

Blodig alvor

Transfusjon. Uten helt vanlige mennesker som gir av seg selv, ville deler av moderne medisin ramlet sammen. **18**



● **Hva skjer**
Anmeldte pasient til politiet. **32**

● **Sykepleie**
Møter døende med modig nærvær. **48**

● **Påfyll**
En hjelp til å hjelpe de minste. **68**

● **Meninger**
Flere søkere er en lønnsfelle. **80**

NOVARTIS HJERTESVIKTS- AKADEMI *for sykepleiere*



"Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon."

TID: TIRSDAG 13. SEPTEMBER 2016 - Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, store auditorium

For femte gang ønsker vi å invitere til Novartis hjertesviktsakademi for sykepleiere. Denne gangen går vi tilbake til modul 1 med fokus på grunnleggende patofysiologi, behandling og oppfølging av kronisk og akutt hjertesvikt. Kurset passer for sykepleiere som jobber på sengepost eller poliklinikk hvor de i sitt daglige arbeid møter hjertesviktpasienter. **Kurset har ingen deltageravgift.**

Program:

09.30 – 10.00: Registrering og frokostservering

10.00 – 11.30: Hjertets anatomi og fysiologi

v/Andreas Auensen, klinisk stipendiat ved kardiologisk avdeling, Rikshospitalet OUS

11.30 – 12.30: Lunsj

12.30 – 14.15: Kronisk hjertesvikt

Patofysiologi, etiologi og diagnostikk

v/Erik Øie, seksjonsoverlege, Diakonhjemmet sykehus

Behandling av kronisk hjertesvikt

v/Gudrun Høie, overlege, Sykehuset Østfold Kalnes

14.15 – 14.30: Kaffepause

14.30 – 15.30: Akutt hjertesvikt

Patofysiologi, etiologi og akuttbehandling

v/Geir Øystein Andersen, overlege, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

15.30 – 16.00: Oppfølging av hjertesviktpasienten i hjertesviktpoliklinikken

v/Hilde Kristin Korbøl, kardiologisk sykepleier på hjertesviktpoliklinikken, Sykehuset Innlandet HF Kongsvinger

16.00: Pizza

For informasjon om program og påmelding, send en e-post til vigdis.jorgensen@novartis.com.



Takk for alt du gjør
for andre!

*Det inspirerer oss
til å ta vare på deg.*

Som sykepleier er du selv godt ivaretatt fordi du har pensjonen din hos oss. Velger du våre bank- fond- og forsikringsprodukter får du ekstra gunstige vilkår. **Sjekk klp.no/medlem.**

Håper vi ses på **Sykepleierkongressen 27.-28. september**.
Der gleder vi oss til å ta litt ekstra godt vare på deg.

klp

RISSKOV **BIL** FERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Populære
Skinnarbu

Halvpensjon
inkludert



Østnorge | Rjukan

Opplev Høyfjellet

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ligger vakker til på en høyde med utsikt over Møsvatn.

- 2 x overnatting m. frokostbuffé
- 2 x 2-retters middag
- Gratis kaffe
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ank. 11/08 - 30/10-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



SPAR ^{OPP}_{TIL} 1.151,-

Fra bare

999,-



Fantastiske
Nordjylland

Nordjylland | Dronninglund

Tilbud til Nordjylland

Dronninglund Hotel ★★★

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

Ank. 11/08 - 21/12-16 | Sesongtillegg fra 90 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Bestselger
til minipris!

SPAR ^{OPP}_{TIL} 590,-

Fra kun

499,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



Inkl.
2 middager

Midt og Østjylland | Brabrand

Krotilbud ved Århus

Hotel Årlev Kro ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny / buffé
- Gratis parkering
- Nært Århus

Ank. 11/08 - 19/12-16 | Sesongtillegg 120 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 357,-

Fra kun

749,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



Panoramautsikt over Oslofjorden

★★★★★
opphold



Ank. 14/08 - 29/09-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Østlandet med Oslo | Åsgårdstrand

Ved Oslofjorden

Thon Hotel Åsgårdstrand ★★★★★

Ligger idyllisk til ved småbåthavnen

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Gratis Internett
- Gratis parkering
- Ved vannet

SPAR ^{OPP}_{TIL} 306,-

Fra bare

999,-

RISSKOV
BILFERIE



Code **rabatter for barn** i foreldrenes rom - for eksempel 0-5 år gratis - 6-14 år halv pris

➔ **Rimelig pris i hele Europa** ➔

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Code barnrabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

EUROPA TIL LAV PRIS

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme



Halvpensjon & SPA

 Hallingdal | Noresund

Special offer

Norefjell Ski & Spa ★★★★★
Kåret til Norges beste SPA hotell 2 år i rad!
Kun 1,5 timer fra Oslo.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3- retters middag
- Inngang til Bøeseter Bad & Trening
- Gratis internett

Ank. 11/08 - 29/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



15 time fra Oslo og Gardermoen

SPAR OPP TIL 850,-
Fra bare **1.449,-**



Inngang til Spa

Opplev Sveriges vestkyst

 København | København

Sentralt i København

Grand Hotel ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Cava og snack på rom ved ank.
- 15% rabatt, Friscati Restaurant
- Gratis internett

Ank. 21/08 - 15/04-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Supertilbud!

SPAR OPP TIL 463,-
Fra kun **929,-**



Nyt vestkysten

Sommer på Vestkysten

Bohusgården ★★★★★
Opplev vestkysten av Sverige, skalldyrsmat, skjærgård, natur og rolige utfluktsmål.

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

Ank. 13/08 - 15/12-16 | Sesongtillegg 100 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



BESTSELGER!! i Sverige

SPAR OPP TIL 359,-
Fra bare **659,-**

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no ➔ **32 82 90 00** ➔

Spar iff. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

RISSKOV
BILFERIE



**Nyhet!
Med
hjel্পensjon
ombord**

**Avreise Oslo 10/4 2017
8 dager fra KUN 13 998 kr**



Vårcruise i Nederland og Belgia

Opplev Nederland og Belgia når våren står i fullt flor

Reis med båt gjennom våren og opplev noen av Nederlendes mest kjente kulturbyer. Vi begynner i vakre Amsterdam og anløper hver dag en ny spennende by i Nederland og Belgia.

Gå en tur gjennom det billedskjønne gamle Gent i Belgia, besøk den nederlandske fiskerbyen Hoorn, og ta båt gjennom kanalene i hyggelige Amsterdam. Hør også historien om Nederlands skjebne under andre verdenskrig og opplev de fantastiske Deltaprojekt-demningene som holder landet over havet. Vi skal også innom den berømte blomsterparken Keukenhof og se med egne øyne hvorfor nederlenderne har så stor kjærlighet til nettopp tulipanen.

Kanskje har du lyst til å smake nederlandske delikatesser og belgiske godbiter underveis på turen med det 3 1/2-stjerners skipet "Sound of Music" på hundreårige kanaler langs Europas gamle vannveier. Kjøp utfluktspakken og opplev de to fantastiske landene på nært hold.



**Avreise Oslo 8/11 2016 og 4/3 2017
22 dager KUN 10 998 kr**

Langtidsferie på Mallorca

Inklusive 3-stjerners hotell, halvpensjon og utflukter

Sol, opplevelser og hyggelig samvær på den flotte øya. Med utgangspunkt i den herlige byen Paguera tilbringer vi tre uker på den flotte øya. Vi bor rett ved vannet på et trestjerners hotell. Det er også satt av tid til å nyte livet. Og hvilket sted kan man gjøre det bedre på enn i Palma?



**Avreise Oslo 24/10 2016
8 dager KUN 11 998 kr**

The Sound of Music

Flott natur i Salzkammergut, Mozarts Salzburg og keiserbyen Bad Ischl

Vi besøker Mozarts hjemby Salzburg, ser keiser Franz Josefs sommerresidens Bad Ischl, drar på båtutflukt på vakre Wolfgangsee og går i fotsporene til The Sound of Music i Salzkammergut. Vi bor på et trivelig 3-stjerners hotell ved innsjøen Attersee.

albatros.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros

Reis med hjerte, hjerne & holdning

Innhold



07 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 11. august

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



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 14** NSF Students nye styre
- 17** I nyhetene: Cathrine Gjeitsund
- 18** Dråper av liv
- 30** Øyeblikket
- 32** Anmeldte pasient til politiet
- 36** Dukker kan ikke dø



Kan simulering erstatte praksis? **36**



Sykepleie

- 42** Får til mer effektiv kommunehelsetjeneste
- 46** Forsker: Kristin Jordal
- 48** Møter døende
- 51** Min jobb: Knut Magne Kolstadbråten
- 52** Forskningssammendrag
- 54** Student vil ikke servere svinekjøtt
- 56** Anestesivedlikehold til barn
- 60** Simulering gir økt læringsgevinst



Vil ikke servere svinekjøtt. **54**



Påfyll

- 66** Forsker på henvisninger
- 67** Liv laga om empati
- 68** Forfatterintervju: Ole Greger Lillevik
- 70** Bokanmeldelser
- 71** Bokstafetten
- 72** Fakta: Palliasjonens mor
- 74** Quiz og kryssord



Omsorg for døende. **72**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By om arbeidstid
- 77** Innspill: Til min ukjente helt
- 78** Lesermeninger
- 80** Anders Folkestad om lønn
- 81** Ny fast spaltist: Marit Leegaard om Open Access
- 82** Vigids Hølen om døde
- 84** Tett på Lillian Elise Esborg Bergane
- 89** Stillingsannonser og kunngjøringer



Vil ha flere jenter med i kommunestyret. **84**

Forsidefoto: Science Photo Library

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

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Helseråd. Staten vil at folk skal spise mer frukt, men bygger ut taxfreebutikkene og tillater salg av varer som er merket med «dreper».

Farlige fristelser



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

I sommer var jeg på en liten øy i Hellas. Ikke langt fra hotellet lå et lite supermarked. Det var åpent fra morgen til kveld og solgte det meste. Billig vin sto henslenget i en kasse i et hjørne, og ved utgangen lå alle kjente, og noen ukjente, sigarettmerker stablet på hyllene i sirlige hauger. Pakkene var riktignok utstyrt med de sedvanlige advarslene. Men om de greske myndighetene i det hele tatt har kommet med spesifikke helseråd, er det lite som tyder på at de har stor effekt. Grekerne damper i vei.

SKJØRBUK. Hos oss er vi blitt vant til at myndighetene – staten – bruker store ressurser på å få folk til å holde seg unna bestemte fy-varer. De vil få oss til å putte i oss de riktige og sunne tingene. Slik har det ikke alltid vært. Da poteten ble importert til Europa fra Amerika i det 16. århundret, tenkte styresmaktene at den kanskje kunne være med på å stille sulen i en fattig befolkning. Men snart viste det seg, litt overraskende, at den også fremmet folkehelsen. Da poteten omsider kom til Norge, forsvant plutselig skjørbuk, som mange tidligere hadde dødd av. Grønnsaken, med sine gode vitaminer, ble en viktig faktor i den sterke befolkningsveksten på 1700-tallet.

Parolen «An apple a day keeps the doctor away» ble registrert så tidlig som i 1860 i Wales. Og med fremveksten av velferdsstaten begynte myndighetene å fatte økende interesse for folks matinntak. Dårlige vaner gikk ikke bare ut over folkehelsen, men økte også statens kostnader som en direkte konsekvens. Staten måtte «rydde opp» i form av et utvidet behandlingstilbud. Det lønnet seg derfor å få folk til å endre sine vaner.

MINDRE FETT. Den norske forebyggingspolitikken har beveget seg fra å sikre bedre hygiene (vask hendene!) og iver sette andre strukturelle tiltak (bedre vannkvalitet) til å rette seg mer og mer mot individet. Fra å fokusere på at befolkningen skulle få nok mat (ost, egg og helmelk), ble innsatsen etter 1930-tallet rettet mot å lære befolkningen å spise vitaminrik, riktig og passe mye mat. Fra midten av sekstitallet kom de første statlige advarslene mot «sikringskost». De neste førti årene rettet staten skytset mot et kosthold som ble ansett å være for fettrikt. Mindre fett i kostholdet skulle få ned forekomsten av hjerte- og

karsykdommer, med alle de statlige utgiftene dét innebar. Dagens fokusering på at folk skal få i seg nok frukt og grønnsaker – og i tillegg mosjonere – skal både ha en helsefremmende og forebyggende effekt. I 2016 er vi med andre ord blitt vant med at Helsedirektoratet aktivt ønsker å påvirke våre liv. Dette skjer fra amming etter fødsel (minst seks måneder!) til kaloririke småmåltider (minst seks!) til de eldste og dem med dårligst helse.

GODTERI. Staten opplyser, men det er (heldigvis) ikke helse- og omsorgsministeren som skal stå for omsetningen av den maten vi ønsker. I Norge er det de fire store matvarekjedene som står for omsetningen, siden vi mangler gode omsetningsledd for økologisk og kortreist mat. Vi må derfor sette vår lit til Meny, Kiwi, Coop og de andre kjedebutikkene for at vi skal få dekket våre behov. Selv om staten gjennom sine kampanjer forsøker å trene opp befolkningen til å velge «riktig» i hyllene, har butikkene på sin side lenge visst at kundene gjerne røsker med seg produkter som overhodet ikke står på myndighetenes ja-liste. Folk har fått tutet ørene fulle av rapporter om at forekomsten av diabetes har eksplodert, og at overvekt er et stort samfunnsproblem. Likevel handler vi godteri over en lav sko. Butikkeiere vet dette og plasserer snopet i nærheten av kassen – dit kundene kommer når de mer fornuftige kjøpene er unnagjort. Også potetgullet og brusen befinner seg nær utgangen, et stykke unna frukten og grønnsakene. Likeens bugner det av blodig biff i kjøtt-disken, enda det foreligger overbevisende forskning om kreftfaren ved inntak av for mye rødt kjøtt.

En tur til den lokale Meny-butikken kan således oppleves som en reise gjennom et landskap fullt av farlige fristelser. Men her har myndighetene utviklet nye strategier. Gjennom lovverket har de pålagt kjøpmannen å gjemme fy-varene, som sigarett-pakker, snus og Paracet. Og statsråd Bent Høie har vært i dialog med matprodusentene for å få dem til å redusere saltinnholdet i en rekke matvarer. En dialog om sukkerinnholdet er også tiltenkt, mens kjøtt og fisk foreløpig får ligge i fred i butikkhyllene sammen med fettholdige produkter som helmelk, ost og pålegg. Staten har heller ikke klart å få matvarekjedene til å satse



Illustrasjon: Marie Rundereim

mer på økologisk produsert mat, selv om fraværet av sprøytemidler åpenbart må komme helsen til gode.

LÅSTE SKAP. Matvarehandelen, som selger til folk det som folk vil ha, og staten kan derfor være på kollisjonskurs av og til. I et land som Norge er det ikke gitt hva utfallet kommer til å bli. Myndighetene vil gjøre det vanskeligere for folk å «velge feil», og man kan se for seg at stadig flere fy-varer havner i de låste skapene bak kassen.

Men statens innblanding i hva folk får i seg, er full av paradokser. Mens helse- og omsorgsministeren forsøker å få kjøpmennene til å stue bort det som ikke er sunt, har statens egen butikk for omsetting av vin og brennevin utviklet seg til å bli rene forbrukerparadis. Utvalget på Vinmonopolet er blitt bedre, servicen og kunnskapen blant de ansatte er på topp og prisene til å leve med. 50 år etter at folk sluttet å røyke på NRK, har helse- og omsorgsministeren heller ikke klart å forby salg

av produkter som er merket med «dreper» og «dødelig» ved inntak. Og mens Helsedirektoratet vil at folk skal spise mer fisk fordi det er sunt, toer de sine hender når villaksen for lengst har måttet vike for oppdrettslaks i hyllene. Sistnevnte er opplagt en mindre frisk fisk.

«Butikken skal gjemme det som er usunt, mens Vinmonopolet blomstrer som aldri før.»

Staten vet kanskje hva som er til det beste for folket. Men når det kommer til stykket, kan den ikke nekte sine borgere å velge det de liker best. Kanskje vi skal være glade for det. Om folks levealder fortsetter å øke, får finansministeren en ny utfordring. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Sykepleien Forskning er nå heldigital!

For ti år siden lanserte vi Sykepleien Forskning med formål om å gjøre forskningsstoff tilgjengelig for alle medlemmer i NSF. Siden har Sykepleien Forskning spilt en viktig rolle for utviklingen av både faget og politikken. Vi har publisert Sykepleien Forskning på papir og digitalt, men nå vil det kun være å finne i digitale kanaler.

Du vil oppleve raskere publisering, økt tilgjengelighet og flere artikler i året. Vi styrker oss dessuten redaksjonelt og faglig med en ny forskningsjournalist. I bladet Sykepleien vil det være egne sammendrag av artiklene.

Lik Sykepleien Forskning på Facebook!

Lik oss på Facebook og meld deg på vårt nyhetsbrev. Da kan du enkelt holde deg oppdatert og se hva andre mener. Vær med å gjøre en forskjell!



facebook.com/Sykepleien

sykepleien.no/forskning





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 07 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema

Dukkefødsel: Kari kan føde på mange måter.
Foto: Marit Fonn



Praksisdukker

Utdanning. Simulering kan være en god erstatning for praksis når sjeldne hendelser skal læres. **36**



Tema. Hva skjer med en blodpose? **18**



«Jeg opplever ofte at tilregnelige pasienter forteller rett ut at nå er de på 'gærnehus' og kan gjøre som de vil.» Britt Brox. **32**



I nyhetene. Skrev om morens dødsleie. **17**



DYKTIGE: Norske sykehuspasienter er godt fornøyde med pleiepersonellens faglige dyktighet.

Populære pleiere

HØY SCORE: Pleiepersonellet ved norske sykehus er jevnt over godt likt av pasientene, men det er ikke alt brukerne er like fornøyde med. For eksempel oppgir mange at de i liten grad blir tatt med på råd i spørsmål som omhandler deres egen pleie.

Dette går frem av en brukererfæringsundersøkelse fra Folkehelseinstituttet.

På en skala fra 1 til 100, der 100 er

best, scorer pleiepersonellet totalt sett 77 poeng, mens legene følger hakk i hæl med 76 poeng.

Mens 91 prosent av de spurte pasientene oppgir at pleiepersonell i stor eller svært stor grad snakket til dem slik at de forstod, er det derimot kun 53 prosent som sier at de ble tatt med på råd. Når det gjelder tilliten til pleiepersonellens faglige dyktighet, er det tilsvarende tallet 89 prosent, mens 78 prosent oppgir at pleierne i

stor eller svært stor grad hadde tid til dem da de trengte det.

Totalt har nærmere 13 000 voksne døgnpasienter ved landets 61 somatiske sykehus svart i undersøkelsen, som har målt brukertilfredsheten for ni ulike indikatorer. Disse er – foruten pleiepersonell og leger – informasjon, organisering, (ivaretagelse av) pårørende, standard, utskriving, samhandling og ventetid.

kunnskapssenteret.no

Reisestipend for jordmødre

Egmont-magasinet BAM deler årlig ut reisestipender på til sammen 50 000 kroner til jordmødre, og neste søknadsfrist er 1. november. Formålet med reisen skal være faglig utvikling, og stipendkomiteen vektlegger originalitet og nytte i utøvelsen av jordmoryrket. klikk.no/bam



Støtter utendørs røykeforbud

I Sverige støtter flertallet et utvidet røykeforbud, ifølge en undersøkelse SOM-instituttet har gjennomført i samarbeid med Tobaksfakta – en tankesmie som kjemper for et tobakksfritt samfunn.

Røykeforbud på utendørs lekeplasser har 92 prosent oppslutning, mens tilsvarende tall for kollektivholdeplasser og uteserveringer er henholdsvis 79 og 74 prosent.

tobaksfakta.se



Digitalt løft i sør

Sørlandet sykehus har tatt noen digitale sjumilssteg denne våren.

Gjennom et større prosjekt har de integrert kjernejournal, e-resept og timehåndtering på nett i sin virksomhet, og i overkant av 700 ansatte er kurset for å få på plass nødvendig kompetanse.

sshf.no



Trim for gravide

Babygym. Trening kan forebygge svangerskapsdiabetes for gravide med fedme, og det er ikke mye som skal til før den har en effekt, ifølge en undersøkelse ved NTNU og St. Olavs Hospital. gemini.no

Fakta og tall. Nordmenns helse

79 %

Nordmenns levevaner blir ifølge SSB stadig bedre, og i 2015 oppga 79 prosent å ha god eller svært god helse.

13 %

Kun 13 prosent av alle nordmenn røyker daglig, en nedgang på hele 11 prosentpoeng fra 2005.

16 %

Andelen som sier at de aldri mosjonerer, er 16 prosent.

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2015, SSB

Krever arbeidstidsrapport skrinlagt

BEKYMRET: NSF Student er svært kritiske til forslagene som er blitt fremlagt av det såkalte Arbeidstidsutvalget tidligere i år. I en resolusjon vedtatt på årsmøtet, kreves det nå at utvalgets rapport skrinlegges.

I resolusjonen hevdes det at særreglene for skift og turnusordninger som nevnte utvalg vil endre, i realiteten betyr at de ønsker å overføre all makt til arbeidsgiver, og at tillitsvalgte ikke skal kunne nekte turnuser som er belastende for arbeidstaker.

Videre heter det at «NSF Student mener at hvis samfunnet skal kunne rekruttere og beholde de sykepleierne Norge har behov for, må vi legge til rette for at vi kan stå i arbeid lenge. Det legger ikke arbeidstidsutvalgets rapport opp til.»



Tidspress: NSF Student tror endringene foreslått av Arbeidstidsutvalget vil kunne svekke sykepleierrekrutteringen.

Organisasjonen hevder forslagene vil kunne svekke rekrutteringen til utdanningen og bidra til at de som allerede er utdannet, forlater yrket.

Arbeidstidsutvalget ble oppnevnt av Solberg-regjeringen i august 2014 og leverte sin utredning 6. januar i år med høringsfrist 1. juli.

Science makes dreams come true.



This year Barncancerfonden allocates 178,7 Mkr for research positions and projects – money given to us by generous people and companies who share our vision; a world without childhood cancer. Scientists within this field are welcome to apply by 9th Sept. Read more at www.barncancerfonden.se/forskning





NSF Students nye styre

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

NYVALGT: Cathrine Villemo Tallaksen Svendsen og Thea Martine Olsen skal lede NSF Student det neste året. De to overtar etter Mia Andresen og Stephanie Bahl, som ledet studentene i forrige periode. Den nye ledelsen ble valgt på studentenes årsmøte i sommer.

– Jeg har så vidt begynt å få nerve under kontroll, sier nyvalgt studentleder Cathrine Villemo Tallaksen Svendsen.

THRILLER. Hun er 35 år og mor til en 14-åring. Hun er ferdig utdannet sykepleier ved HSN (tidligere Høgskolen i Telemark).

Det var nemlig fire kandidater til ledervervet, og to til nestledervervet.

– Det var en skikkelig valgthriller, sier ny nestleder Thea Martine Olsen. Hun er 23 år, mor til en tre-åring og ferdig utdannet sykepleier ved Universitetet i Tromsø.

– Det ble tre valgrunder på ledervervet. Det sier noe om den flotte jobben Mia og Stephanie har gjort. Det er kamp om vervene i NSF Student og mange engasjerte studenter, sier Svendsen.

LOKALT ENGASJEMENT. De kommer til å jobbe videre med mange av sakene som forgjengerne jobbet med.

– Lokalt engasjement er kanskje det aller viktigste. Medlemmene må føle seg nær organisasjonen, sier hun.

Ellers står kvalitet i praksis på agendaen.

– Vi skal prøve å finne noen gode løsninger på hvordan vi sikrer gode praksisplasser, uttaler Svendsen.

OGSÅ MENN. Det neste året er det Svendsen og Olsen som skal fronte NSF Student. Men de skal ikke styre helt alene. Et nyvalgt studentstyre er klart til å gjøre sin del av jobben.

– Det som er litt morsomt, er at vi to damene skal styre sammen med fem menn som er valgt inn i styret, forteller Olsen.

– Spesielt etter kampanjen «Mann kan bli sykepleier», sier Svendsen.

– De er flinke og engasjerte mennfolk som sikkert blir gode å støtte seg på, sier Olsen. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Valgthriller: Thea Martine Olsen (t.v.) og Cathrine Villemo Tallaksen Svendsen er valgt til henholdsvis nestleder og leder i NSF Student. Foto: Kari Anne Dolonen.

15 000 med sykepleie som førsteønske

• Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Sykepleieryrket er attraktivt, viser de ferske tallene fra Samordna opptak. I juli ble studietilbudene sendt ut til vordende studenter.

26 797 søkte seg til sykepleiestudiet i år, mot 22 975 i fjor. Det er en økning på 20 prosent sammenliknet med i fjor og viser at rekordmange ønsker å bli sykepleiere, skriver Kunnskapsdepartementet i en pressemelding.

Vel 15 000 søkere hadde sykepleierutdanningen som sitt førsteønske, en økning på rundt 2500 fra året før.

4393 søkere har fått meldingen de har ønsket seg: et tilbud om studieplass ved en av landets sykepleierutdanninger.

Det er sendt ut om lag 16 500 tilbud i helse- og sosialfag, det vil si 4 prosent flere enn i fjor. Til sammen er det sendt ut 91 173 tilbud om studieplass ved universiteter og høyskoler. I fjor var tallet rundt 88 000.

– Jeg er fornøyd med at så mange ønsker å utdanne seg til yrker innen helse- og sosialfag. Dette er en sektor hvor det vil være stor etterspørsel etter kvalifisert arbeidskraft i årene framover, sier kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen.

11. nasjonale LAR-konferanse



Fagkonferanse for rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten og kommunen

20. og 21. oktober 2016

Oslo Kongressenter, Folkets Hus

PÅMELDING

Påmelding innen 15. september 2016

www.larkonferanse.no

VELKOMMEN TIL

LANDETS STØRSTE HELSEKONFERANSE

SYKEPLEIER-
KONGRESSEN

27. - 28. SEPTEMBER

2016

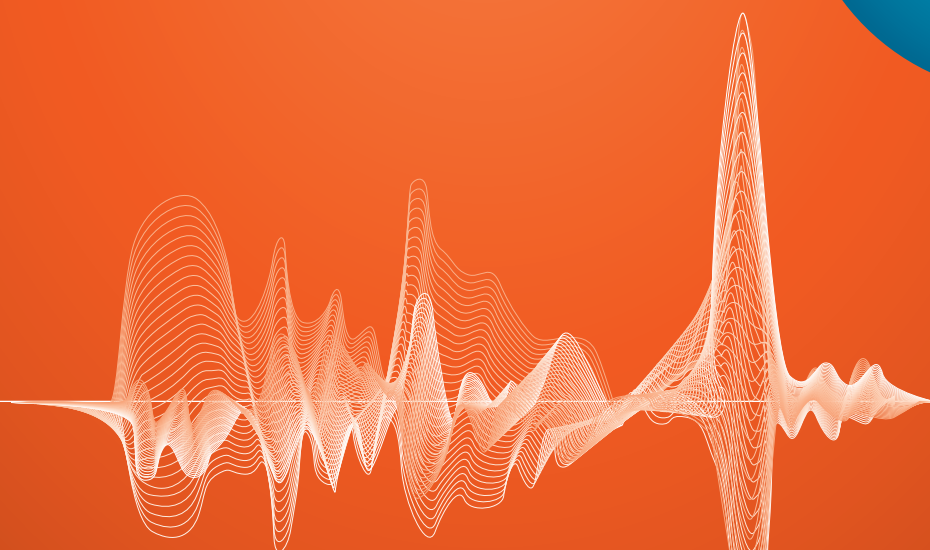
THE QUBE KONGRESSENTER

Vi har satt sammen et program som vil overraske, engasjere og underholde, med fokus på ny tid og nye roller. Kongressen arrangeres kun hvert fjerde år og bidrar til økt kunnskap i form av både faglig tyngde og inspirasjon i tiden fremover. Det blir foredrag, debatter, samtaler og nettverksbygging.

- 110 POSTERPRESENTASJONER
- 50 UTSTILLERE
- 1700 DELTAGERE

Allerede er det over 1400 påmeldte. Vær rask, det er begrenset antall hotellrom. **Siste frist for påmelding er 31. august.** Vi sees på The Qube kongressenter på Gardermoen!

SISTE FRIST
FOR PÅMELDING ER
31. AUGUST



LYDEN AV

{#innovasjonskraft}

SYKEPLEIERKONGRESSEN.NO



NY TID. NYE ROLLER



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@susanne_jsobell

Si hei til den nye typen min den kommende uken, han heter Tom. (Han har fått ny og fin pvk i dag.)



@lisunn

Brannøvelse med et knippe av mine flotte kollegaer før seinvakt :)



@mgautland

Koselig på jobb.



@susanne_jsobell

Skal man stikke, må man også bli stukket på. Super kjekk dag som sykepleierstudent.



@marlenecf

Savner uniformen allerede, og ikke minst å få se han her karen litt mer!



@veteletland

Itte å ha sett to keisersnitt idag føle eg meg klar for å bli pappa. Nogen frivillige?



@helleasatun

Just another day at the office.



@hedda26

Når man får leke Minions på jobb!



@idabklopstad

Nattevakt-selfie.



Cathrine Gjeitsund

Vant med historien om mors dødsleie

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Eirik Brekke, Bergens Tidende**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier og vinner av Bergens Tidendes skrivekonkurranse

Alder: 48 år

Bakgrunn: Med historien *Nattevakt* vant Cathrine Gjeitsund skrivekonkurransen i Bergens Tidende (BT) for pasienter, pårørende og ansatte på Haukeland sykehus. «Jeg er sykepleieren, du er pasienten. Men ikke i natt. Du er Mamma. Jeg er datteren din», skriver Gjeitsund. Hun satt hos sin mor den siste natten hun levde høsten 2014. Mor ble 85 år. En enstemmig jury mener at historien berører sterkt og sier noe utover den enkelte opplevelsen. «Et tungt tema, men ikke uten et lys», skriver juryen.

Hva ville du med teksten?

– Lage et bilde av hvordan det er å sitte på dødsleiet. Mange synes det er skremmende. Men det kan være fint, intimt og nært. Jeg vet også at det kan være vanskelig for helsepersonell å være pårørende.

Hvordan vanskelig?

– Selv om det er privat, så føler du som sykepleier at du er litt på jobb. På vaktrommet pleier vi å spøke om at leger og sykepleiere er de verste pasientene og pårørende.

Klarte du å legge sykepleieren i deg vekk?

– Nei. Profesjonen er jo en del av deg. Og fordi vi bruker spesielle ord, er det umulig ikke å røpe seg.

Hvordan var det å vinne?

– Uventet og overveldende. Responsen ble mer omfattende enn jeg hadde tenkt. En venninne ringte da det ble lagt ut på nett. Hun sa det var den mest delte saken i Norge den dagen.

Oj, hva syns du?

– Jeg hadde jo en agenda med saken, men det var også min private historie om min mor. Det var så mange som kjente seg igjen. Jeg fikk høre at «det var sånn det var».

Du er palliasjonsutdannet. Hjalp det da du ble pårørende?

– Det var fint å ha mer kunnskap om de siste dagene; hva skjer, hva kan jeg gjøre, hvordan håndtere det praktiske. Men kunnskap kan også være en belastning, det er ikke alt du vil vite.

Ble avskjeden med mor annerledes enn du hadde tenkt?

– Den ble mindre dystre, tragisk og sørgelig. Man vet jo aldri hvordan døden blir. Men dette var en gammel dame, ferdig med livet. Jeg var overrasket over at det ble så fint. Hun visste jeg var der, og roet seg. Mange synes det er kjempeskummelt å sitte der siste timen, de vil ikke være alene.

Hvorfor er de redde?

– Døden er så fjern for oss. Selv om det er et menneske de har kjent hele livet, blir

situasjonen så fremmed der på sykehuset.

Hva lærte du som pårørende?

– Jeg fikk bekreftet at helsepersonell har godt av å se ting fra en ny vinkel. God og ærlig kommunikasjon med pårørende kan ikke undervurderes.

Hvor jobber du nå?

– På hjerteavdelingen. Har jobbet der i 20 år. Jeg er på den største medisinske hjerteposten på Haukeland. Fag og forskning er godt forankret. Det liker jeg.

Ellers noe?

– Jeg jobber mye med palliasjon til hjertesvikt-pasienter. Vi er reddest for å dø av kreft, men de fleste dør av hjerte-kar-sykdommer. Hjertesvikt-pasienter har lavere overlevelse, plagsomme symptomer og uforutsigbar framtid. Da jeg tok utdanningen i palliasjon, spurte alle om jeg skulle slutte.

Fordi de assosierer palliasjon med kreft?

– Ja, men det som drev meg var at jeg ville ha kompetanseheving på hjerteposten. Nå har vi hatt palliasjon som tema og e-læring.

Døde mor den natten?

– Dagen etter. Da var hele familien til stede. Det var tilfeldig at det var jeg som var der den natten, vi satt på skift. Jeg er sikker på at hun merket at jeg var der. Hun ble kaldere og kaldere oppover kroppen. Det ble veldig naturlig. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Tema. Transfusjon

– Feil kan være
fatale. **26**

4 i blodet. **27**

Vil ha flere som
Christian. **28**

Hadde ikke over-
levd uten blod. **29**

Stikker for å hente blod:
Bioingeniør Messeret
Abeje Worku tapper
Christian Clemm. Det
er viktig å passe på at
nålen ligger i rett vinkel.



Dråper av liv

Blod. Tunge dråper drypper fra ett menneske til et annet. På veien skal det deles opp, testes og types. Hvis ikke kan transfusjon være livsfarlig.

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





Fremstiller komponenter

«De er som små barn.»

Tone Rose Birkeland

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



Nyttappet blod



Fra giver: En pose blod.

Bioingeniør Heidi Skranefjell Syvertsen stryker varsomt over en pose med gult innhold. Ved siden av står Tone Rose Birkeland, som er på opplæring.

– Det er levende liv, som det er veldig viktig at vi behandler på en god måte.

IKKE ALENE. I posen ligger blodplater, eller trombocytter, tett i tett. De utgjør den delen av blodet som er spesialisert til å stoppe blødninger.

For kort tid siden ble de tappet i etasjen over, i blodbanken på Ullevål sykehus i Oslo. Da rant de fra en frivillig givers årer og ned i en lukket pose sammen med resten av blodets bestanddeler: Erytrocytter, leukocytter og plasma. Der oppe ble posen forseglet og sendt i heisen ned hit, til seksjon for komponentfremstilling.

MÅ VÆRE EKTE VARE. Uten blod kan man sette strek over en rekke nyvinninger i moderne medisin. Alvorlige brannskader, traumer med store blodtap, ukontrollerte blødninger etter fødsel, transplantasjoner og kreftbehandling er alle avhengige av at nytt blod kan erstatte det tapte. Og blod kan ikke, med unntak av faktor VIII, en koagulasjonsfaktor som nå fremstilles syntetisk, lages i laboratorium. Det må komme fra levende mennesker.

Skjønt, man forsøkte først med dyr.

FRA SAU TIL MENNESKE. I 1628 oppdaget William Harvey sirkulasjonssystemet. Og i 1665 lyktes det legen Richard Lower å holde en hund i live ved å gi den blod fra en annen hund. Fra 1667 ble det forsøkt å overføre blod fra sau til menneske, ofte med fatalt resultat. Transfusjon ble derfor bannlyst av paven.

Men på 1800-tallet kom en erkjennelse av

Fakta

Ordliste

Erytrocytter – røde blodlegemer
Leukocytter – hvite blodlegemer
Trombocytter – blodplater
Plasma – væsken blodcellene flyter rundt i

at blod bør overføres mellom vesener av samme art, og James Blundell, som var engelsk og dermed ikke underlagt pavens bestemmelser, utførte i 1818 en vellykket transfusjon: En kvinne som blødde etter fødsel fikk blod fra et annet menneske. I årene etterpå ble det utført flere transfusjoner. Noen vellykkede, andre ikke.



Sentrifugering

På vei ut av sentrifugen: Blodet er separert og ikke lenger bare rødt.



Klart for separering

I hvert sitt lag: Erytrocyttene er tyngst, og har lagt seg nederst. Over et tynt lag med trombocytter og leukocytter, kalt buffy coat. Plasma på toppen.

SKILLES FRA HVERANDRE. – Da er det klart for sentrifugering.

Bioingeniør Maria Johansen henter ferdig-tappet blod som er ankommet med heisen. Med trente fingre setter hun posene ned i en slags plastkopp og starter sentrifugen.

Det er ikke lenger sånn at blod går rett fra ett menneske til et annet. På 1970-tallet utviklet svensken Claes Høgman et system for å oppbevare de ulike komponentene for seg. Da gikk blodbankene over fra å tappe blod på flasker av glass til poser av plast. Slik kunne blodet utnyttes maksimalt og pasientene få akkurat det de trengte.

I sentrifugen deles blodet opp i erytrocytter (røde blodlegemer), trombocytter (blodplater) og plasma.

HJERTE FOR BLOD. – Hver bestanddel krever spesiell behandling, forklarer Farshid Ezligini, som leder seksjon for komponentfremstilling.

Ezligini er sykepleier fra Iran, men fikk ikke

godkjent utdanningen i Norge og utdannet seg i stedet til bioingeniør. I Iran jobbet han som sykepleier under krigen. Han så hvilken viktig rolle blod spilte for å redde liv.

Rundt venstre underarm har han hvit bandasje. Han har selv bidratt til beholdningen i blodbanken.

«Du kan si at blod er nært hjertet mitt.»

Farshid Ezligini

– Du kan si at blod er nært hjertet mitt, sier han og smiler.

– Ved å jobbe med blod, gjør vi en innsats som har betydning for mange mennesker.

RØDT, HVITT OG GULT. 20 minutter tar sentrifugeringen. Bioingeniør Maria Johansen henter

ut en pose. Nå er ikke innholdet bare rødt lenger. Erytrocyttene, som er tyngst, har tatt med seg fargestoffet sitt og lagt seg på bunnen. Så kommer et hvitaktig, tynt lag med trombocytter og leukocytter, kalt buffy coat, så gyllengul plasma på toppen.

Nå handles det raskt. 5–6 bioingeniører står klare. De trer posene inn i separeringsmaskiner, som loser erytrocyttene ned i én pose, plasma i annen, mens trombocytene blir værende i den opprinnelige posen.

Erytrocyttene og trombocytene blir i tillegg filtrert for å fjerne leukocytene.

– De vil ingen ha, sier Maria Johansen.

ULIKE BEHOV. Ved å dele opp blodet, får de ulike delene også best mulig stell. Erytrocyttene, som frakter oksygen rundt til alle kroppens kriker og kroker, må ha det kjølig. Helst 4 grader.

Ferdig filtrert legges de inn i



Separeres



Separeres: Erytrocytter, trombocytter og plasma havner i hver sin pose.

Blodtypes



Finner riktig type: Bioingeniør Emina H. Kalic på blodtypelaboratoriet har til tider et detektivarbeid.



kjøleskap. Mens trombocytene må ha romtemperatur, ideelt sett mellom 22–24 grader, og har egne klimarom. Plasma, derimot, må fryses så raskt som mulig. Hvis ikke, blir det ødelagt.

HVER SIN TYPE. Samtidig er små glass av samme blod til testing på hver sine laboratorier. Blodet blir sjekket for smitte og typebestemmes.

For det er ikke så enkelt at det holder å sikre at blodet overføres mellom to av samme art. De må også ha samme blodtype. Det ble klart da Karl Landsteiner i 1901 sto for det største gjennombruddet i transfusjonens historie. Da oppdaget han at erytrocytter har antigener på overflaten. Og når disse antigenene kommer i kontakt med erytrocytter som har andre antigener, reagerer de med å danne antistoffer og ødelegge hverandre. Denne oppdagelsen fikk han senere

«Ved å gi omsorg til blodet, gir vi også omsorg til pasientene.»

Tone Rose Birkeland

Nobelprisen i medisin for.

Antigenene kalte han A, B og O. A tåler ikke B og omvendt, og O tåler ingen av dem. Mens AB tolerer både A, B og O. Dette forklarte hvorfor noen som hadde fått blod før Landsteiners oppdagelse hadde tålt det helt fint, mens andre hadde dødd. Det hadde vært et rent sjansespill.

