



Sykepleien



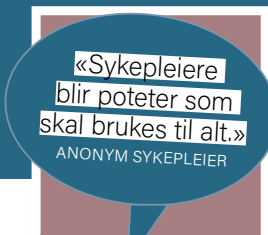
*Hvem
skal gjøre
hva?*



OPPGAVEDELING



10



24



32



52

4

Leder:
Anne Hafstad

10

Avdelingsvertene rer senger,
vasker opp og serverer mat

24

Undersøkelse:
Stadig flere sykepleiere mener de
gjør andres arbeidsoppgaver

32

Her er det sykepleierne som
inseminerer

40

Hvilke oppgaver bør din yrkes-
gruppe overlate til andre?

48

Kronikk:
Hva sier loven? Anne Kjersti Befring

52

Hun jakter blodpropper

62

Kronikk:
Skal pårørende være et bemanningsbyrå?
Anita Vatland og Anne-Grethe Terjesen



62



66

66

Sykepleierne setter
nerveblokkade på Ahus

74

- Vi ser mer på at assistenter og portører
kan overta sykepleiernes oppgaver

78

Sentralt fagforums leder:
- Vi kan godt kalle det teamarbeid

84

Fagartikkel:
Helsefagarbeidere får kompetanseløft
og deler oppgaver med sykepleierne

Sykepleien

Ansvarlig redaktør

Anne Hafstad
E-post: anne.hafstad@sykepleien.no
Tlf. 91 79 39 73

Nyhetsredaktør

Ulf Nygaard

Redaksjonssjef

Ellen Morland

Forside:

Montasje: Sissel Vetter
og Hilde Rebård Evensen
Foto: Erik M. Sundt og Marit Fonn

Journalister

Ann-Kristin Bloch Helmers, Nina Hernæs,
Marit Fonn, Eivor Hofstad og Ingvald Bergsagel

Fagredaktør:

Silje Ottestad
Redigering fagartikkel: Øystein Eian

Design og grafisk produksjon

Sissel Vetter
Nina E. H. Hauge, assistent

Annonser

Markedssjef Ingunn Roald, tlf. 91 60 38 12
Salgsfabrikken, tlf. 90 61 63 07

Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato

14. juni

Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. +47 994 02409,
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Adresseendring:

medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

**Tidsskriftet Sykepleien eies av
Norsk Sykepleierforbund
og arbeider etter Redaktørplakaten
og pressens Vær varsom-plakat.**



DSS



[www.facebook.com/
sykepleien](https://www.facebook.com/sykepleien)

[www.instagram.com/
sykepleien](https://www.instagram.com/sykepleien)



[www.linkedin.com/
company/sykepleien](https://www.linkedin.com/company/sykepleien)



[www.snapchat.com/
add/sykepleiensnap](https://www.snapchat.com/add/sykepleiensnap)

www.sykepleien.no



LEDER
ANNE HAFSTAD
Redaktør i Sykepleien

SYKEPLEIERE *må få bruke kompetansen sin riktig*

Noe er alvorlig galt når sju av ti sykepleiere mener de bruker stadig mer tid på oppgaver andre kan gjøre like bra. Vestre, tar du ballen?



FØLG MEG PÅ LINKEDIN
[www.linkedin.com/in/
anne-hafstad-3778a929/](https://www.linkedin.com/in/anne-hafstad-3778a929/)

Tallene fra den nye kartleggingen Sykepleien har gjennomført blant mer enn 2000 sykepleiere, er forstemmende lesning. Sammenlikner vi med en tilsvarende undersøkelse fra 2018, går utviklingen i feil retning.

Tørre tall og fakta taler sitt tydelige språk: Sykepleiere bruker nå stadig mer tid på renhold, rydding, kaffekoking, vedlikehold i avdelingen, matservering og et hav av oppgaver andre kunne ha gjort.

Som om ikke det er nok: Sykepleiere opplever at de får altfor liten tid til pasientnære sykepleieoppgaver, kompetanseutvikling og kvalitetsutvikling. Det er jo nettopp det sykepleiere bør



OPPGAVER: Sykepleiere bruker stadig mer tid på oppgaver de mener andre yrkesgrupper bør utføre. Foto: Erik M. Sundt og Marit Fonn/ Illustrasjon: Sissel Vetter

bruke det meste av tiden sin på.

Det forstår alle. Spørsmålet er hvorfor ingen ansvarlige politikere eller helseledere tar skikkelig tak og gjør noe med det.

LÆR AV DE GODE EKSEMPLENE

Det finnes utrolig mange gode eksempler der ute. Det er bare å forsyne seg og lære av det andre har gjort. Men det er ikke norsk helsetjeneste særlig gode på.

I Sandnessjøen slet de med å fylle sykepleierstillinger. Da tok de grep. Ufaglærte ble ansatt og lært opp som avdelingsverter. Det er til glede og nytte for pasientene

og gir sykepleierne bedre tid til sykepleieoppgaver.

I denne temautgaven av Sykepleien kan du også lese om sykepleierne på Rikshospitalet som skaper nytt liv med inseminering. De har overtatt legeoppgaver etter grundig opplæring, kontinuerlig dialog og oppfølging av lege.

På Ahus setter sykepleiere nerveblokader. Det får ikke sykepleiere i Bergen lov til. I Skien håndterer sykepleiere utredning, behandling og oppfølging av blodpropp.

TIDENES HELSEPARADOKS

Det må være tidenes helseparadoks

at jo større behovet for sykepleiernes kompetanse blir, dess mer tid bruker de på oppgaver man ikke trenger deres kompetanse for gjøre. Det skjer i en tid hvor sykepleiermangelen er et faktum og vil øke. Samtidig øker andelen eldre med sammensatte og komplekse helsetilstander som må ivaretas i kommunene.

Spesialisthelsetjenesten blir mer høyspesialisert, og med det øker behovet for kompetanse blant leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og annet helsepersonell.

Rapporter og utredninger har de siste årene kommet på løpende bånd. Ett ord går igjen: oppgavedeling. Det



«Oppgavedeling har nærmest blitt et moteord som skal løse det meste av utfordringene i Helse-Norge.»



er nærmest blitt et moteord som skal løse det meste av utfordringer i Helse-Norge.

Tanken er god, men det nye moteordet må gis konkret innhold. Ikke minst må ord og gode intensjoner følges opp med faktisk handling.

Helsepersonellkommissjonen påpeker at oppgavedeling ikke bare handler om leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. Det må bygges nedefra, mener kommissjonen.

ETT SKRITT TILBAKE OG TO FREM?

Det er det lett å si seg enig i. Med fare for å fremstå som en gretten, gammel dame som kommer trekende med at alt var bedre før, tar jeg likevel sjansen. Da jeg var nyutdannet sykepleier, hadde vi postsekretærer, hjelpepleiere og portører. Helt nødvendig og svært kompetent personell som ga meg mulighet til å bruke min sykepleiekompetanse til det beste for pasienter og pårørende.

Vi må tilbake dit at helsetjenesten har personell med riktig kompetanse til alle oppgavene som må løses i fellesskap. Dagens og fremtidens helsetjenester krever nytenkning. Nye funksjoner og oppgaver krever

tverrfaglig samarbeid med flere yrkesgrupper enn dem vi tradisjonelt forbinder med helsesektoren.

Behovet for mer IT-kompetanse, gjerne i kombinasjon med helsefaglig utdanning, er åpenbart. Erfaringskonsulenter, administrativt personell og andre som kan avlaste leger, sykepleiere og helsefagarbeider slik at de kan jobbe mer pasientnært, mener jeg er en sentral del av løsningen. I dag brukes ikke all faglig kompetanse riktig. Det kan ikke fortsette.

KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

La meg være helt tydelig på en ting: Overføring av oppgaver og ansvar fra en yrkesgruppe til en annen kan ikke skje helt uten videre. Det kan gå ut over kvalitet og pasientsikkerhet.

Vellykket oppgavedeling forutsetter høy faglig kompetanse på rett plass og tydelig plassering av oppgaver og ansvar. Uten opplæring, fortløpende oppfølging og veiledning går det neppe bra.

Ledelse er stikkordet. En sterk faglig ledelse med et lederspenn som gjør det mulig å lede godt og faglig forsvarlig, er avgjørende. Kvalitet og pasientsikkerhet kan ikke

settes på spill.

TAR DU BALLEN, VESTRE?

Personlig er jeg overbevist om at riktig bruk av helsepersonells unike kompetanse gir bedre kvalitet for pasienter og pårørende. Jeg tror også det er et nødvendig virkemiddel for å beholde sykepleiere og annet helsepersonell i vår gode, offentlige helsetjeneste. Hvorfor, tenker du kanskje. Fordi sykepleiere som får bruke det meste av tiden sin på sykepleieoppgaver, til det beste for pasienter og pårørende, vil oppleve at deres kompetanse og jobb betyr noe for andre. Lite er mer meningsfullt enn det.

I tillegg er det mulig å se for seg at oppgavedeling under tydelig faglig ledelse av leger og sykepleiere vil kunne redusere behovet for både nye sykehusinnleggelses og reinnleggelses. Det er kanskje i overkant optimistisk fra min side, men jeg liker tanken på at det kan være sånn. I så fall vil ventetidene for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten kunne gå noe ned. Det er verdt å prøve, er det ikke, statsråd Vestre? ■

God dømmekraft kommer av erfaring.

Verdsett din ansatt for lang og tro tjeneste med Medaljen.

Ring Ivar på 64 83 20 00, eller send inn søknadsskjema på medaljen.no.

Medaljen for lang og tro tjeneste



NORGES VEL

Stine Sofie Foreldrepakke

Veileder du foreldre?

Stine Sofie Foreldrepakke er et voldsforebyggende informasjonsprogram som skal gi støtte og verktøy til *alle* blivende og nybakte foreldre. Programmet hjelper deg som helsepersonell å ta opp viktige temaer som gråt, trøst, vold, tilknytning, hjernebygging og søvn.

“ Stine Sofie Foreldrepakke er et utrolig bra hjelpemiddel.

– Solbjørg Bertheussen, jordmor, Notodden helsestasjon



stinesofiestiftelse.no



◀◀ Kom i gang!



◀◀ Nasjonal erfaringskonferanse 2024

 Stine Sofies Stiftelse



Hei!

DU VET KANSKJE at du har pensjonen din i KLP og at du har «offentlig tjenstepensjon», men vet du hva dette egentlig betyr for deg? Denne pensjonsordningen er nemlig en veldig bra ordning, og som har noen klare fordeler som er spesielt tilpasset deg som jobber i det offentlige.

Skulle du bli syk eller skadet, kan du har rett på uførepensjon og med et tillegg om du har barn under 18. Og det hele er en ferdig pakke som er fremforhandlet av partene i arbeidslivet. Denne kombinasjonen gir deg trygghet og forutsigbarhet til den dagen du selv ønsker å gå av med pensjon.

Om du **logger inn på klp.no med bank-ID og sjekker pensjonskalkulatoren**, så kan du bli bedre kjent med din pensjon. Hva får du i pensjon om du går av «som normalt»? Og hvordan blir pensjonen

påvirket om du tjener litt mindre eller går av litt senere? Det kan være lurt å sette seg litt inn i hvordan disse tingene påvirker pensjonen din, så du vet hvordan valgene du tar i livet kan påvirke pensjonstiden din.



Snarvei til pensjonskalkulator på klp.no

Og du – uansett om du er ny i arbeidslivet, vel etablert, eller nærmer deg pensjonsalder, så finner du gode råd for økonomi og pensjon på klp.no.

Hilsen KLP,
Kommune- og helse-Norges
egget pensjonsselskap

TA VARE PÅ BENA MED JOBST



DEFY GRAVITY
JOBST

JOBST® kompresjonsstrømper tar vare på bena dine, og bidrar til å forbedre blodsirkulasjon. De hjelper mot trøtte, tunge, verkende og urolige ben, samt kramper i bena på natten. Kompresjonsstrømper som passer flere anledninger. Enten du skal ut å fly, gå på ski, stå mye på jobb eller er gravid - Velg en kompresjonsstrømpe som passer dine behov.

jobst.com



 **essity**





Hun rer senger, vasker opp og serverer mat.

AVDELINGSVERT
MAJA AVLASTER
SYKEPLEIERNE
OG HELSEFAG-
ARBEIDERNE PÅ
SENGEPOSTEN. ▶



SANDNESSJØEN: – Hei, er du klar?
Nå er bussen her, sier Maja til den
utskrivningsklare pasienten.



**«Det er ikke sånn
at vi avdelings-
vertene må gjøre
alt. Vi hjelper
hverandre.»**

MAJA WALBERG,
AVDELINGSVERT

Maja kikker inn på rom 173. Pasienten er klar. Sammen går de bortover korridoren, tar heisen ned og ut til den ventende Helseekspressen.

De tar følge helt til pasienten er trygt plassert i setet.

Med lette skritt går Maja tilbake, tar heisen opp og inn i avdelingen igjen. Der står kveldens arbeidsoppgaver i kø, og hun gyver på.

UFAGLÆRTE PÅ SENGEPOST

Maja Walberg er avdelingsvert på medisinsk sengepost på Helgelandssykehuset i Sandnessjøen.

Avdelingsvertene er ufaglærte som er ansatt for å gjøre oppgaver som sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere tidligere delte ansvar for.

En av oppgavene hennes er å følge pasienter som har behov for det, ut fra avdelingen.



FØLGER PASIENTER, TØMMER SØPPEL, RYDDER: I listen til høyre kan du se hva mer avdelingsvertene som jobber kvelder og helg, har ansvaret for på sengeposten. Denne kvelden er Viktoria Roienko, jordmor i språkpraksis, i tospann med avdelingsvert Maja.



DETTE GJØR

AVDELINGSVERTEN:

- henter, serverer og rydder etter mat
- dialog med postvert om hva som er gjort på dag og ikke
- holder oversikt over matkort opp mot pasientlister
- kjenner til og registrerer på drikkelister og kostlister ved servering
- beriker maten ved behov
- følger pasienter ut av avdelingen ved utskrivelse og følger inn på Helseekspressen
- rydder pasientrom etter utskrivelse
- klargjør rom for nye pasienter
- rer senger
- er nummer to på løft eller snuing av pasienter
- snakker med pasienter
- kommuniserer med de helsefaglige ansatte dersom pasienten trenger hjelp eller har spørsmål som er tilknyttet behandling
- fyller tøylagre
- ser over og rydder pasientrom og tilhørende bad for skittentøy og søppel
- holder pauserommet ryddig, ser over før vaktslutt – kopper og kar til vask
- kaster søppel
- tar portøroppdrag
- holder orden og setter frem te, sukker, teskjeer og liknende ved kaffemaskin
- setter frem saft og frukt

En annen er å servere og berike mat og følge med på drikkelister.

GULL VERDT FOR LOGISTIKKEN

– Hvis vi må velge – og det må vi – er det viktigere at sykepleiere sender med oppdatert medisinliste og informasjon om bruken av nye medisiner enn at de følger pasienten ut, mener enhetsleder Tomine Flæsen Dalen og legger til:

– Maja og de andre avdelingsvertene gjør en veldig god jobb. De har blitt gull verdt for logistikken her på avdelingen.

Det er hun som enhetsleder, sammen med tillitsvalgte og vernetjenesten, som har bestemt at en av de ledige sykepleierstillingene ved avdelingen skal fylles av ufaglærte.

OND SPIRAL

Hvorfor har de landet på en slik løsning? Svaret ligger et par år bak i tid:

Rundt 2022 så det ikke bra ut på den medisinske sengeposten ved Helgelandssykehuset i Sandnessjøen.

– Det var nesten alltid for få på jobb. Slitasjen på de fast ansatte ble stor, sykefraværet skyhøyt. Avviksbunken vokste. Tiden strakk ikke til, og vi måtte utsette oppgaver vi er pålagt, oppsummerer Tomine Flæsen Dalen.

Avdelingen lå langt over gjennomsnittet i Helse Nord på sykefravær. På det meste var de en måned oppe i 26 prosent sykefravær.

Det ble en ond spiral. Vakante stillinger sto ledige. Vikarbyrået som dekket noe, var en dyr og kortsiktig løsning.

Avvikene havnet på enhetsleder Tomines bord. Men det hjalp ikke stort, for hun kunne heller ikke trylle frem sykepleiere.

Jo da, stillingene var utlyst, både annonsering og jungeltelegraf ble benyttet, men søkerne uteble.

TILLITSVALGTE OG VERNEOMBUD PÅ BANEN

Vernetjenesten og plasstillitsvalgte fra både Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet var på ballen.

– Noe måtte gjøres. Det var helt klart at dette ikke



«De ansatte ble utslitte av situasjonen.»

SIV M. ANDREASSEN, TILLITSVALGT FOR NORSK SYKEPLEIERFORBUND

kunne fortsette. De ansatte ble utslitte av situasjonen, forteller Siv M. Andreassen, plasstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund.

Flere ideer kom opp. Kunne de fordele arbeidsoppgavene annerledes? Skulle de ansette en koordinator, kanskje?

– Det med koordinator slo vi raskt fra oss. Hovedproblemet var at vi var for få til å gjøre oppgavene, uansett hvordan vi fordelte og omfordelte, sier Andreassen.

SYKEPLEIER KOM MED IDEEN

Ideen om en avdelingsvert kom først fra en av sykepleierne – Hanna Kristoffersen. Hun fikk ideen før hun gikk ut i foreldrepermisjon like før sommeren 2023.

Hun opplevde at hun jobbet som en slags blekksprut. Matutdeling, sengesift og søppelhåndtering, for eksempel – kunne noen andre overta de oppgavene?

Forslaget hun kom med var: Kunne de ta inn ufaglærte på en systematisk måte? Premisset ved ideen var å gi god opplæring, slik at de kunne ta ansvaret for oppgavene man ikke trengte å ha helsefaglig utdanning for å gjøre.

Poenget måtte være at de ble trygge på arbeidsoppgavene og arbeidsflyten i avdelingen, slik at det faktisk ble en avlastning.

– ANSATTE GRÅT PÅ VAKT

Her må det nevnes at Hanna Kristoffersen har to roller:

BEDRING: Disse tre sykepleierne melder om lavere skuldre i en travel avdeling: Fra v: Stine Kristoffersen, Hanna Kristoffersen og Marthe Bjørnvik, henholdsvis assisterende enhetsleder, klinikkverneombud og fagutviklingssykepleier. – Et enkelt tiltak som har hatt stor effekt, oppsummerer Hanna Kristoffersen.



Hun er sykepleier på sengeposten i Sandnessjøen, men hun er også klinikkverneombud for medisinsk klinikk i Helgelandssykehuset.

Dermed var hun godt kjent med avdelingen fra egen erfaring. Hun visste samtidig mye om hvordan andre ansatte opplevde arbeidsbelastningen.

– Ansatte gråt på jobb fordi de var så slitne og rakk ikke over arbeidsoppgavene de hadde ansvaret for, forteller hun.

Nå i vår er hun tilbake igjen i avdelingen og kan oppleve resultatet av egen idé.

TOK TAK I ROTÅRSAKEN

Leder Tomine Flæsen Dalen var enig i at noe måtte gjøres, og at de måtte finne ut den egentlige årsaken til at avdelingen ikke fungerte optimalt.

Etter en prosess ble det klart for henne at det var antallet oppgaver fordelt på for få ansatte som var rotårsaken.

– Hanna nevnte det med ufaglærte nærmest i en bisetning på vei ut døra. Det kan være uvant for oss sykepleiere å tenke i de baner. Men ideen var god!

Samtidig skjønnte hun at her måtte de jobbe tett: Tiltaksvalgte, vernetjeneste og de ansatte på avdelingen måtte inkluderes hele veien hvis dette skulle testes ut.

GIKK GJENNOM ÉN OG ÉN OPPGAVE

Det ble startet et prosjekt der målsettingen var: Rett kompetanse til rett oppgave og til riktig tid.

Først gikk de gjennom en og en oppgave som måtte utføres. Deretter skilte de ut dem man ikke trengte å være autorisert som hjelpepleier, helsefagarbeider eller sykepleier for å utføre.

Det ble en nokså lang liste ut av det.

Listen ble til en stillingsbeskrivelse, og dermed var den nye stillingen «avdelingsvert» lansert.

Den første avdelingsverten ble ansatt i fjor. Per i dag er det tre ansatte som deler på en hundre prosent stilling.

Avdelingsvertene er til stede på kveldsvaktene i ukedagene og på dagvakt i helgene.

Prosjektet varer i utgangspunktet ut året.

EFFEKTIVT SENGESKIFT

– Skal vi ta rommet sammen?

Assisterende enhetsleder og sykepleier Stine Kristoffersen er absolutt til stede «på gulvet» denne kveldsvakta. Hun har i flere timer gått i skyttel mellom klokker og medisinerrom, epikriser og nye pasienter.

Nå ser hun på avdelingsvert Maja mens hun nikker mot rommet som en pasient nettopp har forlatt.

– Ja, det kan vi gjøre, sier Maja. ►

KOSTVERT: På dagvakt i ukedagene er det kostvert Bjørghild Gårdvik som tar seg av matlogistikken. På kveld og i helger overtar avdelingsverter. Kostvert og avdelingsvert er ikke det samme på denne sengeposten.





«Det er spennende å kunne ta disse arbeidsoppgavene.»

MAKSIM ABOU-ALEZ,
HELSEFAGARBEIDER

Hvem som tilbyr hvem en hjelpende hånd, er ikke lett å si, men i praksis står de kort tid etter på hver sin side av senga mens vaskeklut og deretter rent sengetøy og dyne skifter hender over madrassen.

På få minutter er rommet rengjort og klart til en ny pasient.

– Det er ganske rolig i kveld mot hva det kan være. Nå venter vi på to nye pasienter, og da kan vi være to og bli raskere ferdig her, sier assisterende enhetsleder Stine Kristoffersen før hun med favnen full av sengetøy forsvinner videre innover korridoren.

– Det er ikke sånn at vi avdelingsvertene må gjøre alt. Vi hjelper hverandre, sier Maja.

TVERRFAGLIG FREDAG PÅ PAUSEROMMET

Det har blitt torsdag formiddag, og sola skinner skrått gjennom vinduene i sjettede etasje på sykehuset i Sandnessjøen. Utenfor ser man Alstenfjorden og den 856 meter høye fjelltoppen Dønnamannen.

Dagvakten er godt i gang.

Fra korridoren skramler det i brett og bestikk.

Mens avdelingsvertene tar unna mange rydde- og serveringsoppgaver på kveldstid, er det en egen postvert som har denne oppgaven på dagtid.

Postverten heter Bjørghild Gårdvik. Hun har et større

«Vi har fått god opplæring.»

IRIS AAKERØY,
HELSEFAGARBEIDER



KATETERISERING: Maksim Abou-Alez gjør seg klar før innsetting av urinkateter.



... OG NEWS: Iris Aakerøy og pasient Ronny Nilsen er like spente på dagens målinger.



DETTE GJØR HELSEFAGARBEIDERE OG HJELPEPLEIERE:

- setter urinkateter på både mannlige og kvinnelige pasienter
- tar NEWS-måling
- følger opp sondeernæring
- kopler ned og skyller perifere venekateter etter infusjoner er ferdig
- henger opp klare, intravenøse væsker

ansvar for logistikken rundt kosten – alt fra å dele informasjon om ukesmeny, berike kost og oversikt over spesialkost, til varebestilling og orden på kjøkkenet. Postverten på dagtid gjør imidlertid ikke oppgaver som vask av senger, følge pasienter og liknende.

På fredager blir det fort tverrfaglig inne på pauserommet – da har nemlig Gårdvik bakt kake.

HELSEFAGARBEIDERE SETTER URINKATETER OG TAR NEWS

Men foreløpig er de tre vaktskifter unna kake, og inne på et av rommene er det steril prosedyre på gang.

Maksim Abou-Alez og Iris Aakerøy går gjennom trinnene i innsetting av kateter hos kvinner.

De er begge to helsefagarbeidere. Det er nemlig flere oppgaver som har flyttet på seg ved avdelingen:

De helsefagarbeiderne og hjelpepleierne som har ønsket det, har fått opplæring og er sertifisert, slik at de kan avlaste sykepleierne på flere områder.

– Det er spennende å kunne ta disse arbeidsoppgavene, sier Abou-Alez.

– Vi har fått god opplæring, sier Aakerøy og ser mot fagutviklingssykepleier Marthe Bjørnvik.

