turnus til å gå opp. Men jeg overlater det til teamene å

bestemme hvor mye folk skal jobbe, sier de Blok.

Han viser til Buurtzorgs første avlegger i Skandinavia, i Båstad i Sverige. Der jobber færre deltid, men det lar seg gjøre fordi den enkelte pasient av bevilgende myndigheter får tildelt mer tid enn det som er tilfellet i Nederland. Det gir et annet arbeidsmønster.

– Teamene skal i prinsippet være tilgjengelige 24/7. Hvordan er det mulig?

– Vanligvis slutter de ved 17-tiden, og i praksis skjer det sjelden at de må rykke ut til pasienten om kvelden eller natta. Men det skjer. Det er en del av det å ha ansvar for mennesker.

– Veksten for Buurtzorg har vært enorm. Så du denne revolusjonen komme?

– Ja, det var forutsigbart. Vi viste at det var rimeligere og at kvaliteten skulle bli bedre. Da er det ikke rart at vi lyktes. Vi har færre timer enn konkurrentene hos pasienten, men vi bruker tiden bedre fordi vi har den beste kompetansen hos pasienten. En nøkkelfaktor er selvfølgelig også at vi som organisasjon ikke jobber mot et overskudd. I realiteten brukte vi i fjor langt flere timer enn vi fikk dekket fra staten. Men det har pasientene sikkert hatt godt av, avfeier Jos de Blok.

Tidligere i år snakket han med helseminister Bent Høie som besøkte Haag, og i september reiste han selv til Stavanger hvor han var invitert av Arbeiderpartiet og LO i Stavanger. Det var første gang han var i Norge. Men kanskje ikke den siste, tror han.

– Dette er opplagt en god idé, slår han fast med beskjeden overlegenhet.

– Og din rolle, som leder for Buurtzorg?

– Det er å bestemme så lite som mulig. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Hvordan fungerer Buurtzorg?

1. Hvorfor har Buurtzorg ingen ledere?

Filosofien er at små, selvstyrte team i hjemmesykepleien kan løse sine utfordringer best selv. Ingen mellomledere betyr mindre byråkrati, mer tid til pasienten og lavere kostnader.

2. Finnes det ingen sentral ledelse i organisasjonen?

Teamene kan få bistand og veiledning fra en coach. Totalt er det 30 coacher fordelt på ca. 8000 ansatte. Det er også et hovedkontor med få ansatte som blant annet utbetaler lønn og tar seg av andre lovpålagte oppgaver.

3. Hvordan starter man opp nye team?

Knoppskytning skjer nedenfra. Sykepleiere selv melder sin interesse for å starte et nytt lag, ofte bare med 3–4 sykepleiere i starten. Da må det være et visst pasientgrunnlag. Temaene utvides etter hvert, men skal ikke ha flere enn 12 ansatte og 60 pasienter. Vokser pasientgrunnlaget ytterligere, må nye lag startes.



Sykepleien APP

Vil du vite mer?

Les flere spørsmål og svar om Buurtzorg-modellen i Sykepleiens utgave på app.



Går og går. Anne Waagan bruker 12 minutter på å få skiftet før hun skal på jobb, men da småløper hun.

Garderobestress

● Tekst og foto **Christina Andersen**

Ved Rikshospitalet må sykepleiere vente flere måneder på faste garderobeskap og uniformer. I ventetiden må de benytte seg av ekstravaktgarderoben. Her skal det være ledige skap som man kan bruke under vekten mot at man tar med seg egen hengelås, men det er likevel ikke alltid det er ledig.

Det finnes én ekstravaktgarderobe på Rikshospitalet. Denne har rundt 70 skap. Ifølge tekstilavdelingen ved sykehuset venter rundt 170 ansatte på faste garderobeskap. Det leveres ut garderobeskap daglig, men ventelistene blir ikke kortere.

MÅ PLANLEGGE TID. Anne Waagan er tiliitsvalgt ved nyfødt intensivavdeling ved Kvinne- og barneklivnikken, og har vært ansatt i nesten sju år. Hun måtte selv bruke ekstravaktgarderoben i lang tid.

– Det ble en del vandring frem og tilbake i gangene. Ekstravaktgarderoben er jo plassert i andre enden av sykehuset for den avdelingen jeg jobber i, så jeg måtte planlegge i god tid før jeg begynte på jobb.

Ved Rikshospitalet skal alle fast ansatte og vikarer ansatt over tre måneder få tildelt et garderobeskap og et depotskap når de begynner. Disse er nummerert og

blir tildelt sammen med ni sett hvite uniformer. Depotskapene er plassert i nærheten av tilhørende garderobeskap, og her henter man ut nyvaskete uniformer.

Selv om Waagan har fått tildelt fast skap, bruker hun fortsatt mye tid på å skifte. Waagan har nemlig depotskap i første etasje, garderobeskap i andre, og jobber i fjerde etasje.

– For meg er det litt sløsing med ressurser og rom når OUS har altfor lite plass generelt. Jeg vet at sjefene mine prøver så godt de kan å skaffe garderobeskap i nærheten, men det stopper liksom opp etter det, sier hun.

Anne bruker nesten et kvarter

«Jeg skiftet ofte på handikap-toalettet.»
Helen Røstad

på å gå mellom etasjene og skifte, men som hun selv sier, er hun rutinert og har et høyt tempo.

– Et annet problem når man må beregne god tid på å skifte, er at man ikke rekker trikken. Mange sykepleiere er avhengige av den, men den venter jo ikke på oss. Dermed kommer man ofte hjem senere enn hva man ønsker, eller egentlig orker. Ofte skal man

jobbe tidlig dagen etter man har hatt kveldsskift.

TILFELDIG PLASSERT. Helen Røstad jobber deltid ved samme avdeling. For henne tok det mange måneder fra hun startet til hun fikk eget skap. I mellomtiden måtte hun som mange andre bruke ekstravaktgarderoben.

– Jeg skiftet ofte på handikaptoalettet. Dersom jeg hadde dårlig tid, tok jeg med litt klær fra ekstragarderoben og skiftet på do i den avdelingen jeg jobbet. Når det ikke er ledige uniformer i garderoben må man rundt og lete, og det går ut over arbeidstida. Det hadde hjulpet å ha en ekstragarderobe i hvert bygg.

Selv om Røstad nå har fast skap, vet hun om noen som begynte før henne som ikke har fått. Samtidig er garderobeskapet fortsatt plassert langt unna avdelingen hun jobber i, på lik linje med Waagan.

– Jeg har lært meg å finne snarveier. Det virker som de skapene man får er tilfeldig plassert fra der man jobber. Det ser ikke ut til å være noe fast system, sier hun.

Nina Trogstad Nikolaisen, avdelingsleder for renhold og tekstil, forteller at tekstilavdelingen prøver å tildele skap i den avdelingen den ansatte jobber.

– Dette fungerer likevel dårlig i

Fakta ●●●●

Garderobe- ne på Riks- hospitalet

Faste ansatte skal få tildelt garderobeskap, tøyskap, og 9 sett hvite uniformer når de begynner. Alle disse er nummerert med samme nummer.

Tøyskapene er plassert i egne rom hvor de ansatte legger fra seg skitne uniformer i en kurv. Avdelingen for renhold- og tekstil vasker uniformene og legger dem tilbake i tøyskapene.

Det er i overkant av 5000 faste garderobeskap på Rikshospitalet.

Systemet i dag krever mye skapplass per ansatt, og avdelingen for renhold- og tekstil ser etter nye elektroniske systemer som kan frigjøre mye av denne plassen til flere skap.

Kilde: Nina T. Nikolaisen, avdelingsleder for renhold- og tekstil.



praksis. På grunn av de lange ventelistene får man tilbud om det første ledige skapet, uansett hvor det er, forteller hun.

GRØNNE UNIFORMER. I ekstragarderoben ligger det hvite uniformer som sykepleierne kan benytte seg av, men mot ukesslutt er det ofte mangel på størrelser. Anne Waagan forteller at løsningen da ble å bruke de grønne som egentlig kun skal brukes på operasjonssaler.

– De har vi egentlig ikke lov til å bruke, men vi har brukt dem en del likevel til stor frustrasjon for dem som egentlig skal bruke de grønne klærne. Nå har de satt lås på døra inn til garderoben, noe jeg har full forståelse for. Det er jo like frustrerende for dem at de ikke har klær.

Tekstilavdelingen ved Rikshospitalet har stemplet opp et stort antall uniformer, og gjør dette med jevne mellomrom, uten at det ser ut til å dempe mangelen på klær.

– Dessverre er det slik at ansatte tar med seg opptil ti sett hver når de henter klær. Selv om vi lager flere uniformer, vil det aldri leveres så mye at man kan ta så mange sett, forteller Trogstad Nikolaisen.

DÅRLIG OVERSIKT. Jenny Reyes jobber heltid på nyfødt intensivavdeling. Hun begynte i oktober og fikk utdelt skap først i mai. Men det skapet hun fikk tildelt var fortsatt i bruk. Dermed tok det enda lengre tid. En stund senere oppstod det surr rundt gardero-beskapet nok en gang.

– En dag jeg gikk til garderoben for å skifte etter vakten min, var skapet blitt tømt i løpet av dagen. Da jeg gikk til garderobeformidlingen for å høre hva som hadde skjedd, trodde de jeg hadde sluttet og derfor tømt skapet mitt, forteller Reyes.

Tekstilavdelingen har et elektronisk arkiv som forteller hvor mange skap som står ledige. For at systemet skal vise riktig antall, må de som ikke lenger er ved



Tar tid: Anne Waagan synes garderobesituasjonen er et problem.

Rikshospitalet avsluttes. Trogstad Nikolaisen forteller at problemet med lange ventelister startet etter sammenslåingen av sykehusene i Oslo. Siden 2007 har antall ansatte økt betydelig.

– Tidligere kunne avdelingen for tekstil registrere de som sluttet ved hjelp av sluttelister fra Rikshospitalet. Det er dessverre få som tar seg bryet med å levere inn nøkler når de slutter eller går ut i permisjon. Når vi nå er ett sykehus med flere lokasjoner, flytter de ansatte en del på seg. Disse vet vi ikke om har flyttet dersom de ikke leverer inn nøkler. Tekstil bruker veldig mye tid på å lete etter ledige gardero-beskap for å finne ut om personen har sluttet, har permisjon eller har sykefravær.

ELEKTRONISK SYSTEM. Tekstilavdelingen ved Rikshospitalet

jobber nå med å finne et nytt elektronisk system, og ser på systemer både innenlands og i de andre skandinaviske landene. På St. Olav og på en avdeling på Ullevål har de et skap hvor de ansatte må dra ID-kortet sitt for å hente ut

kan da brukes til flere gardero-beskap. Slike systemer vil også gi oss i tekstilavdelingen bedre kontroll på arbeidstøyet og garderober. Tøy og skap som tilhører personer som er i permisjon eller slutter vil raskere inngå i totalbe-

«De grønne har vi egentlig ikke lov til å bruke, men vi har brukt dem en del likevel.» Anne Waagan

tøy. På et sykehus i Danmark har de et rom med uniformer. Her henter sykepleierne det de trenger, og skanner en chip som er innsydd i uniformen når de forlater rommet.

– Ved å gå over til et annet system frigjør vi areal som i dag benyttes til tøyskap. Dette arealet

holdningen. Slik vil det til enhver tid være mer tøy tilgjengelig, sier Trogstad Nikolaisen.

Arbeidet med å finne et nytt gardero-besystem er foreløpig kun i en prosjektfase. Det kan fort ta ett til to år før en ny gardero-beløsning er på plass. ●

Christina.Andersen@sykepleien.no



Ungdom søker helsesøster

Språk. I Drammen kan ungdommer oppsøke helsestasjonen fire dager i uken. I Nedre Eiker er døren åpen i to timer.

Tekst **Kristin Horn Talgø** • Foto **Erik M. Sundt**

Mandag ettermiddag. Himmelen har begynt å klarne og solen titter fram bak skyene. Dørene åpner klokken tre. En halv time senere er alle sitteplassene inne på venterommet fylt opp. Noen har kort grønt hår, andre langt, blondt.

Årsakene til at de har oppsøkt Drammen helsestasjon for ungdom er antakeligvis like sammensatte og ulike som ungdommene selv.

STOR PÅGANG. – På mandager er det ofte fullt på venterommet og utover i gangen. De andre dagene når dørene åpner klokken 11, kan det gjerne gå i ett fram til vi går halv fire, forteller Sissel Thon, sexolog og helsesøster ved Drammen helsestasjon for ungdom (HFU).

Kollega og leder ved helsestasjonen, Lene

Sofie Tekfeldt Hansen, nikker gjenkjennende.

– Vi gir veiledning rundt seksuell helse, men vi er også her for å hjelpe til med psykisk helse. Tilreisende ungdom som kommer til Drammen for å gå på skole, trenger ofte bare en voksen person å snakke med, sier Thon.

MANGLER OVERSIKT. Forskjellene mellom helsetjenestene til ungdom rundt i Norge er store.

– Det som er ille med helsesøstertilbudet i dag, er at det er veldig varierende alt etter hvor i landet du er, sier Kristin Sofie Waldum, leder for Landsgruppen av helsesøstre NSF.

Det finnes ingen nasjonal oversikt over hvordan tilbudet er. Det eneste som er klart er at tilbudet mange steder er dårlig, men det mangler utfyllende informasjon. Waldum mener det bør

Fakta

Helsesøstersatsing

- Regjeringen foreslår 200 nye mill. til helsesøstertjenesten i neste års budsjett.
- I 2014 ble det bevilget 180 mill., men midlene var heller ikke da øremerket.
- I Drammen er det ikke tvil om at pengene må brukes til det er ment til.
- I Nedre Eiker er det omvendt.



Noen å snakke med:
Eva Kristine Emblem og
Linda Kubar (t.h) er på
vei til Drammen HFU.

lages en nasjonal oversikt av tilbudet til ungdom.

– Når det blir for mange ungdommer som skal ha tak i samme helsesøster, er det lett for dem å tenke: Hva er vitsen? Tilbudet blir nesten ikke-eksisterende, mener Waldum.

MANGE STREVER. Onsdag ettermiddag. Regnet siler jevnt og trutt gjennom det tunge, grå skydekke. Ungdommene som er kommet til Nedre Eiker HFU, fyller ut et lite skjema om hva de trenger hjelp til.

Mens Drammen HFU har åpent fire timer om dagen mandag til torsdag, har Nedre Eiker HFU åpent to timer én dag uken. Nedre Eiker styrket i fjor helsetjenestetilbudet til ungdom med én helsesøsterstilling. Men det er langt fra nok.

– For vår del kunne vi gjerne hatt fulltidsstillinger her. Det er mer enn nok å gjøre og mange unge kunne trenge et utvidet tilbud, forteller Beth Frenvik Sveen, helsesøster i Nedre Eiker.

Hennes to kollegaer Jorunn Skansen og Sølvi Fossberg-Werner kjenner seg igjen i beskrivelsen. For det er mange ungdommer som strever

«Det er ille at helsesøstertilbudet er så varierende etter hvor i landet du er.»

Kristin Sofie Waldum,
helsesøsterleder, NSF

og som har behov for å snakke. Helsesøstrene i Nedre Eiker skulle gjerne hatt et bedre samtaletilbud til ungdom som sliter psykisk.

– Det er fortsatt mye skam rundt psykiske vansker og å føle at man ikke fikser livet, sier Skansen.

Nedre Eiker HFU har lege til stede, men helsesøstrene skulle gjerne hatt en psykolog eller en psykiatrisk sykepleier for å sikre bedre tverrfaglig samarbeid og oppfølging.

– Det hadde gjort det lettere å møte ungdommen der ungdommen er, og det ville kanskje oppleves mer ufarlig å snakke med en psykolog på helsestasjonen enn å bli henvist, mener Sveen.

LITEN EFFEKT. Regjeringen bevilget 180 millioner kroner i 2014 for å styrke skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, men pengene ble ikke øremerket. Nå er det foreslått en ytterligere bevilgning på 200 millioner for 2015, men det vil fortsatt være opp til kommunene selv å disponere midlene.





16 timer i uken: Drammen helsestasjon med helsesøstrene Lene Sofie Tekfeldt Hansen og Sissel Thon (i rødt), er åpen 4 dager i uken, 4 timer per dag.

→ Waldum er redd satsingen på barn og unge blir lite forpliktende for kommunene så lenge bevilgningene ikke øremerkes. Hun etterlyser et godt system for å følge pengene og hva de går til.

Lisbeth Normann(H), statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, sier at selv om midlene ikke er øremerket, så følger de nøye med på hvor de blir brukt. Dette gjør de blant annet gjennom systematiske rapporteringer og statistikk.

Waldum på sin side mener at statistikken ikke er detaljert nok, og at det ikke bare trengs en oversikt over antall helsesøsterårsverk, men også hvor de er ansatt i kommunen.

– Det har dessuten liten effekt å følge med på hva midlene går til når det ikke får noen konsekvenser for kommunene dersom de ikke bruker pengene på helsetjenester til ungdom, sier lederen for Landsgruppen av helsesøstre NSF.

«Tilreisende ungdom trenger ofte bare en voksen person å snakke med.»

Sissel Thon, sexolog og helsesøster i Drammen

DELTE MENINGER. Helsesøstrene i Nedre Eiker har liten tro på at bevilgningene vil komme ungdommene i kommunen til gode så lenge midlene ikke er øremerket.

– Jeg er pessimistisk. Vi er en liten kommune med dårlig økonomi, og jeg tror nok ikke vi kommer til å se så mye til de pengene, sier helsesøster Skansen.

Bengt Nystrøm, rådmann i Nedre Eiker, sier kommunen har registrert føringene fra regjeringen og utfordringene knyttet til helsetjenestetilbudet til ungdom, og at de tar det på alvor.

– Samtidig er bevilgningene som kommer en del av de frie inntektene, og vi må vurdere hvordan vi skal disponere dem best, sier Nystrøm.

Lederen av Bystyrekomiteen for oppvekst og utdanning i Drammen er derimot svært klar på at hennes kommune har hatt et uttalt mål om at midlene som kommer skal brukes til helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

– Bevilgningene fra regjeringen som skal styrke disse tjenestene, skal vi bruke til å støtte det området, selv om de ikke er øremerket, understreker hun.

Lene Sofie Tekfeldt Hansen, leder ved Drammen HFU, sier at siden saken har vært oppe i Bystyret, så tror de at midlene som er tiltenkt satsingen på helsestasjonen og



2 timer i uken: Jorunn Skansen (t.v), Beth Frenvik Sveen og Sølvi Fossberg-Werner (t.h) på Nedre Eiker helsestasjon tror ikke de ser noe til pengene som er lovet.

skolehelsetjenesten kommer til å gå til det de skal.

SUPPLERENDE TILTAK. Men det tydelige målet om å satse på helsetjenester til ungdom har ikke kommet uten kamp. Det har vært mye diskusjon rundt hvordan Drammen valgte å organisere helsesøstertilbudet til ungdom. På grunn av lite ressurser, ble helsesøster ved videregående skole flyttet til helsestasjonen for ungdom. Opposisjonen i Drammen var sterkt kritisk til denne ordningen.

NSF og Landsgruppen av helsesøstre NSF mener at kommunehelseloven legger opp til at skolehelsetjenesten og helsestasjonstilbudet skal være to supplerende tiltak. De sendte derfor en bekymringsmelding til fylkesmannen i Buskerud. Den er nå til vurdering.

Fra januar 2015 vil helsesøster være tilbake i skolehelsetjenesten ved videregående skole i Drammen, i tillegg til psykolog. Mens

«Vår kommune har dårlig økonomi, og jeg tror ikke vi kommer til å se så mye til de pengene.» Jorunn Skansen, helsesøster i Nedre Eiker kommune

Nedre Eiker HFU har psykolog på ønskelisten, har det ved HFU i Drammen vært psykolog til stede hver mandag fra september i år. Det kan trengs, for Drammen kommune skal dekke behovet til 3 200 elever, samt ungdom som ikke går på skole. De skal alle ha mulighet til å bli møtt der de er og føle seg ivaretatt. Og det er krevende å være ung i dag, bekrefter

helsesøster Sissel Thon.

– Ungdom skal være flinke og prestere hele tiden. De har både sine egne krav og andres krav de skal leve opp til, som kan gi seg utslag i ulike psykiske vansker.

GRUNDIG OG GODT. To av ungdommene ved Drammen HFU er fornøyde med tilbudet i sin kommune, selv om de kunne ønske seg litt lenger åpningstid og at tilbudet om lege ikke bare gjelder mandager.

– Jeg har brukt helsestasjonen i snart fem år, og jeg får svar på det jeg trenger, sier Eva Kristine Emblem (21).

Linda Kubar (18) er enig. Hun begynte å bruke tilbudet i august.

– Jeg synes de som jobber her gjør et veldig grundig arbeid, og jeg får akkurat den hjelpen jeg trenger. De gir meg god informasjon, og de holder legen min oppdatert. ●

Kristin.HornTalga@sykepleien.no



Nedsatt funksjonsevne. Hvem kan bli sykepleier?

Hvem er skikket eller egnet?

Ikke på bekostning av faglige krav

● Tekst **Christina Andersen**

Sykepleieutdanningen prøver på lik linje med andre høyskoleutdanninger å legge til rette for studenter med funksjonsnedsettelse. Men hvor går grensen for tilrettelegging, uten at det går på bekostning av skikkethetskravene?

Temaet ble tatt opp på Nasjonalt forum for skikkethetsvurderingsseminar i Trondheim i oktober. På seminaret ble begrepene skikkethet og egnethet diskutert opp mot hverandre.

SIKKET VS. EGNET. – På møtet diskuterte vi om man kan være skikket med funksjonsnedsettelse. Vi kom frem til at dette er begreper som ikke kan blandes. Det handler i stedet om å være egnet, forteller Toril Forbord, studieveileder og førstelektor ved Sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

– Ved flere utdanninger er det opptak hvor man må passere fysiske krav. Vi diskuterte også om vi ikke må ha større krav til opptak ved sykepleierutdanningen. Det er foreløpig litt uenighet rundt dette, sier Forbord.

FAGLIGE KRAV. Mange er kritiske til at personer med store funksjonsnedsettelse kan ta sykepleierutdanningen. Faget krever visse kunnskaper og ferdigheter.

Samtidig må høyskolene forholde seg til loven.

I universitets- og høyskoleloven, § 4-3, femte ledd står det: «Institusjonen skal, så langt det er mulig og rimelig, legge studiesituasjonen til rette for studenter med særskilte behov. Tilretteleggingen må ikke føre til en reduksjon av de faglige krav som stilles ved det enkelte studium».

– Det handler mer om individuell tilpasning og god individuell vurdering. Man skal selvsagt legge til rette for studenter med funksjonsnedsettelse, men samtidig er det dumt

«Vurder hver enkelt student, og ikke tenk diagnoser.» Hilde Øieren

å utdanne noen som ikke får autorisasjon når de skal ut i jobb. Da er det bedre å veilede dem til noe annet før studiet starter, sier Forbord.

Kari Kildahl er skikkethetsansvarlig ved Høgskolen i Oslo og Akershus og sitter i arbeidsutvalget for Nasjonalt forum for skikkethet.

– Balansegangen mellom tilrettelegging og skikkethet er et spennende spørsmål for oss. Vi er opptatt av at de vi utdanner kan utføre arbeidet sitt. Vi skal tilrettelegge, men det må ikke gå på bekostning av de faglige kravene vi må stille til

alle studenter, sier hun.

TOLK. Foreløpig er det få studenter med behov for særskilt tilrettelegging som søker seg til sykepleieutdanningen. Ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har Forbord bare hatt én student med nedsatt funksjonsevne som har fullført hele studieløpet. Studenten hadde nedsatt hørselssevne, og fikk tilrettelegging i form av tolk og tilpasset praksisplass.

– Studenten var veldig klar over egen funksjonshemming, og brukte også utdanningen som del av en mastergrad. Dette var en veldig dyktig student. Det fungerte i dette tilfellet, men det ville nok ikke gjort det for alle, sier hun.

Også Høgskolen i Oslo og Akershus og høgskolen Diakonova har hatt studenter med behov for tolk. Studieleder for bachelorstudiet ved Diakonova, Hilde Øieren, påpeker at det er viktig å vurdere hver enkelt student og ikke tenke diagnoser.

– Personer med funksjonsnedsettelse har svært ulike behov for tilrettelegging og eventuell bruk av personlig assistent og tolk. Samtidig må vi ta hensyn til pasientene når studentene møter disse i praksisstudiene, og det er ofte her man møter de største utfordringene rundt denne problemstillingen, sier hun. ●

Christina.Andersen@sykepleien.no

Fakta ●●●●

Skikkethet

Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning trådte i kraft 1. august 2006, og omfatter 26 helse-, lærer- og sosialarbeiderutdanninger i Norge.

Skikkethetsvurdering er en ordning som skal sørge for at personer som skal ha arbeid innenfor enkelte yrker skal være skikket til den jobben de er utdannet til. Det vil si at i tillegg til å ha den faglige kunnskapen, skal de også være personlig egnet til å utføre jobben.

Løpende skikkethetsvurdering av alle studenter skal foregå gjennom hele studiet og skal inngå i en helhetsvurdering av studentenes faglige og personlige forutsetninger for å kunne fungere som lærer eller som helse- eller sosialpersonell.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 13 | 2014

Fagartikler – Etikk – Intervju



Elever fra videregående skole fikk god kontakt med de eldre som deltok i livsgledeprosjektet.

Nytt syn på eldre

Valgte helsefag. Flere elever ved videregående skole søkte helsefag etter livsglede for eldre-prosjekt. **57**



Fagartikkel.

Rapport fra dansk samhandling. **46**



«Det fins liten kunnskap om hvilke faktorer menneskene i sykehuset mener er viktige for kvalitet og sikkerhet.»

Christine Raaen Tvedt. **54**



Etikk. Snoking i journalene. **60**



VELLYKKET, MEN KREVENDE REFORM

Eksempelet Hjørring. Hva kan norske kommuner lære av Danmarks erfaringer med samhandlingsreform?

EVALUERINGSSTUDIE

Artikkelen bygger på

50% praksis

50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0161



Hans Knut Otterstad,
lege og helse-
tjenesteforsker

Kommunalreformen i Danmark fra 2007 har stått modell for den norske «Samhandlingsreformen» fra 2012, men den danske omfatter mer: hele forvaltnings- og tjenesteområdet på fylkes- og kommunenivå. Et viktig element var at kommunenes innbyggertall skulle ha en minimumsstørrelse; minst 20.000 innbyggere. Argumentet for dette var at reformen påla kommunene flere og større oppgaver. For å klare dette måtte forvaltning og tjenesteproduksjon styrkes med større kompetanse i alle ledd og få mer robuste fagmiljøer. Antall kommuner ble derfor redusert fra 271 til 96.

EVALUERING. Etter seks års «prøvetid» har en statlig ekspertgruppe foretatt en omfattende evaluering av erfaringene i Danmark (1). Evalueringen bør ha betydelig interesse i Norge, siden vi delvis har kopiert reformen for sykehusdrift og kommunehelsetjenester.

Rapporten ser på de nasjonale endringene. For å få en bedre innsikt i hvorledes utviklingen har vært på kommunenivå, besøkte jeg en ny «storkommune»; Hjørring på Nord-Jylland. Det er vennskapskommunen til Kristiansand, og ligger en kort båtreise fra norskekysten. Før reformen hadde den 33.000 innbyggere. I 2007 ble

den slått sammen med fire mindre nabokommuner, og «Nye Hjørring» kommune har i dag nesten 66.000 innbyggere. Jeg ønsket å få svar på fire spørsmål:

- Har modellen virket?
- Hvordan har reformen påvirket driften av kommunehelsetjenesten?
- Hva er erfaringen med en storkommune i forhold til helsetjenestene i de mindre kommunene som ble slått sammen?
- Kan vi lære av de danske erfaringene?

