

Avgjørende øyeblikk

Hjelp! Silje Grønli var på vei hjem fra en kveld på byen da hun plutselig måtte hjelpe en kvinne med et epileptisk anfall. Les 14 historier om sykepleiere som måtte trå til da de minst ventet det. **22**

Skaff deg NSF MasterCard før ferien

Kortet som gjør reisen tryggere

Bestill ditt NSF MasterCard før ferien – kortet som gir deg gratis reiseforsikring, gratis SMS-varsler og andre smarte fordeler.

Det er mange gode grunner til å benytte kredittkort fremfor bankkort når du er på reisefot – ikke minst ekstra trygghet for pengene dine.

Med NSF MasterCard har du:

- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gratis SMS-varsler på alle kjøp med kortet
- Gratis reiseforsikring når min. 50 % av reisen er betalt med kortet. Forsikringen er et supplement til reiseforsikringen du kan ha gjennom NSF.
- Kombinert medlemskort og kredittkort
- Ingen årsavgift
- Kan kombineres med NSF Sparekonto med p.t. 1,25 % sparereente fra første krone og ingen begrensning i antall uttak

Søk om kortet på nsfmastercard.no

Spørsmål? Ring vår kundeservice 815 22 040

Eff. rente 27,6 %, kr 15 000,- o/12 md. totalt kr 16 841,-
NSF MasterCard – et produkt fra DNB Bank ASA

Søk innen 14 dager

og få tilsendt en flott Exentri kortholder i skinn (verdi ca kr 400) sammen med ditt nye NSF MasterCard.





Demper uro – letter innsovning

Omtrent en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnproblemer¹, og riktig og trygg behandling kan være utfordrende å finne. Sedix™ er et nytt, reseptfritt legemiddel som som lindrer uro og letter innsovning uten påvist avhengighet^{2,3}.

Toleranseutvikling eller abstinens etter seponering er ikke rapportert som bivirkninger ved bruk av Sedix™^{2,3}. Det er heller ikke rapportert sløvhet eller residualeffekter (hangover)³. Dette gjør at pasienter som behandles med Sedix™ også kan fungere godt på dagtid.



- ✓ Ikke påvist avhengighet^{2,3}
- ✓ Ingen residualeffekt³
- ✓ Godkjent for barn over 12 år²

Fås på apotek og på www.pulsapotek.no

Sedix «Tilman»

F Plantebasert sedativum. Beroligende.

ATC-nr.: N05CM

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, filmdrajerte, 200 mg. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titanoksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. Kan brukes av voksne og barn >12 år. **Dosering:** Kan brukes sporadisk eller over kortere perioder, eller som langtidsbehandling under regelmessig vurdering av lege. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, ½ time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Interaksjoner:** Ingen data. **Fertilitet, graviditet og amming:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ukjent frekvens: 1 tilfelle av overfølsomhet (vaskulitt) og 1 tilfelle av kvalme og takykardi. **Overdosering/forgiftninger:** Ingen tilfeller rapportert. Pakning: 28 stk. blisterpakning. Sist endret 02.02.2016.

¹Folkhelseinstituttet, Om søvn og søvnvansker, 12.12.2013/14.03.2015; ²Sedix, pakningsvedlegg, godkjent 21.10.2015; ³European database of suspected adverse drug reaction reports, www.adrreports.eu

RISSKOV **BIL** FERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Ca 1 time fra
Skagen

Sommer
på Nordjylland



🇩🇰 Nordjylland | Dronninglund

Tilbud til Nordjylland

Dronninglund Hotel ★★★

Bo nær naturen og flotte slott på et hyggelig hotell på Jylland

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



SPAR OPP TIL 590,-

Fra kun

549,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 22/06 - 21/12-16 | Sesongtillegg fra 50 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Stor
pakke!!!



🇩🇰 Midt og Østjylland | Ebeltoft

Spesialpris, Ebeltoft

Ebeltoft Park Hotel ★★★

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

Ank. 24/06 - 11/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 277,-

Fra bare

829,-

Beliggenhet
ved havet



2 x 3-retters
meny inkludert



🇩🇰 Sjælland | Næstved

Tilbud til Næstved

Hotel Vinhuset ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny
- 1 x velkomstdrink
- Sentralt i Næstved

Ank. 16/06 - 30/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 1.156,-

Fra bare

749,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Kroferie 1 time
fra København



Book **7 netter** fra
3099,-



Kun 100 meter til stranden!



🇩🇪 Istria | Rabac

Badeferie i Kroatia

Hotel Hedera ★★★★★

Dra på en avslappende og opplevelsesrik ferie til Adriaterhavet.