Det er Bjørnvik som har terpet gjennom prosedyrene og gått gjennom sertifiseringsløpet sammen med dem. Til nå har ni av tretti helsefagarbeidere og hjelpepleiere gjennomført sertifiseringen.

MER MEDISINTID

Hva gjør sykepleierne mer av nå som de ikke lenger serverer mat, fyller tøylagre eller fungerer som portører?





RO: Emilie Frivåg setter pris på å ikke bli avbrutt med mange andre oppgaver når hun blander antibiotika.



«Jeg er glad for oppgavedelingen vi har.»

EMILIE FRIVÅG,
SYKEPLEIER



«Nå er jeg i gang med å bli helsefagarbeider.»

RAMONA JOHANSEN,
ASSISTENT, TIDLIGERE
AVDELINGSVERT

– Medisin håndtering. Det bruker sykepleierne mer tid på. I stedet for å måtte vente lenge på dobbeltkontroll eller stadig bli avbrutt inne på medisinnrommet, har det blitt mer ro og tid til å gjøre disse oppgavene. Det øker pasientsikkerheten, sier Marthe Bjørnvik.

Og litt lenger unna, inne på medisinnrommet, står sykepleier Emilie Frivåg i dyp konsentrasjon. Hun regner og sjekker mens hun blander antibiotika til pasientene på avdelingen.

– Jeg er veldig glad for avdelingsvertene og oppgavedelingen vi har, sier Frivåg og bekrefter at det er godt både for henne og for pasientsikkerheten å ikke bli avbrutt hele tiden når hun holder på med ulike medikamenter.

Enhetsleder Tomine Flæsen Dalen utfører dobbeltkontroll og signerer i pasientkurven.

– Både jeg og assisterende enhetsleder går inn og hjelper til i avdelingen dersom det er nødvendig, sier Dalen.

POSITIVE TILBAKEMELDINGER

Dalen forteller at hun nesten utelukkende har fått positive tilbakemeldinger på avdelingsvertstillingen og den nye oppgavedelingen fra avdelingen.

– Nå kan jeg nesten høre det stønnes unisont «ånei!» dersom det ikke er satt opp avdelingsvert på en vakt. Vi har raskt blitt vant til å ha det, og det oppleves som god avlastning. Man vet at matserveringen blir tatt, drikkelister blir ført. Det frigjør tid og tar ned stresset, sier hun.

VIL GJØRE OM FRA SYKEPLEIERSTILLING TIL UFAGLÆRT-STILLING - PERMANENT

Prosjektet varer bare ut året.

– Hva tenker du om fremtiden for avdelingsvertstilling – vil du gå inn for å omgjøre stillingen permanent?

– Omgjøring av stillinger drøftes alltid med tillitsvalgte, sier enhetsleder Tomine Flæsen Dalen og fortsetter:

– Erfaringene fra prosjektet er at dette har hatt svært positiv effekt på hele avdelingen, med tanke på både HMS og arbeidsbelastning, sykefravær og økonomi. Så da blir min innstilling til omgjøring positiv, sier hun.

I januar i år var sykefraværet nede i 5,1 prosent, og det er jevnt over lavere enn før avdelingsvertene kom inn i avdelingen.

TRE GANGER SÅ DYRT MED SYKEPLEIER FRA BYRÅ

– Hvor mye betaler dere for sykepleiere fra vikarbyrå?

– En sykepleier fra byrå koster mer enn tre ganger så mye som fast ansatt sykepleier, omtrent 200 000 kroner per måned, sier Tomine Flæsen Dalen.

På spørsmål om hva de gjør med lønnsmidlene de sparer på å ha ufaglærte i en sykepleierstilling, svarer hun:

– Økonomi har ikke vært viktig i vårt prosjekt, det har vært rett kompetanse til rett oppgave. Men helseforetakets benchmarking-rapport viser at vi drifter mest kostnads-effektivt i egen klinikk, sier hun.

Det vil si en rapport som sammenlikner sykehuset internt.

– Det er en fin bieffekt. Dersom framskriving om for få helsepersonell ikke skal slå til, er det muligheter å gjøre endringer nå, understreker hun.

ÅTTE LEDIGE SYKEPLEIERSTILLINGER

Bemanningssituasjonen er fremdeles ikke rosenrød, viser oversikten over ledige stillinger:

– Per dags dato har sengeposten åtte ledige stillinger, hvor fire dekkes av sykepleiere fra byrå. Resten dekkes av egne sykepleiere, og noe også av de erfarne helsefagarbeiderne og hjelpepleierne som har fullført sertifiseringsløp, sier hun.

Hun mener også at en svært god bieffekt har kommet ut av at ufaglærte får prøve seg på sengeposten:

Den første avdelingsverten studerer i dag medisin. Den andre jobber mot fagbrev på jobb, fra miljøarbeider til helsefagarbeider.

TILLITSVALGTE: HAR VÆRT ET BRA TILTAK

Både Iris Aakerøy og Siv M. Andreassen, plasstillitsvalgte for henholdsvis Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund, er fornøyd med innføringen av avdelingsvert.



TOMINE FLÆSEN
DALEN,
ENHETSLEDER

**«Nå kan jeg nesten
høre det stønnes
unisont «å nei!»
dersom det ikke er
satt opp avdelingsvert
på en vakt.»**

FREMDELES SYKEPLEIERMANGEL: - Vi må spørre oss hvilke arbeidsoppgaver helsepersonell skal ivareta, mener enhetsleder Tomine Flæsen Dalen. Hun er åpen for å gjøre om en sykepleierstilling til en ufaglært-stilling permanent.

- Det er vel ingen hemmelighet at det ofte er nokså travelt på en sengepost. Det å ha muligheten til å delegerer noen arbeidsoppgaver har gitt oss muligheten til å være mer til stede for pasienten.

Andreassen har fått positive tilbakemeldinger fra sykepleierne, forteller hun:

- Avdelingsvert avlaster oss, både sykepleiere og helsefagarbeidere, slik at vi får brukt kompetansen vår på riktig måte. Nå har vi bedre tid til pasientene.

- Jeg synes dette har vært et godt tiltak, og det er også tilbakemeldingene fra sykepleierne på sengeposten, sier Andreassen.

- LEDERE HAR EN UNIK MULIGHET

Enhetslederen fra sengeposten i Sandnessjøen står støtt i avgjørelsen om å ta ufaglærte inn på sengeposten.

- Alle vi som er ledere i dagens helsetjeneste har en unik mulighet til å snu en pessimistisk framskriving, sier hun og oppfordrer:

- Vi må spørre oss: Hvilke arbeidsoppgaver skal helsepersonell ivareta?

- Hva er aller viktigst for å kunne drive god sykepleiefaglig ledelse med denne oppgavedelingen?

- Et godt team. For meg er det fagutviklingssykepleier og assisterende enhetsleder, samt tillitsvalgte og min nærmeste leder, svarer Tomine Flæsen Dalen.

SPRINGBRETT

Neste høst blir spennende for avdelingsverten Maja Walberg:

Planen er å begynne på sykepleierutdanning i Sandnessjøen.

- Stillingen blir et slags springbrett videre inn i helsevesenet. Jeg har alltid hatt lyst til å bli sykepleier, sier hun. ■





**Norsk forening
for slagrammede**

Sammen blir vi bedre

**Det gjør godt å snakke med
andre i samme situasjon.**



Når hjerneslag inntreffer, skjer det ofte uten forvarsel. Både den som rammes og deres pårørende kan oppleve det som et sjokk. Hjerneslag kan føre til store endringer i livet, noe som kan utløse sorgreaksjoner.



KUNNGJØRING

Norsk Sykepleierforbund kaller inn til
ekstraordinært landsmøte 27.–29. november 2024
på Clarion Hotel & Congress Oslo Airport.

NSFs vedtekter § 8 G Ekstraordinært landsmøte

Det skal innkalles til ekstraordinært landsmøte når det kreves av en av følgende instanser:

- Forbundsstyret
- Minst 50 % av fylkesstyrene

Bakgrunn

Forbundsstyret har vedtatt at det skal kalles inn til ekstraordinært landsmøte.

Forbundsstyresak 84/2023:

«Det har gjennomgående i organisasjonen og spesielt i forberedelsene til landsmøte blitt synliggjort et stort behov for å revidere NSF sine vedtekter. Det er landsmøte som fatter beslutning om vedtektene, og forbundsstyret ser derfor behov for å innkalle til et ekstraordinært landsmøte som kan fatte nødvendige beslutninger for å gi organisasjonen nye vedtekter.

Dette sier vedtektene

Delegater

Ifølge vedtekter § 8 G 3 skal delegasjonene være sammensatt av dem som ble valgt til delegater/ varadelegater til nærmest forutgående landsmøte.

Innkalling

NSFs vedtekter § 8 G 1 Innkalling:

«Møtet skal kunngjøres minst 4 uker før det finner sted. Dokumenter som vedrører den eller de saker som forårsaker at møtet holdes, skal sendes landsmøtets deltakere snarest mulig etter kunngjøring, og senest 3 uker før landsmøtet holdes.»

Landsmøtets deltagere vil motta innkalling med informasjon om påmelding.

Saker

Revisjonen av vedtektene vil være den eneste saken som skal behandles på det ekstraordinære landsmøte. Utkast til de reviderte vedtektene vil sendes ut på høring til deler av organisasjonen før sommeren med høringsfrist 13. september. Paragraf 8, bokstav D om innsending av saker vil ikke gjelde ved det ekstraordinære landsmøte.

De endelige dokumentene gjøres tilgjengelig for delegatene så raskt som mulig etter høringen og innen fristen på 3 uker.

Mer informasjon om landsmøte kommer på nsf.no.

Rune Hallingstad

generalsekretær
Norsk Sykepleierforbund






DNB + NSF skal lønne seg for deg!

Derfor får du som er medlem i Norsk sykepleierforbund ekstra gode betingelser hos DNB.

Medlemsfordelene inkluderer svært gode forsikringer for deg og din familie, tilgang på en rekke arrangementer og gode rabattordninger.

Les mer om dine medlemsfordeler på dnb.no/nsf



I 2018 MENTE RUNDT 6 AV 10 SYKEPLEIERE
AT DE DAGLIG UTFØRTE ARBEIDSOPPGAVER
ANDRE BURDE GJORT. **NÅ NÆRMER
ANDELEN SEG 7 AV 10.**

TEKST OG GRAFIKK: INGVALD BERGSAGEL

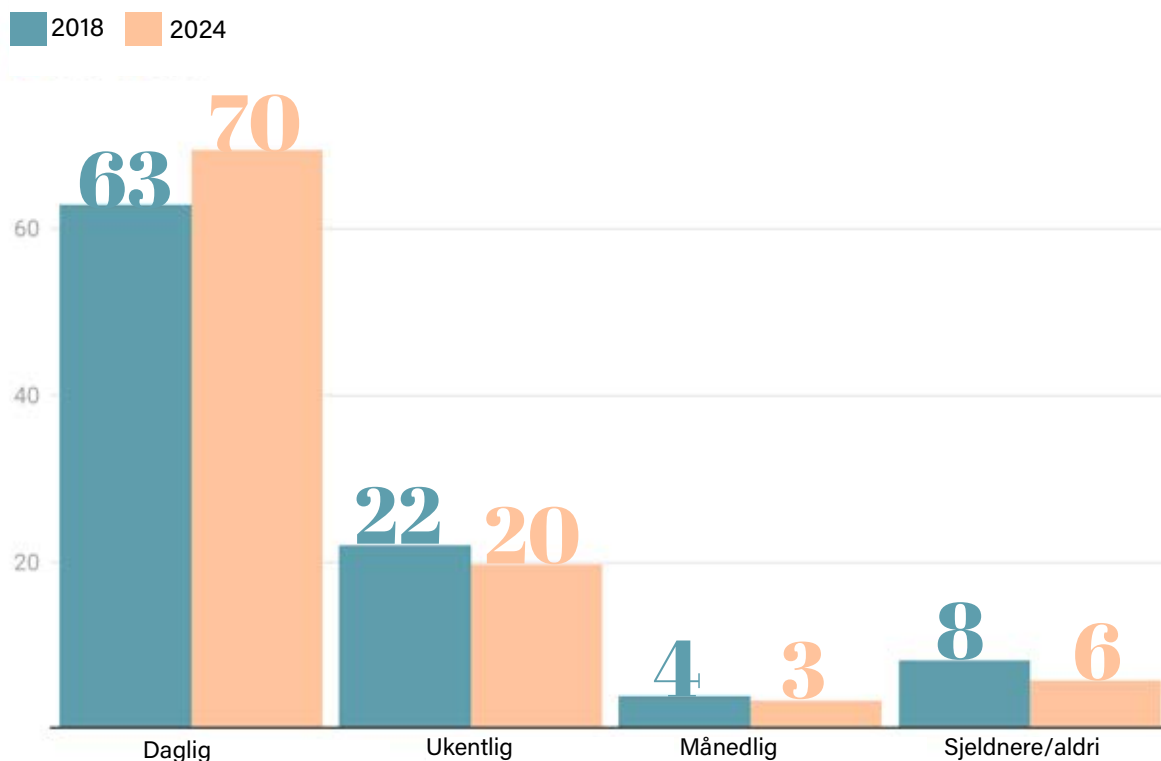
S *tadig flere sykepleiere mener de gjør andres arbeids- oppgaver*

De to undersøkelsene - i 2018 og 2024

2018: Første undersøkelse ble gjennomført høsten 2018. Spørreskjemaet ble sendt ut digitalt til 10 012 tilfeldige medlemmer av Norsk Sykepleierforbund. 3412 personer besvarte hele eller deler av undersøkelsen.

2024: Andre undersøkelse ble gjennomført i april 2024. Spørreskjemaet ble sendt ut digitalt til 20 277 tilfeldige medlemmer av Norsk Sykepleierforbund. 2303 personer svarte på hele eller deler av undersøkelsen. I hovedtallene er kun respondenter som oppgir at de jobber som sykepleiere, inkludert, dersom ikke annet er oppgitt.

HVOR OFTE UTFØRER DU ARBEIDSOPPGAVER DU IKKE VIL DEFINERE SOM SYKEPLEIEROPPGAVER?



Basert på tall fra Sykepleiens spørreundersøkelser i 2018 og 2024. (n 2018: 1929, n 2024: 1255)

Sykepleiere flest vasker, rydder, lager mat og går ut med søpla. Kompetanseheving og kvalitetsutvikling blir det mindre tid til.

I 2018 gjennomførte Sykepleien en spørreundersøkelse om hva sykepleiere faktisk bruker arbeidstiden sin på. Den ble publisert i 2019 i utgaven «Hva er egentlig sykepleie?»

Denne våren har vi gjentatt undersøkelsen, og lite tyder på at

utviklingen går i ønsket retning.

URINVASK OG KAFFEKOKING

For selv om sykepleieres fagkompetanse er svært ettertraktet og sykepleiermangelen økende, er det nå en større andel som bruker av sin dyrebare arbeidstid på ting de selv ikke anser som sykepleieroppgaver.

En uttrykker sin frustrasjon slik: «Det er ikke noe fristende å gå på jobb hver dag for å vaske urin og

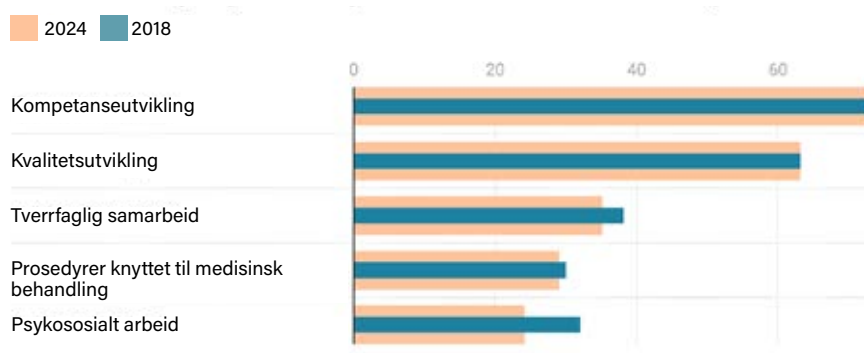
koke kaffe etter tre års studie.»

«Har blant annet fått spørsmål om å stake opp tett do, måke frem nedsnødde biler, fikse heis og basseng», skriver en annen.

ØKENDE TENDENS

I den nye undersøkelse oppgir 69,5 prosent sykepleiere at de daglig utfører oppgaver de ikke vil definere som sykepleieroppgaver. I 2018 var andelen 62,9.

HVA SYKEPLEIERE SYNES DE BRUKER FOR LITE TID PÅ



Basert på tall fra Sykepleiens spørreundersøkelser i 2018 og 2024. (n 2018: 1660, n 2024: 972)

«På min arbeidsplass får man høre at man er en god sykepleier om man har vasket kjøkkengulva, ryddet ut av oppvaskmaskin og så videre.»

ANONYM SYKEPLEIER

«Det er mangel på sykepleiere, og da må arbeidsoppgavene spisses, andre arbeidsgrupper må ta over oppgaver. En må bruke riktig kompetanse på riktig plass.»

ANONYM SYKEPLEIER

Nå som den gang, er det oppgaver knyttet til renhold sykepleierne mener stjeler aller mest av deres verdifulle tid.

I 2018 var det 70 prosent som mente de brukte for mye tid på renhold. I 2024 har andelen økt til 75 prosent.

Tilsvarende hadde andelen som mente de brukte for mye tid på mat og måltider, økt fra 58 til 63 prosent.

For svaralternativet «pasientnært arbeid som ikke er helserelatert» er økningen enda større, fra 51 til 63 prosent.

– FLERE OG FLERE OPPGAVER

Tid er et begrenset gode, og når noe tar for mye tid, blir det gjerne for lite annet.

«Sykepleiere må ta over flere og flere oppgaver, og det leder til mindre tid til pasientrettede oppgaver», kommenterer én.

En annen skriver: «Vi gjør altfor mye oppgaver som ikke krever den kompetansen vi innehar. Og får gjerne for lite tid til ting vi faktisk burde få gjort.»

Det fleste sykepleiere opplever at de bruker for lite tid på, er

kompetanseutvikling. I 2024 som i 2018, var det 73 prosent som mente de brukte for lite tid på dette.

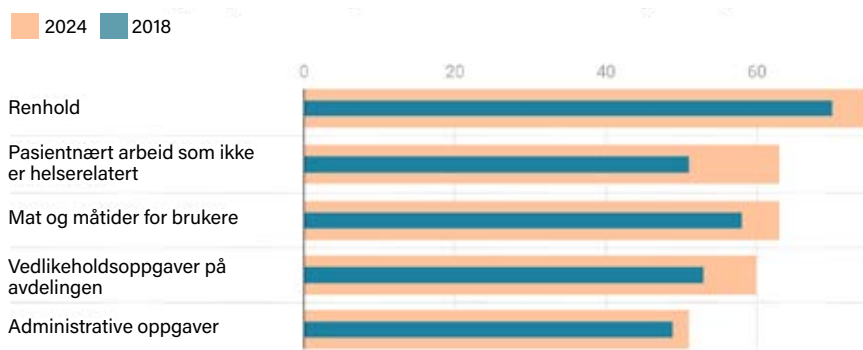
HVEM SKAL GJØRE DET, DA?

Sykepleiere føler oftest at de gjør oppgaver helsefagarbeidere, renholdspersonell eller kjøkkenpersonell burde gjort.

Over halvparten mener også de ukentlig utfører oppgaver pasienten selv burde gjort, og andelen øker for alle disse gruppene. (Se grafikk til h.)

Andelen sykepleiere som oppgir

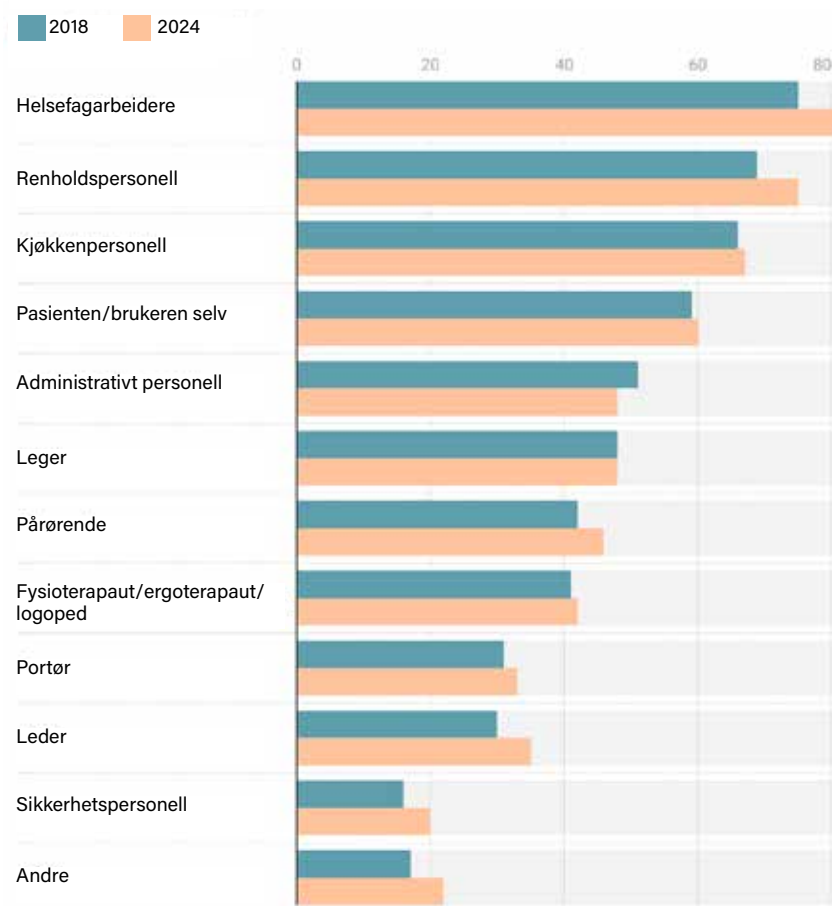
HVA SYKEPLEIERE SYNES DE BRUKER FOR MYE TID PÅ



Basert på tall fra Sykepleiens spørreundersøkelser i 2018 og 2024. (n 2018: 1660, n 2024: 972)

HVEM BURDE HELLER GJORT DET?

Diagrammet viser prosentandel som oppgir at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver de mener andre yrkesgrupper heller burde gjort.



Basert på tall fra Sykepleiens spørreundersøkelser i 2018 og 2024. (n 2018: 1834, n 2024: 1161)

«Sykepleiere blir poteter som skal brukes til alt.»

ANONYM SYKEPLEIER

at de ofte utfører legers oppgaver, har derimot holdt seg stabil på 48 prosent.

FORSKJELL PÅ FOLK

Sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten og på sykehjem oppgir noe oftere enn sykehusansatte at de utfører andres oppgaver.

Også blant spesialsykepleiere er tendensen tydelig:

I 2018 oppga 45 prosent av spesialsykepleierne at de daglig utførte oppgaver de ikke ville definere som sykepleieroppgaver. I årets undersøkelse

«Her brukes sykepleiere til alt; kjøre mat til hjemmeboende, vaske pasientrom mellom pasienter, vaske og tørke arbeidstøy og pasienttøy og så videre. Alt dette gjøres i tillegg til sykepleieroppgaver.»

ANONYM SYKEPLEIER

har andelen økt til 56 prosent.

HAR TRO PÅ OPPGAVEDELING

I den nye undersøkelsen fikk deltakerne et ekstra spørsmål om i hvilken grad de trodde bedre oppgavedeling kunne bidra til å løse sykepleiermangelen.

Og sykepleierne ser ut til å ha trua.

43 prosent har krysset av for «i svært stor grad», mens ytterligere 45 prosent svarte «til en viss grad». Til sammen blir dette hele 88 prosent, men under tre prosent til

sammen valgte å krysse av ved alternativene «i svært liten grad» og «i ingen grad».

Hvor stor tro sykepleierne har på at oppgavedelingen faktisk vil bli bedre, er et annet spørsmål.