INSENTIVER. Sentralt i reformen er introduksjonen av økonomiske insentiver for å effektivisere og økonomisere behandlingsskjeden i helsevesenet; «mer helse for hver krone». Dette er mest kritisk i eldreomsorgen der sykehus og førstelinjetjenesten må samarbeide om felles pasienter med langvarige og krevende behov. Ønsket om en mer «sømløs» tjenesteproduksjon har blitt særlig tydelig og påkrevet på grunn av «eldrebølgen» som medfører et betydelig press på knappe ressurser. I begge land har dette manifestert seg gjennom økende og til dels problematiske kødannelser i sykehusene. Dette skyldes blant annet at kommunene ikke i samme grad som tidligere har maktet å ta imot de «utskrivingsklare pasientene».

ELDREBØLGE. Samtidig har danskene sett at eldrebølgen gir en sterk økning av forekomsten av kroniske sykdommer og pasienter med langvarige pleiebehov, noe som krever en systematisk og omfattende samhandling mellom de to behandlingsnivåene. Her er tanken om kommuners medfinansiering av sykehusdriften grunnleggende. Dette er basert på en rettferdighetstankegang: de kommunene som bygger ut sitt eget behandlingsapparat, slik at flere pasienter kan behandles uten sykehusinnleggelse, skal premieres gjennom lavere medfinansieringsbidrag til sykehusdrift. Motsatt skal de kommuner som unnlater dette straffes økonomisk.

KOSTNADSDELING. Metoden er kostnadsdeling: sykehusdrift skal finansieres gjennom et spleiselag; 70 prosent dekkes ved statlig overføring, mens rundt 20 prosent skal komme fra pasientens hjemkommune, såkalt «medfinansiering». Resten skal finansieres på andre måter, men ikke ved direkte pasientbetaling siden helsetjenester i Danmark er gratis. Kommunenes medfinansiering har tre ledd: 1. Betaling for innleggelser og lengden på liggetid, 2. Avgift for poliklinisk spesialistbehandling, og 3. Betaling for «utskrivingsklare» pasienter per overliggedøgn, men ikke fra første dag slik som i Norge.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Etter seks år i Danmark med en samhandlingsreform som blant annet inkluderer drastiske kommunesammenslåinger, melder sentrale myndigheter at resultatene er gode, mens kommunene opplever betydelig økonomiske utfordringer. Disse møtes med faglig nytenkning i hjemmesykepleien, blant annet i form av opprettelse av «hjemmesykepleieklinikker», og økt satsing på aktiv rehabilitering.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Samhandling
- Internasjonal helse
- Kommunehelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste



Hjemme: Målet med den danske samhandlingsreformen er at pasienten skal trene opp egenomsorgen og bli boende i egen bolig, og dermed få mindre behov for langtidsbehandling i institusjon. Arkivfoto: Stig M. Weston

ROBUST. Evalueringen på mer enn 500 sider er meget omfattende. Jeg tar her kun med den delen som gjelder «Sundhetsområdet».

Den overordnede vurderingen er at reformen har resultert i en mer robust offentlig sektor, som er blitt bedre rustet til å møte de kommende års utfordringer. Årsaken er en større faglig og økonomisk bærekraft. Det er påvist en «styrkelse av den økonomiske styringen i kommuner og regioner», muliggjort gjennom mer «overordnet styring».

Men evalueringen av reformen har også påvist svakheter, og kommer med en viktig konklusjon: Man bør overveie å innføre en mer forløpsbasert avregning for eldre og kronisk syke

pasienter. Dagens stykkprisfinansiering er basert på betaling for antall behandlingskontakter, innleggelser og DRG-diagnoser, uten å se på om behandlingsforløpet over tid var hensiktsmessig i forhold til utgiftsnivået.

Utvalget som evaluerte anbefaler dessuten nye obligatoriske innsatsområder: Forbedringer av helse-IT, mer pasientrettet forebygging og bedre kronikeromsorg.

HJØRRING. Demografi vil være en viktig faktor fram mot 2050, og vil fastsette rammebetingelsene for helse og eldreomsorg i Hjørring de nærmeste årene. To trender virker negativt inn, selv etter at Hjørring ble en storkommune: Folketallet

«Reformen har resultert i en mer robust offentlig sektor.»

synker nå med cirka 400 innbyggere per år. Det er de unge som flytter ut, hovedsakelig på grunn av utdanning, jobb og ønsket om å bo i storbyer. Ikke langt vekk ligger Ålborg med 130 000 innbyggere og virker som en lokal magnet. Med eldrebølgen øker antallet og andelen eldre, noe som betyr økte behov for helsetjenester og pleie. Konsekvensen er større utgifter til lokale

helsetjenester og til medfinansiering av sykehusdrift. Demografien gir dermed betydelige budsjettutfordringer for helse- og eldretjenestene i Hjørring. Med uendret folketall og befolknings sammensetning vil budsjettet øke med cirka 4 prosent i perioden 2012–16 på grunn av kostnadsutviklingen i samfunnet, men med den eksisterende demografiske utvikling vil økningen bli på 11 prosent om tilbudene skal opprettholdes på dagens nivå.

Men folketallet og alderssammensetningen endres først og fremst i utkanten av kommunen, det vil si i de mindre kommunene som nå er slått sammen i en kommune.





Konklusjonen er derfor at dagens «storkommune» er mer robust i forhold til avfolkning og forgubbing enn hva de små kommunene i utkanten ville vært hver for seg.

STØRRE KOMMUNER. Erfaringene viser at små kommuner har problemer med rekruttering av fagfolk på grunn av små og til dels manglende faglige miljøer. Dette vil særlig merkes for tjenester med få utføvere, som for eksempel ergoterapi og til dels fysioterapi, og i virksomheter med døgnkontinuerlig drift og turnusordninger. Derfor er større enheter som kan ansette flere fagfolk et viktig virkemiddel for bedre rekruttering.

På spørsmålet om hva som er dagens oppfatning hos fagfolk, administratorer og politikere i de mindre kommunene som ble slått sammen, svarer lederen av avdelingen for helse og eldre: «Det er min opplevelse, at langt de fleste både fagfolk og administratorer finner, at kommunens faglige insatser har fått en høyere kvalitet. Dette skyldes først og fremmest, at vores fagfolk har kunnet spesialisere sin faglige viden, og at der er opnået større og sterkere faglige miljøer.

De, der har haft sværest ved at tilvænne sig de større kommuner, er nok det politiske niveau. Vores politikere oplever, at deres sagsmængder er blevet større og mere «akademiske» og de udtrykker også, at de er kommet langt væk fra borgerne. Så det er en klar opgave for administrationen i de kommende år, at sikre at de lokale politikere føler at de bliver betjent på en måde, som giver dem overblik og tilstrækkelig indsigt».

REGNSKAP. Sammen med ti andre kommuner i Nord-Jyllandregionen medfinansierer Hjørring kommune sykehusdriften i regionen. I Hjørring ligger et stort regionsykehus, Vendsyssel hospital, noe som bidrar til et relativt høyt sykehusforbruk for Hjørring kommune på grunn av korte avstander. Man fører et løpende regnskap over kommunenes medfinansiering, og

Hjørring ligger nest høyest av kommunene i regionen når det gjelder bruken av somatisk sykehusbehandling. Dessuten har trenden vært økende i perioden 2008–2010. I siste regnskapsår brukte Hjørring 1612 kroner per innbygger per år til medfinansiering av sykehusbehandling, noe som var 19 prosent høyere per innbygger enn i den «billigste» kommunen i regionen. Regnestykket viser at Hjørrings merutgift ble 17 millioner kroner på årsbasis.

Årsaken til denne «ekstrakostnaden» er tredelt: 1. Demografisk; det er en stor andel eldre i Hjørring, 2. Nærheten til et stort sykehus, og 3. Fastlegenes profil for sykehusinnleggelser. Alle disse faktorene ligger utenfor kommunens kontroll og bidrar til manglende budsjettstyring og er kostnadsdrivende.

KONKLUSJON. På den annen side har Hjørring kontroll på mottaket av «utskrivingsklare pasienter» siden dette kan styres ved å ha ledig og god nok kapasitet i kommunens eget behandlingsapparat. Disse pasientene blir dermed raskt utskrevet. Reformen har medført en effektivisering av sykehusdrift ved at «utskrivingsklare pasienter» ikke lenger ligger i en «intern utskrivingskø» i sykehusene.

Medfinansieringen av sykehusdriften tynger Hjørring kommune, men ikke gjennom betaling for overliggedager. Erfaringen er så langt negativ for de kommunene som har høyt forbruk av sykehusinnleggelser og sykehuspoliklinikkene. Dette styres av legene, mens kommunene ikke har kontroll.

Danske kommuner har trange helsebudsjetter, og som denne beskrivelsen forteller har medfinansieringssystemet bidratt til økte krav til økonomisering og effektiv drift av kommunehelsetjenesten. Samtidig har innbyggernes forventninger og krav snarere økt.

PÅ KORT SIKT. To eksempler som illustrerer hvorledes kommunen har tatt grep:

1. Målretting av den daglige pasientbehandling

Situasjonen krever tiltak som gir rask effekt fordi det i dag ikke finnes ledig behandlingsskapasitet, og løsningen må derfor både være tiltak som er kostnadseffektive og virker raskt. Stikkord: Aktiv, målrettet behandling og rask oppfølging av pasienter som skrives ut av sykehuset eller som vurderes som kandidater for sykehusinnleggelse. Målet er at pasienten skal trene opp egenomsorgen og bli boende i egen bolig, dermed får de mindre behov for langtidsbehandling i institusjon. I forhold til tidligere skal man ikke gi passiv pleie som bidrar til mer avhengighet av kommunal hjelp.

Dette er et behandlingsopplegg som stiller større krav til pasienten og også til pårørende. Opptrening, bevisstgjøring og pasientopplæring er nøkkelord. Forutsetningen er et personale som forholder seg til ved-

tatte mål for behandlingen og som kan fungere tverrfaglig og lojalt. Kommunen kan vise til at denne arbeidsformen fører fram. Statistikk viser at tidsbruken per pasient i hjemmet har blitt redusert over tid, uten at dette skyldes mindre ADL-svikt eller reduserte behov. Endringen i tidsbruk er derfor et mål på at gjennomsnittspasientens egenomsorg har blitt bedre. Kommunens gevinst er at personalet kan behandle flere pasienter per tidsenhet enn tidligere.

Med effektive hjemmetjenester minsker presset på institusjonsplassene slik at mottakskapasiteten for «utskrivingsklare» sykehuspasienter opprettholdes og kommunen dermed ikke økte medfinansieringsutgifter for denne pasientgruppen.

2. Nytenkning i hjemmesykepleien.

I Hjørring er det blitt opprettet ti sykepleieklubber og målet er at 25 prosent av pasientene i hjemmesykepleien skal få sin behandling der. Dette er faglig sett en bedre arbeidsplass for sykepleierne, spesielt ved

«Erfaringene viser at små kommuner har problemer med rekruttering av fagfolk.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



sårbehandling og medisiner, og det bryter ofte isolasjonstendens og manglende mobilitet for en del pasienter. Tilbudet gir store hygieniske og arbeidsmessige fordeler. Sykepleierne bruker en betydelig mindre del av arbeidstiden til transport, og oppmøtet for hver enkelt pasient kan styres bedre. Interessant nok er det en arbeidsform som primærlegene har innført for mange år siden: I dag skjer nesten alle pasientkontakter på legens kontor eller i legevaktlokaler, mens sykebesøk er sjeldne. Pasienten fraktes til eller oppsøker legen i et faglig innredet kontor med gode arbeidsforhold. Erfaringen er gode og tjenesteproduksjonen går i den rette retning.

PÅ LANG SIKT. For å redusere behovet for sykehusinnleggelser har et av tiltakene vært å øke tilbudet av forebygging og rehabilitering. For forebygging har kommunen opprettet stillinger som koordinatører og instruktører. Tradisjonelt handler dette om mosjonsgrupper, opplæring i røykeslutt og så videre. Imidlertid er både fagfolk og politikere enige om at dette ikke vil bremse dagens nivå av innleggelser i sykehus i særlig grad. Virkningen vil trolig først komme om noen år, derfor er denne type forebyggende arbeid ikke noen stor post på helsebudsjettet, og effekten blir heller ikke særlig merkbar på dagens forbruksmønster.

Når det gjelder aktiv rehabilitering ligger Danmark fortsatt flere divisjoner foran de fleste norske kommuner, som vanligvis har fokus på mer passiv pleie. Danskene kan dokumentere at aktiv behandling gir bedre resultater og faglig sett er dette en bedre vei å gå (2).

DISKUSJON. Siden forvaltning og tjenesteproduksjon i Danmark og Norge er sammenliknbare, er det svært interessant å se på de danske erfaringene fra helsetjenester og eldreomsorg. I Norge har vi tidligere kopiert den danske fastlegeordningen, noe som regnes som meget vellykket. Og dansk eldreomsorg har vært en

inspirasjonskilde for norske fagfolk helt siden 1980-tallet, med studiebesøk og faglige innspill.

Vår samhandlingsreform er delvis konstruert etter den danske modellen fra 2007. Dermed er det naturlig å spørre om hvilke erfaringer som er høstet og om den virker. Som denne oversikten viser er erfaringene overveiende positive både fra sentralt og lokalt hold i Danmark. Men realitetene er krevende. Modellen er basert på økonomiske styringsredskaper, mens det faglige kommer mer i annen rekke. Dette betyr at økonomer og administratører kommer i førersetet, mens den helsefaglige styringen vil fungere mer som et supplement og et sikkerhetsnett. Spørsmålet er om det er slik vi ønsker å ha det i Norge?

Imidlertid er det viktig å være klar over at dette skjer i en tid hvor eldrebølgen om ikke lenge, det vil si i perioden 2020–2050, vil øke behovene for tjenester for eldre i norske kommuner på en dramatisk måte, både når det gjelder økonomi og behovet for flere helsearbeidere. Dermed vil et av hovedmålene til disse reformene være å redde finansieringen av den nordiske velferdsstaten. Det er derfor viktig å se til danske erfaringer siden helsetjenesten i dette landet har lenge erfaringer med en reform som vil prege helsetjenestetilbudet i Norge i mange år framover. ●

REFERANSER:

1. Evaluering af kommunalreformen. Mars 2013. Økonomi og Indenrigsministeriet. København, s. 247. Elektronisk utgave på www.oim.dk
2. Otterstad HK. Dansk samhandling. «Sykepleien» nr. 12, 2013.

Den nye modellen gir mer rettferdighet

● Tekst **Ellen Morland**

GERIATRI: Samhandlingen mellom sykepleierledere og bestiller- og utførereneheten er tema i Geriatriisk Sykepleie (bildet), som kommer sammen med Sykepleien til medlemmer av faggruppen. I en fagartikkel belyses hvordan sykepleieledere opplever samhandlingen med bestiller- og utførereneheten. 22 sykepleieledere i sykehjem og hjemmesykepleie har blitt intervjuet.

Undersøkelsen tyder på at sykepleielederne opplever tildelingsprosessen som mer effektivt og rettferdig enn hva som var tidligere. Resultatene tyder på at langtidsplasser i sykehjem mindre grad blir brukt nå enn før. Flere korttidsplasser kan ha både positiv og negative følger

for pasientene. Flere som ønsker det kan bo hjemme lenger enn tidligere, mens de som føler seg engstelige i mindre grad får oppfylt ønsket om fast sykehjemsplass.

Når behovene til pasienten endres, opplever noen av sykepleielederne at det er vanskelig å bli hørt hos tildelingsenheten. Andre har motsatt erfaring.

Samhandlingen og felles forståelse mellom fastlegene, sykepleielederne og tildelingsenheten kunne også vært bedre, viser undersøkelsen. ●



Lærer robotkirurgi

I Danmark læres sykepleiere opp i robotkirurgi. Der assisteres legen av en sykepleier i stedet for av en annen lege. Sykepleiernes faglighet blir drept mer over mot det kirurgiske.

Norske og amerikanske sykepleiere har vært på opplæring i Aalborg.

Kilde: Dagens Medisin

Vant Eurekapris

Ida Kristine Heggen og Oanh Duong, ferdig utdannete sykepleiere fra Høgskolen i Gjøvik, vant sammen med to andre medstudenter pris for beste bacheloroppgave. De skrev om kommunikasjon og samhandling. Eurekaprisen deles hvert år ut av høyskolen til svært gode studentprosjekter.

Kilde: hadeland.no



HJELP VED SELVMORDSFARE

DOI - NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0162

Psykisk helse. Vi må tørre å snakke om døden med pasientene våre.



Gry Bruland
Vråle,
psykiatrisk
sykepleier,
Førstelektor,
Diakonhjemmet
Høgskole

Hvordan kan vi hjelpe mennesker som planlegger eller har forsøkt å ta selvmord? Svaret på spørsmålet ligger trolig både hos den som vurderer selvmord og hos helsepersonell.

I MEDIA. Aftenposten trykker en kronikk om selvmord 19. mai 2014 (1) med overskriften «Hvordan kunne han dø inne på psykoavdelingen på Norges største sykehus?» Dette spørsmålet ble stilt av en mor og en far, som mistet sin sønn i selvmord mens han var innlagt på en psykiatrisk akuttavdeling. To dager senere blir temaet tatt opp på nytt i Aftenposten. Nå vises det til en studie (2) av psykiatrisk sykepleier og førstelektor May Vatne. Studien bygger på erfaringer hos mennesker som har overlevd selvmordsforsøk. Den konkluderer med at møtet med helsepersonell ikke ga dem nødvendig hjelp i kampen for å fortsette livet. Studien antyder også at helsepersonell kan ha forsterket smerten og redusert håpet om et bedre liv hos dem som vurderer selvmord. Dette har jeg også selv hørt pasienter fortelle om. Er kvaliteten, både på systemer og i de menneskelige møtene, så mangelfulle som innleggene i Aftenposten antyder? I så fall har vi som arbeider innenfor dette feltet, krevende arbeidsoppgaver å ta fatt på. Det gjelder:

- Forvaltning av ledelses- og administrative oppgaver knyttet til gode og tydelige kvalitetssystemer som er i tråd med gjeldende retningslinjer
 - Undervisnings- og veiledningsoppgaver knyttet til strukturelle kvalitetskrav
 - Undervisnings- og veiledningsoppgaver knyttet til utvikling av god relasjons- og samarbeidskompetanse hos personalet.
 - At hver og en av oss som møter pasienter i selvmordsfare stadig utvikler vår faglige og etiske kompetanse.
- Vatne (2) viser til holdninger og tiltak som kan gjøre møtene mellom helsepersonell og personer i selvmordsfare bedre. Det kan være:
- At personer etter et selvmordsforsøk erfarer åpenhet og tillit i møte med helsepersonell
 - At man snakker om selvmordsforsøket
 - Et likeverdig møte der pasienten ikke ydmykes eller krenkes, men blir møtt med respekt

Å FORSTÅ. Min erfare er at mennesker som tenker på selvmord, har selvmordsplaner eller har forsøkt å ta selvmord, trenger mennesker, for eksempel helsepersonell. Disse må være modige og tørre å snakke om død og liv sammen med pasienten. Det innebærer at vi som arbeider med selvmordsforebygging prøver

å forstå noe av det som er pasientens eksistensielle smerte. Vi må søke å forstå, og relatere dette til den verden pasienten lever i og relaterer seg til, enten det er en psykiatrisk akuttavdeling eller i samfunnet for øvrig. Det er nødvendig at vi som helsepersonell ser mennesket bak pasienten, og at vi ser ut over avdelingens grenser når vi forsøker å forstå og hjelpe pasienter som er innlagt i en psykiatrisk akuttavdeling.

TILPASNING. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging innenfor psykisk helsevern (3) gir generelle beskrivelser av vurdering og behandling ved selvmordsrisiko. I møte med den enkelte pasient er dette ett av flere grunnlag vi anvender for å vurdere selvmordsfare og for å iverksette nødvendige tiltak. God omsorg for og behandling av mennesker i selvmordsfare krever imidlertid også individuell tilpassning. Her kreves det kompetente helsearbeidere som bruker erfaringsbasert kunnskap og klinisk skjønn i et klokt og kritisk forhold til generelle retningslinjer og evidensbasert teori. Det er for optimistisk å tro at retningslinjer alene kan sørge for god omsorg til selvmordsnære mennesker. Det er i samtaler med pasienter om deres liv, med deres personlige utfordringer og smerte ved det å leve, at selvmord som mulig løsning dukker opp. Det er i

«Noen mennesker opplever tanker de ikke har herredømme over.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Svik: Når et menneske dør i selvmord kan helsepersonell oppleve at de har sviktet både som medmennesker eller som hjelpere. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

pasientens liv og livsbetingelser vi også kan medvirke som hjelpere.

LIVSTEMAER. Noe av den smerten selvmordsnære mennesker kan oppleve, kan knyttes til det den amerikanske selvmordsforskeren Edwin Shneidman (4) omtaler som en psykologisk krise. Det kan være:

- Det å bli avvist i kjærlighet, og ikke være akseptert
- Det å miste kontrollen over livet og opplevelse av sterk hjelpeløshet og frustrasjon
- Det å oppleve skam, nederlag, ydmykelse eller vanære slik at vårt selvbilde trues
- Det å oppleve sorg og kjenne seg

forlatt ved dødsfall og når nære relasjoner ødelegges

Dette er eksempler på livstemaer og behov som kan medvirke til det å velge selvmord. Det er også eksempler på helt normale livstemaer og behov som vi alle trenger å jobbe med og få dekket i livene våre. Det er i forkant av selvmordet at vi som helsearbeidere må medvirke til at mennesker blir møtt på slike temaer og behov. Etterpå er det for seint. Noen mennesker er tause om sine livsproblemer. Kanskje fordi de aldri lærte å snakke om dem gjennom sin oppvekst eller har blitt skuffet og gitt opp. Noen mennesker opplever tanker de ikke har herredømme

over, som kan lede til selvmord. Uansett må vi som helsearbeidere tørre å invitere til samtaler om hvordan eksistensiell smerte, tilhørighet, samhandling og mening påvirker livsbetingelser for mennesker med psykiske helseproblemer.

FOREBYGGING. Karsten Hytten (5) hevder at selv om vi aldri kan være sikre, verken i våre vurderinger eller våre intervensjoner, så redde mange liv ved at mennesker får hjelp innenfor psykisk helsevern. Det er altså slik at selv om vi vet noe om hva som kan være selvmordsforebyggende, så lar selvmordsforebyggende arbeid seg ikke så lett måle.

Hjelmeland, Hagen og Knizek (6) understreker betydningen av et kommunikativt perspektiv i selvmordsforebyggende arbeid. De sier: «Tilhørighet og samhandling i en gitt kontekst er en avgjørende forståelsesbakgrunn for å forstå hvilken mening suicidaliteten har for den enkelte, noe som igjen er viktig for å kunne utvikle og tilby adekvat hjelp». Et slikt perspektiv bør etter min vurdering utvikles så vel i praksis, undervisning, forskning og fagutvikling i psykisk helsearbeid og psykoterapeutisk arbeid. Det kan trolig hjelpe oss å forstå hvordan eksistensielle temaer og hverdagstemaer trigger menneskers helse, slik at selvmord blir en løsning på livets utfordringer.

RINGVIRKNINGER. Noen ganger kan vi, kanskje nettopp ut fra et eksistensielt perspektiv, forstå at smerten ble for stor og livet ble for vanskelig. Det kan kanskje være en lindring i å tenke slik, selv om vi som helsearbeidere alltid vil vurdere et selvmord som ett for mye. Når et liv går tapt i selvmord kan det kjennes som om vi sviktet den døde og familien rundt, at vi ikke har lyktes verken som medmennesker eller som hjelpere. Et selvmord har ringvirkninger og kan føre til smerte for både pårørende og helsepersonell som har vært involvert i behandlingen (7).

Mennesker som selv er eller har vært selvmordsnære er trolig de som kan gi oss best svar på hva som kan være til hjelp i en selvmordskrise. Jeg mener det er viktig at vi som helsearbeidere og forskere engasjerer oss i å forstå, både hva som får mennesker til å leve, og hva som gjør at døden noen ganger blir et valg. ●

REFERANSER:

1. Aftenposten morgendag 19 mai 2014
2. Aftenposten morgendag 21 mai 2014
3. Sosial og helsedirektoratet. 2008. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern.
4. Shneidman, E. 1993. Suicide and psychache. A clinical approach to selfdestructive behaviour. Northvale: Janson Aronson.
5. Karsten Hytten. Aftenposten morgendag 20 juni 2014.
6. Hjelmeland, H., Hagen, J., Knizek, B.L. (publisert på nett. 20. juni 2014). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt? Kommentar og debatt. Tidsskrift for Den norske legeforening
7. Vråle, G.B. 2014. Bekymringer som blir bekreftet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 1:3-12.

En helt ny leseopplevelse

LES SYKEPLEIEN
UANSETT HVOR
DU ER!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bilde-serier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

Last ned appen i dag!
GRATIS for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no.



Sykepleien



Bodil Bakkan Nielsen

Lærer ungdom å småsnakke

Portalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Renate Knutsen**

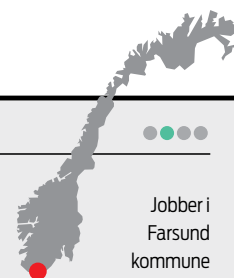
Fakta

Bodil Bakkan Nielsen

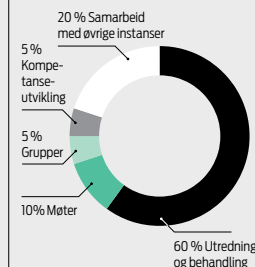
56 år

CV

1982: Utd. sykepleier
1982–1992: Jobbet i Innherred og på Åsgård
1989: Psyk. sykepleier
1992–2014: Jobbet i Farsund kommune og Sørlandet sykehus med psykisk helsevern.



Når jeg jobber driver jeg med ...



Mitt arbeid består i å utrede og behandle barn og ungdom for psykiske problemer. Jeg har blant annet tatt initiativ til et nytt tilbud som jeg har kalt small talk-gruppe, og jeg er leder for flere ungdomstilbud, som kick off- og SMIL-grupper. Sistnevnte er et lærings- og mestringstilbud for barn og unge som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer.

Tilbudene retter seg mot ungdom mellom 13 og 18 år. Small talk-gruppen handler om å trene seg på å småsnakke. Mange ungdommer sliter med å etablere vennskap, og med overgangen fra et miljø eller en skole til et annet. I tillegg har flere sosial angst eller er deprimerede. Tilbudet er også tenkt rusforebyggende. Det er et lavterskeltilbud, slik at ungdommene bare kan ta kontakt og møte opp. Samlingene varer i halvannen time annenhver uke, og gruppene består som regel av fire til åtte personer. Vi snakker om kroppsspråk; hvordan viser du med øyekontakt eller et smil at du er interessert? Hvordan innleder du en samtale? Hvilke signaler sender vi ut, og hvordan kan vi trene på disse? I tillegg har vi rollespill, og ungdommene gjør øvelser på tomannshånd. Flere har meldt tilbake at de er blitt mindre engstelige, for eksempel for å rekke opp hånden og snakke høyt i timene. Vi har jobbet med å lytte og stille spørsmål med utgangspunkt i nøkkelord, som for eksempel musikk og trening. Vi har også vært inne på temaer man ikke skal snakke om, for eksempel fotball, til dem som ikke er interessert i det. Alle gruppene får tilbud om en leir med mening; en uke på kick off-leir. Det er fint å se utviklingen fra første dag, hvor mange ikke tør å snakke og bare vil hjem, til siste dag med «åpen scene» der ungdommene opptrer med dikt og sang.

Jeg lærer mye av ungdommene jeg jobber med, men jeg får også mitt pass påskrevet! Mange ungdommer har store utfordringer i livet sitt. Likevel reiser de seg. Jeg er imponert over hvilket potensial de har og hva de greier med litt støtte. En bakside ved jobben er alt som skal dokumenteres; tidspresset er stort og dette går utover jobben. •

susanne.dietrichson@sykepleien.no



På leir: Bodil Bakkan Nielsen (nederst til venstre) må tåle å få sitt pass påskrevet på jobb. Foto: Privat



Christine Raaen Tvedt

– Flere overlever med riktig bemanning

• Tekst og foto **Nina Hernæs**

Bemanning. Det er ikke nødvendigvis antallet, men organiseringen som er viktig.