- 3 x overnatting m. frokostbuffé
- 3 x middagsbuffé
- 3 x kaffe/te og kake
- 1 gl øl, vin el vann til maten
- Pool, sauna og fitness

Ank. 16/06 - 13/11-16 | Sesongtillegg fra 113 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 549,-

Fra kun

999,-

Miljøtillegg 1,5 EUR pr døgn



RISSKOV
BIL FERIE

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. • Gode barnrabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

EUROPA TIL LAV PRIS

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



4★★★★ luksu
på Norefjell



Halvpensjon & SPA

15 time
fra Oslo
og Gardermoen

🇳🇴 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 middagsbuffet
- Inngang til Bøeseter Bad & Trening
- Gratis internett

Ank. 16/06 - 29/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 850,-

Fra bare

1.449,-



Book 3 netter fra 1149,-



Ferie ved
hav og fjord

🇩🇰 Vestjylland | Ringkøbing

Miniferie i Ringkøbing

Hotel Ringkøbing ★★★

Ringkøbing kan by på sjarme, hygge og skønne naturomgivelser

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny/buffé
- Gratis internett og parkering
- Sentralt i Ringkøbing

Ank. 16/06 - 19/12-16 | Sesongtillegg fra 85 NOK

SPAR OPP TIL 723,-

Fra kun

779,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



Fantastisk
jacuzzi

1 x 2-retters meny inkludert



🇳🇴 Østlandet med Oslo | Kongsberg

Kultur i Kongsberg

Quality Hotel Grand Kongsberg ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny
- Kaffe etter middagen
- Gratis internett

Ank. 16/06 - 31/12-16

SPAR OPP TIL 479,-

Fra bare

1.199,-



Nyt vestkysten

BESTSELGER!!
i Sverige



🇸🇪 Bohuslän | Uddevalla

Vakre dager i Bohuslän

Best Western Hotel Carlia ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x middagsbuffé (dag 2)
- Relaxavdeling m. gym & bastu
- Gratis internett

Ank. 21/06 - 30/12-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 498,-

Fra bare

849,-

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no ➔ 32 82 90 00 ➔

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

RISSKOV
BILFERIE



Manglende appetitt hos noen som står deg nær trenger ikke å føre til ufrivillig vekttap

Aldring er en del av livet. Men hva er naturlig aldring og hva er ikke? Naturlig aldring er å kunne ha et godt liv, også når man blir eldre. For å kunne oppnå dette kan det hjelpe å optimalisere næringsinntaket hvis man er skrøpelig og har gått ned i vekt.

Når kroppen og hjernen eldes, kan sansene svekkes og overskudd til å utføre daglige aktiviteter kan bli mindre. Selv om det ikke er mulig å stoppe verken tiden eller aldringsprosessen er det viktig å sikre behovet for næringsstoffer.

En aldrende mor eller far som ikke lenger har energi til å leke med barnebarnet, løse kryssord, gjøre hagearbeid eller å kunne nyte livet slik hun eller han pleide å gjøre, kan faktisk være skrøpelig.

Skrøpelighet kjennetegnes blant

annet av tretthet, uønsket vekttap og begrenset fysisk aktivitet. Tegn på skrøpelighet blir ofte feiltolket som normal aldring: "– Det er sannsynligvis slik det er å bli eldre?"

En eldre kropp kan ha vanskeligere for å ta opp enkelte næringsstoffer, og derfor kan det være behov for å optimalisere næringsinntaket.

Nutridrink er en vitenskapelig utviklet medisinsk næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler, som kroppen trenger.

Skrøpelige personer som har gått ned i vekt kan få god hjelp til å få tilbake tapte krefter og energi ved å supplere et måltid med Nutridrink. Tror du at noen som står deg nær er skrøpelig og underernært og kan ha nytte av å optimalisere næringsinntaket? Snakk med helsepersonell for å få mer informasjon.

Les mer om skrøpeligheit på www.nutridrink.no



Medisinske næringsdrikker gir tilbake tapte krefter og energi

FAKTA
Protein 200 ml
300 kcal
18 g protein
Kjøpes på apotek eller hos bandasjst

Innhold



06 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 16. juni

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



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 14** I nyhetene: Berit Synnøve Eide
- 15** Regnskapsrot i Malawi
- 16** Ikke en dag uten at jeg tenker på Morgan
- 21** Sykepleien fikk pris
- 22** Sommertema: Er det en sykepleier om bord? 14 historier fortalt av sykepleiere
- 38** Den usynlige krigen



Ble jordmor etter død-fødsel. **16**



Sykepleie

- 46** Ny kunnskap etter tverrfaglig praksis
- 48** Minka tvang på sjukeheim
- 52** Forskerintervju: Mirjam Lukasse
- 54** Fanger opp forverring tidligere
- 58** Etikkk: Arne Okkenhaug om somatikk og psykiatri
- 60** Sammendrag fra forskningsartikler
- 62** Når studiet trekker ut



Vil spørre gravide om vold. **52**



Påfyll

- 68** Dikt og bokomtaler
- 69** Liv laga
- 70** Forfatterintervju: Aud Farstad
- 72** Anmeldelser av bøker til ferien
- 74** Bokanmeldelser
- 76** Fakta: Diabetes type 1
- 78** Quiz og kryssord



Elizabeth overlevde diabetes 1. **76**



Meninger

- 80** Eli Gunhild By om retten til større stilling
- 82** Anders Folkestad om teknologi
- 83** Nard Schreurs om e-helse
- 84** Rita Jakobsen om demensomsorg
- 86** Tett på Dag Coucheron
- 91** Stillingsannonser og kunngjøringer



Sier imot psykiater-kollegaer. **86**

Forsidefoto: Kjetil Nordengen

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: Sörmlands Grafiska

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Overbehandling. Om mange får behandling som har lite eller ingen effekt, sløser vi virkelig med ressurser som kunne blitt fordelt bedre.