En respondent sier det slik i sitt fritekstsvar: «Det har vært snakket om oppgavedeling i en årrekke, men det stopper med bare snakk.» ■





Raskere administrering for helsepersonell og pasienter med SUBKUTAN TECENTRIQ^{1,2}

Godkjent i Beslutningsforum³



Les mer om
**SUBKUTAN
TECENTRIQ**



Dosering - hver 3. uke for alle indikasjoner²



SUBKUTAN TECENTRIQ (atezolizumab) innføres til bruk ved alle indikasjoner der intravenøs atezolizumab allerede er besluttet innført^{3,4}

Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon SUBKUTAN TECENTRIQ⁵

INDIKASJONER:

Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) i tidlig stadium: Som monoterapi til adjuvant behandling, etter fullstendig reseksjon og platinabasert kjemoterapi, av voksne med NSCLC med høy risiko for tilbakefall der tumor har PD-L1-ekspresjon i $\geq 50\%$ av tumorcellene og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. **Metastatisk NSCLC:** I kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC. Ved EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC er Tecentriq, i kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin, kun indisert etter at egnede målrettede behandlinger har mislyktes. I kombinasjon med nab-paklitaksel og karboplatin til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk NSCLC med tumorer som har PD-L1-ekspresjon i $\geq 50\%$ TC eller i $\geq 10\%$ tumorinfiltrerende immunceller (IC) og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til behandling av voksne pasienter med lokalavansert eller metastatisk NSCLC etter tidligere kjemoterapi. Pasienter med EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC bør også ha mottatt målrettede behandlinger før de mottar Tecentriq. **Småcellet lungekreft (SCLC):** I kombinasjon med karboplatin og etoposid til førstelinjebehandling av voksne med utbredt småcellet lungekreft (ES-SCLC). **Hepatocellulært karsinom (HCC):** I kombinasjon med bevacizumab til behandling av voksne med avansert eller inoperabel HCC som ikke tidligere har fått systemisk behandling. **Urotelialt karsinom (UC):** Som monoterapi til behandling av voksne med lokalavansert eller metastatisk UC etter tidligere platinaholdig kjemoterapi, eller som ikke anses som egnet for cisplatin, og hvor tumor har et PD-L1-ekspresjon $\geq 5\%$. **Trippel-negativ brystkreft (TNBC):** I kombinasjon med nab-paklitaksel til behandling av voksne med inoperabel lokalavansert eller metastatisk TNBC som har tumorer med PD-L1-ekspresjon $\geq 1\%$, og som ikke tidligere er behandlet med kjemoterapi for metastatisk sykdom.

DOSERING OG ADMINISTRERING:

Skal initieres og overvåkes av lege med erfaring innen kreftbehandling. Anbefalt dose er 1875 mg hver 3. uke. Gis s.c. i låret over ca. 7 minutter. Det er viktig å sjekke produktetikettene for å sikre at riktig formulering (intravenøs eller subkutan) administreres til pasienten.

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor atezolizumab eller overfor noen av hjelpestoffene.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Immunmedierte bivirkninger: Kan påvirke flere kroppssystemer. Pasienten bør overvåkes for pneumonitt, hepatitt, kolitt, endokrinopati, meningitt/encefalitt, motorisk og sensorisk nevropati, myelitt, akutt pankreatitt, myokarditt, endringer i nyrefunksjon, myositt, perikardiale sykdommer, hemofagocytisk

lymfohistiocytose, SCARs og andre immunmedierte bivirkninger. ASAT, ALAT, bilirubin og tyreoidfunksjon bør overvåkes. **Infusjonsrelaterte reaksjoner:** Injeksjonshastigheten bør reduseres eller det bør tas pause hos pasienter med infusjonsrelaterte reaksjoner av grad 1/2. Seponeres permanent ved grad 3/4 reaksjoner.

BIVIRKNINGER:

Monoterapi: Svært vanlige ($\geq 1/10$): urinveisinfeksjon, nedsatt appetitt, hodepine, dyspné, hoste, kvalme, oppkast, diaré, utslett, kløe, artralgi, ryggsmerte, pyreksi, fatigue og asteni. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): trombocytopeni, infusjonsrelatert reaksjon, hypotyreose, hypertyreose, hypokalemi, hyponatremi, hyperglykemi, perikardiale sykdommer, hypotensjon, pneumonitt, hypoksi, nasofaryngitt, kolitt, magesmerter, dysfagi, orofaryngeal smerte, munntørrhet, økt ASAT, økt ALAT, hepatitt, tørr hud, muskel- og skjelettsmerter, økt blodkreatinin, influensalignende sykdom, frysninger og reaksjon på injeksjonsstedet. **Kombinasjonsterapi:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): lungeinfeksjon, anemi, trombocytopeni, nøytropeni, leukopeni, hypotyreose, nedsatt appetitt, perifer nevropati, hodepine, hypertensjon, dyspné, hoste, nasofaryngitt, kvalme, oppkast, diaré, forstoppelse, utslett, kløe, alopeci, artralgi, muskel- og skjelettsmerter, ryggsmerte, pyreksi, fatigue, asteni og perifert ødem. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): sepsis, lymfopeni, infusjonsrelatert reaksjon, hypertyreose, hypokalemi, hyponatremi, hypomagnesemi, synkope, svimmelhet, dysfoni, stomatitt, smaksforstyrrelser, økt ASAT, økt ALAT, proteinuri, økt blodkreatinin og økt ALP. Se SPC for fullstending informasjon om dosering, forsiktighetsregler og bivirkninger.

PAKNING, PRIS OG REFUSJON:

Injeksjonsvæske, oppløsning 1875 mg: 15 ml (hettegl.) pris kr. 52886,80. Reseptgruppe C. Atezolizumab (Tecentriq) - subkutan formulering er godkjent til bruk ved ulike indikasjoner der det i dag brukes intravenøs formulering. **Behandlingen kan tas i bruk fra 15.04.2024.**

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 22.02.2024

REFERANSER:

1. Burotto M, Zvirbule Z, Mochalova A et al. IMscin001 Part 2: a randomised phase III, open-label, multicentre study examining the pharmacokinetics, efficacy, immunogenicity, and safety of atezolizumab subcutaneous versus intravenous administration in previously treated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer and pharmacokinetics comparison with other approved indications. Ann Oncol. 2023;34(8):693-702. 2. TECENTRIQ SPC datert 22.02.24 avsnitt 4.2. 3. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2023_105/. 4. TECENTRIQ SPC datert 22.02.24 avsnitt 4.1. 5. TECENTRIQ SPC datert 22.02.24 avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.8.

FreeStyle Libre 3

Hjelp pasientene dine med å forbedre glykemisk kontroll

Koble FreeStyle Libre 3-sensoren deres til hybrid closed loop systemet – mylife Loop¹.



Registrer deg her for å få den nyeste informasjonen, eller besøk **Pro.FreeStyle.Abbott**

Abbott
life. to the fullest.®

Bilder er kun illustrasjon og viser ikke faktiske pasienter eller data.

*Tilgjengelig på Android-telefoner. iOS vil komme senere.

1. FreeStyle Libre 3 er autorisert for bruk med mylife Loop-automatisert insulinleveringssystem, inkludert mylife CamAPS FX-appen og mylife YpsoPump insulinpumpe. For bruk av FreeStyle Libre 3-sensoren med mylife Loop, se merkingen som følger med mylife CamAPS FX-appen. **2.** Alva S, Brazg R, Castorino K, Kipnes M, Liljenquist DR, Liu H. Diabetes Ther. 2023 Apr;14(4):767-776. doi: 10.1007/s13300-023-01385-6. **3.** Waldenmaier D. J Diabetes Sci Technol. (2019): <https://doi.org/10.1177/1932296818785386>.

© 2024 Abbott. Sensorenheten, FreeStyle, Libre og relaterte varemerker eies av Abbott. YpsoPump er et registrert varemerke for Ypsomed AG. CamAPS er et registrert varemerke for CamDiab Ltd. Andre varemerker tilhører deres respektive eiere. For bruk av FreeStyle Libre 3-sensor med mylife Loop, se merkingen som følger med mylife(TM)CamAPS FX-appen.

ADC-88975 v1.0 03/24.



Embagyn

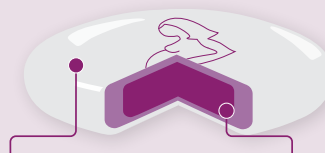
doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av
svangerskapskvalme og oppkast¹

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

Enkel dosering
1-2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹
doksylamin (antihistamin) 20 mg og
pyridoksin (B6-vitamin) 20 mg



Et flerlags belegg med
øyeblikkelig frisetting
10 mg doksylamin og
10 mg pyridoksin

Enterodrasjert kjerne med
forsinket frisetting
10 mg doksylamin og
10 mg pyridoksin

Embagyn (20 mg doksylamin /20 mg pyridoksin), tablett med modifisert frisetting.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Samtidig bruk med MAOI-er eller bruk av Embagyn i inntil 14 dager etter seponering av MAOI-er. Porfyri.

Forsiktighetsregler:

- Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.
- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

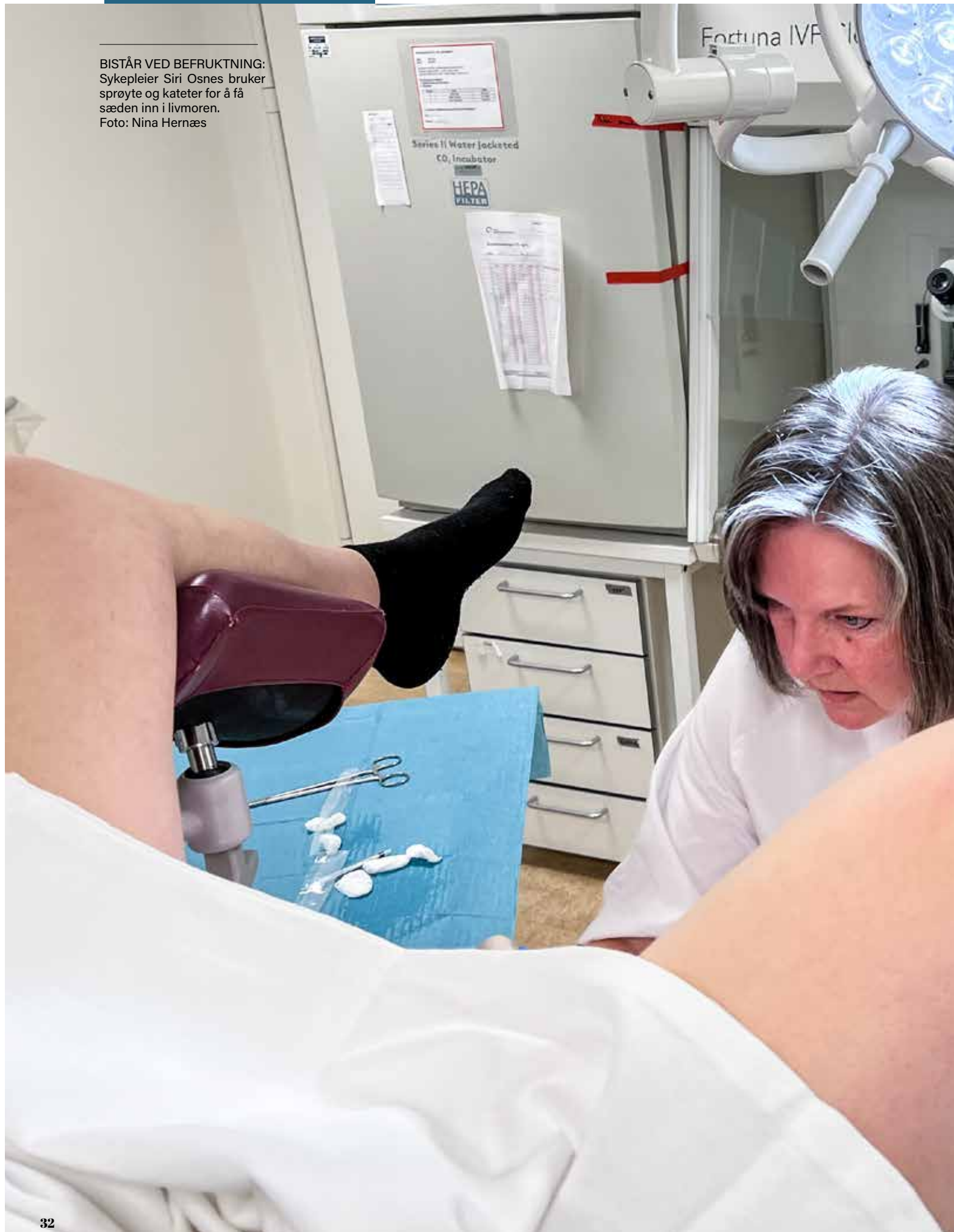
For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagyn SPC 10.05.2023.



Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer).

Bruksbegrensninger: Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 291.30. Reseptgruppe: C. **Referanser:** 1) Embagyn SPC 10.05.2023

BISTÅR VED BEFRUKTNING:
Sykepleier Siri Osnes bruker
sprøyte og kateter for å få
sæden inn i livmoren.
Foto: Nina Hernæs





HER ER DET SYKEPLEIERNE SOM INSEMINERER

– Vi er med på å skape liv, sier sykepleier Siri Osnes.

TEKST: NINA HERNÆS



TREKKER OPP SÆD: Etter at hun har sjekket at kateteret går inn i livmorhulen, tar hun det ut og fyller det med sæd. Foto: Nina Hernæs



— **H**er har jeg selvholdende spekel. Tuffere som jeg skal vaske med. Korntang. Sykepleier Siri Osnes peker på utstyret foran henne.
— Og så selve kateteret.
Alt er klart til en mulig befruktning.

- PUST GODT

Hun tar opp spekelet og vasker det. Forklarer hva hun gjør til kvinnen som ligger foran henne.

— Så puster du godt med magen din, sier Osnes, før hun setter det inn, åpner og låser det.

Spekelet holder veggene i skjeden fra hverandre, så hun kan se livmorhalsen.

Så tar hun det tynne kateteret, fører det gjennom spekelet, opp livmorhalsen og inn i livmoren.

I første omgang for å se om det kommer inn uten problemer.

I en egen varmebeholder står reagensrøret med renset og opptint sæd.

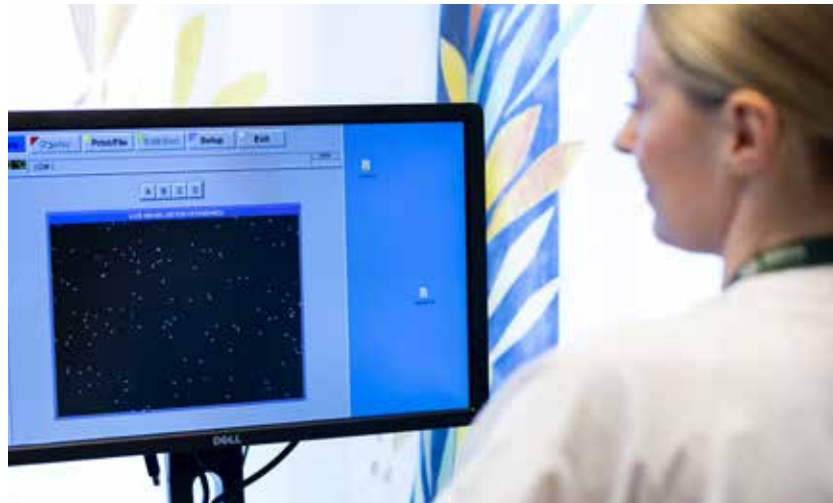
VAR EN LEGEOPPGAVE

Inseminering er en form for kunstig befruktning der sæd sprøytes inn i livmoren ved hjelp av et kateter. Sæden kan enten være fra partner eller fra donor.

Tradisjonelt er det lege som utfører selve prosedyren. Men på Reproduksjonsmedisinsk avdeling på Oslo universitetssykehus er den overtatt av sykepleiere med grundig opplæring.

Det er en oppgave Siri Osnes er takknemlig for å få gjøre.

— Det er så innmari hyggelig når kvinnen blir gravid, sier hun.



SJEKKER BEVEGELIGHET: Donorsæd tines på morgenen den dagen insemineringen skjer. Her sjekker bioingeniør Tonje Tornes om det er fart i sædcellene. Foto: Erik M. Sundt



UTSTYRET HUN BRUKER: Siri Osnes viser frem kateteret som skal føres opp livmorhalsen og inn i livmorhulen. Foto: Erik M. Sundt

– Vi er med på å skape liv.

– FAGLIG MULIGHET

Det var sykepleier og seksjonsleder Anette Ekren Grøstad som fikk ideen. I 2017 var hun på konferanse med engelske sykepleiere som utførte inseminering.

– Jeg var ganske ny i faget, men syntes det hørt spennende ut, sier hun.

– Det ga nye faglige muligheter.

Tilbake i avdelingen møtte hun ikke motstand, men mangel på ressurser.

Så ble bioteknologiloven endret i 2020. Frem til da hadde assistert befruktning vært et tilbud til kvinner med partner. Men nå fikk også enslige kvinner samme rettigheter. Flere kunne tilbys behandling, og avdelingen fikk mer ressurser.

Og da begynte sykepleierne å inseminere.

Anette Ekren Grøstad var blant de første som fikk opplæring. I begynnelsen var det legene som lærte opp. Nå lærer sykepleierne opp hverandre.

Så langt seksjonslederen vet, er det – foruten én sykepleier på en privatklinikk – bare på Oslo universitetssykehus at sykepleierne gjør denne oppgaven.

– FORNUFTIG OG EFFEKTIVT

For lege og avdelingsleder for Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Peter Fedorcsak, var det en naturlig utvikling.

– Det var et veldig fornuftig og effektivt grep, sier han.

Han peker på at sykepleiere andre steder allerede gjør gynekologiske undersøkelser. Som for eksempel vaginal ultralyd på abortpoliklinikk.

– Vår erfaring er at sykepleiere er like dyktige, om ikke dyktigere, enn legene til å gjøre inseminering, sier han.

INSEMINERING

- En form for assistert befruktning der sæd føres inn i livmoren ved hjelp av et kateter.
- Selve ordet kommer fra latinske in, som betyr inn i, og semen, som betyr sæd.
- Sæden er enten fra partner eller donor.
- Forut for insemineringen tas tabletter og sprøyter for å stimulere eggøsning, og det gjøres ultralyd for å måle antall og størrelse på eggposene.
- Etter ultralyden avgjør lege når det skal settes en egglosningsprøyte, og dagen etter den er satt, gjøres insemineringen.
- 16 dager etter egglosningsprøyten skal det tas blodprøve for å se om insemineringen har ført til graviditet.

Kilde: Store medisinske leksikon og Reproduksjonsmedisinsk avdeling/OUS
Reproduksjonsmedisinsk avdeling har en egen app som heter IVF, som kan lastes ned gratis.

KLAR TIL BRUK: Den relativt beskjedne mengden sæd inneholder flere millioner sædceller.
Foto: Nina Hernæs



Før sykepleierne overtok oppgaven, endte mellom 15 og 18 prosent av inseminasjonene i graviditet. Nå er andelen mellom 18 og 20 prosent.

– Endringen kan ikke tilskrives sykepleierne alene, fordi også pasientgrunnet er endret, sier han.

– Men tallene viser at det går bra.

Han har ikke merket noe motstand internt.

– Kan hende det handler om kulturen vi har, men dette har ikke skapt noen problemer.

VIKTIG MED UTFORDRING

– Hva vinner avdelingen?

– En utrolig viktig og sårt tiltrengt fleksibilitet.

Fedorcsak peker på at avdelingen har over 20 000 polikliniske konsultasjoner hvert år.

I tillegg til inseminasjon gjøres blant annet egguttak og in vitro-fertilisering, som er befruktning utenfor kroppen. Dette er legeoppgaver.

– Inseminasjon er en praktisk oppgave som er morsom



«Det er så
innmari hyggelig
når kvinnen blir
gravid.»

SIRI OSNES, SYKEPLEIER



«Det ga
nye faglige
muligheter.»

ANETTE EKREN GRØSTAD,
SEKSJONSLEDER

HVEM KAN FÅ INSEMINERING?

Bioteknologiloven regulerer hvem som har rett til å få inseminering i Norge.

Inseminering tilbys:

- Kvinner som er samboer eller gift med mann som er befruktningsudyktig, ved uforklarlig befruktningsudyktighet eller hvis mannen er bærer av alvorlig genetisk sykdom.
- Kvinner som er gift eller samboer med annen kvinne.
- Kvinner som er enslige.
- Når mannen eller kvinnen er smitteførende med alvorlig og kronisk seksuelt overførbart infeksjon.
- I særskilte tilfeller hvis kvinnen er bærer av alvorlig arvelig kjønnsbunden sykdom.

Dette kreves av kvinnen:

- Kan ikke være eldre enn 46 år.
- Må legge frem barneomsorgsattest.
- Lege avgjør om behandling med assistert befruktning skal gis, basert på medisinske og psykososiale vurderinger.

Ved bruk av sæd fra donor:

- Forelder/foreldre skal informere barnet så snart det er tilrådelig.
- Barnet har ved fylte 15 år rett til å få opplysninger om donors identitet.

Kilde: Bioteknologiloven

KLARE FOR NYTT LIV: Sykepleier Silje L. Wrede Holm triller utstyr. Undersøkel-sesrommet er snart klart for en ny inseminasjon. Foto: Erik M. Sundt



å utføre, og det er et karrieresteg for sykepleiere, mener han.

– Det er viktig for avdelingen at sykepleierne kan få oppgaver som er utfordrende.

Han opplever at også pasientene er fornøyde.

– Det er en annen kontakt, en litt annen dynamikk, mellom sykepleier og pasient enn mellom lege og pasient, erfarer han.

– Er det aktuelt å la sykepleierne overta flere oppgaver?

– Forut for inseminasjon må det gjøres en ultralyd-kontroll, sier Peter Fedorcsak.

– Det er en oppgave man kan tenke seg at sykepleiere kan overta.

SPRØYTER SÆDEN INN

Siri Osnes tar kateteret ut igjen og setter en sprøyte i enden. Så trekker hun sæden opp i kateteret og fører det inn i livmoren igjen. Vel inne sprøyter hun ut sæden. Så



«Vår erfaring er at sykepleiere er like dyktige, om ikke dyktigere, enn legene til å gjøre inseminering.»

PETER FEDORCSAK, AVDELINGSOVERLEGE



EN SYKEPLEIEROPP-
GAVE: – Alle sykepleierne på avdelingen har fått opplæring, sier seksjonsleder Anette Ekren Grøstad (til venstre). Her med Annelin Giskegjerde, Stine Alvestad Sveen, Silje L. Wrede Holm, Siri Osnes, Åse Marit O. Starr og Sofie André (foran).
Foto: Erik M. Sundt

«Alle sykepleierne på avdelingen har fått opplæring.»

ANETTE EKREN GRØSTAD, SEKSJONSLEDER

► trekker hun det ut og fjerner spekelet.

– Nå skal du ligge der og slappe av litt, sier hun til kvinnen.

Hun senker gynekologstolen.

Som sykepleier her har hun mange ulike oppgaver, som å assistere ved egguttak og overvåke pasientene etterpå. Gi informasjon og opplæring i å sette sprøyter som skal fremme eggmodning og -løsning. Svare på telefonen og koordinere.

Da sykepleierne skulle begynne å inseminere, syntes hun det var spennende.

Avdelingen har rundt ti inseminasjoner i uken. Hun kan ha mellom null og fire i løpet av én dag og har alltid en lege i bakhånd.

– Anatomien kan være forskjellig, sier hun.

– For eksempel kan livmor være bøyd fremover eller bakover.

Man kan være nødt til å bruke kuletang for å dra litt i livmorhalsen så man får ordentlig oversikt.

– Men da tilkaller jeg lege, sier hun.

– Jeg føler meg ikke trygg på å gjøre det alene dersom jeg støter på problemer.

PÅ FJERDE ELLER FEMTE FORSØK

Noen av kvinnene treffer hun flere ganger. I snitt tar det fire til fem insemineringer før det resulterer i

graviditet. For hun som klatrer ned fra gynekologstolen, er det tredje forsøk.

Siri Osnes ser på kalenderen.

Fertilitetsbehandling handler mye om timing, om å treffe når sjansen for befruktning er størst. Forut for inseminasjonen har kvinnen fulgt med på menstruasjonen, tatt eggmodningsfremmende medikamenter, vært på ultralyd og satt en egglosningsprøyte.

16 dager etter sprøyten skal det tas blodprøve for å se om behandlingen resulterte i graviditet.

Blir kvinnen gravid, gjøres en ultralyd her på avdelingen.