BLANDER BLOD. ABO er de desidert viktigste antigenene, men de er ikke alene. Ifølge Unni

Bergerud, sjef for seksjon ved immunhematologi ved blodbanken på Ullevål, er det identifisert 330 ulike systemer som mottakere av blod kan reagere på. RhD er ett, Kell, Lewis, Duffy og Kidd er andre.

Et system, Colton, ble oppdaget på Ullevål på 1960-tallet. Før pasienter får blod, blandes derfor litt blod fra giver og mottaker her på laboratoriet for å sjekke at de ikke reagerer på hverandre. Er det pasienter som har antistoffer mot de mer sjeldne antigenene, kan det være et møysommelig arbeid å finne ut hvilket. Noen ganger kan det ta dager.

PÅ VENT. «Ikke frigitt» står det over skuffene med ferdig filtrerte erytrocyttkonsentrater. De er ikke klare til bruk før de er typebestemt og sjekket for hiv og hepatitt. Det kan ta et par dager. Etter det blir de flyttet over til kjøleskapet merket «frigitt».



Behandles med forsiktighet: Heidi Skranefjell Syvertsen med sårbare trombocyter. Tone Rose Birkeland i bakgrunnen.

Det er stort og likner til forveksling kjøleskapene i en matbutikk. Men i stedet for å velge blant yoghurt og melk, velger man her mellom A, B, AB og O.

Her ligger 1 200 poser klare til bruk.

ET UTTRYKK FOR SOLIDARITET. Selv om Landsteiner med sin oppdagelse ryddet av veien det største hinderet for vellykkede transfusjoner, tok det tid før ABO-systemets betydning ble kjent. Først med andre verdenskrig, og dens enorme lidelser og antall skadde, ble det et skrikende behov for transfusjoner.

Røde Kors initierte store kampanjer for å rekruttere blodgivere, særlig i USA og Storbritannia.

Ifølge Hans Erik Heier, tidligere avdelingsoverlege ved Blodbanken i Oslo og professor emeritus, var det å gi blod først og fremst et uttrykk for solidaritet med de sårede.

– Det var noe man gjorde frivillig og ubetalt. Og

det er et prinsipp som har vært rådende i Norge siden. Å gi blod skal være en altruistisk handling ut fra et ønske om å hjelpe andre.

«Å gi blod skal være en altruistisk handling ut fra et ønske om å hjelpe andre.» Hans Erik Heier

BETALTE BLODGIVERE. Derfor synes han det er ille at Norge ikke lenger er selvforsynt med blodprodukter. Mens vi produserer nok erytrocytter og trombocyter, har forbruket av plasma steget sånn at vi siden 2009 har vært nødt til å handle utenlands.

Plasmaet som blir tappet her på Ullevål, blir fryst og solgt til Østerrike. Blodbanken kjøper tilbake plasmaprodukter. Det skjedde også tidligere, men da kjøpte man tilbake produkter laget av plasmaet til norske givere. Nå er behovet så stort at man kjøper plasmaprodukter fremstilt fra givere fra hele Europa.

– Det innebærer at vi må trekke på betalte blodgivere i Sentral-Europa, påpeker Heier.

– Og med det en viss risiko for at mennesker med lav inntekt blir utnyttet. Jeg mener et rikt land som Norge bør ta seg råd til å være selvforsynt med blod. Men dette er en politisk avgjørelse.

FORELSKET I ERYTROCYTTER. Hvert år tappes det nesten hundre tusen liter blod i norske blodbanker. Bare på Ullevål ble det i 2015 tappet 15 739 liter fullblod.



Filtrering



Klart for filtrering: Erytrocyttkonsentratene renner gjennom et filter for å fjerne leukocytter.



Vipper: Trombocytene må være i konstant bevegelse for ikke å koagulere, viser bioingeniør Farshid Ezligini.



Det tilsvarer rundt 15 tonn.

Det er erytrocytter det går mest av. Det var også de som fanget Heiers interesse da han studerte medisin.

– Jeg ble nesten litt forelsket i sin tid, sier han og ler litt.

– Noen sier det er så kjedelige fordi de ikke har cellekjerne. Men jeg lar meg stadig fascinere av dem; av fargen, formen, funksjonen og bevegeligheten.

Til tross for at moderne medisin krever mye blodprodukter, har forbruket av erytrocytter gått ned med 15 prosent siden 2007. Grunnen er, ifølge Heier, mer fornuftig bruk.

– Det har vært en sterkere erkjennelse av at blod er en knapp ressurs og at pasienter ikke skal utsettes for den risikoen transfusjon, tross alle sikkerhetsforanstaltninger, utgjør. De skal ikke ha noe de ikke trenger.

Den samme tankegangen savner han når det gjelder bruken av plasmaprodukter.

SNART I BRUK. Uavhengig av hva Heier mener; på komponentfremstillingen registreres plasmaet og fryses. En gang i måneden er det sending til Østerrike.

Men erytrocyttene og trombocytene blir brukt så snart de er frigitt. Kanskje allerede i morgen.

På klimarommet ligger trombocyttkonsentratene og vipper. De er veid, telt og undersøkt for bakterievekst. Behandlet forsiktig, så de ikke skal aktiveres. Nå holdes de i konstant, jevn bevegelse for ikke å koagulere. Mens erytrocyttene er holdbare i 35 dager, må trombocytene brukes i løpet av 6 1/2 dag.

– De er ferskvare, konstaterer Heidi Skranefjell Syvertsen.

MERE BLOD. Så skramler det i heisen. Mere blod er tappet og på vei ned. Mere blod skal sentrifugeres, filtreres og undersøkes ved hjelp av moderne teknologi og godt, gammelt håndverk.

Tone Rose Birkeland ser seg rundt. Det er en måned siden hun begynte her. Hun har fremdeles mye å lære. Og det er motiverende å vite at det hun er med på å fremstille, går til noen som virkelig trenger det. Selv om hun aldri får vite hvem de er.

– Ved å gi omsorg til blodet, gir vi også omsorg til pasientene, sier hun. ●

Kilder: Blodbanken i Oslo, Håndbok i transfusjonsmedisin, Blodtransfusjonstjenesten i Norge: Statistikk fra 2014, Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning, Røde Kors, Store Medisinske Leksikon, Hans Erik Heier og hans artikler Transfusjonsmedisin – de lange linjene (Bioingeniøren) og Transfusjonsmedisin ved et hundreårsmerke (Tidsskrift for Den norske legeforening)



Klar til bruk

Blir hentet:
Som i et super-
marked, bare
her er det blod
å velge i.



– Feil kan være fatale

BLODTYPER: Den vanligste transfusjonsfeilen er at det blir gitt feil blod til en pasient. Minst to pasienter har siden 2004 dødd fordi de fikk blod av feil type.

Blod som skal gis til pasienter er typebestemt, kontrollert og testet. Ifølge Tine Torsvik Steinsvåg i Hemovigilans, Helsedirektoratets gruppe som overvåker transfusjoner, er det få fagområder i helsevesenet som er så regelstyrt som transfusjonsmedisin. Men det er sårbare punkter, og det mest sårbare kan sykepleiere gjøre noe med.

SKULLE IKKE SKJEDD. Mellom 2004 og 2013 er det meldt om 213 tilfeller der feil blod er blitt transfundert. I 93 av tilfellene ble blod gitt til en annen pasient enn den det var tiltenkt. Og i nesten alle disse tilfellene, 87, ble ikke rutiner for kontroll og identitetssikring fulgt.

– Dette er altså hendelser som ikke skulle skjedd, sier Steinsvåg.

– En typisk feil er at sykepleier har kontrollert blodet på medisinsrommet, men ikke gjort den siste kontrollen med å sjekke pasientens id-armbånd mot id-opplysningene på blodposen.

MANUELL SVIKT. 20 pasienter fikk ABO hemolytisk transfusjonsreaksjon etter å ha fått feil blod. 10 tilfeller var alvorlige eller livstruende. Én døde. I tillegg opplyser Steinsvåg at det har vært 1–2 slike dødsfall til de to siste årene.

– Det er tankevekkende at det i vår high-tech-verden svikter på enkle, manuelle rutiner, påpeker hun.

GA FEIL BLOD. Et eksempel rapportert til Hemovigilans: En eldre pasient med blodtype O fikk en hel

enhet erytrocyttkonsentrat av type A, som var tiltenkt en annen pasient. Hendelsen skjedde under

en operasjon. Sykepleier hentet blod fra felles blodskap for alle operasjonsstuene. Feil blod ble hentet, og følgeseddel og blodpose ble ikke kontrollert mot pasientens identitet. Personalet oppdaget feilen da plasma av blodtype O ble levert inn på operasjonsstuen. Pasienten fikk akutt hemolytisk transfusjonsreaksjon med blodtrykksfall, akutt nyresvikt og mørk urin (på grunn av fritt hemoglobin i



Type B: Det er livsviktig at blodet blir gitt til riktig pasient.

«Det er tankevekkende at det i vår high-tech-verden svikter på enkle, manuelle rutiner.»

Tine Torsvik Steinsvåg

urinen), samt tegn påvirkning av koagulasjonssystemet og fall i antall blodplater. Pasienten ble behandlet for akutt nyresvikt og blodtrykksfall. Man klarte å snu tilstanden og pasienten ble helt bra.

RUTINER. Ifølge Håndbok for transfusjonsmedisin skal den som gir blod alltid kontrollere at det er riktig pasient som får blodet. Pasienter som kan gjøre rede for seg skal selv oppgi navn og

4 i blodet

Blodet har ulike bestanddeler:

fødselsdato. I tillegg skal navn og fødselsnummer leses av på pasientens id-armbånd. Det skal sjekkes om pasientens navn og fødselsnummer står på posens følgeseddel eller på selve posen, at tappe-nummer stemmer med nummeret på følgeseddel eller pose og at posens ABO- og Rdd-type stemmer med det som er angitt på pasientens transfusjonsskjema eller transfusjonsjournal. I tillegg skal det kontrolleres at posen er uskadet og at innholdet ikke ser påfallende ut.

GÅR IKKE NED. De fleste tilfelleene der pasienter har fått blod tiltenkt en annen pasient, går bra. Men det er ren og skjær flaks. Pasientene har da fått feil blod, men med samme eller en forlikelig type som de ikke reagerer på. For eksempel hvis en med blodtype AB får B-blod. Men skjer det motsatte: At en med blodtype B får AB-blod, er det potensielt dødelig. Og en type feil som ikke skal skje.

Det som bekymrer Tine Torsvik Steinsvåg er at antall tilfeller av feiltransfusjon holder seg stabilt.

– Det synes vi er sørgelig.

Hun har en klar anbefaling til myndighetene og helseforetakene om at det bør innføres elektroniske systemer for identifisering både ved prøvetaking og transfusjon. Men så lenge det ikke er på plass, er den manuelle kontrollen viktig.

– Og der kan sykepleierne gjøre en forskjell. ●

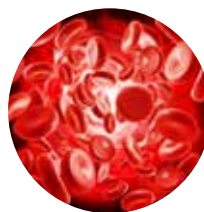
nina.hernes@sykepleien.no



1

De små trombo-cyttene

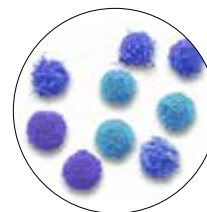
Gjennomsiktige og blodets minste celler. Egentlig ikke fullverdige celler, men fragmenter av megakaryocytt, kjempestore celler som fins i benmargen. Blodplatene er spesialisert til å stoppe blødninger. De aktiveres når de kommer i kontakt med «fremmede overflater», som en skadet årevegg. Da kleber de seg til sårkantene og hverandre og danner en slags plugg. Blodplatene inneholder faktorer som får blodet til å koagulere og blodkarene til å trekke seg sammen. Som transfusjon gis enten trombocytt fraksjonert fra fullblod eller trombocytt gitt ved aferese, der kun trombocytt tappes.



2

De fargesterke erytro-cyttene

Gir blodet dets karakteristiske, røde farge. Inneholder hemoglobin, et jernholdig protein som kan binde til seg oksygen og karbondioksid. De røde blodlegemene frakter oksygen fra lungene ut i kroppen og tar med seg avfallsstoffet karbondioksid tilbake. Erytrocytter er de blodcellene det er flest av. De er runde, flattrykte og likner en smultring uten hull i midten. Har ingen kjerne, men et celleskjelett som gjør at de kan endre form. Som transfusjon gis de som konsentrat fraksjonert fra fullblod.



3

De ubrukelige leuko-cyttene

Leukocyttene, eller de hvite blodlegemene, har ingen farge. De er en del av immunforsvaret og oppholder seg helst i benmargen. De bruker blodet som transportåre til steder med skade eller infeksjon. Leukocyttene er de største blodcellene. De gjør en kjempejobb med å forsvare kroppen mot inntrengere, men er ubrukelige til transfusjon. På overflaten har de antigener, som mottakeren kan lage antistoffer mot. Derfor fjernes leukocytt fra alle blodprodukter.



4

Det celleløse plasmaet

Strågul væske som inneholder 90 prosent vann. I tillegg består den av stoffer som er oppløst, for det meste proteiner, fettstoffer, karbohydrater og ulike salter. Proteinene kan deles i to fraksjoner, albumin, som det er mest av, og globulin. Fra plasma utvikles ulike blodkomponenter som koagulasjonsfaktorer og immunglobulin.





Vil ha flere som Christian

ETTERTRAKTET: I blodbanken ligger det tre menn på rekke og rad. Det er ikke et helt vanlig syn.

67 ganger har Christian Clemm gitt blod. Det betyr at han har donert over 30 liter blod, eller nesten 6 ganger sin egen blodmengde. Det gleder Torill Aae, som er på uavbrutt jakt etter flere som vil gi. Hun er sykepleier på blodbanken i Oslo med et særlig ansvar for rekruttering.

DÅRLIGE TIL Å GI. Antall blodgivere i Norge er stabilt for lavt. I ferier og høytider kan lagrene bli knappe, og det er et spørsmål hva som vil skje dersom store ulykker eller en epidemi skulle slå ut flertallet av blodgivere.

– Vi er faktisk blant de dårligste i Europa til å gi blod, bare Estland er dårligere, sier Torill Aae.

Mens Sverige og Finland har 25 til 30 blodgivere per 1 000 innbygger og Danmark hele 48, har Norge 20. Kun 2 prosent av Norges befolkning gir blod.

EGNER SEG BEDRE. Christian Clemm begynte å gi på slutten av 1970-tallet. Da var han student og jobbet i blodbank. Siden har han vært blodgiver.

Kjønnsmessig er han i mindretall. Ifølge Torill Aae er det flest kvinnelige blodgivere i Oslo, 65 prosent, og mange unge kvinner. Mest av alt ønsker hun seg flere unge menn med en lang karriere som blodgiver foran seg.



Gir en pint: Ikke en halv liter, men 450 milliliter blod tappes fra Christian Clemm. Under andre verdenskrig ga man 1 pint blod i solidaritet med de sårede. Siden har blodpøser rommet 1 pint.

– Vi er selvfølgelig glad for at kvinner vil gi, presiserer hun.

– Men menn er bedre egnet. De har større kropp og dermed større blodvolum. De menstruerer ikke og har derfor ofte bedre hemoglobinverdier. De føder ikke barn og ammer ikke, perioder der kvinner ikke kan gi fordi de trenger blodet sitt selv.

TRENGER 5 000. Oslo har rundt 18 000 givere. Helst skulle det vært 20 000. I tillegg faller i snitt 3 000 fra hvert år, enten fordi de blir for gamle, blir syke eller det skjer andre ting som gjør at de ikke lenger kan gi. Det betyr at hun i 2016 trenger totalt 5 000 nye givere.

Hun sier at det å gi blod krever mot, dedikasjon og prioritering. Men at blodgivning verken er særlig vondt eller tidkrevende, slik mange tror.

– Det er snakk om 1 time 4 ganger i året. På den tiden kan man faktisk bidra til at flere mennesker får livsviktig behandling.

Hun erfarer at det også er mange myter rundt blodgivning. For eksempel at man ikke kan være singel for å gi blod.

«Menn er bedre egnet. De har større kropp og dermed større blodvolum.»

Torill Aae

– Single kan gi, men har de byttet seksualpartner i løpet av de siste seks månedene, må de vente, akkurat som alle andre.

Å ha tatovering er også noe mange tror ekskluderer dem som blodgivere.

– Men det gjør det ikke, sier Aae.

– De må kun vente seks måneder fra de har tatt tatoveringen til de kan gi.

SJEKKER GRUNDIG. I blodbanken gjør de en nitid jobb med å velge ut blodgivere. Ved hjelp av spørreskjema og intervju sikrer de at blodgivere er friske og at det å gi ikke medfører risiko verken for giver eller mottaker.

– Mange er nok usikre på om de kan gi, sier Torill Aae.

– Da oppfordrer jeg dem til å ta kontakt med oss, så finner vi ut av det. Selv om vi gjerne vil ha flere menn, er idealblodgiveren en som har blod. Og som vil gi av det. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Hadde ikke overlevd uten blod

MIRAKEL: Sykepleier Wenche Stensvold er et levende mirakel. Hun har overlevd akutt myelogen leukemi, benmargstransplantasjon og fire tilbakefall. Takket være stålvilje, en godt trent kropp, moderne medisin og 375 blodgivere.

HARD BEHANDLING. – Å få blod er en litt merkelig følelse, sier hun.
– Det er ganske kaldt.
Men hun lærte fort å sette pris på det.

For leukemien fikk hun høydosebehandling med cellegift, og den gikk hardt utover blodcellene. Hver gang hemoglobinen falt under 8, fikk hun transfusjon med erytrocyttkonsentrat. Hun kjente at formen var dårlig og at den ble bedre med blod.

FIKK NY BLODTYPE. Dessverre var ikke behandlingen nok til å knekke leukemien. Knappt et halvt år etter fikk hun tilbakefall. Da var allerede broren Johnny klarert som benmargsgiver, og Wenche ble transplantert. Hennes benmarg ble drept, og hun fikk benmarg fra broren. Den begynte så å produsere nye blodceller. I mellomtiden var hun avhengig av påfyll fra andre. Og hun fikk ny blodtype.

– Det var en veldig rar følelse, sier hun.

– Jeg hadde A Rhesus pluss, men da jeg fikk Johnnys benmarg fikk jeg også hans blodtype, O.

BLE VELDIG SYK. Heller ikke benmargstransplantasjonen fikk bort

leukemien. Halvannet år etterpå ble det oppdaget en svulst i bekkenet. Så fulgte enda tre nye tilbakefall, med ett års mellomrom. Det siste i 2009.

Da ble hun kritisk syk av behandlingen. Benmargen var sliten. Kroppen var sliten. Hun fikk sepsis og var full av sopp. Hun husker hun lå i sengen på Rikshospitalet og så en av overlegene sitte med hendene på knærne og se på henne. Han klarte

«Jeg skulle gjerne takket hver eneste en.»

Wenche Stensvold

ikke skjule sin fortvilelse. «Wenche, hva tenker du», spurte han.

«Jeg trenger blod», svarte hun.

«Jeg skal bestille en blodpose», svarte han.

«Nei, jeg trenger fire», sa hun.

«Ok, jeg skal bestille fire».

SATSER PÅ HÅPET. Hun kom seg, og bygget opp kroppen. Men legene var pessimistiske. Sa hun måtte forvente at kreften kom tilbake. Da slo hun i bordet. «Jeg skal kjempe», sa hun. «Jeg skal kjempe så lenge det er liv». Det er sju år siden. Sju år uten tilbakefall. Sju år uten behov for andres blod.

VIL TAKKE. Da hun var syk, ante hun ikke at det var så mange men-



Var proffsyklist: Da Wenche Stensvold ble syk, gikk hun siste året på sykepleien. Nå er hun avdelingsleder på Nordberghjemmet i Oslo.

nesker involvert i blodet hun fikk.

– 375 mennesker. Jeg fikk sjokk, sier hun og ler litt.

Hun sier hun er stolt og takknemlig for å ha klart å overleve. Og hun er en ivrig ambassadør for blodbanken.

– Dersom jeg kan hjelpe andre, blir jeg kjempeglad. Jeg vil gjerne være nyttig for samfunnet.

De 375 giverne får hun aldri vite hvem er.

– Jeg skulle gjerne takket hver eneste en, sier hun.

– Da jeg sprang New York maraton tenkte jeg: Nå skal jeg springe en meter for hver og en av dem. Uten dem hadde jeg ikke vært her. ●

nina.hernes@sykepleien.no





Terror i Nice: Ved Pasteur sykehus i Nice utspiller det seg sterke scener når pårørende forsøker å finne ut om deres nærmeste er blant de drept etter terroranslaget på den franske nasjonaldagen, 14. juli. Enkvinne bryter ut i gråt. Hun har nettopp fått høre at barnebarnet er dødt. Fortsatt leter hun etter sin datter. IS tok på seg ansvaret da en mann kjørte med en svær lastebil inn i folkemengden som var samlet i paradegaten Promenade des Anglais. 84 personer ble drept og mange skadet. Foto: AFP Photo / Anne-Christine Poujoulat



Tromsø. Britt Brox ble slått av en psykiatrisk pasient så hun ble gul og blå og sykmeldt. Hun er lei av at sykepleiere skal tåle vold av tilregnelige personer, så hun anmeldte pasienten.

Anmeldte pasient til politiet

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Ingun Alette Mæhlum** • Illustrasjoner **Colourbox**

Ja, jeg jobber i psykiatrien, og ja, jeg må forvente å få både trusler og vold rettet mot meg. Men nei, jeg vil ikke godta det når pasientene er tilregnelige, sier psykiatrisk sykepleier, Britt Brox ved akuttpsykiatrisk avdeling på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

ANGREPET. Det var på en nattevakt i fjor sommer at Brox ble utsatt for vold. Mens hun låste døra til medisinerrommet, fikk hun beskjed om å følge en kvinnelig pasient på do. Pasienten hadde fotfølging, det vil si at hun var så farlig for seg selv at en ansatt måtte være med henne til enhver tid.

– Jeg hørte en mannlig kollega si til henne: «Hvis du venter litt til Britt er her...». Mer rakk han ikke å si før pasienten smatt inn på toalettet.

Kollegaen fulgte etter. Da Brox kom frem, lå kvinnen på gulvet, kollegaen satt over henne og holdt begge hendene hennes. Da de to ansatte spurte pasienten om hun hadde kontroll, svarte hun ja, og kollegaen slapp henne. Dermed angrep hun Brox som ble slått, bokset, sparket og klort.

– Hun truet med å drepe meg. Hun er en kraftig kvinne, og det føltes som hun holdt på en evighet. Jeg tenkte bare at jeg måtte få henne bort fra meg. Til slutt fikk

vi trykket på alarmen, annet personale kom til, og pasienten ble lagt i belte, forteller Brox.

GUL OG BLÅ. Sykepleieren fikk indre blødninger, blant annet et hematoma på 4,2 centimeter på venstre bryst.

– Jeg er rikelig utstyrt med pupper, men til og med på ribbeina var jeg gul og blå. Det var voldsomme saker, enda jeg er vant til å bli spytt på, slått og sparka etter å ha jobba i psykiatrien siden 1994.

Likevel fullførte Brox vekten.

– Som psykiatrisk sykepleier vet jeg at man må utsette seg for

har fått skaden godkjent som yrkesskade hos Nav.

ALENE. Tilbake fra ferie gikk det tålelig greit helt til Brox ble utsatt for en ny voldsepisode fra en annen pasient. Hun ble sparket så hun falt bakover.

– Da rasa det sammen. Jeg følte meg helt alene og ble veldig sann: «Meg-meg-meg. Er det ingen som bryr seg?»

Brox fikk noen epilepsi-aktige krampeanfall der hodet og nakken ristet og hun ikke hadde kontroll. Hun ble sykmeldt i desember og var det til hun forsiktig begynte å jobbe 30 prosent i mai.

– Jeg måtte selv bearbeide og ta tak i hendelsen. Verneombudet tok ikke kontakt for å høre hvordan jeg hadde det, heller. Den første som ringte meg fra jobben og spurte hvordan jeg hadde det, var en fra DNB Forsikring.

TVIL OM TILREGNELIGHET. Britt Brox funderte noen måneder på hva hun skulle gjøre og bestemte seg til slutt for å anmelde pasienten til politiet.

– Det var vel den berømmelige dråpen som fikk begeret til å renne over, sier hun.

– Men er det riktig å anmelde en psykiatrisk pasient til politiet for vold?

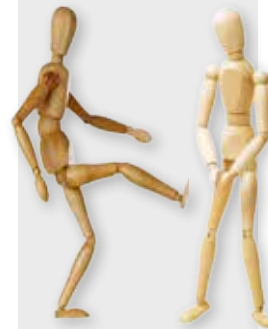
– Så lenge pasienten er

Fakta ●●●●

De fem mest utsatte bransjene for vold og trusler:

- 1 helse og sosial
- 2 offentlig administrasjon
- 3 undervisning
- 4 hotell og restaurant
- 5 transport

Vold og trusler forekommer også i andre bransjer, for eksempel varehandel, post og bank.



«Hun truet med å drepe meg. Hun er en kraftig kvinne, og det føltes som hun holdt på en evighet.»

Britt Brox

det man er redd for, derfor gikk jeg på jobb noen dager etterpå. Så tok jeg litt ferie.

Brox skrev skademelding som ble sendt ledelsen, som så sendte den videre til bedriftshelsetjenesten. Der ble hendelsen vurdert som «meget alvorlig». Hun



Alene: Arbeidstilsynet sier det er arbeidsgivers ansvar å varsle politiet og eventuelt anmelde pasienter som utøver vold. Britt Brox følte seg alene og måtte gjøre det selv.

tilregnelig, noe både vi som var der mener, samt avdelingsleder og overlege, bør det anmeldes til politiet, synes jeg.

Pasienten hevder selv at hun ikke husker noe fra episoden, og politiet har henlagt saken fordi det var uklart om pasienten var tilregnelig i gjerningsøyeblikket.

– Det vil vel ofte være tvil om en persons tilregnelighet i gjerningsøyeblikket, særlig på en akutt psykiatrisk enhet?

– Kanskje det, men det handler også om å ta pasientene på alvor og ikke sykeliggjøre mer enn man må. Som det er nå, opplever jeg ofte at tilregnelige pasienter forteller rett ut at nå er de på «gærnehus» og kan gjøre som de vil.

Brox tenker at når institusjonenes personale har slappe

holdninger, lærer pasientene at de kan gjøre hva som helst uten at det får konsekvenser.

– Pasienten som slo meg, hadde vært voldelig mot alt personale i de to årene hun hadde vært hos oss. Men etter anmeldelsen har det faktisk bedret seg.

MENNENE MELDER IKKE. Hun synes det er på tide at man diskuterer volden som alle ansatte i psykiatrien må forholde seg til, og ønsker at man strekker ut en hånd til de «tøffe» mannlige ansatte som liksom bare skal tåle volden de blir utsatt for.

– Hos oss går mennene først i krigen for å stoppe en utagerende pasient, men de unnlater ofte å skrive skademelding og bagatelliserer med at «det var bare et lite

klaps». De blir også preget av det, men sier lite. Her har arbeidsgiverne mye å ta tak i, sier Brox.

UNDERRAPPORTERING. Hva anbefaler så myndighetene at man gjør når personalet blir utsatt for vold? Sykepleien har spurt Helsetilsynet om hva som bør være fremgangsmåten. Der henvises det til Helsedirektoratet. Hos Helsedirektoratet henvises det til Helsetilsynet.

Vi må til Arbeidstilsynet for å finne noen med synspunkter på saken.

– Vi ser et økende omfang av vold innen helsesektoren og vet samtidig at det er en underrapportering av hendelser. Mange unnlater å rapportere fordi de anser vold og trusler for å

være en del av arbeidet. Videre kan arbeidstakere som ikke har klart å forhindre en slik hendelse, få skyldfølelse og dermed unnlate å rapportere hendelsen av den grunn, sier Irene Hagen i Arbeidstilsynet.

Hun har vært med på å utforme Arbeidstilsynets veileder «Vold og trusler på arbeidsplassen» fra 2009. Den anbefaler at dersom en ansatt blir utsatt for vold på arbeidsplassen og det er en alvorlig hendelse, skal arbeidsgiver varsle Arbeidstilsynet og politiet samtidig som det skal vurderes om hendelsen skal anmeldes. Det er også arbeidsgiver som har ansvaret for å registrere hendelsen i virksomhetens interne avvikssystem.





Fakta



Hva bør arbeids-giver gjøre?

- Sikre at den voldsrammede ikke er alene umiddelbart etter voldshendelsen.
- Vurdere behovet for å innkalle ekstern hjelp som psykolog, lege, bedriftshelsetjeneste
- Underrette pårørende
- Varsle Arbeidstilsynet og politiet ved alvorlige hendelser og vurdere om hendelsen skal anmeldes
- Registrere voldshendelsen i virksomhetens interne avvikssystem
- Vurdere behov for tilpasning av arbeidsoppgaver de første dagene etter hendelsen
- Unngå å plassere den voldsrammede i situasjoner som minner om voldshendelsen
- Vurdere oppfølging for familien dersom den trekkes indirekte eller direkte inn i volds- og trusselsituasjonen
- Lede gruppemøter hvor alle blir informert om hva som skjedde under og etter voldshendelsen
- Ta vare på eventuelle vitner til voldshendelsen
- Beskytte arbeidstakerne mot media og tredjepart

Kilde: Arbeidstilsynets publikasjon «Vold og trusler på arbeidsplassen»

UKJENT VEILEDER. På UNN har ikke Britt Brox hørt om veilederen.

– Jeg har forhørt meg blant kollegaene på jobb. Ingen der har hørt om den heller, sier Brox.

Hennes nærmeste leder, enhetsleder Grete Pedersen, sier at hun kjenner til veilederen og at den ligger på avdelingen. Men akuttavdelingen, som består av tre

PÅ FERIE. I Britt Brox' tilfelle var enhetslederen på ferie da episoden skjedde.

– Oppfølgingen av henne led nok litt på grunn av det. Det var tilfeldig at jeg var innom på jobb og så skademeldingen og fikk sendt den videre i systemet. Men hun fikk debrifing av personalet som var på vakt sammen

«Vi ser et økende omfang av vold innen helsesektoren.»

Irene Hagen, Arbeidstilsynet

enheter, har valgt å ikke ha noen skriftlige rutiner på hva som skal gjelde rundt en eventuell anmeldelse. De skriftlige rutinene omfatter debrifing og oppfølging av ansatte som blir utsatt for vold.

– Det tas opp i hvert tilfelle om det er grunn for å varsle politiet eller anmelde pasienten. Det kommer helt an på situasjonen og om pasienten er psykotisk eller ikke. Vi har anmeldt pasienter til politiet før, men det skjer sjelden, mindre enn én gang i året. Den ansatte får som oftest en debrifing og skriver alltid skademelding. Også om det bare er snakk om verbale trusler.

med henne, og min stedfortreder fulgte henne opp med telefonsamtale.

Brox sier hun ikke fikk oppfølging av noen stedfortreder.

– Det var tvert imot jeg som måtte ringe og fortelle om skadene, sier hun.

– Skrev dere avviksmelding?

– Nei, det er ikke nødvendig. Alle skademeldinger blir automatisk registrert som avvik i det interne avvikssystemet, sier enhetsleder Pedersen.

INGEN ENDRINGER. I fjor hadde posten hvor Brox jobber, 444 innleggelser. Hvor mange skademeldinger

som forelå, er uvisst.

– Vurderte dere å varsle politiet eller anmelde pasienten?

– Vi hadde det oppe til diskusjon, men behandlingsteamet bestemte at det ikke skulle gjøres. Det er ingen automatikk i at det gjøres, selv om bedriftshelsetjenesten vurderer hendelsen som meget alvorlig og selv om pasienten vurderes som tilregnelig.

– Britt Brox anmeldte selv. Hva synes du om det?

– Generelt vil jeg si at det er postens oppgave å gjøre det, og at enkeltpersoner skal få slippe den belastningen det er å måtte gjøre det selv.

– Har hendelsen ført til noen endringer av rutiner hos dere?

– Nei, ikke annet enn at jeg har sendt ut informasjon til hele personalgruppen om at skademeldinger sendes min stedfortreder når jeg er på ferie, sier enhetsleder Pedersen.

STØTTER BROX. Foretakstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund ved UNN, Mai-Britt Martinsen, har støttet Brox i saken.

– Jeg synes sykehuset burde hatt en tydeligere holdning til at voldsepisoder skal anmeldes, sier hun.

Martinsen ba for mange måneder siden om bedre rutiner for hvordan anmeldelser skal håndteres, siden det blir en stor belastning når enkeltpersoner må gjøre det selv. Men foreløpig har det ikke kommet noen endring. Klinikkkverneombudet har imidlertid meldt om at det pågår et arbeid med stort engasjement fra Psykisk helse- og rusklinikken.

«Her er ingen kvikk-fiks og vi får bruke den tida som trengs. Ikke så mye å hente på dette i resten av landet heller, så vi må nok gå veien selv,» videreformidler foretaksverneombudet i en oppdatering til Martinsen, og lover at saken kommer til AMU, men ikke før etter sommeren.

– NSF ser ingen grunn til å stresse denne saken før ferien, fordi det er mange hensyn å ta. Det aller viktigste er en god

lokal oppfølging av nærmeste leder i første omgang, og at tillitsvalgte og vernetjeneste blir kontaktet, sier Martinsen.

ØNSKER DEBATT. Britt Brox sier hun har skværet opp med pasienten og føler at hun kan legge saken bak seg. Men hun håper at det at hun forteller om episoden, kan føre til en debatt i fagmiljøet.

– Hvor mye vold skal de som jobber på gulvet, tåle før man setter inn tiltak og det får konsekvenser? Når legene utsettes for vold, er det beltelegging og beroligende medisiner med én gang, men når vi sykepleiere blir utsatt for det samme, skal vi liksom bare tåle det. Det finner jeg meg ikke lenger i, sier Brox bestemt.

Hun har foreslått at de tre akuttpostene møtes om temaet vold på jobben og lager klare retningslinjer for hva man gjør hvis det skjer.

– Vi må også få banka inn i veggene her at trusler og vold ikke godtas, og at den som truer verbalt, blir skjermet på rommet. Allerede i mottaket mener jeg personalet skal klargjøre at trusler og vold ikke godtas i posten og vil medføre konsekvenser om dette skjer. Men her må vi jo alle være enige, og noen mener at dette blir for fælt for pasientene.

Brox ønsker å komme i full jobb igjen og har tro på at det skal gå etter at hun hadde et nyttig møte med overlege, enhetsleder og pasient. Fra juni har hun vært i 50 prosents jobb.

– Det er utrolig hva god kommunikasjon kan gjøre! Hadde vi enda hatt dette møtet tidligere, tror jeg at jeg hadde vært i jobb for lenge siden. Jeg tror kanskje krampene har en psykisk årsak. Jeg har blitt bedre, og siden mai har jeg gått til psykolog som Nav fant til meg. Det hjelper veldig. Håpet er å sakte men sikkert komme meg tilbake i 100 prosents stilling igjen. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

– Husk å melde

LØNNSOMT: – Når en ansatt er utsatt for vold, er det viktigst å få meldt skaden til Nav og yrkesskadeforsikring, sier advokat Yvonne Frøen hos Norsk Sykepleierforbund.

– Vi har en del voldssaker, sier hun.

Frøen bistår medlemmer når de trenger hjelp til blant annet å ivareta sine rettigheter overfor Nav og forsikring.

ARBEIDSGIVERS ANSVAR. – Volden kommer mest fra pasienter i psykiatrien, demensomsorgen og omsorgsboliger, og det er viktig å huske at det er arbeidsgivers ansvar å sørge for sikkerheten til arbeidstakerne, men også å melde skaden til Nav og forsikring. I de tilfeller arbeidsgiver ikke gjør det, må arbeids-

taker gjøre det selv, sier Frøen.

NAV OG FORSIKRING. Advokaten mener dette er viktig å gjøre, slik at den ansatte får erstattet tapet sitt.

– Hvis skaden godkjennes som yrkesskade, utløser det særlige rettigheter både i Nav og under forsikringen, herunder rettigheter under tariffavtalene, sier Frøen.

Summen på arbeidsavklaringspengene og uføretrygden blir høyere dersom skaden skyldes yrkesskade. Hvis man får varige mén av skaden, kan man få mén-erstatning ved yrkesskade. Det

«Vi har en del voldssaker.»

Yvonne Frøen

får man ikke ved andre skader.

VOLDSOFFERERSTATNING. Frøen har inntrykk av at det er vanlig at sykepleiere ikke anmelder voldssaker til politiet. Utgangspunktet kreves det anmeldelse når man søker om voldsoffererstatning, men det kan gjøres unntak. Det gjelder særlig i situasjoner der voldelig atferd er en del av pasientens sykdomsbilde. Da er det oppreisningserstatning det er snakk om.

– Det er ikke høye summer som utbetales i oppreisningserstatning. I sakene vi har, der man kanskje har fått for eksempel nakkeskade eller psykiske plager, ligger summen vanligvis mellom 20 000 og 40 000 kroner. Den burde vært mye høyere, sier Frøen. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Fakta

Hva bør leder/kollegaer gjøre?

Leder og/eller kollegaer gir psykisk førstehjelp til den voldsrammede.

Psykisk førstehjelp er å:

- skape ro for den voldsrammede
- akseptere alle følelser
- vise omsorg og nærvær
- følge den voldsrammedes behov
- lytte – spørre om situasjonen

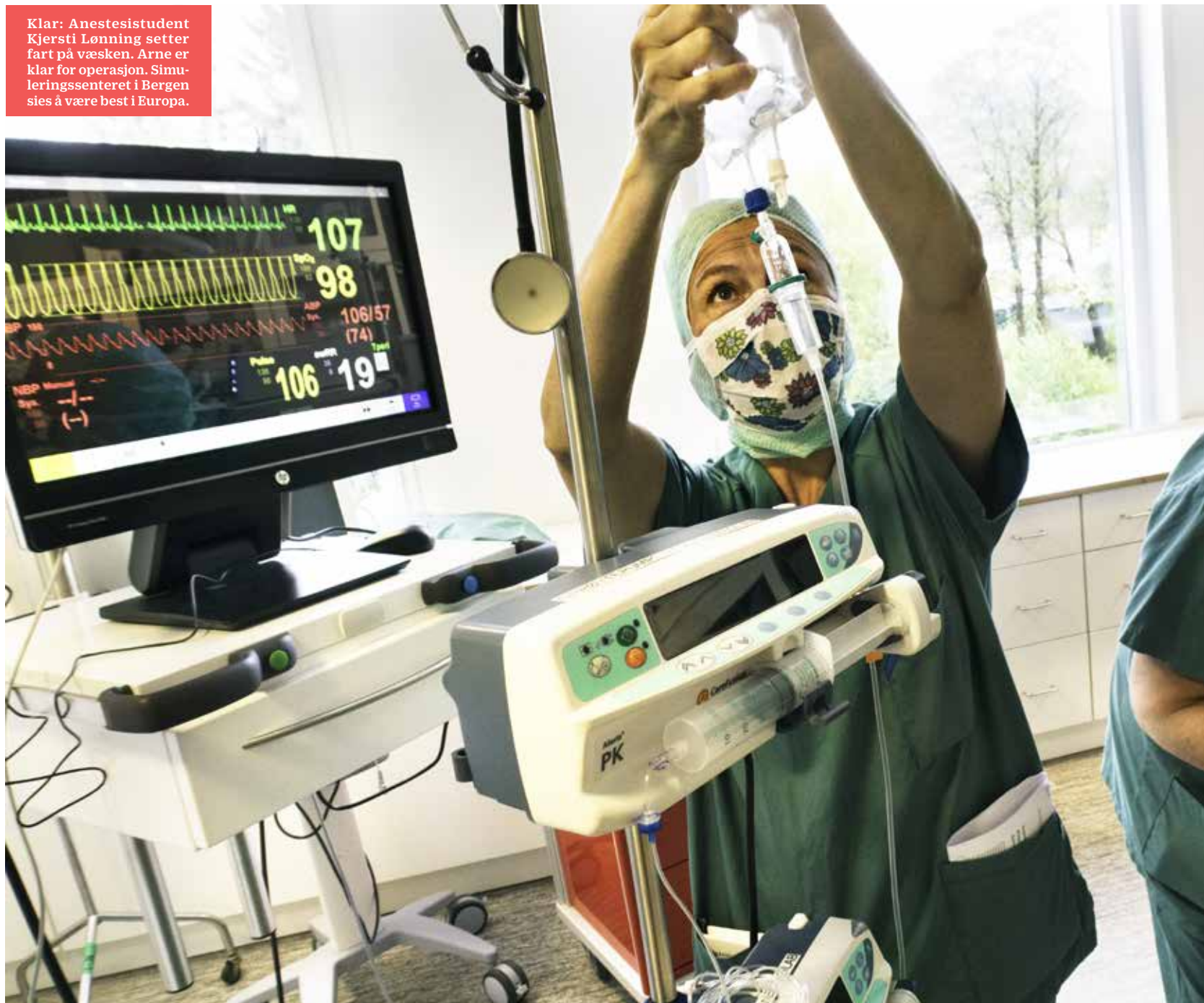
Unngå å:

- snakke selv og styre samtalen
- fortelle om egne opplevelser
- bagatellisere
- analysere og forklare
- bli forlegen over følelser
- la den voldsrammede være alene
- bebreide eller kritisere den voldsrammede
- gi kommandoer og sette krav
- snakke abstrakt
- fokusere på fortiden
- gå på person, ikke sak

Kilde: Arbeidstilsynets publikasjon «Vold og trusler på arbeidsplassen»



Klar: Anestesistudent Kjersti Lønning setter fart på væsken. Arne er klar for operasjon. Simuleringssenteret i Bergen sies å være best i Europa.