Bare for å være på den sikre siden



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

For et halvt år siden fikk jeg en e-post om at arbeidsgiveren min hadde inngått en avtale med bedriftshelsetjenesten som åpnet for en årlig helsesjekk. Snart oppdaget jeg at flere av min kolleger satte kursen dit, så da tenkte jeg at det kanskje var en god idé. Det feilte meg egentlig ikke noe, men det er jo kjekt å være på den sikre siden.

Jeg fikk time allerede uken etter. Kontoret lå på den andre siden av byen, og jeg brukte reisetiden til å lage en liste i hodet mitt over ting jeg muligens kunne fått sjekket. Jeg regnet med at tiden ville være knapp, slik det pleier å være på legekontorer. Men det var ikke tilfellet.

Den hyggelige legen tok meg imot som om det var lenge siden sist han hadde fått besøk. Lungene ble testet, blodprøver ble tatt, PSA målt og så var det fram med stetoskopet. Han forhørte meg tålmodig om min arbeidssituasjon og også mine fritidssysler, og jeg pøste på med både reelle og innbilte problemstillinger som kroppen min kunne være utsatt for. Til slutt klarte jeg ikke å finne på flere ting, men da lurte han på om jeg ikke burde gjøre noe med nesen min, siden den ofte er litt tett. Javel, takket jeg. Da jeg til slutt gikk mot utgangsdøren, følte jeg at han fortsatt hadde det forventningsfulle blikket i ryggen min.

Jeg var selvfølgelig glad for at det faktisk finnes leger med god tid. Men jeg ble også litt mistenksom. Var det slik at avtalen hans med min arbeidsgiver var av den romslige sorten? At noen tjente på å tømme meg for ting som egentlig ikke plaget meg?

FULL PAKKE. Selv om vi er vant til å tenke på helsetjenesten som en virksomhet kronisk struppet for midler, har overdiagnostisering de siste årene faktisk fått økt oppmerksomhet. Pasienter som får «full service» i helsetjenesten, vil sjelden protestere på å få en undersøkelse for mye – eller en behandling de strengt tatt kunne vært foruten. Men når vi vet at tre-fire av ti pasienter i USA utsettes for behandling som ikke har dokumentert effekt, skjønner vi at dette også angår oss. Den Norske Legeforeningen regner med at «situasjonen er nokså lik her i landet». Pengestrømmen i helsetjenesten går ikke alltid dit de reelle behovene er.

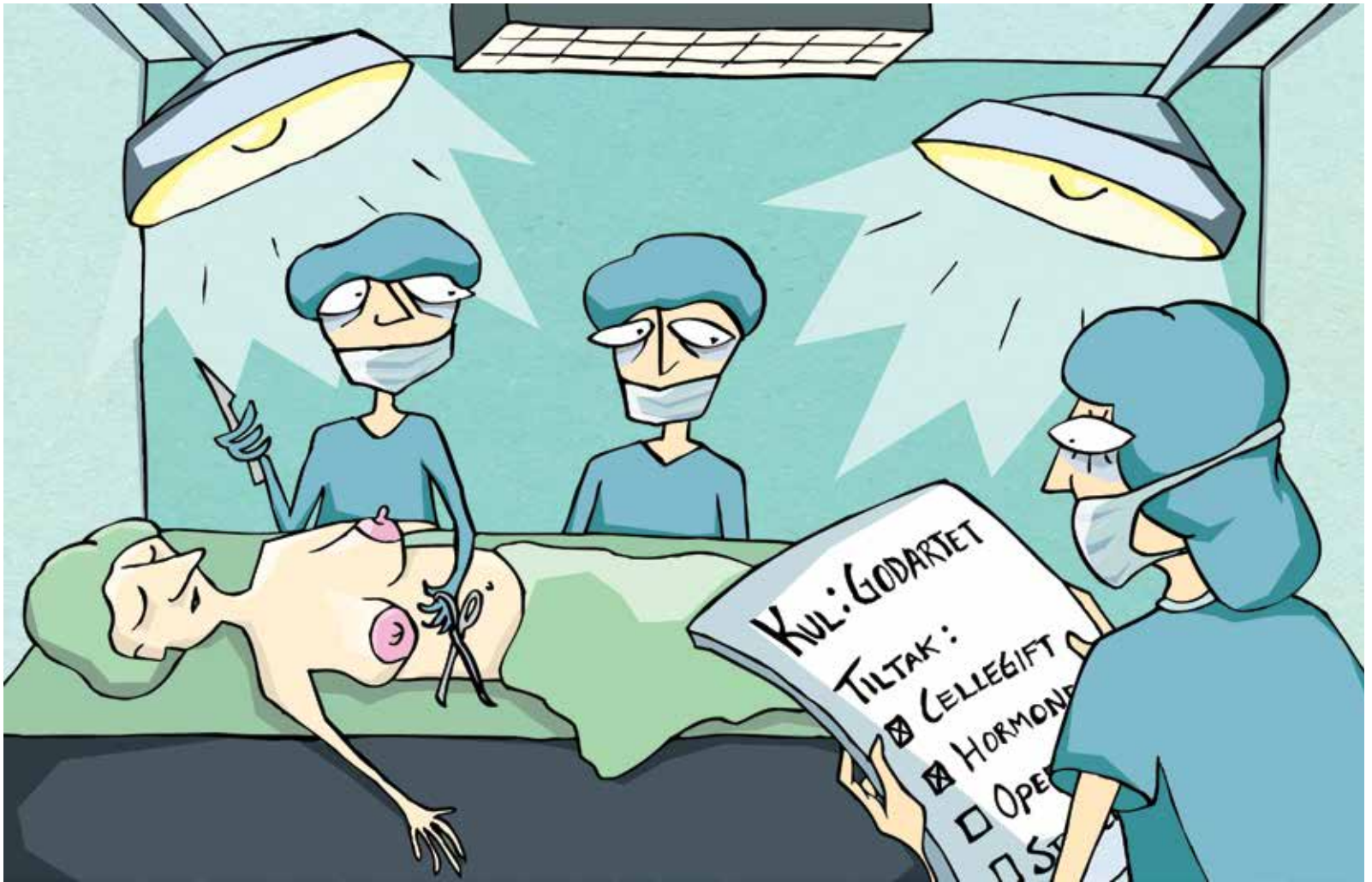
For noen år siden klarte ikke lenger Höglandssjukhuset i Ensjö i Sverige å følge opp alle pasientene med kroniske