MELLOM 80 OG 100 BARN

Siri Osnes følger med på kvinnene hun har inseminert.

– Det er litt for spennende, sier hun.

Hun gleder seg med dem som lykkes og føler med dem som må gå en ny runde.

I 2023 ble det utført 400 inseminasjoner her. Det betyr at sykepleierne var med på å lage mellom 80 og 100 barn.

Men akkurat denne inseminasjonen endte ikke i graviditet.

Kvinnen har tatt hjemmetest og er forberedt når svaret på blodprøven kommer.

Nå håper hun at neste forsøk vil ende i befruktning. ■

DINE PASIENTER HAR MER DE SKAL SE



~78% av pasientene med nAMD og DME kan forlenge
behandlingsintervallet opp til hver 12. eller 16. uke^{1,2}

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. Aktive eller mistenkte okulære eller periokulære infeksjoner. Aktiv intraokulær inflammasjon³

VABYSMO - utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon⁴

INDIKASJON

Vabysmo er indisert til behandling av voksne pasienter med:

- neovaskulær (våt) aldersrelatert makuladegenerasjon (nAMD)
- nedsatt syn som følge av diabetisk makulaødem (DME)

DOSERING OG ADMINISTRASJON

- nAMD: 6 mg (0,05 ml) som intravitreal injeksjon hver 4. uke til 4 doser er satt. Deretter individualiseres behandlingen. Hos pasienter uten sykdomsaktivitet bør dosering hver 16 uke vurderes. Hos pasienter med sykdomsaktivitet bør dosering hver 12. uke eller hver 8. uke vurderes.
- DME: 6 mg (0,05 ml) som intravitreal injeksjon hver 4. uke til 4 doser er satt. Deretter individualiseres behandlingen ved «treat and extend» tilnærming. Doseringsintervallet kan utvides til opptil hver 16. uke.

BIVIRKNINGER

De hyppigst rapporterte bivirkningene var katarakt, konjunktival blødning, glasslegemeløsning, økt intraokulært trykk, mouches volantes (vitreal flytere), øyesmerter og rift i retinalt pigmentepitel (kun nAMD).

Referanser: 1. Khanani AM, Kotecha A, Chang A et al. TENAYA and LUCERNE: 2-Year Results from the Phase 3 nAMD Trials of Faricimab with Treat-and-Extend Dosing in Year 2. *Ophthalmology* (2024), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2024.02.014>. 2. Wong TY, Haskova Z, Kemal A et al. Faricimab Treat-and-Extend for Diabetic Macular Edema: 2-Year Results from the Randomized Phase 3 YOSEMITE and RHINE Trials. *Ophthalmology* 2024 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2023.12.026>. 3. Vabysmo SPC avsnitt 4.3. Sist oppdatert 08.02.2024. 4. Vabysmo SPC, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, og 4.8. Sist oppdatert 08.02.24.

Roche Norge AS - Telefon: 22 78 90 00 - www.roche.no - April 2024 M-NO-00000799. THAU

FORSIKTIGHETSREGLER

Intravitreale injeksjoner er forbundet med endoftalmitt, intraokulær inflammasjon, rheimatogen retinal løsning, retinal rift og iatrogen traumatisk katarakt. Systemiske bivirkninger, inkl. arterielle tromboemboliske hendelser, er sett etter intravitreal injeksjon av VEGF-hemmere.

PAKNING, PRIS OG REFUSJON:

Styrke	Pakning	Refusjon	Pris (kr)	R.gr.
120 mg/ml	1 stk (hettegl. + filterkanyle)	-	kr 10 229,90	C

Godkjent i Beslutningsforum for nye metoder (13.03.2023).

For utfyllende informasjon om dosering, bivirkninger, interaksjoner og forsiktighetsregler se fullstendig preparatomtale (SPC) på Felleskatalogen.no



Les mer her



Hvilke oppgaver bør din yrkesgruppe overlate til andre, og hvilke oppgaver kan dine folk overta?

LEDERNE I FAGFORBUNDET, LEGEFORENINGEN OG SYKEPLEIERFORBUNDET SVARER.



FAGFORBUNDET: – Skal vi lykkes med en god ansvars- og oppgavedeling, må det begynne der nede på gulvet og struktureres fra toppen, sier forbundsleder Mette Nord.



LEGEFORENINGEN: Legene har vært skeptiske til allmennsykepleierne (AKS). – Vi er fortsatt skeptiske til at de skal diagnostisere, sier president Anne-Karin Rime.



SYKEPLEIERFORBUNDET: Forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen mener de viktigste stikkordene for en god oppgavedeling er ledelse og medbestemmelse.

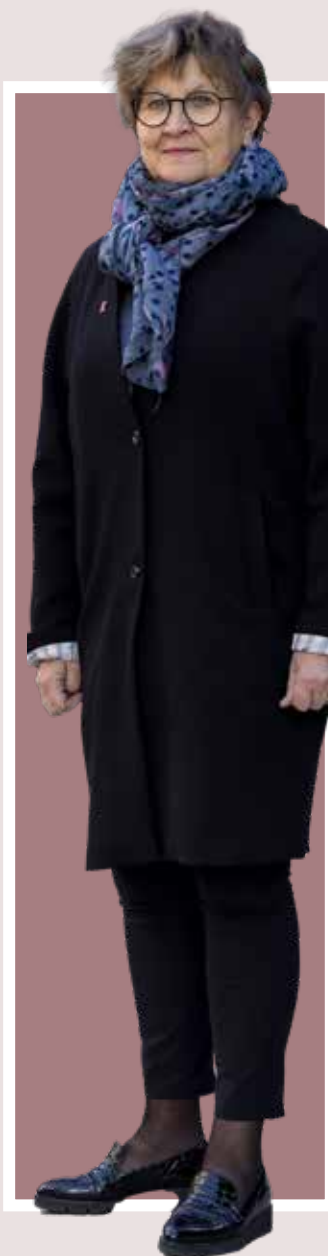
TEKST: EIVOR HOFSTAD

FOTO: ERIK M. SUNDT

Mette Nord:

VIL IKKE PEKE PÅ NYE OPPGAVER FOR HELSEFAGARBEIDERNE

Mette Nord, leder av Fagforbundet, vil ikke snakke om hvilke oppgaver helsefagarbeidere bør gjøre mer eller mindre av. – Dette må løses sammen med de ansatte på arbeidsplassen, sier hun.



Mette Nord er leder av Fagforbundet som organiserer 89 000 helsefagarbeidere. Men siden Fagforbundet har godt over 150 000 medlemmer i helse og omsorg, er hun også leder for blant annet 36 000 assistenter i helse og sosial, 5500 sykepleiere, 4400 vernepleiere og 3700 helsesekretærer.

Derfor vil hun ikke svare på Sykepleiens spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver helsefagarbeiderne bør gjøre mer eller mindre av.

– DET BLIR FEIL AV MEG

– Det blir feil av meg å si noe om spesifikke oppgaver for helsefagarbeiderne, siden dette må løses sammen med de ansatte man har på arbeidsplassen. Lederne må se kompetansen og kunnskapen de har, men også hva de mangler, for bedre å kunne fordele oppgavene og eventuelt sikre kompetansepåfyll, sier Nord.

– Hvilke oppgaver som skal løses, er jo også ulikt fra sted til sted og mellom ulike nivåer som sykehus og sykehjem. Derfor er det vanskelig å skulle si bestemt at den konkrete oppgaven skal løses av en bestemt yrkesgruppe.

VISER TIL ORKLAND KOMMUNE

– Men kan du gi et eksempel på én oppgave du skulle sett at helsefagarbeiderne fikk mindre av, og hvilken yrkesgruppe som skulle overtatt den oppgaven?

– I Orkland kommune ansatte de mat- og serviceverter som sikret at pleiepersonell

fikk bedre tid og kunne gjøre seg ferdig med pleie og stell på en god måte i stedet for også å bruke tid på matlaging og -servering. Det førte til at det ble mer ro rundt både pleien, stellet og måltidet. Avvik på fall, aggresjon og andre uønskede hendelser falt fra 14 til 2 per dag i snitt.

– SNAKK MED HELSEFAG-ARBEIDERNE DER UTE

– Hvilke nye arbeidsoppgaver tenker

du kan være naturlige for helsefagarbeiderne å overta?

– Det må du snakke med helsefagarbeiderne der ute om. Uansett må de få opplæring og bli trygge i jobben. Helse Bergen og mange andre steder har gode prosjekter der det blir mindre stress og jobbopplevelsen blir mer tilfredsstillende for alle grupper.

– Hvilke yrkesgrupper skal de overta de ulike oppgavene fra?

– Mange helsefagarbeidere opplever å få slengt oppgaver over bordet, der de den ene dagen er gode nok og den andre dagen ikke. Vi mener tilfeldighetene ikke kan styre dette, og at vi trenger mer systematikk. Da er det viktig med gode prosjekter som for eksempel Tørn.

HAR EGEN VEILEDER PÅ TØRN

– Skal vi lykkes med en god ansvars- og oppgavedeling, må det begynne



Anne-Karin Rime:

VIL AT LEGENE FÅR FÆRRE ADMINISTRATIVE OPPGAVER

– Diagnostikk må leger gjøre, så kan heller deler av behandlingen delegeres til kvalifisert personell, sier presidenten i Den norske legeforening.

Den norske legeforening hadde over 40 000 medlemmer ved siste optelling. Midt mellom lønnsforhandlinger, reise til Seoul og møte med ny helseminister har president Anne-Karin Rime så vidt tid til en kort telefonsamtale.

– Hvilke arbeidsoppgaver skulle du sett at leger fikk mindre av?

– Det er særlig administrative oppgaver som godt kan utføres av andre yrkesgrupper, for eksempel legesekretærer eller annet merkantilt personell. Og de kan ofte gjøre det bedre enn oss.

– DELER AV BEHANDLINGEN KAN DELEGERES

– Ingen oppgaver som heller mer mot det medisinske?

– Det vil avhenge av hvor man jobber, men diagnostikk må leger gjøre, så kan

der nede på gulvet og struktureres fra toppen. Vi har en knapphet på personell. Derfor må vi ikke ha vannette skott mellom profesjonene, men tverrfaglig samarbeid, mener Nord.

– *Hva vil du og Fagforbundet gjøre for å bidra til at en god ansvars- og oppgavedeling for helsefagarbeiderne skjer?*

– Partssamarbeidet blir utrolig viktig her. Vi vil sikre at

helsefagarbeiderne har god innsikt i alle prosjektene som pågår.

– *Hvordan skal dere klare det?*

– Ved å gjøre våre tillitsvalgte i stand til å være med i arbeidet på arbeidsplassene. Vi har blant annet en egen veileder på Tørn som våre tillitsvalgte kan bruke ved behov. Men jeg kan altså ikke peke på hvilke oppgaver de bør gjøre mindre eller mer av. Det må de gjøre der ute sjøl. Det er det tillitsreformen handler om. ■

delers av behandlingen delegeres til kvalifisert personell. Og vi må alle ta i bruk ny teknologi. For eksempel vil kunstig intelligens brukes innen beslutningsstøtte i tiden fremover, men også dette må kvalitetssikres.

– Nå er det jo fordelt en del oppgaver allerede, som sårstell for eksempel, men poenget er at all oppgaveglidning må være faglig begrunnet, ikke økonomisk.

– *Er det mest naturlig at sykepleiere er den yrkesgruppen som overtar de mer medisinske oppgavene?*

– Ikke bare. Også psykologer, for eksempel. Det viktigste er at pasienten får en kontinuitet i behandlingsforløpet, og da må vi snakke MED, ikke OM pasienten. Klarer vi det, reduseres dødelighet og bruk av spesialisthelsetjenesten og legevakt.

– ANTALL KONSULTASJONER TIL FASTLEGENE BLE IKKE FÆRRE

Rime snakker videre om at sykepleiere mener de kan avlaste i primærhelsetjenesten.

– Men de har ikke klart å avlaste fastlegene i primærhelseteamene som helseminister Høie lanserte. Antall konsultasjoner til fastlegene ble ikke færre, selv om pasientene var fornøyde med sykepleierkonsultasjonene.

– *Hva vil dere ikke overlate til sykepleierne av oppgaver sykepleiere kan tenke seg?*

– Hva kan de tenke seg, da?

– *Forskrivningsrett for flere legemidler, kanskje? Helsesykepleiere og jordmødre kan jo forskrive prevensjon.*

– Ja, for enkelte legemidler til ellers friske mennesker kan man diskutere det. Men det er feil vei å gå hvis sykepleierne bare skal ha en mastermodul på et halvt år for å kunne forskrive legemidler, slik de gjør det i England.

– OPPGAVEDELINGEN MÅ VÆRE MEDISINSKFAGLIG VURDERT

– *Legeforeningen advarte også mot allmennsykepleiere, AKS, da de kom?*

– Vi er fortsatt skeptiske til at de skal diagnostisere. En spesialist i allmenntilleggsmedisin har minst seks års utdanning etter medisinstudiet. Da blir det «feil» at sykepleiere bruker knappe to år på en etterutdanning og skal være like kvalifisert som legene.

– *Hvordan unngå at oppgavedelingen går over i profesjonskamp?*

– Oppgavedelingen må være medisinskfaglig vurdert, basert på følgeforskning av prosjekter der man prøver den ut. Blir resultatene gode, kan man innføre endringen. Men det er jo sykepleiermangel, så det

Dette er Tørn

- Tørn Kommune gjør forsøk med organisering av oppgavene i kommunenes omsorgstjenester.
- Det handler om å skape gode brukeropplevelser gjennom riktig kompetanse til riktig tid, og med heltidskultur i bunnen.
- Høsten 2023 ble Tørn utvidet til et nasjonalt program for hele helse- og omsorgstjenesten.

er interessant at de vil gjøre flere oppgaver.

– *Er det noen oppgaver det er naturlig at legene overtar fra andre yrkesgrupper?*

– Nei, det er vanskelig å plukke ut noen. Det er oppgaver nok til alle. Løsningen er heller færre pasienter per lege, slik at man klarer å se helheten, og at man ser på profesjonsnøytrale takster.

HAR BIDRATT MED OPPLÆRINGS-PROGRAMMER FOR SYKEPLEIERE

– *Hvordan kan du og Legeforeningen sørge for en god ansvars- og oppgavedeling?*

– Vi jobber med det hele tiden, forskningsbasert og med faglige begrunnelser. Legeforeningen organiserer 46 ulike spesialiteter som har 46 ulike måter å gjøre ting på. Vi har blant annet bidratt med ulike opplæringsprogrammer for sykepleiere som utfører endoskopier.

Rime peker på utviklingen innen hennes eget fag som anestesilege.

– Jeg er vant til å jobbe i team. Perifert venekateter var noe kun leger satte i starten. Så ble det vanlig at sykepleiere gjorde det, og nå gjør både helsefagarbeidere og portører det enkelte steder. Medisinen går fremover. Vi må bare fortsette å jobbe godt sammen, for oppgavene er mange. ■

Lill Sverresdatter Larsen :

VIL HA MANGE YRKESGRUPPER TILBAKE I HELSETJENESTEN

Hvis sykepleierne skal gjøre færre oppgaver de ikke trenger utdanningen sin til, har NSF-lederen en lang liste med yrkesgrupper som må komme tilbake til helsetjenesten.



Lill Sverresdatter Larsen er forbundsleder for 128 000 sykepleiere. Likevel heier hun på at mange andre yrkesgrupper må komme tilbake til helsevesenet. Det mener hun må til dersom sykepleiere skal gjøre færre oppgaver de ikke trenger sykepleierutdanningen til.

– Vi har over år pekt på den uheldige effekten av at helsetjenesten har blitt såkalt effektivisert gjennom å fjerne mange av yrkesgruppene slik at bare sykepleierne ble stående igjen. Arbeidspresset har dermed blitt så stort at vi har måttet protestere.

Å RULLE HÅR KAN HA SYKEPLEIEFAGLIG NYTTE

Larsen ramser opp en haug med yrkesgrupper som Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjerne vil ha tilbake i sykehus og kommunehelsetjeneste:

– Portører hele døgnet, sosionomer, for eksempel på intensivavdelinger, kostverter hele døgnet, renholdspersonell, servicearbeidere som fyller på lager av klær og utstyr, merkantilt personell, kliniske farmasøyter slik man har gjort det ved Stavanger universitetssykehus, og selvfølgelig helsefagarbeidere.

Men Larsen mener det er vanskelig å nevne oppgaver som sykepleiere absolutt ikke skal gjøre, fordi også ting som ikke forstås som sykepleiefaglige oppgaver, kan ha sykepleiefaglig nytte.

– Ta for eksempel det å rulle håret til en eldre dame på et sykehjem. Det kan være en anledning til å få utført oppgaver som krever sykepleiekompetanse. Samtidig som håret rulles, kan man bli bedre kjent, gjøre en vurdering av demens eller se nærmere på bevegelsesmønster eller huden som kan si noe om helsetilstand og sykdomsbilde.

– DET VIKTIGSTE ER IKKE OPPGAVER I SEG SELV

– *Hvilke nye oppgaver kan være naturlig for sykepleiere å overta, og hvem skal de overta dem fra?*

– Heller ikke her er det to streker under svaret. Vi har jobbet med allmennsykepleiere, jordmødre og sykepleiere som gjør oppgaver på legekontor som er særlig knyttet til de fem prioriterte gruppene: psykisk helse og rus, barn og unge, personer med kroniske sykdommer, skrøpelige eldre og gravide.

– På sykehus er det for så vidt det samme. For eksempel på gastropoliklinikker hvor sykepleiere har blitt opplært i prosedyrer verken de eller legene hadde i utdanningen sin.

Hun legger til at mange poliklinikker er drevet av sykepleiere i

dag, både innen sår, hjerte, diabetes og revma for eksempel.

– Det viktigste er ikke oppgaver i seg selv, men at oppgavedelingen springer ut fra pasientens behov, sluttkompetansen til den enkelte ansatte og teamorganisering. Videre må ledelsen prioritere kunnskapsbasert ut fra faglighet, kvalitet og kjennskap til sin ansatte, ikke økonomi alene, sier Lill Sverresdatter Larsen.

VIL STØTTE LEDERNE MER

– Hva vil du og NSF gjøre for å bidra til at en god ansvars- og oppgavedeling skjer?

– Vi har jobbet for dette siden 2013, og intensiverte arbeidet i 2019. Vi har blitt hørt og lyttet til. Det som mangler nå, er en bedre vektlegging av ledelse. Median lederspenn er 93 stykker som nærmeste leder skal ha personalansvar for. Det er for stort.

– Men hvordan få til endringer?

– Vi kan ikke endre fordi Sykepleierforbundet har ikke makt til å beslutte for arbeidsgivere, men vi kan synliggjøre og ta frem de gode eksemplene der det funker. Vi har også en ledersatsing der vi jobber med nettverk og klargjøring av rollene og tilbyr ulike verktøy de kan bruke på nettsiden vår.

Larsen mener de viktigste stikkordene for en god oppgavedeling er ledelse og medbestemmelse.

– Det handler ikke om oppgaver eller prosedyrer, men en skjønnsmessig vurdering av pasientens behov og den kompetansen helsepersonellet har til å fordele for å dekke pasientens behov.

UTVIKLINGEN GÅR FEIL VEI

Sykepleiens undersøkelse viser at flere sykepleiere gjør oppgaver som ikke krever sykepleierutdanning i dag, sammenliknet med sist vi undersøkte, i 2018. Den gangen var det seks av ti og nå er det sju av ti.

– Selv om NSF har intensivert arbeidet med oppgavedeling siden 2019, går det feil vei?

– Det er fordi vi ikke har fått flere folk. Det er blitt færre ansatte per pasient og dermed en høyere belastning på hver ansatt. Politikerne må gi oss reelle tiltak for å få ned den belastningen. ■



Optima pH4

unik kombinasjon av eddik, alginat og mjukgjørende ingrediensar

Vask/hudpleie med organiske syrer, pH4, forebygger hudplager, styrker syrekappa og bevarer den gode bakteriefloren.

- dagleg vask
- dagleg pleie
- sårbehandling

Kombiner pH4 Hudvask pluss med pH4 Hudpleie pluss/Hudbalsam for best effekt. Påfør etter vask eller ved behov.

Utan parfyme. Låg pH.



Optima Produkter AS
5600 Norheimsund, Tlf. 56 56 46 10

www.optima-ph.no

Vi i Sykepleien inviterer **deg som er sykepleier**, til å skrive vår siste temautgave i 2024.

Dette gjør vi for å komme enda tettere på hverdagen som sykepleier. Du kan skrive om hva du vil fra din jobb. Du kan også lage en fotoreportasje med korte tekster til bildene.

Vi ønsker oss de gode historiene som berører, engasjerer, og overrasker. Kanskje har akkurat du en historie fra din sykepleierhverdag som får leserne glade, stolte, sinte, spørrende eller til å le eller gråte.



I QR koden finner du mer informasjon om lengde, hvordan du skal sende inn ditt bidrag og kontakinformasjon for spørsmål.

Stikkord kan være:

- Vakten jeg aldri glemmer
- Pasienten eller pasientmøtet som satte dype spor
- Da følte jeg at jeg ga god sykepleie
- Tabben jeg aldri glemmer
- Sykepleierlederen eller kollegaen som inspirerte meg
- På jobb på julaften/rød dag

De tre beste historiene blir honorert med kr 10 000.

Andre tekster vi bruker i bladet, blir honorert med kr 3000.

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Nasjonalforeningen for folkehelsen har støttet norsk hjerte- og karforskning siden 1960. For 2025 vil vårt bidrag være 20 millioner kroner.

Søk midler til hjerte- og karforskning

Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender
- ◆ Driftsstøtte til prosjekter

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel og tildeles etter innstilling fra Nasjonalforeningen for folkehelsens hjerte- og karråd.

Kontakt Øivind Kristensen for mer informasjon på telefon 40 44 57 93 eller

e-post: oikr@nasjonalforeningen.no eller

forskning@nasjonalforeningen.no

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på:

<https://soknadsportal.nasjonalforeningen.no/#home>

**Søknaden leveres elektronisk innen
02.09.2024, kl. 10:00.**

+VAKTROMMET

Utstyr til avdelingen?
Du finner alt du trenger for å fylle helsearbeider bagen på
Vaktrommet.no

MIGENIC+
Navnskiilt og utstyrs-dock
- 100% silikon
- Hygienisk
- Kan dekontamineres
- Flere farger



/vaktrommet

@vaktrommet

Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



Ambla.no

Krisestøtte · Kurs · Kompetanse

Kollegastøtte RITS® etter sterke opplevelser (traumer) hos voksne

Aktuelt etter ulykker, plutselig dødsfall, overgrep, trusler, sterke inntrykk, påkjenninger o.l. For kriseteam, bedriftstjenester, offentlige etater, sykehus, sosialarbeidere, miljøarbeidere, skoler, NAV og lignende. Grunnkurs i psykotraumtologi - modul 1 & 2 gir innføring i feltet og bruk av bearbeidende samtaler. Etter grunnkurset kan interesserte fordype seg videre i arbeid med bearbeidende samtaler gjennom modulene 3-4-5-6. Alle moduler varer en uke og ledes av Dr. med. Are Holen, som både er psykiater og klinisk psykolog.

Re trening RITS 12-13/9 Oslo. - Psykotrauma (foreningen og Ambla.no) 14-15/9 Oslo

Modul 1 RITS 16-20/9 Oslo. - Kollegastøtte RITS 23-26/9 Oslo. - Modul 2 RITS 18-22/11 Oslo.

Kontakt: Stig Ole Torgersen 920 86 908 · Håvard Sørmoen 919 92 647 · post@ambla.no



KRONIKK
ANNE KJERSTI C. BEFRING
Professor, Juridisk fakultet,
Universitetet i Oslo

JUS OG OPPGAVEDELING – *hva sier loven?*

Norge er et rikt land og skal tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Da må det investeres i bemanningen.

Rettigheter for pasienter, brukere og pårørende forutsetter krav til kompetanse. I loven er det en rekke plikter som skal oppfylles, og som kan være en hindring for å flytte oppgaver mellom helsepersonellgrupper. Det sentrale spørsmålet som må stilles, er om det er forsvarlig og om kravene til tydelige ansvarsforhold kan oppfylles.