Dukker kan ikke dø

Bergen. Kan simulering med dukker erstatte praksis med pasienter?

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Arne (26) ligger på operasjonsbordet med brukket ankel. Den brakk da han spilte fotball med kompisene. Operasjonssykepleieren har vasket hendene lenge og grundig. Arne har fått spinalanestesi. Blodtrykket har sunket, så anestesisykepleieren øker tempoet på intravenøs væske. Arnes bein desinfiseres med klorhexidinsprit. Brått skjer det: Huden blir rød og varm. Arne hoster, det blir tungt å puste. Tungen hovner opp. Personalet må områ seg fort. Operasjonen avlyses. Arne trilles ut, og to intensivsykepleiere

overtar for å overvåke ham.

REALISTISK. I etasjen over ligger Kari og føder. Hun stønner av smerte, men jordmor heier på henne. Her går det unna. Noen sekunder etter er et vel-skapt barn født.

Arne er en dukke. Mor og barn er også laget av plast. Det hele skjer på Høgskolen i Bergen. Helsepersonellet er sykepleiere i masterutdanning i klinisk sykepleie; anestesi, intensiv og operasjon (aio). Lærerne er med som tilretteleggere.

– Vi bruker scenarioer fra klinikken. Det skal være så realistisk som mulig, sier Petrin Eide, lektor på operasjonsutdanningen.

– Helsevesenet har lenge simulert hjertestans i mange ulike former. Nå kan vi trene på flere typer scenarioer.

Særlig er de opptatt av pasientsikkerhet. Sånn som: Feil pasient. Feil ekstremitet. Akutt blødning under operasjon.

– Man må fort legge om. Hvordan samarbeider man når det skjer noe uforutsett, spør Eide retorisk.

Arne reagerte på desinfeksjonsmiddelet:

– Flere og flere blir allergiske. Vi må derfor trene med ulike allergener, sier Eide.

Under simuleringen var Eide såkalt fasilitator.

– Jeg gir stikkord når studentene står fast. Det handler om å stimulere dem til å finne løsninger selv. Det er ikke om å gjøre at det er rett eller galt. Etterpå debriefer vi.

SÅ DU PÅ DEM DA DU SA DET? En stund så det mørkt ut i dag. Arne kunne ikke snakke, tekniske problemer forsinket simuleringen. Men problemene ble løst. De seks studentene fikk på forhånd vite hvorfor Arne lå på operasjonsbordet, og at han var frisk fra før.

De har repetert kommunikasjonsmetoden IS-BARR for akutte situasjoner: I for identitet, S for situasjon, B for bakgrunn, A for aktuell tilstand, R for råd, R for rapportere tilbake.

De trodde de skulle simulere en operasjon. Istedet handlet det om samarbeid når noe uventet skjer. Nå har intensivstudentene sørget for at Arne ligger høyt, for å sikre god drenering.

Studenter og lærere samles rundt bordet. Det er tid for analyse.

– Jeg var litt treg i oppfattelsen. Kunne vært kjappere i avtrekket, medgir operasjonsstudenten som gikk til hånd.

– Men jeg var så opptatt av at alt utstyret skulle være på rett plass, forklarer hun.

– Var det tydelig for alle hva som skjedde, spør Petrin Eide.

– Å reagere på klorheksidin er ikke vanlig i det hele tatt, sier en av studentene.

– Hørte dere operasjonssykepleieren si: «Nå blir det rødt», spør Tone Johnsgaard, lektor på intensivutdanningen.

Fakta

Simulering

Å simulere betyr å late som. Simulering er en metode der studentene i et kontrollert miljø trener på virkelighetsnære situasjoner de kan møte som sykepleiere.

– Ja.

– Så du på dem da du sa det, blir den andre operasjonsstudenten spurt.

Hun bekrefter at det gjorde hun.

– Vi ønsker at dere trener på «closed loop», forklarer Johnsgaard.

Det vil si at avsender må gi tydelige beskjeder, og mottaker må gjenta og bekrefte at beskjed er mottatt.

Anestesistudenten blir spurt om han så på de andre da han sa: «Nå må dere stoppe».

– Ja, men tror ikke jeg sa det strengt nok, sier han.

– Avklarte dere arbeidsoppgavene, spør Eide.

– Nei.

– Hadde det vært nyttig?

– Vi gjorde jo oppgavene, argumenterer studentene.

Men lærerne mener at avklaring må til. Ting kan fort endre seg, og det gjelder å utnytte ledige sekunder, slik operasjonssykepleierne fikk.

«Her kan studentene føle og lukte.»

Petrin Eide, lektor

Intensivstudentene får skryt for at de la Arnes fot høyt.

– Men klorheksidin på hud – jeg skjønner ikke hvorfor den ikke tynnes ut, sier en av dem.

Petrin Eide oppsummerer:

– Dere var på! Jeg tror pasienten ville ha overlevd. Han fikk riktig behandling.

KAN PUSTE MED SURKLING. Det er ikke første gang teknikken har sviktet:

– Når utstyret er så avansert, kan det oppstå problemer med datateknologien. Da må vi tenke alternativt, sier Petrin Eide.

Hver enkelt utdanning må tenke nøye gjennom hva studentene bør øve på og hvilken metode som er best egnet, mener hun.

– For oss er dette et godt valg. Det som er fint med dokkene, er at studentene kan øve på å vurdere symptomer og gjøre tiltak.

Dukkene kan programmeres til det meste: De kan puste med både surklung





Samarbeid: Intensivstudentene Ingvild Hårklau (t.v.) og Inger Marie Haukeland er enige om hva Arne har godt av.



Hjelper: Lektor Petrin Eide gir gjerne stikkord til studentene mens de simulerer. Men de må finne løsningene selv.



Uff, da: Arne har bruddet ankelen, men nå hovner han opp i tungen. Hva skjer?



og stridor. De har ulike tarmlyder. Når blodtrykket synker, kan pulsen gå opp. Pupillene kan utvide seg – eller trekkes sammen. Dukkene kan gis medikamenter. Får de for mye, kan konsekvensen bli blodtrykksfall.

– I simulering kan man gjøre feil uten at det får konsekvenser for pasienten. Her kan man trene på det som skjer ofte – og sjelden, sier Eide.

– Det er ikke sikkert man møter kritisk syke barn i praksis. Her kan studentene likevel forberede seg på slike situasjoner, utdyper Johnsgaard.

Teamarbeid over de også på:

– I klinisk master jobber vi med akutt kritisk syke. Da er det særlig viktig å ta imot og gi beskjeder. Det er der det ofte oppstår feil, sier Eide.

HUSKER FEILENE. Minst 50 prosent av

Fakta

Fasilitering

Å fasilitere kommer fra det engelske ordet «facilitate», som på norsk betyr «å tilrettelegge». En fasilitator hjelper gruppen til å gjøre det bedre.

Kilde: accretus.no

aio-masterutdanningene skal være praksis på spesialavdelinger, ifølge rammeplanen.

– På våre utdanninger ser jeg så langt simulering som et supplement til praksis, ikke en erstatning, sier Petrin Eide.

– Det er viktig å trene på situasjoner med høyt press. Slik kan de erfare egne reaksjoner og lære å håndtere dem. Her kan studentene føle, lukte, sense – noe de ikke kan med kateterlæring. De husker mer, og de husker feilene de gjør. Vi bruker tre halve dager til større simuleringsscenarioer, slik vi gjorde med Arne i dag.

Siden masterstudentene allerede er sykepleiere, har de klinisk erfaring, og de lærer fort:

– Kontaktsykepleierne sier at de blir fortere selvstående enn før. De tør å ta ansvar tidligere, sier Eide.

FØDER PÅ MANGE MÅTER. – Du vet aldri når en fødsel skifter karakter. Hvis det blir akutt, kan det ikke være rotete, det blir uoversiktlig. Du skal alltid ha kontroll som jordmor, sier Katrine Aasekjær, lærer på jordmorutdanningen, mens hun rydder



Nøye: Operasjosykepleier Trine Jakobine Kieszek sluntrer ikke unna håndvasken, selv om pasienten ikke kan smittes.



Nyfødt: Kari's baby er atter en gang nyfødt.



Allsidig fødekvinne: Kari kan føde på mange måter, også med blod og fostervann. Jordmorstudent Ingrid Elise Pedersen (t.v.) og Mari Milward Storsveen over.

rundt Kari, det tekniske vidunderet som kan føde på mange forskjellige måter.

Ved siden av er «Sophie and her Mum». Mammas kropp er kuttet over navlen og midt på lårene. Mer trengs ikke for å kunne simulere fødsler helt uten datateknikk.

Kari, som er i helfigur, føder sitt barn programmert.

– Simulerer dere mer med så fint utstyr?

– Vi kan ikke bare legge til uten å ta noe vekk. Men vi har flere muligheter enn før, for eksempel til vaginalundersøkelser. Vi kan trene på å ta fostervannet og håndtere blødninger, sier Aasekjær.

– Kanskje kan simulering erstatte praksis. Men vi har strenge kvantifiseringskrav. Jordmorstudentene skal ha 50 vaginale fødsler når de er ferdig. Men for å lære sånt som sjelden skjer, som fastsittende

skuldre, egner simulering seg, sier Aasekjær.

Utstyret trenger ikke å være veldig high-tech:

– «Sophie and her Mum» er helt fin. De to er veldig autentiske.

«Sophie and her Mum er veldig autentiske.»

Katrine Aasekjær, lærer

PRAKSIS ER BEST. Tre jordmorstudenter tar noen øvingsrunder med avanserte Kari, men også her svikter teknikken i dag. Lærer Aasekjær må selv skubbe ut babyen, som kommer seg ut, til tross for en litt stiv arm.

De går over til Sophie. Som vanlig blir hun skjovet

ut manuelt – nå med setet først.

De tre er enige: Å trene ferdigheter er nyttig.

– Spesielt der du kan bli handlingslammet, sier Eline Holt Palerud.

Men ingenting er som praksis. Det er der de virkelig får prøvd seg.

– Å være med på en ekte fødsel er stort, sier Mari Milward Storsveen.

– Jeg har alltid hatt lyst til å bli jordmor. Men det har ikke passa. Greit å ha jobbet som sykepleier noen år og være trygg som det. Jordmoryrket er veldig selvstendig. Det er mye akutt. Du skal klare å stå i det, sier Ingrid Elise Pedersen.

Så blir Kari's baby lagt i en skuff. Sophie er litt mer sart i huden og blir pakket inn i et grønt klede før også hun legges vekk. ●

marit.fonn@sykepleien.no





– Simulering kan erstatte praksis

DUKKE ELLER PASIENT: Noe praksis kan erstattes av simulering, mener instituttleder. Men EU sier nei.

– Simulering er kjempeviktig for sykepleierutdanningen, mener Sissel Tollefsen, leder på Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen (HiB).

Høsten 2014 flyttet skolen inn i flunkende nye lokaler med et svært simuleringssenter.

Halvparten av utdanningen skal ifølge rammeplanen bestå av praksis. Å skaffe gode praksisplasser til alle studentene er et velkjent problem, særlig i kommunene.

– Jeg mener at simulering kan erstatte noe av praksis på sykehjem, der det kan skorte på oppfølging av studentene på grunn av sykepleiermangel. Men først og fremst vil simulering i forkant gi studentene et bedre læringsutbytte når de kommer i praksis, sier Tollefsen.

Det er godt dokumentert, påpeker hun:

– Jo mer de er forberedt for praksis, jo mindre blir risikoen for pasienten. Dessuten er ikke lærings-situasjonen som for ti år siden: På sykehus er det få liggedøgn for pasientene, og i kommunene kreves det mer av sykepleierne enn før.

BEDRE FORBEREDT. Ifølge Tollefsen er kommunene positive:

– De ser at med simulering kan studentene følges bedre opp. I dag er ikke en student garantert å møte på en pasient som går i sjokk eller får hjerteinfarkt. Dette kan de trene på i øvingslokalene. Simulering erstatter ikke virkeligheten, men det gjør studentene mer forberedt.

– Men EU-direktivet sier nei?

– Kvalitetsrammeverket i EØS-avtalen gir andre typer føringer enn EU-direktivet. Det er ikke mulig å gi tilfredsstillende bachelorutdanning hvis vi bare skal følge EU-direktivet. Det vil forringe vår utdanning.

Tollefsen antar at simuleringssenteret på HiB er blant de beste og største i Europa.

– Men variasjonene skolene

imellom er store? De færreste har siste nytt i teknisk utstyr?

– Det er en utfordring. Men vi vil forske på hvilket læringsutbytte studenter har av å simulere. Slik kan vi finne ut om dette er noe å satse på for andre også.

– Ser du faren for at studentene presses til mindre praksis?

– Jeg tror ikke at det er problemet. Det er bare snakk om å bruke en liten del av praksis til simulering, sier instituttlederen.

– TRIST AT EU IKKE LEGGER TIL RETTE. Ifølge EU skal sykepleierutdanningen vare i minst tre år og bestå av minst 4 600 timer med teori og praksis. Minst halvparten skal være praksis. Teoridelen skal være minimum en tredel.

– EU-direktivet gir spesifikk beskrivelse av hva man mener med praksis. Ganske enkelt er det praksis bare hvis studenten er i direkte kontakt med friske eller syke enkeltpersoner og/eller grupper, og samtidig er en del av et lag for å lære å organisere og å yte sykepleie, sier Tor Rynning-Torp, seniorrådgiver i Universitets- og høgskolerådet.

– Med den definisjonen kan ikke simulering erstatte praksis, fastslår Rynning-Torp, som selv er utdannet sykepleier.

– Det er et konservativt syn med tanke på pedagogisk utvikling. Simulering er veldig fornuftig, ikke minst på grunn av pasientsikkerheten. Derfor er det trist at EU-direkti-

«Lærings-situasjonen er ikke som for ti år siden.» Sissel Tollefsen, HiB

vet ikke legger til rette for økt bruk av simulering.

– I hvor stor grad bør man følge et direktiv som virker tullete?

– Utfordringen er at Norge er forpliktet til å følge EØS-avtalen. Dette er renspikket jus. Hvis vi ikke følger direktivet, kan i prinsippet EØS-avtalen stå på spill.

– Hvor godt følger EU med på hva sykepleierutdanningen gjør?

– ESA følger med på Norges

oppfølging av EØS-avtalen. Vi skal i prinsippet melde fra om studieplandringene til ESA.

Rynning-Torp understreker at direktivet ikke legger ned forbud mot simulering.

– Sykepleieryrket har endret seg sterkt siden direktivet ble skrevet i 1977. Det fremstår som lite utviklingsrettet med slik detaljstyring som sykepleierutdanningene i EU/EØS er utsatt for. EU bør endre definisjonen av praksisstudier slik at simulering kan sees som en del av disse, påpeker Rynning-Torp.

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at 15 studiepoeng av praksis-delen kan brukes til forberedelser og etterarbeid.

– Kan simulering være del av forberedelser til praksis?

– Det er måten Norge har definert praksis på.

– Som er på kanten?

– Over kanten, slik EU definerer praksis.

I direktivet sto det tidligere at sykepleierutdanningen skulle være minst tre år ELLER minimum 4 600 timer. Siden ble ELLER endret til OG.

– Storbritannia følger direktivet veldig strengt. For å oppfylle kravet om minimum 2 300 timer praksis, har sykepleierstudentene lengre studieår enn andre studenter, og de har flere timer praksis per praksisuke enn det vi har i Norge. I Irland er utdanningen utvidet til fire år. Norge, og særlig Sverige, har tolket direktivets definisjon av praksisstudier friere.

– Åpner det nye direktivet, som er fra i fjor, men ennå ikke implementert i Norge, for mer simulering?

– Tvert imot. Endringene for utdanningen er til det verre. Slingringsmonnet er blitt mindre.

– Hva med simulering i videreutdanningene?

– De er ikke omfattet av denne type regulering og har derfor friere spillerom, med mindre nasjonale rammeplaner legger føringer, sier Tor Rynning-Torp. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Tåler mye: Ingen fare å gjøre feil når man har dukker mellom hendene.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 07 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Dilemma: Rådet for sykepleieetikk vurderer om studenter som nekte å servere svin, er på kollisjonskurs med sykepleiens profesjonsetikk. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen.

Vil ikke servere svin

Etikk. Kan sykepleiestudenter nekte å servere svin og alkohol basert på sitt verdigrunnlag? **54**



Finland. Bedre til å organisere. **42**



«Når vi lykkes, er det en så god følelse.»
Knut Magne Kolstadbråten. **51**



Omsorg. Bruker «hele seg» i møte med døende. **48**



FÅR TIL MER EFFEKTIV KOMMUNEHELSE TJENESTE

Look to Finland. Forventet levealder i Finland er omtrent like høy som i Norge selv om vi har dobbelt så høy ressursbruk og høyere levestandard.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58048



Hans Knut Otterstad,
lege og helse-
tjenesteforsker

I verdensmålestokk har Finland siden 1972 vært et foregangsland for utbyggingen av kommunehelsetjenesten. Strategien har vært å bygge «kommunale helsesentraler» i samsvar med LEON-tankegangen (Laveste Effektive Omsorgsnivå).

WHO BAK REFORM. På 1970-tallet var Verdens helseorganisasjon (WHO) en viktig drivkraft i arbeidet med å reformere helsevesenet i alle verdens land gjennom å satse på primærhelsetjeneste. Ideologien ble tydeliggjort gjennom slagordet «Health for all by the Year 2000», som ble vedtatt på den berømte Alma-Ata-konferansen i 1978.

I Europa ble Finland et foregangsland gjennom en systematisk utbygging av kommunehelsetjenesten. Denne utbyggingen var en direkte implementering av WHO-strategien, som i praksis betød at en stor del av de nye helseressursene (personell og bygninger) ble kanalisert til kommunene og ikke hovedsakelig til sykehusutbygging og spesialisthelsetjenester, som var tilfellet tidligere.

FELTBESØK I FINLAND. Denne problemstillingen var også aktuell i Norge på denne tiden, før oljealderen gjorde oss så rike. Da

Stortinget tidlig på 1980-tallet skulle vedta den første loven om kommunehelsetjenesten (vedtatt i 1982), fikk jeg i oppdrag å besøke Finland for å studere hva de hadde fått til der. Jeg fikk møte de sentrale helsemyndighetene i Helsinki. Deretter dro jeg på feltbesøk til sykehus i Åbo og kommunehelsetjenesten i Pargas kommune for å rapportere om de lokale løsningene. Konklusjonen den gang var som ventet: at finnene lå langt foran oss på disse områdene (1).

HELHETLIG HELSE TILBUD. En hovedårsak var konseptet «kommunal helsesentral» (hälsocentral – HC), som er en institusjon med mange og omfattende funksjoner. Her finnes en avdeling for helseopplysning og forebygging, en avdeling for ambulante primærmedisinske tjenester/poliklinikk, avdelinger for lokal legevakt på dagtid, fysioterapi, psykologtjenester, ergoterapi, laboratorium og røntgen. Dessuten omfattet det kommunale ansvaret tannhelsetjeneste til hele befolkningen, bedriftshelsetjenester og drift av ambulanser. Og ikke minst fantes det en sengeavdeling med 24 senger for akutt og rehabiliterende behandling med 24 timers drift og øyeblikkelig hjelp-beredskap samt en langtidsavdeling av typen sykehjem med 70 senger.

I sum var dette et fullverdig og komplett tilbud av alle basistjenestene i folkehelsearbeidet på kommunenivå som er langt mer helhetlig, omfattende og koordinert og med mer målrettet resultatstyring enn det som finnes i norske kommuner.

I oppstarten ble utbyggingen av kommunehelsetjenesten statlig finansiert, men på sentrale helsemyndigheters vilkår om at alle minimumskrav i loven skulle oppfylles. Dette skyldtes distriktpolitiske hensyn og skulle sikre en nasjonal standard eller minstenorm i alle kommunene. Målsettingen var gitt av WHO: «Health for all», uansett bosted i landet.

UNGE FLYTTER TIL BYEN. I alle de nordiske landene har det siden 1950-tallet skjedd en revolusjonerende demografisk omveltning der de yngre drar mot sentrum, og de eldre blir igjen i utkantkommunene. Denne tilflyttingen til sentrum innebærer en betydelig befolkningsmessig utarming av distriktene.

Et slikt befolkningsmessig skifte bør logisk sett kreve en annen kommunestruktur enn den som fantes før 1972 dersom det skal bli mulig for kommunene å fungere som en fullverdig tilbyder av velferdstjenester, inkludert helsetjenester.

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Til tross for dårligere samfunnsøkonomi, mer begrensede helsebudsjetter og færre helsearbeidere har Finland i dag omtrent samme forventet levetid for befolkningen som i Norge. Den mest sannsynlige forklaringen er at Finland har en lang tradisjon for en mer helhetlig ledelse av helsepersonellet i kommunene. Denne helhetlige ledelsen oppnås gjennom bedre målstyring, koordinering og samhandling, noe som gjør det mulig å tilpasse tjenestene bedre til befolkningens behov.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Kommunehelsetjeneste
- Økonomi
- Internasjonal helse

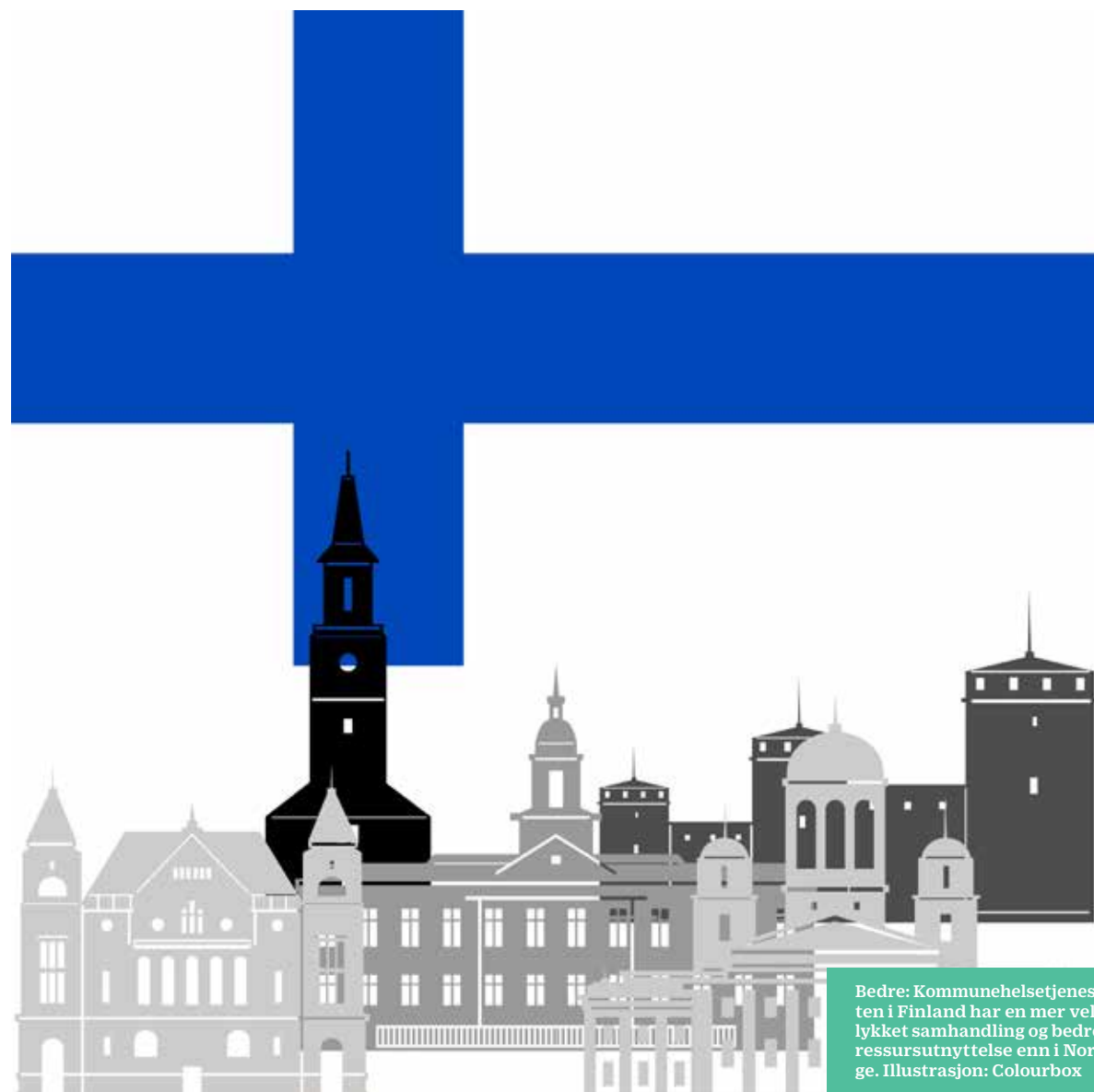
KOMMUNER. Her er de nordiske landene ulike: I Danmark og Sverige har myndighetene gjennomført mange kommunesammenslåinger, og i Danmark vedtok planleggere og politikere at en kommune måtte ha minimum 20 000 innbyggere for å kunne opprettholde et bærekraftig tjenestenivå, både kvantitativt og kvalitativt. Antall danske kommuner ble derfor redusert til 96. I Finland og Norge har man imidlertid opprettholdt en lokalförvaltning med mange små kommuner. I Finland er det i dag 317 kommuner, mens det i 1972 var over 600. Norge har 428 kommuner per 1. juni 2016.

Området jeg besøkte består av hundrevis av små øyer, og dermed er kommunikasjonen komplisert og tidkrevende. Det kan sammenliknes med et norsk kystdistrikt med lange transporttider til en del av øyene. Folketallet har vært på retur. I dag bor det omtrent 15 500 innbyggere i området. Fra 1970-tallet var forvaltningen fordelt på fem kommuner: Pargas kommune (12 000 innbyggere) og fire småkommuner. Disse kommunene hadde fram til 2009 vært selvstendige kommuner med ulike former for interkommunalt samarbeid. Hälsocentralen har imidlertid hele tiden ligget i Pargas, som har vært størst og mest sentral.

Siden 2009 har Pargas blitt sentrum i en større, sammenslått kommune: Vest-Åboland.

FOREGANGSLAND. I 2015 var jeg tilbake i Åbo og Pargas for å undersøke om det kommunale helsetilbudet og eldreomsorgstjenestene i Finland fortsatt var lenger framme enn i Norge.

Det var to årsaker til besøket. Den første årsaken var at den norske regjeringen i 2014 kom med stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (2). Her står det følgende: «Regjeringen vil skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell



Bedre: Kommunehelsetjenesten i Finland har en mer vellykket samhandling og bedre ressursutnyttelse enn i Norge. Illustrasjon: Colourbox

«Det beste målet for helsetilstanden i en befolkning antas å være forventet levealder ved fødsel.»

som arbeider i flerfaglige team. Dette vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse».

Den andre årsaken var at fra 2016 har norske myndigheter bestemt at det skal opprettes øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene som et alternativ til

akuttinnleggelser i sykehus.

På begge disse områdene har Finland utviklet løsninger som har fungert godt siden 1972. Her har norske kommuner trolig mye å lære av Finland, og Vest-Åboland kommune kan være et eksempel.

INNSATS PÅ TO OMRÅDER. To innsatsområder har dannet grunnlaget for Finlands suksess på samhandling og bedre ressursutnyttelse i kommunehelsetjenesten:

- koordinert, omfattende og målstyrt primærhelsetjeneste
- et lokalsykehustilbud med øyeblikkelig hjelp-senger bemannet med primærmedisinsk kompetanse

FINANSIERING ER VIKTIGST.

Når det gjelder koordinert, omfattende og målstyrt primærhelse-





tjeneste, er det flere grunner til at norske helsemyndigheter kan lære av hva Finland har utviklet av ledelses- og driftssystemer på kommunenivå. Særlig gjelder det tre forhold: finansiering, struktur og faglig innhold. Alle tre er viktige, men det mest fundamentale er finansieringen. I Finland liksom i Norge er kommunehelsetjenesten skattefinansiert, men det er en viktig forskjell; i Finland står kommunen for den offentlige finansieringen, nøyte koplet opp mot planlegging og drift, og med felles linjeledelse av alle helsearbeidere inkludert legene.

ULIK LØNNSSYSTEM. I Norge er finansieringen todelt fordi legene har forhandlet seg fram til et separat lønssystem som er helt forskjellig fra det de øvrige helsearbeiderne lønnes etter. Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001, har leger i kommunene to inntektskilder: et fast basistilskudd og et variabelt beløp. Det faste basistilskuddet betales av kommunen og er på 421 kroner per listepasient per år. Det variable beløpet betales av staten og skal teoretisk sett utgjøre 75 prosent av den totale offentlige overføringen. I sum betyr dette at kommunene ikke har kontroll over en stor del av legenes inntektsstrøm. Kommunene i Norge kan imidlertid selv bestemme om de vil ha kommuneansatte leger med kommunen som arbeidsgiver og/eller næringsdrivende leger, som er sin egen arbeidsgiver, og som har en avtale med praksiskommunen. I kommuner med næringsdrivende leger får man dermed to typer helsearbeidere i samme organisasjon: legene som har en «friere stilling», og de andre helsearbeiderne med vanlig kommunal linjestyring. Det er innlysende at dette systemet kan medføre lokale faglige og administrative konflikter når det gjelder styring og ledelse, prioritering av pasienter, integrert tjenesteproduksjon og samarbeid. I Finland finnes det kun fast ansatte leger i kommunehelsetjenesten, og de er inkludert i et nasjonalt

lønssystem for kommuneansatte. Her finnes de nødvendige juridiske påbygningene for reaksjoner og sanksjoner fra ledelsen dersom legene ikke ønsker «å la seg lede».

SÆRINTERESSER I NORGE. Når målstyring og oppfølging av årsplaner er en hevdvunnen og gjennomarbeidet styringsform i Finland, framstår det kommunale helsevesenet som mer veldrevet, koordinert og kostnadseffektivt enn det norske. I Norge kan de næringsdrivende legene gjennom sin friere stilling lettere argumentere for sine særinteresser. De næringsdrivende legene er i stor grad også økonomisk uavhengige av den kommunale styringen siden de ikke er kommunale tjenestemenn.

KUNNSKAPSBASERT MEDISIN. Det andre punktet over omhandler en mer strukturert arbeidsdeling med basis i faste behandlingsopplegg for kroniske sykdommer. Det har skjedd en teknologisk utvikling på de fleste medisinske områdene og framvekst av kunnskapsbasert medisin. Med denne utviklingen er legeskunsten kommet i bakgrunnen og erstattet med kunnskapsbaserte behandlingsparadigmer. Dette har fått konsekvenser for utvikling av teamarbeid og andre typer arbeidsfordelinger i behandlingen av en rekke sykdommer, særlig de kroniske med langvarig kontroll- og behandlingsoppfølging. I Finland har sykepleiere og «hålsøvdare» i betydelig grad blitt involvert i pasientbehandling på et mer selvstendig grunnlag, noe som særlig er tydelig på HC-avdeling for ambulant sykdomsbehandling/poliklinikk.

VELLYKKET TEAMARBEID. På dagtid er poliklinikken i HC i Pargas bemannet med 9,5 leger og 6 sykepleiere. I tillegg har klinikken en stor resepsjon med god bemanning av hjelpepersonell. I behandlingsforløpet til en pasient arbeider sykepleier og lege i team der legen for eksempel ser pasienten hvert halvår, mens sykepleieren gjennomfører den foreskrevne behandlingen i tiden mellom

fastsatte legekontroller. Denne arbeidsfordelingen ser ut til å være vellykket ved diabeteskontroller, hjertesykdommer og koagulasjonsbehandling. Det samme gjelder ved flere sykdommer der laboratorieresultater og objektive målinger danner vurderingsgrunnlaget for den videre oppfølgingen sammen med samtale og undersøkelse.

Produksjonsstatistikken for HC i Pargas viser at legene på poliklinikken hadde 28 500 kontakter årlig eller omtrent 45 prosent av alle pasientkontakter. Dermed hadde sykepleierne med 35 500 kontakter en større andel av pasientkontak-

tenne. Denne statistikken viser at mye av arbeidet i poliklinikken er kontroller, og at teamarbeid i betydelig grad avlastet legene for mye av den rutinemessige oppfølgingen av

pasientene. På den måten kan legene prioritere andre arbeidsoppgaver der legekompetansen er viktigere, slik som nye henveler, uklare tilstander og øyeblikkelig hjelp i vanlig arbeidstid.

ØYEBLIKKELIG HJELP. Siden 1972 har HC hatt et døgnbemannet sengetilbud for øyeblikkelig hjelp-pasienter og andre pasienter. I dag er tilbudet i Pargas på 24 senger. I 2014 var liggetiden i gjennomsnitt ti dager, og i alt 52 prosent av pasientene var 80 år og eldre. Pasientomsetningen var 855 utskrivninger i 2014, og cirka 120 var pasienter som ellers ville vært innlagt i spesialistsykehus.

En rimelig antakelse er derfor at øyeblikkelig hjelp-avdelingen avlastet spesialistsykehuset med 120 av innleggelsene per år og opptar $120 \times 10 / 365$ dager = i gjennomsnitt 3,3 akutsenger gjennom året. Overført til norske forhold betyr dette at beregnet behov eller forbruk av kommunale akutsenger vil være $3,3 / 15\,500 \times 1000 = 2,2$ senger per

«I 2010 hadde Finland 300 leger per 100 000 innbyggere mot 405 i Norge.»

1000 innbyggere. Dette behovet er betydelig større enn det tilbudet som blir planlagt og gjennomført i Norge i 2016.

Effekten av dette tilbudet vil uansett være avhengig av dimensjoneringen og behandlingskompetansen i kommunene, derved vil presset på spesialistsengene være mindre i Finland enn i Norge.

SENETILBUDET VIKTIG. Det finnes også en langtidsavdeling i Pargas med 50 senger som ikke er samlokalisert med akutt- og rehabiliteringsavdelingen. Avdelingen hadde 70 innleggelser i 2014, det vil si en sirkulasjonsfaktor på 3,4 pasienter per seng per år, altså på linje med effektivt drevne langtidsavdelinger i sykehjem i Norge.

Hvis man ser sengetilbudet i Veståboland kommune under ett, var det 24 + 50 senger, og pasientomsetningen var 855 + 70 = 925 innleggelser per år. Dette betyr at kommunens tilbud er viktig for å redusere antall innleggelser i spesialistsykehusene. Det var 2300 slike innleggelser i 2014. Tilbudet av langtidsplasser i sykehjem eller «långvård» betyr ganske lite på grunn av lav sirkulasjon, mens tilbudet av akutt- og rehabiliteringsplasser betyr mer for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det utbyggingen av hjemmetjenestene som har størst betydning, både på boligsiden og i tjenesteproduksjonen. På dette området er ideologien den samme i Finland og Norge, og det krever at fastleger og hjemmetjenestene samarbeider på en god måte, og at fastlegene prioriterer de dårligste pasientene som ellers vil kreve sykehusinnleggelse.

FINSK ER BEDRE. For norske kommuner er det god grunn til å si: «Look to Finland», siden den finske kommunehelsetjenesten framstår som bedre ledet og samtidig mer kostnadseffektiv enn den norske. Nomesko-statistikken viser at det var 300 leger per 100 000 innbyggere i Finland, mot

405 i Norge i 2010. Videre brukte Finland 2986 euro per capita på helsetjenester, mens vi i Norge brukte hele 6065 euro (3).

FORVENTET LEVEALDER. Det beste målet for helsetilstanden i en befolkning antas å være forventet levealder ved fødsel. Forventet levealder er et resultat av levevilkår kombinert med helsevesenets tiltak for å forebygge og behandle sykdom. I 2010 var den levealderen 83,5 år for kvinner og fire år kortere for menn. Det bør være et tankekor for norsk helsevesen at Finland oppnår samme gode resultater for kvinner som i Norge til tross for at vi har dobbelt så høy ressursbruk og høyere levestandard. En nærliggende hypotese er at finsk helsetjeneste utnytter begrensede ressurser bedre enn vi gjør i Norge.

RETT BEHANDLING. Finsk kommunehelsetjeneste har enklere finansiering, bedre styring og ledelse og en mer systematisk samhandling mellom de ulike helseprofesjonene i kommunene enn den norske. Det er ikke nok å ha et stort tjenestetilbud; det må også legges til rette for at behandlingstilbudet blir tilpasset behovene og benyttet hensiktsmessig etter slagordet: «Rett pasient til rett behandling til rett tid». ●

REFERANSER:

1. Otterstad HK. Utbygging av distriktshelsetjenesten. Hvorfor har Finland lyktes? Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr.2, 1982.
2. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
3. Nomesko. Nordisk Medicinalstatistisk komite. 97/2012.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
fagartikler@sykepleien.no



Sykepleien er der du er!

Hold deg oppdatert og gjør Sykepleien til en naturlig del av hverdagen! Papirmagasinet kjenner du godt fra før, og med Sykepleiens app kan du lese magasinet på nettbrett uten nett-tilgang. Våre nettsider Sykepleien.no fungerer like bra på PC, nettbrett og mobil.

Følg med og del dine meninger med andre på vår Facebook-side.

Vi er her for deg!

Sykepleien



Kristin Jordal

Vil la studentene forme sin egen sykepleieridentitet

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Selve livet. Studentenes egne livserfaringer må inkluderes i sykepleieutdanningen, mener Kristin Jordal.

Så, hvorfor vil du egentlig bli sykepleier? Spørsmålet kan ha like mange svar som det finnes sykepleiere, og førsteamanuensis på sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Kristin Jordal, har hørt flere av dem enn de fleste.

– I høst har jeg lest 150 til dels svært åpenhjertige fortellinger fra det nye kullet. De kommer til studiet med et bredt erfaringsspekter som jeg mener det er viktig å få med i undervisningen.

Nylig disputerte Jordal for doktorgradsavhandlingen «'I'll make a damn good nurse' – A Qualitative Study of Coherence and Learning in Nursing Education», der nettopp forbindelsen mellom det personlige og profesjonelle hos studentene settes under lupen.

REFLEKSJONER OM LIVET. Gjennom dybdeintervjuer og deltakende observasjonsstudier har Jordal fulgt ni sykepleiestudenter tett for å se hvordan de skaper sammenheng mellom teoretiske og praktiske sider av utdanningen – og mellom utdanningens innhold og sitt eget liv.

– Det kom veldig tydelig frem at studentenes

individuelle erfaringer fra andre arenaer enn selve studiet, var svært viktige i prosessen med å skape seg en profesjonell identitet, sier Jordal.

Selv om personlige erfaringer og livshistorier er viktige også for mange andre yrkesvalg og studieretninger, tror hun faget sykepleie har sider ved seg som kan trigge dette i spesielt stor grad.

– Det er jo et yrke som aktiverer en del refleksjon om selve livet, påpeker hun.

– Det inviterer til etiske og humanistiske refleksjoner og utfordrer studentene til å tenke over spørsmål som «hvem er jeg?», «hva er sykepleie?» og «hva vil det si å være en god sykepleier?»