Sykehus skal helst gjøre pasienter friske. Men de siste tiårene er det blitt mer og mer oppmerksomhet rundt at pasienter kan bli skadet på sykehus. Pasientenes egne, komplekse helsetilstand gjør dem sårbare for komplikasjoner, men de kan også være utsatt for feil eller mangelfull behandling.

KULTUR. – Det er iverksatt mange tiltak, men varige endringer lar vente på seg, sier Christine Raaen Tvedt, førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole i Oslo.

Hun har nettopp disputert med en avhandling om kvalitet og sikkerhet i sykehus.

– Det er indikasjoner på at problemet kan ligge i organisasjonen, og at det er viktig med kunnskap om disse så organisasjonen kan tilpasses for å skape varige endringer.

UFORUTSIGBART. Hun sammenlikner sykehuset med et urverk. Akkurat som en klokke er et sykehus avhengig av at hver enkelt del er helt riktig sammensatt for å fungere perfekt. Men i motsetning til et urverk, som drives helt maskinelt, må sykehuset ta høyde for uforutsigbarhet.

– Sykehusene drives i stor grad av

menneskene og samspillet mellom dem, sier Tvedt.

– Men det fins liten kunnskap om hvilke faktorer menneskene i sykehuset mener er viktige for kvalitet og sikkerhet.

OBJEKTIVT. Derfor brukte Tvedt svar fra nesten 4 000 sykepleiere i direkte pasientarbeid, og fant fire faktorer som var viktige for hvordan de vurderte kvalitet og sikkerhet. Faktorene var:

- Pasientsikkerhetsledelse
- Adekvat bemanning
- Forholdet mellom leger og sykepleiere
- Bruk av kvalitetssystemer

Spørsmålet var om disse faktorene korresponderte med mer objektive mål for kvalitet og sikkerhet. Så Tvedt undersøkte sammenhengen mellom dem og postoperative sårinfeksjoner og 30 dagers overlevelse.

KOMPETANSE. Sykepleiernes oppfatning av bemanning hadde sammenheng med 30 dagers

«Sykehusene drives i stor grad av menneskene og samspillet mellom dem.»

overlevelse og forekomst av postoperative sårinfeksjoner. På sykehus der sykepleierne oppfattet bemanningen som adekvat, var det færre slike infeksjoner og høyere 30 dagers overlevelse.

– Tall for den faktiske bemanningen slo ikke ut på vurdert kvalitet og sikkerhet etter 30 dagers overlevelse, sier hun.

Studier fra utlandet har vist at antall personer på jobb påvirker sikkerhet og kvalitet. At hun ikke fant tilsvarende, tror Tvedt skyldes at norsk helsevesen har bedre bemanning enn mange andre land, og at andre forhold blir viktigere når en viss terskel for bemanning er nådd.

– Det at bemanningen oppfattes som adekvat er satt i sammenheng med forhold som tverrfaglig samarbeid, erfarne kolleger, tilgang på støttepersonell og mulighet for å diskutere faglige spørsmål, påpeker hun.

– Det handler antakelig i større grad om hvordan personell og ressurser er fordelt, enn hvor mange pasienter den enkelte sykepleier er ansvarlig for. For å si det litt klisjeaktig: At rett person er på rett sted til rett tid.

At hun påviste en sammenheng mellom adekvat bemanning og kvalitet og sikkerhet, var ingen stor overraskelse.

– Men jeg ble litt overrasket over at det slo ut i et såpass lite materiale.

I doktorgradsarbeidet sammenliknet Tvedt 35 sykehus.

OVERRASKET. Forskningen ga også noen uventete resultater. Når det gjaldt pasientsikkerhetsledelse og bruk av kvalitetssystemer, var det en negativ sammenheng med noen kvalitetsmål. Tvedt sier det overrasket henne, men understreker at sykehus er komplekse organisasjoner.

Hun fant heller ikke at forholdet mellom leger og sykepleiere påvirket objektive mål for kvalitet og sikkerhet. Det synes hun er litt rart.



Forsket: Christine Raanen Tvedt har sett på hva sykepleiere mener er viktig for å vurdere kvalitet og sikkerhet.

– Men spørsmålene til sykepleierne gikk ikke på samarbeid, men på relasjon. I Norge er det generelt god relasjon mellom sykepleiere og leger.

PRAKSIS. Tvedt sier det er veldig viktig å forske videre på sammenhengen mellom organisatoriske forhold og pasientsikkerhet.

I sitt arbeid har hun blant annet brukt norske data fra RN4CAST, en stor europeisk studie som omfatter 12 land, og der er bare sykepleiere spurt. Det mener hun er en begrensning ved

«I Norge er det generelt god relasjon mellom sykepleiere og leger.»

arbeidet hun har gjort, og at i fremtidige studier bør også andre yrkesgrupper involveres.

Spørreskjemaet som ble brukt i RN4CAST er heller ikke utfyllende for å beskrive en

organisasjon. Det er utviklet for å kartlegge sykepleieres arbeidsvilkår, og Tvedt kan ikke utelukke at man kunne fått andre svar ved å stille andre spørsmål.

– Hvilke følger bør funnene dine få i praksis?

– Vi må se nærmere på hva sykepleieres oppfatning av bemanning betyr. Det vil si, ledere og sykepleiere som er i prosessene må se nærmere på det, slik at de mest hensiktsmessige måtene å fordele personell og ressurser på kan identifiseres. ●

nina.hernes@sykepleien.no



ENDRET HOLDNINGER TIL ELDRE

Utdanning. Etter livsglede for eldre-prosjektet søkte flere elever seg til helsearbeiderfag.

MASTEROPPGAVE

Artikkelen bygger på

50% praksis

50% teori



DOI - NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0163



Vigdis Haugan,
sykepleier, lektor,
Thor Heyerdahl
videregående
skole, Avdeling
for helse- og
oppvekstfag

Frafall fra videregående skole har de siste årene blitt mye omtalt i media, og det synes å være bred enighet både politisk og innen ulike fagmiljøer om verdien av å forebygge at ungdom dropper ut av videregående skole.

DROPPER UT. Ifølge Ottawacharteret (2) er utdanning en av de grunnleggende forutsetningene for helse. Det å gjøre folk i stand til å lære seg å møte alle livets faser og takle kronisk sykdom og skader er essensielt i praktisk helsefremmende arbeid. I dag brukes det store administrative, økonomiske og faglige ressurser på tilrettelegging og oppfølging av elever som av ulike årsaker er i fare for å droppe ut av skolen. Likevel er det bare rundt 70 prosent av elevene som gjennomfører og består innen fem år etter at de startet på videregående opplæring (3). På yrkesfaglige utdanninger er andelen som slutter eller ikke består opplæringen langt høyere enn på studieforberedende utdanningsprogram; hele 45 prosent av yrkesfagelevne oppnådde ikke noen formell kompetanse i løpet av fem år, ifølge Statistisk sentralbyrå (4).

NØKKELFAKTOR. Forskning dokumenterer at utdanning er en nøkkelfaktor i utjevning av sosiale helseforskjeller (5-7). Ifølge Elstad

viser analyser alltid «(...) at det jevnt over er færre helseproblemer og lavere dødelighet jo høyere man er plassert i utdanningssystemet» (6, s. 11). Dette skyldes at utdanning influerer på levekår, men også at utdanning påvirker «(...) personlige og psykologiske egenskaper som deretter vil ha helsemessige konsekvenser, og denne kjeden av sammenhenger kan skje uavhengig av forhold som for eksempel inntekt og yrke» (6, s. 46). Sammenhengen mellom sosial posisjon og helsetilstand danner en forskjell i befolkningen (8). Personer langt ned på den sosiale rangstigen har ifølge Wilkinson og Marmot (5) dobbelt så stor risiko for alvorlig sykdom og for tidlig død enn de som er på toppen.

FOREBYGGING. Parallelt med frafallsproblematikken har den sviktende rekrutteringen til yrkesfagene, deriblant helsearbeiderfaget, fått økende oppmerksomhet. Ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå må hver tredje ungdom velge helse- og sosialfaglig utdanning for å dekke behovet for arbeidskraft i 2035 (9). Målet for Kompetanseløftet 2015 er ifølge Aamodt og Tjerbo: «Å sikre en bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak» (10, s. 10). Tall fra Utdanningsdirektoratet (11) viser at

helse- og oppvekstfag er det største av de yrkesfaglige utdanningsprogrammene med nesten 9000 elever i skoleåret 2011/2012. Realiteten er likevel at bare en av ti elever som starter på helse- og oppvekstfag velger å bli lærlinger i faget (10). Ifølge framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå medfører dagens trend en forventet underdekning på 57 000 årsverk innen helsearbeiderfaget i 2035 (12). Dette betyr at samfunnet står i fare for å få et stort underskudd på helsefagarbeidere samtidig som 1/3 av elevene i videregående skole ikke fullfører opplæringen. Stortingsmelding 13: «Utdanning for velferd» poengterer at «Arbeid er helsefremmende og skaper økonomisk trygghet, og er viktig for at hver enkelt skal føle seg verdsatt i samfunnet og for opplevelsen av inkludering og medvirkning» (9, s. 10). Per Fugelli (13) mener at «Arbeid skal også være en menneskerett og en helsekilde fordi det gir større muligheter for jobb og aktiv deltakelse i samfunnet» (13, s. 43). Tiltak for å forebygge frafall gjennom å motivere elevene til å fullføre en yrkesutdanning som det i fremtiden vil bli stor etterspørsel etter er derfor svært relevant innen helsefremmende arbeid.

PROSJEKTET. For de fleste elever er praksis en god måte å lære på

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen beskriver en elevstyrt intervensjon ved Thor Heyerdahl videregående skole i Larvik høsten 2012. Prosjektet, Livsglede for Eldre, var et helsefremmende tiltak for kommunens eldre, her ble opplevelsene til elevene som deltok i intervensjonen vektlagt. Gjennom samvær med de eldre fikk elevene ny kunnskap og erfaringer som førte til at holdningene deres til eldre ble endret. Dette viser at skolen kan være med på å påvirke ungdommers holdninger og utdanningsvalg, og på den måten fremme helse ved å forebygge frafall fra videregående opplæring.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Utdanning
- Ungdom
- Eldre



Økning: Året etter Livsglede for Eldre-prosjektet økte andelen søkere til helsearbeiderfag fra 19 til 36 prosent. Foto: Åsne Vittersø Kvamme.

fordi de kan knytte teorien de lærer på skolen sammen med erfaringer i praksis og vice versa. Fra noen av elevene kom det imidlertid tilbakemeldinger om at møtet med praksis så tidlig i utdanningsløpet ble en opplevelse de ikke var godt nok forberedt på. Praksis fikk derfor en «avskrekkende effekt» på enkelte elever i stedet for at det ble en motivasjon til å søke helsearbeiderfag på Vg2. Dette stemmer overens med funnene til Høst m.fl. (14). I samarbeid med Stiftelsen Livsglede for Eldre startet avdeling for helse- og oppvekstfag derfor en intervensjon der målet var positive møter mellom ungdom og eldre som forhåpentligvis ville medføre en endring i elevenes holdninger og

slik påvirke deres utdanningsvalg. Selve problemstillingen som masterprosjektet skulle undersøke nærmere var «Hvordan kan en elevstyrt intervensjon påvirke elevenes holdninger og derved motivere dem til å velge utdanning som helsefagarbeider?».

Prosjekt Livsglede for Eldre innebar at elevene selv sto for planlegging, gjennomføring og evaluering av to «Livsglededager» høsten 2012 der Larvik kommunes innbyggere over 60 år ble invitert til sosialt samvær med elevene på skolen. Tilbakemeldingene på selve arrangementene var utelukkende positive både fra de eldre og elevene som deltok. Mange av elevene ga uttrykk for at de hadde fått

«Mange av elevene ga uttrykk for at de hadde fått et helt nytt syn på eldre.»

et helt nytt syn på eldre, og en av dem kom med utsagnet som er tittelen på masteroppgaven: «Sånn vil jeg også være når jeg blir 92!».

EVALUERING. Aamodt og Tjerbo (10) hevder at det er høyst usikkert om det er mulig å utvikle effektive virkemidler for å påvirke ungdommer til å velge

helsefagarbeiderutdanning. Skålholt, Høst m.fl. (15) mener at det er begrenset hva skolen kan gjøre i denne sammenheng og gir hovedansvaret for å øke rekrutteringen til kommunene som fremtidige arbeidsgivere for lærlinger og fagarbeidere. På tross av dette ønsket vi å undersøke om det er mulig for skolen å motivere elevene til å velge helsefagarbeiderutdanning. For å belyse problemstillingen fra flere ståsteder ble det brukt en kombinasjon av kvantitative spørreskjema og tilgjengelige statistikk sammen med kvalitative fokusgruppeintervjuer. For å kunne registrere endringer i løpet av skoleåret svarte respondene på





spørreskjemaer ved tre anledninger: august 2012 (før intervensjonen), september eller november 2012 (etter intervensjonen) og mars 2013 (etter søknad til Vg2).

RESULTATER

1) Intervensjonen endret elevenes holdninger til eldre. Våre funn viser helt tydelig at møtet med de eldre gjennom Prosjekt Livsglede for Eldre gjorde inntrykk på elevene og førte til at mange endret sine holdninger. Fokusgruppedeltakerne fortalte om hvordan de på forhånd hadde et bilde av eldre som trøtte og kjedelige, men at de i møte med dem oppdaget at de hadde mye til felles og mye å snakke om. En elev uttalte: «Jeg så kanskje på de eldre som at de var litt trøtte og slitne og litt kjedelige og sånn, men de danset jo veldig (ler) og de var livlige og vi hadde jo mye å snakke om selv om man kanskje ikke skulle tro det».

«Sånn vil jeg også være når jeg blir 92!»

Disse funnene er i overensstemmelse med resultatene fra spørreundersøkelsen som Stiftelsen Livsglede for eldre utførte våren 2012 der hele 98,5 prosent av respondentene var enige i at de fikk et mer positivt syn på eldre etter å ha deltatt på Livsglede for Eldre-aktiviteter.

2. Elevene opplevde ulik grad av medvirkning og mestring. Når det gjaldt elevenes opplevelse av i hvor stor grad de fikk bestemme hva som skulle skje i Prosjekt Livsglede for Eldre og på Livsglededagene, var det imidlertid en noe ulik oppfatning mellom de to fokusgruppene, men også innad i den ene fokusgruppen. For fokusgruppe 1 var det bare seks uker mellom avslutningen av Livsglede for Eldreprosjektet og fokusgruppeintervjuet. For fokusgruppe 2 var det imidlertid gått tre måneder fra avslutningen av prosjektet til intervjuene fant sted. Fordi lærerne hadde gjort

noen erfaringer i den første prosjektperioden med at strukturen ble litt for løs for enkelte elever, var graden av elevstyring noe mindre i den andre prosjektgruppa. Til tross for dette var det i fokusgruppa med elever fra den siste prosjektgruppa stor enighet om at det var de som hadde bestemt det meste. Som en av dem beskrev: «Jeg tenker at det var en dag jeg ikke ville vært foruten, de ga meg jo mye, mange erfaringer og sånne ting. Jeg lærte mer om de eldre.»

3) Økning i antall søkere. Det ble en betydelig økning i antall søkere til Vg2 helsearbeiderfag i mars 2013 sammenliknet med resultatene fra spørreskjemaet ved skolestart i august 2012 og søkertallene fra forrige skoleår. Ved skolestart i august 2012 var det 19 prosent av elevene som hadde planer om å velge Vg2 helsearbeiderfag, 55 prosent planla å søke Vg2 barne- og ungdomsarbeiderfag mens 26 prosent ikke visste hva de ville. Etter intervensjonen økte andelen som ønsket helsearbeiderfag til 23 prosent og reelle søkertall for skoleåret 2013/2014 viste en økning til hele 36 prosent. Søkningen til barn- og ungdomsarbeiderfag ble i løpet av skoleåret redusert sammenliknet med elevenes planer ved skolestart. I forhold til forrige skoleår viste søkertallene en økning på hele 43 prosent i antallet egne elever som søkte Vg2 helsearbeiderfag som førstevalg, i tillegg til dette kommer en begrenset mengde søknader fra elever fra andre skoler.

OPPSUMMERING. Innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid kan det være vanskelig å motivere folk til livsstilsendring fordi gevinsten er usikker og ofte langt frem i tid. På samme måte kan det være en utfordring å motivere ungdommer til å velge helsefagarbeiderutdanning med en begrunnelse om at utdanning og arbeid vil fremme helsen deres på sikt. Selv om all forskning viser betydningen av utdanning for helse og utjevning av sosiale helseforskjeller, kan det være andre faktorer som er mer tungtveiende for denne aldersgruppen.

HOLDNINGSENDRING. Som nevnt peker forskningsrapporter på at hovedansvaret for rekruttering til yrket ligger hos kommunene som fremtidige arbeidsgivere, og forskere er skeptiske til skolens mulighet til å motivere elevene til å velge helsefagarbeiderutdanning. Våre funn viser likevel at en konkret elevstyrt intervensjonen førte til holdningsendring blant elevene. Kanskje er det en sammenheng mellom intervensjonen og endringene i elevenes utdanningsplaner i løpet av skoleåret. Det kan tenkes at Prosjekt Livsglede for Eldre motiverte de elevene som var usikre på hva de ville velge ved skolestart i august til å velge Vg2 helsearbeiderfag, men denne sammenhengen kan være tilfeldig. Erfaringer fra praksis og en mer bevisst promotering av yrket blant enkelte lærere har kanskje også medvirket til økningen i antall søkere både i forhold til elevenes planer ved skolestart og i forhold til forrige skoleår. Muligens var det også andre og mer tilfeldige årsaker til økningen, som for eksempel at fjorårets elever på Vg2 helsearbeiderfag fikk reise på studietur til Spania våren 2013.

STRUKTUR. De to klassene som gjennomførte prosjektet først fikk svært mye oppmerksomhet og omtale i aviser, radio og TV både før og etter sitt arrangement. Dette ble naturlig nok betydelig mindre for de andre to klassene fordi nyhetens interesse ikke lenger var til stede i samme grad som for den første prosjektgruppa. Likevel tyder materialet fra fokusgruppa med deltakere fra den andre prosjektgruppa på at det var disse elevene som opplevde størst grad av medvirkning og mestring. Dette fenomenet tenker vi det hadde vært interessant å forske nærmere på, både i et helsefremmende perspektiv og i forhold til pedagogiske metoder. Den ene av forfatterne har sammen med sine to kolleger i Prosjekt Livsglede for Eldre reflektert mye over overføringsverdien av våre erfaringer etter denne intervensjonen. En viktig lærdom er at noen elever nok trenger



tydeligere rammer enn det vi startet med i den første prosjektgruppa. Sannsynligvis begynte prosjektet med for løs struktur, og da det etter hvert ble strammet noe inn opplevde den enkelte det som ovenfra og ned-styring. Med prosjektgruppe 2 startet lærerne derimot med en strammere struktur og ga mer frihet etter hvert. Kanskje kan det være årsaken til at disse elevene i fokusgruppeintervjuet ga mest uttrykk for at de opplevde at prosjektet var elevstyrt.

MIDLER. Ved avslutningen av arbeidet med masteroppgaven fikk avdeling for helse- og oppvekstfag ekstra midler til å videreføre Prosjekt Livsglede for Eldre ved Thor Heyerdahl videregående skole i minimum to år framover. Både eksisterende forskning og våre funn viser viktigheten av kontinuerlig intervensjonsarbeid dersom en ønsker at atferdsendringer og holdningsendringer skal vare over tid. Derfor kan det være fornuftig å ta hensyn til dette i planleggingen av både innhold og videre drift av prosjektet. Det ville vært spennende å følge prosjektet videre for å kunne sammenlikne med skoleåret 2012/2013, men det kom ikke med i denne masteroppgaven.

EFFEKT. Et annet tema vi gjerne skulle studert nærmere er hvorvidt holdningsendringene og endringene i utdanningsvalg vedvarer over tid; om der er noen effekt etter et år eller to. Spørsmålet er hvorvidt flere av elevene som deltok i intervensjonen, sammenliknet med tidligere elevkull, blir læringer i helsearbeiderfaget høsten 2014. Det kunne også vært interessant å vite om flere av disse fullfører utdanningsløpet. Framtidig forskning vil muligens ta for seg statistiske data om elevers utdanningsvalg og antall som fullfører og består videregående opplæring. I et helsefremmende perspektiv er det imidlertid kanskje vel så viktig å undersøke mer om hvorfor elevene velger som de gjør dersom en ønsker å påvirke deres utdanningsvalg. ●

REFERANSER:

1. Haugan V. Sånn vil jeg også være når jeg blir 92! En studie om hvordan en elevstyrt intervensjon kan endre elevers holdninger og utdanningsvalg. Høgskolen i Vestfold: Mastergradsoppgave, 2013.
2. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion 1986 21.11.1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
3. Kunnskapsdepartementet. Stortingsmelding 44 (2008-2009). Utdanningslinja. Oslo: Regjeringen, 2009.
4. Statistisk sentralbyrå. Gjennomstrømming i videregående skole 2011/2012. Available from: <http://www.ssb.no/vgo/gjen/>.
5. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The Solid Facts. In: Organization WH, editor. WHO Regional Office for Europe. 2nd ed. Denmark: 2003.
6. Elstad JI. Utdanning og helseulikheter. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
7. Falch T, Nyhus OH. Frafall fra den videregående opplæring og arbeidsmarkeds-tilknytning for unge voksne. Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS, 2009.
8. Helsedirektoratet. Gradientutfordringen. Sosial – og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse 2009.
9. Kunnskapsdepartementet. Stortingsmelding 13 (2011-2012). Utdanning for velferd. Oslo 2012.
10. Aamodt PO, Tjørbo T. Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015. Oslo: Nordisk Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, 2012.
11. Utdanningsdirektoratet. Elevers fagvalg i videregående opplæring skoleåret 2011–2012/2012 12.05.2013. Available from: http://www.udir.no/Upload/Statistikk/5/Elevers_fagvalg_vgo_2011_2012.pdf.
12. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2012.
13. Fugelli P. Nokpunktet. Essays om helse og verdighet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
14. Høst H, Karlsen H, Skålholt A, Hovdhaugen E. Yrkesutdanning eller allmennutdanning for sektoren? En undersøkelse av elever og læringer i Helse- og sosialfag. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, 2012.
15. Skålholt A, Høst H, Nyen T, Tønder AH. Å bli helsefagarbeider. En kvalitativ undersøkelse av overgangen mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget. Oslo: NIFU, 2013.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

Å være til stede under fødselen

● Tekst **Astrid Svalastog**

JORDMORSTØTTE: Kvinner som mottar kontinuerlig tilstedeværelse og støtte under fødselen vil ha økt sannsynlighet for å føde spontant, viser forskning.

Historisk sett har kvinner alltid blitt tatt vare på og støttet under fødsel. Etter hvert som fødselene har beveget seg fra hjemmet til sykehusene, kan det se ut til at kontinuerlig tilstedeværelse og støtte har blitt et unntak i stedet for regelen.

Tilstedeværelse under fødselen innebærer emosjonell støtte, informasjon og rådgivning. Dette kan være med på å fremme det normale forløp, samt øke kvinnens følelse av kontroll og mestring, viser studien som er omtalt i siste nummer av Jordmora (bildet).

Ti jordmødre i alderen 37–56 år som arbeidet 50–100 prosent på to ulike avdelinger ved en stor kvinne-

klinikk i Norge, har deltatt i studien. Hensikten var å få en forståelse for jordmødres tanker omkring tilstedeværelse

under fødselen og hvilke faktorer som har betydning for deres kontinuerlig støtte på fødestuen.

Studien viser at jordmødrene syntes tilstedeværelse på fødestuen er av stor betydning både for kvinnen og hennes ufødte barn, for parforholdet, familiens fremtidige helse – og ikke minst for jordmors følelse av å kunne arbeide i henhold til sin ideologi.

Jordmora (bildet) kommer som bilag til Sykepleien til medlemmer av Jordmorforbundet i NSF. ●



Tomme ventrom

I Hobøl opplever helsesøstre at flere og flere glemmer timeavtaler. Avtalene dreier seg om helsesjekk av barn opp til skolealder. Flest glemmer 15-månederskontrollen. Ledende helsesøster Hilde Tenden tror det skyldes tidspress i foreldrenes hverdag.

Kilde: smaalenene.no

Klorheksidin kan skade premature

En granskning identifiserer 40 hudskader hos premature etter bruk av klorheksidin. Likevel frarådes ikke bruk, fordi det ikke finnes noe alternativ og huddeksjonsinfeksjon ofte er nødvendig for å hindre alvorlige infeksjoner.

Kilde: Dagens Medisin



Taushetsplikt. Kikking i journaler til pasienter som man ikke har i behandling, forekommer altfor ofte.

Mange snoker i journalene



Fakta

Berit Daae Hustad

Leder av Rådet for sykepleieetikk

Fra tid til annen får Rådet for sykepleieetikk henvendelser fra sykepleiere som beskriver at de har oppdaget andre sykepleiere eller helsearbeidere som har vært særdeles interessert i andre pasienters papirer eller journaler. Det kan være pasientjournaler til familiemedlemmer, venner, bekjente, naboer og arbeidskolleger. For enkelte har det kun vært mistanke om snoking, men hos andre er de tatt på fersk gjerning. Spørsmålet er ofte hva de skal gjøre i situasjonen.

Taushetsplikt er viktig. Formålet med taushetsplikt er å bidra til å verne om pasientens integritet, sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten og sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Taushetspliktbestemmelsene skal hindre at hjelpetrengende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helsehjelp av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Videre skal taushetsplikten bidra til at pasienter vil gi fra seg de opplysninger om seg selv og sin helsestilstand som er nødvendig for at helsepersonellet blir i stand til å yte forsvarlig helsehjelp. Pasienter skal føle seg trygge på at opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelp ikke benyttes i andre sammenhenger og utleveres til uvedkommende.

FORBUD. Tidligere manglet lovhjemmel for å kunne reagere mot denne type forhold, men i 2008 kom bestemmelsen i helsepersonelloven § 21 a, som gjør det forbudt å lese journaler til pasienter som man ikke har behandlingsansvar for. Formålet er å verne om taushetsbelagte opplysninger.

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne

«Mange leste i journalene – ikke bare av nysgjerrighet, men for å få bedre kjennskap til pasientene.»

seg, bruke eller besitte opplysninger til en pasient man ikke har noe ansvar for å yte helsehjelp til, eventuelt administrere slik hjelp til. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell ikke kan lese i journalen til en tidligere pasient, hvis helsepersonellet

ikke lenger har noe ansvar for helsehjelpen til pasienten. Vi viser til yrkesetiske retningslinjer § 2.6 «*Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger*».

TIDLIGERE TIDER. For noen år siden var alt av journaler basert på papir. Disse skulle være nedlåst eller i låsbart arkiv, men avvikene var mange. Bunker av journaler ble ofte oppbevart på kontorene til behandlingsansvarlige lege eller åpent tilgjengelig på vaktrommene. Mange leste i journalene – ikke bare av nysgjerrighet, men for å få bedre kjennskap til pasientene. Ingen kunne fullt ut kontrollere hvem som leste i dem. Noen journaler ble til og med mistet. Regelmessig fant man ikke tidligere journal når en pasient ble innlagt akutt.

ELEKTRONISKE JOURNALER. I dag når vi har elektroniske journaler er de ikke like tilgjengelig som før. Mye er blitt bedre etter at loven kom for 6 år siden. Bedre kunnskap om taushetsplikt og større bevissthet rundt lovverket har bidratt i riktig retning. Likevel ser vi at kikking og snoking i journaler til pasienter som man ikke har i behandling, forekommer altfor ofte

Det er kanskje ikke riktig å si at vi har en snokekultur i helsevesenet, men dessverre er det slik at journalsystemene i for liten grad har vært designet for å forhindre kikking og snoking. Det har vært for lett å gå inn og se på naboens, en kollegas eller en kjendis sin journal.