Det forventes at både sykepleiere, annet helsepersonell og ledere kjenner helse- og omsorgsretten. Staten, ledere og helsepersonell er pålagt plikter i lovgivningen som skal bidra til å oppfylle rettigheter for pasientene. Her er relasjonen mellom sykepleiere og pasient



Oppgavedeling skal bidra til å løse utfordringer med å rekruttere helsepersonell med nødvendig kompetanse. Men sykepleiermangelen kan ikke alene løses på denne måten.



Illustrasjon: Sissel Vetter

regulert. Ledere skal kjenne til disse reglene for å kunne tilrettelegge slik at sykepleiere kan oppfylle sine plikter.

PLIKTER I LOV SOM BEGRENSER AT TJENESTEN KAN SVEKKES

Det er få, men viktige skranker for oppgavedeling i loven.

For det første er forsvarlighetsplikten grunnleggende for hvilke oppgaver den enkelte kan utføre. Det innebærer at helsepersonell må ha nødvendig kompetanse til å gi helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte og har tilstrekkelig kapasitet for å kunne gi nødvendig hjelp i tide.

For det andre finnes det i loven krav om bestemte tjenester



som skal tilbys, for eksempel sykepleietjenester.

For det tredje er det enkelte begrensninger knyttet til at personer med en bestemt bakgrunn utfører nærmere angitte oppgaver. For eksempel er rekvisitering i hovedsak forbeholdt leger, tannleger og med enkelte unntak for jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere.

For det fjerde ble medhjelperinstituttet begrenset i 2001. Det kan nå bare benyttes av helsepersonell når medhjelperen underlegges

planer for å oppnå nødvendig kvalitet i tjenestene, og kapasitet.

Riksrevisjonen og Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité har gjentatte ganger tatt opp styringsutfordringer i helseforetakene. Uopplyste vedtak som gjelder IKT og sykehusbygg, kan føre til store kostnader for samfunnet og helse- og omsorgstjenesten som lever med å måtte prioritere stramt. Læringspunktene fra Stortingets uttalelser når det gjelder sammenslåing av sykehus i Oslo, «Klinisk arbeidsplatt-

Etterutdanning er sentralt for å kunne oppdatere og utvikle egen kompetanse. Det er stor variasjon i hva sykepleiere kan påta seg ut fra opplæring og spesialisering. Kompetanse- og teknologiutvikling fører til endringer i oppgaver mellom grupper og personer.

LOJALITETEN SKAL LIGGE HOS PASIENTEN

Forutsetningen om et tydelig plassert ansvar gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Det personlige ansvaret for sykepleiere og annet helsepersonell innebærer en plikt til å kjenne sin egen kompetanse og å innrette seg etter denne.

Sykepleiere som får oppgaver som ikke kan håndteres på en forsvarlig måte, skal varsle ledelsen, eventuelt helsetilsynet. Det samme gjelder dersom sykepleiere observerer at oppgaver flyttes til personell som ikke har nødvendig kompetanse, og dermed organiserer tjenesten uforsvarlig.

Helsepersonell skal ikke instrueres til å gjøre oppgaver uten nødvendig opplæring og kompetanse. Blir de det, skal de nekte for å unngå pasientskader. Lojaliteten skal i denne sammenhengen ligge hos pasienten.

LEDERENS ANSVAR

Lederes ansvar gjelder både plikter til å organisere virksomheten forsvarlig og til å tilrettelegge slik at sykepleiere kan oppfylle sine plikter. Da må nødvendig kompetanse, kapasitet og medisinsk utstyr være på plass.

Lojaliteten til de økonomiske rammene opphever ikke plikten

«Dersom motivet for oppgavedeling er økonomi uten hensyn til kvaliteten på tjenesten, kan dette være i strid med loven.»

tett tilsyn. Den som delegerer, må påse at oppgavene kan utføres forsvarlig. Helsepersonell er personlig ansvarlig for sin yrkesutøvelse, noe som skal gi pasienter og brukere trygghet.

EIERNES ANSVAR

Eierne er de regionale helseforetakene, departementet og kommunene og har et overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenesten. Dette ansvaret innebærer krav til tilstrekkelig bemanning, utstyr og opplæring og at det ikke skapes et ensidig press i helsevirksomhetene som kan føre til lovbrudd.

De regionale helseforetakene og kommunene må ha oversikt over hvordan egne vedtak påvirker pasienttilbudet. Det skal være

form og outsourcing av IT-systemet i Helse Sør-Øst», benyttes ikke av de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad. Et dagsaktuelt eksempel er prosessen i forbindelse med Helseplattformen i Helse Midt. Her avdekkes både mangel på åpenhet, uklare ansvarsforhold og rollesammenblanding.

STOR VARIASJON I HVA SYKEPLEIERE KAN PÅTA SEG

Dersom motivet for oppgavedeling er økonomi uten hensyn til kvaliteten på tjenesten, kan dette være i strid med loven. Oppgavedeling skjer naturlig ved endringer i kompetanse. Økt spesialisering etter utdanning fører til at sykepleiere i dag gjør oppgaver som tidligere var forbeholdt leger.

til å sørge for nødvendige tjenester med tilstrekkelig kvalitet. Både eiere (kommunene og regionale helseforetak) og ledere i helseforetaket skal være åpne om utfordringer i forbindelse med pasienttilbudet, slik at befolkningen og Stortinget er informert om status i helse- og omsorgstjenesten. Ledere skal varsle eier dersom det ikke er et tilstrekkelig handlingsrom til å oppfylle lovkravene.

Utfordringer i den offentlige helsetjenesten skal gjøres kjent for allmennheten da den er offentlig eie med offentlig finansiering. Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) fremhevet at det ikke er brudd med lojalitetsplikten til budsjettene at de regionale helseforetakene varsler om at det er for lite ressurser i pasienttilbudet. Dersom de ikke informerer om en slik situasjon, er risikoen at pasienttilbudet og fagmiljøer bygges ned uten nødvendig politisk debatt. Det kan medføre langsiktige og uheldige virkninger for befolkningens helsetjeneste.

VIRKNINGER AV Å REDUSERE KVALITETEN OG KAPASITETEN I HELSE - OG OMSORGSTJENESTEN
Prioriteringer opphever ikke pliktene til å gi forsvarlig og nødvendig helsehjelp. Prioriteringsdiskusjoner må handle om mer enn å redusere investeringer i pasientbehandlingen. Det gjelder hvordan helse- og omsorgstjenesten forvalter samfunnsressurser.

Oppgavedeling kan være en overordnet strategi, men må skje innenfor de begrensninger i lover Stortinget har vedtatt. Involvering og medvirkning fra helsepersonell

er også i denne sammenhengen sentralt for å oppnå hensiktsmessige arbeidsdelinger.

Konsekvenser av å svekke kvaliteten og kapasiteten i den offentlige helsetjenesten er stor for den enkelte som rammes, og for samfunnet. Tilliten i befolkningen og blant helsepersonellgrupper kan svekkes, noe som vil ha betydning for mulighetene til å rekruttere og beholde viktig kompetanse. Gode helse- og omsorgstjenester begrenser sykefravær, bidrar til sysselsetting, bosetting, beredskap og sikkerhet. Et viktig spørsmål som bør diskuteres, er om det investeres nok penger i pasienttilbudet og i helsepersonell som skal gi helse- og omsorgstjenester. Kvaliteten og kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten har betydning for alle sektorer. ■

ANNONSE

Vil du gi en gave til MAFs ambulansefly?

Gj drivstoff – og redd liv!

En jerrykanne k 247,- og vi kan fly 120 km
To jerrykanner koster 494,- og vi kan fly 240 km
Tre jerrykanner koster 741,- og vi kan fly 360 km

Gavekonto 1503.25.33334 **Vipps 2474**

maf.no

LETER MED ULTRALYD: Hun begynner i lysken og jobber seg nedover beinet. Med konsentrert blick følger Randi Anette Ejme med på hva ultralyden avdekker.



TEKST: NINA HERNÆS

FOTO: ERIK M. SUNDT

HUN JAKTER BLODPROPPER

Randi Anette Ejme gjør ikke bare en legeoppgave. Hun laget også ny flyt for pasientene.





«Jeg er ikke i stedet for, men i tillegg til.»

RANDI ANETTE EJME,
AKS-SYKEPLEIER

«Jeg er aldri på sykehus, men hadde nok forventet å møte en lege.»

REIDUN THIIIS-EVENSEN,
PASIENT

Mistanke om dyp venetrombose?
På akuttmottaket i Skien kan du bli undersøkt av en avansert klinisk allmennsykepleier (AKS).

Randi Anette Ejme tar opp grundig sykehistorie, undersøker, måler hevelse og tar ultralyd. Hun jobber seg frem mot diagnose i tett samarbeid med akuttlegene på Sykehuset i Telemark.

– Jeg liker å jobbe så selvstendig, sier hun.

– Og jeg føler jeg utgjør en forskjell.

EN STRAM LEGG

Hver dag mellom åtte og tolv tar hun imot pasienter som er henvist med mistanke om dyp venetrombose, gjerne forkortet til DVT.

Denne tirsdagen er det fem.

Foten til Reidun Thiis-Evensen har vært sår og øm. Nå føles leggen stram, og den er rød på baksiden.



UNDERSØKER BEINET: Reidun Thiis-Evensen klarte ikke engang å ha tynne strømper på leggen, men måtte rulle dem ned. Randi Anette Ejme kjenner og vurderer.



«Det er de som ikke jobber tett med henne, som er skeptiske.»

GRETHE LINE SYVERTSEN,
LEGE

Fastlegen lurte på om det var rosen, men etter å ha fått svar på blodprøve, ble hun henvist til akutt-mottaket.

Der påviser Randi Anette Ejme to blodpropper.

– Jeg ble ikke stresset fordi hun var så rolig, sier This-Evensen etterpå.

– Og jeg var kjempeglad for å bli sendt til sykehuset, fordi det er ikke noe morsomt å gå med blodpropp.

– Tenkte du over at hun ikke var lege?

– Jeg er aldri på sykehus, men hadde nok forventet å møte en lege, sier hun.

– Men hun kunne sine ting, og hun konfererte med lege, så da er det greit.

NORMALT TIL LEGE

Dyp venetrombose (DVT) er en blodpropp i en dyp vene, oftest i beina. Det er en tilstand som er viktig å oppdage og behandle, fordi proppen kan løsne og flyte med blodet



KONFERERER MED OVERLEGE: – Hun ville ha en bekreftelse på det hun så. Vurderingene hennes var helt riktige, sier overlege i akutt-mottaket, Jørn Einar Rasmussen. Han ser det som uproblematisk at Randi Anette Ejme vurderer DVT-pasienter. – Det er ikke profesjonen som er viktig, men kompetansen hun har, sier han.

AKS

- Står for Avansert Klinisk Allmennsykepleier.
- Masterutdanningen gir avansert breddekompetanse og kliniske ferdigheter.
- AKS-ere gjør systematiske, kliniske undersøkelser og vurderinger og jobber selvstendig.
- De jobber både i kommunehelsetjeneste og på sykehus.
- AKS har egen spesialistgodkjenning
- Utdanningen tilbys på flere universiteter og høyskoler.

SER INN I BLODÅRENE:
En blodpropp kan ses
som en grå masse.



til lungene og gi lungeemboli. Lungeemboli er en potensielt livstruende tilstand.

Derfor sendes pasienter til akuttmottak ved mistanke om DVT. Og der ses de normalt til av lege.

OPPGAVER I GRENSELAND

Men da Randi Anette Ejme tok master i avansert allmennsykepleie, lærte hun å håndtere disse pasientene.

Hun sier det var på initiativ fra ansvarlig lege i akuttmottaket, Grethe Line Syvertsen.

– Hun spurte meg om å være veileder og ga meg mye informasjon om studiet sitt. På den måten fikk jeg kjennskap til hva AKS er, sier Syvertsen.

– Og da så jeg etter oppgaver i grenseland.

DVT ser Syvertsen som egnet fordi det er mange nok pasienter til at man kan opparbeide kompetanse og mestring ganske raskt. Undersøkelsen er ikke invasiv, og den er ikke farlig.

Syvertsen trekker også frem personlig egnethet.

– Randi Anette er systematisk og nøye. I utgangspunktet er hun en flink sykepleier med høy faglig standard.

Hun er en jeg har tillit til, og da er det lettere å gi henne ansvar, sier Syvertsen.

ER OGSÅ MØTT MED SKEPSIS

I sin masteroppgave viste Ejme at AKS-studenters vurderinger av mistenkt DVT samsvarte med vurderinger gjort av overleger.

Men at en sykepleier får legeoppgaver er også møtt med skepsis. Både internt og eksternt.

Grethe Line Syvertsen sier hun fikk kritikk for å være veileder for en AKS-student.

– Men det er besluttet at vi skal ha AKS i Norge, og da mener jeg vi må forholde oss til det, sier hun.

– Og finne ut hvordan vi best kan samarbeide.

Syvertsen trekker en parallell til sin egen ferske lege-spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Den ble innført i 2019.

– Mange faggrupper er skeptiske til den spesialiteten, men jeg tror det handler om mangel på kunnskap og erfaring, sier hun.

– Men mener du som lege at det er behov for AKS?



DYP VENETROMBOSE

- Forkortes gjerne til DVT.
- Blodpropp i en av kroppens dype vener.
- Oppstår ofte i legg, men kan også sitte over kneet.
- Symptomer er gjerne hevelse og smerter i legg eller lår. Varme og rødhet kan også forekomme. Mange har lite symptomer.
- Dersom blodproppen løser, kan den føres med blodet til lungene og gi lungeemboli. Det er en livstruende tilstand.
- DVT utredes med sykehistorie, klinisk undersøkelse, blodprøve og ultralyd. CT ved mistanke om lungeemboli.
- Årsak til DVT kan blant annet være genetisk disposisjon, traumer, infeksjon og immobilitet.
- Behandles med antikoagulerende medisiner.

Kilde: Helsenorge og Legevakthåndboken

– Jeg tenker at de har sin plass. Og det er fint med en rollemodell som er faglig sterk, sier hun.

– Den som jobber sammen med Randi Anette, erfarer hvilke kvaliteter hun har. Da forsvinner skepsisen, sier Grethe Line Syvertsen.

– Det er de som ikke jobber tett med henne, som er skeptiske.

Hun ser også potensialet for flere AKS-er. Ikke minst for at Ejme skal få en til å spille på.

– Ser du noen risiko ved at AKS undersøker DVT-pasienter?

– Nei. Men det er viktig å passe på at LIS-legene får opplæring i å gjøre det, og det ivaretar hun, sier Syvertsen.

ØNSKET UTVIDET ROLLE

For Randi Anette Ejme var AKS en masterutdanning hun hadde ventet på.

– Jeg ønsket en utvidet rolle med mer klinisk kompetanse og mulighet til å jobbe selvstendig, sier hun.

– Og med høyere kompetanse til å beslutte og vurdere.

– Men skal sykepleiere være en slags minileger?

– Nei. Jeg er ikke lege. Jeg er spesialsykepleier som

kan ivareta legeoppgaver på en god måte, i tett samarbeid med legene.

Ejme har ikke forskrivingsrett.

– Og når jeg fanger opp mulige underliggende tilstander, er det lege som tar det videre, understreker hun.

Hun konfererer alltid med akuttoverlege, enten hun finner blodpropp eller ikke. Og tar ingen store beslutninger alene.

– Hvor er sykepleien i det du gjør?

– Jeg gjør sykepleieroppgaver, sier hun.

– Jeg har en god evne til å se hele pasientsituasjonen og ser litt lenger enn blodproppen. Jeg ser individet, hvilke faktorer som spiller inn.

Hun påpeker at hun også avlaster sykepleierne.

– Ingen sykepleiere server meg, det ville vært dumt. Jeg gjør vitale målinger, og skal pasienten videre på CT, legger jeg inn perifert venekateter.

KUTTET VENTETIDEN

At hun tar imot DVT-pasienter handler ikke bare om deling av oppgaver, men også om flyt.



GANSKE VONDT: Roy Berger smiler, men det er vondt og ømt i beinet. Han merker undersøkelsen godt.



Tidligere kom disse pasientene rett til akuttmottaket og ble gjerne sittende og vente. Nå gjør fastlegene innledende undersøkelser før de henviser. Ved høy sannsynlighet for blodpropp starter de også antikoagulasjonsbehandling. Så får pasienten time i akuttmottaket dagen etter.

Det har gjort at ventetiden for DVT-pasientene i akuttmottaket har gått ned fra fire til halvannen time.

- TRYGT KOMPROMISS

Frode Ramslien, overlege på avdeling for kreft og blodsykdommer, ser jobben Ejme gjør som positiv og helt nødvendig.

– Vi har hatt så mye å gjøre at vi har vært nødt til å prioritere. For oss var det uaktuelt å fortsette med de ukompliserte DVT-pasientene. Så kom Randi Anette som en reddende engel, sier han.

Det han er opptatt av, er at lege koples inn når det er behov for ytterligere undersøkelser, for eksempel ved mistanke om underliggende tilstander som kreft.

– Ser du noen risiko?

– Hun har ikke bredden i kunnskaper som en indremedisiner eller hematolog har, sier han.

– Men jeg er ikke bekymret for at det kan glippe. Muligheten er selvfølgelig alltid til stede, men det er det for en lege også.

Han kaller oppgavedelingen et trygt kompromiss.

– Ville du ha foretrukket at pasientene hun tar heller hadde møtt en lege?

– Jeg tror gevinsten ville vært veldig liten.

Han peker også på at organiseringen av tilbudet til DVT-pasientene er endret.

– De får bedre oppfølging nå enn før hun kom.

FIRE CENTIMETERS FORSKJELL

En mistenkt DVT kan vise seg å være noe helt annet, som infeksjon eller cyste.

Hilde Selstø har en annen variant.

Hun hadde vært på flytur. Da hun gikk av flyet, var den ene leggen fire centimeter større enn den andre.

Fastlegen mistenkte blodpropp og ga henne blodfortynnende etter å ha konferert med lege i akuttmottaket.

Dagen etter kommer hun til Randi Anette Ejme.

Hun finner ingen propp, men en blodansamling i leggmuskulaturen.

Hun gir beskjed om å slutte med blodfortynnende og konfererer med lege som henviser til MR.

– Det ble også avdekket at jeg hadde lav blodprosent, og det skal følges opp hos fastlegen, forteller Selstø i etterkant.

Hun venter ennå på svar på hvorfor hun fikk blødningen.

– Jeg følte meg kjempegodt ivaretatt og tenkte ikke



HENTER NY PASIENT: Blodprøver tas før Randi Anette Ejme tref-fer pasienten. Det er d-dimer som kan indikere DVT. Men det er en veldig uspesifikk prøve og er et supplement til undersøkelse og ultralyd. Her er Hilde Selstø på vei fra venterom til konsultasjon.

▶ over at jeg ble undersøkt av sykepleier, sier hun.

– Det kom også overlege for å kontrollere.

EN TUNG TRILLEBÅR

Noen pasienter har en historie med traume.

Roy Berger var uheldig og fikk en trillebår fylt med stein og leire over kneet.

– Det var ikke så vondt, så jeg fortsatte å jobbe, sier han.

Men så begynte det å svi.

Etter en uke gikk han til fastlegen, som tok blodprøver. Så ble han henvist til akuttmottaket.

Der så Randi Anette Ejme at blodåren i beinet var klemt nesten helt sammen. Det var bare bitte litt sirkulasjon.

Nå får han blodfortynnende og venter på at åren skal roe seg.

– Jeg var bekymret for benet, men synes jeg har fått god informasjon, sier han.

– Hun i akuttmottaket var veldig flink til å fortelle, og fastlegen min er helt suveren.

STILTE ULTIMATUM

For å få ansvaret som Randi Anette Ejme har fått, stilte hun et ultimatum.

Som ferdig AKS kunne hun jobbe i akuttmottaket, men oppgavene ville være de samme som da hun var sykepleier.

– Men Grethe Line hadde et ønske om at jeg skulle fortsette med DVT-pasientene, og jeg så det som en mulighet, forteller hun.

Hun kalte inn ledere og overleger og la frem sitt egen-snekrede forslag: At hun skulle få undersøke DVT-pa-sienter i akuttmottaket, følge dem opp poliklinisk og endre pasientflyten. Hvis ikke gikk hun heller til leder-stilling i kommunen.

Hun ble tilbudt AKS-stilling i medisinsk klinikk. Fy-sisk er hun i akuttmottaket frem til tolv. Etter det flytter hun seg til medisinsk klinikk for å ta kontroller.

– Jeg opplever at forløpet til de med mistenkt DVT er blitt bedre, sier hun.

I den første konsultasjonen er mange redde. De har lest om blodpropp og frykter at det kan være tegn på noe mer alvorlig.

– Jeg bruker mye tid på å forklare, sier hun.

– Og jeg tenker det er viktig. Jeg ivaretar deres behov for omsorg.

– *Hva synes du er vanskelig?*

– Å ta mer plass eller å ta plass på en annen måte.

I EN NY ROLLE

Ejme synes det har vært litt vanskelig å være pioner på egen arbeidsplass.

– AKS er en ny rolle med en ny kompetanse. Jeg må finne min plass i et etablert system.

Hun erfarer at mange ikke vet hva AKS er, og at hun kan bli sett på som en trussel.

– Jeg er ikke i stedet for, men i tillegg til, understreker hun.

– Og jeg tenker at en viktig oppgave er å bedre pasientforløp.

– *Hvordan reagerer sykepleierne?*

– Litt blandet. I begynnelsen var det ikke så lett å skjønne hva jeg drev med. En del av jobben min er også å drive prosjekter og forbedringsarbeid, forklarer hun.

– Da jeg begynte å ta DVT-pasienter, gikk det greit.

Når det ikke er akutte DVT-pasienter, kan hun bistå i mottaket.

– Men det har nok vært utfordrende for dem også at jeg har gått fra å være kollega til en ny rolle, sier Randi Anette Ejme.

– Men nå tror jeg alle er enige om at det er deilig at jeg tar DVT-pasientene. ■



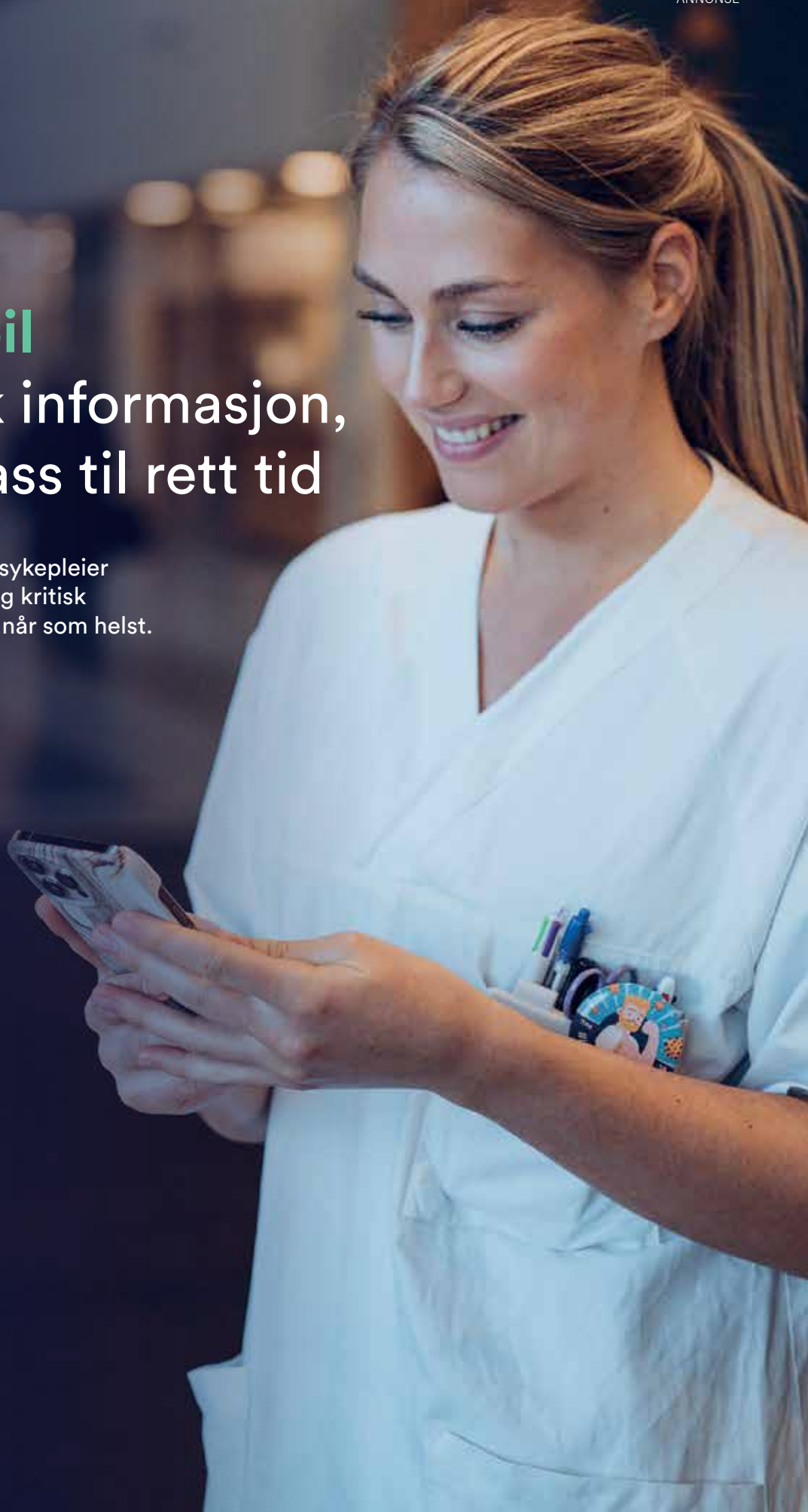
Arena Mobil

– tidskritisk informasjon,
på riktig plass til rett tid

Arena Mobil gir deg som er sykepleier
tilgang til pasientjournaler og kritisk
informasjon hvor som helst, når som helst.