STØVSUGERSELGEREN SOM VILLE BLI SYKEPLEIER. En student Jordal intervjuet, trakk for eksempel linjen mellom sine erfaringer som støvsugerselger og valget av sykepleierutdanning. Han fortalte hva selgertilværelsen hadde lært ham om betydningen av å skape tillit. Hvor viktig det er ikke å presse seg på.

«Det er jo et yrke som aktiverer en del refleksjon om selve livet.»

En annen fremhevet hvordan hun hadde blitt inspirert av sin grandtantes innsats som sykepleier i Finnmark etter krigen, men også følelsen av hjelpeløshet hun kjente da en gutt hun var støttekontakt for, falt og skadet seg.

Jordal mener det er viktig at undervisningen

kartlegger, inkluderer og utnytter slike forbindelser som studentene opplever mellom det private og det profesjonelle – mellom teori og praksis.

VIKTIG Å SKAPE RELEVANS. Vårens og sommerens debatt om kvalitet og relevans i sykepleieutdanningens pensumlitteratur har ikke gjort tematikken i doktorgradsavhandlingen til Jordal mindre aktuell. Kritikken, spesielt fra litteraturkritiker og sykepleierstudent Kathrine Krøger, går blant annet ut på at fagspråket i enkelte lærebøker er en «tåkete hybrid», og at akademiseringen av et profesjonsfag som sykepleie skaper altfor stor avstand mellom teori og praksis.

Når Jordal hører studenter omtale enkelte fag som «luftfag», får hun bekreftet behovet for å skape mening og forbindelser.

– Det er viktig at lærerkreftene går tett på studentene og jobber med å skape relevans for dem i undervisningen. Det er vår oppgave å gi teorien en forankring som gir mening for hver enkelt.

NY STUDIEPLAN. I forbindelse med etableringen av Høgskolen Sørøst-Norge ble det utformet en ny studieplan for sykepleieutdanningen, der det tas større hensyn til perspektivene Jordal etterlyser.

Blant annet får nye studenter som sin første oppgave beskjed om å skrive ned hvorfor nettopp de ønsker å bli sykepleiere, derav de 150 historiene Jordal fordypet seg i i fjor høst.

– Vi lar dessuten studenter gjøre et livshistorisk intervju med en pasient i sin første praksisperiode, for å fange hva som er viktig i pasientenes liv. Slik dreier vi perspektivet fra studentenes



Livet selv: Doktorant og høyskolelektor Kristin Jordal er opptatt av å inkludere studentenes unike livserfaringer i undervisningen.

egne livshistorier over til pasientenes.

MASKULINE SYKEPLEIEHISTORIER. Ifølge Jordal risikerer flere sider ved studentenes selvskapingsprosjekter å falle utenfor både pensumlitteratur og undervisning. Ikke minst gjelder dette mannlige studenter.

– De mannlige studentene kan ha fortellinger og motiver som utfordrer det tradisjonelle omsorgssynet på sykepleie. Tidligere har mange sett på dette som et motsetningsforhold, men jeg mener at det ikke er det.

I arbeidet med doktorgraden la Jordal blant annet merke til hvordan de mannlige studentene brukte andre begreper når de snakket om omsorg og sykepleie. De snakket om «å kunne ro det i havn», «være forbaska gode

sykepleiere», «all round-sykepleie» og så videre. – Jeg mener det er en ensretting i hvordan vi snakker og skriver om omsorg og sykepleie.

«Vi må ta studentenes erfaringsgrunnlag på alvor.»

Menns omsorgsfortellinger kan utfordre disse normative og til dels feminiserte måtene å snakke om faget på, sier Jordal.

VIL BEGRENSE FRAFALLET. Det er en stor og økende interesse for å studere sykepleie, men

det er også et stort frafall under studiet, særlig det første året. Jordal tror en del blir overrasket over hvor teoretisk studiet er og over hvilke faglige krav som stilles.

– Derfor er det viktig å styrke forbindelsene mellom teori og praksis, mellom liv og lære, forbindelsene som faktisk er med på å gi studentene deres profesjonelle identitet.

Ifølge Jordal bærer dagens sykepleierutdanning i for stor grad preg av en forenklet forståelse av kunnskapsbasert praksis og et foreldet, tradisjonelt omsorgsperspektiv.

– Det personlige og prosessuelle ved læring kommer i bakgrunnen, hevder hun.

– Vi må ta studentenes erfaringsgrunnlag på alvor. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



MØTER DØENDE MED MODIG NÆRVÆR

Relasjonelt perspektiv. I møte med døende pasienter trenger sykepleiere mer enn teori- og prosedyrekunnskaper.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58051



Ellen Lykke Trier,
sykepleier
med master-
grad,
Peer Gynt
helsehus

Det overordnede målet for all palliasjon er god livskvalitet for pasient og pårørende (1).

Spørsmålet er imidlertid om vi har hoppet bukk over viktige forutsetninger for å nå målet, både i utdanningen av sykepleiere og i organiseringen av helsetjenestene til alvorlig syke og døende.

Dette skriver en etterlatt i et langt takkebrev vi fikk på Lindrende enhet ved Peer Gynt helsehus i Moss kommune:

«Først av alt, takk for at dere skapte trygghet for pappa. Takk for at hans stemme ble hørt, hans behov møtt og respektert og hans personlighet sett. Takk for at dere tok hensyn som var viktige for ham og oss. Takk at dere gav god informasjon, men mest av alt var ærlige og tilstede. Takk til dere som skapte bånd med ham som gjorde at han åpnet seg og snakket om det som lå ham på hjertet. Det var veldig sjeldent at pappa gjorde det med noen, og det var så godt for oss å vite at han snakket med dere (2)»

Brevet berørte oss ansatte fordi vi som team og enkeltpersoner opplevde at en utenforstående kom inn og så oss og satte ord på vår praksis på en måte som vi ikke hadde erfart tidligere. Brevet beskrev betydningen av alle de gode relasjonene som oppsto i avdelingen. I denne artikkelen ønsker jeg å utforske hva

personlig kompetanse og et relasjonelt perspektiv på palliativ omsorg og lindrende sykepleie kan bety. Brevet brukes til å illustrere poenger i artikkelen.

HVORDAN FORBEREDE SEG? I forordet til masteroppgaven «From scared to prepared?» skriver Camilla Hardeland om sin egen erfaring som livredd sykepleierstudent første gang hun var til stede ved et dødsleie. Hardelands praksiserfaring motiverte henne til å undersøke hvordan den norske sykepleierutdanningen forbereder studenter til palliativ omsorg. I konklusjonen påpekte hun en viktig mangel i dagens norske sykepleierutdanning, nemlig manglende oppmerksomhet på at studentens egenskaper er viktige i palliativ omsorg, slik som personlige erfaringer, holdninger til døden og egen dødsangst (3).

En av konsekvensene når sykepleiere ikke evner å møte døende og deres nærmeste, er handlingsvegring. I arbeidet med masteroppgaven snakket Kristin Aamold med sykepleiere i hjemmesykepleien om deres utfordringer knyttet til alvorlig syke kreftpasienter som ønsker å dø hjemme. Aamold oppsummerer: «Sykepleierne anså det som viktig at pasienten skulle ha noen å snakke med. Sykepleierne mente kvaliteten på sykepleien er avhengig av personlig og organisatorisk

kompetanse. På grunn av manglende kompetanse rundt de nære samtaler og pasientenes eventuelle behov for en samtale, beskrev sykepleierne handlingsvegring ...» (4, s. 2)

BRUKER «HELE MEG». I de snart 20 årene jeg har vært engasjert i og jobbet innfor fagfeltet palliativ omsorg, har jeg vært opptatt av hva som kjennetegner god sykepleie til alvorlig syke og døende og deres nærmeste. Hva er profesjonell lindrende sykepleie? Min egen erfaring er at jeg bruker «hele meg» i møte med døende og deres familie. Kunnskap om smerte- og symptomlindring er bare en liten del av det jeg har med meg. Greta Marie Skau skriver at profesjonell kompetanse er en kombinasjon av yrkesspesifikke ferdigheter (A), teoretiske kunnskaper (B) og personlig kompetanse (C) (5).

Yrkesspesifikke ferdigheter (A) vil for eksempel være god evne til å kommunisere både med pasienter og pårørende, vurdere og observere symptomer og kliniske endringer, kunne administrere smerte- og symptomlindrende behandling, gi god grunnleggende sykepleie som et godt stell, forebygge trykksår, osv.

Det teoretiske grunnlaget (B) favner vidt og handler blant annet om forståelse av døden sett i lys av vår tid og kultur. Her finner vi Cicely Saunders' utvikling av

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Palliativ omsorg utfordrer sykepleierens personlige kompetanse – det er ikke nok med gode teorikunnskaper og praktisk prosedyrekunnskap. Evnen til modig nærvær fordrer et reflektert forhold til døden og en personlig trygghet hos sykepleierstudenten/sykepleieren. Et relasjonelt perspektiv på palliativ omsorg stiller nye krav til organisering av palliative tilbud og til utdanning av fremtidens sykepleiere.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Palliasjon
- Død
- Samarbeid
- Pårørende

hospicefilosofien og begrepet «total pain» som bærebjelke for all palliasjon. Likeledes er betydningen av tverrfaglig samarbeid, kunnskap om kommunikasjon, mestring, håp, sorg og kriseteori inkludert i dette punktet. Teoretisk kunnskap omfatter selvfølgelig kunnskap om dødsprosessen, medikamentell behandling av smerter og andre plagsomme symptomer samt forståelse for spesielle palliative utfordringer knyttet til ulike diagnoser.

Men hva er det utover gode sykepleieferdigheter og teoretisk kunnskap sykepleieren bør ha av personlig kompetanse (C)?

«Takk at vi fikk bli kjent med dere alle. At dere ikke var så profesjonelle i jobben at dere ble fremmede, men mennesker vi lærte å sette pris på utover deres faglige dyktighet (2)»

Et menneske som skal dø, er mer enn en pasient med en alvorlig diagnose. Den unike personen som sykepleieren møter, skal fullføre sitt liv om noen måneder, uker eller timer og ta farvel med sine nærmeste. Det å følge mennesker på sitt mest sårbare krever at sykepleieren har evnen og muligheten til å senke tempoet. Sykepleieren må lytte med alle sine sanser for å finne ut hva som er viktig for akkurat han eller henne du har foran deg, akkurat nå. Evnen til ydmykhet oppøves; i møte med døden har ingen kontroll, ei heller medisinen eller sykepleieren.

De mange møtene jeg har hatt, både som sykepleier på Hospice Lovisenberg og på Lindrende enhet i Moss, med alvorlig syke og døende samt deres pårørende bekrefter stadig hva som er fundamentet for den gode sykepleien. I all sykepleie handler det om å oppnå tilitt og skape trygghet. Ikke minst er dette viktig når den syke og de nærmeste er på sitt mest sårbare. Sammen med den syke forsøker sykepleieren å hjelpe til med å finne et slags fotfeste og holde fast i et håp – ikke håpet om å bli frisk, men om gode dager, timer eller øyeblikk. Det handler om å tilrettelegge for opplevelser og samvær med dem som betyr noe for den syke, noe som gjerne kan inkludere et elsket kjæledyr.



Personlig: Sykepleier Lise-Lotte Trobe i samtale med pårørende og etterlatte Anett Kjøniksen på Lindrende enhet. Foto: Ellen Lykke Trier

«Takk også for at dere tok imot oss alle 4. Pappa, mamma, meg, men aller mest Vilja. Takk for at familien fikk være sammen på tross av 4 ben og pels. Takk for at dere inkluderte henne som det familiemedlemmet hun er for oss, og at hun var like velkommen som oss.

... takk Berit (hjelpepleier) for at du løftet Vilja til ansiktet til pappa den dagen han døde. (2)»

Sykepleieren må være ærlig og ekte – hvis ikke avslører den døende og de nærmeste oss med et skarpt blikk. Det kreves evne til modig nærvær (6) når dødsangsten rår, fortvilelsen over alt man skal forlate overvelder eller når sorgen over alt man ikke skal få oppleve er så altfor tung å bære. Det handler om evne til å lytte til den døendes fortellinger om livet slik det ble, med gleder, skuffelser og sorger. Det handler om ydmykhet overfor pasientens

dyrebare tid og respekt for det enkelte menneskes valg når tiden er knapp.

RELASJONELT PERSPEKTIV.

Trygve Wyller utfordret for en del år siden fagfeltet med å hevde at vi hadde vært bedre tjent med å innføre et relasjonelt perspektiv i motset-

«Sykepleieren må være ærlig og ekte.»

ning til det mer objektiverende medisinske tankegodset. Ved at sykepleieren ser seg selv i relasjon med den døende, forhindres at pasienten blir et objekt (7).

Som sykepleier har jeg til tider følt meg både «naken» og sårbar i møte med døende. For hva kan jeg

som sykepleier egentlig tilføre? Det er jo den andre som kjenner hvordan døden tar tak i kroppen og preger livet. Jeg er tilskuer, men blir deltaker i møte med den døende i en erkjennelse av vår felles menneskelige sårbarhet. Den andres død aktiverer min bevissthet om at jeg også har begrenset tid, jeg skal også dø (7). Wyller har et poeng; et deltakerperspektiv kan gjøre oss til bedre hjelpere for alvorlig syke og døende.

STANDARDISERING. Begreper som i dag dominerer fagfeltet er «standard for palliasjon», «behandlingslinjer for palliasjon», «symptomkontroll» og et nyere begrep jeg har lagt merke til: «palliator». Sykepleiere undervises i ulike smerte- og symptomkartleggingsverktøyer og standardiserte tiltaksplaner som for eksempel ESAS, MOBID 2, LCP – nå





«Livets siste dager» (8). Bruk av skjemaer er ingen garanti for at den lindrende omsorgen blir god, eller for at pasienter og pårørende føler seg godt ivaretatt eller opplever god livskvalitet.

Min erfaring er at ingenting er mindre standardisert enn det å møte mennesker som skal dø.

PERSONLIG KOMPETANSE. Det handler mer om kunst og finfølelse og et samarbeid der vi sammen lytter til pasientens fortelling. Da kan vi finne nøkkelen til hvordan vi som tverrfaglig team best mulig kan hjelpe. Det er forsket mye på medikamentell smerte- og symptomlindring. Samtidig er begrepet «total pain» helt sentralt i palliativ omsorg og medisin (11). Vi må se alle fasettene (fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt) ved den enkeltes smerte og symptombilde i lys av personens levde liv og historie og den aktuelle situasjonen.

Når man fokuserer på det relasjonelle perspektivet, kommer spørsmålet om hvilken personlig kompetanse sykepleieren må ha for å kunne gi omsorg til den døende og de pårørende.

Skau skriver: «Mens de to andre aspektene ved profesjonaliteten handler om allmenne og yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter, handler vår personlig kompetanse om den vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre. Den handler dermed også om hvem vi lar andre få være i møte med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan. Våre verdier og holdninger, vår bevissthetsgrad, vår personlige modenhet og vårt menneskesyn inngår i vår personlige kompetanse, sammen med egenskaper som varme og empati, engasjement og forståelse, følsomhet og indre styrke.» (5, s. 61)

Et sitat til fra takkebrevet:

«Takk for at dere så oss i øynene når dere snakket med oss, og tok dere tid. Takk for at dere aldri var påtrengende, men alltid tilstede. Takk for at dere har gitt oss gode minner på et sted vi gruet for å være. Fordi dere gikk med oss den vanskeligste tiden vi har hatt, og gav av dere

selv. På en helt unik måte hver og en av dere. En med humor og latter, en med visdom, en med kvikke kommentarer, en med ro og rom for hverdag, en med ekstra faglig tyngde, en med trygghet og stødighet, en med oppmuntring og humor ... men alle med smil, integritet, vennlighet og en sjelden, varm omsorg.» (2)

Alle sykepleierne på Lindrende enhet er godt voksne, erfarne sykepleiere med videreutdanning i palliativ omsorg. Skau påpeker at det tar tid å utvikle personlig kompetanse, og det er dessuten vanskelig å telle, måle eller veie kvaliteten på den personlige kompetansen, som for eksempel menneskelig dybde, visdom, erfaring, intuisjon eller integritet (5).

UTDANNINGEN. Camilla Harde land undersøkte norsk sykepleierutdanning og konkluderte med at det bør utarbeides et felles utdanningsprogram i palliativ omsorg for bachelorstudenter (2). Dette programmet skulle gjentas flere ganger i løpet av bachelorutdanningen. Blant annet studentens personlige kvaliteter, holdninger til døden og dødsangst skulle tematiseres.

Som sykepleiere vil de fleste av oss møte døden enten det er i hjemmesykepleien, på fødeavdelingen, på kirurgien, i mottaket, i psykiatrien, på medisinsk post eller på sykehjem. Jeg synes det er særdeles viktig å forberede sykepleiestudentene godt på denne delen av sykepleien. Sykepleieres egen dødsangst og behov for å skyve temaet til side kan igjen medføre at vi som sykepleiere ikke klarer å møte behovene til den alvorlig syke eller døende, og at vi stilltiende samtykker i å opprettholde nytteløs behandling eller lider av handlingsvegring (4).

MENINGSFYLT LIV. Tuva Sandsdalen har sammen med forskerkolleger gjort en stor internasjonal oppsummerende studie med et brukerperspektiv på palliativ omsorg. Studien viser at støtte og hjelp til å få leve et mest mulig meningsfylt liv var det viktigste for pasienter i palliativ fase (9). Pasientene trengte en palliativ omsorg som fungerte

som et støttende system rundt dem. Både personalets tilnærming, selve omsorgsmiljøet og organiseringen av hjelpetilbudet var viktig for pasientenes opplevelse av mening og livskvalitet (9).

De siste ti til femten årene ser vi at alvorlig syke og døende i stadig større grad sendes som «pakkepost» mellom de ulike helsetjenestenivåene og helsetilbudene her i landet

(10). Mange pasienter jeg har møtt, har vært urolige og uttrykker redsel – ikke for døden, men for å bli skrevet ut fra både korttidsposter på sykehjem og sykehusavdelinger. Med det laveste tallet på hjemmedød i Europa vet vi at mange som ønsker å dø hjemme, ikke har de trygge rammene rundt seg som de trenge for å få det til.

KONSEKVENSER AV NY NOU.

Hvis vi tar det relasjonelle perspektivet på alvor og ser det som betydningsfullt, hvordan bør vi da organisere helsetjenestene til alvorlig syke og døende? Hvordan kan vi etablere praksiser som stemmer mer overens med ønskene og behovene til de døende og deres nærmeste? Og hvordan kan vi utforme fremtidens utdanningsprogram for sykepleiestudenter slik at deres personlige kompetanse og holdninger til døden tas hensyn til, og evnen til modig nærvær oppøves?

I mai 2016 oppnevnte regjeringen et nytt offentlig utvalg som skal utrede og legge føringer for fremtidens palliative omsorg og behandling i Norge. Det blir spennende å se hvilke perspektiver som blir vektlagt i den nye NOU-en, og hvilke anbefalinger som vil bli gitt både for organiseringen av det palliative tjenestetilbudet og for innholdet i fremtidens sykepleierutdanning. ●

«I møte med døden har ingen kontroll.»

REFERANSER:

1. WHO og EACPs definisjon av palliasjon: Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/Linnledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon> (Nedlastet 19.06.2016).
2. Brev fra etterlatt mottatt av personale på Lindrende enhet, Peer Gynt Helsehus i 2015. Brevskriveren har godkjent bruk av brevet og lest artikkelen. Navn og andre opplysninger som kan identifisere pasient eller brevskriver, er forandret.
3. Harde land C. From scared to prepared? Masteroppgave ved UiO, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Oslo, 2009.
4. Aamold K. Den alvorlige kreftsyke pasient. Masteroppgave ved UiO, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Seksjon for sykepleievitenskap, Oslo, 2013.
5. Skau GM. Gode fagfolk vokser. Cappelen Akademisk Forlag, 1999.
6. Hospice Lovisenberg. Unik kompetanse og modig nærvær. 20-års jubileumskonferanse, 2014. Tilgjengelig fra: www.lds.no/media/1427/årsrapport-hospice-lovisenberg-2014.pdf (Nedlastet 19.06.2016).
7. Wyller T. «Eier du ikke skam i livet?» Hospicespråket mellom blottelse og snerpethet. I: OMSORG nr. 1/2003 (62–66). Fagbokforlaget, Bergen, 2003.
8. Oslo universitetssykehus. Tilgjengelig fra: www.palliasjon.no (Nedlastet 19.06.2016).
9. Sandsdalen T, Hov R, Høye S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patient's preferences in palliative care: a systematic mixed studies review. *Palliative Medicine* 2015;29(5):399–419.
10. Trier EL. Døden på flyttefot. Kronikk i Halden Arbeiderblad 25.09.2013.
11. Clark D. History and culture in the rise of palliative care. I: Payne S, Seymour J, Ingleton C. *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice*, 2. utg. Open University Press, 2008.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



Knut Magne Kolstadbråten

Kan ikke feile

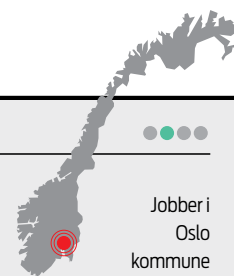
Fortalt til **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1997

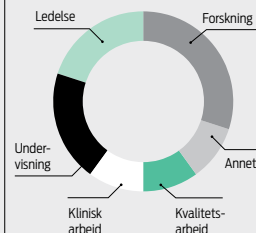
CV

2007: Videreutdanning i anestesisykepleie
2015: Master i sykepleievitenskap
2016–: Leder for traumekoordinatorer på Ullevål, Oslo universitetssykehus



Jobber i Oslo kommune
60°N

Når jeg jobber, driver jeg med ...



Hver gang traumealarmen går, slipper 15 mennesker det de har i hendene og stiller i mottak. Det er mitt ansvar at de vet akkurat hva de skal gjøre.

Jeg er leder for traumekoordinatorer. Jeg lærer opp alle i traumeteamet, underviser, observerer og veileder.

Hvert år kommer 2 000 traumer til Ullevål. Det betyr at alarmen går flere ganger hver dag. Døgnet rundt er leger, sykepleiere, radiografer og bioingeniører organisert i traumeteam. Kommer det ett traume, tilkalles ett team. Kommer et traume til, tilkalles et nytt. Hvert team følger sin pasient til han eller hun er på intensiv, til operasjon eller i verste fall dør i mottak. I alt 400 personer er involvert.

Traumebehandling handler mye om logistikk. Hver enkelt har egne, spesialiserte oppgaver. Det er som Pit stop i Formel 1. Når noe er galt med en Formel 1-bil, har én ansvar for å bytte hjul, én for å sjekke olje. Når tid betyr liv og død, er det ikke tid til å diskutere. Derfor er alt lagt opp trinnvis. For eksempel hvis anestesisykepleier ikke får lagt venekanyler, trinn 1, er det på forhånd bestemt hva som er trinn 2, trinn 3 og trinn 4, slik at vi alltid vil nå frem.

Første gang jeg var i traumeteamet, kjente jeg på at jeg måtte prestere. Det er ikke rom for å feile. Konsekvensene for pasientene er så store. Samtidig opplevde jeg mestring. Man jobber supersentrert og målrettet. Og når vi lykkes, er det en så god følelse.

Hver morgen har vi traumevisitt. Da går vi gjennom nye traumer og de som ligger inne på ulike poster. Vi følger med på komplikasjoner, slik at vi kan vurdere om vi bør gjøre ting annerledes. Vi har ulike forskningsprosjekter for stadig å forbedre jobben vi gjør.

Ullevål er gode på traumer. Da innsatsen etter 22. juli ble evaluert, var konklusjonen at vi reddet flere enn man kunne forvente. Folk stilte opp. Det kjennetegner Ullevål litt. Alle kjenner hverandre, og vi er stolte over jobben vi gjør.

Det hender dessverre at pasienter dør. Der og da er det tøft.

Samtidig vet jeg at de kunne ikke fått bedre behandling enn her hos oss. Det gjør at man takler at noen dør. •

nina.hernes@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



Koordinatorer: Knut Magne Kolstadbråten ser til at logistikken fungerer i traumebehandlingen.



Vitenskapelige artikler på sykepleien.no

Nylig publisert. På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelle-vurderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter.

Sammendrag:



Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre

Bakgrunn: Forekomsten av underernæring blant eldre på sykehjem og hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, ligger henholdsvis mellom 30–60 prosent og 2–10 prosent. Hvis man avdekker risiko for underernæring tidlig, kan man iverksette ernæringsbehandling og dermed forebygge underernæring. Det er imidlertid uklart hvilke screeningverktøy som er egnet til å avdekke denne risikoen i de to gruppene av eldre pleietrengende.

Hensikt: Å identifisere screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre bosatt i langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleie, ved å oppsummere hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet.

Metode: Systematisk litteraturstudie. Søkene ble gjennomført i 2014 i databasene MEDLINE, Cinahl, Ovid Nursing of Food Science Source, PubMed, Embase og The Cochrane Central Register of Controlled Trials. I tillegg ble det gjennomført håndzoek.

Resultat: Det ble funnet fire ulike screeningverktøy – MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI – fordelt på ni valideringsstudier. MNA-SF var validert flest ganger (fire studier), og både sensitivitet og spesifisitet var høy. MST var validert i én studie med moderat spesifisitet. De andre verktøyene viste moderat validitet. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte anvendbarheten av verktøyet.

Konklusjon: Fire screeningverktøy var validert i de to gruppene av pleietrengende: MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. MNA-SF var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko i begge gruppene, men mer forskning er nødvendig.

Forfattere:

Anne Karine Gjerlaug,
Gunn Harviken, Solveig
Uppsata og Asta Bye



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjenesteterrang

Bakgrunn: Pårørendes støtte har betydning for hvordan hjemmeboende personer som har hjertesvikt, mestrer sykdommen og hverdagen. Støtte fra pårørende kan også påvirke utfallet av sykdommen og redusere sykehusinnleggelser. Den sentrale rollen som pårørende er tiltenkt i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, gjør det nødvendig for ansatte å ha kunnskap om pårørendes erfaringer og behov.

Hensikt: Å få kunnskap om hvilke erfaringer og oppfatninger pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt har når det gjelder behov for kunnskap, støtte og samarbeid med helsepersonell.

Metode: Studien har et utforskende design med individuelle intervjuer av 19 pårørende, som ble rekruttert via hjertesviktpoliklinikker og hjemmesykepleien. Intervjuene ble transkribert og strukturell innholdsanalyse gjennomført – først av det enkelte intervju og deretter på tvers av alle.

Hovedresultat: Tre hovedtemaer ble avdekket:

- 1) Pårørende involverte seg i sykdomssituasjonen og var ansvarsvillige og vitebegjærlige.
- 2) Pårørende erfarte uklare ansvarsforhold og manglende informasjonsflyt.
- 3) Tilgjengelige og kompetente støttespillere i helsetjenesten var betydningsfullt.

Konklusjon: For at pårørende skal kunne være en ressurs slik de selv ønsker og som de er tiltenkt, må de få relevant informasjon og involveres som sentrale samarbeidspartnere. Økt satsing på samhandling og kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten har potensial i seg til å bedre situasjonen for hjertesviktpasienter og deres pårørende.

Forfattere:

Kirsti Lauvli Andersen,
Anita Strøm, Kari
Korneliussen og May
Solveig Fagermoen



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag:

Ny app kan gi ernæringsstøtte til hjemmeboende eldre

Bakgrunn: Risiko for underernæring er et veldokumentert problem hos hjemmeboende eldre, og det ble undersøkt om nettbrett kan åpne for nye måter å forebygge ernæringsmessig risiko. Derfor ble APPETITT utviklet – en applikasjon om ernæring som viser matretter, gir mulighet for registrering av mat- og drikkeinntak og varsler når det er tid for måltid.

Hensikt: Å undersøke om applikasjonen var tilstrekkelig tilpasset eldre med liten erfaring med nettbretteknologi, og om den kunne bidra til oppmuntring og orientering om måltider og kosthold.

Metode: En pilotstudie ble gjennomført våren 2014, der fire eldre brukte APPETITT i fire uker. Data ble innhentet gjennom fokusgruppeintervju, og informantene demonstrerte hvordan de brukte APPETITT.

Resultat: Informantene brukte APPETITT daglig og syntes den var enkel i bruk. Bildene av matrettene inspirerte og påvirket i noen grad hva informantene spiste i testperioden. To av informantene mente rapportering av mat og drikke bidro til økt bevissthet om kosthold, mens to av informantene ikke så behov for funksjonen slik den var utformet i prototypen. Pilottesten avdekket at varslingsfunksjonen ikke fungerte som planlagt; kun én informant hadde lagt merke til varslingen.

Konklusjon: APPETITT kan inspirere til variasjon i kostholdet og øke oppmerksomheten om måltidsvaner. Eldre brukere med lite IT-erfaring kan bruke APPETITT. I den videre utviklingen bør det legges vekt på flere muligheter til å kunne tilpasse applikasjonen individuelt.

Forfattere:

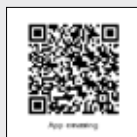
Caroline Farsjø og
Anne Moen



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag:

Bruk av videokommunikasjonsteknologi i hverdags- og/eller telerehabilitering

Bakgrunn: Andelen eldre øker i befolkningen og vil i overskuelig framtid utgjøre den delen av befolkningen som vil ha de største behovene for kommunale tjenester. Videokommunikasjon (VK) brukt i sammenheng med hverdagsrehabilitering eller telerehabilitering kan lette tilgangen til pleiepersonellet i en kommune og kan gjøre brukere i stand til å bo lenger hjemme.

Hensikt: Ved å velge perspektivet til bruker, pleiepersonell og organisasjonen er hensikten å presentere kunnskap som kan overføres og anvendes av norske kommuner for å ta i bruk videokommunikasjon og hverdagsrehabilitering i primærhelsetjenesten.

Metode: Scoping review med søk i databasene CINAHL, Science Direct og PubMed. Analyse av elleve empiriske studier.

Hovedresultat: Litteraturstudien viser at eldre brukere (+ 65 år) i hovedsak er tilfredse med hjemmebaserte rehabiliteringstjenester der VK-teknologi er brukt. Fra et arbeidsgiverperspektiv bør man ta høyde for at ikke alle blant pleiepersonellet vil være positive til denne typen tjenester, selv om mange studier også viser relativt stor tilfredshet i forannevnte gruppe. Det er essensielt at nødvendig opplæring gis til brukere og pleiepersonell før kommuner etablerer slike tjenester.

Konklusjon: Flere kommuner bør prøve ut VK-teknologi i sammenheng med hverdags- eller telerehabilitering. Mer forskning er nødvendig for å kartlegge om denne typen tjenester vil fungere like godt i Norge som man har erfart i utlandet.

Forfattere:

Ralf Kirchhoff og
Helen Berg



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Reservasjonsrett. Utdanningen vil unngå at studentene har feil forventninger til hva man som sykepleier kan reservere seg mot.

Student vil ikke servere svinekjøtt



Fakta

**Elisabeth
Sveen
Kjølsrud**

Leder i Rådet for
sykepleieetikk

Rådet for sykepleieetikk har denne våren mottatt en henvendelse fra en utdanningsinstitusjon med et spørsmål som jeg tenker kan ha allmenn interesse.

Saken omhandler en sykepleiestudent som er muslim og som er student på bachelor i sykepleie. I studentens første praksis i kommunehelsetjenesten kom det frem at studenten ønsker å reservere seg mot å servere matvarer som inneholder svinekjøtt til beboerne. Det samme gjelder alkoholholdige drikkevarer.

ØL, VIN OG SVIN. På sykehjemmet der studenten nå er i praksis, tilbys hjemmebrygget øl på søndager, og av og til vin og øl. Dette ønsker ikke studenten å servere og begrunner standpunktet med at han ikke ønsker å være i kontakt med svinekjøtt og alkohol grunnet sin bakgrunn og religion.

Gjennom samtale med praksislærer og kontaktsykepleier kommer det frem at studenten ønsker at det legges til rette for at kolleger serverer beboere/pasienter mat med svinekjøtt til de ulike måltider når han er på jobb. Det er ikke et alternativ for studenten å bruke hansker når han serverer, slik at han ikke kommer i kontakt med svinekjøtt.

Praksisstedet hvor studenten er og kontaktsykepleier har tatt opp at de synes dette er vanskelig. De kan tilret-

te av refleksjon rundt utfordringene som saken bringer. I refleksjon er studentens svar at han kan utdanne seg til sykepleier selv om han ikke serverer svinekjøtt.

SYKEPLEIENS VERDIER. Rådet for sykepleieetikk behandlet denne saken i møtet. Vårt svar, hvor vi tok utgangspunkt i refleksjonsmodell, var at det å servere og tilberede mat til pasienter og beboere anses som en del av sykepleieres oppgaver. Høyskolen er forpliktet til å utdanne og danne sykepleiere slik at de bygger sin etiske praksis på sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Sykepleiens grunnlag: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.» Autorisasjon omfatter dette grunnsynet.

BERØRTE PARTER OG VERDISYN. Berørte parter i denne saken blir utdanningsinstitusjonen ved høyskolean-svarlig lærer, som i dette dilemmaet bør rangeres som den mest sentrale part sammen med studenten.

Utdanningsinstitusjonen kan ikke utdanne studenter til en praksis som er på kollisjonskurs med sykepleiens profesjonsetikk. Utdanningsinstitusjonen bør heller ikke utdanne noen til forventninger om reservasjonsrett som faller utenfor gitte rettigheter til å reservere seg. Matservering som består av alminnelig norsk mat gir ikke og bør ikke gi rett til reservasjon. Religionsfrihet og respekt for livssyn, i denne sammenheng muslimsk tro, omfatter ikke matservering og er derfor ikke et omforent relevant argument i denne saken.

Denne saken handler, slik Rådet forstår det, mest om hvorvidt det kan være uetisk for utdanningsinstitusjonen å legge til rette for særvilkår som kan gi denne studenten store problemer i fremtidig yrkesliv. Rådet for sykepleieetikk synes det er prisverdig at praksisfeltet løfter opp saken og tar sitt dannelsesansvar på alvor.

«Religionsfrihet og respekt for livssyn, i denne sammenheng muslimsk tro, omfatter ikke matservering.»

telegge for studenten i denne praksisperioden, men sier det hadde blitt svært problematisk å ansette en sykepleier med tilsvarende krav. Det stilles spørsmål ved om studenten kan bestå sin praksis når han viser liten grad

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

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

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2016.58072

RÅDETS ANBEFALINGER. I henvendelsen vi har fått går det frem at studenten viser liten evne til refleksjon omkring sin praksissituasjon. På bakgrunn av studentens holdninger bør studenten få tilbud om modig og tydelig etisk refleksjon. Forventninger bør avklares hvor studentens holdninger og personlig evne til empati bør inngå.

«Studenten bør få tilbud om modig og tydelig etisk refleksjon.»

Det bør komme frem at studentens forventninger ikke er forenlige med krav til høyskolens utdanningsforpliktelser og norsk sykepleiepraksis. Sykepleierens forpliktende verdier er sykepleiens grunnlag, og skolen bør basere sin veiledning på disse verdiene. ●



Sykepleien APP

Se mer:

På Sykepleiens app for nettbrett finner du utgaven «Etikk for sykepleiere» med alle tekstene fra denne spalten fra 2013-2015.



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





ANESTESIVEDLIKEHOLD TIL BARN

Like bra. Studien viste ingen forskjeller, verken i sikkerhet eller kvalitet, på gassanestesi og intravenøs anestesi.

KLINISK STUDIE:

Artikkelen bygger på
70% praksis
30% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58055



Bente Gjerholm, spesialsykepleier i anesthesiologi, Avd. for anestesisykepleie, Oslo universitetssykehus



Ingebjørg Syverud, spesialsykepleier i anesthesiologi, Avd. for anestesisykepleie, Oslo universitetssykehus



Tor Erik Anderssen, overlege, Avd. for anesthesiologi, Oslo universitetssykehus



Johan Ræder, professor, Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Oslo

Mens barneanestesi tidligere stort sett betydde innledning og vedlikehold med halotan og lystgass via maske, har utviklingen de seneste tiårene gitt oss en rekke nye legemidler og muligheter. Vi har erstattet halotan med sevofluran, som gir en raskere innsettende effekt ved inhalasjon, mindre larynxspasme og raskere oppvåkning enn tidligere (1). Det er også blitt vanlig å supplere med intravenøst opioid for å minke dosen av anestesimiddel og sikre at barnet har god smertelindring etter oppvåkning. Ved behandling med lokalbedøvende plaster på huden kan vi alternativt legge inn intravenøs kanyler på våkent barn uten ubehag og innlede anestesi sikkert og hurtig med det intravenøse sovemiddelet propofol (2).

For å vedlikeholde anestesen kan man uavhengig av innledningsmetode velge enten inhalasjonsanestesi med sevofluran eller infusjon av propofol – begge supplert med opioid.

VALG AV ANESTESIMETODE. Med flere valgmuligheter dukker også diskusjonen opp om hva som er beste metode, herunder å avveie sikkerhet, forventede bivirkninger og effekt opp mot hverandre.

Inhalasjonsanestesi med sevofluran er lett å styre, gir mindre larynxspasme samt mindre behov for assistert ventilasjon og raskere

umiddelbar oppvåkning enn propofol (3). Propofolanestesi gir bedre beskyttelse mot postoperativ kvalme og mindre forekomst av uro og forvirring ved oppvåkning. De fleste undersøkelsene som sammenlikner propofol med sevoflurananestesi har imidlertid vært gjort med sevofluran til både innledning og vedlikehold (3, 4); mens vi rutinemessig bruker propofol til innledning av alle barneanestesi.

«Bruk av premedikasjon kan trolig sløyfes i mange tilfeller og bare brukes ved behov.»

Hensikten med denne studien var å sammenlikne kliniske resultater, sikkerhet, bivirkninger, foreldretilfredshet og effektivitet ved å vedlikeholde anestesi med enten sevofluran eller propofol, etter standard intravenøs propofol- og opioidinnledning.

STUDIENS METODE. Denne prospektive, randomiserte og delvis dobbeltblindete studien var godkjent av Regional etisk komité (REK)

i 2004. Til studien ønsket vi å rekruttere elektive, ellers friske (ASA I eller II) gutter i alderen ett til åtte år. Barna skulle opereres dagkirurgisk for ensidig fiksering av testikkel (orkidopexi) på dager anestesiteamet hadde kapasitet til å gjøre forsøk. Eksklusjonskriterier var kjent allergi for noen av de planlagt brukte medisinene eller foreldre som ikke kunne kommunisere godt på norsk.

En av anestesisykepleierne som deltok i studien (BG eller IS), kontaktet foreldrene til aktuelle barn på operasjonsprogrammet dagen før operasjonen. De fikk da muntlig informasjon samt avtale om ny muntlig og skriftlig informasjon ved oppmøte dagen etter før de måtte bestemme seg for om barnet skulle delta eller ikke. Ved å signere et samtykkeskjema sa de seg enige i å delta i studien.

ANESTESIMIDDEL. Barn som skulle delta i studien, fikk satt på lokal-anestesiplaster (EMLA) på begge håndryggene én time før planlagt anestesinnledning, og de fikk peroral premedikasjon med midazolam-mikstur (Dormicum) 0,5 mg/kg inntil maksimalt 12,5 mg.

Anestesi ble innledet med barnet på foreldrenes fang. Barna fikk anlagt intravenøs venekanyler på den ene håndryggen. Alle barna fikk alfentanil 15–20 mg/kg og propofol 3–4 mg/kg som intravenøs

Fakta

Hovedbudskap

Studien ble gjort fordi vi ønsket å se i praksis om det var mer kvalme eller smerter ved vedlikehold med gassanestesi versus intravenøs anestesi med propofol. Vi fant ingen signifikante forskjeller.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Anestesi
- Sykepleie
- Barn
- Kvalme
- Smerter

Tabell 1: Anestesivedlikehold til barn. Demografiske og numeriske data

Angitt for hver gruppe for hver variabel: mean – standarddeviasjon (range) hvis ikke annet er angitt.

* Totalt antall registreringer/svar kan være lavere for de enkelte variablene på grunn av manglende data.

Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for noen variabler.