BEDRE RUTINER. I dag registreres alle oppslag. De som åpner journalen til en pasient blir registrert. Dermed vil kikking og ikke autorisert tilgang bli dokumentert. Mange institusjoner gjør jevnlig loggkontroll uavhengig av forespørsler. Dette er viktige fremskritt. Åpenhet om denne sikkerheten vil være forebyggende, og vi får en konfidensialitet som er sikker og etterprøvbart.

Det finnes eksempler på større mediasaker med kjendiser der disse også er pasienter i helsevesenet. Hos noen er det blitt observert uforklarlig mange innsyn i journalene og langt over det som har vært nødvendig for medisinsk behandling.

Medieoppslag om det har medført at flere og flere pasienter

selv vil kontrollere om helsepersonell snoker i deres journal. Man ønsker å ta journal-snokerne på fersken. Om dette er tegn til mistillit til helsevesenet eller om det er større bevissthet rundt personvern, er vanskelig å si.

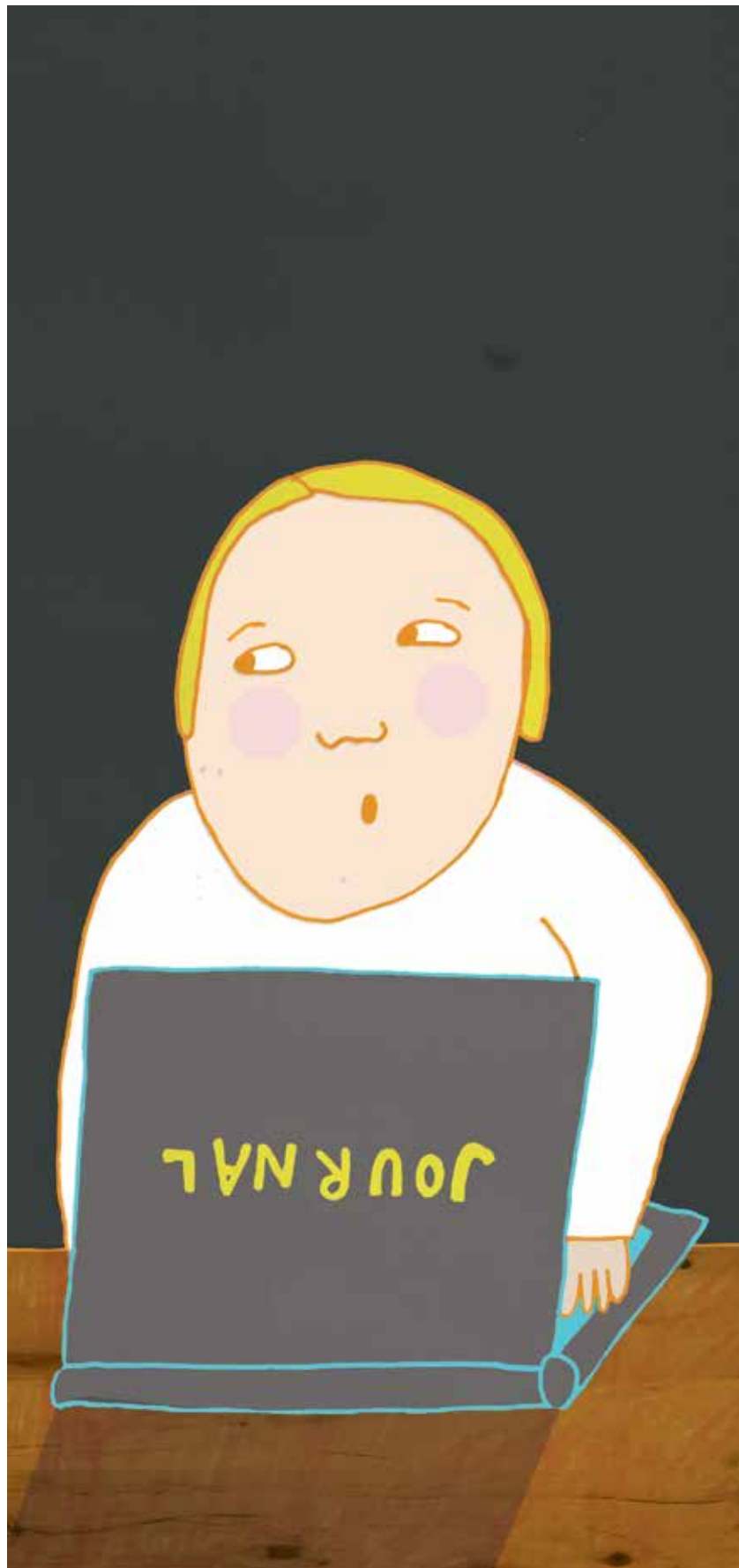
Det at pasienter ønsker å kontrollere journalen sin og bruken av den, er en viktig del av kvalitetssikring og øker pasientsikkerheten. Det skjerper oss til å forvalte informasjonen fra pasienten sikkert og trygt.

BRUDD SVEKKER TILLITEN. Statens helsetilsyn har i sine vurderinger av brudd på bestemmelsen lagt vekt på at pliktbruddet er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning og svekker tilliten til helsepersonellet og helsetjenesten. Det er misbruk av tilgangsrettigheter og et alvorlig brudd på den tillit helsepersonellet er gitt av arbeidsgiver og samfunnet. I de saker Statens helsetilsyn har konkludert med at § 21a er brutt, har helsepersonellet som regel fått en advarsel, uavhengig av omfanget av snokingen.

Arbeidsgiver ser i noen av tilfellene strengt på forholdet og reagerer med oppsigelse og politianmeldelse av helsepersonellet.

Slike saker bør politianmeldes, fordi det er en straffbar handling som skal etterforskes.

Man behøver ikke å ha tatt personen på fersken – det er det etterforskningen som avgjør. Husk at det finnes ingenting som heter «litt snoking». Enten snoker du eller så snoker du ikke. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



SYKEPLEIEFORLØPET SOM KASUSRAPPORT

Beskrivelse. Det er viktig å beskrive sykepleieforløpet på en måte som er relevant både for sykepleierstudenter og sykepleiere i klinikken.

PROSJEKTARBEID

Artikkelen bygger på

50% praksis

50% teori



DOI - NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0164



Johannes Haltbakk, førsteamanuensis, Institutt for sykepleiefag, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen



Kjersti Birkeland Wågsæther, sykepleier og høyskolelektor ved Institutt for sykepleiefag, Avdeling for Helse og sosialfag, Høgskolen i Bergen.

Kasusrapporter blir jevnlig publisert innenfor helsefag, man bør derfor etablere en praksis for å beskrive sykepleieforløpet. Med tanke på å nå mange fagfolk, er det aktuelt å ta utgangspunkt i den pedagogiske sykepleieplanen for å etablere kasusrapport som skrivepraksis også i sykepleiefaget. Skriftlig formidling av sykepleieforløp har vært brukt som et læringsverktøy i sykepleierutdanningen siden tidlig på 1970-tallet under benevnelsen «pedagogisk sykepleieplan» (1,2). Pedagogisk sykepleieplan har hatt en tekststruktur hvor hvert problem med begrunnelser, vurderinger, tiltak og evalueringer er strukturert enkeltvis (1). En kasusrapport inneholder de samme elementene, men tekststrukturen har gjerne bakgrunn, hensikt, materiale, metode, behandlingsforløp, resultat, diskusjon og perspektivering (3,4). Strukturen tilsvare innledning, metode, resultat og diskusjon (IMRoD). Pedagogisk sykepleieplan har gitt sykepleierstudenter trening i å begrunne og vurdere utførte sykepleietiltak, men har ikke bidratt til å etablere en skrivepraksis for kommende sykepleiere som vil utforme publiserbare manuskripter om interessante sykepleieforløp. Hensikten med prosjektet var derfor å utvikle

en måte å beskrive et sykepleieforløp på som er relevant både for sykepleierstudenter og for sykepleiere i klinikken som vil utforme publiserbare kasusrapporter.

FORMÅL. Presentasjon av egen praksis er ikke forskning, men for å ivareta pasientens anonymitet i en mulig publikasjon kan vurderingene i forskningsetisk komité ha overføringsverdi: Pasienten må samtykke til å levere personlige data til en publikasjon, men selv om pasienten samtykker, skal forfatteren likevel ta ansvar for å vurdere om dette kan skade vedkommende. Er forfatteren i tvil, bør ikke dataene brukes (5).

En kasusrapport har flere formål. Den kan illustrere sjeldne problemer og forhold som kan tenkes å bli problematiske i sykepleietjenesten. Den kan også være grunnlag for pilotstudier, eller et eksempel som illustrerer problematikken i en større studie. Videre kan kasusrapporten beskrive uvanlige pasientsituasjoner, eller et sykepleieforløp som ikke gikk som forventet (4). Kasusrapporten kan være en detaljert beskrivelse av et sykepleieforløp for å gjøre et fagfelt kjent, eller for å forstå en problemstilling i sykepleien. Derfor kan beskrivelser av vanlige sykepleieforløp hvor systematikken i pleien og de faglige refleksjonene trer fram, være

vel så interessante som beskrivelser av ekstraordinære hendelser. Det er også aktuelt å beskrive møter med nye pasientgrupper med problemer som det ikke er mye erfaring med ennå. Et eksempel er at pasienter på sykehjem har stadig mer kompliserte sykdomsbilder og trenger sykepleie som ikke er beskrevet tidligere. Sykepleie ved kulturrelaterte helseproblemer hos pasienter med innvandrerbakgrunn, eller sykepleie for unge som har kommet borti nye rusmidler, kan være andre eksempler.

METODE. Prosjektet besto av to faser. I prosjektets første fase undersøkte vi i hvilken grad innholdet i 5 pedagogiske sykepleieplaner ble endret i omstruktureringen til kasusrapport (figur 1).

Innledningen ble i stor grad beholdt slik den opprinnelig var i de fem oppgavene. Teorikapittelet ble også beholdt uendret. Datasamling, sykepleieproblem, sykepleietiltak og målsettinger ble samlet i kapittelet materiale og metode. Deretter ble det satt av plass til et resultatkapittel for en tilstandsbeskrivelse etter endt sykepleieforløp. Begrunnelser, vurderinger og evalueringer ble samlet i en diskusjonsdel til slutt. Ingen elementer gikk tapt når pedagogisk sykepleieplan ble omstrukturert til kasusrapport. På bakgrunn av dette arbeidet ble det

Fakta

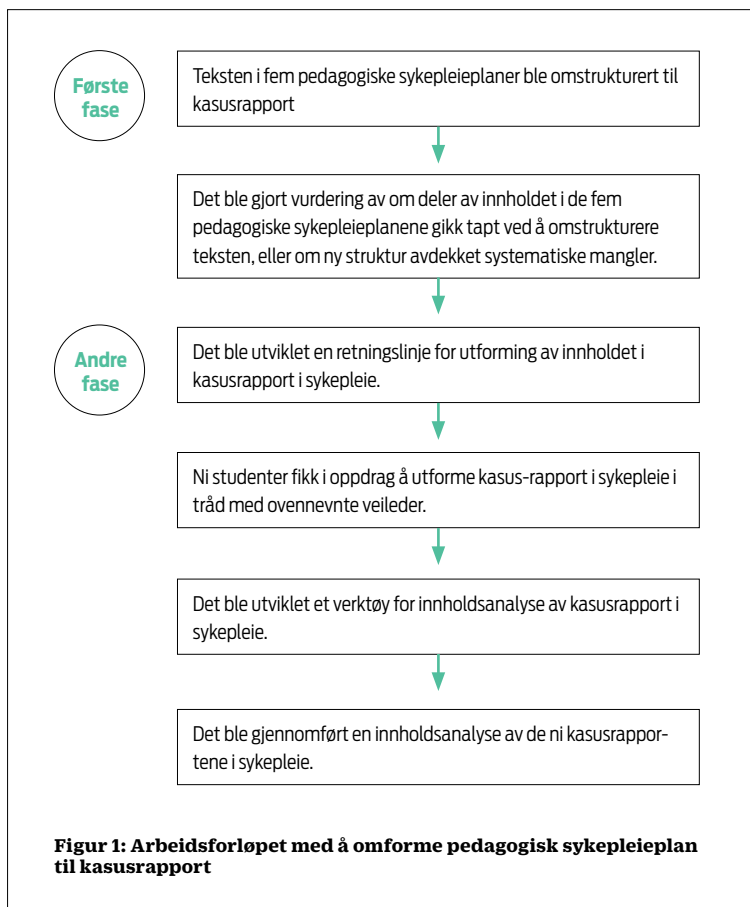
Hovedbudskap

Med utgangspunkt i sykepleierutdanningens pedagogiske sykepleieplan, har vi utviklet en tekststruktur for kasusrapport for sykepleierstudenter og sykepleiere i klinikken. Sykepleierstudenters skrive trening i en tekstsjanger som også er kjent utenfor egen fagtradisjon, stimulerer faglig bevissthet, fagkritikk og refleksjon.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleie
- Sykepleierutdanning
- Pedagogikk
- Kasusrapport



utarbeidet en retningslinje for kasusrapport i sykepleie som svarer til innholdet i figur 2.

I prosjektets andre fase (figur 1), utformet ni sykepleierstudenter i første års praksisstudier i sykehjem kasusrapporter. Etter at de ni kasusrapportene var levert inn for godkjenning, analyserte vi dem med et analyseverktøy utviklet for dette formålet. Vi kombinerte elementer fra et verktøy for kasusrapportanalyse som er utarbeidet av Atkins og Samson (6) med et verktøy som er utarbeidet av Hovmand et al (4).

KRITERIER. Vi var interessert i å undersøke om kasusrapporter som

var utformet av studenter som aldri hadde utformet en pedagogisk sykepleieplan, beskrev de samme elementene i sykepleieforløpet i en kasusrapport som i en pedagogisk sykepleieplan. Analysen ble delt inn i følgende ni kriterier:

1. Innholdsmessig forståelsesramme, vurderinger, begrunnelser og evalueringer.
2. Viktige kliniske problemer som er beskrevet i kasusrapporten.
3. Viktige sykepleieproblemer som er beskrevet i kasusrapporten.
4. Problemenes og tiltakenes relevans for sykepleiefaget.
5. Metoder som er brukt for å samle data, og beskrivelser av datamaterialet og innsamlingsprosedyren.

Innledning

En kort oversikt over pasienttilstanden satt inn i en relevant sammenheng. Kapittelet ender med å nevne de problemene som er fokus for den videre teksten.

Teori

Teori kan være beskrivelser av sykepleiefaglige og medisinske områder som er relevante for å vurdere problemene og begrunne og evaluere tiltakene som omhandles i teksten.

Materiale og metode

Materialet representerer sykehistorie og datasamling fra datainnsamlingsguide. Metoden kan være tiltakene for å avhjelpe pasientens identifiserte problemer for å nå tiltakenes mål. Metoden kan også være framgangsmåten for å innhente datamaterialet om pasienten. Metoden kan videre være framgangsmåten for å dokumentere sykepleien. metoden være framgangsmåten for å analysere datamaterialet som er innsamlet om sykepleieforløpet.

Resultat

Resultatet kan være tilstandsbeskrivelsen etter endt sykepleieforløp, tilsvarende sykepleiesammenfatningen. Resultatet kan også være effekten av tiltakene og av analysen av datamaterialet som ble innsamlet gjennom sykepleieforløpet.

Diskusjon

Diskusjonen kan være vurderingene som ble gjort av sykehistorien og datainnsamlingen. Diskusjonen kan være knyttet til tiltakenes effekt på sykepleieproblemene, eller tiltakenes opplevde betydning for pasienten. Her kan hele pasientsituasjonen og sykepleieproblemene diskuteres i en sammenheng. Diskusjonen inkluderer hvilken betydning samarbeidet mellom pasient og sykepleier hadde for sykepleieforløpet, samt en oppstilling av litteratur som er relevant for problemstillingen.

Figur 2: Retningslinje for innholdsdelene for kasusrapport i sykepleie

«En kasusrapport har flere formål.»

6. Metoder som er brukt for å analysere eller kvalitetssikre datamaterialet.

7. Om resultatene for sykepleieforløpet er troverdig, og hvorvidt resultatene er sykepleiefaglig relevante.

8. Samspillet med pasienten.

9. Overføringsverdi.

RESULTAT. Analysen viste at innholdet i de ni kasusrapportene var

relevant for de fire første kriteriene. Metodedelen (kriteriene 5 og 6) viste seg å være mangelfull siden ingen av kasusrapportene beskrev framgangsmåten for å innhente nødvendig datamateriale. Det var heller ingen av kasusrapportene som refererte til datainnsamlingsguiden eller skjemaet som var brukt. Videre hadde ingen kasusrapporter beskrivelser av framgangsmåter for å registrere hvordan problemene utviklet seg gjennom sykepleierforløpet.

For analysekriterium 7 så vi at alle kasusrapportenes resultatkapitler beskrev pasientens tilstand når studentene avsluttet





sykepleieforløpet. I de tilfelle-
ne hvor tiltakene hadde en virk-
ning ble det beskrevet. Ut fra ana-
lysekriterium 8 så vi at samspillet
mellom pasient og sykepleierstu-
dent ble kort beskrevet i resultat-
og diskusjonsdelen. Det ble oftest
beskrevet at det hadde vært et
uproblematisk samarbeid, eller at
pasienten nonverbalt hadde gitt ut-
trykk for å være tilfreds. Det var in-
gen kasusrapporter som diskuterte
samarbeidets betydning for pasi-
entens opplevelse av den sykeplei-
en de mottok.

DISKUSJON. *Første fase.* I de fem
omstrukturerte pedagogiske pleie-
planene ble innledningen, knyttet
til pasientens livssituasjon og aktu-
elle symptomer, i overveiende grad
beholdt uendret. Den eneste end-
ringen var at sykepleieproblemene
som var utgangspunktet for den
pedagogiske sykepleieplanen ble
presentert helt til slutt i innlednin-
gen. Også teorikapittelet forble i
stor grad uendret.

Metoden er, slik vi ser det, sy-
nonymt med sykepleietiltakene i
en kasusrapport. Pasientjourna-
lens dokumentasjon er utgangs-
punktet for innholdet i kasusrap-
porten. Det må derfor i prinsippet
være mulig å gå tilbake til pasient-
journalen for å bekrefte opplysnin-
gene. En svakhet ved de pedagogis-
ke sykepleieplanene var at det ikke
gikk fram om pleien var dokumen-
tert i pasientjournalen.

Ingen deler av teksten i de peda-
gogiske sykepleieplanene som ble
omstrukturert til kasusrapport,
kunne tjene som et resultatkapit-
tel. Dette var også en svakhet. I den
grad man kan snakke om resultatet
av et sykepleieforløp, kan man ar-
gumentere for at resultatet ligger
nært opp til sykepleiesammenfat-
ningen i dagens dokumentasjons-
verktøy (7). Man kan spørre seg om
resultatkapittel er et godt navn hvis
kapittelet inneholder en sykepleie-
sammenfatning. Alternativt kan et
resultatkapittel inneholde resulta-
tet fra en gjennomgang av en en-
kelt pasientjournalens sykepleiedo-
kumentasjon, og ikke resultatet av
selve sykepleieforløpet.

KRITIKK. Resultatorienteringen i
sykepleien har vært kritisert, spesi-
elt i forbindelse med det store om-
fanget av sykepleie som har som
mål å opprettholde helsetilstanden,
men hvor man ikke kan forvente be-
dring (8,9). Kritikken har blant annet
vært knyttet til at resultatoriente-
ring i sykepleiefaget har vært et mis-
forstått forsøk på å heve sykepleie-
fagets status, i stedet for å forstå og
utvikle fagfeltet (8). Denne kritikken
har også rammet pedagogisk syke-
pleieplan, som har hatt problemløs-
ning med resultatoppnåelse som et
utgangspunkt (9). Tekststrukturen i
pedagogisk sykepleieplan manglet
et kapittel hvor resultatet av syke-
pleien kommer eksplisitt fram, der-
for kan man undre på om struktu-
ren i pedagogisk sykepleieplan
tildekker sykepleieprosessens
resultatorientering.

TILLIT. Beskrivelse av samarbei-
det mellom sykepleier og pasient
passer inn i diskusjonsdelen. Der
kan kasusrapporten sette tiltakene
inn i en kontekst (4). Begrunnelser,
vurderinger og evalueringer som
knytter tiltakene til konteksten, el-
ler til utviklingen av tillitsforholdet
mellom sykepleier og pasient, blir
derfor en kasusrapports bidrag i
sykepleielitteraturen. Et sykepleie-
forløp kan også diskuteres ut fra til-
litsforholdet mellom sykepleier og
pasient (10). Tillitsforholdets be-
tydning for å gjennomføre tiltake-
ne var i liten grad beskrevet i de
omstrukturerte pedagogiske pleie-
planene. Pedagogisk sykepleieplan
har begrenset muligheten til å dis-
kutere forholdet til pasienten uav-
hengig av hvert enkelt problem.

Det var sparsomt med drøftin-
ger som stilte spørsmål ved be-
grunnelsene og vurderingene i al-
le de omstrukturerte pedagogiske
pleieplanene. Mangel på diskusjon
kom tydelig fram når oppgaven ble
omstrukturert på en slik måte at de
diskuterende sekvensene ble plas-
sert i diskusjonskapittelet. Evalue-
ringene av tiltakene ble også flyttet
til diskusjonskapittelet, da en eva-
luering er en drøfting av hvorvidt
man har nådd målene. Eventuelt
kan en evaluering også diskutere

mulige justeringer av tiltak eller re-
definerings av problemene.

ANDRE FASE. De ni kasusrappor-
tene som ble utarbeidet, beskrev
kompliserte pasientsituasjoner
som alle har relevante sykepleie-
faglige problemer. Funnene fra
analyseverktøyet, som er spesielt
interessante for å diskutere opp-
gavens relevans som kasusrap-
port, er:

Metoder som er brukt for å sam-
le data, og hvorvidt datamaterialet
og innsamlingsprosedyren er be-
skrevet (kriteriene 5-6).

Om resultatene av sykepleiefor-
løpet er troverdig, og hvorvidt de
er sykepleiefaglig relevante (krite-
rium 7).

Samspillet med pasienten (kri-
terium 8).

Overføringsverdi (kriterium 9).

«Et sykepleie- forløp kan også diskuteres ut fra tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient.»

DATA. Sykepleiere i
Norge har en lovfes-
tet dokumentasjons-
plikt (11). Hvorvidt
kasusrapportene var
bygd på pasientjour-
nalens dokumenta-
sjon eller hvordan
dokumentasjonen
har foregått under-
veis, kom likevel ikke
fram i noen av kasus-

rapportene. Svakheten må knyttes
til at dokumentasjonskravet ikke
har kommet klart fram i retnings-
linjen som vi utviklet. Dokumenta-
sjonsferdigheter er sentralt i syke-
pleieutøvelsen. Det må derfor være
klart i en retningslinje for en kasus-
rapport i sykepleie at den bygger på
dokumentasjonen av sykepleiefor-
løpet som er nedfelt i
pasientjournalen.

Det ser ut til at det presenterte
materialet i alle kasusrapportene
var samlet inn etter en bestemt da-
tainnsamlingsguide, men det kom
ikke fram hvilken. Dette er en svak-
het som man også har sett i de pe-
dagogiske sykepleieplanene. Å be-
skrive, eller i det minste å henvise
til den datasamlingsguiden som er
brukt, er nødvendig i en kasusrap-
port (3,12). Når det gjelder data fra
pasientens sykehistorie, inneholdt

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
[torhild.apall@](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)
sykepleien.no

heller ingen av kasusrapportene en beskrivelse av hvor dataene er innhentet fra. At det er gjort en journalgjennomgang bør i det minste komme fram, gjerne også hvordan man har gått fram for å velge ut relevante opplysninger til en kasusrapport i sykepleie. Videre kan det være aktuelt å få fram hvordan man innhentet opplysninger fra pasienten selv og fra de pårørende, og hvordan innhentingen er dokumentert. Det er aktuelt å gjengi forhold i pasientens situasjon som hadde betydning for sykepleieforløpet ut over det gitte tiltaket. Nettopp en slik kontekstualisering kan være styrken ved en kasusrapport (3,4,12). Dette utfordrer imidlertid anonymiseringen, som er en ufravikelig betingelse. Kasusrapportens etterrettelighet er knyttet til at det i prinsippet skal være mulig å gå tilbake til dokumentasjonen for å kontrollere at det som hevdes i teksten er basert på dokumenterte forhold (3,6,12). Dersom de nevnte forholdene ved dokumentasjonen mangler i teksten, er det begrensede muligheter for å hevde noe om tiltakets betydning for pasienten.

INTERVJU. For å få en kasusrapport som utdyper pasientens mening, kan det være aktuelt å intervju pasienten for å skaffe nødvendig dokumentasjon. Et intervju krever imidlertid en kompetent systematisk bearbeidelse og vil øke arbeidsmengden. Intervju med pasienter er for øvrig uaktuelt for studenter i bachelorutdanningen, men kan være aktuelt for sykepleiere under veiledning. Alternativt kan pasientens umiddelbare utsagn som er nedtegnet i sykepleiedokumentasjonen si noe om hvordan han eller hun opplever et tiltak. En av de analyserte kasusrapportene gjengir en setning i sykepleiedokumentasjonen som handler om pasientens smil under aktivisering. Setningen kan være ett eksempel på hva aktiviseringen betød for pasienten i øyeblikket. Slike nedtegnelser i pasientjournalen kan likevel bli av begrenset verdi når det er løsrevet fra den kliniske sammenheng den ble ytret i.

SYKEPLEIEFORLØPET. I en kasusrapport er pasientens tilstand etter endt sykepleieforløp interessant (6,13), akkurat som i en pedagogisk sykepleieplan (9). Troverdigheten i et resultatkapittel avhenger av om beskrivelsen av pasientsituasjonen ved avslutningen av sykepleieforløpet har sammenheng med sykepleietiltakene. Dersom kasusrapporten fokuserer på velavgrensede tiltak, er det lett å dokumentere utviklingen av problemet og måten tiltaket ble gjennomført på. Selv om de analyserte kasusrapportene belyste svært komplekse pasientsituasjoner, var mange av tiltakene likevel konkrete og velavgrensede, og sykepleiesammenfatningen viser at det må ha vært enkelt å dokumentere både at tiltakene har funnet sted og hvordan de ble gjennomført. Sykepleiesammenfatningen, som var resultatkapittelets innhold i de fleste kasusrapportene, viste ingen endring i pasientsituasjonen. Det skyldtes nok at tiltakene var knyttet til å opprettholde situasjonen.

SAMSPILLET. Alle kasusrapportene beskriver situasjoner der pasienten er helt avhengig av sykepleieren for at tiltakene skal bli gjennomført. I slike situasjoner er tillitsforholdet sentralt. Tillitsfor-

«Sykepleiere i Norge har en lovfestet dokumentasjonsplikt.»

holdet er basert på at sykepleieren ser hva pasienten trenger og har bruk for, men tillit er også avhengig av at sykepleieren har trening i å gjennomføre de aktuelle tiltakene på en forsvarlig måte. Det er med andre ord avgjørende for resultatet at tiltakene er forskningsbaserte, men disse tiltakene er ikke grunnlaget for tillitsforholdet (10). Det kan være umulig å dokumentere hvordan tillitsforholdet utvikles, og

det er også et betydelig grunnlag for å ta feil dersom man antar at det er tillitsforholdet som gir tiltakene verdi for pasienten. Hvis samspillet med pasienten skal få oppmerksomhet i en tekst, kan man diskutere om essayformen er mer hensiktsmessig enn kasusrapport. Essaygenren er ikke basert på dokumenterbare fakta, men på allmenngyldig interessante refleksjoner over en hendelse (14).