tarmbetennelser. Sykehuset innkalte dem rutinemessig til årlige kontroller hos spesialist, men kapasiteten var fullstendig sprengt. Da kom noen på ideen om å droppe de forhåndsavtalte årskontrøllene. I stedet kunne pasienter med plager ringe direkte til en spesialsykepleier. Om plagene virket alvorlige, sto en lege klar til å undersøke pasienten senest dagen etter. Kapasitetsproblemerne var søkk borte da man sluttet med å innkalle alle til tidkrevende rutinekontroller. Kvaliteten på tjenesten gikk opp, mens ressursbruken gikk ned. Vinn-vinn.

I rapporten «For mye, for lite eller akkurat passe» som en arbeidsgruppe i Legeforeningen har utarbeidet, slås det fast at legene selv må ta noe av skylden for at forbruket av helsetjenester varierer voldsomt i Norge. Barn fra Vestfold legges dobbelt så ofte inn på sykehus som barn fra Vestre Viken, mens det utføres fire ganger flere meniskoperasjoner i Møre og Romsdal enn i Stavanger. I Oslo tas det fire ganger flere computertomografier enn i Finnmark. Årsak: Leger har forskjellige terskler for hva som er nødvendig eller tilrådelig. Det diagnostiseres over en lav sko, men det er ikke gitt at det alltid er til pasientens beste.

REDDE. Leger har en tendens til «safe». Årsakene kan være mange. Blant annet gjør utviklingen i medisinsk teknologi det mulig å oppdage selv beskjeden sykdomsrisiko hos pasientene. Men alt som oppdages utløser nye behov for behandling. Legenes kompetanse øker, men de er samtidig blitt mer redde for å gjøre for lite.

Screening for brystkreft og livmorhalskreft gjøre det mulig å oppdage kreft hos kvinner tidligere. Men masseundersøkelsene fører også til at man oppdager uregelmessigheter som oppfyller den patologiske definisjonen av kreft, men som aldri vil utvikle seg til symptomer eller fører til død. Også disse symptomene «behandles», og kvinnene utsettes for økt risiko. Per Henrik Zahl på Folkehelseinstituttet anslo nylig i Sykepleien at så mange som 50 av 1000 kvinner risikerer å dø av hjertesykdom som følge av strålebehandling som strengt tatt ikke var nødvendig fordi de ikke ville ha dødd av symptomene de hadde. Stadig flere for «kreft» og stadig flere dør med andre ord av overdiagnostikk.



Illustrasjon Marie Rundereim

Kne- og snorkeoperasjoner er andre eksempler på behandlingen som har skutt fart de siste årene uten at dette har ført til bedre pasientresultater. De økonomiske incentivene som myndighetene har lagt inn i finansieringssystemet for å holde nede helsekøene, bidrar gjerne til en forskyvning i retning av behandling som er lønnsom for helseforetakene. Det mest tragiske eksemplet på dette er dødssyke pasienter med demens som stadig overføres fra sykehjem til sykehus med nye spørsmål om utredninger. Praksisen er gunstig for sykehuset og gir de pårørende en god følelse. Men verdien for pasienten kan diskuteres.

GLIDING. Legeforeningen peker på kommunikasjon som en nøkkelfaktor i kampen mot overbehandling. Pasient og pårørende må vite mer om risikoen ved (over-)behandling. Pussig nok nevner legene ikke økt tverrfaglig samarbeid som et effektivt tiltak mot overbehandling. Erfaringene i Ensjö viser at det kan være dyrt og tungvint alltid å gjøre legen til porten til

pasientforløp, mens det kan være smart og billigere å gjøre andre yrkesgrupper til portvoktere. Å la sykepleiere overta noen av legenes oppgaver, kan være en god investering i bedre ressursutnyttelse. Helseministeren virker opptatt av denne «opp-gaveglidningen», men foreløpig skjer det lite.

«Pasienter som får «full service» vil sjelden protestere.»