	Gruppe S (n = 19*)	Gruppe P (n = 19*)	Kommentar
Alder (år)	2,7–1,2 (1–5)	2,8–2,1 (1–8)	
Vekt (kg)	15–4,0 (10–22)	15–7,3 (8–37**)	** en outlayer drar opp
Tid fra midazolam gitt til anesthesiinnledning (min)	29 – 9,2 (19–48)	24 – 9,1 (10–50)	
Tid fra start anestesi til LMA satt inn vellykket (min)	3,4 – 1,1 (1–5)	3,7 – 2,7 (1–10)	
Tid fra start anestesi til start kirurgi (min)	11 – 2,8 (6–18)	11 – 4,3 (6–23)	
Total dose alfentanil	230 – 62 (150–350)	290 – 210 (40–1000**)	** en outlayer drar opp
Total dose propofol (mg)	113 – 13 (80–180)	313 – 61 (160–480)	
Total dose fentanyl (mikrog)	31 – 9,1 (20–50)	39 – 20 (20–100)	
Total dose paracetamol (mg)	540 – 140 (375–750)	530 – 220 (250–1000)	
Mean sevofluran endetidal konsentrasjon (kPa)	2,5 – 0,44 (2–33)	n.a.	
Puster når (i forhold til anestesistart) (min)	32 – 8,6 (9–46)	23 – 12 (0–40)	
Kirurgivarighet (min)	25 – 9,5 (2–40)	26 – 4,4 (16–39)	
Larynksmaske (LMA) ut i forhold til kir.slutt(min)	÷ 3,2 – 3,3 (÷ 11 – 4)	÷ 3,8 – 4,5 (÷ 19 – 1)	
Apnévarighet etter LMA ut (min)	0	0,03***	*** 1 pasient apné i 30 sek
Ut op.stue (min etter kir.slutt)	3,1 – 2,3 (0–8)	5,2 – 5,1 (0–21)****	**** Én etter 12 min, én 21 min, resten < 10 min
Bupivakaininfiltrasjon i såret totaldose, mg	3,3 – 2,6 (0–11)	2,8 – 1,5 (1–6)	
Kontaktbar (min etter kir.slutt)	57 – 51 (3–155)	71 – 47 (0–155)	
Øyne opp (min etter kir.slutt)	56 – 52 (3–155)	71 – 47 (0–155)	
Første bevegelse (min etter kir.slutt)	55 – 53 (1–155)	55 – 49 (0–155)	
Adekvat våken (min etter kir.slutt)	110 – 57 (16–210)	91 – 35 (45–155)	
Sitte alene (min etter kir.slutt)	146 – 37 (51–210)	180 – 53 (95–300)	
Drikke/spise (min etter kir.slutt)	160 – 57 (51–210)	160 – 78 (72–350)	
Ketorax, mg, mean dose post.op.	0,5 – 0,7 (0–2), 8 fikk	0,28 – 0,47 (0–15) 6 fikk	
Utskrevet (min etter kir.slutt)	260 – 65 (150–350)	270 – 56 (200–390)	

anesthesiinnledning, supplert med fentanyl 1–2 mikrog/kg intravenøst. Etter innsovning fikk barnet anlagt larynksmaske og ble normoventilert med ventilator med 50 prosent oksygen i lystgass. En forseglet konvolutt med randomiseringskode ble åpnet, som anga hvorvidt vi skulle foreta videre vedlikehold av anestesi med enten propofol 6–10 mg/kg/time ved infusjon (gruppe P) eller sevofluran 2–4 prosent endetidal (gruppe S). Da vi skulle avslutte inngrepet (siste sting satt), skrudde vi av alle anestesimidlene, og barnet fikk infiltrasjon i og rundt såret med bupivakain 2,5 mg/ml, opptil 10 ml totalt, samt rektal stikkpille med paracetamol 40 mg/kg.

«Begge anesthesimetodene fungerte godt hos denne pasientgruppen.»

INTERVJU ETTER OPPVÅKNING.

Etter at kirurgien var avsluttet og barna pustet spontant, fjernet vi larynksmasken. Barna ble overflyttet til oppvåkningsavdelingen. Her ble de observert av personale som ikke kjente til valg av anestesivedlikehold. Ved smertereaksjon VAS > 3 (visuell analog skala 0–10, bedømt av sykepleier) fikk barna ketobemidon 0,1 mg/kg intravenøst (Ketorax), som eventuelt kunne gjentas.

Etter at vanlige utskrivingskriterier var oppfylt, ble barna skrevet ut til hjemmet med beskjed om å bruke paracetamol 20 mg/kg rektalt fire ganger i døgnet de første én til to dagene, og deretter ved behov. Dagen etter ringte en av undersøkernes til foreldrene for å foreta et strukturert intervju med avkryssing av svaralternativer.

DATAANALYSE. Deretter aidentifiserte vi dataene fra undersøkelsen og overførte dem til et regneark, som





deretter ble importert for statistisk beregning i SPSS-programvare. Vi benyttet Students' t-test for parametriske variabler, Mann-Whitney-test for ikke-parametriske variabler samt kji-kvadrattest for enkelte 2 x 2 tabeller. Vi anså en P-verdi under 0,05 som statistisk signifikant.

DELTAKERNE. Vi spurte 38 foreldre og barn fortløpende om å delta i studien. 36 takket ja og ble inkludert i studien, med 18 i hver gruppe. Demografiske variabler og forhold knyttet til operasjon og medikasjon er listet opp i tabell 1 (forrige side). Tabell 2 inneholder sikkerhets- og kvalitetsdata.

RESULTATER. Begge anestesimetedene fungerte godt hos denne pasientgruppen. Det var ingen alvorlige hendelser eller bivirkninger. Det var få signifikante forskjeller i perioperative variabler mellom de to gruppene. I sevoflurangruppen tok det lengre tid å gjenvinne spontanventilasjon etter innledning (mean 32 versus 3 min, $P > 0,05$). I propofolgruppen hadde barna lavere O₂-metning etter innsettelse av larynksmaske enn gruppen med sevofluran (90 prosent versus 98 prosent).

For øvrige variabler var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, og data kan slås sammen for de fleste registreringer ($n = 36$ pasienter): 33 barn (92 prosent) var rolige under anesthesiinnledning, larynksmaske ble innsatt på første forsøk hos 32 barn (89 prosent), 35 barn (97 prosent) lå stille under hele inngrepet, 34 barn (95 prosent) hadde apné av kortere eller lengre varighet.

Alle, unntatt to pasienter, var ute av operasjonstuen innen åtte minutter etter inngrepets slutt. Gjennomsnittet var 3,0 minutter i sevoflurangruppen og 5,2 minutter for propofolgruppen. Nesten alle (89 prosent) sov ved ankomst oppvåkningen, men seks hadde motorisk uro i forbindelse med oppvåkning: fem i sevoflurangruppen og en i propofolgruppen ($P = 0,2$).

14 barn (37 prosent) (åtte i gruppe S og seks i gruppe P) hadde behov for ekstra smertestillende på oppvåkningsavdelingen, seks barn

Tabell 2: Anestesivedlikehold til barn. Sikkerhets- og kvalitetsdata

Antall angitt for hver gruppe for hver variabel.

* Totalt antall registreringer/svar kan være lavere for de enkelte variablene på grunn av manglende data.

	Gruppe S (n = 19*)	Gruppe P (n = 19*)	
Effekt av premedikasjon	0 = sover, 7 = trett, 5 = ingen effekt, 3 = ler	0 = sover, 10 = trett, 2 = ingen effekt, 5 = ler	
LMA-innsetting, reaksjon	15 = ingen, 1 = lett reaksjon, 1 = spasme, utett, nytt forsøk, 1 = utett, nytt forsøk	16 = ingen, 1 = lett reaksjon, 1 = utett, nytt forsøk	
Avvik vitale parametre, 3 min etter LMA-innsetting: metn. < 92 prosent, HR < 60/min eller syst. BT < 80 mmHg	1 med metn. = 85 prosent	1 med BT = 66, 1 med BT = 78	Ingen avvik
Reaksjon kirurgistart	1 reagerte lett	1 reagerte lett, løftet arm	
Avvik vitale parametre under kirurgi (kortvarige hendelser)	2 med HR < 80/min, 4 med HR > 130 5 med BT < 80 mmHg, 1 m BT > 120	4 med O ₂ under 90 prosent 4 m HR < 80/min, 5 m HR > 130, 1 m BT < 80 mmHg, 1 m BT = 120	
Spontan pustende ved avslutning	Alle, unntatt 1	Alle, unntatt 1	
LMA ut før/samtidig med kir.avslutning	Hos alle, unntatt 2 Alle LMA ut uten reaksjon, apné eller spasme 1 m O ₂ metn. ned til 88 prosent, resten > 90 prosent	Hos alle, unntatt 1 Alle LMA ut uten reaksjon eller spasme, 2 fikk apné (under 1 min) 6 pas. med metn. < 90 prosent, resten > 90 prosent	
Oppvåkning	Våknet sent	3 våkne ved ankomst PO	Våknet sent 1 våken ved ankomst PO
Ankomst postoperativ avd. (PO) (etter mean 12 min, range 3–25 min)	7 stk. kortvarig uro 4 stk. beveget seg	2 stk. kortvarig uro 4 stk. beveget seg	
Delir. på PO, 0–4 timer	Ingen	Ingen	
Smerte på PO, VAS 0–10	VAS = 0–2: 8 stk., VAS = 3–6: 7 stk., VAS = 7–9: 2 stk.	VAS = 0–2: 9 stk., VAS = 3–6: 5 stk., VAS = 7–9: 2 stk.	
Brekning på PO	Nei = 14, Ja = 3 (2 en gang, 1 tre ganger)	Nei = 15 Ja = 3 (en gang)	
Svarer på telefon	11 mødre, 2 fedre, 1 begge	14 mødre, 3 fedre	
Sammenliknet med forventning	8 = bedre, 2 = som forventet	10 bedre, 7 = som forventet	
Møte med personalet, informasjon	11 = bra, OK, 2 stk. = for kort tid	15 = bra, OK, 1 = for kort tid, 1 = for dårlig	
Var anesthesiinnledning treg?	12 = nei, 2 = ja	16 = nei, 1 = ja	
Syntes innledning ubehagelig for barnet?	12 = nei, 2 = ja	17 = nei	
Hvordan var tiden etter oppvåkning På sykehuset?	12 = OK 2 = smerte 3 = kvalme	12 = OK 2 = smerte 3 = kvalme	
Hvordan var tid hjemme, etter utskrivelse?	12 = OK, 1 = dårlig	17 = OK	
Smerte/kvalme?	1 = smerte, 4 = kvalme	5 = smerte, 2 = kvalme	

Intervju dagen etter var alle foreldrene fornøyde med det perioperative forløpet. Ingen mente at det var verre enn forventet. 84 prosent sa at de var fornøyde med informasjonen før innledningen av anestesi. 9,6 prosent syntes innledningen av anestesi tok for lang tid, mens 6,4 prosent mente at innledningen var ubehagelig for barnet. 23 prosent hadde observert bivirkninger under oppvåkning på sykehuset: 13 prosent hadde smerte, og 19 prosent var kvalme. Etter hjemkomst og frem til intervjuet dagen etter hadde 19 prosent observert smerte (fem barn i gruppe P og ett barn i gruppe S) og 19 prosent kvalme (to barn i gruppe P og fire barn i gruppe S).

DISKUSJON. Studien viser at et gjennomtenkt, multimodalt anestesiregime gir god sikkerhet, kvalitet og effektivitet, enten man baserer vedlikehold av anestesi på et moderne inhalasjonsmiddel (sevofluran) eller på et intravenøst anestesimiddel (propofol).

I vår studie var det lav forekomst av kjente bivirkninger knyttet til sevofluran, slik som postoperativ kvalme og agitasjon. Det samme gjaldt bivirkninger knyttet til propofolbasert anestesi, slik som svie ved injeksjon, forlenget apné og forsinket oppvåkning. Med moderne anestesimidler som går raskt ut av kroppen, er det viktig med god smerteprofylakse med mest mulig bruk av ikke-opioid analgetiske medikamenter for å redusere faren for tretthet og kvalme. I vår studie der pasientene fikk relativt kortvirkende opioid under innlegget, lokal anestesi i såret og paracetamolstikkpille ved avslutning, var det 37 prosent som hadde behov for supplement med intravenøst smertelindrende opioid på postoperativ avdeling. Denne insidensen mener vi det er grunn til å prøve å redusere slik at vi i dag tilstreber at barna skal få peroral (tablett eller mikstur) smertestillende profylakse med paracetamol på forhånd. Dette både

Hos små barn er det vanskelig å registrere kvalme spesifikt fra annet ubehag. Registrering av brekninger eller oppkast gir imidlertid en indikasjon på emetisk effekt av anestesi og kirurgi, selv om tallet trolig er lavere enn om man også kunne registrere kvalme. I vår studie hadde 18 prosent av barna oppkast eller brekning etterpå. Det er mulig at denne insiden-

«Alle foreldrene var fornøyde med det perioperative forløpet.»

sen kan reduseres ved at vi nå bruker ibuprofen for ytterligere å redusere behovet for opioider. Imidlertid kan man tenke seg at ytterligere smerte- og kvalmeprofylakse, for eksempel med klonidin, dexametason og/eller ondansetron, vil kunne gi enda færre forekomster av kvalme (6).

Når vi sammenlikner med noen studier av anestesi til enklere ØNH-inngrep (7,8), hadde våre pasienter relativt treg oppvåkning og ble ikke utskrevet før mer enn fire timer etter inngrepets avslutning. Dette kan skyldes at alle fikk stor dose premedikasjon med midazolam og doser av langtverkende opioider (fentanyl og eventuelt ketobemidon). Bruk av premedikasjon kan trolig sløyfes i mange tilfeller og bare brukes ved behov.

Vår studie kan kritiseres for at antallet i de to gruppene er lavt for å oppnå statistisk signifikans på enkelte målbare forskjeller. Det er også vanskelig å konkludere på grunnlag av viktige sikkerhetsaspekter

når pasientantallet er lavt og alvorlige hendelser heldigvis er svært sjeldne. Fordi vi valgte å ha strengt standardiserte grupper med bare én type inngrep, viste det seg vanskelig å rekruttere flere pasienter i løpet av studieperioden. Vi mener imidlertid at vårt materiale er stort nok til å gi svar på om det er store og/eller praktisk vesentlige forskjeller i kvalitet og kliniske parametre mellom de to metodene.

Studien kan også kritiseres for ikke å oppnå streng ekvipotens av sevofluran og propofol i de to gruppene. Mye av det vi har målt, kan påvirkes av anestesidosering – mer enn valg av middel, men vi tilstrebet så godt som mulig ekvipotent dosering i de to gruppene. Vi ga samme mengde opioider, midazolam og paracetamol. Den eneste forskjellen var i valg av anestesimiddel for vedlikehold av søvn.

KONKLUSJON. Vår konklusjon er at det er praktiske og lokale forhold som bør avgjøre om man velger å vedlikeholde anestesi til barn ved denne typen inngrep med sevofluran eller propofol. Vi kunne ikke påvise noen vesentlige forskjeller i

sikkerhet eller kvalitet, som verken ble registrert på operasjonsstuen eller av foreldrene gjennom det perioperative forløpet for øvrig. ●

Forfatterne ønsker å takke sykepleierne på operasjonsavdelingen, sykepleierne og legene på barnekirurgisk avdeling og spesielt avdelingsleder Elsebeth K. Høydahl for hjelp og støtte til å gjennomføre denne studien.

REFERANSER:

1. Goa KL, Noble S, Spencer CM. Sevoflurane in paediatric anaesthesia: a review. *Paediatric Drugs* 1999;1:27–53.
2. Dalens B, Mansoor O. Practical methods of using propofol as a complement to loco-regional anaesthesia in children. *Cah Anesthésiologie* 1993;41:245–9.
3. Ortiz AC, Attallah AN, Matos D, da Silva EM. Intravenous versus inhalational anaesthesia for paediatric outpatient surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2:CD009015.
4. Costi D, Cyna AM, Ahmed S et al. Effects of sevoflurane versus other general anaesthesia on emergence agitation in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;9:CD007084.
5. Rysgaard T, Spigset O. Use of paracetamol to children. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:708–9.
6. Raeder J. Postoperative nausea and vomiting. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:1831–2.
7. Doksdor S, Lofgren B, Nordhammer A et al. Reinforced laryngeal mask airway compared with endotracheal tube for adenotonsillectomies. *Eur J Anaesthesiol* 2010;27:941–6.
8. Raeder J. Ambulatory anaesthesia aspects for tonsillectomy and abrasion in children. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24:620–6.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
fagartikler@sykepleien.no

Løsning på kryssord i nummer 07/2016 (se side 74).

YET- SHOP	FUG- EN BLIND	D	SCALP FOUR	BEGIR	DRINK	ESS- ENS PURE	U	KON	LENKE VONGT	K	DIT	TULLE- TE	NEE GOOSE QUEST	A	BUY	OPETT PROIN	T	FUGL	HAL	OLIVE RUG
	A	U	S	K	U	L	T	A	S	J	O	N	S	R	E	D	S	K	A	P
ETVO- DRE	F	L	A	S	A	R	E	T	T	M	E	D	A	R	B	E	I	D	E	R
BIGRE	D		ASIN- TER		L	T		R	ED- ORD	E	D	E	R	E	M		A	A	GRE	R
	F	R	I	S	K	E	R	E		R	E		R	E	I		E	N		K
PROIN BLIND- RUG	I	N	N	O					K	A	T		SYNG	A	DO	D	A	S	S	K
	E	N	D	E	N	E		SALVE ALTER	K	R	E	M		K	A	S	S	E	R	S
FAUTE	G	E	S	T			T	IN	NORTE	L	E	E	T	R	VOGE	R	E		D	U
LEVER ESS	E	R					S	f			I		G	I	R	O		A	U	L
	E	N	E	R	E		J	O	G	G	I	N	G		M	E	T	A	D	O



SIMULERING GIR ØKT LÆRINGSGEVINST

Geriatrisk sykepleie. Studenter har gode erfaringer med simulering som del av et læringsforløp.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58047

Sven Inge Molnes, universitetslektor, Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund

Inger Hilde Hagen, universitetslektor/stipendiat, Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund

Arnhold V. Kongshaug, universitetslektor, Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund

Tove B. Vadset, universitetslektor, Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund

Torill Osvik Ryste, universitetslektor, Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund

Rigmor Einang Alnes, Førsteamanuensis, Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund og Senter for omsorgsforskning, midt - Norge

I årene frem mot 2030 vil en stor andel eldre mennesker ha kroniske og sammensatte lidelser. Aldersgruppen fra 60 år og oppover blir større, og det er også i denne perioden av livet det er økning av kronisk sykdom og komorbiditet (1). Det vil bli et stort behov for helsepersonell med en kompetanse som samsvarer med utfordringene som denne økningen medfører. Dagens helsevesen vil derfor kreve at utdannete sykepleiere har evne til å mestre kompleksiteten i praksis (2). Det kan være utfordrende å kombinere grunnleggende og til dels avansert teoretisk kunnskap med praktisk kunnskap. Det er dermed behov for å utvikle pedagogiske metoder som bidrar til at studentene kombinerer teori og praksis gjennom konkrete øvelser på pasientsituasjoner ved utdanningsstedene (3).

PEDAGOGISK. Simulering som pedagogisk metode kan bidra til at studentene tilegner seg en dypere forståelse og mer kritisk tenkning (4, 5). Gjennom en slik metode har man mulighet til å visualisere komplekse pasientsituasjoner der studentene må gjenkjenne, tolke og integrere ny informasjon med tidligere kunnskap, og deretter ta beslutninger (6, 7). Videre blir studentene utfordret til å vurdere sine beslutninger på en kritisk måte og identifisere ytterligere

Fakta



Oversikt over læringsforløp

1. Studentene ble inndelt i grupper og fikk tildelt en av tre caser (kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS), hjerne-slag eller hjertesvikt – alle med tilleggsproblematikk)
2. Ressursforelesninger
3. Studentene leverte inn ett individuelt arbeidskrav med en fagtekst der de beskrev hvilke kunnskaper som var nødvendig for å gi sykepleie til den aktuelle pasienten (arbeidskrav 1)
 - a. Seminarer i mindre grupper der de arbeidet med fagteksten
4. Studentene utviklet ett arbeidskrav i gruppe som gikk ut på å lage en pleieplan ut fra tildelt case (arbeidskrav 2)
 - a. Seminar i mindre grupper der de diskuterte casene og laget forslag til en pleieplan
5. Simuleringsøvelser med definert læringsutbytte av case
6. Bearbeiding av pleieplan på bakgrunn av simulering og framlegg i seminargrupper

læringsbehov, noe som kan utvikle studentenes kompetanse både teoretisk, praktisk og etisk. Studier har vist at simulering også kan bidra til at studentene samarbeider bedre med andre, tar avgjørelser i team og i større grad kan utvikle kritisk tenkning i et trygt miljø (8, 9).

Fordelene ved å benytte simulering som pedagogisk metode i sykepleierutdanningen er godt dokumentert (10). Studentene kan bli guidet gjennom et scenario med vekt på ulike læringsaspekter, som for eksempel rollemodellering av ekspertsykepleiere. De kan bli kjent med sykepleierrollen og få innsikt i hvordan ekspertsykepleiere reflekterer over en pasientsituasjon (11).

AKUTT. De fleste scenarioene innenfor simulering har fokusert på tradisjonelle medisinske spesialiteter. På bakgrunn av blant annet samhandlingsreformen ser man imidlertid behovet for å fokusere på å mestre komplekse ferdigheter også utenfor den tradisjonelle akutt-helsetjenesten. Distelhorst og Wyss (12) har utarbeidet en fagplan som implementerer simulering i kommunal sykepleie. De trekker frem at sykepleiere i kommunehelsetjenesten ofte jobber alene og må mestre uventede hendelser med knappe ressurser tilgjengelig. Det blir derfor viktig at sykepleieren er beredt på å møte akutsituasjoner og forverringer av pasientens tilstand (12).

LÆRING. I første studieår på bachelorutdanningen i sykepleie ved NTNU i Ålesund har man anvendt simulering som en del av læringsforløpet i undervisningen om sykepleie til eldre med kroniske og

Fakta



Hovedbudskap

Simulering som pedagogisk metode kan knyttes til komplekse problemstillinger i geriatrisk sykepleie og kan med fordel utformes som et undervisningsforløp. Simulering kan kombineres med et teoretisk arbeidskrav, som for eksempel pleieplanskriving.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Simulering
- Geriatrisk sykepleie
- Sykepleiestudent
- Sykepleierutdanning



Etterpå: Facilitatoren og studentene gjennomgår de ulike scenarioene etter simulering. Foto: Tony Hall.

sammensatte lidelser (se faktaboks). Studentene skulle ta i betraktning at pasientene hadde flere og sammensatte utfordringer.

Gjennom arbeidskravene ble de kjent med problemstillinger og sykepleietiltak for eldre pasienter med kroniske lidelser. Med denne kunnskapen fikk studentene den bakgrunnen de trengte for å delta i simulering der de møtte igjen scenarioer fra de samme casene. Simuleringen ga dem nye «oppdagelser» som de tok med seg da de utformet pleieplaner.

CASER. Alle studentene (n = 128) fikk delta i simuleringsøvelsene i alle tre casene. De ble inndelt i grupper av fem til seks studenter per gruppe, og rollene rullerte slik at alle hadde sykepleiestudent- og observatørrollen i løpet av dagen. Simule-

ringen foregikk i tre faser:

- briefing (tildele roller som sykepleiestudent eller observatør, gjennomgå læringsutbytte og få oversikt over aktuelt utstyr)
- simulering

«Studentene utvikler empati med pasienten gjennom simuleringsøvelsene.»

- debriefing (strukturert samtale i lys av læringsutbyttene). Lærerne var fasilitatorer (leder

brifingen, starter og stopper simuleringen og leder debriefingen) og operatører (gjennom å styre pasientsimulatoren eller ved å være levende markør, som innebærer å simulere pasient).

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleiestudenter i første studieår erfarer simulering som metode for læring om sykepleie til eldre mennesker med kroniske og sammensatte lidelser.

METODE OG UTVALG. Vi delte ut et enkelt spørreskjema med tre lukkede spørsmål og åpne kommentarfelter for de samme spørsmålene til 128 studenter. Vi brukte en trepunkts Likert-skala med svaralternativer fra lite bra til svært bra og i liten grad til stor grad. 113 studenter svarte (88,3 prosent). En av artikkelforfatterne gjennomførte en frekvensanalyse

ved hjelp av SPSS versjon 20 og oppsummerte data fra kommentarfeltene i kategorier. Frekvensmålingene og kommentarene viste at studentene var svært fornøyde med simuleringsundervisningen.

Vi ønsket derfor å finne ut mer om årsakene til at de var så fornøyde, og vi forespurte studenter fra samme kull høsten 2013 om de ville delta i et fokusgruppeintervju. Åtte studenter meldte seg til intervju: fem i det første intervjuet og tre i det andre. I fokusgruppeintervjuet ble en semistrukturert intervjuguide benyttet, og to av artikkelforfatterne ledet intervjuet. En av artikkelforfatterne transkriberte intervjuene, og alle artikkelforfatterne leste gjennom intervjuene i sin helhet. To av artikkelforfatterne har gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse, inspirert





av Graneheim og Lundman (13), der de først har kategorisert i meningsenheter og deretter i subtemaer og temaer. Denne inndelingen har så blitt diskutert i gruppen av artikkelforfattere til vi kom til enighet om kategoriseringen.

ETIKK. Vi har fått tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (prosjekt nr. 35708). Studentene har fått muntlig og skriftlig informasjon, og vi har innhentet skriftlig samtykke fra dem. Videre har ledelsen ved avdeling for helsefag gitt tillatelse til intervjuene (august 2013).

FORNØYDE STUDENTER. For spørreskjemaet har vi utført frekvensanalyse (tabell 1), som viser at 74,3 prosent av studentene mente at det totale læringsutbyttet hadde vært svært bra. De resterende 25,7 prosent mente at det hadde vært bra. På spørsmål 2, som omhandlet kvaliteten på scenarioene, mente 57,5 prosent at den hadde vært svært bra, mens 40,7 prosent mente at den var bra. 1,8 prosent mente at den var lite bra. På siste spørsmål som omhandlet i hvilken grad studentene mente simuleringen hadde vært nyttig som

forberedelse til praksis, mente 94,7 prosent at den hadde vært nyttig i stor grad, mens de resterende 5,3 prosent mente at den hadde vært nyttig i middels grad.

De åpne kommentarene fra studentene viste at de mente at de lærte mye, og de fleste opplevde simuleringen som spennende og realistisk. Det var imidlertid noen som syntes det var litt skummelt å simulere. Studentene skriver at de fikk noe å knytte teorien til, og ser overføringsverdi til praksis. Debriefing er noe flere nevner som svært nyttig, spesielt at det ble avsatt god tid til diskusjon. De mente at casene var relevante og realistiske i forhold til praksis og ga stort læringsutbytte og god forberedelse til praksis. Flere etterlyste mer simulering.

FIRE HOVEDTEMAER. Ut fra analysene av fokusgruppeintervjuene kom vi frem til fire hovedtemaer:

TEMA 1: Å VÆRE FORBEREDT. I fokusgruppeintervjuene fortalte studentene at det var viktig at de hadde gode muligheter til å forberede seg godt faglig før selve simuleringsøvelsene starter opp. En av studentene sa følgende: «Det er flaut

å komme dit som student og ikke vite hva en skal gjøre». Samtidig ble det kommentert i ett av intervjuene at studentene er forskjellige og at de mente at medstudenter kan se litt ulikt på hvor viktig det er å «få det

til» i selve simuleringsøvelsen.

Gjennom resursforelesninger, seminarer og gruppearbeid ble studentene kjent med teorien, hvilke problemområder pasienten

med de langvarige, sammensatte lidelsene hadde og hvilke tiltak som kunne være aktuelle før de deltok i simuleringen. De opplevde arbeidsformen i faget som god. De sammenliknet med en simuleringsøvelse de hadde i tredje semester, der de hadde mindre tid i forkant til å lære teori. Studentene konkluderte med at de mente at de hadde stort utbytte av å kunne arbeide målrettet over tid med caser som skulle simuleres på et senere tidspunkt. «Det blir litt mer faglig da,» sa en av studentene. De mente at fordi det lå en forventning til å lære teorikunnskaper i forkant, ble de mer utfordret og stimulert til økt læreinnsats, og fikk dermed økt utbytte.

TEMA 2: Å LÆRE DET KOMPLEKSE. I første semester hadde studentene flere øvingsdager med ulike temaer for ferdighetslæring, eksempelvis hygiene, leiring, forflytning, respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon med mer. Scenarioene de skulle simulere i andre semester, var sammensatte. Studentene måtte integrere flere forskjellige prosedyrer og ferdigheter knyttet til disse temaene med ny kunnskap i sykdomslære og sykepleie til eldre mennesker med kroniske og sammensatte lidelser.

For eksempel i et scenario der pasienten hadde KOLS, ble studentene utfordret til å tolke respirasjonslyder fra pasientsimulatoren, telle respirasjons- og pulsfrekvens, leire pasienten raskt i Fowlers leie og

«Simulering bedret kommunikasjonen og samarbeidet med både pasienter og kollegaer.»

Tabell 1: Frekvensanalyse av spørreskjema

Spørsmål	Deltakere N (prosent)	Total (N = 113)
Hvordan vurderer du det totale læringsutbyttet?		
• Bra	29 (25,7)	113
• Svært bra	84 (74,3)	
Hvordan vurderer du kvaliteten på scenarioene (briefing, gjennomføring av scenarioet og debriefing)?		
• Lite bra	2 (1,8)	113
• Bra	46 (40,7)	
• Svært bra	65 (57,5)	
Er simulering etter din mening nyttig som forberedelse til praksis?		
• Middels	6 (5,3)	113
• I stor grad	107 (94,7)	

observere farge på huden. Samtidig skulle de berolige en engstelig, dyspneisk pasient. En student sier: «Det virker som at i praksis og i simulering så blir vi testet på at alt kommer på en gang». Nettopp det at alt er innvevd i hverandre i simulering, på samme måte som i klinikken, fremhevet studentene som det mest utfordrende og lærerike. Dette syntes de var mye vanskeligere enn bare å lese om ett og ett tema om gangen. Flere av studentene nevnte at scenarioene var passe komplekse i forhold til utdanningsnivået deres.

TEMA 3: TILBAKEMELDING. I intervjuene sa studentene at de lærte mye gjennom den refleksjonen og bevisstgjøringen som skjedde i debrifingen. De som hadde vært aktive i simuleringen, måtte sette ord på hendelsesforløpet og egne kunnskaper og sammenholde dette med tilbakemeldinger fra observatørene og fasilitator. Forståelsen av egen kompetanse økte samtidig som «du innser hva du gjorde feil eller kunne ha gjort annerledes,» som en student sa.

De som var observatører, opplevde det som positivt at de skulle konsentrere seg om et læringsutbytte de hadde fått tildelt på forhånd. En student sa at «du blir litt ekstra fokusert på det du skal svare på, du føler du må bidra, for det blir kanskje krevd et svar av deg også». De uttalte at det var lettere å se ting når man er observatør enn når man står midt oppi situasjonen, og at det også er lærerikt. Det kommer frem at de også lærte hvordan de kunne gi tilbakemeldinger til hverandre på en konstruktiv måte. Som en student sa: «Første gangen syntes jeg det var litt rart å skulle sitte her og på en måte bedømme arbeidet til en medstudent. Da må du gjerne veie ordene med litt omhu, hvordan du formulerer deg.» I et av intervjuene tar studentene opp at de ikke lærer noe av «for snille» tilbakemeldinger fra medstudenter, og at de ønsker ærlige, konstruktive tilbakemeldinger.

TEMA 4: FORBEREDT TIL PRAKSIS. I fokusgruppeintervjuene sa studentene at simulering gjorde



dem mer forberedt til praksis når det gjaldt ferdigheter, følelser og samhandling. I alle scenarioene inngår diverse prosedyrer og praktiske ferdigheter som studentene skal utføre. En student sa: «Simulering trefte kanskje flere av studentene. Noen er jo veldig flinke teoretisk, mens andre er mer praktiske, så det treffer sånn midt i, det er noe for alle. Alle får lært på sin måte, på en måte.»

Studentene mente at symptomene og atferden til pasienter med ulike diagnoser blir mer synlige gjennom simulering. Dermed blir

studentene bedre mentalt forberedt til å møte og forstå disse pasientene i praksisstudiet. Flere sa at også den følelsesmessige forberedtheten blir bedre fordi de utvikler empati med pasienten gjennom simuleringsøvelsene. De forstår bedre hans eller hennes opplevelser når de lever seg inn i de realistiske scenarioene og får tilbakemeldinger fra pasienten. Scenarioene med levende markør oppleves som mest realistiske, og en student sa: «Du lever deg på en måte inn i rollen (...), jeg glemte at de satt der og sånn (...), jeg bare så på henne

som en ekte person (...). Så ble vi bare stoppet plutselig og da var jeg bare helt inne i det liksom (...).»

Det kom frem at studentene var spente og grudde seg litt før den første simuleringen i andre semester siden de ikke helt visste hva de gikk til, men de ble tryggere med mer erfaring. De som hadde aktive roller i simuleringen, opplevde ulik grad av stress når de forsøkte å komme på og iverksette de riktige tiltakene, og en student sa: «Tankene flyver og du kjenner stresset. Det blir litt sånn hett om ørene (...) ok, hva skal jeg gjøre nå?»

Noen har erfart at de senere ikke ble like stresset i en tilsvarende situasjon i praksis fordi de gjenkjente den fra simuleringen og klarte å beholde roen. Studentene konkluderte med at de trengte både en viss grad av trygghet og utfordring i simuleringssituasjonen for å strekke seg lengst mulig. De fremhevet også at det er mindre skummelt å utføre prosedyrer på pasienter de møter i praksisstudiet når de på forhånd har gjennomført disse prosedyrene under simulering.

Videre sa studentene at simulering økte deres samhandlingskompetanse med så vel pasient som kollega, både når det gjaldt kommunikasjon og samarbeid. De syntes det var lærerikt å prøve å observere kroppsspråk og ansiktsuttrykk som var relevante for pasientens diagnose. Likeså opplevde studentene det som nyttig å trene på å kommunisere og samhandle seg imellom om hvordan sykepleietiltakene skulle utføres.

NYTTIG. Om man sammenstiller resultatet fra spørreskjemaene med fokusgruppeintervjuene, viser en klar tendens i samme retning: Studentene peker på at simulering er nyttig når man skal lære å utøve sykepleie til eldre mennesker med kroniske og sammensatte lidelser.

Det kan synes som om studentene oppfatter simulering som en metode for å bygge bro mellom teori og praksis. Dermed kan simuleringen med fordel knyttes til teori i et strukturert læringsforløp. Dette støttes





av tidligere studier (14, 15). Funn fra vår studie viser at studentene er fornøyde med kombinasjonen teori (arbeidskrav) og simulering, der de har en gitt tid til å arbeide med arbeidskravene som skal simuleres i ettertid.

HELHETLIG SYKEPLEIE. Hawkins med flere (16) har gjennomført eksperimenter i undervisningen til sykepleiestudenter med et læringsforløp som likner studien vi her har presentert. Læringsforløpet besto av introduksjon til en case, utarbeidelse av pleieplan for så å simulere og reflektere videre rundt casen. Evalueringen viste at studentene utførte en mer helhetlig sykepleie. De mente også at kombinasjonen av simulering og refleksjon ga et større læringsutbytte enn ferdighetstrening. Våre funn viser også at studentene knytter teori til praksis (simulering) og motsatt. De sa at alt henger sammen; man blir ikke bare presentert for teori – man må også kunne anvende den i en reell pasientsituasjon. På denne måten kan altså broen mellom teori og praksis bygges.

I simulering står studentene i en handlingstvang på lik linje med å være i klinikken. De blir utfordret på å sette sammen kunnskaper og ferdigheter og må prioritere tiltak. Pasientene hadde flere kroniske og sammensatte lidelser, noe som førte til at studentene måtte se helheten og ikke bare utføre en og en ferdighet slik som ferdighetstrening i sykepleielaboratorium kan være. Studentene opplever kompleksiteten i situasjonen som utfordrende fordi det i forelesningene blir fokusert på en og en sykdom, mens i simulering kommer alt på en gang. Slik vil de få mulighet til å utvikle psykomotoriske ferdigheter før de møter virkeligheten i klinikken (17). De lærer å bli kjent med egen angst og usikkerhet i møte med ulike pasientsituasjoner og å finne strategier for å mestre disse reaksjonene. Dette er noe de fremhever som vesentlig. Det var viktig å kjenne på usikkerhet i et trygt miljø for at de lettere skal kunne møte slike situasjoner med større trygghet ute i klinikken. Ved å bruke simulering kan man gjenskape

virkelige scenarier i et trygt miljø som legger til rette for klinisk læring uten frykt for å skade pasienten (18).

PLEIEPLAN. Både studentene og lærerne erfarte at simulering i et lengre læringsforløp ga dem mulighet til å forberede og bearbeide for eksempel en pleieplan. I etterkant av simuleringen hadde de gjort seg flere erfaringer som førte til at de ville endre på pleieplanen som først var utarbeidet på bakgrunn av teoretisk kunnskap. Ved å simulere en case, oppdaget de at situasjon var mer kompleks enn de hadde lest seg frem til i pensumlitteraturen. Dette medførte at de måtte bearbeide planen og lese litteratur før fremlegg i seminargrupper. En studie rapporterte en statistisk signifikant forskjell på en forbedring på 7 prosent i testresultater mellom tradisjonell undervisning og tradisjonell undervisning kombinert med simulering (19).

HØYERE SELVTILLIT. Benner (3) hevder at utdanningen og undervisningen må involvere studentene i mer klinikkliknende læringsformer, der de kan bruke kunnskapene sine og øve opp evnen til å tenke i raskt omskiftelige situasjoner. Simulering som pedagogisk metode i sykepleierutdanningen kan bidra til økt kunnskap, større evne til kritisk tenkning, høyere selvtillit til egen rolle og senket angstnivå. Simulering bidrar også til at studentene føler at de får større læringsutbytte (20–24), også med utgangspunkt i situasjoner som kan gjelde eldre mennesker med kronisk og sammensatte lidelser.

STYRKER OG SVAKHETER. Spørreskjemaet som er benyttet i frekvensanalysen, er enkelt utformet og ikke validert. Antallet studenter i fokusgruppeintervjuet er begrenset. Studentene viste imidlertid interesse og engasjement for spørsmålene som ble stilt, og vi fikk på den måten nyanserte data. Studentene som meldte seg til å delta i fokusgruppeintervju, kan være de som er mest positive til simulering. På samme tid ser vi imidlertid også at funnene fra frekvensanalysen er svært positive

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

og derfor også med på å bekrefte at så å si alle studenter mente at simulering var en god læringsform.

KONKLUSJON. Simulering kan være en god pedagogisk metode for sykepleiestudenter for å lære om sykepleie til eldre med kroniske og sammensatte lidelser. Funnene i denne studien viser at simuleringen var med på å gjøre studentene mer bevisste på hvor kompleks hver case og hver situasjon var. Det var nyttig at studentene var forberedte ved å skrive pleieplan før simulering. Studien viser at et strukturert læringsforløp som kombinerer teori og simulering, kan gi en økt læringsgevinst. I simulering får studentene gjøre sine egne erfaringer, og med den påfølgende debrifningen kan de kople teori og praksis og dermed styrke læringen ytterligere. Studentene vil stå overfor krevende utfordringer, men muligheten til å øve i ulike situasjoner vil kunne gi dem større grad av trygghet, et større handlingsrom og bedre kvalitet på arbeidet de utfører. ●

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.
2. Fero LJ, O'Donnell JM, Zullo TG, Dabbs ADV, Kitutu J, Samosky JT, Hoffman LA. Critical thinking skills in nursing students: Comparison of simulation based performance with metrics. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(10):2182–93.
3. Benner P. Educating nurses: a call for radical transformation. Jossey-Bass, San Francisco, Calif. 2010.
4. Brannan J, White A, Bezanson J. Simulator effects on cognitive skills and confidence levels. *Journal of Nursing Education* 2008;7(11):495–500.
5. Schumacher L. The impact of using high-fidelity computer simulation on critical thinking abilities and learning outcomes in undergraduate nursing students. *Dissertation Abstracts International* 65. 2004.
6. Liaw SY, Scherpbier A, Klainin-Yobas P, Rethans JJ. Rescuing a patient in deteriorating situations (RAPIDS): An evaluation tool for assessing simulation performance on clinical deterioration. *Resuscitation*. 2011.
7. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock, D. Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(5):421–31.