OVERFØRINGSVERDI. Tematikken i kasusrapportene var svært aktuelle og gjenspeilet kjente kategorier i sykepleieforløpet. Kasusrapportene kan redegjøre for sentrale momenter i resonneringen og håndteringen av situasjonen (3,12). Det gjorde også de analyserte kasusrapportene. Videre kan publiserte kasusrapporter vise nytten av god dokumentasjon: En publisert kasusrapport bygger på god dokumentasjon og kan formidle til andre hvordan en faglig betryggende gjennomføring og dokumentasjon av sykepleiepraksis har funnet sted. Ellers kan erfaringer sykepleieres refleksjoner over pasientforløp være aktuelt å formidle til en større krets av kollegaer.

Lyberg & Solberg (15) har argumentert for at sykepleierstudenten får demonstrert sine yrkesferdigheter i bacheloroppgaven ved å dokumentere fagaktiviteter og reflektere over sin dokumenterte sykepleieutøvelse. En kasusrapport i sykepleie kan ha potensial til en ny type bacheloroppgave hvor studenten får beskrevet sine yrkesferdigheter.

OPPSUMMERING. Vi avdekket noen mangler i beskrivelsen av hvordan studentene hadde innhentet materialet til pedagogisk sykepleieplan og kasusrapport. Beskrivelse av resultatet av sykepleien manglet, og det var sparsomt med diskusjon. Vi fant at den pedagogiske sykepleieplanens oppdeling etter enkeltproblemer begrenser diskusjonen om betydningen av samspillet med pasienten. I tillegg til å være et pedagogisk virkemiddel, gir kasusrapport studentene trening i å

dele etterrettelige enkeltstående beskrivelser av sykepleieforløp med mange. Kasusrapporter kan utformes og publiseres senere i yrkeslivet og på den måten nå ut til langt flere enn de nærmeste kollegene. ●

REFERANSER:

1. Valset S. Pleieplaner i undervisningsøyemed. Sykepleien 1973; 5: 160 – 3.
2. Vesterdal A. Sykepleie – teori og metode. København: Nyt nordisk Forlag Arnold Busck, 1996.
3. Cohen H. How to write a case report. American Journal of Health-System Pharmacy 2006; 19: 1888–91.
4. Hovmand B, Lund H, Albert H, Winkel A. Hvordan skrive og vurdere kasusrapporter? Fysioterapeuten 2006; 4: 22–4.
5. Forskningssetiske komiteer (2010): Etiske retningslinjer. Medisin og helse. Kvalitativ forskning. 9. Personvern og gjenkjennelsesproblematikk. <[https://www.etikk.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](https://www.etikk.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf)> [nedlastet: 11-10-14]
6. Atkins C, Sampson J. Critical appraisals guidelines for single case study research. I: Gdansk, European Conference on Information Systems (ECIS) proceeding, 2002. [tilgjengelig fra:] <<http://aisel.laisnet.org/ecis2002/15/>> [nedlastet: 11-10-14]
7. Heggdal K. Sykepleiedokumentasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
8. Martinsen K, Wærness K. Pleie uten omsorg? Oslo: Pax forlag, 1991.
9. Alvsåvåg H. Har sykepleien en framtid? – et oppgjør med den teoretiske sykepleien. Oslo: Universitetsforlaget, 1981.
10. Martinsen K. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Martinsen K, red. Samtalen, skjønnet og evidensen. Oslo: Akribi, 2005:335–67.
11. Ohnstad B, Befring AK. Helsepersonelloven med kommentarer. Bergen: Fagbokforlaget, 2010.
12. Anwar R. How to write a case report. Student BMJ 2004; 32: 60–1.
13. Ali AA. Managing under-nutrition in a nursing home setting. Nursing Older People 2007; 19: 33–6.
14. Bech-Karlén J. Gode fagtekster: essayskriving for begynnere. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
15. Lyberg A, Solvoll BA. Bacheloroppgaven i sykepleierutdanningen. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2009; 11: 42–54.

Fordi det er **FORSKJELL!**

Sykepleien er et av Norges største fagblad. 93 % av våre medlemmer er kvinner.

Her når du ressurssterke lesere som leser både for utvikling og avkobling.
Det er derfor Sykepleien har hele 68 minutter lesetid.

Sykepleien er kanalen når du ønsker kvalitet. Det er forskjellen.

MEDIEPLAN 2015

Utgivelsesplan 2015

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	7. januar	15. januar
2	Sykepleien	4. februar	12. februar
3	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	4. mars	12. mars
4	Sykepleien	8. april	16. april
5	Sykepleien	12. mai	21. mai
6	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	10. juni	18. juni
7	Sykepleien	5. august	13. august
8	Sykepleien	24. august	3. september
9	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	16. september	24. september
10	Sykepleien	14. oktober	22. oktober
11	Sykepleien	4. november	12. november
12	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	2. desember	10. desember

Printannonser priser/formater

Format	4-farger	Sort	Høyde-format	Bredde-format	Satsspeil	Utfallende inkl. 5 mm skjærekant
Helside	34 900	27 000			210 x 275	240 x 307
2/3 side	25 600	18 700	138 x 275	210 x 182		
1/2 side høyde	21 000	16 300			102,5 x 275	122,5 x 307
1/2 side bredde	21 000	16 300		230 x 146	210 x 135	240 x 156
1/3 side	15 400	10 300	67 x 275	210 x 88		
1/4 side	13 600	9 800	102,5 x 135	210 x 65		
1/8 side	9 800	5 000		102,5 x 65		
2. omslag	38 000	29 900			210 x 275	240 x 307
3. omslag	37 000	28 600			210 x 275	240 x 307
Bakside	39 000	31 000	230 x 237			240 x 247
2/1 side	56 500	48 400			440 x 275	470 x 307

Målene er i millimeter i bredde x høyde



Kontakt oss på **tlf 97742120**

Sykepleien



Påfyll

Del 3 Sykepleien 13 | 2014

Bøker – Kultur – Fakta



Levde tett med Ylva

Syk. Magne Helanders datter døde av kreft.

90 000 fulgte familiens spesielle liv på Facebook. **70**



Bok. Sykepleiens nye bokanmelder elsker tegneserier. **73**



«De var en gjeng med idealistiske 68-ere som var opptatt av det etiske og det uavhengige.»
Claire Glenton om Cochrane-grunnleggerne. **74**



Stavanger. Ny master i akuttmedisin. **68**



Ny master: Leger, sykepleiere og ambulansearbeidere i felt kan ta ny master. Illustrasjon: Colourbox



Master i akuttmedisin

PREHOSPITAL: Universitetet i Stavanger har i samarbeid med Norsk Luftambulans startet opp tverrfaglig master i prehospital akuttmedisin. Norsk Luftambulans betaler for første kull. Utdanningen er aktuell for sykepleiere, leger og ambulansearbeidere.

Stephen Sollid i Norsk Luftambulans sier til Stavanger Aftenblad at

leger og sykepleiere som arbeider utenfor sykehus ikke har hatt noen mulighet til å spesialisere seg i akuttmedisin. Han peker også på at det er behov for en utdanning som styrker kompetansen til ambulansearbeiderne.

Bakgrunnen for studiet, som krever erfaring fra akuttmedisin i felt, er blant annet det som skjedde 22. juli 2011.

– Hendelsen viste at de ulike aktørene i helseområdet mangler rutiner for samarbeid, sier Rune Manthey Lund ved Universitetet i Stavanger til avisen.

Studiet går over fire år og skal tas ved siden av jobb. Det startet opp i august, og det var 125 søkere til 25 plasser. Et nytt kull tas opp i 2016.

Kilde: Stavanger Aftenblad

Reagerer på lite mat

Alle kostkjøkken på Universitetssykehuset i Nord-Norge har fått innskrenket matutvalget. Det får sykepleiere til å reagere. De reagerer på at det allerede er lite mat på kostkjøkkenene og at det nå blir enda mindre.

Kilde: iTromsø

Offentlig mathjelp

Helsedirektoratet og Mattilsynet har utviklet en kostholdsplanlegger, et gratis beregningsverktøy. Det erstatter programmet «Mat på Data» og er tenkt brukt både i undervisning og i behandling og pleie av pasienter.

Kilde: Helsedirektoratet

Dag for antibiotika

18. november er den europeiske antibiotikadagen. Dagen brukes til å øke bevisstheten om fornuftig bruk av antibiotika og hvilken trussel antibiotikaresistens er for folkehelsen.

Kilde: European Centre for Disease Prevention and Control

Riskhospitalet



Kan bli årets medmenneske

Jeanette Borgen Olsen er en av seks nominerte som Årets medmenneske. Prisen deles ut av ukebladet KK. Olsen er utdannet sykepleier, men jobber i mannens byggefirma. Hun har fire barn, adoptert fra ulike deler av verden, og er nominert for arbeidet med Global Aid. Hjelpeprosjektet gir fattige barn mulighet til å gå på skole.

Kilde: Fredrikstad Blad

Leprahistorie

Få sykdommer har vært så myteomspunne og omgitt av frykt og stigma som spedalskheten. Den herjet Norge i 1000 år og var nesten under kontroll da den blusset opp på 1800-tallet som en skygge fra middelalderen. I den nye boken *Ti tusen skygger* tegner Bjørn Godøy opp det kulturhistoriske bildet, følger den medisinske utviklingen og gir nære møter med de syke selv.



Ebolaens eksotiske historie

Et dramatisk sykdomsutbrudd blant aper på en amerikansk forskningsstasjon i 1989 koples til en blødningsfeber som herjet i en landsby i Kongo.

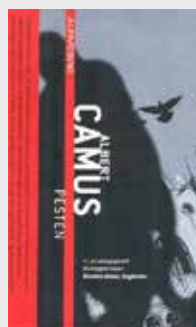
Richard Prestons **FARESONEN** beskriver ebolaens sykdomsforløp i all sin gru og nøster virusets blodige og eksotiske historie tilbake til de afrikanske junglene. Boka betegnes som en dokumentarisk thriller som får håret til å reise seg.



Da pesten kom til kolonibyen

Albert Camus klassiker **PESTEN** ble utgitt i 1947. En lege i en fransk kolonibyen finner en død rotte i oppgangen, og kort etter er pesten et faktum. Myndighetenes eneste tiltak er å isolere byen.

Vi følger dens innbyggere gjennom prøvelsene som følger. Camus dweler ikke ved det groteske, men bruker boka til å si noe om at «når alt kommer til alt er det mer ved mennesket å beundre enn å forakte».



Vaksineres mot rotavirus

SMITTSOMT: Barn født etter 1. september 2014 får tilbud om vaksine mot rotavirus.

Ifølge Folkehelseinstituttet er rotavirus årsak til halvparten av tilfellene med diare og oppkast hos spedbarn og småbarn. Symptomene er ofte kraftigere enn ved andre mage- og tarminfeksjoner. Rotavirus smitter svært lett.

På verdensbasis fører rotavirus årlig til 24 millioner konsultasjoner hos lege, minst 2 millioner innleggelser i sykehus og mer enn 450 000 dødsfall hos barn under 5 år.

I Norge gis vaksinen Rotarix, som

gis som drikkevaksine. Den inneholder levende, svekket virus, og skal være svært effektiv. Barna får nesten 100 prosent beskyttelse mot alvorlig infeksjon med rotavirus. Beskyttelsen skal vare i minst 3–4 år.

Det fins to vaksiner på markedet, og flere enn 60 000 barn har vært med i utprøvingen av begge. Det skal være de største kliniske utprøvingene av spedbarnsvaksiner som er gjort.

Verdens helseorganisasjon har anbefalt at alle land bør ta vaksinen inn i sitt barnevaksinasjonsprogram.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Nulltoleranse for ebolasmitte

BEKYMRET: Den europeiske sykepleierorganisasjonen European Federation of Nurses (EFN) er bekymret for at en sykepleier i Spania ble smittet av en ebolasyk pasient. Generalsekretær Paul De Raeye sier i en pressemelding at det må være nulltoleranse for at

helsearbeidere smittes når de behandler slike pasienter.

Han sier det må etableres gode rutiner, prosedyrer, opplæring og trening slik at helsearbeidere er trygge når de utfører ebolabehandling.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund



Magne Helander

– Sju år er også et liv

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Stig M. Weston**

Sykdom. Ylva endret pappaen sin for alltid.

A få et sykt barn er ikke noe jeg ville valgt. Men det er mye fint med det også, sier Magne Helander.

– Det vil jeg fortelle om.

For snart ett år siden døde datteren Ylva av hjernesvulst. «Da har jeg blitt pappa til en nydelig engel», skrev Helander på Facebook. 90 000 fulgte ham den gangen, siden er det kommet til 10 000 nye.

BOOK. I de fire årene Ylva var syk, ble han mer og mer åpen om det hun gikk gjennom og hva det gjorde med ham. Responsen var han ikke forberedt på. «Jeg hadde aldri skrevet før, jeg var ikke spesielt flink til å snakke om følelser, men jeg skjønnte raskt hvor mye det hjalp å gjøre begge deler», skriver han i «Englepappa», boken om Ylva og ham. Den ble ikke helt som han trodde.

– Jeg hadde ikke tenkt at den skulle handle så mye om meg, sier han og smiler litt.

– Men det ble nødvendig å fortelle hvem jeg var, hvem jeg ble og hvem jeg er på vei til å bli.

BARN. Han var en gutt som iblant overnattet hos uteliggerne i nabolaget uten at noen savnet ham. Som hang med folk som døde eller havnet i fengsel. Han jobbet flere år som dørvakt før han startet eget murerfirma.

Barn tenkte han ikke på. Da samboeren Cecilie ble gravid, ville han ha barnet når det først var

ventet og gledet seg også litt. Men var totalt uforberedt. «Men jeg hadde ikke hatt noe særlig tid til å tenke på barn. Hadde aldri hatt noe forhold til dem. Jeg hadde hatt mer enn nok med meg selv», skriver han.

De første årene i Ylvas liv var han ikke helt til stede. Nå sier han det er vondt å tenke på at han tok henne for gitt.

SYKDOM. Ylva lærte raskt, hun elsket mat og å være ute. Da barnehagen reagerte på at hun var veldig nærgående ble det oppdaget at hun så dårlig. Så fikk hun problemer med balansen. Da hun fikk et anfall, trodde legen på sykehuset det var barneepilepsi. Det slo ikke Cecilie seg til ro med. En sykepleier sa de ikke måtte gi seg. «Det er dere som kjenner barnet best», sa hun. «Og hvis dere kjenner at det er noe som ikke stemmer, må dere stå på kravene». Det ble tatt MR og funnet en stor svulst som ikke kunne fjernes. Hun kom til å dø.

Men da Ylva ble overført fra nevrokirurgen til barnekreftavdelingen ble det bestemt å prøve cellegift. Det vekket håpet.

NORMALT. Det ble et liv i to verdener. Den gamle kjente, med jobb og finanskriser og folk som kjeftet fordi noen hadde kastet plast der det skulle kastes stein. Og den nye, med sykehus, medisiner og barn som døde. Helander fant ut at det beste var å være til stede der han var. På jobb tenkte han minst mulig på sykehuset, på sykehuset minst mulig på jobben.

«Jeg hadde ikke tenkt at boken skulle handle så mye om meg.»

– Ikke å jobbe var ikke noe alternativ. Ylva var vant til at pappaen jobbet mye, skulle jeg plutselig leke med henne hele tiden, ville hun blitt sur. Å bevare det normale ble viktig, sier han.

Men han endret seg og sier han ble kjent med Ylva på en måte han aldri ville blitt om hun var frisk.

KRITIKK. Første gang han delte noe på Facebook, var han i et slags sjokk. Han prøvde seg fram, spurte seg selv om det var greit å dele tanker om sykdom og død på sosiale medier.

Han traff en nerve. Hans og Ylvas historie fikk ukjente til å kommentere, sende e-post og brev. Det gjør de fremdeles.

Han tror alle har godt av å vite noe om det han har vært gjennom. I forordet skriver han at «jeg ønsket, og ønsker fortsatt, å vise at det å ha et sykt barn ikke trenger å bare være et helvete, at å leve med alvorlig sykdom også er et liv».

Å dele har gitt ham mening. Sånn er det ikke for samboeren, som ikke ønsker å dele Ylva med hele verden. Helander skriver at diskusjonene har vært mange og presiserer at det han deler er hans versjon.

Han har også blitt kritisert for at Ylva ikke lenger kan samtykke. Til dem sier han at han er ganske sikker på at hun ville vært glad for å hjelpe andre.

ENGASJERT. For ham har det vært viktig å fortsette livet. Sammen med Trond Espen Hansen har han stiftet Sykehusbarn, som skaper lyspunkter for barn på sykehus. Senere denne dagen skal han til Rikshospitalet for å levere tv-er til ungdomsrommet. Gjennom dette engasjementet lever Ylva og han selv videre.

Helander sier han ikke bærer på noe nag. Han er ikke sint fordi datteren ble født, fikk hjernesvulst og døde. Han tenker ikke på om svulsten



Fakta

Magne Helander

Aktuell med: Englepappa.
Historien om Ylva og meg

kunne blitt oppdaget før. Han har erfart svakhet i helsevesenet, som at lokalsykehus og spesialisyskehus ikke kommuniserer, men tror det vil bedre seg.

– Man kan være fornøyd med Sykehus-Norge uten å være fornøyd med alt, sier han rolig.

HJEM. Cellegiften reddet ikke Ylva. Da hun var døende, fikk hun komme hjem. Magne Helander sier han ikke ville vært den tiden foruten. Da var han så forberedt og så så tydelig at det ikke var noe alternativ til døden.

Ylva døde etter nesten seks uker. Da hadde både han og Cecilie sagt til henne at det var greit om hun ikke orket mer. For Helander satt det langt inne. Da han sa det, var det som å skru av en bryter. Han er helt sikker på at Sehun oppfattet ordene. Og i ham slapp bekymringene, redselen og hysteriet taket. Ylva døde fredelig ikke lenge etter.

Få dager etterpå gikk han på jobb. Han er ærlig om at han innimellom blir overveldet av sorg og savn. Men han lar seg ikke fange.

– Da drar jeg til et sykehus, ringer en sykepleier jeg ble kjent med eller tenker på at hvis Ylva hadde levd, hadde hun hatt det helt for jævlig.

Han snakker om en Ylva-effekt. En ny åpenhet. Ikke alle han treffer går lenger ut fra at han bare har det fælt. Flere tør å snakke om det han har opplevd og ta det innover seg. Boken har fått stor respons.

Helander håper han har laget en kanal mellom de to verdenene han beveget seg mellom i fire år. Han opplever at hans historie får folk til å være litt mer til stede. Det er han glad for.

– Jeg hadde aldri trodd at døden skulle gi så mye, sier han. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Se anmeldelse av boken på neste side.



Fakta

Omsorg i kriser

Gyldendal Akademisk
Av Petter Skants
259 sider
ISBN 978-82-05-46713-2

Anmelder:
Kjetil Skotte, sykepleier

Verdifull i krisesituasjoner

ANMELDELSE: Denne omfattende og detaljerte håndboka om det psykososiale arbeidet ved ulykker og store hendelser bør finnes ved personalavdelingene i alle større bedrifter og nødetatene. Spesielt de som opererer utenlands kan brått få behov for gode råd og praktisk veiledning hvis for eksempel en medarbeider dør, eller bedriften rammes av terror eller naturkatastrofer.

Petter Skants er beredskapsleder i Sjømannskirken, og øser av sin mangeårige internasjonale erfaring med hjelpearbeid. Boka tar for seg dagens medievirkelighet, der den raske nyhetsformidlingen er en stor

utfordring. Råd om hvordan forholde seg til sosiale medier, hvor viktig det er å ha en beredskapsplan om det utenkelige skulle skje og ha klart definerte roller når det skjer, er bare noe av innholdet.

Kapittel for kapittel tar han for seg alle tenkelige sider ved død, sorg og traumatiske hendelser, ulike religioners skikker, liturgi for minnemarkering, stressreaksjoner, debriefing etc. Skants ønsker å gjøre det lettere for støtte- og oppfølgingspersonell, som enkelt kan slå opp på de aktuelle temaene eller finne sjekklistene. Han går grundig inn på temaene «Psykososial kriseledelse» og «Psykososial oppfølging». Med stor psykologisk innsikt

forklarer han hvor viktig den menneskelige, lyttende og omsorgsfulle personkontakten er underveis og i oppfølgingsarbeidet etterpå.

Det er ingen tvil om at Petter Skants har enorm kunnskap om temaet, og boka vil være svært nyttig både i forberedelser og når man står midt oppe i en krisesituasjon. Det er likevel et minus at det knapt finnes litteratur- eller kildehenvisninger i teksten. Det gjør at leseren undrer seg over om dette er noe forfatteren vet av seg selv eller har lest seg til. Tross litteraturlisten burde Gyldendal Akademisk tatt litt mer grep for å gjøre en ellers bunnsolid bok fullt troverdig. ●



Fakta

Englepappa

Av Magne Helander
Kagge Forlag, 2014
173 sider
ISBN: 978-82-489-1525-6

Anmelder: Line Bolgvåg,
anestesi-sykepleier

En fars fortelling

ANMELDELSE: Boken handler om syv år gamle Ylva som døde av kreft, men først og fremst er den en fortelling om hvordan faren hennes, forfatter Magne Helander, endret sine verdier fordi hun ble syk. Han har satt livet sitt i perspektiv og har et budskap om tilstedeværelse. Hvordan lykkes han i å formidle det?

Historien fortelles kronologisk, og innlegg fra Facebook er flettet inn i teksten. Dette grepet er godt fordi det minner leserne om konteksten: Ylvas tre siste år ble delt på Facebook med over nitti tusen følgere. Dette valget har vært kontroversielt og forsvares av Helander i boken.

Språket er muntlig, noe som gir en

særegen fortellerstemme som kler fremstillingen godt. Det er fritt for medisinsk sjargong. Bildebruken er original og treffende, som når hjernesvulsten beskrives som en «brennmanet med masse tråder som ikke ble fanget opp av MR-bilder». Beskrivelsene av forfatterens forhold til Ylva og samboeren oppleves som autentiske hvor han sier mye med få ord. Men andre ganger er det som å lese et referat; mye prat og lite å lese mellom linjene. Litt kutting og omskriving av teksten kunne ha gjort den mer engasjerende.

Helander beskriver et helsevesen hvor et fokus på teknologi og effektivitet fortrenger omsorg og medmenneskelighet. Denne systemkritikken,

som også Per Fugelli belyser sin bok «Døden, skal vi danse?», kunne ha økt bokens aktualitet hvis den hadde fått mer plass. På den andre siden er dette en personlig beretning og ingen debattbok.

Flere bøker utgitt de siste årene angår livet med en kreftsykdom. Felles for mange av dem er et uttalt mål om å formidle livsvisdom, og de er ofte skrevet i jeg-form. «Englepappa» føyer seg her inn i rekken.

En forfatter kan endre hvordan leserne ser verden ved å la dem betrakte den gjennom karakterens øyne. I deler av boken lykkes Helander med dette, og der formidles budskapet godt. ●

Hva
leser du
nå?

Liv Bjørnhaug
Johansen

Sammen- brudd, fag og tegneserier

LITTERATUR: Jeg har akkurat lest ferdig Sylvia Plaths «Glassklokken». Jeg fant den i gjenbruksboden på søppelfyllinga og la den straks i en bunke jeg har på soverommet med sånne bøker jeg absolutt burde ha lest. Boka handler om en typisk flink jente som mister fotfestet i overgangen til voksenlivet og får et sammenbrudd, eller kanskje er det en psykose. Plath tok selv livet av seg i 1963. Jeg så for meg at den skulle være tung og trist, men det er faktisk en lett og åpen, liten bok som gir et veldig troverdig bilde av prosessen. Jeg vil absolutt anbefale den til alle som har med psykisk syke unge å gjøre.

Som ny bokanmelder i Sykepleien, må jeg vurdere mange bøker med tanke på anmeldelse. For øvrig er jeg veldig glad i å lese tegneserier og er så heldig å bo i nærheten av Drammensbiblioteket, som har en imponerende tegneseriehylle.

liv.b.johansen@gmail.com



Alder: 35

Yrke: Sykepleier og nyansatt som ansvarlig for Sykepleiens boksider

Kropp på timeplanen

ANMELDELSE: Hva skjer når mennesker med funksjonshemninger må forhandle om livet sitt i møtet med helsepersonell og saksbehandlere? Hvordan møter en 15-åring i rullestol forventninger om å søke uføretrygd og ikke delta i arbeidslivet? Systemene som produserer merkelappene er sammensatte og påvirket av kultur, historie og politikk.

Jan Grue er forsker ved Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, og språkviter og har vært rullestolbruker siden han var åtte år. Teksten handler om funksjonshemning, og eksemplene er hentet fra populærkultur, samfunn og forskningen i dette feltet. Det er mange interessante betraktninger og tanker i boka, og noen overraskende.

Grue mestrer å lyssette forståelser og kontekst til bokas viktigste begreper, den hårete distinksjonen «uvanlig» og «vanlig»: Avvikende kropp skaper sosial uro og kan markere seg som fysisk ekle. Ekstraordinære kropp tiltrekker seg oppmerksomhet i form av hjelp og kontroll. Velledighet er avhengig av både en villig giver og en takknemlig mottaker. Glitrende og tankevekkende eksempler fra hvordan dette utspilte seg i Charles Dickens viktorianske samfunnsorden, og nytenkende vinklinger om for eksempel stirring – og hvordan uvanlige kropp betrakter vanlige kropp Sykepleieres interesse for

identitetskonstruksjoner kan kanskje ved første øyekast virke som et perifert felt. Men vår jobb i det medisinske landskapet innebærer merkelapper, klassifisering av kropp, og mennesker er kropp. Derfor er også omdreiningspunktet for denne boka interessant for sykepleiere: «Hva gjør en kropp uvanlig?»

Hvordan virker kroppene på hverandre? Hvordan skaper kropp mening? Hvem er de verdig trengende? Hvordan oppstår en felles forståelse om en verdig død? Hvorfor må kreftpasienter alltid tenke positivt? Hva er standarden for et verdig liv? Hvilket utgangspunkt har vi for å forstå andre kroppers erfaringer? Hvordan er det å være Usain Bolt? Hvordan kjenner det å løpe så fort? Har jeg tilgang til dette på noen annen måte enn slik det å løpe fort som Bolt fremtrer for meg? Som Grue skriver så fint: «En annen kropp er et annet liv.»

Språklig er boka skrevet i en akademisk stil som dessverre begrenser målgruppen noe. Det er verdt å nevne at Grue skrev et språklig letterte tilgjengelig essay over samme tema, publisert i Samtiden i januar.

Denne boka genererer spørsmål og handler om mye, kanskje med fare for at diskursene blir «svaret» og forklaringene, men her er mye godt stoff for videre lesing, og dessuten et skattekammer for mangfoldige undervisningsopplegg. Mitt ønske er at Jan Grue skriver ei lang bok neste gang! ●



Fakta

Kroppsspråk.

Fremstillinger av funksjonshemning i kultur og samfunn.

Av Jan Grue
Gyldendal
Akademisk, 2014
158 sider
ISBN 978-82-05-46231-1

Anmelder: Ingrid Jahren
Scudder, sykepleier
og master i
helsefagvitenskap

«Hvem vi er, handler i stor grad også om hvem vi blir fortalt at vi skal være.» Jan Grue, *Kroppsspråk*



Matnyttig. – Cochrane er først og fremst et oppslagsverk, ikke et verktøy for å ta beslutninger ved senga, sier Claire Glenton.

Cochrane – kunnskapens frie tre

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Det har gått 26 år siden den skotske legen Archibald Leman Cochrane døde. Han var motstander av at legene selv valgte behandlingsmetode etter eget forgodtbefinnende, og ønsket at helsetiltakene skulle være basert på mer objektive kriterier. Randomiserte kontrollerte studier var veien å gå, mente han, og skrev en bok om det.

Boken fikk sine tilhengere, og i 1993 dannet en gruppe leger og forskere, hovedsakelig fra medisinske miljøer i England og Canada, organisasjonen The Cochrane Collaboration, under ledelse av legen Iain Geoffrey Chalmers.