Selv fikk jeg etter mitt besøk hos bedriftslegen både en hyggelig e-post med resultatene og et brev med en henvisning til spesialist. Jeg sendte ham en varm takk, men henvisningen ligger ennå hjemme i en krok på kjøkkenet. Kjekt å ha, sånn for sikkerhets skyld! ●

barth.tholens@sykepleien.no

(fra venstre):

Anca Heyd, Spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp

Arne Sæter, Lege i spesialisering i øyesykdommer

Tomas Alme, Lege/ Medisinsk direktør

Hege Tho Stokstad, Lege i spesialisering i nyresykdommer

LEGENE I DIPS:

Magne Rekdal, Lege

Hilde Hollås, Spesialist i indremedisin og blodsykdommer

Realf Ording Helgesen, Allmennlege



Sammen om framtidens pasientjournal

Teknologi skal tilpasse seg hverdagen på sykehusene, og ikke omvendt. Derfor samarbeider vi tett med leger og annet helsepersonell over hele landet når vi lager nye DIPS Arena.



(16018) arell.no Foto: Særd Ek

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





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 06 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema



Hiv i Ukraina

Skam. Å være hiv-smittet i Ukraina betyr å være utstøtt, og en upopulær pasient. **38**



Sommertema.

14 historier om da sykepleiere måtte trå til utenom arbeidstid. **22**



«Jeg har hatt en stigende kurve av gode opplevelser.» Berit Synnøve Eide. **14**



Dødfødsel.

Jordmor snakker av erfaring. **16**



Bedre pille-info til gravide og ammende

MEDISINER: Siden 2011 har Trygg Mammamedisin vært en nettbasert tjeneste. Men nå går det an å stille spørsmål på telefon på hverdager mellom 9 og 11.30.

– Pakningsvedlegg og Felleskatalogen er ofte ikke så egnet til å hente råd fra for gravide og ammende, sier farmasøyt Helle Tjønn Lindland.

– Informasjonen er ofte mer restriktiv enn det er grunn til. Ofte gir vi råd som er stikk motsatt av det som står i pakningsvedlegget.

Det kommer blant annet av at pakningsvedleggene hovedsakelig er skrevet ut fra kunnskap man hadde da legemiddelet ble lansert, og i stor grad er basert på utprøvningsstudier som ikke

inkluderer gravide og ammende.

Et eksempel som kan illustrere hvor lett det er å bli usikker, er at nesenspray kan ha pakningsvedlegg med ulik informasjon, selv om virkestoffene er de samme.

Trygg Mammamedisin er en offentlig tjeneste drevet av RELIS. Telefonnummeret er 22 92 11 00.

Trenger mannskvotering

Utdanning. Hva gjør kvinneledominansen med helsefagutdanningene? Er det et samfunnsproblem at det bare finnes kvinnelige jordmødre? Ja, mener rektor ved HiOA Curt Rice. kifinfo.no

Ja til hpv-vaksine for gutter

Prioriteringsrådet for helsetjenesten vil ha hpv-vaksine for gutter inn i barnevaksinasjonsprogrammet dersom myndighetene klarer å forhandle frem lavere pris.

Hpv gir kreft i livmorhals, men også blant annet i anus, penis, munn og svelg.

Vaksine til gutter vil beskytte dem mot kreft og redusere hpv i befolkningen.

Kilde: NTB



Vil ha bort parfyme på Sørlandet

For tre år siden vedtok Sørlandet Sykehus å forby parfyme for ansatte, men ingenting har skjedd. Nå lover direktør Jan-Roger Olsen å få fart på saken.

Han sier til Fedrelandssvennen at det er et betimelig krav at ansatte ikke bruker parfyme.

Parfyme kan være til plage for pasienter.



Vil ha profesjoner

Helseministeren vil endre på det profesjonsnøytrale lovverket for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I et høringsforslag kreves det at alle kommuner fra 2018 skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster.

Fra 2020 vil det bli stilt krav om ergoterapeut, psykolog og tannlege.



Fakta og tall. LAR

7 498

Ved slutten av 2015 var det 7 498 pasienter i LAR (Legemiddelassisteret rehabilitering)

200

Da LAR startet i 1998, var 200 pasienter med.

43,7

Snittalderen i LAR er 43,7 år

66

Somatisk sykdom var årsaken til 66 prosent av dødsfallene blant LAR-pasientene i fjor og året før.

118

I fjor økte søkningen til LAR med 118 personer.

Kilde: Serafrapport 1/2016



Danmark: Det jobbes med å redusere tvangsbruk i psykiatrien.

– Tvang er en del av psykiatrien

PSYKIATRI: Bruk av tvang i dansk psykiatri synker, men psykiatri uten tvang er utenkelig, mener formann i Dansk Psykiatrisk Selskab.

Sundhedsstyrelsens rapport «Monitorering af tvang i psykiatrien» som nettopp er offentliggjort, viser at bruk av belter og annen tvang i psyki-

atrien er redusert i Danmark. Reduksjon av tvang i psykiatrien står høyt på dagorden.

– Det er gledelig, men tvang vil alltid være der, og dessverre skygger fokus på tvang for andre problemer i psykiatrien, sier formann i Dansk Psykiatrisk Selskab, Torsten Bjørn Jacobsen, til Ugeskriftet.dk.