Påfyll

Del 3 Sykepleien 07 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta

Forstå barna: – Bjugn-
saken lærte oss mye. Ikke
minst å snakke med barna
om det som har skjedd,
mener Ole Greger Lillevik.
Foto: Karl Inge Punsvik.



Vold mot barn

Hjelp. Fagfolk må jobbe sammen for å avdekke
vold og seksuelle overgrep mot barn. **68**



«**Kan hun ikke
tisse i bleia
som alle andre
folk?»** Liv laga om
empatisvikt. **67**



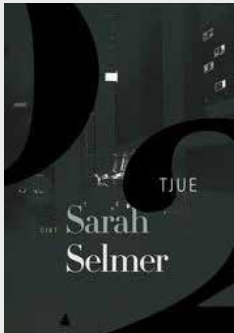
1967: Cicely Saun-
ders åpnet histori-
ens første palliative
avdeling. **72**



Quiz. Prostituert
eller jordmor. Hvem
kan smykke seg
med å ha Norges
eldste yrke? **74**



Dikt



*jeg leser kodede beskjeder
i alt som står skrevet
krig i et land
på den andre siden av jordkloden
handler om meg
og sykkelrittets dopingskandale
påstår at jeg jukser
jeg sier: jeg ønsker meg en forskjell
som definerer
men ingenting er oversatt
jeg har samlet for mye
antipsykotika og søvn
og når meteorologene varsler
om sol i landet
er jeg sola som stiger opp igjen
jeg er luft, vind
hver morgen når jeg våkner
og blodårene fører blodet
i motsatt retning
ut gjennom kraniehuler
forbi hustak, hjem
eller vil du hete noe annet?
jeg kan navnet ditt
jeg kan si det til meg selv*

Fra *Tjue* av Sarah Selmer,
Gyldendal Norsk Forlag, 2016

Om forfatteren



Sarah Selmer

Sarah Selmer (1972) er litteraturviter, oversetter, kritiker og lærer. Hun debuterte i 2000 med diktsamlingen *Svimmel*. *Tjue* er hennes fjerde diktsamling. Den gir stemme til en psykotisk jeksperson gjennom tjue uker på en psykiatrisk institusjon.



Viktig info. Det kan være mye helse i gode henvisninger. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Forsker på henvisninger

DOKTORGRAD: Kvaliteten på fastlegers henvisninger kan ha stor betydning for hvilke tjenester pasienter mottar og når de mottar dem. En ny doktoravhandling ser på hvordan denne informasjonsutvekslingen kan bedres, blant annet ved større vektlegging av pasientenes egne målsettinger.

– Det synes mot det meste. Det eneste som alltid ser ut til å være med, er basisinformasjon, som

navn og personnummer, sier Miriam Hartveit.

Hun er utdannet sykepleier med mastergrad i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi. Tidligere i sommer forsvarte hun sin doktorgrad, der temaet er kvaliteten i henvisninger fra fastlege til psykisk helsevern, hvilken informasjon som er viktig og hvordan mangler påvirker kvaliteten i helsetjenestene som ytes.

– De fleste standarder for henvis-

ninger er i dag definert av leger i spesialisthelsetjenesten. I vår studie har vi derimot inkludert bredden av interessenter – som pasientrepresentanter, spesialsykepleiere og fastleger.

Hartveit tar til orde for økt oppmerksomhet på pasientens egne målsettinger.

– Det at vi setter ulike interessenter sammen i en gruppe og diskuterer, gir oss nytenkning om henvisninger og et helt annet resultat, sier hun. ●

Ublogg

Universitetsforlaget har en egen blogg: Ublogg. Helse er ett av temaområdene, og blant annet er det publisert innlegg om den dagen antibiotika ikke lenger virker, og podkast om nye psykoaktive stoffer. Bloggen ligger på ublogg.no.

Forlagsliv

Cappelen Damm har en egen nettside som heter Forlagsliv, og der finnes en oversikt over forlagets ulike blogger. Både redaksjoner, forlagsansatte og forfattere blogger.

Forlagsliv finnes på Cappelen Damms nettside forlagsliv.no.

OUS-forskning

Oslo universitetssykehus har en blogg der forskere forteller hva de brenner for. Bloggen har innlegg om blant annet metanol, gluten, smittefare ved oralsex og bruk av dildo. Bloggen heter Forskningssykehuset og ligger på forskning.no.

Bøker. 3 for skolestart

Klar for studentlivet

STUDENTTILVÆRELSEN: Forlagene pøser ut ulike hjelpebøker til studenter. Olav Dalland og Cecilie Pedersen Dallands *Studentens hva, hvordan og hvorfor* samler hele fjøla med råd mellom to permer. Her finner du metoder for studieteknikk, repetisjon, ulike eksamens- og undervisningsformer, arbeidsformer, oppgaveskriving samt økonomiske og sosiale råd om studentlivet.

Gyldendal Norsk Forlag, 2016



Kom deg over skrivesperren

HÅNDBOK: Oppgaveskriving kan være en kilde til frustrasjon og lidelse. Du vet hva du vil skrive, men får det ikke ut. *Kunsten å skrive godt* er en håndbok i hvordan du effektivt skriver lesevennlige og velstrukturerte informative tekster. Aage Rognsaa er cand.philol., språkkonsulent og tidligere førstelektor. Han holder skrivekurs for studenter, organisasjoner, næringsliv og offentlige etater.

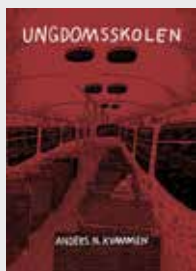
Universitetsforlaget, 2016



De tøffeste skoleårene

TEGNESERIEROMAN: De tre årene på ungdomsskolen er krevende og formative år. Aksel er ny på ungdomsskolen og strever med å finne seg til rette i et tøft sosialt miljø da hans nære venn og fetter dør i en ulykke. Debutant Anders N. Kvammen (1985) gir i tegneserieromanen *Ungdomsskolen* en poetisk og humoristisk skildring av Aksels ungdomsskoleår.

No Comprendo Press, 2016



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

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



Kl. 04.30: Empatisvikt

Det er natt. Klokka nærmer seg halv fem. Den kritiske grensen for når trøttheten får overtaket, er nådd. Det som en gang var en engasjert, empatisk og tålmodig sykepleier, er blitt til en ganske primitiv organisme hvis fremste mål er å få være i fred. Det er stille på avdelingen, men jeg er smertelig klar over at hvert av de seksten rommene huser en potensiell fare mot mitt ønske om absolutt stillhet og kravløshet fra omgivelsene.

Som en av naturens luner sammenfaller også dette tidspunktet med tiden da de smertestillende tablettene begynner å gi slipp, blærer har fylt seg, og pasienter våkner, har vondt, kjenner at de må tisse, ringer på for å få hjelp eller forsøker seg ut av senga på egen hånd, men snubler og vekker naboen som oppdager at uridomet har løsnet og senga er søkk våt, men ikke husker hvordan man ringer på, og begynner i stedet å rope, noe som vekker den hjelpsomme damen på naborommet som ringer på for å gi beskjed om ropingen, og som samtidig lurar på om hun kan få en Oxy-Norm til da ryggen er vond igjen, og da benytter kanskje hennes nabo anledningen til å spørre om jeg ikke burde skanne blæren hennes igjen, for hun har forsøkt å gå på do, men synes ikke hun får tømt seg og lurar på om hun må kateteriseres. Alt dette er rimelige krav og situasjoner som normalt ville trigge min iverende sykepleiedrift til å hjelpe. Men jeg vil ikke hjelpe. Jeg vil bare være i fred.

Mot alle odds klarer sykepleieren i meg å få overtak nok til å

gjennomføre oppgavene med et minstemål av høflighet og faglig forsvarlighet, før jeg igjen synker sammen på vaktrommet og nattens absolutte lavmål inntreffer når en eldre dame ringer på, sannsynligvis for å få følge til do, og jeg hører meg selv irritert tenke: «Kan hun ikke tisse i bleia som andre folk?»

Og det er her, klokka 05.00, når klokken kimer og mitt vesen er blottet for empati og tålmodighet, og alle faglige prinsipper står i konflikt med den overveldende arbeidsskyheten, at jeg erkjenner hvor fantastiske vi ellers er. Vi sutrer ikke, vi himler ikke med

«Men jeg vil ikke hjelpe. Jeg vil bare være i fred.»

øyene, tar ingen snarveier. Pasienter kan fylle senga si med avføring, men vi vasker og bytter uten å mukke, mens vi samtidig forsøker å lindre stakkarens skam og ubehag. Vi pusler med dem som roper, småløper etter vandrerne, følger kompliserte prosedyrer for å opprettholde hygienestandarder og følger de inkontinente på do for tiende gang uten syrlige kommentarer.

Lev på det i de lange nattetimene, og når pasienten ber om mer omsorg, bistand og kjærlighet enn du er i stand til å gi kl. 04.30, er det lov å si: «Jeg er normalt en ganske fantastisk person, men nå treffer du meg på et litt uheldig tidspunkt.» ●



Ole Greger Lillevik

En hjelp til å hjelpe de minste

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Karl Inge Punsvik**

Tverrfaglig. For å kunne hjelpe barn som utsettes for vold, må fagfolk jobbe sammen.

Lilleviks engasjement for temaet «vold i nære relasjoner» startet i Ofoten.

– Langt på vei er vel livet fylt av tilfældigheter. Som nyutdannet sykepleier begynte jeg å jobbe i voksenpsykiatrien i Ofoten. Jeg ble fort klar over at mange av pasientene både hadde voldserfaring og sterke traumeopplevelser. Denne erfaringen kan kanskje sies å være starten på mitt engasjement mot vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner.

Nå er Ole Greger Lillevik psykiatrisk sykepleier og førstelektor ved UiT Norges arktiske universitet campus Narvik. Sammen med medredaktørene Kate Mevik og Oddbjørg Edvardsen har han gitt ut boka «Vold mot barn».

PÅ TVERS. Boka, som er gitt ut på Gyldendal Norsk Forlag, inneholder nyttig kunnskap fra mange bidragsyttere innen forskjellige sektorer som politi, barnevern, helsevesen og skole.

– Jeg tenker at det er en forutsetning for å kunne hjelpe. Hvis kun én etat går inn i en volds-sak, kan viktige ting lett bli oversett. Dette er et komplekst fagområde. Derfor må fagprofesjoner tenke både tverrfaglig og tverretatlig i arbeidet med å hjelpe barn som utsettes for vold eller seksuelle overgrep, sier Lillevik.

PRAKTISK. Boka er delt inn i to hoveddeler. Del én tar for seg teoretiske og juridiske temaer, mens del to er viet praktisk arbeid i møte med voldsutsatte barn.

Leserne får gjennom tolv kapitler innblikk i alt fra juss til hvordan man skal snakke med barn og lære å se det man ofte ikke ønsker å se: barn som utsettes for vold eller seksuelle overgrep. I tillegg byr boka også på utsagn fra hovedpersonene selv, nemlig barna:

«En julaften tråkket han, eller rettere sagt hoppet, på presangen min, og kastet den i søpla før jeg fikk åpnet den. Herregud, jeg var jo bare 9 år».

– Jeg vil at sykepleiere skal utvikle et blikk for å forstå. Og alle profesjoner som jobber med barn, må utvikle et repertoar for å handle når

«Bjugn-saken lærte oss mye. Ikke minst om det å snakke med barn om hva som har skjedd.»

magefølelsen kommer og vi mistenker at et barn utsettes for vold eller overgrep, eller når vi bare er bekymret for hvordan et barn har det, sier Lillevik.

Kunnskap og fakta er hovedingrediensene som skal til.

NYTTIG. Lillevik påpeker at alle kapitlene i boka er sykepleiefaglig relevante, men trekker særlig frem ett som han mener sykepleierstuderenter kan ha konkret nytte av. Det er skrevet av

barnelege Arne Kristian Myhre og heter «Hvordan se det vi ikke ønsker å se».

– Her er det mye nyttig lesning med mange praktiske eksempler.

Lillevik er likevel noe beskjeden om bokutgivelsen. Han vil ikke påstå at det er denne boka alene man skal lese for å få innsikt i tematikken.

– Jeg håper studenter i flere profesjoner finner boka interessant og at den dukker opp på pensumlister for ulike studier. Men den er kun ett av bidragene innen et temaområde hvor vi trenger mange. Det finnes en del god litteratur på emnet, og flere bøker vil komme til etter hvert, sier han.

NETTKURS. I 2014 var han med på å lage nettkurset «vold og seksuelle overgrep mot barn».

– Det er egentlig utviklet med tanke på ansatte i skoler og barnehager, men jeg bruker det også når jeg underviser sykepleierstuderenter, sier han.

TIPS. – Har du noen enkle råd til sykepleiere og helsearbeidere som jobber med barn om hva de bør være ekstra oppmerksomme på?

– Barn som ikke har det godt kan vise det på mange måter. Sinne, utagering eller bli stille og tilbaketrukket. Vold kan gi seg utslag i et spekter av reaksjoner. Hvis barn endrer atferd over kort tid, kan det være et signal om at ikke alt er som det skal. Eller når barn virker forvirret. Vi må være oppmerksomme på det forvirrede barnet. Da bør vi voksne stoppe opp.

Lillevik understreker at vi voksne må tørre å spørre.

– Men ikke still lukkede spørsmål som: Har du det bra?

Hans erfaring er at dersom du vil ha barn til å



Fakta

Ole Greger Lillevik

Aktuell med:
«Vold mot barn»

snakke om hvordan de har det, må spørsmålene være åpne.

– Si til barnet at du ser dem, og at du lurar på om alt er bra. Be dem «fortelle» deg hvordan de har det, sier han.

VIDEREUTDANNING. Lillevik har jobbet med høyere utdanning siden 2001, og allerede i 2007 begynte han utviklingen av en videreutdanning med temaet «vold i nære relasjoner». I 2008 var studiet en realitet ved Høgskolen i Narvik (nå UIT Norges arktiske universitet, campus Narvik). Han har også jobbet fram en videreutdanning i krisehåndtering og traumebehandling. Den startet opp i 2013, og begge disse utdanningen driftes i nært samarbeid med Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Nord og løftes nå opp på masternivå.

– Jeg har kikket litt på fagplanene rundt om på sykepleierutdanningene, og omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep mot barn er underkommunisert, sier han.

BLITT FLINKERE. Siden Bjugn-saken på 90-tallet har det skjedd mye, og Lillevik har merket seg at det nå er lettere å få gehør for arbeidet mot vold og seksuelle overgrep mot barn.

– Bjugn-saken lærte oss mye. Ikke minst om det å snakke med barn om hva som har skjedd. Åse Langballe, som også har bidratt i boka, utviklet en samtalemetode sammen med Kari Trøften Gamst som nå brukes av både politi, skole, helsevesen og barnevern, sier han.

– I tillegg er helsepersonell og andre i hjelpeapparatet også blitt flinkere å melde inn saker. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Fakta

Hva gikk galt hos legen?

Av Brit Haver
211 sider, Spartacus,,
2016
ISBN: 9788243010000

Anmelder: Thore K.
Aalberg, Cand.polit.,
fagbokforfatter og
homøopat

Hva legen burde ha sagt

ANMELDELSE: Assistentlegen forklarer for overlegen om hofteproblemen. Overlegen utbryter henvendt til pasienten: «Hvordan tror du vi kan operere deg der nede hvis du ikke kan sprike med beina?»

Dette er en av de 90 autentiske pasienthistoriene som forfatteren, den pensjonerte professoren i psykiatri, formidler i boken. Felles for historiene er legers manglende kommunikasitive evner og negative holdninger overfor pasienter; uhøflighet, manglende språkferdigheter, ikke evne til å lytte og å ikke beklage feil.

Brit Haver trekker ut det vesentlige av historiene og kommer med informative kommentarer. Dessuten

foreslår hun alternative måter å nærme seg pasienten på. Forfatteren gir også et godt innblikk i hvordan hun opplever makt og avmakt, dagens teknisk baserte medisin og kjønnsdimensjonen. Forfatteren har tematisert historiene i 19 kapitler, som blant annet handler om å gi vanskelige beskjeder og nødvendig informasjon når legen bryter etiske grenser og blir moralistisk.

Hun sier selv at hun var i tvil om hun skulle utlevere leger, men kom frem til at det ikke er så ofte pasientperspektivet blir formidlet. Hun kritiserer noen av legene og lar leseren få inntrykk av at en psykiater ikke ville ha opptrådt slik.

Hun anbefaler bruken av «aktiv lytting». Men fremstillingen blir noe ufullstendig i forhold til teoriene innen området som den amerikanske psykologen Thomas Gordon sto for. Når det gjelder «de nonverbale uttrykk», handler de om kroppsspråk, stemme og hudfarge. Pust, berøring, artefakter og miljøtegn er ikke tatt med. Det mangler en tydelig definisjon av «effektiv kommunikasjon».

Det er en god systematikk i boken. Haver har et godt språk. Hun forklarer en del faguttrykk. Boken, som har et par språkfeil, hadde blitt enda bedre med sammenbinding av alle pasienthistoriene og kommentarene og mindre bruk av fremmedord. ●



Fakta

Kampen for håpet

Av Vibeke Lohne
Forlaget Vigmostad &
Bjørke AS, 2016
ISBN 978-82-419-1250-4

Anmelder: Elisabeth
Heggernes, sykepleier og
litteraturviter

Sorgen over en ventet katastrofe

ANMELDELSE: Hva skjer når en sykepleier og sykepleieforsker selv blir pårørende? Vibeke Lohne, nå professor i sykepleievitenskap ved HiOA, har lenge forsket på håp og verdighet som sentrale fenomener i sykepleie. Kampen for håpet er basert på dagboksnotater fra da mannen Stig ble syk nesten samtidig som faren hennes flyttet til sykehjem. Boken skildrer to vidt forskjellige dødsprosesser, og hvordan hun selv og familien taler livet med alvorlig sykdom tett på.

Stigs kreft i hjernen debuterer brått og kommer som et sjokk. Så

følger en mer stabil fase, hvor sykdommen holdes i sjakk med medisiner. Selv midt i strålebehandling og cellegift er Stig i stand til å fortsette hverdagen nesten som før, med jobb og familieliv. Familiemedlemmene takler det på ulike måter, og er ofte på hvert sitt sted i sorgarbeidet.

Boken får godt frem det intense stresset de pårørende opplever ved alvorlig sykdom. Håpet har stor betydning, både underveis i prosessen mot å akseptere sykdommen og døden, og i en vending mot å finne en vei fremover for dem som skal leve videre.

Dessverre bærer boken preg av at

den er basert på korte dagboksnotater med litt for lite redigering. Det blir mange detaljer om familiemid dager og turer beskrevet i korte setninger. Refleksjoner rundt det som skjer blir ofte oppsummert med en kort generalisering som punkterer det som kunne blitt en fin tankerekke. Sammen med en litt tilfeldig omgang med faguttrykk og korrekturfeil som at noe «stryker» håpet istedenfor å «styrke» det, bidrar det til å gjøre boken tung å lese. Likevel gir *Kampen for håpet* god innsikt i den lange prosessen det er å dø av alvorlig sykdom, og av hvordan det går an å orientere seg mot en ny tilværelse etterpå. ●

Bokstafetten

Finn Nortvedt I bokhylla mi

Det er to bøker jeg vil dele med Sykepleiens lesere. Den ene er boka *Ventetid* av den svenske forfatteren Göran Tunström. Ventetid er en samling små lesestykker, små betraktninger om døden og kjærligheten, altså det livet egentlig dreier seg om. Det ligger stor livsvisdom gjemt bak permene i denne lille boken.

Den andre er *Kjærlighet i koleraens tid* av nobelprisvinneren Gabriel Garcia Marques, etter min mening et mesterstykke som igjen omhandler det viktige i livet, fremfor alt kjærligheten, men også døden. Boken har en av de vakreste fortellingene om kjærlighet i alderdommen jeg noen gang har lest.

Felles for begge disse bøkene er at jeg aldri blir ferdig med dem. Jeg kommer tilbake til dem, leser deler på nytt, igjen og igjen. Det kan gå år imellom, men jeg kommer alltid tilbake til dem, alltid! Det er kjennetegnet på virkelig god litteratur. Du blir aldri ferdig med den.

Finn Nortvedt utfordrer professor i sykepleie **INGUNN ELSTAD** til å dele sine bokfavoritter i neste nummer.



Stilling: Dosent ved institutt for sykepleie og helsefremmende fag ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Demens for folket

ANMELDELSE: Det er skrevet mange bøker om demens de siste 15 årene, både for helsepersonell, pårørende, leger og pasienter. Knut Engedal har vært sentral i dette feltet og bidratt til flere av dem. Noe nytt tilfører i så måte ikke denne boka, men det er en lettfattelig og sympatisk innføring i feltet som sikkert vil gjøre nytte for seg både på kommunehelsetjenestens vaktrom og i hendene til pårørende.

Engedals målgruppe beskrives som «folk flest». Dermed forsøker han å strippe språket sitt for medisinsk terminologi og tilrettelegge stoffet slik at det skal være lettfattelig og lettlest. Det greier han i stor grad, men tidvis blir begrepsforenklingen noe forstyrrende. Et eksempel er når han omtaler vaskulær demens som «demens ved hjerneslag» uten at han tydeliggjør at et isolert hjerneslag ikke vil gi noen demensutvikling, men at det er snakk om demenssymptomer som utvikler seg etter generell småkarsykdom i hjernen. Tidvis skjener han også vekk fra målgruppen og henvender seg tydelig til legekolleger og helsepersonell.

Forfatteren rekker innom de fleste viktige temaer på disse 230 sidene og har fornuftige ting å si både om medisiner, kommunikasjon og sykdomsutvikling. Han gjør et poeng ut av å skille mellom nedsatt kognitiv funksjon som følge av normale

aldringsprosesser og begynnende demensutvikling, og bidrar dermed til å normalisere aldersendringer som skremmer mange. Det er god folkeopplysning.

Undertegnende opplever at han farer litt lettvtint over mange av de virkelige vanskelige etiske dilemmaene demenssykdom fører med seg. Når er det for eksempel på tide med sykehjemsplass? Når man ikke lenger kan gi god og trygg omsorg hjemme, skriver han og fortsetter: «Man må skjære igjen. Jeg kan ikke huske at jeg noen gang har hatt pasienter som har kommet for tidlig på sykehjem». Men så enkelt er det ikke når de rammene vi kan tilby er pleie og passivitet. Å være fysisk funksjonsfrisk på et sykehjem er nedbrytende og frustrerende, og vi ser mange av disse på våre sykehjem.

Men om boken dekker feltet godt, har den en absolutt skrikende mangel på referanser. Det finnes verken noe notatapparat eller litteraturliste. Dermed vet vi ikke hva Engedal suger av eget bryst og hva han henter fra andre. For meg er det vanskelig å feste lit til tallmaterialet og påstått forskning når vi verken får vite når, hvor eller fra hvem tallene er hentet. Det er også lite kollegialt å forsyne seg av andres arbeid uten å kreditere dem for det. Jeg finner det underlig at forlaget har latt dette passere og latt boken troverdighet hvile på Engedals gode navn og rykte alene. ●



Fakta

En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer.

Av Knut Engedal
Pax, 2016
236 sider

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen

«Vi må ha en åpenhet om sykdommen. Det må ikke lenger være skambelagt å ha en demenssykdom.»

Knut Engedal



Omsorg for døende. Et kort og intenst forhold til en polsk flyktning fikk sykepleier Cicely Saunders til å starte historiens første palliative avdeling.

Palliasjonens mor

Tekst **Ellen Morland** • Foto **St Christopher's Hospice**

Historien om hvordan sykepleie har utviklet seg som fag, troner Florence Nightingale som den mest berømte og markante skikkelsen. Men flere fulgte i hennes fotspor.

En av dem er engelske Dame Cicely Saunders. Hun regnes for å være den moderne palliative pleiens grunnlegger og pionér. Neste år er det femti år siden Saunders åpnet St Christopher's Hospice i London, og den første pasienten ble skrevet inn. St Christopher's var det første moderne hospice som også drev med forskning og opplæring i palliativ pleie.

UTVIDET SMERTEFORSTÅELSE. Hennes ideer om at smertelindring hos døende pasienter er mer omfattende enn «bare» den fysiske smerten, bredte seg på 1960- og 70-tallet til mange land. Saunders lanserte begrepet «total pain», og tilnærmet seg omsorg for døende på en helt ny måte. Den kombinerer oppmerksomhet rundt psykiske, sosiale, følelsesmessige og åndelige problemer som en pasient kan møte når døden nærmer seg.

Førsteamanuensis Bettina Husebø ved Universitetet i Bergen har utdanning innen palliativ medisin og var med på å åpne den første palliativavdelingen på sykehjem i Norge i år 2000. Det var på Bergen Røde Kors sykehjem. Husebø møtte selv Saunders flere ganger.

– Hun var en ganske myndig og direkte dame. Hun spurte alle hun møtte: «Og hvem er det du har mistet?» Hennes erfaring var at motivasjonen for å jobbe innen dette faget ofte var noe man selv hadde gått gjennom i livet, altså at man hadde mistet en av sine kjære tidlig i livet. Det gjorde at man bedre kunne forstå hva andre mennesker opplever i en vanskelig situasjon.

TROSSET FARENS FORBUD. Det var et kort og intenst forhold til en polsk flyktning som fikk Cicely Saunders til å utvikle ideer om omsorg for døende.

Saunders ble født i Hertfordshire i 1918 og hadde tidlig et ønske om å bli sykepleier. I barndommen var hun hemmet av ryggproblemer, og hun var høy av vekst og skoleflink. Dette gjorde at hun opplevde seg selv som en outsider og følte med andre i samme situasjon. Men hennes far likte ikke planene om at hun skulle holde på med de syke og sårete, og sendte henne i stedet til Oxford for å studere filosofi, politikk og økonomi.

Den andre verdenskrig fikk imidlertid Saunders til å endre kurs. Luftslaget om Storbritannia startet sommeren 1940, og bombingene av London fortsatte inn i 1941. 30 000 døde og like mange ble såret. Det

«Ideen om at døendes smerte omfatter mer enn den rent fysiske, begynte å ta form.»

var virkelig behov for sykepleiere, så nå trosset Saunders faren og begynte på Nightingale School på St Thomas's Hospital i London. Der strømmet det på med skadete pasienter etter krigens herjinger.

I en av de mange tekstene forteller hun om jobben. «Vi jobbet natt 12 dager i strekk og hadde så to dager fri. Slik gikk det i tre måneder. Når det var dagvakter, var det delte vakter, med fri én dag i uken, fra kl. 17 den foregående dagen. Jeg var sliten, men dypt lykkelig ...»

Hun skrev også om medikamenter de hadde til

rådighet. Det var ikke rare greiene – noen få beroligende midler og morfin, som bare av og til ble brukt. Mens pasientene led av tuberkulose og hadde diverse infeksjoner og skader.

I 1944 var Saunders' rygg så sliten at hun måtte slutte som sykepleier. Hun gikk tilbake til skolebenken og tok utdanning i sosialt arbeid, for deretter å returnere til sin gamle arbeidsplass på St Thomas's. Hun ville fortsette å jobbe med pasienter, men hjalp nå mer til med sosiale og andre problemer som døende pasienter hadde.

DAVIS TASMA. Det var i denne perioden hun møtte mannen som skulle få henne til å dedikere livet sitt til palliativ medisin. Den 40 år gamle polske jøden David Tasma hadde klart å unnsnippe Warszawa-ghettoen og hadde endt opp i London som flyktning. På St Thomas's var han innlagt og dødssyk av kreft. I løpet av den siste måneden av Davids liv, utviklet de to et nært vennskap, noen mener også et slags kjærlighetsforhold. Saunders brukte mye tid på å snakke med ham. Hun så hvordan han slet med å se meningen med livet. Han slet med at han hadde mistet sin jødiske tro, og med bekymringer for familien.

Saunders og Tasma snakket mye om hvor fint det kunne vært for de døende hvis de var på et sted de fikk mer omsorg, der de fant roen på sine siste dager. Tasma bestemte seg for å gi Saunders 500 pund til dette formålet, en stor sum på den tiden. Han følte at han ikke hadde fått utrettet noe av betydning i sitt korte liv, og ba henne virkelig gjøre drømmen om et hjem for døende. En januardag i 1948 døde han.

Saunders hadde nå en livsoppgave. Ideene om at døendes smerte omfatter mer enn den rent fysiske, begynte å ta form. Men fra en kollega fikk hun denne klare beskjeden: «Ingen hører på en sykepleier. Skal du komme noen vei, må du bli lege.» Som

Total pain: Cicely Saunders med en pasient. Hun var kjent som en særdeles god lytter.



Inspirasjon: David Tasma var pasienten som ga formuen sin til Saunders for han døde.



Lykkelig: Cicely Saunders som ung sykepleierlærling, fornøyd med sitt yrkesvalg.

sagt så gjort. I en alder av 33 år tok hun fatt på medisinstudiet. I 1958 var hun ferdig og ble snart ansatt som medisinsk ansvarlig på St Joseph's Hospice. Her forsket hun på smertelindring og prøvde ut sine ideer om «total pain». Hun var kritisk til andre legers restriktive holdning til morfin og heroin som smertelindring, og at døende ble stuet bort på et rom og overlatt til seg selv.

Saunders hadde lagt merke til hvordan pasienter som fikk omsorg rundt åndelige spørsmål, trengte mindre smertestillende medisiner.

AKTIV SKRIBENT. I årene som fulgte, skrev Saunders en rekke tekster om smertelindring, om eutanasi, forskning og utdanning i palliativ medisin. Hun knyttet til seg en rekke fagfolk som jobbet sammen med henne om å utvikle moderne palliativ omsorg. Hun hadde talent for å promotere ideene og planene sine. Slik fikk hun tak i midler til å bygge det første moderne hospicet, bygget på ideene hun selv hadde utviklet. Disse evnene ga henne også mange kontakter i utlandet som adopterte ideene

Fakta

PALLIASJON er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid.

LINDRING av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer.

MÅLET MED ALL BEHANDLING, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

Kilde: European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO

DEN PALLIATIVE KULTUREN KJENNETEGNES VED

- helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende
- respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med oppmerksomhet på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått ut fra sin situasjon.
- aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer
- forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå
- oppmerksomhet på åpen kommunikasjon og informasjon
- tverrfaglig arbeid
- koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene
- systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder

Kilde: Helsedirektoratet

- I 1984 ble det dannet et omsorgsråd i Kreftforeningen, som i 2000 ble til Norsk Palliativ Forening, løsrevet fra Kreftforeningen.

inn i sitt eget helsevesen. Saunders ble selv medisinsk direktør ved St Christopher's Hospice og arbeidet ved institusjonen frem til år 2000. Hun mottok en rekke priser og fikk blant annet tittelen Dame fra dronningen.

I 2005 døde hun selv på St Christopher's Hospice av brystkreft. ●

Kilder: Wikipedia, BMJ, Cicely Saunders Institute, St Christopher's Hospice, Norsk Palliativ Forening



Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er timelønna for pensjonerte sykepleiere som jobber uten å få avkortet alderspensjon?

- A 106 kroner
- B 186 kroner
- C 266 kroner

2 Hva er Vagta?
 A Vaksine mot hepatitt A-infeksjon
 B Stavemåten av «vakta» før nye språkregler i 1956
 C En sykdomsbærende parasitt som lever i ferskvann

3 Hvilket vikarbyrå fakturerte mest til norske kommuner for personell i helsesektoren i 2014?

- A Dedicare AS
- B Adecco Helse AS
- C Orange Helse AS

4 Hva er du smittet av hvis du har sykdommen akarasis?

- A Karies
- B Virus
- C Midd

5 Når kom landets første jordmorskole?

- A I 1818, i Kristiania.
- B I 1919, i Bergen
- C I 1900, både i Kristiania og Bergen

6 Hva var det første formelle yrket for kvinner i Norge?

- A Sykepleier
- B Jordmor
- C Prostituert

7 Hva er efelider?

- A Motgift
- B Fregner
- C Alkohol

8 Hvilken prevensjon er anbefalt som den sikreste både når det gjelder bivirkninger og effekt?

- A P-stav og hormonspiral
- B P-piller og minipiller
- C Kondom

9 Hva er det norske ordet for det engelske small pox?

- A Vannkopper
- B Fugleinfluensa
- C Kopper

10 Det flåttbårne TBE-viruset som kan gi hjernehinnebetennelse, er påvist i et nytt fylke. Hvilket?

- A Oslo
- B Østfold
- C Rogaland



Yrkeshistorie: Kan hun smykke seg med å ha Norges eldste formelle yrke?

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1B, 2A, 3C, 4C, 5A, 6B, 7B, 8A, 9C, 10C

Randis hypokonderkryssord

	FUG- LEN ELDEN	SKIPS- FORK.	BEGER	DRIKK	ESS- ENS FLIRE	KONJ.	LENKE VONDT	DIKT	TULLE- TE	VÆR- ELSE NABOER (OMV.)	ELV	IDRETT PRON.	FUGL	MÅL	DUNK- ING
STETO- SKOP															
SYKE- PLEI- ERE															
BEDRE	ASIA- TER	RETTS- FORK.- MÅL				BANN- ORD				IDR.- ARR.		ORG. ØKE		GREIT	
						RYDDE TID		FLOKK			TALL MASE		I ORDEN		
PRON. RUMP- ENE			BIBEL- DEL		YR		SYKD.		DO				DYR UJEVN		
					SALVE INTERJ.			ESKE OM- RÅDE					FUGL- EN	DENG- TE	
FAKTE						TALL	RØRTE			RYDDE		BAD KONJ.			
LEVER ESS				HELG- EN				BETAL- INGS- TJEN- ESTE			INTERJ.		FLIRTE		
				LØPING						MED- IKA- MENT					

Se løsning på kryssord side 59



Meninger

Del 4 Sykepleien 07 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Telemark: Lillian Elise Esborg Bergane er NSF's yngste fylkesleder. Foto: Eivor Hofstad.

Politisk fyrverkeri

Flere fronter. Som hovedtillitsvalgt lærte Lillian Elise E. Bergane at påvirkning skjer i lokalpolitikken. **84**



Faget er i vinden. Det fører lønnskampen inn i brattere motbakker. **80**



Utøya-overlevende. «Kjære sykepleiere, tusen takk!» **78**



Vigdis Holen. Uvitenhet fører til et dårligere tilbud for døve. **82**



Arbeidstid. Regjeringen ba de berørte partene gi sitt svar på forslagene fra Arbeidstidsutvalget, og det er vel sjelden man har fått klarere svar på tiltale.

Svar på tiltale



Fakta

**Eli
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

NSF har vært helt klare i denne saken. Vi reagerer sterkt på forslaget om særregler for skift- og turnusordninger som i realiteten innebærer at arbeidsgiver ensidig kan fastsette de aller fleste turnusplaner som benyttes i helse- og omsorgssektoren. De foreslåtte endringer vil gi økte arbeidstidsbelastninger og ha spesielt negative konsekvenser for arbeidstakere innen helse- og omsorgssektoren. Dette har utvalgets mindretall, bestående av personer med god kompetanse innen arbeidshelse og arbeidsmiljøforskning, advart mot. Ansatte i denne sektoren scorer høyest på en rekke negative arbeidsmiljøforhold. Samtidig er det i sektoren et stort behov for arbeidskraft fremover. Flertallets forslag er derfor et svært lite klokt grep for å møte disse utfordringene.

MASSIV MOTSTAND. Høringsrunden og denne sommeren har vist en massiv motstand mot at arbeidsgivere skal få ensidig makt i viktige arbeidstidsspørsmål. Sykepleiere og annet helsepersonell er på plass for å ivareta pasientenes behov til alle døgnets tider, uken og året igjennom. Disse arbeidstakerne er utsatt for helserisiko. Mulighet for medbestemmelse, blant annet når det gjelder arbeidstid, er en av de mest forebyggende arbeidsmiljøfaktorene.

Utvalgets skjeve sammensetning, der ingen fra arbeidstakersiden var representert, førte til at flertallet valgte å trosse de

inngåelse av lokale avtaler om unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Dette bekreftes også av rapporten fra FAFO om omfang og praksis ved inngåelse av lokale avtaler. Utfordringer med å sikre tilstrekkelig bemanning i helgene, kan løses lokalt gjennom dagens regelverk.

Leder i Overlegeforeningen, Jon Helle, skrev i Dagsavisen i sommer at «en samlet norsk arbeidstakerside avviser Arbeidstidsutvalgets forslag. Det er ikke uten grunn. Blir forslaget en realitet vil det nemlig svekke rekrutteringen til helsesektoren, som er den største utfordringen vi står overfor i årene som kommer».

Alle signalene fra dem som er nærmest pasientene, går i samme retning. Vi har oppfordret regjeringen til å lytte til fagfolk i denne saken og skrinlegge hele forslaget om særregler for skift- og turnusordninger. Dagens ordning ivaretar pasientsikkerheten og dem som jobber i en sårbar tjeneste.

ANGREP. Det foreslåtte angrepet på trepartssamarbeidet har også vakt internasjonal oppsikt. «Vi finner det spesielt bekymringsfullt at en slik endring er foreslått i Norge, som ellers har svært positive tradisjoner når det gjelder kollektive forhandlinger», skrev The European Federation of Public Service Unions' (EPSU) generalsekretær Jan Willem Goudriaan i et brev til arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie. Han representerer over sju millioner offentlig ansatte innen tjenesteyting i 49 land.

Når vi legger alt dette til grunn, antar vi at denne sommeren har satt den siste spikeren i kista for forslaget fra Arbeidstidsutvalget. Dagens ordning fungerer både til pasientenes, de ansattes og arbeidsgivernes beste. ●

«De foreslåtte endringer vil gi økte arbeidstidsbelastninger.»

klare rådene fra de uavhengige fagfolkene i utvalget. Et godt samarbeidsklima er en av bærebjelkene i et velfungerende arbeidsliv, og vi antar derfor at statsråden ikke vil begå den samme tabben.

KAN LØSES LOKALT. Arbeidstakerorganisasjonen Delta skriver i sin høringsuttalelse at «dagens system for avtaler om unntak fungerer godt, og ... det er få problemer knyttet til



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Organdonasjon. Det er ti år siden du døde.

Det er like lenge siden jeg fikk en ny sjanse i livet.

Til min ukjente helt

Fakta

Anonym organmottaker

Bare dager i forveien var du en aktiv og livsglad person. Jeg var dødssyk og hadde ingen stor fremtid foran meg. Men slik skulle det ikke fortsette for noen av oss. En hendelse skulle gjøre at kroppen din ikke lenger skulle kunne brukes av deg. Dine organer ble holdt i live av maskiner. De som sto deg nær så livet ditt ebbe ut og måtte forholde seg til en helt utenkelig situasjon. «Har den avdøde uttrykt sin holdning til organdonasjon på noen måte?»

SIDET. Jeg leser med bekymring at ventelistene for organtransplantasjon øker og øker. Dette blant annet fordi stadig flere livstruende plager kan bli hjulpet av en transplantasjon. Antall årlige organdonasjoner holder seg derimot ganske stabilt. Mange har gjort sin vilje kjent. Det kan ha vært muntlig til sine nærmeste eller ved at de har fylt ut et donorkort eller har en app med disse opplysningene på mobiltelefonen. Det viktigste er at familien vet at man sier ja til organdonasjon.

Det gir mange en god følelse å kunne si at man ønsker å hjelpe andre.

GA LIV TIL FLERE. Jeg kjenner deg ikke, min ukjente helt. Jeg vil aldri få muligheten til å treffe deg.

Likevel vet jeg at du ønsket noen andre noe godt. Du hadde en positiv holdning til organdonasjon, som du delte med dine nærmeste. Da livet ditt brått og uventet tok slutt, ga du liv til andre. Jeg er så glad for at din vilje ble fulgt den gangen for ti år siden.

Denne natten fikk flere personer muligheten til et nytt, bedre og lengre liv. Da jeg våknet opp, kikket jeg over på en person som jeg skulle få et veldig godt forhold til. Jeg fikk en ny bror denne dagen. En bror av én og samme donor. Han fikk ett av dine organer, jeg et annet.