– De var en gjeng med idealistiske 68-ere som var opptatt av det etiske og det uavhengige. De var ikke redd for å utfordre autoriteter, og organisasjonen blir av enkelte kalt «the revenge of the nerds», sier Claire Glenton, direktør for den norske Cochrane-grenen.

Hun holder til i andre etasje hos Kunnskaps-senteret i den gamle kvinneklinikken på det tidligere Rikshospitalet i Oslo.

UKLAR SPRÅKBRUK. Glenton er sosialantropolog og mor til en gutt som har blitt så stor at han jobber som sykepleier ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

– Han ringer meg én gang i uka fordi han lurer på om han har tolket en eller annen systematisk oversikt fra Cochrane riktig. Det er fantastisk for meg, for da får jeg en kontakt der ute så jeg vet hva folk lurer på, sier Glenton på en umiskjennelig engelsk aksent som bryter mot en anelse bergensk.

Glenton junior kan for eksempel påpeke ordbruken.

– Vi formulerer oss ofte uklart, og blander gjerne «no evidence of effect» med «evidence of no effect». Noen ganger spør jeg om vi ikke bare kan si

at vi ikke vet, men akkurat det er visst veldig vanskelig for forskere å si, forteller Glenton.

Akkurat dette har den norske Cochrane-gjengen gitt tilbakemelding om sentralt, og det er igangsatt arbeid for å forbedre språket. Glenton oppfordrer også sykepleiere om å gi tilbakemelding dersom de oppdager at en oppsummering er uklar eller at forfatterne ikke har målt viktige utfall.

– De kan ringe oss eller ta kontakt med gruppen som har stått for oppsummeringen. Det er en gjeng med stort sett omgjengelige mennesker.

TO NETTSIDER. På nettet finnes én nettside for organisasjonen (cochrane.org) og én for biblioteket med de systematiske oversiktene (thecochranelibrary.org).

Det er på biblioteksiden du kan søke hvis du lurer på om en medisinsk behandling eller et tiltak har effekt. Hvis du ikke er vel bevandret i stammespråket til det aktuelle forskningsfeltet, kan du velge «plain language»-oppsummeringene. Eventuelt kan du søke på Kunnskaps-senterets

«Poenget blir å minimere risikoen for feil.» Claire Glenton

nettsider og kanskje få en norsk oppsummering.

Så kan du få et uhildet svar, ubesudlet av farmasøytiske eller andre kommersielle interesser. Men akk, som oftest kommer svaret som gjør deg like vis som før: De fleste oversikter fra Cochrane konkluderer nemlig med «no evidence of effect», det vil si at forskerne er usikre på om en

behandlingsmetode virker eller ikke.

Flaks da, at dette er en konklusjon som forskere liker å høre.

– At reviews viser at det trengs mer forskning på området, er faktisk en viktig argumentasjon å ha med når man søker om finansiering til studier, forklarer Glenton.

SIKRER KVALITET. – *Hvordan vet dere at de over 28 000 bidragsyterne over hele verden er til å stole på?*

– Vi kan aldri stole 100 prosent på forskningen, men å kontrollere at oppsummeringen blir gjort ordentlig er kanskje den viktigste jobben vår. Vi har gjort feil og lært underveis. Poenget blir å minimere risikoen for feil. Det gjør vi ved at forfatterne blir fulgt opp i flere ledd på en helt annen måte enn de blir i vanlige peer reviewed tidsskrifter. Vi har også utviklet en mer standardisert redaksjonell prosess enn vi har hatt før, sier Glenton.

SPIN-OFF-PRODUKTER. – *Hvordan kan sykepleiere best bruke Cochrane?*

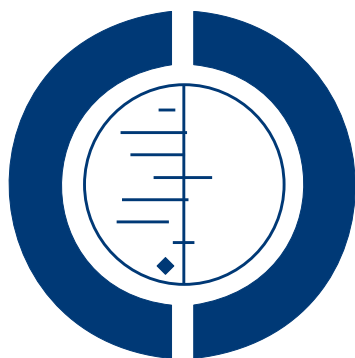
– Det er først og fremst et oppslagsverk, ikke et verktøy for å ta beslutninger mens du står ved senga. Cochranebiblioteket er på en måte moderskipet for den kunnskapen vi produserer.

Glenton nevner ulike sykepleiernetttverk, plain language-oppsummeringer eller ulike blogger som spin-off-produkter fra dette biblioteket som kan være nyttige for sykepleiere.

– Et eksempel på en god blogg jeg bruker å lese, er «Evidentlycochrane.net», hvor de fleste av innleggene er skrevet av sykepleieren Sarah Chapman.

Chapman skriver om de siste Cochrane-oppsummeringene og kobler resultatene på en

Nerdehevn: Direktøren for den norske grenen av Cochrane i Norge, Claire Glenton, synes forskerne kunne vært flinkere til å si rett ut at de ikke vet.



Spesiell logo: Logoen til Cochranesamarbeidet betyr noe helt spesielt. Se Claire Glenton forklare den på Sykepleiens nettsider og Ipad-utgave.

RCT-mannen: Cochranesamarbeidet er oppkalt etter den skotske legen Archibald Leman Cochrane som var tilhenger av randomiserte kontrollerte studier (RCT).

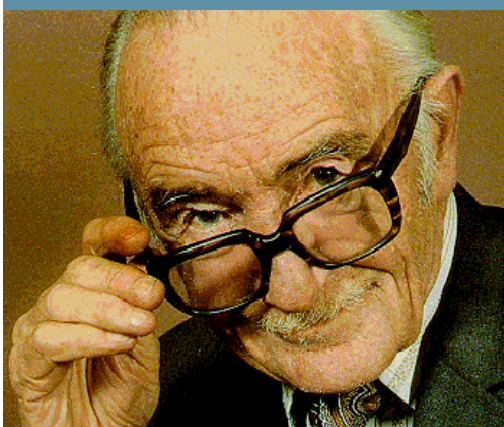


Foto: Cardiff University Library, Cochrane Archive, University Hospital Llandough.

begripelig måte til praksis. Glentons sykepleier-sønn syntes for eksempel hennes januarinnlegg om at verken sølv, honning eller systemisk antibiotikabehandling hjelper i venøs leggsårbehandling, var interessant. Det brukes fremdeles mye sølvbaserte produkter i norsk sårbehandling, men forskningen gir altså ingen indikasjon på at det hjelper.

SYKEPLEIERTIPS. – Har du andre eksempler sykepleiere bør kjenne til?

– Javisst, sier Glenton og drar fram fire ulike norske omtaler av Cochranes oversikter, printet ut fra Kunnskapssenterets sider.

De viser at fem dagers antibiotikakur kan være like effektivt som 10-dagers behandling for barn med lungebetennelse. At bruk av narresmakk ikke fører til mindre amming, at punktering av fosterhinnen trolig ikke forkorter fødselstiden og at sykepleiere trolig kan gi like god oppfølging til personer som trenger hiv-behandling som leger kan.

– Men Cochrane gir aldri noen anbefalinger, siden beslutninger må tas på grunnlag av flere forhold, blant annet pasientens ønsker og verdier, samt praktiske og økonomiske forhold, sier Glenton. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta.

HVA COCHRANE ER: «The Cochrane Collaboration», eller cochranesamarbeidet, er en internasjonal ikke-kommersiell organisasjon som lager systematiske oversikter over helseforskning, hovedsakelig om behandlingsmetoder.

HISTORIE: Organisasjonen ble startet i 1993 i Oxford, England, og ble oppkalt etter den skotske legen Archie Cochrane.

GJØR HVA: Cochranesamarbeidet sammenstiller de ulike studiene som er gjort innen et område og vurderer både kvaliteten og resultatene av studiene, slik at det blir lettere å se om noe faktisk har effekt eller ikke. Der det er mulig, slås studieresultatene sammen i såkalte meta-analyser.

COCHRANE-OVERSIKTER regnes som en av de mest pålitelige kildene til kunnskap om effektene av helsetiltak.

HVOR: Cochranesamarbeidets oppbygging skiller seg fra andre forskningsorganisasjoner ved at den mangler en fysisk base. Men en hovedredaksjon er plassert i London, under ledelse av den tidligere redaktøren for BMJ Evidence Centre, David Tovey.

OMFANG: Cochrane har per 24. oktober publisert over 6141 systematiske oversikter.

ARBEIDET er spredt over hele verden på 52 redaksjoner og mesteparten forgår på nettet. De frivillige bidragene kommer fra mer enn 28 000 bidragsytere fra over 100 land.

COCHRANE I NORGE: I Norge bidrar 268 personer, deriblant flere sykepleiere, og hovedbasen er hos Kunnskapssenteret i Oslo.



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- 1 Hva er THC?**
 A Virkestoffet i cannabis
 B Et enzym i genene våre
 C Tuberkulosesykepleiere innen hjemmehjelp

2 Hvor mange prosent mannlige medlemmer har NSF?

- A Rundt 4%
 B Rundt 8 %
 C Rundt 16 %

3 Når åpnet den første helsestasjonen i Norge?

- A 1911
 B 1934
 C 1956

4 Hvor mange helsesøsterutdanninger har vi i Norge?

- A 3
 B 6
 C 9

5 Når startet helsesøsterutdanningen i Norge?

- A 1934
 B 1947
 C 1956

6 Hvor mange faggrupper har vi i NSF?

- A 9
 B 21
 C 34

7 Hvor mange menn har vært forbundsledere i NSF?

- A 0
 B 1
 C 3

8 Hva har ebola fått navnet sitt fra?

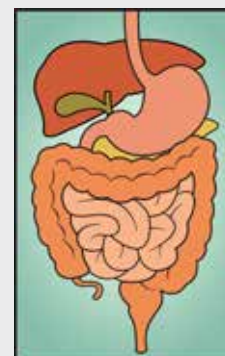
- A En elv
 B En flaggermus
 C En diktator

9 Hva trenger vi milten til?

- A Å lagre giftstoffer
 B Å rense blodet for fremmede substanser
 C Å produsere kjønnshormoner

10 Hva kan det latinske navnet for blindtarm også bety?

- A Udugelig
 B Hjerteklaff
 C Tekstvedheng



Hva kan blindtarm på latin (den lille krokete halen til venstre) også bety på norsk?

- 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1A, 2B, 3A, 4C, 5B, 6C, 7B, 8A, 9B, 10C (appendiks)

Randis hypokonderkryssord

😊	TAGG BADE- GAL	▼	BIL- KJ.- TEGN	LØFT- ER ELV	▼	POL- PARTI	DYR	LEVER	NARKO	ORG.	NEET INTERJ.	▼	DYR	AMMET POL.- PARTI	▼	TALL	DEL MYNT	▼	GONO- REEN VOK.	▼
BALNEO- TERAPI LEVERTE	▼		▼	▼		▼	▼	▼	▼	▼	▼		▼	▼		▼	▼		▼	
▼		SKAL- PELL PÅLEGG	▼																	
FLIRTE VØRE	▼		SYKD. ART.	▼				SÅR		OM- RING!	FORF. MÅL	▼		DRIKK	▼		USLE	MÅL	UNDER- LIG	
▼			▼			REKKE	▼		AKTRE	▼	▼					MØBEL	▼	▼	▼	
BARN WC	▼											PLATE	DYR	ESS	SUPE DANS- ER	▼				
▼			KLEDE	RAGET	OS	FRI	BAD			DR. FUGL	▼							MÅL NYN.- ART.	▼	
JORD- MOR	▼		▼	▼	▼	▼	▼													
GONO- REEN		OS	▼						MÅNE	▼		ART.	▼			SMÅTT	▼			
▼																				

Se løsning på kryssord side 79.



Meninger

Del 4 Sykepleien 13 | 2014

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



15 minutter: Det tar tid å få på seg drakten som skal hindre smitte. Foto: Marit Fonn

Rustet for smitten

Ebola. Malin Jørgensen var en av dem som sto klar da den norske ebolasmittete legen ankom Ullevål. **86**



NSF. Et statsbudsjett med plusser og minuser. **78**



Glemte løfter. Mennesker rammet av demens må tas på alvor. **83**



«Vi protesterer når «grunnlova» i arbeidslivet blir svekt.» Anders Folkestad. **84**



Både og. NSF applauderer regjeringens signaler om kompetanseutvikling i kommunene, men ikke alle valgløftene blir holdt.

Et budsjett for fremtidens sykepleietjeneste?

Om kort tid vil den store veksten i helse- og omsorgssektoren komme. Vi er derfor svært tilfreds med satsingen på å utvikle sykepleiekompetansen og sykepleietjenestene i kommunene. Som sykepleiere er vi tillagt et stort faglig ansvar for kvaliteten på behandling og omsorg til de sykeste og døende. Derfor har vi i våre krav til regjeringen vært tydelig på hvor viktig det er å utvikle kompetansen der pasientene skal få mesteparten av oppfølgingen og behandlingen.

SATSER. I forslaget til statsbudsjett for 2015 er det foreslått en vesentlig satsing på nye plasser, både dag- og døgnplasser. Det er opprettet en egen ordning på 260 millioner kroner til kompetanse- og tjenesteutvikling, og det er avsatt 12,5 millioner til å utdanne kliniske ekspertsykepleiere i kommunene med masterutdanning. Dette er godt nytt for sykepleietjenesten i kommunene og starten på en satsing som må fortsette.

Så må vi også komme med litt kritikk. Det er viktig og i tråd med våre og fagmyndighetenes anbefalinger å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Satsingen er imidlertid kun et ønske fra regjeringen om at kommunene skal bruke 200 millioner kroner mer til dette i 2015. Vi er svært fornøyd

med det tydelige signalet, men mener det er behov for en forpliktende opptrappingsplan med øremerkete midler om vi skal oppnå reelle resultater.

Regjeringen legger også opp til en beskjeden vekst i de økonomiske rammene til spesialisthelsetjenestene for 2015. Sykehuse-nes økonomi foreslås styrket med 2 milliarder kroner. Forslaget legger ikke tilstrekkelig til rette for investeringer i kompetanse, utstyr og bygg i en utstrekning som er nødvendig for å oppnå en effektiv og forsvarlig drift, reduserte ventetider og økt kvalitet i pasientbehandlingen. Det er blant annet et betydelig behov for å utdanne flere spesialsykepleiere innenfor operasjon, anestesi, intensiv og barnesykepleie.

Vi minner om at Erna Solberg og Bent Høie få dager før forrige valg lovte 12 milliarder mer til sykehusene over en fireårsperiode.

«Effektiviseringsgevinsten skal tas ut i forkant og uten nødvendige omstillingsmidler.»

Budsjettet for 2015 signaliserer at valgløftet ikke kommer til å bli holdt.

REALISTISK. Gjennom statsbudsjettet presenteres også regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Den innebærer at 0,5 prosent av de statlige virksomhetenes driftsutgifter trekkes ut for å kunne brukes til andre formål.

NSF er enig i målsettingen om å jobbe smartere og unngå unødige byråkratisering. Vi forutsetter imidlertid at en slik effektivisering legger til grunn nødvendige investeringer i kompetanse, bygg, utstyr og IKT og baseres på konkrete vurderinger av potensialet for forbedringer i den enkelte virksomhet. I forslag til statsbudsjett skal slik effektiviseringsgevinst tas ut i forkant og uten nødvendige omstillingsmidler.

Manglende balanse mellom oppgaver og ressurser er en stor utfordring i helsesektoren, og gir seg utslag i høyt sykefravær, utstøting og deltid. Regjeringens krav om effektivisering og konkurranseutsetting vil forsterke dette problemet ytterligere. Hvis sykepleiere og andre helsearbeidere skal løpe enda fortere, vil resultatet bli dårligere pasientbehandling og større helsebelastninger. ●



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Sykepleiere som ressurs i utdanningen av medisinstudenter

HELGEN 10. - 12. OKTOBER arrangerte Norsk medisinstudentforening i Pécs i Ungarn en faghelg for norske medisinstudenter ved det medisinske fakultet i byen. Hele seks av kurs- og foredragsholderne var norske sykepleiere.

Veneflon- og injeksjonskurset ble holdt av 3 norske sykepleiere, og totalt 80 studenter deltok på dette kurset i løpet av helgen. Her fikk studentene lære å legge inn venefloner, samt å sette intramuskulære og subkutane injeksjoner. De fikk dessuten en grundig innføring i bruken av venefloner, aseptisk teknikk og de forskjellige I.V. væskene.

Det ble også avholdt et kurs i luftveishåndtering med anestesisykepleier som kursleder. Studentene fikk opplæring i luftveisanatomi, intubering og forskjellige teknikker for å håndtere og sikre luftveiene til en pasient. Mange av studentene ble overrasket over hvor selvstendig en anestesisykepleier jobber, og hvor mye deres arbeidsoppgaver innebærer.

Førstehjelpskurs med DHLR er noe som etter min mening både medisinstudenter og sykepleierstudenter burde være gjennom i løpet av studiet. Denne gangen var vi så heldige at vi fikk arrangert et førstehjelpskurs holdt av tre sykepleiere med erfaring fra akuttmottak, legevakt og intensivsen. Responsen på dette kurset var over all forventning, og tilbakemeldingene lot ikke vente på seg.

Under samtale med studentene under faghelgen nevnte flere at sykepleiere er en god ressurs innen undervisning av medisinstudenter og at innen enkelte områder kunne denne ressursen vært brukt mer. Det trekkes frem at dette kan føre til en bedring i samarbeidet og respekten mellom lege og sykepleier. Flere medisinstudenter nevner også at de fikk et nytt syn på sykepleierens kompetanse og deres arbeidsoppgaver. En av medisinstudentene nevnte at sykepleierens evne til å kommunisere med pasienten var noe hun lærte mye av. Hvor mye arbeid, målinger og undersøkelser som blir gjort før legen kommer inn i rommet var også noe som overrasket mange av studentene.

Sykepleierne selv opplevde studentene som interesserte og kunnskapssøkende under faghelgen. Det fremheves at sykepleiere er en stor og sterk yrkesgruppe som har mye å bidra med og som kan tilføre medisinstudenter masse kunnskap. Under medisinstudenters hospitering og praksis ved norske sykehus, kunne de i enkelte perioder følge en sykepleier for å få mer trening på praktiske prosedyrer, pasientkommunikasjon og et bedre innblikk i en sykepleiers hverdag. Flere av studentene uttrykte interesse for dette.

Noen av de eldre studentene på 5. året påpekte at det var mange prosedyrer, deriblant venefloner, injeksjoner, opptrekking av medisiner og kateterisering, som de enten aldri hadde utført eller fortsatt var vel-

dig uttrygge på. En praksisperiode med en sykepleier på sengepost kunne nok bedret dette betydelig. Tverrfaglig utdanning hvor det er mindre fokus på profesjon, men mye mer på kompetanse og erfaring, kan innen enkelte områder være nyttig både for medisinstudenter og sykepleiestudenter. Per i dag har sykepleiere og leger felles AHLR-undervisning hvor begge nyter godt av hverandres erfaring. På samme måte som enkelte universiteter bruker leger til å undervise sykepleiere i sykdomslære, kunne en brukt sykepleiere til å undervise medisinstudenter i grunnleggende prosedyrer og enkelte avanserte prosedyrer. Spesielt sykepleiere er også en kjemperessurs som sikkert kunne vært brukt enda mer. En slik gjensidig bruk av hverandre gir de forskjellige yrkesgruppene en god innsikt i hverandres kompetanse og arbeidshverdag.

Flere medisinstudenter ga uttrykk for at de fikk en del aha-opplevelser over hva sykepleiere faktisk hadde lov til og hvilke arbeidsoppgaver de hadde. Muligens kan dette være en god måte å gi fremtidige leger en innsikt i hva sykepleiere driver på med og bedre framtidig samarbeid.

Voldtekstmottaket i Stavanger sendte en av sine sykepleiere for å holde et svært interessant foredrag om deres arbeid og om hvordan legen og sykepleieren jobber sammen for pasientens beste. Dette ble holdt for en fullstappet sal med over hundre studenter i salen, i tillegg til flere av de andre instruktørene og kursholderne.

Som en av arrangørene av denne faghelgen sitter jeg igjen dypt imponert over hvor lett det var å få sykepleiere fra Norge til å stille opp på denne måten, ulønnet, for å holde kurs og foredrag. Dugnadsånden lever tydeligvis fortsatt i beste velgående, og det er tydelig at det er mange som brenner for faget sitt og har mye å bidra med. Mitt ønske og håp er at den samme ressursen kan brukes ved norske arbeidsplasser, praksisplasser, universiteter og i frivillige organisasjoner. Sykepleiere som yrkesgruppe er en ressurs som på mange måter kan utnyttes bedre. Jeg tror også at veien til høyere lønn, bedre arbeidsvilkår og mer anerkjennelse går gjennom å vise hva vi faktisk driver på med og hva vi kan bidra med. Ved faghelgen vår i Pécs skjedde dette i aller høyeste grad.

Anders Christoffersen, sykepleier og med. stud

Løsning på kryssord i nr. 13/2014 (se side 76)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Munnstell av alvorlige syke

MUNNSTELL: Vi leste med stor interesse artikkelen til Trier og Jørstad i Sykepleien nr. 9/2014 om munnstell til alvorlig syke (1). Det er flott at det fokuseres på dette viktige feltet innenfor sykepleien og at kunnskapsbasert viten og praksis blir spredt.

Prosedyren Munnstell til palliative pasienter nevnes flere ganger i artikkelen. Som forfattere av denne prosedyren tillater vi oss å komme med noen kommentarer. I hovedsak sammenfaller den evidensen vi fant, og vår kliniske erfaring med det som framkommer i artikkelen, men vi ønsker å kommentere på bruk av arteriepinsett og glyserol.

Trier og Jørstad velger å ikke anbefale bruk av arteriepinsett og tupfere ved munnstell, med begrunnelsen at «arteriepinsett kan skade mucosa og tenner samt at tupfere kan (ved feil bruk av arteriepinsett) havne nedi pasientens luftveier». Det er viktig å skille mellom munnstell og fukting

av munnen. Munnpensler egner seg godt til fukting av tungen og fremre del av ganen, men egner seg lite til munnstell som innebærer rengjøring og fukting i hele munnhulen. Munnstell ved hjelp av arteriepinsett og tupfere er basiskunnskap for sykepleiere, og riktig bruk krever enkel og lite ressurskrevende opplæring/instruksjon. Vi praktiserer å skylle arteriepinsetten etter hvert stell, på samme måte som tannbørsten.

Ufaglærte som skal delta i munnstell og fukting av munnen til alvorlig syke, trenger god og forsvarlig opplæring både i bruk av utstyr, rense- og smøreremidler, og gjennomføring av selve munnstellet.

Vi støtter Trier og Jørstad i at pårørende er en viktig ressurs ved fukting av munnen, men vil minne om at de også trenger forsvarlig opplæring, bl. a. for å unngå at den syke får væske i svelget.

Siden det fortsatt ser ut til å være uklarheter omkring bruk av glyserol, vil vi nevne at ved bruk

av riktig konsentrasjon – 30 % eller lavere – er det ingen holdepunkter for at den virker uttørkende på sikt.

Til orientering er prosedyren Munnstell til palliative pasienter (2) nylig revidert, og oppdatert versjon vil bli publisert på www.fagprosedyrer.no

Lise Thorsen

På vegne av prosedyregruppen,
Haukeland universitetssykehus

REFERANSER:

1. Trier EL, Jørstad C. Munnstell av alvorlig syke. Sykepleien 2014;102(9):58-62.

2. Thorsen L, Helgesen R, Størkson AW, Solvåg K, Renna R. Munnstell til palliative pasienter. Helse Bergen. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/munnstell-til-palliative-pasienter>

Lure-sel gir bedre hverdag for demente

ROBOTSSEL: Det undrer meg at leder for Rådet for sykepleieetikk Berit Daae Hustad i innlegget «Selma er en lure-sel» i Sykepleien nr. 10/2014 viser så tydelig mangel på kunnskap i nevnte sak. Selv er jeg utdannet intensivsykepleier, men har i de siste årene arbeidet innen primærhelsetjenesten – og der tilegnet meg noe kunnskap innen det felte som omfatter pleie av demente.

Det jeg kjenner til om nevnte robotsel er at den med hell brukes for å få i gang samtale, eller roe en dement som brygger opp til uro eller aggressiv atferd. Dette er bare ett virkemiddel blant mange som benyttes i miljøterapi, som vi nå vet virker – og gjør den dementes hverdag god.

Jeg vet også at grunnen til at man ikke valgte å utforme den som en katt eller en hund, var nettopp at det var så kjent. Her ønsker man først og fremst å trigge reaksjoner – positive sådan – på å få et lite, pelskledd, varmt vesen på fanget, som sågar reagerer på tiltale!

Hvorfor ikke en ekte katt eller hund for den saks skyld? Jo, katt er det faktisk mange sykehjem som har – men det er ikke alltid det går like greit med tanke på personalet. Noen er som kjent allergiske, andre igjen syns katter hører til ute!

Når det gjelder hund vet jeg om flere avdelinger for demente som har avtaler med for eksempel «besøkshund».

Jeg har selv erfart at bare det å sette en babydokka på fanget til en urolig dement, kan være med på å roe henne ned.

Jeg vil råde Berit Daae Hustad til å invitere seg selv til en avdeling for demente der robotselen (blant andre «redskaper») blir benyttet i det daglige miljøskapende arbeidet, så vil hun fort begripe at det har mening!

Så savner jeg kommentarer fra noen med bedre kunnskaper og utdanning enn meg, til å komme med ytringer i denne saken. For jeg må si jeg ble opprørt av å lese artikkelen og glad over at noen svarte. Men, det var tydeligvis ikke godt nok!?

Helene Ramstad

«Har friske celler også, – ikke bare syke»

KREFT MED SPREDNING: Jeg ønsker å dele erfaringene til en god venn av meg som ble alvorlig syk for noen år siden. Vi som kjente henne godt og har fulgt henne gjennom ulike faser etter at hun ble syk, har forundret oss over måten hun har taklet livet og sykdommen på. Hva bidro til at hun klarte å holde motet oppe og bevare håpet?

Noe av det hun fortalte var at det var vanskelig å få diagnosen kreft med spredning, hun klarte ikke å ta det inn med en gang. I møte med helsetjenesten fortalte hun at noen leger var veldig ivrige med å realitetsorientere om sykdommen og prognosen. Hun forstod at dette var alvorlig, men hun ønsket ikke at alt fokuset bare skulle handle om sykdommen og de syke cellene og den dårlige prognosen. Hun opplevde det som utfordrende og kjedelig når det bare ble ensidig negativt fokus. I tillegg var det problematisk å få denne informasjonen så tidlig i sykdomsforløpet da man ennå ikke visste hvordan behandlingen ville virke. Hun hadde lest om en dame som var kreftsyk som levde mye lengre enn legene hadde trodd etter hun fikk diagnosen. Hun vektla at hun også hadde mange friske celler i kroppen og ønsket at legene skulle ha mer fokus på det og ikke bare på de syke cellene og selve sykdommen. Den måten å se livet på kan knyttes til Antonovskys teori om salutogenesen. Salutogenesen har fokus på hva som gir helse i motsetning til sykdom. I salutogenesen ser man på forholdet mellom å være syk og frisk som et kontinuum, en prosess, der vi hele tiden beveger oss mellom to ulike poler; det å være syk og det å være frisk. For å holde oss mest mulig mot den friske polen er det viktig å ha oppmerksomheten på det som gir oss positiv energi, overskudd og krefter. Alt som kan «fylle på» og virke positivt inn på helsen, som det å fokusere på de friske cellene i kroppen, se helheten og ikke bare sykdommen.

Hun fortalte videre at hun opplevde at legene ble mer lydhøre etter hvert, og hun ønsket bare å forholde seg til en fast behandlende lege i kreftbehandlingen. Da følte hun seg mer trygget på at de gjorde det beste for henne og at hun ble tatt på alvor. En del pasienter opplever å bli behandlet av mange forskjellige leger og synes det er slitsomt og utfordren-

de. Det beste for pasienten er å ha en fast lege som kjenner pasienten godt. Hun fortalte at da hun ble liggende på sengeavdelingen over lengre tid, så savnet hun hjelp til grunnleggende stell. Ett eksempel var at hun savnet å få tilbud om nytt laken da hun hadde ligget på det samme lakenet i en uke og svettet mye. I tillegg ønsket hun hjelp til å vaske seg og smøre huden som fort ble tørr av behandlingen. Hun opplevde at det var vanskelig å be om hjelp da hun så at de hadde det så travelt.