– Tvang er en del av psykiatrien og skal fortsatt være det. Det er utenkelig å se for seg et land uten bruk av tvang. For hvis vi ikke bruker tvang, kan vi ikke hjelpe en del av de mest syke. Jeg er mer opptatt av at vi har 4 000 rettspsykiatriske pasienter og en overdødelighet på 20 år, sier Jacobsen.

Ny retningslinje for diabetes

Arbeidet med ny nasjonal retningslinje for diagnostikk og behandling av diabetes er i sluttspurten. Ni arbeidsgrupper har jobbet med å oppdatere rundt 70 anbefalinger. Ny retningslinje vil gjelde fra midten av august, etter at høringssvarene er gjennomgått. Den eksisterende retningslinjen er fra 2009. Retningslinjen vil gjelde både for diabetes type 1 og type 2.

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Berit Synnøve Eide

– Ikke krev for mye av deg selv som ny

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

Fakta

Aktuell som

Sykepleier og kronikkforfatter

Alder: 24 år

Bakgrunn: «Ikke sett for store krav til deg selv som nyutdannet» var tittelen på en kronikk i Adresseavisen 6. juni, skrevet av Berit Synnøve Eide. Hun ble sykepleier for to år siden. Til nyutdannede sier hun: «Bra å ha forventninger til deg selv, men det blir helt feil når du konstant straffer deg selv for alt som gikk for «sent» de første dagene på jobben.» Til sjef og kolleger sier hun: «Jeg kan ikke få sagt ofte nok hvor viktig det er hvordan du møter denne personen.»

Hvorfor skrev du kronikken?

– Fordi jeg opplever temaet som aktuelt. Jeg jobber med nyutdannede, og mange snakker om presset de føler.

Har du selv følt presset?

– Ja, da jeg var helt ny. Jeg opplevde å bli møtt med en kald skulder.

Hva var den kalde skulderen?

– Jeg møtte kolleger som var sure og grinete og pågående. Det var tungt. Kronikken tenkte jeg skulle være oppmuntrende.

Har du fått respons?

– Ja, først hadde jeg innlegget på bloggen min og fikk mye god respons fra venner og kjente.

Du har blogg?

– Ja, med sporadiske innlegg. Siden responsen var så god, leverte jeg den til Adresseavisen. De sa den var bra nok til å bli publisert. Det syntes jeg var morsomt.

Du var heldig som nyutdannet, skriver du. Hvorfor?

– Allerede etter ett år fikk jeg fast stilling der jeg helst ville jobbe. Jeg har hatt en stigende kurve av gode opplevelser.

Du fikk drømmejobben?

– Ja, på medisinsk avdeling på Orkdal sykehus.

Hva er fint?

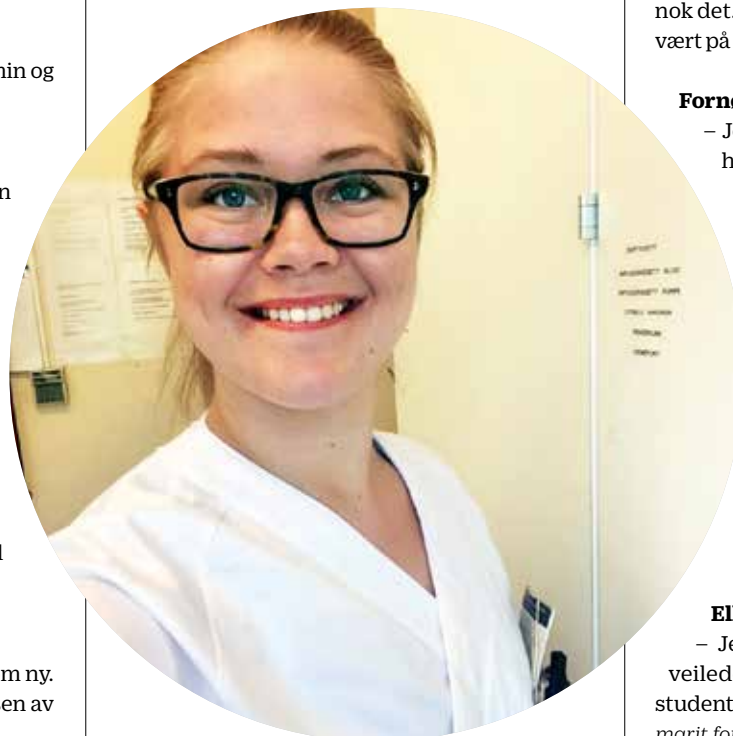
– Arbeidsmiljøet, det å bli godt mottatt som ny. Det har veldig mye å si for hvordan utøvelsen av yrket utvikler seg.

På bloggen forteller du at du har et dårlig selvbilde?

– Sånn var det før, det var en gammel blogg. Når selvbildet er dårlig fra før, gjør det ikke saken enklere når du er ny. Du kjenner på om du er god nok. Overgangen fra å være student til å ha ansvar sjøl er ganske stor.

Hvordan er selvbildet nå?

– Veldig mye bedre. Det har utviklet seg på en god måte. Det hadde ikke skjedd hvis ikke gode kolleger hadde utviklet meg i rett retning.



Hva er oppfordringen til en nyutdannet?