TAKKNEMLIG. Min «bror» fikk åtte bonusår. Åtte år der han kunne følge flere av sine drømmer, reise, arbeide og være til stede for sin familie. Vi snakket utallige ganger om hvor heldige vi var som delte denne gaven. Selv da jeg besøkte ham på sykehuset siste gang, var han ikke annet enn takknemlig. Akkurat som jeg er, hver dag!

«Jeg kjenner deg ikke, min ukjente helt. Jeg vil aldri få muligheten til å treffe deg.»

OPP- OG NEDTURER. Det er et paradoks at der ute, på en kirkegård, er det en gravstein inngravert med samme dato som dagen jeg fikk livet mitt snudd fra stummen de mørke til noe lysegrønt. Jeg skal verken rose male eller svart male det livet jeg har hatt disse ti årene. Det har inneholdt både oppturer og nedture, som de fleste liv ellers. Nedturene mine har vært ganske alvorlige, men så har jeg også funnet gleder selv i de minste ting. Jeg sier ikke at det bare har vært enkelt, men jeg lever, tenker og unngår det jeg frykter mest av alt – å gå glipp av noe.

EN GOD FØLELSE. Tusen takk for den største og beste gaven jeg noen gang har fått.

Det gir mange en god følelse å kunne si at man ønsker å hjelpe andre. Slik ser statistikken ut for organdonasjoner i 2015:

- 110 gjennomførte donasjoner fra avdød giver
- 63 donasjoner fra levende giver (en nyre)
- 435 fikk nye organer
- 420 på venteliste for nytt organ (pr. 31.12.2015)
- 29 døde på venteliste
- Litt under en av tre sa nei (26 prosent avslag)
- 11 088 mennesker er blitt transplantert i Norge siden oppstart i 1969



Kjære sykepleiere, tusen takk

UTØYA. Fra jeg ble hjulpet opp fra det kalde vannet og opp i båten, klarte jeg ikke lenger å si noe.

Jeg sank sammen på gulvet, lot de to voksne som styrte båten, ta kontrollen. Rundt meg på alle kanter var det andre ungdommer. Noen gråt, noen var helt stille, noen snakket manisk. Jeg hadde koblet ut, men jeg var også klart til stede. Det er fem år siden nå.

Som ansatt på det sentrale AUF-kontoret hadde jeg sammen med resten av de ansatte og sentralstyret ansvaret for å arrangere sommerleiren 2011 på Utøya. Jeg hadde vært på leir nesten hver eneste sommer siden jeg var 14.

De siste årene hadde jeg vært der på jobb. I en slik rolle har man en annen farge på deltakerbåndet, man skal prøve å vite hvem flest mulig er, man er litt eldre, man skal ha kontroll på mest mulig. Men snart skulle vi alle stå i en ukontrollerbar situasjon. Fra bomben smalt i Oslo ble sommerleiren 2011 snudd på hodet.

22. juli var en regntung dag fra start, men smilene og Utøya-stemminga var som alltid nydelig. Jeg startet dagen med en volleyballkamp. Etterpå hørte vi Gro Harlem Brundtlands fantastiske tale. Jeg oversatte til engelsk for AUFs internasjonale gjester.

Vi spiste alle middag i 14-tiden, og etterpå var det politisk verksted. Det jeg var med å arrangere, var i Storsalen på Kafébygget. Jeg satt på gulvet ved vinduene. Plutselig fikk jeg beskjed om å sjekke mobilen, og bildene fra eksplosjonen på nettavisene var skremmende. Vi var da intetanende om at terroren snart skulle ramme oss, og forandre oss for alltid.

Jeg så ansikter jeg fortsatt ser hver natt. Jeg fikk skader som fortsatt gjør vondt. Jeg mistet venner som jeg alltid har med meg. Men dette er ikke historien om hva jeg opplevde og overlevde på ettermiddagen 2011. Dette er historien om hva som skjedde på kvelden den 22. juli.

I ambulansen jeg lå i, var det tre–fire andre. Jeg klarte ikke fokusere på dem, men så blod, ei jente fra Nord-Norge jeg kjente igjen, og en yngre gutt. Jeg skjønnte at vi var på vei mot et sykehus, men

ante ikke hvor. Jeg var iskald, og jeg klarte ikke møte noen blikk eller si noen ord.

Pasient nummer seks. En av seks som ikke er død, eller en av de seks som kanskje skal dø, men som foreløpig lever. Alle står over meg, alle ser ned på meg. Hvite frakker uten ansikt. De snakker til meg. De bøyer seg over meg. Jeg kjenner meg bitteliten og fanget. Jeg er omringet, og de står alle rundt meg og vil ha svar.

Hvor kommer jeg fra, hva heter jeg, hvilket år er det, hvilken dag er det. Helt irrelevante ting, som jeg kan svarene på. Svarene virker bare så meningsløse, så teite i konteksten. Her ligger jeg, i våte klær og fryser, og hvilken dag det er virker som et totalt idiotisk spørsmål.

Det er svarte prikker i taket. Det er halvstore plater med prikker på. Jeg fokuserer på prikkene. Hvor mange det er, hvordan de er tilfeldig plassert, men likevel ikke. Alt jeg ser, er prikkene i taket. Jeg ser ingen ansikter, ikke engang om jeg prøver. Prikker er herlig konkret, og noe jeg kan forholde meg til. De snur meg rundt på siden, og legger halvlitersflasker med varmt vann langs kroppen min. Det er faktisk vanlige brusflasker, det legger jeg merke til.

Når de tar på meg, gjør det vondt. Kroppen min er et stort blåmerke, hver berøring er en sylskarp kniv. De snikler seg rundt meg, bøyer seg over meg, krever svar. Jeg ser heller mot ei kjedelig lampe ved siden av meg, fordi den representerer noe deilig vanlig, og derfor fortid på et vis. Jeg kjenner meg ikke trygg, selv om frakkene hele tiden sier jeg er det. Jeg kjenner meg helt alene, og ingen andre forstår.

Så kjenner jeg den iskalde saksa treffe huden min. Som en Edvard Saksehånd på en vinterdag. Først langs bena mine. Det som er igjen av den svarte tightsen min, klippes sakte opp. Det kjennes ikke så rart. Men det er når de klipper opp kjolen min midt på hele veien, at jeg må vurdere om jeg er død.

Jeg har sett samtlige episoder av Six Feet Under. Kommer de til å fortsette å klippe, også når klærne er av? Skal de dele meg i to, brette meg ut? Saksen klipper sakte og stødig av meg kjolen, bh-en og trusa.

Jeg er naken, blek og iskald. Men de stopper etter klærne, og så drar de på meg noe. Det er en engangsnettingtruse. Den er ikke myk, men det føles bedre enn å være helt blottlagt.

Jeg prøver iblant å se på ansiktene rundt meg. Jeg vil jo ha svar. Men de hvite frakkene rundt meg er fortsatt som i den Manic Street Preachers-musikkvideoen: helt ansiktsløse.

Når de drar på meg sykehustrusa, er jeg i smerte. Når de trykker rundt på kroppen min og treffer de plassene jeg har mest vondt, så klynker jeg. Men jeg sier ingenting. Jeg har ingen ord uansett.

Jeg vil skåne legene og sykepleierne fra det jeg har å si. Jeg vil ikke dele det jeg har sett med verden, for da er det sant. På innsiden har jeg mange hundre liter tårer, og verdens største klump i magen. De hvite frakkene maser og spør. Jeg klarer ikke fokusere, jeg klarer ikke se, jeg klarer ikke leve.

Jeg aner ikke hvor lang tid som går, men så er jeg inne på et rom. Jeg har fortsatt ikke sagt noe.

Så skjer det.

Et menneske uten ansikt legger seg helt inntil meg, stryker meg over kinnet og gir meg en klem. Jeg hører at hun gråter. En stille, rolig gråt. Og da. Da løsner det. Da kommer også mine tårer. Da kommer også min reaksjon. Da forløses alt jeg har inni meg, og jeg kan dele det med denne personen. Det er helt forferdelig. Det er ikke noe å si. Vi gråter bare sammen.

Og jeg ser plutselig ansiktet hennes. Hun er ikke så mye eldre enn meg. Hun har brunt, glatt hår i en hestehale. Hun har et varmt ansikt, trygge øyne. Ved siden av henne står en dame som er litt eldre, rundere øyne, med litt mer bølger i håret. De holder meg i hver sin hånd. Jeg er ikke lenger alene. Det finnes to til som forstår. De to sammen med båtfolkene er mine helter. De to er sykepleiere.

De må ha hatt verdens verste dag på jobb. På samme måte som ingen av oss var forberedt på hva vi skulle oppleve, var ingen av dem som jobbet i helsevesenet, det heller. I slike tider skal man støtte seg på erfaring, opplæring, teoribøker, rutiner.

Men det var altså da reglene ble brutt, da en sykepleier oppførte seg unormalt i den unormale

Må alle sykepleiere stemme Arbeiderpartiet?

PARTISK? Av og til føler jeg for å skrive. Spesielt når jeg blir sint og opprørt. Og det har hendt mange ganger mens jeg har lest et ellers ganske interessant tidsskrift. Et tidsskrift spekket med stoff spesialdesignet til meg som sykepleier. Jeg er stolt av mitt yrke, og ofte også fagbladet mitt som jeg alltid leser fra perm til perm.

Jamfør sykepleiens formålsparagraf: «Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsomplakat». På tross av denne formålsparagrafen føler jeg ofte at tidsskriftet Sykepleien seiler svært langt vekk fra styrbord side, og mellom linjene, (eller på linjene), inntar et tydelig «arbeiderpartisk» standpunkt. Det er ingen hemmelighet at flesteparten av sykepleiere er sosialister. Og det er ikke for ingenting at jeg ikke tør si til mine kolleger hvilket parti jeg stemmer på. Antakelig ville jeg blitt møtt av måpende ansikter og himlende øyne. Jeg kan da ikke være riktig klok. For det er da ikke en sykepleier verdig å stemme på partiet for folk flest.

Da jeg leste Barth Tholens innledende artikkel om integrering i Sykepleien nr. 02/2016 tenkte jeg at nå får det være siste gang jeg leser partisk og avhengig journalistikk i et upartisk og uavhengig tidsskrift, uten å si ifra om det. Må alle sykepleiere være for innvandring, for å ta imot flere asylsøkere, og imot Listhaugs salver?

Spesielt la jeg merke til to ting: avsnitt fem «JUG»: «Før myndighetene gir grønt lys til opphold, skal helsepersonell 'ta' de barna som har kommet i skade for å jule om egen alder». «Kommet i skade ...», står det. Det er ikke alle som kun ufrivillig og helt uten skyld «kommer i skade» for å jule. Her kan det være snakk om noe langt mere manipulerende og organisert. Det får meg til å tenke på at vi ofte er veldig godtroende. Listhaug er verken godtroende eller naiv, egenskaper jeg setter høyt. Jeg synes hun gjør en god og tydelig figur, og er en fremragende representant for FrP og for Norge. Avsnittet til Tholens avsluttes med et sarkastisk «velkommen til Norge!»

Avsnitt syv, «MALMÖ» fikk det også til å

rykke i irritasjonsnerven: «Vi skal ikke lenger unna enn til Malmö for å se eksempler på barn som blir til sinte, unge menn når de skal vokse opp i omgivelser preget av fiendtlighet». Tholens legger altså all skyld på samfunnet rundt. De blir til sinte, unge (og radikaliserende) menn på grunn av oss.

Samfunnet vårt som helhet er da ikke fiendtlig? Mitt inntrykk er at de som er fiendtlig til innvandring og integrering, er i mindretall. Dette er da således ikke en gjengs holdning. Dessuten er det stor forskjell på å være fiendtlig og å være kritisk og undrende.

Det virker som om Tholens har inntatt et standpunkt (som for så vidt er bra), men som til tider er provoserende for en leser som stemmer på Fremskrittspartiet. Jeg føler dessverre også samtidig behov for å forsvare meg på grunn av partiet jeg stemmer på. Vi blir så altfor ofte uglesett. Jeg er ikke dum. Jeg er en høyst oppegående psykiatrisk sykepleier, jobber som faglig ansvarlig og skriver artikler på fritiden. Jeg engasjerer meg også politisk. Men i min karriere i psykiatrien har jeg opplevd en del ting jeg skulle ønske andre litt for blåøyde nordmenn også kunne oppleve. En del ting som gjør at jeg synes Fremskrittspartiet er et fornuftig parti å stemme på. Jeg har sett mange eksempler på «psykotisk skuespill» og «trusler om suicid» fordi man da vet at man ikke kan bli sendt ut av landet eller fortsette å være i fengsel. Det er mange nyanser her, jeg vet det. Men for mye av dette kan gjøre at man får et mere nyanisert syn på blant annet flyktningstrømmen inn til landet.

Så, Barth Tholens, Sykepleien er et godt tidsskrift, men vær så snill å ta litt hensyn til oss sykepleiere som ikke lever og ånder for grenseløst åpne grenser, rosetog mot radikal islam og endeløs naivitet. Og lenge leve ytringsfriheten!

Anonym.

Vedkommende ønsker å være anonym av frykt for negative reaksjoner på egen arbeidsplass, og Sykepleien har valgt å imøtekomme ønsket. Redaksjonen kjenner skribentens identitet.

situasjonen, at det ble helt riktig. Ordene kom, tårene kom, og jeg startet på den lange veien for å finne måter å leve videre med dette.

Det jeg sitter igjen med etter sykehusoppholdet, er at jeg elsker det norske helsevesenet, mest på grunn av sykepleierne. Det vi delte, føltes ekte, det føltes viktig, og det føltes varmende.

Måneder senere dro jeg tilbake på sykehuset med påskeegg og et brev. Hun med det glatte, brune håret i hestehale var ikke der. Hun var ute i foreldrepermisjon. Jeg ble glad for å høre at hun hadde fått en baby siden sist. Hun litt eldre var heller ikke der. «Vi jobber i turnus vi, vet du», sa de som var der.

Så sant. Hverdagshelter sitter ikke med henda i fanget og venter på takk. De er i gang med andre ting. Jeg tok likevel bilde med noen sykepleiere jeg møtte der, blant annet ei som bare hadde latt min bror bo hos henne så lenge han ville mens jeg var innlagt. Folk gjorde så fantastiske ting for hverandre på den tiden!

Jeg vet ikke om akkurat den sykepleieren som holdt rundt meg kvelden 22. juli, leser dette. Du som fikk tårene mine til å løsne. Du som fikk ordene mine til å komme ut. Jeg vet ikke om denne teksten når deg. Jeg håper det, men jeg vet ikke. Det er uansett ikke det viktigste.

For det er mange slike historier i min vennekrets. Om sterke møter og relasjoner med sykepleiere og AUF-ere etter angrepet i 2011. Nå har det gått fem år allerede, og vi må aldri glemme. Vi må heller aldri glemme å takke. Et lusent påskeegg, et brev, eller denne teksten er ikke nok.

Men kanskje kan det at vi er en hel generasjon AUF-ere som vokser opp med en sterk forståelse av hva dere gjør og viktigheten av jobben deres, være den beste takken. Selv glemmer jeg i hvert fall aldri hvem som var lyset mitt i mørket etter terroren.

Sånn kjenner jeg det, og sånn vet jeg de fleste som noen gang har ligget på sykehuset, kjenner det. Hvert menneskemøte på hver vakt er viktig. Også på kvelder som ikke er en del av norgeshistorien.

Tusen takk.

Ida Spjelkavik



Rekordsøking. Sjukepleiefaget er i vinden.

Det fører lønnskampen inn i brattare motbakkar.

Innelåst i ei trippel lønnsfelle



Fakta

**Anders
Folkestad**

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Det er storm i kasta når sjukepleiestudent og litterat Cathrine Krøger dømmer utdanninga nord og ned. Ho harselerer over fagmiljø som prøver å kamuflere svak akademisk forankring med tomme frasar. Litteraturlørdag Krøger tar hardt i. Likevel er eg redd ho har poeng som er gyldige – også for andre fagområde.

Men faget har også medvind. I alle fall er det rekordsøking til sjukepleiarutdanninga. Unge kvinner – og nokre menn – lar seg ikkje skremme av debatten om tungt og tomt språk. Auken i søkartala er på heile 20 prosent. Styresmakter og arbeidsgjevarar er fornøgde. Dei veit at det trengst mange sjukepleiarar i åra som kjem – svært mange. Men dei ser også at det ikkje er lønna som lokkar.

Rekordinteresse kan føre lønnskampen inn i brattare motbakkar. Damer er ikkje særleg «lønssensitive», lyder ein diagnose frå forskinga. Lønn betyr altså mindre for kvinner enn for menn. Ofte har eg høyrte næringslivstoppar og politikarar sukke over at sjukepleiarane er underbetalte. Men sympati-en stikk ikkje djupt og kjem oftast når den er null verdt. Arbeidsgjevarar betaler sjeldan meir enn dei må for å få hjula til å gå rundt. Likevel vil rekordmange bli sjukepleiar. I år har 22 681 søkt utdanninga. 15 152 har sjukepleie som førsteval, ifølgje Samordna opptak.

Men søkartal er ikkje det same som aktive yrkesutøvarar. For det første må studentane møte til studiestart. Ei overbooking på nærare 50 prosent (nesten 7000 får tilbod, og det er ber-

«Damer er ikkje særleg 'lønssensitive', lyder ein diagnose frå forskinga.»

re cirka 4700 plassar), tyder på at fråfallet startar med ein gong. For det andre må dei fullføre studiet. Slett ikkje alle av dei som fullfører, blir fulltidsarbeidande sjukepleiarar. Mange arbeider deltid. Kompetansen er attraktiv også på andre område. Dermed må det utdannast nesten to sjukepleiarar for å dekke ei stilling.

Sjukepleiarane er innelåste i ei trippel lønnsfelle.

1. Kvinner tener dårlegare enn menn

Lønnsgapet er cirka 15 prosent. Heller ikkje utdanning hjelper. Tvert imot. Kvinner med høgare utdanning tener 20 prosent mindre enn menn med tilsvarende utdanning. Skilnaden er så gjenstridig at det nesten verkar «naturleg». Ein kommisjon i ny og ne og politisk korrekte utbrot om «uff, så urettferdig» hjelper lite.

2. Deltid er ei lønnsfelle

Har kvinnene – og sjukepleiarane – seg sjølve å takke? Kvinner arbeider deltid, menn arbeider overtid. Om lag halvparten av sjukepleiarane jobbar deltid, somme gjennom heile yrkeslivet. Grunnane kan vere mange. Men ei drivkraft for likelønn er det definitivt ikkje.

3. Karane i industrien bestemmer

Ei viktigare forklaring på lønnsgapet er at likestillingslandet Noreg held seg med ein lønnsmodell der karane i industrien bestemmer lønna. Dei har fått ei gudegitt gåve: Dei veit kva landet har råd til, og kva lønnsutviklinga skal vere – for alle. I år blei talet 2,4. Fasiten er streng, særleg i offentleg sektor, der fleirtalet av dei tilsette er kvinner. Dei må haldast i sjakk.

Frontfaget har hatt ein renessanse i det siste. Det gagnar verken likelønna eller sjukepleiarlønna. Det gagnar gamle maktbastionar. Kor lenge systemet held seg flytande, er ikkje godt å seie. Viss det røyner på, blir det nok kasta ut redningsbøyer i form av ein kommisjon eller to, godt bemanna av rettruande økonomar.

Kanskje bør Krøger settast på saka? Ein språkbruksanalyse av fagpolitiske dokument som postulerer at låg lønn for utdanning og for kvinner er bra for landet si konkurranseevne, kunne gi ny gnist til debatten.

I mellomtida får sjukepleiarane satse på full jobb og topp kompetanse. Men så var det dette med lønssensitiviteten, då ... ●



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Gratis tilgang. Myndighetene har som mål at all forskning skal være fritt tilgjengelig innen 2020. Men hvem skal finansiere den?

Åpen tilgang til forskningsartikler?



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus og redaktør i Sykepleien Forskning.

Alle forskningsartikler som er publisert i Sykepleien Forskning, har alltid vært fritt tilgjengelige for alle i vår nettutgave. Jeg har fått spørsmål og kommentarer på om det betyr at vi har åpen tilgang til våre artikler og dermed kan bli definert som et vitenskapelig Open Access-tidsskrift. Svaret på det første er ja og på det neste nei.

FORSKNING FRITT TILGJENGELIG FOR ALLE. Hva betyr egentlig Open Access i vitenskapelig sammenheng? Open Access som begrep kan oversettes til ethvert digitalt materiale som er fritt tilgjengelig på internett. Når vi bruker begrepet om vitenskapelig publisering, innebærer det at artiklene blir fritt tilgjengelige for alle i en digital utgave av tidsskriftet.

NYE RETNINGSLINJER. I juni 2016 la Kunnskapsdepartementet frem forslag til Nasjonale retningslinjer for åpen tilgang til forskningsresultater. Utgangspunktet var at når forskning er betalt av det offentlige, er det problematisk at resultatene ikke blir gjort offentlig tilgjengelige. I 2015 var det bare 16 prosent av norsk forskning som var åpent tilgjengelig for alle, og målet er at innen 2020 skal all forskning ha åpen tilgang. Fordelen med Open Access for forskere og andre interesserte er at forskning blir like tilgjengelig for alle, uavhengig av store nasjonale og internasjonale forlags abonnementsprak-

utvikle en kultur der kostnader til åpen publisering helt naturlig inngår som en del av budsjettet for all forskningsaktivitet. I dag er det slik at universitets- og høyskolesektoren har egne fond som finansierer vitenskapelig publisering fordi den enkelte forsker ikke skal betale for dette selv. Avgiften per artikkel kan variere fra noen få tusen kroner til flere titusener. Hvis du er ansatt ved et norsk universitet eller en norsk høyskole, kan du søke om midler fra det lokale Open Access-fondet.

VIKTIG MED GOD KVALITETSKONTROLL. Men hva gjør du hvis du forsker i et land uten slike fond? Hva gjør en mastergradsstudent uten forskertilhørighet? En annen bekymring er ofte knyttet til såkalte «rovtidsskrifter» med tvilsom kvalitetskontroll. De opererer på et rent kommersielt grunnlag ved å bruke en modell som inviterer til korrupsjon: Lag en spennende tittel, aksepter noen artikler, krev en høy avgift og publiser artikkelen på «din» nettside. Samtidig vet vi at forskere har høyt press på seg til å publisere stadig mer for å få forskerstillinger og finansiering. Det er derfor svært viktig med god kvalitetskontroll av det tidsskriftet du ønsker å publisere i. Det er også viktig at vi fortsetter med åpen og uavhengig fagfellevurdering.

MEDLEMMENE FINANSIERER. Sykepleien Forskning er derfor et vitenskapelig tidsskrift med åpen tilgang for alle som er interessert i sykepleieforskning. Vi er ikke et vitenskapelig Open Access-tidsskrift, fordi hos oss er det gratis både å publisere og lese våre artikler. Vi har også åpen fagfellevurdering av alle forskningsartikler. Det er NSF som står som garantist for åpen tilgang finansiert via medlemmenes kontingent. ●

«I Sykepleien Forskning er det gratis både å publisere og lese.»

sis. Du trenger heller ikke være ansatt på en institusjon med et bibliotek som gir deg åpen tilgang til de artiklene du trenger.

FORSKEREN MÅ TA KOSTNADEN. En vesentlig endring med vitenskapelig Open Access er at det er forfatteren (= forskeren) eller hennes arbeidsgiver som må ta kostnaden med å publisere artikkelen. Forslaget til Nasjonale retningslinjer for åpen tilgang til forskningsresultater innebærer at det er ønskelig å



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard
er fast skribent i Sykepleien.



Døve pasienter. Det hjelper ikke å være velmenende om man ikke vet hva man holder på med.

Farlig mangel på kunnskap om døve



Fakta

Vigdis Hølen

La meg aller først si dette: Jeg har møtt mange flinke, engasjerte, lyttende og hjelpsomme helsearbeidere. Når jeg skriver denne kronikken er det imidlertid fordi jeg også har opplevd en farlig mangel på kunnskap når det gjelder døve pasienter. Jeg har sett hvordan uvitenhet og improvisasjon fører til et dårligere helsetilbud for den døve, noen ganger uten at behandlende leger og sykepleiere oppdager at informasjonen som er gitt ikke ble oppfattet, eller at behandling og rekonvalesens er organisert slik at den døve i liten grad kan nyttiggjøre seg av tilbudene som gis. Det er fortvilende og det er urettferdig. Ikke fordi noen av vond vilje ønsker at det skal være slik, men fordi det ikke hjelper å være velmenende om man ikke vet hva man holder på med.

Jeg som skriver dette er en såkalt CODA (som står for «Children of Deaf Adults»); en hørende datter av døve foreldre. Og jeg vet akkurat hva du lurte på nå: Hvorfor ble ikke du også döv? Svaret er at døvhet svært sjelden er arvelig, så når døve får barn (og de finner gjerne hverandre), får de derfor som oftest sånne som min søster og meg, altså barn med normal hørsel. Mitt perspektiv er derfor den pårørendes, og foranledningen til denne teksten er en eldre mor som nettopp har vært gjennom en hofteoperasjon.

«Det er lov til å lære, og det er lov til å spørre.»

Jeg vil bruke dette som gjennomgangseksempel, men ingenting av det som beskrives er ting vi ikke har opplevd før, tvert imot.

HØRER INGENTING. Hva vil det si å være döv? Spørsmålet kan virke banalt, men gang på gang har jeg måttet forklare helsepersonell at det ikke hjelper å rope. Eller at det fungerer dårlig å skulle ringe mor for å gi beskjeder. Og nei, dessverre – hun kan heller ikke ringe dere om det er noe hun lurte på. Er man tunghørt, har man en eller annen grad av hørselsrest, er man döv, hører man ingenting. Legg merke til

at det heter *døv*, ikke *døvistum*. Døve har både stemme og språk, men har man vært döv hele livet, har man ikke lært å snakke ved å herme etter stemmer rundt seg. Mennesker som er født døve, har aldri hørt sin egen stemme. Mange døve kan derfor være litt vanskelige å forstå, og mange kvier seg av nettopp den grunn for å bruke stemmen sammen med hørende de ikke kjenner.

Når jeg ber om at *døvistum* ikke brukes, er det fordi dette bærer i seg et ekkelt gufs fra en mindre opplyst tid da døve ble klassifisert som ressurssvake og mindre intelligente. I dag begriper enhver at mangel på hørsel og hvordan stemmen din høres ut ikke henger sammen med hvilke evner og anlegg du ellers måtte ha eller ikke ha. Eller (og jeg skulle ønske jeg slapp å skrive dette): *de fleste* forstår det. Dette leder oss imidlertid til det viktigste punktet, nemlig språk.

TEGNSPRÅK. Hvordan kommuniserer døve? Døve lærer norsk og kan selvfølgelig både lese og skrive. Og altså snakke. Men, og jeg kan ikke få understreket dette nok: Tegnspråk er døves morsmål. Norsk er et andrespråk. Norsk tegnspråk er et selvstendig og fullverdig språk med sin egen grammatikk og setningsoppbygging som er svært forskjellig fra norsk. Mange spør meg om tegnspråk er internasjonalt. Svaret er nei. Som ethvert annet levende språk er også tegnspråk i stadig utvikling. Det har til og med dialektforskjeller.

Hørende som lærer seg noen tegn som de så bruker ord for ord slik de ville sagt noe på norsk, snakker ikke tegnspråk. De bruker det vi kaller «tegn til tale». Tegnspråk er mye mer enn norsk med tegn. Og her kommer det viktige poenget: Døve med tegnspråk som morsmål trenger informasjon på tegnspråk.

Jeg har flere ganger enn jeg kan telle opplevd at man ikke lytter til vår beskjed om at tolk må være til stede når viktige samtaler skal tas. Senest nå med min mor. Etter legevisitten den dagen hun ble utskrevet, fikk vi beskjed om at mor hadde skjönt alt og var godt informert om hva som skulle skje. «Vi skrev litt og hun er jo så flink til å lese på munnen». Ja. Hun er det. Men det er ikke godt nok. Og som vanlig – da vi

sammenliknet hva legen mente å ha formidlet med hva mor hadde oppfattet, dreide det seg om to forskjellige versjoner. De pårørende, i dette tilfellet min søster og jeg, blir dermed slitsomme masekråker; «Hvorfor ble ikke tolk bestilt, vi ba jo om det?» «Nei, men det gikk jo så fint!» Jaha, hvordan kan man kontrollere det når man ikke snakker et felles språk begge parter er like fortrolige med?

DØVETOLK. For hver instans hun skal innom lyder vår bønn: Dere MÅ være så snille og sørge for at det er tolk til stede! Er det formidlet at hun er døv? Ja og ja. Og alt gjennomføres uten tolk. Som i dag, da ambulerende rehabiliteringsteam på kort varsel annonserte at de ville komme på hjemmebesøk: Har dere bestilt tolk? Nei, det sto det ikke noe om i papirene. Nei vel, men dere vet at hun er døv? Ja. Så hvordan hadde dere tenkt å gjøre dette? Eh ... prøve oss litt frem, og så vet vi jo ikke hvordan man får tak i tolk. Vi er ved neste viktige punkt:

Døvetolk – hvem de er og hvem de ikke bør være: Kanskje tenker du nå at vi som pårørende jo kan tolke? Tro meg, vi gjør det. De fleste av oss har gjort det siden førskolealder. Ikke fordi vi ville, men fordi vi måtte. Det er en annen verden nå. Tolketjenesten er langt bedre utbygd. Hjelpemiddelentralene rundt omkring i Norge er stedet å henvende seg. Der finnes det dyktige folk som har utdannet seg til profesjonelle tegnspråktolker. De er der fordi de trengs. Så glem alt om at det sikkert går fint og vi jo kan skrive lapper, og glem alle andre ad hoc-løsninger som sørger for at informasjon går seg bort på veien fra avsender til mottaker. Skaff profesjonell tolk!

KREVENDE FOR PÅRØRENDE. Voksne CODA-er er som jeg nevnte vant til å tolke, men vi har også et liv, noen av oss et stykke unna rent geografisk. Vi har arbeidsliv og familieliv.

I hendelsen som brukes som eksempel her, mors hofteoperasjon, kunne vi fint gjort det til heltidsbeskjeftigelse å følge henne opp på sykehuset. De to første dagene tok jeg med jobben til sykehuset og satt der fra morgen til kveld, fordi det var helt umulig for sykehuset å planlegge legevisitt, fysioterapi og andre ting som skulle skje i løpet av dagen, der vi vurderte det som viktig at hun hadde tolk. Døvetolkene er travle, de kan ikke sette av en hel dag for noe som kanskje tar en time.

Altså satt jeg der, med eksamensbesvarelser for retting i fanget, klar til å tolke når det trengtes. Det går i et kniptak og fordi man har en forståelsesfull sjef og arbeidsoppgaver man faktisk kan ta med seg akkurat da. Men vi kan ikke være der 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Så vi maser via telefon i stedet. For å spørre hvorfor tolk ikke var til stede og sammenlikne informasjon som ble gitt med den informasjonen mor mener å ha fått, og så videre. Av og til blir vi såpass lei av å ikke bli hørt at vi blir sinte. Og paradoksalt nok blir jeg enda mer sint av å registrere at en slik reaksjon kan være effektiv.

PLANLEGGING. Vi har forstått at en del ting kan være vanskelige å planlegge i god tid; legevisitt, diskusjon rundt utskrivningstidspunkt, samtale om plass på rehabiliteringssenter, og så videre. Men la meg slå fast at det ideelle jo ville

vært om slike ting faktisk kunne planlegges. Problemet er at behandling og oppfølging bare tilsynelatende skjer i samforståelse med pasienten når tolk ikke er til stede. Vi blir engstelige for både helse og trivsel, i noen tilfeller også sikkerhet. Hva om hun ikke får med seg hvordan en bestemt medisin skal tas? Hva om hun ikke får formidlet hvor det gjør vondt eller får spurt om ting hun lurer på? Eller hva når hun blir sendt hjem alene uten alarm?

Dette siste skjedde med mor. Hun kunne ikke få trygghetsalarm da de ikke hadde noen ledige, men, lød beskjeden, det er bare for henne å ringe dette nummeret, så får hun tak i oss.

Det er da frustrasjonen blir til sinne. Særlig når slike ting kommer i tillegg til at vi for fjerde gang på et par dager får beskjed om at nei, vi har ikke fått noen beskjed om at hun må ha tolk.

«Døve lærer norsk og kan selvfølgelig både lese og skrive. Og altså snakke.»

Og en innstendig oppfordring til slutt: Ikke bruk mindreårige som tolk for foreldrene. Det setter barn i situasjoner de ikke skal være i og gir dem et ansvar de ikke skal ha. Det er ikke bra for dem. Også som voksne pårørende kjenner vi ofte på at det kan være problematisk å være tolk for sine nærmeste. Vi vil aller helst få lov til å være kun pårørende. Jeg ber om at man er særlig oppmerksom på dette i tilfeller med alvorlig og terminal sykdom.

VERDEN UTEN LYD. Tenk gjennom det en gang til: Hva er det å være døv? Verdens mest berømte døvblinde, Helen Keller, sa en gang følgende: Å være blind isolerer deg fra tingene rundt deg. Å være døv isolerer deg fra andre mennesker.

Det er derfor ikke rart at døve søker sammen. Sammen med andre døve oppheves alle språklige barrierer og enhver følelse av å stå utenfor. Det snakkes gjerne om *døvekultur* i denne sammenhengen. Å være døv er noe mer enn å ikke høre. Det er også å tilhøre et språklig fellesskap, en felles historie, en minoritet med andre utfordringer og en annen opplevelse av virkeligheten enn den vi med hørsel har. Slik jeg aldri kan forklare min mor hvordan stemmen min eller Bachs orgelkonserter høres ut, slik kan jeg heller aldri fullt og helt forstå hvordan det er å alltid ha levd i en verden uten lyd.

Å være døv er å ha en bestemt kulturell identitet, og det er å befinne seg i en kamp mot fordommer og mangel på forståelse for hvem man er. Sammen har døve kjempet frem viktige fremskritt for seg selv, fra anerkjennelsen av tegnspråk som morsmål, muligheten til å ta høyere utdanning (i 2012 tok den første døve en doktorgrad i Norge) til nyheter på tegnspråk. Båndene innad i døvekulturen er sterke. Jeg har mange ganger tenkt at døve har to familier; den (som regel) hørende som man er i slekt med, og så den døve. De to er like viktige. Det handler om dette: Et fellesskap hvor man er omgitt av dem som forstår, vet og kan alt det den hørende verdenen gang på gang demonstrerer at den ikke har forstått.

Men det er lov til å lære, og det er lov til å spørre. Bare husk tolk. ●

(En lengre versjon av kronikken finnes på sykepleien.no)



Liker seg ute: Ett og et halvt år etter at Lillian Elise Esborg Bergane ble fylkesleder i Telemark, har hun ennå til gode å sitte en hel uke på kontoret.

Høyt og lavt i Telemark

Aktiv. Den yngste fylkeslederen i Norsk Sykepleierforbund sitter i Skien. Når hun har tid.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**





Lillian Elise Esborg Bergane

Hvorfor: Hun er den yngste fylkeslederen i NSF og har mange jern i ilden

Stilling: Fylkesleder i NSF Telemark og masterstudent i strategi og kompetanseledelse.

Utdanning: Bachelor i sykepleie og organisasjon og ledelse.

Alder: 34



Lillian Elise Esborg Bergane merkes når hun skri-
der inn i et rom. Hun er høy fra før, men når hun
får på stiletthælene, slik hun har en helt vanlig
mandag som Sykepleien kommer på besøk, tan-
gerer hun 186.

Mens lillesøsteren hennes ikke eier en eneste kjole, er fru
Bergane alltid kjolekledd. I dag er det en blå og hvit i 50-talls-
snitt, med håret i en stram flette nedover den ene skulde-
ren. Men ikke slik at den skjuler en liten button fra Norsk Sy-
kepleierforbund (NSF), som hun alltid passer på å ha på seg
når hun skal treffe nye mennesker.

– Jeg er en NSF-er, slår hun fast.

– **SYSTEMTRO OG UREDD.** – Lillian Elise er en veldig struk-
turet og ryddig person både utenpå og inni. Hun er en da-
me med høyt aktivitetsnivå og mange jern i ilden, sier råd-

«Jeg ønsker å skape overskrifter, men ikke unødvendig uro.»

giver hos NSF Telemark, Lene Topper, om sin 34 år gamle
sjef.

Telemarkskontoret fikk Norges yngste fylkesleder for ett
og et halvt år siden, etter å ha hatt en mer normal alders-
modell (den 65 år gamle Sigrunn Øygarden Gundersen) i en
årrekke.

– Der ledere med lang erfaring er uredde og tar sine av-
gjørrelser, er Lillian Elise kanskje mer tro mot systemet. Men
hun er også uredde, altså, forsikrer Lene Topper.

BALLER I LUFTA. Bergane medgir at hun er over gjennom-
snittet strukturert.

– Pulten min er ikke akkurat rotete, til og med mailboksen
er det orden i. Og bøkene hjemme er alfabetisert. Men det
er nettopp derfor jeg klarer å ha så mange baller i luften, sier
hun, og tenker blant annet på lokalpolitikken og masterstu-
diene i strategi og kompetanseledelse som hun driver med
i tillegg til sjefsjobben i NSF.

Den første endringen hun fikk gjennom på fylkeskontoret,
var nettopp å avklare mer og fordele mer ansvar for hvem
som tar seg av hva.

– Jeg liker å levere alt innen frister og følge opp saker, si-
er hun.

– Vi har alltid prioritert å spise lunsj sammen her på kon-
toret. Det hender at Lillian Elise glemmer det, men hun er
blitt flinkere til det nå. Ellers er hun en omsorgsfull person
vi har gode samtaler med. Og hun inspirer meg til å gå mer
i kjole, sier Topper.

UTSATTE BRYLLUPSREISEN FOR NSF. – *Hvordan merkes
den unge alderen din som fylkesleder?*

– Det går i hvert fall ikke saktere! Som person tar jeg ting
raskt, også elektroniske løsninger. Jeg bruker alt vi har av det,
sier Bergane.

Skulle hun likevel trenge hjelp, får hun det av mannen sin,
som jobber med IT.

– Hele NSF har en god digital satsing, men Sykepleiens app
for Ipad bruker jeg ikke. Synes det funker bedre med de elek-
troniske nyhetsbrevne og papirutgaven.

Hun giftet seg i fjor sommer, men bryllupsreisen måtte
utsettes fordi det var hovedtariffoppgjør. Den skal tas i no-
vember i år, på sør-østsiden av USA med obligatorisk stopp
i Orlando.

– Jeg blir som barn igjen i fornøylesparker!

Frem til det er det jobb og atter jobb. Dagene blir lange,
men hun liker det slik.

– Jeg er mye ute. Har ennå til gode å sitte en hel uke på
kontoret.

Tre ganger i halvåret er hun på ledermøter og like mange
ganger på fylkesstyremøter. Mange av de andre fylkesleder-
ne kunne vært moren hennes.

– Jeg har blitt utrolig godt mottatt og føler meg veldig hjem-
me i NSF.

SPARRINGSPARTNERE. Denne mandagen står tillitsvalgt-
opplæring på programmet i Skien. Fire ferske tillitsvalgte sy-
kepleiere fra Bamble og Tokke kommune er på introduk-
sjonsdag, som er Berganes ansvar. Her lærer de hvordan
organisasjonen er bygd opp og hvilke verktøy de kan bruke
for å finne frem til det de måtte trenge for å hjelpe medlem-
mene der ute.

Bergane ser ut som en jevn gammel venninne til dem hun
foreleser for. Hun taster litt på maskinen sin med delikate
fransk-manikyerte fingertupper, og får opp et PowerPoint-
bilde med stikkord «sosiale medier».

– Husk at dere representerer NSF nå. Da skal dere kanskje
ikke juble på en privat Facebook-side for at et sykehjem blir
konkurranseutsatt, siden det er i strid med NSF's politikk,
formaner hun.

Det nikkes lydig rundt bordet.

– Hva hvis det blir nedbemanning på arbeidsplassen? Skal
vi være med på det, undrer en av kursdeltakerne litt seinere.

– Ja, det er rett inn i tillitsvalgtrollen! Der er det viktig at
dere kommer inn tidlig og argumenterer med faglig forsvar-
lighet og behovet for kompetanse. Dere må bare bruke oss
som sparringspartnere, råder Bergane.