På tross av sykdommen og at hun har hatt regelmessig cellegift i mange år, har hun klart å mobilisere krefter til å gå videre. Hun tenker at det er viktig å leve her og nå og at hun har mange friske celler i kroppen som det er viktig å mobilisere. Fysisk trening har hun også hatt mye glede av. I tillegg betyr det mye å ha mange venner, familie og naboer som stiller opp. Godt sosialt nettverk og det at folk ikke trekker seg unna etter at hun ble syk, har betydd veldig mye. Det er også viktig å være åpen om hvordan man har det, dele både oppturer og nedture med andre. Som for eksempel når blodprøvene har vært fine og behandlingen har virket, samtidig som det er viktig å dele da det ikke gikk så bra. I tillegg opplevde hun å få krefter gjennom den kristne troen. Hun har følt at det er noen som bærer henne gjennom, som i diktet med «Fotsnorene». Hun har også vært gjennom tøffe tak i livet tidligere med dødsfall av ekte mann. Der fikk hun erfaring med å takle vanskelige situasjoner.

Det hun mener har vært det viktigste bidraget til å holde motet oppe, har vært god kontakt og støtte fra barna, barnebarn og svigersønner. I tillegg til kontakt med gode naboer, kollegaer og venner og det å være sosial og gå ut og spise sammen. I tillegg får hun mye overskudd av å gå på tur i skogen. Det å bevare humøret og bruke humor er også en viktig kilde til å holde motet oppe. Tilslutt nevner hun at det er viktig å ta kontroll over livet sitt slik det er. Si fra når det er behov, og ha bare en fast lege å forholde seg til som bryr seg om en og forstår hvordan en tenker.

Medlemsnummer 319475

Øremerking psykisk helsevern

OPPTRAPPINGSPLAN: Når blir det øremerking av penger til psykisk helsevern i kommunene og når kommer opptrappingsplanen?

Gleden var stor 28. oktober 2013 da helseminister Bent Høie gikk ut på Dagsrevyen og uttalte følgende: Vi vil øremerke penger til kommunene for å bygge ut tilbudet for mennesker med psykiske helseutfordringer, spesielt for å få et bedre tilbud med psykologer i kommunene. I den sammenheng ble det vist til Sintef-rapporten som viser at en av fire innleggelseser kunne vært unngått med bedre kommunale tilbud.

For seks år siden (2008) ble opptrappingsplanen avsluttet og erstattet med nedtrappingsplanen. Oslo har 634 000 innbyggere, og statistikken viser at en av tre trenger psykisk helsehjelp i løpet av livet. I Oslo utgjør dette drøyt 200 000. Regner vi ut at disse 200 000 har en pårørende hver i snitt, blir det om lag 400 000 som i perioder i livet trenger oppfølging. Pårørende er en glemt gruppe som altfor lenge er blitt overlatt til seg selv, og mange av disse har fått redusert psykisk helse grunnet belastningene og påkjennningene med å stå alene med syke familiemedlemmer.

Byrådet i Oslo ønsker å styrke psykisk helsearbeid i hovedstadens 15 bydeler med 31 millioner kroner som ikke er øremerket psykisk helsevern. Samtidig foreslår byrådet å kutte for 327 millioner i Oslo-budsjettet for 2015. Som kjent blir bydelenes økonomi dårligere og dårligere for hvert år. Bydelene sliter hvert år med desember-hodepinen for å få budsjettet i balanse. Hvor skal det kuttes i år? Blir det barnevernet eller barnehager eller psykisk helsevern?

Mental Helse Stovner er bekymret for at de 31 millionene forsvinner i det store kommunegapet da det ikke er øremerket. Og vi er bekymret for alle de som ikke får hjelp.

Målet vårt er at alle berørte i psykisk helsevern skal ha et best mulig liv og et best mulig tilbud.

Håper vi kan få svar på våre to spørsmål.

Når blir pengene til psykisk helsevern øremerket?

Når kommer opptrappingsplanen i psykisk helsevern?

Gunn Pound

Leder Mental Helse Stovner



Må fikses. Enkelte ting er rett og slett galt. Lønnsnivået til omsorgsarbeidere troner svært høyt på en slik liste.

Et hån mot pasientene

Det er sagt mange ganger før: Omsorgsarbeidere betales altfor dårlig. Men det bør gjentas og gjentas, helt til noe gidder å lytte. Helsefagarbeideren har 2 års utdanning og utfører noen av de viktigste omsorgsoppgavene i samfunnet. Til tross for dette har hun (og en sjelden gang en han) en begynnerlønn på 360 000 kroner. Det er ikke bare lavt, det er direkte skammelig. Et hån mot omsorgsyttelsene og en disrespekt mot pasientene. Kritikken og skylden for dette kan rettes mange steder. Et ennå ikke kjønnslikestilt samfunn er én faktor, og helsesektoren er en av sektorene hvor dette er aller mest tydelig. Av den enkle, men pinlige årsak at det er her det jobber mest kvinner.

ARV. Så kan man si at, ja vel, det var kjedelig at våre forfedre aksepterte et yrkesliv der noen av de viktigste yrkene lønnes absurd lavt, og at de som jobber der kan skyldes seg selv om de ødelegger både sener, nakke og rygg på å stelle eldre og syke. Men i dag er vi moderne, opplyste samfunnsborgere. Vi vet bedre, så dette rydder vi ganske enkelt opp i. Nei, det gjør vi så aldeles ikke. For i tillegg til ubalansert lønn basert på kjønn, handler det også om overflod av arbeidskraft. Hvilket er vanskelig å endre når behovet kun fortsetter å øke.

Så hvorfor justerer vi ikke ganske enkelt lønnen til omsorgsarbeiderne etter det øvrige arbeidslivet? Hvordan kan det være vesentlig bedre betalt å være politi enn helsefagarbeider? Spør nesten hvilken som helst politiker om dette, så vil svaret handle om «partene i arbeidslivet». Bent Høie svarte dette, og han er slett ikke hvilken som helst politiker: «Vi jobber med ulike ting, men når det gjelder lønn så er det et spørsmål mellom partene i arbeidslivet.»

Så sann er det med den saken. Det får vi altså ikke gjort noe med. Det stemmer heldigvis ikke. Jeg vet at å betvile dette fremstår naivt, ja likefrem idiotisk. «Du har ikke skjønnet det», «det er slik arbeidslivet fungerer». «Partene i arbeidslivet ... bla-bla ... partene». Stopp. Burde Fernanda Nissen og fyrstikkarbeiderne i Kristiania i 1889 tatt mere hensyn til maktens og sedvanens kvelende retorikk? Definitivt ikke! Heldigvis er historien full av helter som ikke lar seg stilne av samtidens destruktive

«Heldigvis er historien full av helter som ikke lar seg stilne av samtidens destruktive normer.»

normer. Og heldigvis organiserte fyrstikkarbeiderne seg, slik at de i dag fremstår som et av de sterkeste symbolene på kvinnekamp, fagorganisering og likeverd.

VITS. Staten ønsker ikke blande seg inn i lønnskamp. Det er forståelig. Og helseministre bryter sjelden skikk og bruk. Men ok, så sitter staten i baksetet. Hva da når «partene i arbeidslivet» ikke gjør jobben sin? Når «partene» selv ikke frem til 2014 har maktet å heve omsorgsarbeidere opp på et anstendig lønnsnivå? Hvordan i all verden kan vi akseptere at de som ofte ofrer rygg og ledd for å pleie våre eldre og våre syke ikke honoreres av samfunnet?

Dette må gjentas helt til noen bryr seg: Lønnsnivået for de klassiske kvinneyrkene innen helse er en vits. Sett bort ifra at det ikke er morsomt. Det er synd for samfunnet, leit for brukerne og respektløst ovenfor en hel gruppe kompetente omsorgsarbeidere over hele landet.

«Partene i arbeidslivet» fungerer som et avvæpnende sedativ som kveler all debatt. Et tryllemiddel som bortforklarer den åpenbare uretten. For det er egentlig såre enkelt: Det er urett på kanten til blodig at kvinnedominerte omsorgsykker tjener mindre enn de bør. La gå at jeg fremstår både naiv, drømmende og litt barnslig. Men enkelte ting er bare galt. ●



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, styreleder i Fønix Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gate-magasinet =Oslo. «Årets redaktør» i 2012. Mathiesen er fast skribent i Sykepleien.



Demens. Tema for TV-aksjonen i år var rent vann.

Husker du hva som var temaet i fjor?

Hjemmeboende med demens – et glemt kapittel

Ikke? Er du blitt glemsk? Kan det være demens?

I fjor samlet TV-aksjonen inn over 200 millioner kroner til Nasjonalforeningen for demens. Pengene skulle brukes til å bringe demensforskningen fremover, og til å gi mennesker med demens en lettere hverdag.

Høyre innrømmet i fjor at samfunnet har forsømt personer med demens. De ønsket derfor å bygge ut en bedre demensomsorg. Men jeg som jobber som demenssykepleier i det offentlige ser at behandlingen av og omsorg til denne pasientgruppen fremdeles nedprioriteres.

LEGGER NED. Kommunen jeg jobber i har lenge skrytt av at det nå skal satses på personer med demens. For meg blir dette fattige ord når de nå velger å legge ned et velfungerende arbeidslag som tilser hjemmeboende mennesker med demens. Grunnen? Dårlig økonomi.

Arbeidslaget bestod av en gruppe demenssykepleiere som ga eldre med kognitiv svikt faglig og omsorgsfull hjelp og pleie i sitt eget hjem. Som kartla hjelpebehov, iverksatte og fulgte opp tiltak. Vi fikk muligheten til å sette pasienten i fokus, gi personorientert omsorg og pleie og fremme tverrfaglig samarbeid.

Vi fikk stadig positive tilbakemeldinger fra takknemlige

pårørende. Pårørende som var i ferd med å gi opp fordi de hadde gått seg vill i jungelen av regler, søknader og byråkrati. Forståelig nok. Vi tok også hånd om dem som ikke hadde pårørende og som dermed var helt avhengig av at vi oppdaget deres diagnose og fikk tilrettelagt behandling for dem.

Nå blir vi i stedet fordelt over tre andre kommunale arbeidslag som tilser alle eldre i kommunen. Jeg mener dette er å svikte de demensrammete, og jeg håper inderlig dette ikke er representativt for hva som skjer med demensomsorgen i resten av landet.

Å kutte midler til hjemmeboende med demens ytterligere, vitner om en kommuneledelse som ikke vet nok om demens. Som ikke vet hvor sårbar denne pasientgruppen er for endringer, for å forholde seg til et utall ulike helsearbeidere med konstant dårlig tid.

BO HJEMME. Joda, kommunen har mye annet viktig å bruke penger på. Men dagens helsepolitiske føringer legger opp til at eldre skal bo i eget

hjem så lenge som mulig. Derfor er det helt bakvendt å legge ned tiltak som gjør at demensrammete kan bli boende hjemme lenger. Hvis demensrammete blir ivaretatt av kompetente helsearbeidere med demensvennlige holdninger, kan dette utsette og i enkelte tilfeller faktisk hindre innleggelse på institusjon.

Jeg tar gjerne med meg en kommuneleder eller rikspolitiker ut i min jobbhverdag. Så kan de få møte noen av disse tapre menneskene selv. Mennesker som kjemper i det stille i en tiltakende kaotisk og ukjent tilværelse. Jeg skulle ønske at vi kunne få fortsette å gjøre hverdagen litt lettere for dem. Så blir ikke kampen fullt så ensom.

Som en eldre demensrammet kvinne sa til meg: «Det er så hyggelig med dere fordi dere snakker til meg som en venninne. Ikke som til et barn som mange andre gjør!» Å tilnærme seg pasienter med demens på en god måte krever kompetanse om demens, og vel så viktig, kunnskap om mennesket bak sykdommen. Det hadde vi. Skal kompetanse bli den nye oljen, bør Norges kommuner støtte opp under og fremme nettopp dette.

Jeg håper at mennesker rammet av demens snart blir tatt på alvor. At de får verdig behandling og omsorg. Var det ikke det alle snakket om under TV-aksjonen i fjor? ●



Fakta

Carina Strømme

Demenssykepleier

«Dere snakker til meg som en venninne. Ikke som et barn.»

Demensrammet kvinne



Arbeidsmiljø. – Vi protesterer når «grunnlova» i arbeidslivet blir svekt.

Vil snikinnføre søndag som arbeidsdag



Fakta

**Anders
Folkestad**

Unio-leder

Regjeringa har foreslått omfattande endringar i arbeidsmiljølova. Unio – med støtte frå medlemsforbunda – avviser dei aller fleste forslaga. Vi protesterer når «grunnlova» i arbeidslivet blir svekt. Vernet for arbeidstakarane blir dårlegare. Det er skadeleg for rekrutteringa til helsesektoren.

Dersom regjeringa får gjennomslag for forslaget til ny arbeidsmiljølov, vil det mellom anna seie at tolv timars arbeidsdag kan bli vanleg og at søndagsarbeid går frå å vere unntaket til å bli normalt. Dessutan får arbeidsgjevarane meir makt. Den enkelte arbeidstakaren må i større grad enn før ta vare på seg sjølv. Alle desse forslaga vil få følgjer for sjukepleiarane. I tillegg vil meir bruk av mellombels tilsette, som òg er eit av forslaga frå regjeringa, kunne slå negativt inn i helsesektoren. Vi ser i dag mykje bruk av vikarar og korttidskontraktar, og det er fare for at denne praksisen vil bli meir utbreidd.

ARBEID PÅ SØNDAGAR. Unio legg til grunn at arbeidsmiljølova er og skal vere ei vernelov. Arbeidstidsreglane skal balanserast mot risiko for feil og arbeidsulykker, slik at arbeidstakarane ikkje utset seg sjølve og andre for fare. Forslaga som no er fremja, byggjer ned dette vernet. Difor reagerer Unio kraftig.

Sjukepleiarane er velkjende med å arbeide på søndagar. Rett og slett fordi det er nødvendig. Helsetenester trengst til alle døgnets tider, året rundt. Likevel må det vere eit mål å avgrense omfanget av søndagsarbeid, slik dagens lov legg til grunn. No føreslår regjeringa nye reglar som i praksis normaliserer søn-

opnar det for at det skal kunne arbeidast 26 søndagar på rad, altså kvar søndag i eit halvt år!

Då Dagbladet intervjuar sjukepleiarekteparet Øystein og Kirsti Vettran Nederhoel om dette, var svaret: «Hvis dette blir den nye hverdagen for oss som jobber turnus, vil vi ikke få en eneste søndag sammen med familien». Dei meinte at redusert stilling ville vere løysinga på ein slik arbeidssituasjon.

Kven skal bestemme? Arbeidstidsordningar utover grensene til arbeidsmiljølova blir i dag avtalte med fagforeiningane. Forbunda sentralt har det siste ordet. Ifølgje arbeidsminister Robert Eriksson er dette ei tvangstrøye. Han vil derfor at makta skal flyttast bort frå fagforeiningane sentralt, og at Arbeidstilsynet i framtida skal ha det siste ordet.

Unio meiner at forslaget byggjer på eit konstruert behov. Regjeringa legg til grunn at mange alternative arbeidstidsordningar blir stoppa av dei fagforeiningane sentralt. Dei tillitsvalde og medlemmene i NSF veit at det ikkje er slik. Det finst massevis av alternative turnusordningar, forhandla fram lokalt, og godkjende sentralt.

Forslaget frå regjeringa vitnar om sterk mistillit til fagorganisasjonane. Men verre er det at fagforeiningane skal få dårlegare vilkår til å verne medlemmene og vareta arbeidssituasjonen og helsa deira.

Arbeidsminister Eriksson aksepterer tydelegvis ikkje at ordninga vi har i dag har vore både fleksibel og ansvarleg. Forsking og erfaring viser at systemet fungerer (Fafo 2010) og at det ikkje hindrar nye måtar å ordne turnusar på.

MELLOMBELSE STILLINGAR. Unio og andre fagorganisasjonar går klart imot at det skal bli enklare for arbeidsgivarane å tilsetje folk på tidsbestemte arbeidskontraktar.

Ved å redusere arbeidsgjevar sin risiko vil fleire unge eller «utsette grupper» få jobb, er argumentet. I tillegg til at dette er eit retorisk grep, der ein skuvar «svake grupper» framfor seg, stadfester dette at arbeidsmarknaden i aukande grad er og bør vere segmentert.

Dermed legg regjeringa til rette for at arbeidsgjevarar skal kunne sortere mellom dei som er på A-laget, og som kan

«Med desse forslaget blir sjukepleiaryrket mindre attraktivt.»

dagsarbeid. Vi går frå ein situasjon der søndagsjobbing er unntaket, til at det kan bli normalen. Arbeidsgivaren i større grad vil kunne påleggje arbeidstakaren å jobbe på søndagar. Unio meiner at det er ei snikinnføring av søndag som arbeidsdag.

«Fleksibilitet» er grunngevinga for dei fleste forslaga når det gjeld arbeidstid. I realiteten ein fleksibilitet som skal tilpassast arbeidsgivaren sine behov. Slik lovforslaget er utforma,

tilsettast utan særleg risiko, og dei som i utgangspunktet er på B-laget eller C-laget, og som det er knytt stor risiko til. Det er også desse som utan vidare kan sendast av banen.

Det bør vere eit problem for statsråd Eriksson at også dei funksjonshemma sine organisasjonar avviser dette forslaget. Dei meiner, som oss, at det med fleire mellombelse stillingar blir vanskelegare å få fast jobb, og at fleire utsette grupper blir stengde ute frå den ordinære arbeidsmarknaden.

DÅRLEG LIKESTILLINGSPOLITIKK. Det er allereie fleire kvinner enn menn i mellombelse stillingar i Noreg. Ein analyse Fafo har gjort for Arbeids- og sosialdepartementet, viser at mellombelse tilsetjingar er mest utbreidde i kommunale og statlege verksemder. I kommunane var 11,4 prosent av arbeidsstokken mellombels tilsett i 2012. Nesten 80 prosent av dei tilsette i kommunesektoren er kvinner. I tillegg er denne sektoren gjennomsyra av deltidsarbeid. Fleire usikre stillingar er difor skadeleg, også i eit likestillingsperspektiv.

Sjølvsagt om forslaga til ny arbeidsmiljølov er meinte å vere kjønnsnøytrale, vil dei, slik vi ser det, ramme kvinner ekstra hardt. Regjeringa har ei plikt til å greie ut kva konsekvensar nye forslag kan få for likestillinga. Vi kan ikkje sjå at regjeringa har gjort jobben sin i dette tilfellet.

«Forslaget vil ramme kvinner ekstra hardt.»

Respons Analyse har nyleg gjort ei opinionsmåling for Unio. Målinga viser at folk flest ikkje veit kva forslaget til regjeringa kan føre til. Berre 14 prosent av dei spurde har oppfatta kva endringar forslaget vil medføre når det gjeld overtidsgjeld og søndagsarbeid. Arbeidsministeren har med andre ord vore flink til å pakke inn forslaga til endringar i arbeidsmiljølova ved å snakke om «mindre tilpassingar og justeringar» og «auka fleksibilitet». Den same retorikken har vore brukt frå arbeidsgjevarsidea.

Men når vi spør direkte om kva folk synest om forslaga, får vi tydelege svar. Til dømes er seks av ti negative til regjeringsforslaget om å gjere det lettare for arbeidsgivarane å innføre søndagsjobbing. Kvinner er meir negative enn menn. Det er ikkje er overraskande med tanke på at turnusyrka i ekstra grad vil merke endringane.

DRASTISK. Summen av forslaga vil innebære ei drastisk endring av det norske arbeidslivet. Rett nok står ein del ytre rammer fast. Men gjennom nye reglar for gjennomsnittsberekning, og meir makt til arbeidsgjevarane blir det mellom anna opna for:

- Turnusar der åtte av ti dagar er tolv timars arbeidsdag
- Turnusar på 26 søndagar i strekk
- Turnusar som svarer til 79 timars arbeidsveke
- Og kven trur det blir enkelt for arbeidstakarar, særleg dei som er mellombels tilsette, å seie nei takk når sjefen vil strekke arbeidstida?
- Vi veit at helsesektoren må rekruttere tusenvis av sjukepleiarar i framtida. Då burde regjeringa gjere yrket meir attraktivt. Med desse forslaget til ny arbeidsmiljølov risikerer vi at det i praksis blir politisk bestemt at yrket skal bli mindre attraktivt.
- Det er skadeleg. Det får drastiske konsekvensar. Det er feil politikk. ●



Treff jobbsøkere i **SYKEPLEIEN!**

I Sykepleien treffer du de passive jobbsøkerne. De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse. Vi tilbyr blad og nett til en pris, eller kun nett.

Kontakt markedsavdelingen
på **tlf 02409** eller e-post
mari.lemme@sykepleien.no



Sykepleien



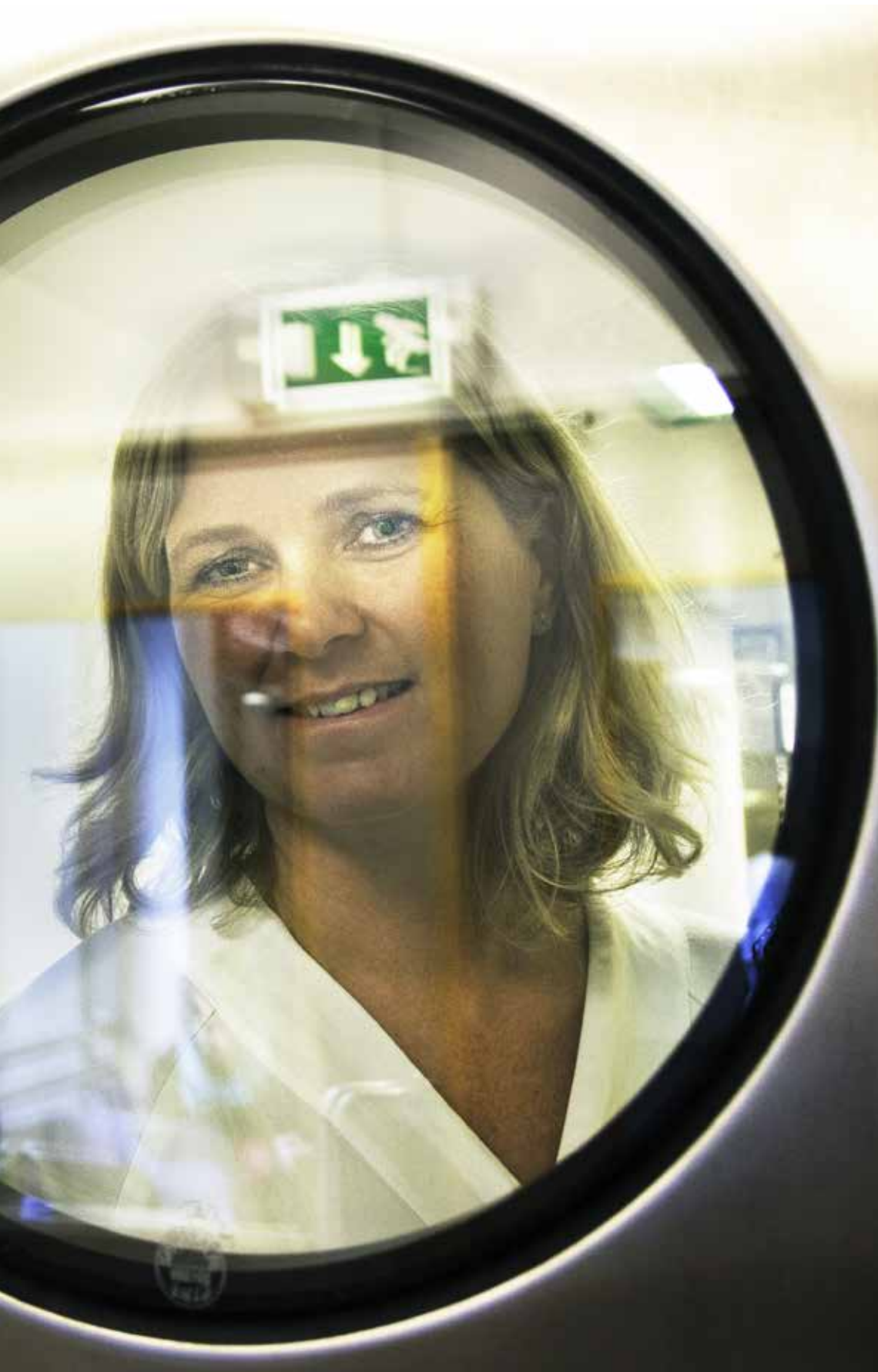
over

Ebola. Malin Jørgensen hadde ventet lenge på en høysmittepasient. Så kom den norske legen med ebola.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Sjefen: Innenfor denne døren hadde Malin Jørgensen kontroll på det meste av personalet.



Malin Jørgensen

Hvorfor: Fordi hun har hatt ansvar for å organisere personalet som har behandlet den norske ebolapatienten.

Stilling: Seksjonsleder på infeksjonsmedisinsk isolatpost på Oslo universitetssykehus, Ullevål

Utdanning: Sykepleier.

Alder: 43 år



Malin Jørgensen er midt i Downton Abbey når telefonen kommer: Norsk helsearbeider med ebola på vei fra Sierra Leone.

Kroppen fylles straks med adrenalin. Nå er altså dagen kommet. Jørgensen har ventet på en ebolapatient i seks år. Helt siden 2008, da de flyttet inn i den nye isolatposten. Den har ti isolater, fire av dem for høysmitte. Men hittil har ingen høysmittepasienter kommet. Legen som er på vei er den første.

Som seksjonsleder er hun forberedt. Jørgensen ringer beredsskapspsykeleieren, også hun er oppslukt av den britiske tv-serien.

– Nå er vi her! sier de til hverandre.

Dette har de trent på, men de har aldri sett hva de duger til i praksis. Fra denne søndagskvelden gikk de inn i en boble. Men nå, etter to uker, er de ute av den. Dagen før ble Lege Uten Grenser-legen Silje Lehne Michalsen friskmeldt. Malin Jørgensen var en av de sju hvitkledde som satt på geledd på pressekonferansen.

OVERRUMPLET. I heisen opp til infeksjonsposten på Ullevål sykehus lukter det desinfeksjon. Døren inn til posten er merket «Høysmitte». Den er låst, men journalisten får komme inn.

Dagen derpå har Jørgensen gitt alle sykepleierne sine fri. Hun kunne trenge det samme selv, men her er hun. I beredskap.

– Jeg er glad jeg fikk vite det søndagen og ikke mandag morgen. Så kunne jeg begynne å tenke personell.

Pasienten kom tirsdag, den 7.10. Datoen vil for alltid sitte spikret.

«Det var ganske heftig å stå der og vente.»

I to uker har folk lurt på hva som har skjedd innenfor disse veggene. Meldingene har vært knappe: Den navnløse pasienten ble kalt «helsearbeider» og «kvinne». Tilstanden var først «stabil», siden var det «tegn til bedring», og så altså happy ending.

Underveis har tillitsvalgte vært bekymret for 12-timersvaktene som sykepleierne har hatt. Forrige uke var Jørgensen streng og avvisende. Nå viser hun gjerne fram den fine avdelingen sin. Det var på baksiden her bildene av gulkledd helsepersonell ble tatt, da pasienten kom. Jørgensen kikker ut av vinduet bort på naboblokken til sykehuset. Der oppe på taket sto fotografene.

– Det var ganske heftig å stå der og vente. Jeg ble overrumpla, det var helikopter og politieskorte, masse folk med kamera.

Inne på rommet som skulle være kommandosentral så hun med en gang hva som manglet: Gardiner. De var på plass før pasienten kom.

– Skal gardinene bli?

– Nei, nå skal de ned, ler hun.

Nervøs var hun ikke. Mest spent.