– Still ikke for store krav til deg selv! Du kan bli møtt med negativitet, men ikke la deg påvirke for mye. Det tar tid å utvikle seg. Spør mye!

Og hva sier du til kollegene som tar imot dem?

– Ta godt imot de nyutdannede. Når du er ny, går prosessene saktere. De nye må få stille spørsmål. Om ikke du har svar, så kan det føre til en liten diskusjon. Det er sånn man blir god.

Er sykepleiere generelt usikre?

– Ikke sykepleiere, tror jeg, men nyutdannede er nok det. Det er ganske naturlig. Jeg hadde jo ikke vært på medisinsk avdeling siden jeg var student.

Fornøyd med utdanningen?

– Jeg stortrives. Jeg kan bidra til en bedre hverdag for pasientene. Jeg får utfordringer på godt og vondt.

Hvilke pasienter har du?

– Avdelingen er lunge- og arbeidsmedisin. Jeg er på et lite lokalsykehus, så jeg får bredden, ikke spesialiseringen. Det liker jeg veldig godt.

Og sykehuset skal ikke legges ned?

– Håper ikke det. Det har vært snakket om det, men jeg har ikke hørt noe i det siste.

Ellers noe?

– Jeg er veldig glad i studenter. Jeg fikk veilede dem allerede i fjor. Artig med både studenter og nyansatte. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Regnskapsrot i Malawi

● Tekst **Marit Fonn**

AVDEKKET AVVIK: NSF holder tilbake økonomisk støtte til det malawiske sykepleierforbundet.

Manglende regnskapsføring og mulige brudd på skattereglene er noen av avvikene som er avdekket i National Organisation of Nurses and Midwives of Malawi (NONM), som Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter i samarbeid med Norad.

NSF stiller nå krav til NONM. Oppfylles ikke disse, vil støtten bortfalle.

– **INGEN KORRUPSJON.** – NSF ser alvorlig på manglene. NONM har ikke dokumentert kontroll på eget

regnskap, sier generalsekretær i NSF, Olaug Flø Brekke.

Hun understreker at det ikke er avdekket korrupsjon eller mislighold. Det er heller ikke avdekket misbruk av Norad-midlene.

Avvikene gjelder blant annet disse punktene:

- Manglende regnskapsføring for utleie av kontorlokaler og bil, og drift av en restaurant
- Mulig brudd på regler for betaling av skatter og avgifter
- Brudd på regler for anbudsrunder
- Svak internkontroll

STRENGERE KONTROLL. NSF og Norad har støttet NONM siden 2006. Norad har stilt stadig større krav til internkontroll.

På oppdrag fra NSF dro revisjonsfirmaet BDO i vår til Malawi. Avvikene kommer fram i BDOs rapport. NSF er overrasket over mangelen på dokumenterte inntekter. «Vi ser dette som et klart tillitsbrudd», skriver NSF i et brev til Norad.

NONM må legge fram et dokumentert regnskap for 2016 for å få penger overført.

– Vi skal følge opp med ny revisjon mot slutten av året, sier Brekke.

Hun minner om at Malawi er et lutfattig land.

– Sykepleierne gjør en heroisk innsats under svært kummerlige forhold. Det er viktig for NSF å bistå dem.

Harriet Bwanali, generalsekretær i NONM, håper på fortsatt støtte:

– På det nivået vi er, trenger vi det. Vi opererer på et annet nivå her i Malawi enn dere i Norge, som er «up-to-date». Vi er takknemlig for at vi har fått sjansen til å rette opp i feilene. ●

marit.fonn@sykepleien.no

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370

INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO

WWW.SILENTIA.NO



Ikke en dag uten at jeg tenker på Morgan

Skien. Babyen til Helene Tennefoss-Tørnqvist døde i hennes mave.

Nå bruker hun egen sorg til å gjøre jordmødre flinkere.

● Tekst og foto **Kjersti Veel Krauss**



Tårene renner nedover kinnene. Ansiktet fordreier seg. Stemmen brister.

– Jeg slutter snart å gråte, jeg lover, men det er alltid slik i begynnelsen.

Helene Tennefoss-Tørnqvist står foran en fullpakket sal på sykehuset i Telemark. Hun unnskylder seg. Foran henne sitter kolleger og helsearbeidere fra forskjellige sykehus. På lerretet bak henne lyser PowerPoint-presentasjonen ... med bildet av Morgan.

Hun har holdt dette foredraget mange ganger før, og begynnelsen er alltid vanskelig. Det går bare ikke å holde tårene tilbake.

– Da jeg ble bedt om å holde foredrag om dødfødsel første gang for de andre studentene på jordmorstudiet, fant jeg ut at jeg måtte gjøre det på min måte. Det er ikke farlig med tårer. For foreldrene som mister et barn, er dette så ille, og hvis det at jeg står her helt hudløs kan bidra til å gi helsepersonell en liten ryggmargsfølelse på hva de går gjennom, så er det verdt det, sier hun.

DELER UT SERVIETTER. På denne fagdagen, sponset av Jordmorforbundet NSF Telemark, står dødfødsler på programmet. Inne i foredragssalen deles det ut ansiktsservietter, og det er smålatter og hyggelig stemning.

Jordmødre, barnepleiere og sykepleierne skal denne kvelden gå gjennom et fire timers langt kurs om hvordan man kan følge opp foreldre som opplever det verste av det verste – at barnet de venter på, ikke lenger lever.