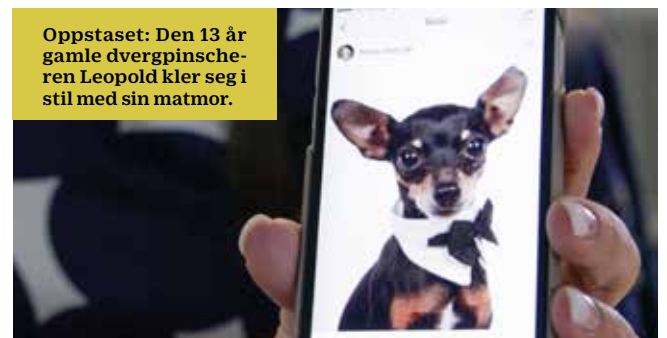
LAGRET ALLE JOURNALISTER. Hun ønsker at det skal væ-
re lav terskel for å ta kontakt, og prioriterer å reise mye ut og



1983: Lillian Elise fikk sin første beltestakk åtte måneder gammel og har hjulpet sin mor med å sy bunader. Foto: Privat



Tillitsvalgt-opplæring: Lillian Elise holder introduksjonskurs for fire nye tillitsvalgte og ber dem bruke henne som sparringspartner.



Oppstaset: Den 13 år gamle dvergpinschen Leopold kler seg i stil med sin matmor.

treffe medlemmene «på gulvet».

– Det er kjempespennende å møte nye folk. Da holder jeg meg orientert, og det blir lettere å finne de gode lokale eksemplene når vi skal tipse media.

Bergane har lagret hele fylkets journalistkare på mobilen. Fra Varden, Telemark Arbeiderblad, Porsgrunns Dagblad, Telen, Rjukan Arbeiderblad, Kragerø Blad Vestmar til diverse radiokanaler og NRKs lokalkontor.

– Hvordan tenker du når du skal tipse media?

– Jeg må alltid finne en lokal vri og har som utgangspunkt at det er bedre med en redaksjonell artikkel eller reportasje fremfor et leserinnlegg fra meg. Jeg ønsker å skape overskrifter, men ikke unødvendig uro. De negative finner sjøl veien inn i media, jeg prøver i tillegg å dytte inn de positive, og noe som er mer konkret og spennende enn en høring.

– Hvilket medieoppslag har du vært mest fornøyd med?

– Avisoppslaget om den alvorlige sykepleiermangelen, som

jo er en nasjonal sak. Vi lagde en lokal vri på den der vi viste til eksempler fra kommunehelsetjenesten. Vi fikk en bredde på det og en journalist som var tydelig interessert. Hun skal lage

«Det er bedre med en redaksjonell artikkel eller reportasje fremfor et leserinnlegg fra meg.»

en oppfølging når del to av rapporten fra NOVA kommer i august, om konsekvensene av sykepleiermangelen.

Neste fremstøt har hun planlagt skal handle om arbeidsutvalget og endringene i arbeidsmiljøloven.

– Da skal vi kanskje dra inn sykehusene, siden vi brukte kommunen sist. Jeg har lyst til å vise de gode eksemplene





på hva som fungerer, for eksempel en avdeling der de har lang hviletid.

FLERE KONFLIKTSAKER. Dagens avisoppslag fra Varden ligger oppslått i resepsjonen hos NSF Telemark: Ansatte ved Gjerpen sykehjem var redde for hverandre, de hevdet de ble mobbet og utsatt for spionering og heksejakt. Nå er to oppsagt, seks er omplassert, og Helsetilsynet har varslet tilsyn.

«Det er jo altfor få jenter med i kommunestyre!»

– Har sakene dere jobber med i Telemark, endret seg de siste årene?

– Ja, antallet saker har økt, men også antall konfliktsaker og alvorlighetsgraden på sakene. I tillegg har vi stor grad av kontinuitet blant tillitsvalgte i Telemark, hvilket betyr at de får økt kompetanse i rollen over tid, og følgelig avdekker og tar opp flere saker også.

Telemark har hatt sine lokalsykehuskamper i forbindelse med nedleggelse av sykehusene både på Rjukan og i Kragerø.

– Hvordan er det å alltid måtte være nøytral i slike følsomme debatter?

– Jeg kom inn som leder etter at det hele var ferdig, så jeg har ikke merket så mye til det. Men jobben min er jo å fronte NSF's politikk og helheten. Det er ikke alltid jeg synes alle sakene er like viktige. Jeg velger mine kamper.

– Hvilke kamper havner nederst på lista?

Det blir stille.

– Hm, det må jeg tenke på.

HJEMMESYKEPLEIEN OG PLASTIKK-KIRURGI. Det var ikke gitt at Bergane skulle bli sykepleier, selv om både moren og tanten er det. Hun ville egentlig bli dyrlege. Men etter å ha jobbet som assistent i hjemmesykepleien etter videregående, fikk hun mersmak.

– Jeg likte både selvstendigheten i yrket og usikkerheten rundt hva som møtte meg bak døra. Som hjemmesykepleier hadde jeg pasienter fra to måneder til 100 år, og jeg liker jo at det skjer ting. Nå kan jeg savne den takknemlige følelsen det er å komme hjem til noen og utgjøre den viktige forskjellen.

Etter hjemmesykepleien i Skien ble det en del ekstravakter ved plastikk-kirurgien på sykehuset samtidig som hun var hovedtillitsvalgt (HTV) for NSF i Skien kommune i seks år før hun ble fylkesleder.

– Da ble jeg enda mer selvstendig enn det jeg var fra før, for som HTV var jeg helt alene.

– Hva var det viktigste du lærte da?

– Jeg så samspeillet mellom politikk og administrasjon og fikk sortert litt på de ulike rollene og hvem som gjør hva. Det var først da jeg skjønnte at jeg måtte inn i politikken hvis jeg virkelig skulle påvirke.

LOKALPOLITIKK. Nå er det tre år siden hun meldte seg inn i Arbeiderpartiet. I fjor høst ble hun valgt inn i bystyret i hjemkommunen Porsgrunn.

– For å være ærlig syntes jeg partipolitikk virket slitsomt og at det var for mye spill. Men det er jo altfor få jenter med i kommunestyre! Jeg er en av få mellom 25 og 45 år i bystyret. Jeg tenkte jeg fikk ta mitt ansvar der, og sitter i utvalget for barn, unge og kultur.

Selv bruker hun morsgenet sitt på hunden, den lille dvergpinscheren Leopold.

Hun blar frem bilder av ham på mobilen. Der er lille Leopold i julenissedrakt foran juletreet sammen med alle pakene, og der er han oppstaset med sort tversoversløyfe. Han veier ikke mer enn en prematur baby: 2,5 kilo, selv om han har rukket å bli tenåring i menneskeår.

– Han hører litt dårlig, så jeg må plystre på ham.

SORT BELTE I NANBUDO. At Bergane ble organisasjonsmenneske, var ikke like overraskende som at hun ble sykepleier. Hennes første tillitsverv var i idrettsrådet i Porsgrunn, hun har nemlig sort belte i kampsporten nanbudo.

– Jeg er arvelig belastet med foreningsarbeid. Mamma har vært med i både Røde Kors og fylkestyret til NSF. Pappa, som er byggmester, er med i alle slags byggmesterlaug og -forbund og håndverkerforeninger. Men det gir jo så mye! Og jeg får en helt annen oversikt ...

Nå er det fem år siden Bergane jobbet klinisk.

– Kommer du til å jobbe med pasienter igjen?

«Jeg velger mine kamper.»

– Jeg vet ikke. Jeg ønsker jo å bruke disse erfaringene jeg har fått etter hvert. Og jeg er så godt i gang her i NSF.

BØLLEKURS FOR TILLITSVALGTE. Bergane ramser opp alt hun vil gjøre: ha en tettere dialog med høyskolelærerne. Være til stede på de åpne sykehusstyremøtene. NSF Telemark skal bli enda mer synlige og tydeligere, og skal få sykepleierne til å bli tøffere.

– Sykepleiere har knallgode forhandlingskort hvis vi bare bruker dem riktig. Jeg har lyst til å trygge de tillitsvalgte, finne frem den gode forskningen til dem, få dem til å stå mer sammen og sende dem på bøllekurs! ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 07 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no



Nøstret Bo- og Omsorgsenter søker SYKEPLEIERE eller VERNEPLEIER til stilling

Nøstret er et langsiktig bo- og omsorgstilbud til mennesker med behov for oppfølging i forhold til psykisk helse. For mer info se våre hjemmesider www.nostret.no

- Oppstart oktober 2016, eller etter avtale.
- Stillingsstørrelse inntil 100 % etter avtale.

Søkeren må beherske norsk skriftlig og muntlig godt og ha gyldig sertifikat. Personlig egnethet, videreutdanning og erfaring vektlegges. Autorisasjon, cv og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:

Avdelingsleder Tove Jensen: 932 01 328
Virksomhetsleder Håvard Jakobsen: 916 24 395

Søknad merkes "Søknad 6/16" og sendes til: post@nostret.no
Eller pr. post til:
Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS
Bønsnesveien 171
3530 Røyse,

Søknadsfrist: 01.09.2016

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Kirurgisk klinikk

Nyopprettet Kirurgisk vurderingsenhet

Seksjonsleder

100 % fast stilling fra 1. september 2016.

Kirurgisk klinikk søker entusiastisk, nytenkende og inkluderende seksjonsleder til Avdeling for sengeposter og poliklinikk. Seksjonsleder vil få særlig ansvar for å lede vår nyopprettede vurderingsenhet.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef sykepleietjenesten Nina Hassel, tlf. 72 57 41 24.

Søknadsfrist: 15. august 2016

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



ST. OLAVS HOSPITAL



DU SKAL MERKE AT VI BRYR OSS

... Ikke minst når du
mottar lønningen!

SAMMEN FORMER VI DIN DRØMMEJOBB

I Dedicare er vi overbevist om at du jobber best når du trives og selv har innflytelse over arbeidet ditt. Derfor er vi opptatt av smidighet og fleksibilitet. Våre sykepleiere velger selv om de vil jobbe heltid eller deltid, mye eller lite.

Godt betalt er det også! Dedicare innfrir allerede nå forbundets krav til lønn på 500.000 innen 2020.

Vi gir våre sykepleiere en grunnlønn på 500.000* og spesial-sykepleiere får minst 550.000.

SERIØSITET ER EN SELVFØLGE

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge og de fleste av landets kommuner, og er blant de eldste firmaene innenfor helsebemanning. I år feirer vi 20-års jubileum!

Dedicare tilbyr faste ansettelser, pensjonsavtale med KLP, gruppe-livsforsikring, ulykkesforsikring samt en rekke andre fordeler. Alle våre sykepleiere i Norge er ansatt i det norske selskapet – med fulle rettigheter.

Våre bemanningskonsulenter er sykepleiere som alle har erfaring fra helsevesenet. Deretter gjennomgår de en grundig opplæring før de begynner å jobbe med bemanning og rekruttering. Du får din egen faste kontaktperson som følger deg opp.

* I tillegg får du tillegg for ubekvem arbeidstid som følger tariffbestemmelsene og du har selvstøtt rett til 5 uker ferie (12 % feriepenger).

HVA PASSER BEST FOR DEG?

Du bestemmer selv hvor og hvordan du vil arbeide, og vi gjør hva vi kan for å tilpasse vårt store tilbud til beste for deg.

Kanskje du vil jobbe ekstra mye en periode? Eller jobbe mer annenhver uke og tilsvarende mindre de andre ukene? Har du barn, er det viktig å tilpasse helgejobbing til barnas aktiviteter – og ikke minst kunne ta ferie når du vil. Gir du beskjed i god tid, vil det garantert ordne seg! Hos oss er det ikke noe som heter feriepuljer eller "vente til" 1. mai 2017..!

Hva med å jobbe i en annen landsdel en periode? Vi kan gi deg jobb nærmest hvor du vil i hele Norge. Vil du oppleve Lofoten, Nord-Norge eller Vestlandet – et skisted om vinteren og svaberg om sommeren? Alt er mulig, og i slike tilfeller dekker vi både pendlerreise og pendlerbolig.

TRYGGHET

Våre ansatte fortjener det aller beste, og vi tar oppgaven alvorlig med å matche din kompetanse med den riktige stillingen. Ønsker du å utvide kompetansen din, hjelper vi til med dette og tilbyr både internopplæring og fagkurs. Og, du blir selvstøtt aldri bedt om å ta en stilling på steder du ikke har lyst til å jobbe og bo.

Kort sagt: Er du hos oss, er du i de beste hender!

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse



RÆLINGEN KOMMUNE

Rælingen kommune har ca 17 000 innbyggere og ligger sentralt i Akershus fylke med kort vei til Lillestrøm, Oslo og Gardermoen. Du vil møte en moderne og utviklingsorientert kommune med nærhet til både det urbane og det landlige.

Sykepleiere til nytt demenssenter

Vi har ledig fra 2-4 nye stillinger og trenger sykepleiere i 100 %, fra 14. november 2016. Det er turnusstillinger med arbeid dag og kveld og hver 3. helg.

Vi åpner nytt senter på Løvenstادتunet for personer med demenssykdom/kognitiv svikt i Rælingen kommune. Vi har i dag 27 plasser og kommer til å utvide til 32 plasser fordelt på fire grupper. Gruppene skal ha hver sin gruppelederfunksjon som vil ha et større ansvar i forhold til opplæring og oppfølging av fag.

Bli med på innflytting i nytt senter!

Søknadsfrist er 4. september 2016

Kontaktperson

Anne-Guro Høye Strøm, avdelingsleder, telefon 481 675 22
Grethe Lid, enhetsleder, telefon 481 67 510

For fullstendig utlysningstekst se vår hjemmeside:
www.ralingen.kommune.no

Trivselskommunen med nærhet til Ostmarka og Djervan



RÆLINGEN KOMMUNE

Rælingen kommune har ca 17 000 innbyggere og ligger sentralt i Akershus fylke med kort vei til Lillestrøm, Oslo og Gardermoen. Du vil møte en moderne og utviklingsorientert kommune med nærhet til både det urbane og det landlige.

Sykepleier på natt til nytt demenssenter

2. gangs utlysning

Vi har opprettet en ny stilling og har behov for en sykepleier på natt i 62,44% fra 14. november 2016.

Vi åpner nytt senter på Løvenstادتunet for personer med demenssykdom/kognitiv svikt i Rælingen kommune. Vi har i dag 27 plasser og kommer til å utvide til 32 plasser fordelt på fire grupper. Gruppene skal ha hver sin gruppelederfunksjon som vil ha et større ansvar i forhold til opplæring og oppfølging av fag.

Bli med på innflytting i nytt senter!

Søknadsfrist er 4. september 2016

Kontaktperson

Anne-Guro Høye Strøm, avdelingsleder, telefon 481 675 22
Grethe Lid, enhetsleder, telefon 481 67 510

For fullstendig utlysningstekst se vår hjemmeside:
www.ralingen.kommune.no

Trivselskommunen med nærhet til Ostmarka og Djervan



HiPP er verdens største produsent av økologisk barnemat og vår visjon er alltid å tilby den beste mulige starten i livet for barn. Det økologiske tankesettet kjennetegner alt HiPP gjør. Vi dyrker, forer opp, produserer, pakker og transporterer økologisk. Å velge økologisk fra starten er ikke bare bra for de minste barna og for dyrene, det gir også våre fremtidige generasjoner et bedre miljø og verden. I tillegg til økologi, er høy kvalitet, god og næringsriktig mat, våre viktigste grunnpilarer. Som foreldre kan du være sikker på at mat og drikk fra HiPP er sikker, sunn, smaker godt og at de inneholder den næring barnet ditt trenger. Vi er stolte av å jobbe med HiPP og ikke minst å kunne si at vi siden introduksjonen i Norge i 2004 har blitt en ledende totalleverandør av økologisk barnemat på det norske markedet.

Helsesøster/ernæringsfysiolog/Produktspesialist for HiPP økologiske barnemat i Norge søkes

Er du helsesøster, ernæringsfysiolog eller tilsvarende og ønsker å jobbe i et spennende og bærekraftig selskap med gode verdier?

Vi søker deg som har god kunnskap om ernæring og spisevaner for barn. Du er tillitsskapende og relasjonsbyggende av natur og har gode presentasjons- og fremstillingsevne. Du er handlekraftig og selvstendig men trives også jobbe i team. Du liker å jobbe med mennesker og er både uformell, sosial og omgjengelig.

For fullstendig utlysning se: www.arvidnordquist.no

Søknadsfrist: 19.august 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Sykepleier

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet

100% fast stilling, tiltredelse etter avtale.

Vi tilbyr:

På RAAO vil det være mye spennende å lære og gjøre. Du vil få grundig opplæring og mulighet til faglig utvikling. Du vil få engasjerte og dyktige medarbeidere. På sikt er det mål at det skal være to sykepleiere ved RAAO. Fordi vi er i en oppbyggingsfase, vil du kunne være med å utvikle og sette ditt preg på RAAO.

Hos oss er det kun vanlig 37,5 t dagarbeid. Lønn etter avtale.

Tromsø er en flott by å bo i, mye flott natur og bredt utvalg av muligheter i byen.

Kontaktpersoner:

Jan Haanes, vdelingsleder/overlege, tlf. 77 62 73 63, jvh@unn.no, Martin Sørensen, overlege, tlf. 901 07 879, eller Roald Bolle, overlege, tlf. 951 35 444

Søknadsfrist: 30. august 2016

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Er du en dyktig sykepleier som brenner for faget?

Er du målbevisst, fleksibel og resultatorientert? Er du inspirerende og engasjert? Er du både selvstendig og kommuniserende? Ser du muligheter der andre ser problemer? Ønsker du i tillegg å kombinere jobben med mulighet for en aktiv fritid? Da er dette noe for deg!

Medisinsk Avdeling Narvik søker

Fag-/driftssykepleier

Stillingsbrøk: 100 %

Vikariat fra 19.09.2016 - 31.08.2017

Sykepleiere

- 75% sykepleier - Fast
- 75% sykepleier - Vikariat 31.08.16 - 31.08.17
- 50% sykepleier - Vikariat 31.08.16 - 31.03.17

Vi tilbyr fjord, fjell og vakker natur rett utenfor døren, faglig og personlig utvikling og høyt faglig nivå. Velkommen til en arbeidsplass som er en inkluderende arbeidsliv(IA)-bedrift.

Kontaktinfo: seksjonssykepleier Eirin Lovise Føre, tlf. 76 96 85 68 / seksjonssykepleier Monica Johansen Dybwad, tlf. 76 96 85 62

Søknadsfrist: 31.08.2016

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til flg. stillinger:

Sykepleier/vernepleier, natt - Ungdomspsykiatrisk Seksjon

- To faste stillinger som sykepleier/vernepleier, natt. Tiltredelse snarest.

Kontakt: Agnes Syversen, Seksjonsleder, 77 75 57 01 eller Mariann Lødemel, Kst. enhetsleder, 77 75 57 68, Mariann.Lodemel@unn.no

Søknadsfrist: 21. august 2016

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



MODUMBAD*tt*

- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykiatrisk sykepleier

Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 90 % fast stilling for psykiatrisk sykepleier.

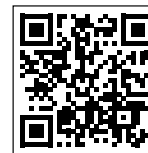
Tiltredelse: 1. januar 2017.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Ingunn Aune Hennum, tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via www.modum-bad.no.

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 20. august 2016

www.modum-bad.no



Operasjonssykepleier

Operasjon Porsgrunn

2x 100 % fast stilling.

Vår aktive dagkirurgiske seksjon er i stadig utvikling og vi trenger derfor noen nye kollegaer. Vi søker etter engasjerte operasjonssykepleiere med bred erfaring innen operasjon. Vi har et meget godt arbeidsmiljø, hvor fokus på teamarbeid og logistikk i arbeidet står i fokus.

Gode arbeidskollegaer venter på at du skal bli en del av vårt team, og vi gleder oss til du kommer!

Nærmere informasjon ved:
Hanne Bakken Taylor, Seksjonsleder, tlf. 907 29 298 /
35 00 48 08, e-post: hanbak@sthf.no

For å søke på stilling må du benytte vårt elektroniske søknadssystem – se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no

Søknadsfrist: 31.08.2016

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesker

Spennende lederstilling på Vinderen ledig

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til enhet for rus og psykiatri.

Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på www.diaconhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist 19.08.16.



frantz.no

En helt ny leseopplevelse

Prøv
Sykepleien
på nettbrett
du også!



Sykepleien

Sykepleier

TÅSEN HELSEHUS

Vil du bli med å styrke et kompetansemiljø som kommer pasientene til gode? Er du faglig engasjert og stolt over yrket ditt? Da er du sykepleieren vi leter etter. Målet til de fleste pasientene våre er å komme seg hjem igjen og det vil vi hjelpe dem med. Veien dit krever dyktige fagfolk. Bli med oss og bidra til at pasientene våre opplever økt livskvalitet!

Vi søker etter deg som finner dette interessant og vil ta del i og bidra til utvikling av eldreomsorgen! Vi trenger flere sykepleiere i staben, og har vakante stillinger (80-100%) i 2-delt turnus samt vakante nattstillinger (50-75%). Vi trenger også flere sykepleier ekstravakter.

Mer informasjon:

Se mer om betingelser, personalgoder og krav til kvalifikasjoner på sykepleienjobb.no eller på finn.no. Eller ta kontakt med Kvalitetssjef Ida Eide, tlf. 926 30 957. Vi ser frem å høre fra deg!

 **norlandia**

www.norlandia.no



Våler kommune

HELSESØSTER

Vi ønsker oss en engasjert helsesøster eller helsebror i Våler kommune i Østfold, - er det deg ?

I Familiens hus / helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det ledig 100 % fast stilling som helsesøster.

Tiltredelse snarest.

Kontaktperson: Virksomhetsleder Eline Uthus tlf 958 25 661 eller ledende helsesøster Anne Kopperud tlf 408 52 110.

Fullstendig utlysningstekst finner du på www.valer-of.kommune.no

Søknadsfrist: 1. sept. 2016



Gulen kommune ligg på sørsida av Sognefjorden, heilt ut mot havet. Innbyggjartalet er ca. 2 400. Kommunen har ca. 400 tilsette, som arbeider etter visjonen samarbeid for utvikling!

RESSURSSJUKEPLEIAR - i kreftomsorg og palliasjon

Gulen kommune har ledig 100 % fast stilling som ressursssjukepleiar frå snarast. Stillinga er todelt, slik at 60 % av stillinga er knytt til arbeid som sjukepleiar på sjukeheim i turnus inkl. helg, og dei resterane 40 % er knytt til ressursssjukepleiarfunksjonen. Det er høve til å søkje på deler av stillinga.

Sjå www.gulen.kommune.no for fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist 21.08.16.



Askim kommune

LEDENDE HELSESØSTER / LEDER HELSESTASJON 100 % FAST STILLING

Familiens hus består av Helsesøstertjenesten, Barneverntjenesten, PP-tjenesten og Psykososialt team, samt to boliger og et dagsenter for mennesker med psykiske lidelser. Målet for virksomheten er å fremme et helhetlig arbeid mot barn, unge og deres foresatte

Vi har en ledig plass rundt bordet i Familiens hus – vil du sitte med oss?

Det søkes etter leder som har lederutdanning og ledererfaring. Det kreves godkjent helsesøsterutdanning og erfaring fra arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Les utfyllende tekst på askim.kommune.no/ledige-stillinger

Søknadsfrist: 22.08.2016



Kvænangen kommune
naturperle på 70 grader nord

Adresse: 9161 Burfjord • tlf. 77 77 88 00 • faks 77 77 88 07

2. gangs utlysning

Avdelingsleder - Skjermet enhet

Nærmere opplysninger om stillingen gis ved leder Gargo sykehjem Rickard Printz, tlf 77 77 90 27 / 474 69 510, eller etatsleder helse og omsorg Unni Edvardsen, tlf 404 50 115.

Søknadsfrist 15.08.16.

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.kvanangen.kommune.no eller Finn.no

www.kvanangen.kommune.no



Tranøy kommune i Troms – lengst sør på Senja, er kjent for sin flotte natur og mulighet for et allsidig friluftsliv.

Virksomhetsleder for pleie- og omsorgsenhet, PLO

Stillingen som virksomhetsleder er en spennende og utfordrende stilling der du får mulighet til å jobbe i spennet mellom politikk, administrasjon, fag og ledelse. Vi søker etter en handlekraftig og fremtidsrettet leder som skal være med på å utforme fremtidens helse- og omsorgstjenester i Tranøy kommune.

Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no – her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 2. september 2016.

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere eller rekrutteringsbyråer.



Jobbnorge.no



Sauherad kommune

Fruktkommunen Sauherad har ca. 4.300 innbyggere og ligger i Midt-Telemark mellom Bø og Notodden. Her er godt utbygd skole- og barnehage tilbud, med videregående skole og høyskole i nabokommunene. Her finner du trygge oppvekstområder med et rikt kulturliv og nærhet til urbane tilbud. Et naturskjønt området med landets beste klima gir gode muligheter for friluftsliv sommer og vinter.

SYKEPLEIER

Kort om stillingen

60 % stilling i natt tjenesten knyttet til kommunen sin hjemmetjeneste. Stillingen er ledig fra 01.10.2016, eller etternærmere avtale med leder. Tjenesten er lokalisert på Gvarv. Stillingen er i turnus over 6 uker fordelt på 14 vakter hvor det inngår en friperiode på sammenhengende 9 dager. Vaktene er ellers fordelt med vakter i uken og 3. hver helg

Ansvars og arbeidsområde

Stillingens innhold er bl.a. oppfølging av pasienter i hjemmesykepleien. Enheten benytter rapportering i fagsystemet PROFIL.

Utdanning/Kvalifikasjonskrav

- Minimum 3-årig sykepleierutdanning med norsk autorisasjon, praksis er ønskelig.
- Førerkort kl B.

Personlige egenskaper

Vi ønsker deg som er: faglig engasjert, arbeider selvstendig, evne og vilje til godt samarbeid, bidrar positivt i arbeidsmiljøet, initiativrik og fleksibel, egnethet vil bli vektlagt.

Kommunen kan tilby

Variasjon i arbeidet, engasjerte kollegaer, gode samarbeidsforhold, faglig utvikling.

Hva kan du forvente av ledelsen i Sauherad kommune?

Profesjonelle i sin leder- og arbeidsgiverrolle, til å stole på, setter seg mål, og sikrer resultat gjennom endring og utvikling.

Hva forventer lederen av deg?

En god kollega, lojal, løsningsorientert og fleksibel. For nærmere informasjon kontakt enhetsleder

Lønnsvikår

Tilsetting vil skje i samsvar med aktuelle lover, reglement og avtaler, og medlemskap i f.t. KLP (Kommunal Landspensjonskasse). KLP har bl.a. gode betingelser på pensjon, forsikringer og banktjenester. **Denne stillingen gis et personlig tillegg på kr. 30.000,- pr år i hel stilling.**

Søknad sendes

Søkerne må benytte seg av elektronisk søknad, via valget "Søk på stilling".

Kontaktperson

Torunn Hesthag, Enhetsleder, Pleie og Omsorg, mobil: 45438072, Torunn.Hesthag@sauherad.kommune.no

Søknadsfrist: 21.08.2016



25. OUS-symposium - 1. og 2. november 2016

Traumatiske hodeskader – fra de mange små til de store få Fra forskning til praktisk medisin.

Kursarrangør: Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nevrokirurgisk avdeling, Barneintensiv og Barneavdeling for nevrofag (faglig ansvarlig) sammen med Stab forskning, innovasjon og utdanning (teknisk ansvarlig) v/Oslo universitetssykehus (OUS)

Læringsmål: Symposiet har som mål å gi oppdatert kunnskap om behandlingskjeden for traumatisk hodeskade fra skadested til fullført rehabilitering; prehospitalet håndtering, triage av traumepasienter, bildediagnostikk, nevrokirurgi, intensivbehandling og rehabilitering.

Symposiet er godkjent av: Norsk sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk psykologforening og Den norske legeforening. Norsk fysioterapi forbund: Kurset kan benyttes i fornyet godkjenning av spesialitet

Målgruppe: Sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, psykologer, allmennpraktikere, leger under utdanning og spesialisering i aktuelle medisinske spesialiteter samt andre yrkesgrupper med interesse for temaet.

Program:

www.oslo-universitetssykehus.no/25-ous-symposium

Påmelding til: symposium@ous-hf.no
Deltakeravgift: kr. 1.500,-
Påmeldingsfrist: 17. oktober 2016
Sted: Oslo universitetssykehus, Ullevål



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon
TERAPI • PEDAGOGISK • INTERMODAL PSYKODRAMA

Ny videreutdanning i Kunst og Uttrykksmetoder i Coaching og Teamarbeid (60 stp.) ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Campus Drammen juni 2017

Forkursene er for deg som er nysgjerrig på bruk av kunst- og uttrykksmetoder i arbeidslivet. Det er obligatorisk med forkurs om du ønsker å søke videreutdanningen.

14 – 16 oktober 2016 er temaet **coaching for indre og ytre bæreevne.**

Vi vil jobbe med kunstbaserte verktøy for å uttrykke en visjon. Vi ser på sammenhenger mellom indre og ytre ressurser for dypere motivasjon, inspirasjon og omsorg.

Lærere: Per Espen Stoknes, PhD, psykolog og kunst- og uttrykkspedagog og Anne Solgaard, MSc, kunst og uttrykkspedagog med fokus på dans

18 – 20 oktober 2016 setter vi **søkelyset på sykefravær og person-orientert teamledelse.** Kurset passer spesielt godt for prosjektledere, personalledere, ledere i helsevesenet, rådgivere og du som ønsker å nytte kreativiteten din som en ressurs på jobb.

Lærere: Anne Solgaard, MSc, kunst og uttrykkspedagog med fokus på dans og Eva Amundsen, Spesialist i klinisk psykologi, kunst- og uttrykkssterapeut og lærer i mindfulness

Søknadsfrist 25.9 og 25.10

Påmelding Tlf: 905 71 447 tirsdager kl 9-15
Email: nikut@online.no / For mer info. www.nikut.org
Sted: Høgskolen i Drammen





Fakultet for helsevitenskap tilbyr fra høsten 2016 flere nye, spennende videreutdanninger:

Campus Drammen/Vestfold:

- Ernæring og helse- ernæringsarbeid i folkehelse, utdannings- og helsesektoren **30 stp**
Søknadsfrist: 8.august

Campus Drammen:

- Rusproblemer i et livsløpsperspektiv- lokalt rusarbeid **15 stp**
Søknadsfrist: 15.august

Vi har også ledige plasser igjen på følgende av høstens videreutdanninger:

Campus Drammen:

- Psykodrama- kreativ gruppeledelse **60 stp**
- Psykoterapi: Integrativ terapi **60 stp**
- Samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid **15 stp**

Campus Vestfold:

- Helsefremmende veiledning **30 stp**

usn.no

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

LIKER DU INDISK MAT?

Hva med å prøve en ny restaurant? Vi får mye skryt for maten, og Aftenposten har anmeldt oss til 5 og skrev «**hit skal vi igjen**».



Aftenposten

Klipp ut annonsen for en overraskelse når du spiser hos oss!
Vi leverer mat til store og små selskaper.

Welhavens gate 2, 0166 Oslo,
Tlf.: 22 20 96 08
dollybal73@gmail.com



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

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



NTNU | Nord Universitet | Copenhagen Business School

Klar for neste steg?

Master of Public Administration



«MPA-studiet har gitt meg innpass i nye og spennende prosjekter på jobb».

Eva Mikkelsen,
Eier og leder av Praxis Bergen

NTNU
Handelshøyskolen i Trondheim



Søknadsfrist 15. september.
Studiestart i januar.
www.ntnu.no/studier/oampa3

Spesialistutdanning i barn og unges psykiske helse



Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Helseregion Øst og Sør

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) utvikler og driver utdanning, forskning, fagutvikling og informasjonsvirksomhet om barn og unges psykiske helse. RBUP Øst og Sør holder til i Nydalen i Oslo.

RBUP Øst og Sør starter opp nytt kull i Spesialistprogrammet i januar 2017

Undervisningen er organisert i månedlige samlinger à 3 dager, (onsdag til fredag) og går over 5 semestre (2 1/2 år).

Programmet har tre hovedelementer:

- Barn og unges psykiske helse med fellesforelesning og profesjonsspesifikke grupper.
- Forelesningsrekke i tverrfaglighet, brukermidvirkning og samhandling
- Fordypningskurs i behandlingsmetode, gruppe over 2 år (valg: Intersubjektiv psykoterapi, Kognitiv atferdsterapi, familierapi eller sped- og småbarns psykiske helse).

Utdanningen er åpen for deltakere fra syv profesjoner. Helsesøstre og sykepleiere har egen profesjonsgruppe. Deltakerne har sitt arbeid i psykisk helsevern for barn og unge eller er nøkkelpersonell med behandlingsansvar i 1.linjen og tilgrensende felt (for eksempel barneomsorg, helsestasjon og skolehelsetjeneste). Om ledige plasser er studiet åpent for søkere utenfor Helseregion Øst og Sør.

Det er en forutsetning at deltakerne parallelt med utdanningen er i minst 50 % arbeid, har arbeidsoppgaver i tråd med utdanningens progresjon og innhold og får veiledning på egen praksis.

Utdanningen er i tråd med NSF's krav til spesialistutdanning.

Vi er i forhandlinger med høyskoler om å videreføre studiepoeng for deler av utdanningen.

Søknadsfrist 3. oktober 2016.

Søknadsskjema og informasjon finnes på www.r-bup.no (se undervisning-spesialistprogrammet 2017-2019)

Spørsmål rettes til kurskoordinator Renate Stendal på tlf: 22 58 60 00/6024 eller e-post: renate.stendal@r-bup.no og studieleder Rune Tvedte rune.tvedte@r-bup.no

4. nasjonale konferanse om DBT:

Fra barn til voksen

13. - 14. september 2016 / Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo



Les mer og meld deg på: www.dbt.no



VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFØREBYGGING 8. SEPTEMBER 2016

UNIVERSITETET I AGDER
AULAEN I SIGRID UNDSETS HUS



TEMA

UNGE MENN OG SELVMORD – SOM LYN FRA KLAR HIMMEL

FOREDRAGS-
HOLDERE:



Atle Dyregrov

Faglig leder ved Senter for Krisepsykologi i Bergen og professor ved Psykologisk fakultet

«Etterlatt med sorg etter brå død»



Mette L. Rasmussen

Klinisk psykolog og selvmordsforsker ved Folkehelseinstituttet

«Som lyn fra klar himmel»

PÅMELDING OG PROGRAM: www.uia.no/leve



Følg
drømmene
dine

Senzie Akademiet er en hudpleieskole som satser spesielt på videreutdanning av sykepleiere til kosmetisk dermatologiske sykepleiere. Vi har et tett samarbeid med Høgskolen i Sørøst-Norge, og er de eneste i Norden som tilbyr kosmetisk dermatologisk hudpleieutdanning med studiepoeng. Studiene gjøres på deltid over ett år og gir 30 stp. Studiested er på høgskolen, som ligger sentralt og vakkert til på Papirbredden i Drammen.

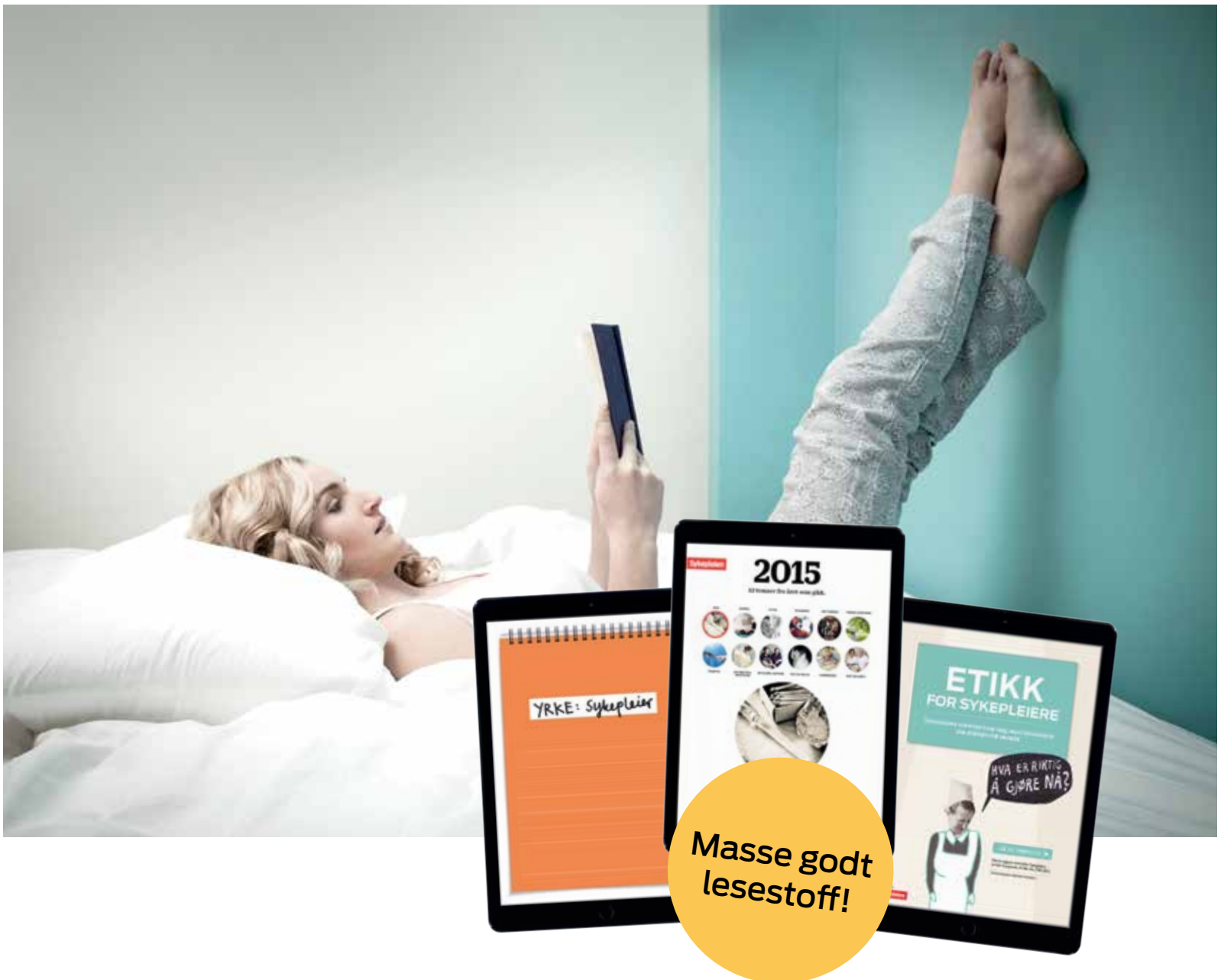
Mange undervisningsinstitusjoner i Norge tilbyr kurs innen hudpleie og kosmetiske behandlinger. Vi ser at det blir mer og mer viktig å ha en formell utdanning i faget – for å skape tillit og trygghet når man etter hvert skal praktisere.

Les mer på www.senzie.no, eller kontakt Senzie Akademiet på tlf 911 007 99.

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

Bli kosmetisk dermatologisk
sykepleier hos oss!

senzie
akademiet



Les Sykepleien i vår brukervennlige app for nettbrett!

Les også våre tre spesialutgaver her. Én handler om yrke og videreutdanning, noe som er aktuelt både for unge som vurderer yrket, og for deg som vil ta videreutdanning. Én inneholder interessante artikler om etikk, noe som alltid er aktuelt. Én inneholder alle tema fra 2015.

Det er enkelt å komme i gang!

Appen er laget for nettbrett. Du laster den ned fra App Store om du har iPad, eller Google Play ved å søke på Sykepleien.

God lesning!

Sykepleien



- når du vil merkes!

Praktisk og nyttig. Vis hvem du er.



Art. nr. 2005
SKILT M/ARMÉKLIPS
140,-



Art. nr. 2020
SKILT MED 3D
BAKGRUNN
150,-

Art. nr. 5012
FLORENCE 12
199,-



Art. nr. 5001
FLORENCE 1
269,-



Art. nr. 2008
SAKS i rustfritt stål.
Med en spiss og en rund kant.
Hekte for lomme.
Leveres med initialer/navn
110,-



Art. nr. 2004
GRAVERT SKILT
MED PENNEHOLDER
180,-



Bestilles i nettbutikken

www.sabo.no