– Jeg sov ikke så godt. Det tok noen dager å lande. Med

høysmitte må vi alltid ha en plan b. Jeg liker ordning og reda.

Hun var bevisst på hvem som skulle først inn til pasienten, og at alle skulle være trygge i rollene sine. Alle hadde lyst til å gå inn, ingen var redde.

– Gøy når det skjer?

– Er jo det. Jeg ble veldig konsentrert. Vi fant ut at mye var på plass, men vi hadde aldri testet en reell situasjon.

– Var du nervøs for smitte?

– Nei. Jeg stoler på regimene. Har jo jobbet her siden 1997.

Vi går forbi Høysmitte-skiltet.

– Vi skal endre navn. Det skal hete høysikkerhetsisolat.

– Litt omstendelig?

– Jo, men det skal formidle at det er sikkert å gå inn hit. Navnet er tatt fra slik de gjør det i andre land.

VIRUSRENS. «Smittefare» står det på en gul plakat på en dør. Innenfor er de fire høysmitteisolatene. Ebolaisolatet er under avgassing og derfor stengt. Vi går inn i et annet isolat

– Alle rom har undertrykk.

– Er det fint?

– Ja, det må vi ha når det er luftsmitte.

Mange tror ebola spres via luften. Men det gjør den altså ikke, fastslår Jørgensen. Ebola smitter ved kontakt. Det vil si at kroppsvæsker fra den syke må trenge inn i den friske.

– Det skal litt til før det skjer.

– Hvorfor den strenge innpakningen av personalet da?

– Fordi konsekvensen av smitten er så alvorlig. Og det er lite behandling å få. Dessuten blir det mye sekresjon. Pasienten kan kaste opp i ansiktet på deg, og det er mye virus i sekretet. Vi snakker om millioner og milliarder per milliliter.

– Hvor mange omgangssykevirus er det i en milliliter?

– Noro-viruset? Vet ikke. Har aldri målt.

Jørgensen forklarer at undertrykket gjør at luften siver inn i rommet, ikke ut. Og at luften blir renset to etasjer over, før den slippes ut.

– Hva med avløpet? Er det ebola i Oslofjorden? Vi får mange slike spørsmål. Men alt fra vår avdeling autoklareres før det slippes ut. Det er et svært anlegg.

– Er det sånn på andre sykehus?

– Det tror jeg ikke. Det er et unikt bygg. Veldig teknisk.

Hun peker opp i taket. Lampene er innebygde og lufttette. Når lyspærene må skiftes, gjøres det fra etasjen over.

Den ene veggen er blå. Alle isolatene har én farget vegg. Hvert rom har hver sin farge.

– Men ingen er oransje, forsikrer hun.

For rødfarger er altfor stressende.

– Det er belastende ikke å kunne bevege seg blant folk og ikke ha hudkontakt over tid. Noen av våre pasienter er her i mange måneder. De med tub, for eksempel.

Rommet som gasses er dobbelt så stort som de andre, 50–60 kvadratmeter.

– Hvorfor så svært?



Historisk: I loggboken kunne alle på vakt skrive om stort og smått. Vi vil ha sjokolade, skrev noen. Så fikk de det.



Dugnad: Magisk samhold, synes Malin Jørgensen, og får klem av lege Morten Rostrup.



Tett: Alle har prøvd å jobbe i drakt. Også Malin Jørgensen.

– I tilfelle det skal bli behov for operasjon der inne. De har tenkt på alt.

TO OG TO. Tre svartkledde teknikere er i sving i korridoren. De begynte å gasse ebolaisolatet for to timer siden. Det tar noen timer til. Etterpå skal gassen ut, det tar enda lengre tid.

Jørgensen er mild og avslappet. Lent mot veggen prater de om det unike samarbeidet de nettopp har opplevd. De hadde tekniske utfordringer en dag. Det var noe med dørene under innslusingen.

– De hadde mye å holde styr på. Men alt ordnet seg, sier Jørgensen.

– Var familiene deres redde for smitte?

– Nei, det gikk bra, mener teknikerne.

– Jeg har en mann i helsevesenet. Han er lugn, bedyrer Jørgensen.

Den lugne er lege og for tiden stipendiat her på Ullevål.

Like ved er slusene der sykepleierne gikk inn, alltid to og to. Jørgensen forklarer om kjemisk dusj, matservering og behovet for at noen «gikk til hånd». I starten var det ti sykepleiere på

hver vakt, etter hvert fem-seks.

Vi passerer den lille glassruten der pårørende kunne se pasienten mens de snakket i mobil med hverandre.

På omkleddningsrommet henger to gule skikkelser, side om side. Det er beskyttelsesdrakter.

«Er det ebola i Oslofjorden? Vi får mange slike spørsmål.»

– Alle har øvd på å være i en sånn. Vi må vite hvordan vi reagerer.

Hun vurderer å ta på seg en nå, for å vise, men nøler.

– Det tar et kvarter å kle på seg. Og man må ha hjelp.

Bioingeniør Mette Sannes kommer forbi. Hun hjelper gjerne.

Mens Sannes holder opp ermene for henne, forteller bioingeniøren at selv om regelen var at de bare skulle være draktkledd i to timer, ble det en gang fem timer for henne inne på laben.

– Men det er forskjell på å sitte og se på at blodet



sentrifugeres og å jobbe intensivt med en pasient, sier hun og drar igjen glidelåsen.

Jørgensen eser ut i volum. Luftslangen gjør at det ikke er varmt inni der. Men huff, hetten på hodet sklir. Umulig å gjøre noe med, polstret som hun er fra topp til tå. Så er det på med vanlige blå oppvaskhansker, merket med symbolet som sier de beskytter mot høysmitte. Egentlig skal det tettes rundt håndleddene med gaffateip.

– Men det gjør vi ikke nå, altså, sier hun bak visiret.

Etter bruk ble draktene kastet. Men batteri og luftekanal ble rensset for å brukes om igjen. De to første dagene gikk det med hundre drakter.

– Hva koster én?

– 750 kroner, med moms. Det er en ny og billigere variant enn før. God kvalitet.

VILLE HA SJOKOLADE. Inne på kontoret konstaterer hun at pasienten var heldig som kunne dra til Norge og få hjelp.

– Om det var behandlingen eller forløpet som gjorde henne frisk så fort, vet vi ikke. Legene tenker mye på dette.

Jørgensen hadde selv en god følelse hele tiden.

– Hun var en drømmepasient. Hun var ikke redd, hadde kunnskap, hadde sett folk i drakt før. Vi ble ganske berørte på pressekonferansen, ja, vi i hvitt. Sterkt at hun stilte opp. All ære til henne. Jeg snakket mye med pårørende.

«Hun var en drømmepasient. Hun hadde sett folk i drakt før.»

Jørgensen ledet teknisk personal, legene, sykepleierne.

– Jeg kan være ganske direkte. Jeg sa: «Nå er jeg sjef. Ingen tid for diskusjoner.»

Mye sto på henne.

– Men jeg kunne jo ikke være her 24/7. Min bekymring har vært personalet. Ingen skulle føle seg tvunget. Men alle ville bidra. Folk mistet ferie, de mistet sosialt liv, men tilbød seg å jobbe ekstra. Jeg måtte passe på at de fikk fri. En fantastisk gjeng å være sjef for.

– Skjermet du dem, i tilfelle folk skulle bli redd for smitte?

– Det har ikke vært mye mas utenfra. Litt redsel blant befolkningen har alle kjent på. På posten har den vært fraværende. Men på resten av sykehuset har de vært mer nervøse, har jeg hørt.

På skrivebordet hennes, nederst i en bunke, ligger en vanlig skrivebok med en historisk tittel: «Loggbok høysmitte okt. 2014.» Alle på vakt ble anmodet å skrive i den. Boken skal hun bruke i evalueringen som venter.

– Noen skrev at de kunne ønske seg sjokolade på vakt. Sykepleier Pål fikk oppdraget. Han kjøpte potetgull også.

UKJENTE SYKDOMMER. Nye pasienter med alvorlig smitte kan komme når som helst. Ikke bare med ebola.

– Kopper er riktignok utryddet, men viruset fins kjemisk. Og så er det de sykdommene vi ikke vet om. Som ebola for en stund siden.

– Hvor mange pasienter kan dere klare?

– Åtte–ti.

– Med ebola?

– I så fall må vi bruke alt personale, også de på sengepost. De har øvd, men er ikke like godt trent som oss.

Det kverner i hodet hennes hele tiden: Turnusen.

– Men neste gang blir det lettere å beregne hvor mye personale det er bruk for.

Vanlige arbeidsdager har det ikke blitt for noen. Jørgensen forteller om tett dialog med tillitsvalgte og en rådende dugnadsånd. Portører, røntgen, renhold, sikkerhetsavdelingen – alle var på pletten. Igjen sitter mestringsfølelsen.

– Men det har vært tøft hjemme. Mannen min ble jo alenefar.

Sønnene er seks og tre år. Den eldste skjønte hva hun drev med. Yngstemann koplet når han så draktene i avisen: Det er jobben til mamma.

– Fikk guttene kos når du så dem?

– Å ja. Mye kos.

Hun er fra Larvik, men ble sykepleier på Elverum i 1996. Den tidligere høyrebacken på håndballbanen bekrefter at hun tåler en støyt. Da hun var nyutdannet, reiste hun mye.

– Rein pleasure. Jeg ville ut og se verden. Reiselyst gjennom-syrer de som jobber her. Infeksjonsmedisin er veldig flerkulturelt. Vi bruker mye tolk. Det er mange nasjonaliteter, både blant pasientene og de som jobber her.

– Kunne du tenke deg et oppdrag i Vest-Afrika?

– Ikke med små barn. Det stopper meg. Men definitivt senere.

Hun tar telefonen.

– Jeg er her, ja. Tok meg ikke fri likevel.

Det er overlegen.

– Det har ikke vært profesjonskamp. Magisk, vil jeg si. Fint å være del av det, sier hun etter samtalen.

– Jeg er mektig stolt av sykepleierne. De er mer enn flinke.

Ny telefon.

– Ja, de kan komme og filme.

Uti korridoren kommer to leger fra behandlingsteamet. Det blir klemming og latter, og Aftenposten foreviger.

Den kjente Morten Røstrup, tidligere leder i Leger Uten Grenser, er en av dem.

– Malin har vært sjefen her, ingen tvil om det. Sykepleierne kan alt om logistikk, sier han.

Nå filmes og intervjues hun med Høysmitte-skiltet som kullisse. De neste dagene blir det enda flere intervjuer. Men fredagen tar hun fri. ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 13 | 2014

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleien.no

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

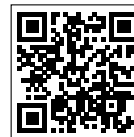
Psykiatrisk sykepleier Avdeling for traumebehandling

Ved avdelingen blir det ledig 100 % stilling for sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid.

Stillingen er ledig fra 01.02.15. Tiltredelse etter avtale.

Kontaktpersoner: Avdelingsleder Gun Abrahamsen eller nestleder Solveig Nævera Lie, tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via www.modum-bad.no.
Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 20. november 2014

www.modum-bad.no

 **AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS**



UiO : Universitetet i Oslo

Avdeling for akuttmedisin Avdelingssjef

Ønsker du spennende lederutfordringer i en stor og kompleks organisasjon?

Avdeling for akuttmedisin har ledig stilling som avdelingssjef. Avdeling for akuttmedisin er 1 av 16 avdelinger i Medisinsk divisjon. Avdelingen har en stor oppgaveportefølje fordelt på tre underliggende seksjoner: Akuttmottaket, Akutt24/klinisk beslutningsenhet og legeseksjonen.

Har du ledererfaring, klinisk erfaring og god kjennskap til sykehusdrift, les mer om stillingen og søk elektronisk her: www.ahus.no/jobb

Kontaktinfo:

Anita Kristin Bjørnstad, kst. divisjonsdirektør,
tlf. 450 00 815

Søknadsfrist: 16. november 2014

frantz.no

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttssykehus, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag. "Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Les mer på www.ahus.no

HELSE  **SØR-ØST**

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Ortopedisk operasjonsavdeling

Operasjonssykepleier

- 100 % fast stilling.
- 100 % vikariat.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingsleder Trude Mittet, tlf. 72 82 88 44, trude.mittet@stolav.no

Søknadsfrist: 16. november 2014

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

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



frantz.no



Høgskolen i Gjøvik

Ved Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie er det ledig inntil 2 faste stillinger innenfor forskningsområdet klinisk sykepleie, som:

PROFESSOR I SYKEPLEIE

For nærmere opplysninger om stillingen og elektronisk søknadsskjema, se: www.hig.no under jobb.

Søknadsfrist: 15.12.2014

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehus-enheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidig tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Mo i Rana

Operasjonssykepleiere

Helgelandssykehuset Mo i Rana har ledig to vikariater med mulighet for fast ansettelse for operasjonssykepleiere i vaktturnus t.o.m. 31. desember 2015.

Operasjonssykepleierne er en del av det kirurgiske teamet og har ansvar for å tilrettelegge for trygg gjennomføring og assistanse ved kirurgiske inngrep og undersøkelser.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Trine Nordmark, tlf. 75 12 51 99 / 980 75 195, epost: trine.nordmark@helgelandssykehuset.no

Søknadsfrist: 23. november 2014

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



frantz.no



Forskningssykepleier

Kardiologisk avdeling, HLK

100 % engasjement ledig fra 02.02.2015.

Kardiologisk sengepost ved Rikshospitalet er en del av Kardiologisk avdeling i Hjerte, lunge- og karklinikken. Kardiologisk avdeling har funksjoner innen alle områder av hjertemedisin og har stor aktivitet innen forskning og undervisning. Avdelingen har landsfunksjon for hjertetransplantasjonsutredning, flerregionalt ansvar for utredning og behandling av hjertearytmier, og dekker store deler av Helse Sør-Øst for utredning og behandling av klaffefeil og koronarsykdom. Avdelingen har også et spesielt ansvar for ivaretagelse av voksne pasienter med medfødte hjertefeil.

Kontaktinfo: Lars Lysgaard Gullestad, prof/overlege, tlf. 23 07 00 00 / 976 44 772, lars.gullestad@medisin.uio.no

Ref.nr. 2375034494

Søknadsfrist: 23.11.2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Oslo
universitetssykehus

Har du lyst til å jobbe sammen med oss på Generell intensiv 1 ved Rikshospitalet?

Vi vektlegger fagkunnskap, fleksibilitet og godt arbeidsmiljø

Vi er en seksjon med engasjerte og høyt kvalifiserte intensivsykepleiere. Seksjonen har både medisinske og kirurgiske pasienter og behandler alt fra postoperative pasienter til akutt og kritisk syke. Pasientgrunnlaget er svært variert. Vi behandler blant annet pasienter med akutt respirasjonssvikt, akutt lever og nyresvikt, hjertestans, nevrokirurgiske og hematologiske tilstander.

En av våre spesialfunksjoner er behandling av alvorlig respirasjonssvikt der vi kan tilby NO gass behandling og ved behov ECMO. Vi har som eneste seksjon i landet tilbud om leverdialyse (MARS) til voksne pasienter. Seksjonen har et hovedansvar for levertransplanterte intensivpasienter. Vi inngår også som en del av hjertestansteamet på Rikshospitalet, OUS.

Du er en intensivsykepleier som liker faglige utfordringer og har et ønske om å utvikle deg i et fleksibelt og spennende arbeidsmiljø.

Vi tilbyr

- Fast stilling eller vikariat opp til 100%.
- Kompetanseutvikling med individuelt tilpasset opplæringsprogram for nyansatte.
- Systematisk fagutvikling gjennom kompetanseprogrammet Klinisk stige, som gir spesialistgodkjenning og økonomisk tillegg ved ferdigstillelse.
- 5 % av arbeidstiden kan brukes på kurs og kongresser i inn- og utland.

Fleksibilitet

- Fleksiturnus, lav eller høy nattevaksbelastning etter eget ønske (Fra 4 per 12 uker).
- Fritt velge andel kveld og dagvakter i fleksiturnusen.
- Egne helge- eller nattevaksavtaler med økonomisk kompensasjon.
- Fritt valg av helg (arbeid hver tredje).



illustrasjonsfoto: Øystein H. Hørgmo

Arbeidsmiljø

- Julebord på Hovedøya.
- Sommerfest i noens hage.
- Individuelt treningsopplegg med stort fokus på panikkkløping siste uka før Holmenkollstafetten.
- Humørfylt avdeling med mye latter i løpet av døgnet.

For nærmere informasjon om stillingen kontakt:

Martin eller Grete for en uformell samtale på tlf. 23 07 37 16 eller e-post til malieu@ous-hf.no så kan vi ordne omvisning/evt. hospitering et par dager. Alternativt kan du sende en søknad via www.oslo-universitetssykehus.no, under ledige stillinger.

refnr. 2358811690

www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akuttssykehus for store deler av Oslo-området, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale oppgaver. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitets-sykehus står for en stor del av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



Sykepleier/Fagutviklingssykepleier Østerås bo- og behandlingssenter

Vil du jobbe i en skjermet enhet med 14 beboere?

Søknadsfrist: 27.11.2014

Ref. nr.: 2390327358

Les mer på www.baerum.kommune.no/jobb

Bærum kommune –
kanskje ditt viktigste valg



Flere tusen har lastet ned
Sykepleiens app! Prøv du også!

Har du iPad eller Android er det bare å søke på
Sykepleien i App Store eller Google Play. Det er
den første som kommer opp.

Sykepleien



NOSF
Norsk Smerteforening

Jubileumskonferanse

**Et løft for Smertefaget i 10 år
-for helsepersonell og forskere
med interesse for smerte**

Rikshospitalets Store Auditorium, Oslo
Torsdag 8. og fredag 9. januar, 2015

Noen av årets plenumsforedrag:

- En nevrobiologs forsøk på å forklare langvarige smertetilstander. Per Brodal
- Short-term dynamic psychotherapy for chronic pain. Allan Abbas
- Smerter og andre symptomer – når helheten er mer enn summen av delene. Tone Rustøen
- Orofacial pain – an update. Prof. Joanna Zakrzewska
- Nevropatiske smerter – hva bør du vite? Per Hansson
- Hva vet vi om smerte og utmattelse? Vegard Bruun Wyller
- Den lange smerten: sort hull eller blind flekk for medisinen? Pål Gulbrandsen

Parallelle sesjoner

Smerte og kognitiv funksjon - Samhandling ved kreftsmerte og palliasjon - Basal smerteforskning Akupunktur i smertebehandling - Kvalitetsregister for smertebehandling - Sykehjem / eldre / kognitiv svikt - Egne parallellsesjoner med spesiell interesse for leger, psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter og andre

Annet som skjer:

- Presentasjon av ferske doktoravhandlinger om smerte (stipend for de beste presentasjonene)
- Frie plakatframsyninger av smerteforskning i Norge (stipend for de beste presentasjonene).

Konferanseavgift:

Medlemmer av NOSF: kr 1500,- før 1. des. / kr 2000,- etter 1. des.
Ikke-medlemmer : kr 2000,- før 1. des. / kr 2500,- etter 1. des.
Medlemskap i NOSF koster kr 300,- pr år og inkluderer et abonnement (4 nummer pr år) av Scandinavian Journal of Pain. Konferansen er godkjent som kurs for en rekke spesialiteter.

Påmelding og informasjon finner du på vår hjemmeside:
www.norsksmerteforening.no

Fordi det er **FORSKJELL!**

I Sykepleien når du ut til ALLE sykepleiere i Norge, ikke bare de som er på aktiv jobbakt.

Her treffer du sykepleiere som er stolte av jobben sin og opptatt av å holde seg faglig oppdatert. Derfor får du bedre og mer motiverte søkere gjennom en stillingsannonse i Sykepleien.

Det er forskjell på sykepleiere. De som vil utvikle seg leser Sykepleien.



MEDIEPLAN 2015

Utgivelsesplan 2015 // Kontakt oss på tlf: 22 04 31 67

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	7. januar	15. januar
2	Sykepleien	4. februar	12. februar
3	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	4. mars	12. mars
4	Sykepleien	8. april	16. april
5	Sykepleien	12. mai	21. mai
6	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	10. juni	18. juni
7	Sykepleien	5. august	13. august
8	Sykepleien	24. august	3. september
9	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	16. september	24. september
10	Sykepleien	14. oktober	22. oktober
11	Sykepleien	4. november	12. november
12	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	2. desember	10. desember

STILLINGSANNONSER

Vi tilbyr blad og nett til én pris, eller kun nett om du ønsker det. Stillingsannonser får god eksponering på www.sykepleien.no, både på desktop, brett og mobil. De vises også på www.NSF.no. Dette gir deg god respons.

Søkergaranti

Hvis du ikke får noen søkere, får du annonsen en gang til gratis. Dette gjelder enten du velger blad/nett eller kun nett.

Sykepleien

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

16. - 18 April 2015

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 4.950,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.



5. NASJONALE KONFERANSE OM
HJERNESLAG
Oslo Kongressenter, 12-13. februar 2015

Vi ønsker sykepleiere
VELKOMMEN
til å delta på konferansen

For mer informasjon om program, forelesere og påmelding:
www.hjerneslag.no



Ønsker du å styrke din kompetanse innenfor migrasjonshelse og interkulturell kommunikasjon, og derved bidra til å sikre kvalitet i pasientforløp i et flerkulturelt samfunn?

Master-emnet **Migrasjon og helse** har søknadsfrist 31. desember og første samling januar 2015.

Mer info på LDH.no/studier

www.vt-medical.com
AKTROMMET

**UTSTYR TIL DEG SOM
HELSEARBEIDER**

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:

www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
Tel: 926 97 497

 **Lik oss og vær med i trekninger!**

Høgskoleutdanning for sykepleiere innen hudpleie og kosmetisk dermatologi

Senzie Akademiet er hudpleieskolen som satser på videreutdanning av sykepleiere innen hudpleie og medisinske behandlinger.

Vi tilbyr tre høgskolestudier med studiestart vår og høst:

- Hudpleie for sykepleiere, 15 studiepoeng
- Kosmetisk dermatologisk hudbehandling, 15 studiepoeng
- Ledelse og drift av helse- og velværeklinikker, 40 stpng

Alle studier har mulighet for finansiering via Lånekassen.

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi, blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og den anerkjente legen Kieren Bong fra Skotland.

Les mer på www.senzie.no eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senzie
akademiet

Kun hos Senzie Akademiet:
Dr. Kieren Bong



KB³-step system
dermal fillers injections made easy





VERV OG VINN

Har du kolleger som ikke er medlem av Norsk Sykepleierforbund? Nå har du en gylden anledning til å gjøre noe med det. Vi har nye, flotte vervepremier.

NSF arbeider for både sykepleiere, jordmødre og sykepleierstudenter. Som medlem får du hjelp av tillitsvalgte, fylkeskontor og våre jurister. Vi har gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB og mye mer. Vi har en rekke faglige tilbud, og alle medlemmer får tidsskriftet Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Se oversikt over vervepremier og alle fordelene med medlemskap på **www.nsf.no**. Logg deg inn for å verve eller bruk kupongen nedenfor.



TYDELIG - MODIG - STOLT

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer):

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Du får ett poeng for hver verving. For å bestille premie må du logge på www.nsf.no og gå til "Min side".

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



OSLO - BERGEN - BODØ - KRISTIANSAND
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.no +46 85 40 882 80



NIFS; Norsk Interesseggruppe For Sårheling inviterer til seminar om:

- **KREFTSÅR OG VANSKELIG HELENDE SÅR**
- **HJELPEMIDLER I SÅRBEHANDLING**

Tid: 5. og 6. februar 2015 Sted: QUALITY HOTEL EXPO, FORNEBU

Vi har denne gangen valgt å sette sammen programmet i form av to emner. Første dag blir fokus på kreftsår og andre vanskelig helende sår. Dag nummer to har fokus på ulike hjelpemidler i sårbehandling. Seminaret er rettet mot alle helsearbeidere som møter pasienter med sår. Gode forelesere fra inn- og utland, for detaljer se NIFS hjemmeside der også påmeldingen skjer. Velkommen til faglig påfyll!

Info og påmelding innen 01.12.14: www.nifs-saar.no
Eller ta kontakt med KSCiv/ Kristin Solstad
e-post: kristi@ksci.no, telefon: 66 90 40 23



Norsk Dagkirurgisk Forum
NORDAF

VINTERMØTE 2015

Norsk Dagkirurgisk Forum, fredag 16. og lørdag 17. januar 2015.
Obs: Hotel Scandic, Fornebu - Oslo.

FREDAG 16. JANUAR 2015

- **Spesialisthelsetesenet nå og i fremtiden:**
Dagkirurgisk status i Norge sett fra klinikken og de Regionale Helseforetak
Medisinsk overbehandling – opererer vi for mye...?
- **Internasjonal sesjon med president, IAAS: dr. Ian Smith, UK:**
IAAS prosjekter og kongress 2015
Patient safety in day surgery
- **Aktuelt emne:**
Pasient 'empowerment' og fedme 'short-stay' kirurgi. Ovl. Tore Sandbu, SiV
- **Den utfordrende dagkirurgiske pasienten:**
Vold og trusler i sykehuset. Politi Ole Andre Bråten, Kristiansand
- **Ditt LIV. Virksomhets-coach og inspirator:** Christer Olsson, Sverige
- **Middag med underholdning og dans**

LØRDAG 17. JANUAR 2015

- **Når ting (nesten..) går galt – Hva kan vi lære? 4 cases**
Bl. a. Demens og dagkirurgi / Mors etter kne-artroskopi
- **5 frie foredrag**
- **Nye muligheter - trender i dagkirurgien**
Timing av premedisinering / Alene hjemme etter dagkirurgi:
er det farlig? / Ultralyd og dagkirurgi: timing og resultater

Program med forbehold for endringer.

Påmelding for møtedeltagere og utstillere:
www.ksci.no eller via vår nettside www.nordaf.no
Kristin Solstad – Tel: 66 90 40 23 – Fax: 66 90 40 24 – Mob: 92 65 42 55

VERV OG VINN



Du kan få en av disse premiene for 1 verving!



Full premieoversikt finner du på www.nsf.no



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Den 23. Internasjonale konferansen om helsefremmende sykehus og helsetjenester

«Person-oriented health promotion
in a rapidly changing world:
Empowerment – Continuity –
New media & technologies»
10.-12. juni 2015 Oslo

**Norske sykepleiere inviteres
og oppfordres til å sende inn
abstract til konferansen**

Norsk sykepleierforbund har i år meldt seg inn i nettverket helsefremmende sykehus og andre helse-tjenester (HPH) og deltar i utviklingen av denne internasjonale konferansen. NSF oppfordrer sterkt våre medlemmer til å synliggjøre forskning og utviklingsarbeid på sykepleiernes brede bidrag til forebyggende og helsefremmende tjenester ved å sende inn abstract.

Du finner mer informasjon om tema og program for konferansen på <http://www.hphconferences.org/oslo2015.html>.

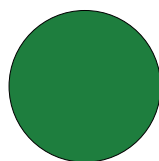
Den vitenskapelige komiteen inviterer spesielt til å sende inn abstract relatert til et av konferansens hovedtemaer:

- The somato-psycho-social health needs of people
- Co-producing health – techniques and examples
- Health promotion in continuous and integrated care
- New media & technologies to address health and health promotion

Du kan også velge blant et bredere utvalg av tema - se fullstendig liste på <http://www.hphconferences.org/oslo2015/scope-purpose/call-for-papers.html>

For å sende inn abstract, gå inn på konferansens nettside og klikk på «abstract submission». Har du allerede et brukernavn for innsending av abstract fra en tidligere HPH-konferanse, velger du «login» og registrerer dine opplysninger (det er også en «glemt passord»-funksjon). Hvis det er første gang du sender inn abstract til en HPH-konferanse, velger du «get password» og følger deretter instruksjonene for å få passord.

Frist for innsending av abstract er
20. desember 2014.



**International Network of
Health
Promoting
Hospitals & Health Services**

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk induisert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

***”47 % respondere etter 6 instillasjoner,
60 % etter 10 instillasjoner”***

***”96 % av pasientene opplevde noen form
av forbedring”***

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**