Scan QR-koden og les mer
om Arena Mobil





KRONIKK
ANITA VATLAND
Daglig leder, Pårørendealliansen



ANNE-GRETHE TERJESEN
Fagsjef, Pårørendealliansen

PÅRØRENDE

–skal de være et bemanningsbyrå?

Pårørende omtales stadig som «ressurser» når det er snakk om oppgavedeling. Men det er ikke de pårørende som skal redde helsevesenet.

Oppgavedeling er et hett tema i debatten om knappe helsepersonellressurser. Når vi diskuterer dette, er det klart for oss at oppgaver som tilhører helsetjenestene og forsvarlig helsehjelp, skal gjøres helseprofesjonelle!

Pårørende gjør i dag allerede en del og kanskje for mange helseoppgaver. Å forvente at de skal ta mer av disse er ikke veien å gå og kan skape mange juridiske minefelt. Det er oppgaveforskyvning, og det må ikke skje.

De samme dokumentene som

omtaler oppgavedeling, omtaler også pårørende i stadig oftere, og skal vi si, i svært rosende ordelag.

De er «ressurser, de skal få hjelp og støtte, og de skal involveres mer». Er dette egentlig et dårlig skjult budskap for at pårørende må ta på seg flere oppgaver?

Pårørendealliansen mener at det er mye som tyder på det.

HVILKE OPPGAVER GJØR NORSKE PÅRØRENDE I DAG?

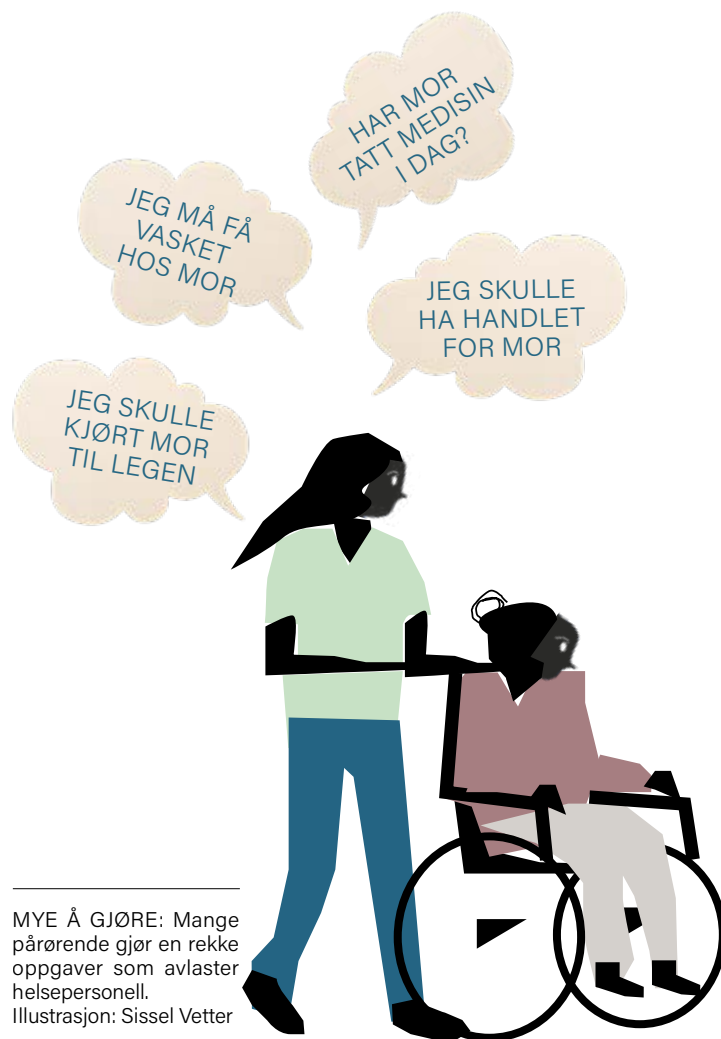
Regjeringens pårørendestrategi fastslår at:

- 800 000 aktive pårørende allerede bidrar med rundt 140 000 årsverk.
- Det tilsvarer nesten de 142 000 årsverkene som utføres av kommunalt ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Den største gruppen pårørende er i alderen 30 til 70 år, og rundt 70 prosent er yrkesaktive. De holder hjulene i gang i samfunnet. Presset på dem vil øke fordi det blant flere yrkesgrupper vil mangle personell fremover.

Pårørendes oppgaver er dokumentert i nasjonale

«De siste årene er det «hjemme best»-retorikken som har påvirket utviklingen av helsetjenestene.»



pårørendeundersøkelser. 75 prosent gjør praktiske oppgaver som innkjøp, vask og renhold, hundelufting snømåking blant annet.

Vi vet at 50 prosent av pårørende utfører transport, 30 prosent gir digital hjelp, 15 prosent følger opp medisiner, 16 prosent utfører personlig pleie og 14 prosent personlig hygiene. 41 prosent er stemme og advokat for den de er pårørende for, i møter med tjenestene, eller følger opp vedtak og helsetjenester.

Mange pårørende bidrar i stor grad til at eldre og pasienter kan klare seg

hjemme ved å gjøre oppgaver som de ikke selv klarer å gjøre, og det lenge før de begynner å søke tjenester fra det offentlige.

Det presserende spørsmålet blir: Skal pårørende i økende grad utføre oppgaver som ligger inn under formelle profesjonsutdanninger og forsvarelig helsehjelp?

HELSEPOLITIKK OG RETORIKK

De siste årene er det «hjemme best»-retorikken som har påvirket utviklingen av helsetjenestene. Våre hjem skal bli sykehjem eller periodevise

sykehus. Vi skal tilpasse oss alderdommen lengst mulig eller raskt forlate sykehussengen for hjemmebehandling innenfor egne vegger. De fleste eldre vil jo gjerne bo hjemme lengst mulig? De fleste pasienter vil jo helst hjem til egen seng?

Budskapet som er underkommunisert i dette, er at det forutsetter pårørende som er til stede eller i nærheten, og som bidrar.

Har du en datter? Kan partneren din være hjemme i tre-fire uker? Pårørende regnes inn og inkluderes i politikken om at mer skal skj

HVA MED MITT EGET LIV, FAMILIEN OG JOBBEN?

hjemme, og språkbruken bygger opp under dette. Å bli omtalt som en ressurs innebærer vel en forventning om å gjøre noe eller gjøre mer? Å være involvert betyr vel at man bidrar? Å få støtte betyr vel at man anerkjenner en belastning på ulike måter?

Men disse forventningene og rosende ord blir ikke fulgt opp med konkrete tiltak for å støtte pårørende som bidrar og vil bidra med ulike oppgaver. Ressursen får ikke ressurser.

ER DET PÅRØRENDE SOM SKAL REDDE HELSEVESENEN?

Vårt klare svar er nei. Dagens pårørende står med mange ulike oppgaver og en svært vid og uklar

stillingsinstruks. Rettighetene de har er få, og dersom man forsøker å hevde dem, er det mange som blir ansett som krevende og masete. Pårørende og andre nærstående har egne liv, familie og arbeid å passe for å bidra som en samfunnsborger.

Mange blir pårørende på avstand og kan ikke bidra så mye. Vi blir færre yrkesaktive, men kommer til å være pårørende lenger og kanskje til flere samtidig. Det er viktig med realisme i troen på at pårørende kan bidra mer.

Det som haster nå, er tiltak som understøtter de oppgavene pårørende gjør i dag.

Vi ser frem til en pårørendeavtale som kan avklare hvem som gjør hva i samarbeidet med helsetjenestene.

Vi ser frem til en gjennomgang av

velferds- og permisjonsordninger så man ikke må bruke sykelønnsordningen for å hjelpe eldre eller ta ulønnet permisjon fordi staten ønsker økt bruk av hjemmesykehus. Vi trenger flere fleksible avlastningstilbud for pårørende når eget hjem er blitt sykehjem eller sykehus, for å nevne noe.

Vi kan ikke bare ta pårørende for gitt. De må tas på alvor. Vi skaper ikke samfunnsbærekraft ved å skyve oppgaver ut av det offentlige og over på den enkelte.

Den klare oppgaven som vi derfor deler ut til de ansvarlige, er å få på plass tiltak og gode rammer inn i egne systemer for de oppgavene pårørende nå gjør. Tiden for rosende ord og håpefulle forventninger om å overta flere oppgaver er over. ■

ANNONSE



Hjelper deg å velge riktig bandasje

Mölnlycke Pick & Treat gir deg:



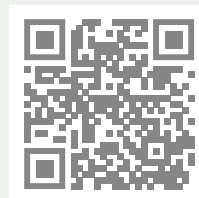
veiledning i valg av riktig bandasje for hvert sår



profesjonell rådgivning og undervisning



hjelp til å organisere utstysrommet



Skann for å laste ned bandasje- og klippeguide

Les mer på www.molnlycke.no

Mölnlycke Health Care AS, Postboks 6229 Etterstad, 0603 Oslo. Besøksadresse Brynsalléen 4, 0667 Oslo. Tlf. +47 22 70 63 70. Varemerkene, navnene og logoene til Mölnlycke er registrert globalt av ett eller flere av selskapene i konsernet Mölnlycke Health Care. ©2024 Mölnlycke Health Care AS. Med enerett. NOWC5042405


Mölnlycke®



Reduserer plastforbruket med enkle grep

Norengros leter kontinuerlig etter produkter og løsninger som kan redusere plastforbruket i helsevesenet. Vi ønsker å tilby kundene våre stadig flere nye, smarte og enkle miljøgrep.

Et slik smart og enkelt grep, er WoodSafe® avfallsbeholdere.

Medisinske risikoavfallsbeholdere utgjør en betydelig del av plastforbruket innen helsevesenet. Etter undersøkelses-hansker og engangsforklær er slike avfallsbeholdere den største produktgruppen, i tonn per år, som blir brent.

Ved å erstatte dagens beholdere for farlig avfall med

WoodSafe®-serien er det mulig å redusere CO₂-utslippene med 66% sammenlignet med tilsvarende avfallsbeholdere i 100% ren PP. WoodSafe® oppfyller alle sertifiseringer med hensyn til høye sikkerhetsstandarder.

Woodsafe® er bare et av mange eksempler på hvordan riktige produktvalg kan gi stor miljøgevinst. Når vi anbefaler et nytt produkt til kundene våre, er vi opptatt av at det skal være like bra som det de allerede bruker, enten det gjelder materialets kvalitet, miljøprofil eller brukervennlighet.

Er du interessert i å vite mer om smarte og enkle miljøgrep – ta kontakt med oss.

TEKST OG FOTO: MARIT FONN

VINN-VINN-VINN PÅ AHUS

Anestesisykepleierne setter nerveblokkade ved hjelp av ultralyd. Avlastende for legene, artig for sykepleierne og bedre for pasienten, mener legen.

Grønnkledde Silje Solberg Dahlen står klar og venter. Det er litt bråttom. Journalisten må raska på, skifte til grønt.

– For spinalanestesi holder på å gå ut, forteller Dahlen.

Hun er fagutviklingssykepleier på anestesiseksjonen på Akershus universitetssykehus (Ahus).

På ortopedisk seksjon på sentraloperasjonen er det for det meste anestesisykepleierne som setter nerveblokkade ved hjelp av ultralyd.

Og nå venter en nyoperert pasient på å bli smertelindret.

800 HOFTEBRUDD

Vi plukker opp fagansvarlig anestesisykepleier Rune Sollien på veien og strener mot «postop». Altså postoperativ avdeling.

I farten opplyser de to at sykehuset årlig får 800 pasienter med hoftebrudd. 300 får satt inn kneproteser.

Så å si alle disse pasientene blir smertelindret med ultralydveiledet nerveblokkade.

– Så det er nok blokkader til alle, sier Dahlen. ▶





PÅ LAG: Uten en velvillig ledelse og positive leger, som Tor Erlend Pedersen (t.h), ville aldri ultraveiledet nerveblokkade blitt en sykepleieroppgave. Det vet anesthesisykepleierne Rune Sollien og Silje Solberg Dahlen.

FIC-blokade

- Fascia iliaca compartment block (FIC-blokade) omfatter blokade av følgende to nerver: Femoralis cutaneus lateralis og emoralis.
- Pre- og postoperativ smertelindring av hoftenære brudd.
- Post-operativ smertelindring ved inngrep i hofte og forside lår.

Kilde: metodebok.no



► Og tenker da på at sykepleierne får rikelig trening i å utføre denne prosedyren.

– Som er mye bedre enn å pøse på med morfin, sier Sollien.

ER BLITT GULLSTANDARD

Før de begynte med ultralydveiledet nerveblokkade, satte ortopedene blokkadene blindt. Da var treffprosenten lav. Med ultralyd treffer man nerven mer presist.

Gullstandarden er nå ultralydveiledet blokkade. Denne smertelindringen kan vare et døgnns tid.

– Men dette varierer, opplyser Rune Sollien.

Han anslår en virketid på mellom 24 og 36 timer.

FLUNKENDE NY KNEPROTESE

Bak et skjerm Brett på postop finner vi den nyopererte.

– Pål. Syttién, presenterer han seg. (Se bilde s. 70)

Navn og alder. Humøret er upåklagelig, smertefri som



**«Det er for få
ultralydappater.
Vi må stadig lete
etter dem.»**

SILJE SOLBERG DAHLEN,
FAGUTVIKLINGSSYKEPLEIER

han er. En flunkende ny kneprotese har han også fått.

Men siden «spinalen» snart går ut, er det på tide med påfyll.

– Vi må vedlikeholde smertefriheten. Ikke vente for lenge, sier Sollien.

Da er det bra at anestesisykepleier Sittthi Bredesen allerede er i gang med å blande medikamenter for



SMERTEFRI: Anestesisykepleier Sitthi Bredesen fyller medikamentene for lokalanestesi i sprøyten. Nyopererte Pål (71) skal slippe smerter.

lokanestesi. Nå fyller han dem i sprøyten.

Ved sengen forklarer han pasienten hva som skal skje og kopler nålen til en slange. På ultralydapparatets skjerm kan Pål, med etternavnet Hulback, følge med på hva som skal skje inni kneet hans.

Bredesen finner riktig punkt på nerven å stikke på, så lokalanestesi sprer seg ut i riktig område. Nå kan nålen og anestesi ses tydelig på skjermen. Pål kjenner ingenting og er like blid.

Selve injiseringen er unnagjort på under to minutter.

– ULTRALYDAPPARATER ER VELDIG DYRE

Nå må vi haste videre. En ny pasient venter – Solveig på sengepost.

– Vi skulle helst hatt et eget rom der vi kunne gjøre disse blokadene med eget utstyr, sier Silje Solberg Dahlen på vei fra Pål.

Anestesisykepleierne setter slike blokader daglig.



**«Vi tilbyr
nerveblokkade
twentyfour
seven.»**

RUNE SOLLIEN, FAGANSVARLIG
ANESTESISYKEPLEIER

– Ultralydapparater er veldig dyre, de brukes til mye. Det er for få av dem. Vi må stadig lete etter dem, sier Dahlen.

– Det hender vi må lete lenge, stemmer Sollien i.

Han legger til:

– Vi gjør dette oppå alt annet, uten ekstra ressurser.

– Det innebærer kortere lunsjpauser og andre pauser, sier Dahlen.

UNNGÅ Å GI MYE OPIATER

Smerte kan forårsake delir. Det samme kan opiat. Det fine med denne lokale smertelindringen er at den reduserer forekomsten av delir.

– Pasientene med hoftebrudd er veldig sårbare. De har ofte høy alder, og mange har kognitiv svikt, forteller Rune Sollien mens vi vandrer.

Nærmere bestemt 40 prosent, utdyper Dahlen.

– Vi prøver å unngå å gi mye opiat til denne pasientgruppen, siden de ofte tåler det dårlig. Når vi smertelindrer på denne måten, slipper de det. Å få opiatforbruket ned til et minimum er veldig viktig, påpeker Sollien.

FILLERYEN I ENTREEN

På sengeposten treffer vi Solveig Dahlberg (90). Hun er klar i toppen, men hørselen er ikke som før. (Se bilde s. 73)

Hun hadde tenkt på den filleryen mange ganger, forteller hun. Den som lå hjemme i entreen. Men i går skjedde:

– Jeg falt rett på hofta. «Huff, nå brakk den», sa jeg til meg selv.

Hun hadde alarmen på seg.

– Men jeg lå nå der og venta og venta. Jeg håpet at sønnen min skulle komme, sier Solveig.

Til Ahus kom hun, og nerveblokkade fikk hun. Nå har hun begynt å få vondt igjen. På tide med påfyll.

Der kommer Sitthi Bredesen igjen, trillende på det ettertraktede apparatet. Nok en gang gjør anesthesisykepleieren klar en injeksjon.

Solveig er ikke nervøs, bedyrer hun.

Også denne gangen treffer anesthesisykepleiere fort og presist, og det er unnagjort på en blunk.

Solveig får vite at hun skal opereres i kveld eller i morgen tidlig.



ANESTESISEKSJONEN TLF: 693388



RIKTG PUNKT: Anestesisykepleier Sitthi Bredesen finner riktig punkt på nerven å stikke på. Pål følger med på skjermen. Han kjenner ingenting.

Perifert venekateter (PVK)

PVK brukes til å gi medisin og væske rett i blodet og er svært vanlig i bruk på norske sykehus.

FT-blokade

- Femoral triangel blokada
- Smertelindring ved total kneprotese



NØYAKTIGE: Sitthi Bredesen og Rune Sollien setter begge blokader. – Det er ikke rom for feil, sier Sollien.

– Legen må være våken da. Ikke overarbeidet, sier hun kvikt før vi forlater henne.

PUSTER LANGSOMMERE

– Siden Solveig slipper å få opiater, reduseres risikoen for delirium og lungebetennelse, sier Rune Sollien i korridoren etterpå.

– Kan man få lungebetennelse av opiater?

– Ikke direkte, men man puster langsommere og får dårligere respirasjon. Som igjen kan føre til redusert hostekraft og slimstagnasjon. Det er veldig negativt for disse pasientene.

– TYPISK OPPGAVEGLIDNING.

Anestesisykepleierne på Ahus har jobbet med ultralyd i mange år, for eksempel for å etablere intravenøs tilgang.

På ortopedisk seksjon har de utført ultralydveiledet nerveblokada siden 2019. De er nå 13 som jobber fast med dette.

– Dette er et typisk eksempel på oppgaveglidning. Det handler ikke om å ta noe fra hverandre, men om å samarbeide, sier Sollien.

Anestesisykepleierne lærer ofte opp de nye LIS-ene (leger i spesialisering), og de lærer opp hverandre.

Alle må gjennom en kompetanseplan.

Teorien handler om:

- fysiologi og anatomi
- farmakologi
- ultralyd

– Før de kan stikke selv, må de ha satt fem superviserte ultralydveiledelede perifere venekatetre. Så tjue nerveblokader med veiledning før de kan gå selvstendig, forteller Rune Sollien.

– Det er en kvalitetssikring. Her er det ikke rom for feil.

KAN REAGERE TOKSISK

En nerveblokada kan føre til systemisk toksisk reaksjon.

– For Solveig ville det være fatalt. Skjer dette, må vi kjenne til symptomene og vite hva vi skal gjøre, sier Sollien.

Så langt har ingen fått toksiske reaksjoner ved blokader satt av anestesisykepleierne.

– Det er bra suksess. Det gjør at vi har tillit hos legene og får fortsette, sier Sollien.



«Det betyr en avlastning for travle leger.»

TOR ERLEND PEDERSEN,
FAGANSVARLIG ANESTESILEGE

De utvider stadig repertoaret. Allerede har de startet med FT-blokade.

HAR LAGET NASJONAL FAGPROSEDYRE

– Vi er jo en veldig spesialisert avdeling, påpeker Silje Solberg Dahlen.

Selv setter hun ikke blokader. Men hun har skrevet masteroppgave om dem.

Hun ville finne ut om blokadene hadde god effekt. Med 33 pasienter som grunnlag, fant hun ut at effekten var god.

Seksjonen har også laget en fagprosedyre som kan brukes nasjonalt. Denne kommer i metodebok.no.

– Det er morsomt å være med på å utvikle faget og sette en standard for hvordan en prosedyre bør utføres, sier Dahlen.

Sammen med ortoped Max Temmesfeld er hun hovedforfatter for en artikkel som publiseres i Sykepleien



HOFTEN BRAKK: Filleryen får skylden for at Solveig (90) brakk hoften. Nå venter hun på operasjon. Sitthi Bredesen forbereder påfyll av blokade. Rune Sollien bistår.

Forskning i juni. Det syns hun er stas.

- Tverrfaglig samarbeid, sier hun fornøyd.
- Veien fra ide til virkelighet har vært veldig kort. Uten de legene vi har, ville vi ikke fått det til, sier Rune Sollien.
- Heller ikke hvis ikke ledelsen hadde velsignet programmet, sier Dahlen.

- KAN IKKE SKYLDE PÅ LEGEN

- Vi er pålagt å handle innenfor vårt kompetanseområde. Det er ikke som før, da vi kunne skylde på legen, vi må ta ansvar selv for det vi gjør, ler Sollien.

Og legger til:

- Heldigvis. Vi må være verdig tilliten.

Norsk standard for anestesi gjelder for både sykepleiere og leger.

- Det er den vi jobber ut ifra. Og selvsagt helsepersonelloven. Innenfor lovverket er det rom for oppgaveglidning, sier Sollien.

Da de var på fagkongress og fortalte om ordningen de har på Ahus, opplevde de stor interesse fra andre sykehus.

- Mange henvender seg til oss fordi de ønsker å starte opp selv. Også anestesileger er nysgjerrig på dette, sier Dahlen.

- Vi vil spre det vi gjør til andre. Det er en bøyg for mange leger. Det var skepsis blant legene før her også, nå er det helt utenkelig at vi sykepleiere ikke skal gjøre blokade, sier Rune Sollien.

- Dette handler om hva vi får til sammen. Hvis kun legene skulle gjort dette, ville det bety lang ventetid, sier Silje Dahlen.

Hun legger til:

- Dette er også et godt rekrutterings- og beholdetiltak. Vi som har vært lenge på avdelingen, trenger påfyll.

- DET ER BLITT ET BEDRE TILBUD NÅ

Men hva sier legene her på avdelingen? Der kommer jammen Tor Erlend Pedersen spankulerende. Som fagansvarlig anestesilege på ortopedisk seksjon er han den rette til å svare.

- Vi opplever denne oppgaveglidningen som sparte legeressurser. Vi leger løper jo rundt på så mye. Så dette er en vann-vinn-situasjon.

- Hvordan?

- Sykepleierne får artige arbeidsoppgaver. De er gode på blokade, og ved siden av å lære opp sykepleierne, hjelper de også til med opplæringen av nye anestesileger i noen typer blokader.

Han høyner:

- For pasientene er det også bedre. Trippel vann, altså!

- Ville det vært lenger ventetid hvis bare dere legene skulle gjort blokadejobben?

- Å ja, det ville det. Det er blitt et bedre tilbud nå, og det betyr en avlastning for travle leger. Veldig bra program, sier Tor Pedersen.

- Det er vi sykepleiere som skal være første hånd med disse blokadene, sier Rune Sollien.

Som altså er fagansvarlig anestesisykepleier.

- Vi tilbyr nerveblokade twentyfour seven. Natt, dag og helg. Så lenge vi er på jobb, er det er vårt ansvar.

Om nettene kan det være et problem å få fatt i sykepleier.

- Da er det legene som må gjøre nerveblokadene. Så pasienten får samme tilbud uansett, sier Sollien. ■

TEKST: MARIT FONN

HAUKELAND: – Vi ser mer på at assistenter og portører kan overta sykepleiernes oppgaver

I Bergen er det ingen tegn til at sykepleiere skal sette nerveblokkade. I Trondheim skal noen sykepleiere læres opp.

På Haukeland universitetssykehus i Bergen bruker anestesisykepleierne ultralyd når de setter venekanyler. Men det er ingen tradisjon for at anestesisykepleierne setter ultralydveiledet nerveblokkade slik som på Ahus, får Sykepleien opplyst av flere sykepleiere.

I over en uke har Sykepleien prøvd å få en kommentar fra legesiden om det er aktuelt å lære opp anestesisykepleiere til dette, uten å lykkes.

– VI HAR IKKE DETTE PÅ BLOKKEN Avdelingsjef Solveig Tveit Songstad, som selv er anestesisykepleier, svarer derimot på Sykepleiens spørsmål.

– Vi har ikke dette på blokken vår. Jeg har ikke vært borti at det er et ønske eller et diskusjonstema hos oss, sier Songstad.

Hun er avdelingsjef for seks operasjonsseksjoner med rundt 350 operasjons- og anestesisykepleiere.

– Jeg kan ikke svare for alle.

Kanskje noen ønsker dette, men det er ikke løftet opp formelt her på Haukeland. Det er ikke noe kontroversielt rundt dette, for eksempel at noen ikke vil gi fra seg oppgaver.

– Kan det være interessant på sikt?

– Det er vanskelig å svare på stående fot. Vi vet jo at det blir færre sykepleiere i årene som kommer. Vi ser mer på at assistenter og portører kan overta



«Ikke et diskusjonstema hos oss.»

SOLVEIG TVEIT SONGSTAD,
AVDELINGSSJEF, HAUKELAND



«De er i startfasen på St. Olavs.»

CATHRINE SALTNES,
KONSTITUERT FAGGRUPPELEDER
FOR ANESTESISYKEPLEIERNE

sykepleiernes oppgaver. Mer det enn hva sykepleierne kan ta over fra legene, sier Solveig Tveit Songstad.

– FINT Å FÅ FLERE SPENNENDE OPPGAVER

Cathrine Saltnes er konstituert faggruppeleder for anestesisykepleierne.

– Oppgaveglidning er kommet for å bli. Det ser vi som positivt, sier hun.

Selv jobber hun på gastroavdelingen på Haukeland.

– Ellers er det jo mer oppgavedeling vi har med anestesilegene. Vi har ingen prestisje i hvem som gjør hva, så lenge det er til pasientens beste. Den som har kompetansen til å utføre oppgaven, må gjøre den, uten at det skal bli profesjonskamp av den grunn, sier Saltnes.

– *Så hva med ultralydveiledet nerveblokkade, er det hensiktsmessig at også sykepleierne setter den?*

– Det vil jeg tro kan være en oppgave for dem hvis de får opplæring. Det er fint hvis anestesisykepleierne kan få flere spennende oppgaver.

– SER UT SOM DET BARE ER PÅ AHUS

Cathrine Saltnes påpeker at det ofte er flere anestesisykepleiere på vakt enn anestesileger.

– Hvis flere ville hatt anledning til å gi denne smertelindringen, så pasienten slipper å vente, så mener jeg det er positivt.

– *Har du oversikt over hvordan leger og sykepleiere deler på denne oppgaven ellers i landet?*

– Jeg har spurt litt rundt om dette. Foreløpig ser det ut som at det bare er på Ahus at sykepleierne setter slik blokkade. Og så er de i startfasen på et prosjekt på St. Olavs hospital i Trondheim.

– *Hva går det ut på?*

– At tre-fire sykepleiere skal få opplæring i første omgang, sier konstituert faggruppeleder Cathrine Saltnes. ■



Norges eneste private skole med 3 Internasjonale godkjenninger VTCT, iTEC og Cidesco.

Kosmetisk Dermatologisk Sykepleier

En utdanning på Høyskolenivå.

Høsten 2024 slår vi sammen 2 Internasjonale utdanninger.

Leven 7 Diploma in Clinical Aesthetic Injectable Treatments Certification og Level 2 Diploma for Beauty Specialist

Studiestart september 2024



sandefjordakademi.no post@sandefjordakademi.no Hjertnespromenaden 33. 3211 Sandefjord

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell

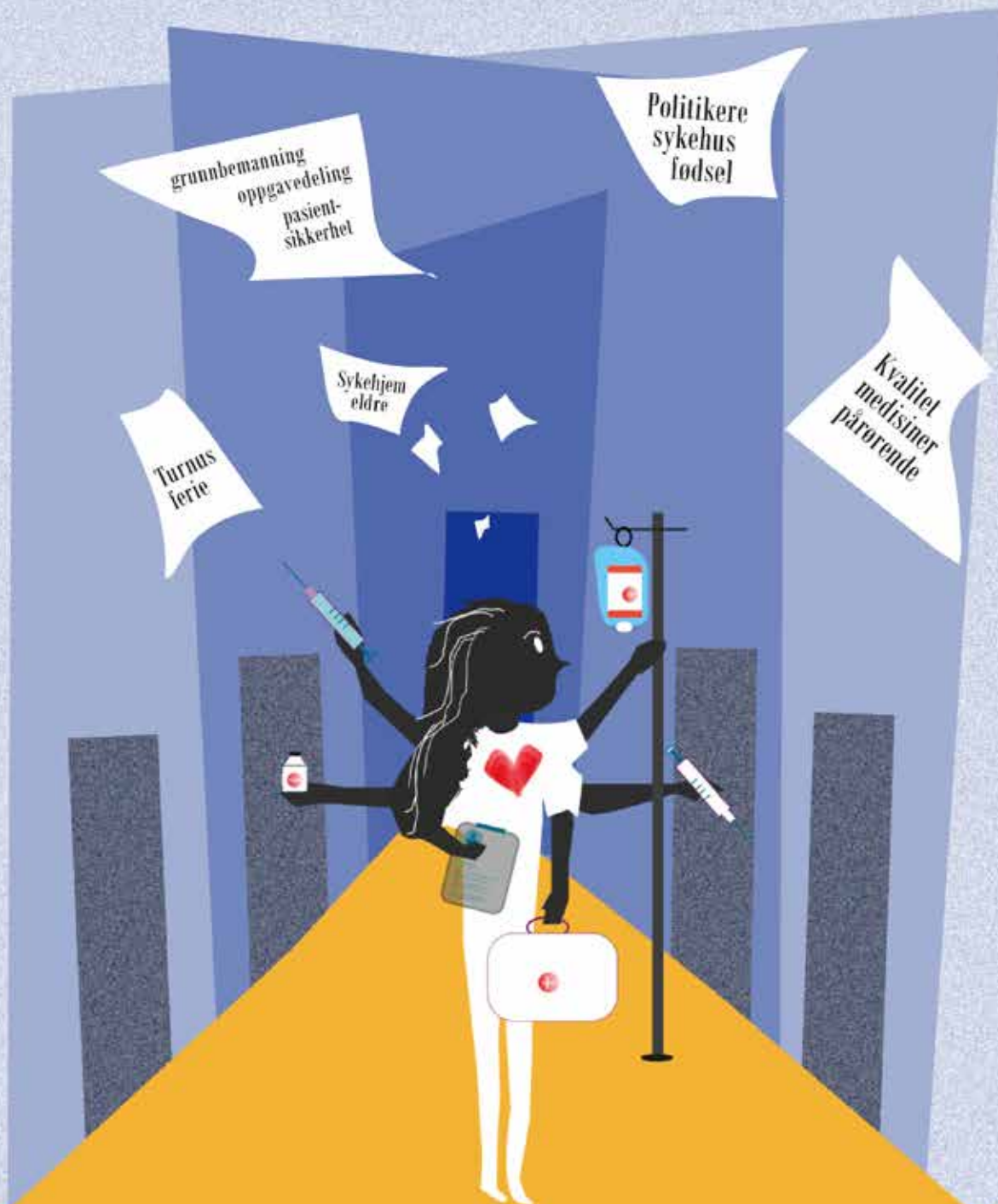


Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Sykepleier, hva har du på hjertet?

Illustrasjon: Sissel Vetter



Din mening betyr noe.

Hva gjør deg glad eller opprørt i sykepleierhverdagen? Hva fungerer og ikke på jobb?
Har du gjort deg erfaringer med pasienter som du vil dele?

Uansett om du er student, fersk eller erfaren – vi vil høre hva du mener.
Våre deskjournalister finpusser og kvalitetssikrer teksten din før publisering.

Ta gjerne kontakt: meninger@sykepleien.no
Scann qr-koden for forfatterveiledning



Sykepleien



Kvinnen har nettopp født. Nå kommer svigerfamilien på besøk. Bør sykehuset hjelpe kvinnen med å skjule at hun lever med hiv?

Svaret er vel opplagt for alle. Det er selvfølgelig ikke sykehusets oppgave å informere andre om en pasients hiv-diagnose, spesielt når pasienten er under vellykket behandling. Og det er heller ingen grunn til å ha ekstraordinære smitteverntiltak på en barselavdeling. Likevel forekommer det dessverre feiltrinn og brudd på taushetsplikten på norske sykehus. Denne historien er sann og handler om en kvinne fra Afrika. Hun er 32 år og bor et sted i Norge.

- Jeg har levd med hiv i mange år, men det er ingen andre enn mannen min som vet det. Jeg tør ikke si det til noen. Jeg fødte mitt første barn i Norge for 2 år siden.

Jeg ble fulgt opp godt under svangerskapet, og medisinene virket fint. Men da vi kom på barsel satte de en gul trekant på døra mi! Alle som kom inn på rommet hadde fullt smittevernustyr og sengetøy og håndklær måtte i gule poser. Jeg turte ikke si noe, men det ble skikkelig vanskelig da svigerfaren min kom på besøk. Jeg tror de skjønnte det da, men de har aldri spurt.

Aksept er et nasjonalt helse- og sosialfaglig senter, og vi vet at mange er usikre i møte med pasienter som lever med hiv. Har du spørsmål knyttet til dette, er det bare å ringe 94 02 06 01. Da får du snakke med en erfaren sykepleier, som kan svare på spørsmål og gi deg veiledning.

Ring oss hvis du trenger råd om en pasient som lever med hiv. Tlf: 94 02 06 01



Aksept

Nasjonalt helse- og sosialfaglig senter – for alle berørt av hiv

TEKST OG FOTO: MARIT FONN





– VIKAN GODT KALLE DET TEAMARBEID.

Det hun frykter mest, er at helsepersonell settes til oppgaver de ikke er kompetente til å gjøre. Og at de ikke tør å si nei. Ine Myren er leder av Sentralt fagforum.

IKKE DERFOR: – Når sykepleierne kommer på jobb for å vaske kjøkken- skap, da føler de ikke at «det er dette jeg er ansatt for», sier Ine Myren.

Oppgaver kan deles, forskyves, gli eller overføres, ifølge definisjonene.

– Hva kaller dere dette?

– Ansvars- og oppgavedeling, sier Ine Myren.

Hun er leder av Sentralt fagforum i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Myren, på vegne av faggruppeliderne, deler altså Edith Roth Gjevjons syn på saken. (se s. 82).

Gjevjon, som er professor i sykepleievitenskap, har jobbet med temaet for Norsk Sykepleierforbund.

– Vi ønsker ikke at sykepleiefaget skal degraderes til å være oppgaver. Fordi det er et ansvar knyttet til oppgavene, sier Myren.

– SKAL TABLETTEN KNUSES?

– Ingen skal tro at det bare er å dele ut en tablett. At oppgaven er å legge tablettene foran pasienten.

Myren utdyper:

– Sykepleieren må passe på at det er riktig tablett som gir riktig effekt. Og må vurdere: Er pasienten i stand til å ta den selv? Skal tablettene knuses? Kan den knuses? Sykepleiere gjør vurderinger hele tiden. Skal oppgaven de gjør ha effekt, må de ha rett kompetanse. Derfor er det viktig å ha ansvar med i dette begrepet.

– For hvis «ansvar» ikke er med...?

– Ordet oppgavedeling forteller kun om en handling. Som om hvem som helst kan bruke en manual med en oppskrift for å utføre noe. Det sier ikke noe om konsekvenser eller om helhetlig ivaretagelse av pasienten.

– Men i det daglige kan man ikke si ansvars- og oppgavedeling? Ordet er altfor langt?

Myren har løsningen:

– Vi kan godt kalle det teamarbeid.

– Hvem skal være med i disse teamene?

– Helsefagarbeideren. Ernæringsfysiologen. Ergoterapeuten. Vernepleieren ...

Listen er lang, alle må med, syns hun:

– Mye gjøres på et sykehus, men mye skal også skje der pasienten

bor. Da må et helt team ivareta pasienten. Med riktig hjelp og tilrettelegging kan pasienten ta vare på seg selv og leve livet sitt hjemme.

Myren konkluderer om hva som skal til: Et godt ledet team og en god plan.

– Det betyr ikke nødvendigvis å ta over hverandres oppgaver. Helsefagarbeidere, for eksempel, har en svært viktig kompetanse, men det er for får av dem. Alle må gjøre sin del.

Men mer må til, påpeker Myren. Hun tenker for eksempel på renhold og kjøkkentjeneste:

– Tidligere var det egne folk til dette. Nå gjør helsepersonell disse oppgavene



«Det er ikke bare å dele ut en tablett.»

uten at de egentlig har kompetanse til det. Her har ledelse alt å si. Sykepleierne må ikke gjøres til uformelige poteter som skal gjøre alt.

VIL VÆRE HOS PASIENTENE

Ine Myren understreker at økonomiske rammer ikke skal være førende.

– Kvalitet skal alltid komme først.

– Men den knappe økonomien kommer man ikke unna?

– Nei da, sier Myren og viser til helsepersonellkommissjonen.

– Den påpeker at man må bygge nedenfra og opp. Skal man spare, er det lurt at de ulike yrkesgruppene gjør det de kan og skal gjøre. Når de i stedet settes til andre oppgaver,

kan det føre til at behandlingsforløpene blir lengre ved at komplikasjoner oppstår.

– Det kan høres ut som om dere er mot oppgavedeling?

– Nei, vi mener bare at slike endringer må kvalitetssikres.

– Er det noen oppgaver dere sikler etter?

– Slik som det er i dag, tror jeg sykepleierne er veldig fornøyde hvis de får lov til å gjøre sykepleie, slik de er utdannet til. Får de tid til å gjøre gode kliniske vurderinger, vil de kunne avdekke andre helseutfordringer hos pasientene. Men da må de få være hos pasientene.

– Jeg er redd for at alt snakket om oppgaver fører til at sykepleierne tas vekk fra pasienten. Men god sykepleie skjer ofte i det mellommenneskelige.

– ALLMENN SYKEPLEIERNE ER EN BUFFER

– Er det noe sykepleiere kan og bør gjøre, men som de ikke gjør i dag?

– I dag har vi allmennlegetjenesten, der legen gjør det meste. Primærhelseteamene, som er testet ut, har fått kjempegode tilbakemeldinger. De er et godt eksempel på at det fungerer bedre å jobbe i team enn at noen har ansvaret alene, sier Ine Myren.

Pasienter, for eksempel med diabetes eller kols, kan følges opp hjemme.

– I tillegg er den nye typen spesialsykepleier, allmennsykepleieren, en buffer mellom fastlegen og hjemmesykepleien.

Allmennsykepleierne kan bistå fastlegene mye, mener Myren:

– De drar hjem til pasienten. Der ser de omgivelsene og relasjonene. Virker pasienten ensom? Trengs det nye hjelpemidler? De gjør en helhetsvurdering og bidrar til at flere kan bo hjemme lenger.

Sentralt fagforum

- De 34 faggruppene i Norsk Sykepleierforbund (NSF) er samlet i Sentralt fagforum.
- Faggrupelederne utgjør fagforumet, som samles to ganger i året.
- Ine Myren, som er intensivsykepleier, leder fagforumet.

HVEM KAN OPPDAGE EN FORVERRING?

– *Hva vil sykepleiere slippe å gjøre?*

– Det er veldig mange sykepleieoppgaver andre kan gjøre. Man må bare være bevisst ansvaret i det man gjør. Gjør man feil, må man vite hvordan det skal håndteres. Man må forstå når man må kople på en sykepleier eller en lege.

Myren påpeker at dette også handler om ledelse: Om å ha overblikket og om sammensetningen av kompetanse i teamene.

– *Det kan lett gå galt for en vikar i hjemmetjenesten som ikke har fått opplæring?*

– Ja, det kan skje at vedkommende ikke oppdager en forverring. Men det hjelper å ha gode rutiner for å dokumentere. Er man usikker, skal man kunne be en sykepleier om råd, sier hun.

– Men dette må gjøres systematisk. Er et sår blitt infeksjøs, er det viktig å se etter andre symptomer på infeksjon.

– *For eksempel feber?*

– Ja. Eller raskere pust. Endring i blodtrykk. Hoste. Dette kan være tegn på at noe er i ferd med å skje. Da må man snakke med legen. Det er sånn vi må fungere sammen. Vi er avhengige av alle.

– *Er det for mye mas om denne oppgavedelingen?*

– Nei, men vi må kanskje være tydeligere på ansvaret knyttet til oppgavene. Vi står overfor store oppgaver fremover, det blir jo færre helsepersonell per pasient. Det er

helt nødvendig å finne gode måter å jobbe på sammen.

JOBBER MED MANGE UFAGLÆRTE

– *Hvem er det lettest å samarbeide med?*

– Sykepleierne kan samarbeide med alle, sier Myren.

I Sentralt fagforum er det 34 faggrupper.

– Sykepleiere jobber forskjellig, men alle er enige om at helsepersonell skal gjøre det de har kompetanse til. Rett fagperson på rett sted.

Myren trekker frem sykepleierne i psykisk helse- og rusfeltet. Der mener hun oppgavedeling
m e r
er et



«En respiratorpasient må ha en respiratorkompetent ved sengen.»

pro-
blem

enn en

løsning.

Flere profesjo-

ner settes gjerne til samme oppgaver uten at deres spesielle funksjoner utnyttes fullt ut.

– For sykepleierne er det viktig å verne om sin selvstendige funksjon i teamet. De ser pasientens fysiske og psykiske helse i sammenheng, sier hun.

Dessuten er det i dette feltet i spesialisthelsetjenesten at det er størst andel ufaglærte.

– ANESTESISYKEPLEIERNE KAN OVERTA LEGEOPPGAVER

– *Hva med spesialisykepleierne i sykehusene, som intensiv- og anestesisykepleierne?*

– Anestesisykepleierne har en spesialkunnskap ingen andre har. De har ansvar for pasienter i narokose. Der er oppgaveglidning mer aktuelt. De kan overta oppgaver leger har hatt.

Myren, som selv er intensivsykepleier, påpeker at i en intensivavdeling er det annerledes. Der jobber det både intensivsykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere.

Da må man være bevisst hvilke oppgaver som hører til hvilken kompetanse, påpeker hun:

– En respiratorpasient må ha en respiratorkompetent ved sengen. Det vil si en intensivsykepleier.

Dette krever at lederen har faglig kompetanse til å fordele personellressursene til det beste for pasienten.

– HELSEFAGARBEIDERESTELLER KATETRE

Myren viser til at i en sykehusavdeling har helsefagarbeidere ofte sykepleieroppgaver.

– De steller katetre, de seponerer væskeinfusjoner. Så lenge de har opplæring i oppgavene, er det greit. På sykehus er det dessuten sykepleiere til stede som kan spørres om råd. Forhåpentlig også på et sykehjem, men ikke alltid i hjemmesykepleien. Alt dreier seg om pasientsikkerhet og forsvarlighet.

– *Er det noe ekstra du frykter?*

– At helsepersonell settes til oppgaver de ikke er kompetente til å gjøre. Og at det er vanskelig å si nei. Det er sikkert flere oppgaver andre er i stand til å ta. Det jeg er bekymret for, er om det forringer kvaliteten på helsetjenesten.

– *Hvilke yrkesgrupper tenker du på?*

– Alle. Det kan også gjelde sykepleiere som settes til å gjøre spesialisykepleieroppgaver. Jeg

tror at både sykepleiere, helsefagarbeidere og leger ønsker å gjøre det vi er utdannet til.

VIL HA ANDRE INN PÅ SKYLLE- ROMMET

– Noe annet sykepleierne vil slippe å gjøre?

– Oppgaver som tar oss bort fra pasienten. Som renhold, lager- og

kjøkkenarbeid. Det er ingen grunn til at sykepleiere skal kjøre dialysevæske fra lageret i kjelleren opp til et skap på avdelingen.

– Sykepleiere gjør dette?

– Ja. Og de vasker. De vasker pasientrom. Og de vasker utstyr. Tenk så mye som havner på skyllerommene. Der er sykepleierne eller helsefagarbeiderne.

Dette arbeidet burde andre ta, mener hun.


– Når sykepleierne kommer på jobb for å vaske kjøkkenskap, da føler de ikke at «det er dette jeg er ansatt for». Det trengs egne kjøkkenvakter, renholdsarbeidere og lagerpersonell.

Hun legger til:

– Heller ikke helsefagarbeiderne

TEKST OG FOTO: MARIT FONN

– Slutt å snakke om profesjons- kamp. Det er hersketeknikk



«Jeg er redd for
oppgavefokuset.»

ARTIG: – Det artige er at det ikke bare er sykepleiere som kontakter meg om dette temaet, sier Edith Roth Gjevjon.

skal bruke tiden på å vaske skap. Også de skal være hos pasienten.

– VI ER MOT Å VÆRE POTET

– *Må man bli mer solidarisk med hverandre?*

– Jeg tror ikke det mangler solidaritet ute på arbeidsplassene. Vi har et felles mål: At pasienten skal få best mulig helsehjelp.

Vi samarbeider godt.

– *Veldig populært blant politikerne å snakke om å dele oppgaver?*

– Kanskje de heller burde sørge for nok og riktig personell til å gjøre alle oppgavene.

– *Hva er viktigst å slåss for?*

– Rett kompetanse på rett sted og pasienten i sentrum.

– *Og slåss mot?*

– Vi er mot å være potet. Vi vil bli anerkjent for vår kompetanse. Og slåss for at ledere skal få muligheten lede.

– *Og kanskje ikke ha så mange å lede? Opp mot 100 er vanlig?*

– Ja, lederspenningen må reduseres. Og de må gis rammer og myndighet for å kunne lede, sier lederen i Sentralt fagforum. ■

Man kan ikke dele oppgaver uten å plassere ansvar, mener professoren.

Edith Roth Gjevjon, professor i sykepleie, har på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund skrevet (NSF) notatet «Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv».

– *Er det noe du vil trekke frem som ekstra viktig?*

– Jeg er redd for oppgavefokuset. At man driver med oppgavedeling uten å vurdere hvilken kompetanse pasienten trenger, sier Gjevjon.

– SETT SAMMEN DET BESTE TEAMET

Gjevjon pleier å si at det ikke går an å lage en tabell over hva som er sykepleieroppgaver, legeoppgaver eller helsefagarbeideroppgaver. Og så videre.

– Vi må heller se på pasientens behov og hvilken kompetanse den trenger, i hvilken situasjon. Hva er riktig sammensetning av helsepersonell? Sørg heller for å sette sammen det beste teamet rundt pasientene enn å fordele oppgaver rutinemessig.

Edith Roth Gjevjon legger til:

– Vi må slutte å snakke om profesjonskamp. Det er hersketeknikk.

– Det artige er at det ikke bare er sykepleiere som kontakter meg om dette temaet. Også ledere, leger og psykologer har invitert meg til å holde foredrag om ansvars- og oppgavedeling. Det er tydelig at fagfolk har forstått at oppgavedeling også handler om plassering av ansvar.

«Å DELE OPPGAVER UTEN Å PlassERE ANSVAR ER UFORSVARLIG»

I notatet nyanserer Gjevjon begreper som ofte brukes om hverandre:

- oppgavedeling
- oppgaveforskyvning
- oppgavegliding
- oppgaveoverføring

Det er viktig å være kritisk til denne oppgaveorienteringen, står det i notatet.

Gjevjon trekker frem sykepleiefagets kompleksitet og profesjonens helhetlige ansvar. Sykepleiernes kompetanse må brukes på rett sted til rett tid.

Å overføre eller dele oppgaver uten å plassere ansvar er uforsvarlig, ifølge notatet. Derfor bruker NSF begrepet «ansvars- og oppgavedeling». ■

NOEN BEGREPER FORKLARES:

■ Oppgaveforskyvning

skjer når oppgaver fordeles fra helsepersonell med høyere kompetansenivå til helsepersonell med lavere kompetansenivå (vertikal forskyvning). For eksempel fra leger til sykepleiere eller fra sykepleiere til helsefagarbeidere. Dette kan også skje motsatt vei.

Dessuten skjer oppgaveforskyvning også mellom helsepersonell på samme kompetansenivå, men med ulikt kompetanseinnhold (horisontal forskyvning). Et eksempel er når vernepleiere bemaner vakante sykepleierstillinger. Eller motsatt.

- **Oppgavedeling** kan defineres som at helsepersonell med ulik kompetanse samarbeider om å gjøre oppgavene.

SAMMENDRAG: I Helse Stavanger HF har vi de siste årene jobbet systematisk med oppgavedeling. Denne fagartikkelen beskriver et kompetansehevingsprogram vi har utviklet for helsefagarbeidere, som er basert på dialog med ledelse og klinikere på sengepostene.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2024.93795

STIKKORD: Oppgavefordeling, Helsefagarbeider, Ledelse



HELSEFAGARBEIDERE FÅR KOMPETANSELØFT **OG DELER OPPGAVER MED SYKEPLEIERNE**

Helsefagarbeidere i Helse Stavanger tilbys kompetanseheving i blant annet stomistell og skylleromsarbeid. Programmet er under utvikling.



«Oppgavedeling mellom yrkesgruppene i helsetjenestene kan også øke kapasiteten til det enkelte helsepersonell.»

Illustrasjon: Sissel Vetter



MARTE JOHANNE TANGERAAS HANSEN
Spesialsykepleier og doktorgradstipendiat ved Stavanger universitetssjukehus



ELSE ØRSTAVIK HOLLUND
Mottaksklinikken medisin ved Stavanger universitetssjukehus



BENTE ROSSAVIK
Fagsjef sykepleietjenesten Kirurgisk divisjon ved Stavanger universitetssjukehus

Bemanningsutfordringer, sykepleiemangel, eldrebølge og pandemier. Det er bare noen av utfordringene vi som helsepersonell skal håndtere nå og i tiden som kommer. Helsepersonellkommissjonen slår fast at mange kommuner allerede står i en bemanningskrise, mens sykehusene er på vei inn i samme situasjon (1). Mangelen på arbeidskraft er størst innen helse- og sosialtjenestene, ifølge Navs bedriftsundersøkelse. Per i dag mangler 4650 sykepleiere og 2700 helsefagarbeidere (2).

Heldigvis er også Helsepersonellkommissjonen opptatt av løsninger. De trekker frem særlig fem tiltaksområder for å beholde og utvikle gode og bærekraftige helsetjenester. Tiltaksområdene er organisering, arbeidstid, kompetanse, prioriteringer, digitalisering og oppgavedeling (1).

ANSVARS- OG OPPGAVEDELING KAN GI KVALITETSLØFT

Gjevjon definerer oppgavedeling som «at oppgaver gjennomføres i samarbeid og samhandling mellom helsepersonell med ulike kompetanser» (3).

Gjevjon argumenterer videre for å kalle det ansvars- og oppgavedeling. Det er fordi søkelyset ligger på å dele både oppgaven og ansvaret som kommer med oppgaven som deles (3).

Målet med ansvars- og oppgavedeling er å utvikle teamarbeid, fordele oppgaver og utnytte kompetanse på en slik måte at den møter pasientens behov på en best mulig måte (4).

Årsaken til at ansvars- og oppgavedeling blir nevnt som et mulig tiltak som svar på nåtidens og fremtidens bemanningsutfordringer, er at gjennom en mer hensiktsmessig

FIGUR 1: Spørsmål til sykepleiere og fagutviklingssykepleiere

Spørreskjema

1. Gjør sykepleiere på din sengepost oppgaver du tenker andre kunne gjort?
2. Hvilke oppgaver som sykepleiere gjør i dag, tenker du at kan deles med helsefagarbeidere?
3. Sett ring rundt oppgavene du mener det er aktuelt å tilby helsefagarbeidere kompetanseheving i: blodsuktermåling, SIK av kvinner, skyll og stell av PVK, enkle sårstell, EKG, stomistell, blærescanning, skylleromsarbeid, sengeskift, forflytning, NEWS, smittevern, kommunikasjonskompetanse
4. Har du noen andre kommentarer til kompetanseheving for helsefagarbeidere eller oppgavedeling generelt?

Forkortelser: EKG = elektrokardiografi, NEWS = skåringsverktøyet *National Early Warning Score*, PVK = perifert venekateter, SIK = steril intermitterende kateterisering

ansvars- og oppgavedeling og bedre samhandling mellom yrkesgruppene sykepleier og helsefagarbeider kan en oppnå bedre kvalitet og trygghet på helsetjenestene.

Oppgavedeling mellom yrkesgruppene i helsetjenestene kan også øke kapasiteten til det enkelte helsepersonell (5). Buchan, Caffon og Shaffer trekker også frem viktigheten av håndterbar arbeidsbelastning og godt arbeidsmiljø i en rapport fra 2022 (6).

PROGRAM SKAL HEVE HELSEFAG-ARBEIDERNE KOMPETANSE

I Helse Stavanger HF har vi de siste årene jobbet systematisk med oppgavedeling. Vi har utviklet et kompetansehevingsprogram for helsefagarbeidere basert på dialog med ledelse og klinikerne på sengepostene.

Programmet innbefatter selvstudium, undervisning, ferdighetstrening og simulering. Programmet ble utviklet som en helhet med fire emner og en

TABELL 1: Oppgaver deltakerne mener kan deles med andre yrkesgrupper

Yrkesgruppe	Oppgave
Sekretærer/ helsesekretærer	Varebestillinger
	Samhandling med kommunen (selve kommunikasjonen med sykehjem, bestilling av transport, sørge for at alle papirer følger med, og at pårørende er informert om utskrivelse)
	Telefoner
	Blodprøver
	Bestille hotell og/eller drosje
	Servicebestilling
	Sjekke trygg pleie
	Bestille portør
Forsyningsavdeling	Påfyll på lager
	Rydde lager
	Brette kluter og truser
Renhold	Desinfisere kontaktpunkt
	Rydde før smittevask
Bemanningscenter	Ringte etter vakter
Helsefagarbeider	Enkle sårstell
	Skyll og stell av PVK
	Dokumentasjon
Kjøkkenassistenter/ postverter	Kjøkkenarbeid kveld/natt
	Tilberedning av mat
	Servering
	Oppvask
	Frokostbrett
Apotektekniker og/ eller farmasøyt	Blande antibiotika
	Putte medisiner i traller
	Rydde medisinerom
	Narkotikaoppgjør
Barnepleier, helsefagarbeider med videreutdanning i barsel og barnepleie	Tilberede melk
	Brette kluter
	Bleieskift
	Sondemating
	Badestell
Lege	Legge inn medisiner i Meona
	Gjøre oppgaver uten å måtte bli purret på

Forkortelse: PVK = perifert venekateter

simuleringsdel. Emnene i det opprinnelige programmet var teamarbeid, dokumentasjon, steril intermitterende kateterisering av kvinner samt stell og skyll av perifere venekanyler. Programmet

har vært gjenstand for tre pilotprosjekter.

Som man kanskje ser av arbeidsoppgavene som er nevnt over, er målet med programmet todelt. For det første skal programmet

TABELL 2: Oppgaver det er aktuelt å tilby helsefagarbeidere kompetanseheving i

Oppgave	Prosent	Antall
Blodsuktermåling	82,61 %	38
SIK av kvinner	50 %	23
Skyll og stell av PVK	80,43 %	37
Enkle sårstell	78,26 %	36
Ta EKG	84,78 %	39
Stomistell	84,78 %	39
Blærescanning	80,43 %	37
Skylleromsarbeid	80,43 %	37
NEWS	71,74 %	33
Sengeskiift	73,91 %	34
Kommunikasjonskompetanse	69,57 %	32
Forflytningsteknikk	76,09 %	35
Mobilisering	71,74 %	33
Rutiner ved isolasjon	76,09 %	35

Forkortelser: EKG = elektrokardiografi, NEWS = skåringsverktøyet *National Early Warning Score*, PVK = perifert venekateter

TABELL 3: Moduler som tilbys helsefagarbeidere i dag

Tema/modul	Gjennomføring	Hva
Skylleromsarbeid	Årlig, januar og september	Kompetanseheving
Dokumentasjon	Årlig, februar	Ansvars- og oppgavedeling
Skyll og stell av PVK	Årlig, mai	Ansvars- og oppgavedeling
Stomistell	Årlig, september	Ansvars- og oppgavedeling
Teamarbeid	Årlig, oktober	Kompetanseheving
SIK av kvinner	Årlig, november	Ansvars- og oppgavedeling
Praktisk sykepleie sett i lys av <i>Fundamentals of care</i>	Årlig, desember	Ansvars- og oppgavedeling
Systematiske observasjoner av pasienter – NEWS, ABCDE og ISBAR	Under utvikling	Kompetanseheving
Blodsuktermåling og diabetes	Under utvikling	Kompetanseheving

Forkortelser: ABCDE = A – airways – luftveier, B – breathing – respirasjon, C – circulation – sirkulasjon, D – disability – bevissthet, E – expose/environment – oversikt og omgivelser, ISBAR = identifikasjon, situasjon, bakgrunn, aktuell status, råd, NEWS = skåringsverktøyet *National Early Warning Score*, PVK = perifert venekateter

sikre systematiske og kvalitetssikrede kompetansehevede tiltak. Tiltakene er rettet mot oppgaver og funksjonsområder som helsefagarbeiderne eier per i dag.

Dernest er målet at programmet skal føre til at helsefagarbeidere på enkelte områder kan bidra til å frigjøre sykepleierressurser. Flere ansatte på en sengepost skal kunne mestre en gitt oppgave. Programmet har ikke bare søkelys på de tekniske oppgavene som kan deles mellom yrkesgrupper, men også på de relasjonelle og ikke-tekniske oppgavene.

SYKEPLEIERNES SYN BLE KARTLAGT

Etter at kompetansehevingsprogrammet for helsefagarbeidere var kjørt som tre vellykkede pilotprosjekter, ble det besluttet at programmet skulle innføres i organisasjonen vår. Tilbakemeldingene fra avdelingssykepleierne tilsa at det var behov for flere moduler.

Vi bestemte oss derfor for å gjøre en kartlegging blant sykepleiere og fagutviklingssykepleiere ved somatiske avdelinger på sykehuset. Målet var å kartlegge hva deltakerne tenker om kompetanseheving for helsefagarbeidere og ansvars- og oppgavedeling.

«Flere ansatte på en sengepost skal kunne mestre en gitt oppgave.»

Kartleggingen ble gjennomført i mars–april 2023. I alt 112 sykepleiere og fagutviklingssykepleiere ble invitert til å delta. Av disse svarte 46, noe som ga en responsrate på 40 prosent.

Spørsmålene sykepleierne skulle svare på, var åpne. Formålet var å kartlegge sykepleierens tanker rundt ansvars- og oppgavedeling (se figur 1).

Kartleggingen er vurdert av sykehusekets personvernombud.

SYKEPLEIERNE MENER EN REKKE OPPGAVER KAN DELES

Tabell 1 er laget med basis i svarene på spørsmål 1 i figur 1. Tabellen viser at deltakerne i studien mener sykepleiere i dag har mange oppgaver de kan dele med andre yrkesgrupper. De mener svært mange oppgaver kan deles med helsesekretærer, for eksempel varebestillinger, servicebestillinger og andre merkantile arbeidsoppgaver (se tabell 1).

Gjennom kartleggingen ble det avdekket flere ansvars- og arbeidsoppgaver som deltakerne mener sykepleiere kan dele med helsefagarbeidere. Tabell 2 gir en oversikt over disse oppgavene.

Andre oppgaver som ble nevnt ut over svarene i tabell 2, er å sette klyster på stabile pasienter, gi medikamenter på forstøver, administrere

«Behovet for opplæring og ansvars- og oppgavedeling er forskjellig på de ulike sengepostene.»

oksygen og gi sondeernæring og vann i perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG).

SLIK BLE KOMPETANSEHEVINGS-PROGRAMMET IMPLEMENTERT

I etterkant av kartleggingen har vi jobbet med å implementere kompetansehevingsprogrammet. Samtidig har vi utviklet programmet videre, slik at det er mulig å ta hensyn til tilbakemeldingene fra kartleggingen.

Våre skritt for å sikre implementering har vært:

- Programmet er forankret hos ledelsen gjennom møter og skriftlig dialog.
- Programmet er forankret i organisasjonen gjennom dialog og intranettartikler.
- Skriftlige prosedyrer er gjort tilgjengelig for hele organisasjonen og publisert i kvalitetssystemet vårt.
- En programkomité med deltakere fra sykepleiefaglig råd er opprettet. Komiteen har årlige møter og en egen postadresse. En mal for å utarbeide nye moduler er utviklet.
- Kommunikasjon med organisasjonen foregår på e-post og via intranettet.

Vi fikk tidlig tilbakemeldinger fra avdelingssykepleierne om at det er behov for flere moduler, og at behovet for opplæring og ansvars- og

oppgavedeling er forskjellig på de ulike sengepostene. Programmet er nå inndelt i moduler.

Ved at programmet er modulbasert, har vi tatt hensyn til at sengepostenes behov for kompetanseheving og ansvars- og oppgavedeling er ulikt. Dermed trenger ikke alle helsefagarbeiderne i Helse Stavanger HF å delta på hele programmet.

PROGRAMMET ER DESIGNET SLIK AT DET KAN UTVIDES

Med utgangspunkt i lokale forhold vurderer avdelingssykepleierne hvilke moduler den enkelte skal gjennomføre. På noen sengeposter er det for eksempel behov for at helsefagarbeidere også kan engangskateterisere kvinner, mens det på andre sengeposter holder at sykepleiere har denne funksjonen.

Kompetansehevingsprogrammet er designet slik at det kan utvides. Behovet for nye moduler meldes til programmets komité, hvor modulene drøftes og godkjennes før de innlemmes i programmet. De enkelte modulene skal kvalitetssjekkes av en egen fagansvarlig og gjøres tilgjengelig for helsefagarbeiderne gjennom en kompetanseportal.

Helsepersonellkommissjonen uttaler at det er stort behov for å beholde og utvikle gode og bærekraftige helsetjenester med engasjerte ansatte.

Vi mener et modulbasert kompetansehevingsprogram er et godt tiltak i så måte.

Ansvars- og oppgavedeling er kommet for å bli. Gjennom systematisk opplæring som er lik for alle som gjennomfører modulene, kan vi sikre at kompetansen følger oppgavene som deles.

Som man ser av tabell 1 og 2, er det mange muligheter for å utvide programmet videre. Tabell 3 viser modulene vi har utviklet og tilbyr våre helsefagarbeidere per i dag.

Våre erfaringer tilsier at ulike undervisningsmetoder må benyttes for å sikre tilfredsstillende sluttkompetanse. Modulene vi har utviklet så langt, inneholder selvstudium – derunder bøker, e-læring og terping på prosedyrer, teoriundervisning og ferdsighetstrening eller simulering i modulene der det er naturlig. Enkelte av modulene, som SIK og PVK, inneholder også en årlig reopplæringsdel.

En viktig del av implementeringsarbeidet er å fortsette å utvikle løsningen (7). Vi håper og tror at løsningen vi har landet på, vil sikre et levende kompetansehevingsprogram som er tilpasset organisasjonens behov for kompetanse. ■

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

REFERANSER

1. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltningen; 2023
2. Nav. NAVS bedriftsundersøkelse 2023: Redusert mangel på arbeidskraft. Oslo: Nav; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nav-rapportserie/navs-bedriftsundersokelse-2023-reduert-mangel-pa-arbeidskraft> (nedlastet 08.11.2023).
3. Gjevjon ER. Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 13. mars 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-04/norsk-sykepleierforbund-ansvars-og-oppgavedeling-i-et-sykepleierperspektiv.pdf> (nedlastet 08.11.2023).
4. Dolonwen KA. – Oppgaveglidning må skje ut fra pasientens behov. Oslo: Sykepleien; 3. november 2022. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2022/11/oppgaveglidning-ma-skje-ut-fra-pasientens-behov> (nedlastet 08.11.2023).
5. KS. Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Oslo; Rambøll Management Consulting, Menon Economics; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fag-omrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/bemanningsutfordringene-i-helse-og-omsorgssektoren-mulig-a-lose/> (nedlastet 08.11.2023).
6. Buchan J, Catton H, Shaffer F. Sustain and retain in 2022 and beyond: The global nursing workforce and the covid-19 pandemic. Genève; International council of nurses; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2022/01/Sustain-and-Retain-in-2022-and-Beyond-The-global-nursing-workforce-and-the-COVID-19-pandemic.pdf> (nedlastet 08.11.2023).
7. Fixsen D, Naom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. University of South Florida; Tampa, Florida; 2005. Tilgjengelig fra <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf> (nedlastet 08.11.2023).



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre*²

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (PHN) hos voksne \geq 50 år og voksne \geq 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

*To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne \geq 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne \geq 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder \geq 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne \geq 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder \geq 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022).

3. Rimseliene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor. PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

KISQALI[®] er den eneste CDK4/6-hemmer som har vist signifikant overlevelsesgevinst i 3 av 3 fase III-studier^{1,2,3}

KISQALI[®] er indisert for behandling av kvinner med HR+, HER2-lokalavansert eller metastatisk brystkreft sammen med aromatasehemmer eller fulvestrant, som innledende endokrinbasert behandling, eller hos kvinner som tidligere har fått endokrin behandling.⁴

Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med en luteiniserende hormonfrigjørende hormon (LHRH)-agonist.⁴

Kisqali har vist >12 måneder forlenget overlevelse sammenlignet letrozol alene^{3*,**}

63,9 måneder

Ribosiklib + letrozol (n = 334)
Median OS
 (95 % KI: 52,4–71,0)

51,4 måneder

Placebo + letrozol (n = 334)
Median OS
 (95 % KI: 47,2–59,7)

HR = 0,76 (95 % KI: 0,63–0,93); p = 0,008. Antall hendelser Kisqali: 181, placebo: 219

*OS var sekundært endepunkt

**MONALEESA-2 er en fase III-studie på postmenopausale kvinner med HR+/HER2- brystkreft.

Studien sammenlignet Kisqali kombinert med letrozol mot letrozol alene. Studiens primære endepunkt, median progresjonsfri overlevelse (PFS) var 25,3 måneder ved Kisqali, mot 16,0 måneder ved letrozol alene.

Anbefalt dose er 600 mg daglig i 21 påfølgende dager etterfulgt av 7 dager uten behandling. Ved behov for dosereduksjon, se anbefalte retningslinjer for dosereduksjon som er listet opp i SPC tabell 1.⁴ De vanligste bivirkningene av grad 3/4 var nøytropeni, leukopeni, unormale leverfunksjons-tester, lymfopeni, infeksjoner, rygg smerter, anemi, fatigue, hypofosfatemi og oppkast.⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kisqali er kontraindisert ved overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.⁴ Kisqali bør unngås ved eksisterende eller signifikant risiko for utvikling av QTC-forlengelse.⁴ Kisqali metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4 og dosereduksjoner kan være aktuelt.⁴ Behandlingen med Kisqali krever monitorering under de første behandlingssyklusene.⁴ Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig.⁴ Kan tas med eller uten mat.⁴

Pakninger og priser: 21 stk. (blister) 17 685,50. 42 stk. (blister) 35 336,10. 63 stk. (blister) 52 986,60.

Refusjon: H-resept: L01E F02_1 Ribosiklib

1. Im S-A Lu, Bardia A, et al, Overall survival with ribociclib plus endocrine therapy in breast cancer. *N Engl J Med* 2019; 381: 307-16. 2. Slamon DJ, Neven P, Chia S et al. Overall survival with ribociclib plus fulvestrant in advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1911149. 3. *N Engl J Med* 2022;386:942-50. DOI: 10.1056/NEJMoa2114663. 4. Kisqali SPC



Ta gjerne kontakt med oss i Novartis om du ønsker mer informasjon om Kisqali, eller besøk www.felleskatalogen.no

Gravide og ammende får i seg for lite jod

For lite jod under svangerskap og amming kan påvirke utviklingen av sentralnervesystemet til fosteret og ha negativ effekt på barns kognitive utvikling.

Over halvparten av norske gravide og ammende får ikke i seg nok jod fra kostholdet. Altfor mange kvinner kjenner ikke til at jod er viktig, og du som helsepersonell kan bidra med trygg informasjon og avdekke om kvinner står i fare for å få jodmangel.

Spør:
«Drikker du melk?
Spiser du fisk?»



Jod finnes i få matvarer, men melk og meieriprodukter, i tillegg til hvit fisk er gode kilder.

Les mer om jodmangel her, og bruk jodkalkulatoren:



Velg magre eller lette meieriprodukter. La minst 2 av 3 være melk eller yoghurt.

Opplysningskontoret
MELK
og meieriprodukter

Oppfriskende lindring for tørre øyne

Konserveringsfrie øyedråper som kan brukes sammen med kontaktlinser, lindrer tørre og irriterte øyne.

Erstatning for naturlige tårer, som fukter og smører øynene. I tillegg bevarer den fukteffekten lengre.

Kan kjøpes på apotek og nå også i utvalgte Kiwi butikker.

ØYEDRÅPER
UTEN
KONSERVERINGS-
MIDLER



Les mer på www.torreoy.no

HYPROSAN® øyedråper, oppløsning (hypromellose 3,2 mg/ml). Indikasjoner: Hyprosan er en erstatning for naturlige tårer, som fukter og smører øynene. Hyprosan øyedråper brukes til å behandle symptomer på tørre øyne. Du må kontakte lege dersom du ikke føler deg bedre eller hvis du føler deg verre. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Forsiktighetsregler/advarsler: Øyedråpene kan medføre forbigående tåkesyn. Hvis dette skjer med deg, må du ikke kjøre bil eller bruke maskiner før synet er normalt igjen. Bivirkninger: Mindre vanlige; Lokal svie, smerter i øynene og tåkesyn. Pakningsstørrelse: Dryppeflaske, 1x10 ml og 3x10 ml. Hyprosan skal ikke brukes til barn og ungdom under 18 år. Vennligst les pakningsvedlegget. Innehaver av markedsføringstillatelse og kontakt: Santen OY, tel: 33 32 98 02, e-post: info.no@santen.com. Ref. Hyprosan SmPC 24.02.2021.

Santen

Hyprosan
Eyerkrankheiten

HYPROS-NO-240001 / JAN 2024



ute etter
fagutvikling?

kom til oss.

Vi i Randstad Care er opptatt av at du som er vikar hos oss skal få fagutvikling. En ting er at du lærer mye ved å se hvordan jobben din gjøres på ulike steder. Hos oss kan du i tillegg benytte deg av mentorordninger på ulike fagfelt.

Du kan få omfattende tilgang på prosedyreverktøy og digitale kurs som du kan ta når du har tid. Og rosinen i pølsa: som erfaren vikar hos oss kan du få støtte til å bli spesialsykepleier.

Ta kontakt med oss: care@randstad.no

randstad.no/helse | care@randstad.no | +47 400 21 400