TROR ALT ER NORMALT. Vi må begynne fra begynnelsen og gå åtte år tilbake i tid. Helene er sykepleier i Tønsberg. Hun har to barn sammen med sin mann, Jone, og de forbereder seg på å flytte til Egersund. I magen til Helene

«Jeg tenkte at det ikke var noen som ville se et babylik.»

holder lillebror på å vokse seg stor. Jone pendler til jobben på Vestlandet og er hjemme i helgene. Helene er med barna, jobber netter på sykehuset og har så vidt begynt å pakke ned i esker og kasser. Hun er 39 uker og noen dager på vei. I magen er det masse deilig liv og spark.

– Ironisk nok følte jeg at dette var dagen da jeg skulle ordne i kommoden til babyen og bære vogga opp fra kjelleren mens eldstegutten var i barnehagen. Jeg ordnet litt med babyklærne og hentet i barnehagen. Vi lagde middag, og så satte vi oss for å se på barne-TV.

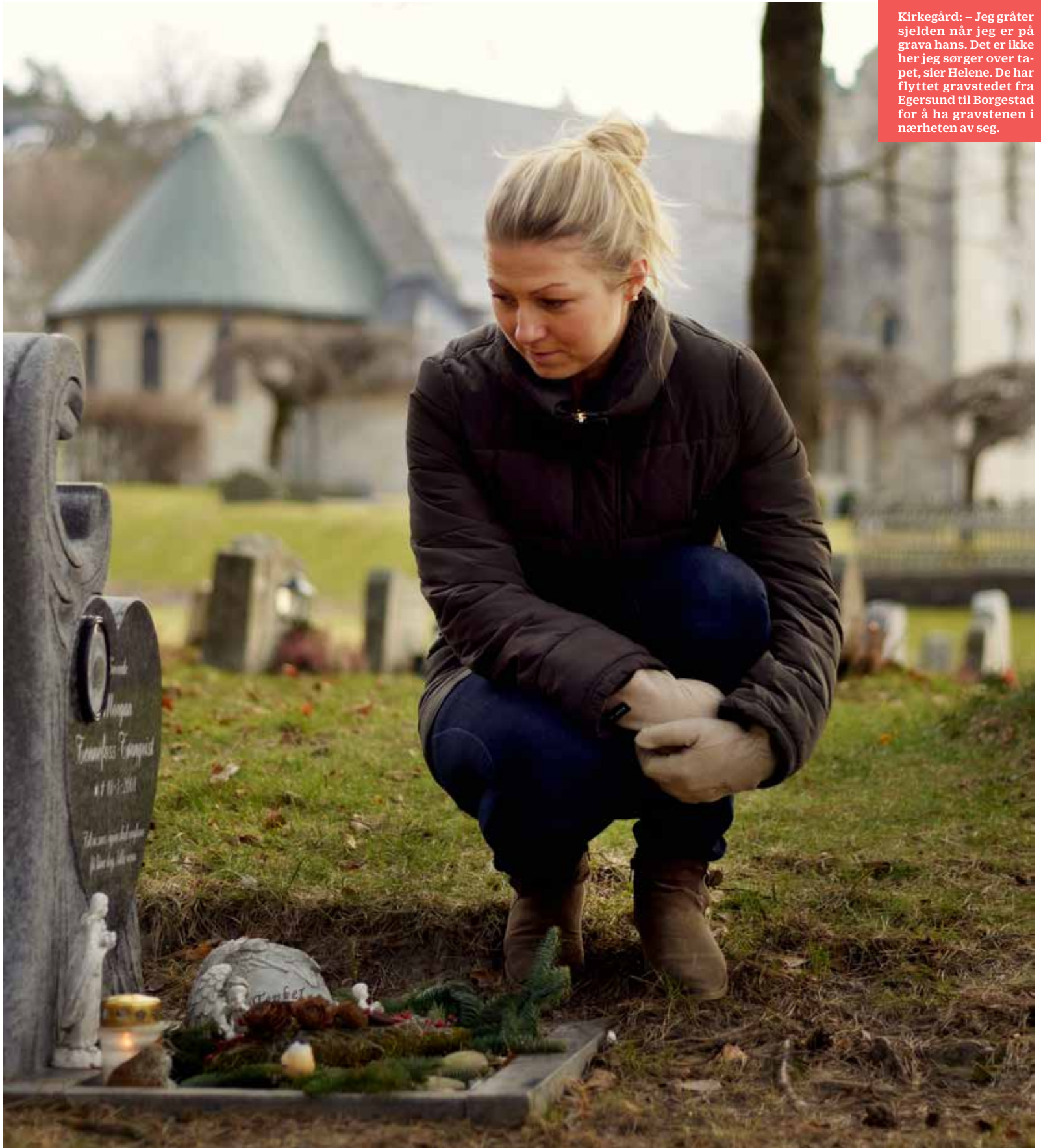
Fakta

Helenes tips til pårørende

- Be om å få se babyen, eventuelt bilder, minner.
- Spør om hvordan de har det. Ikke spør: Går det greit?
- Ikke si at de kan få et nytt barn, at det er en mening med alt, eller at de er heldige som har barn fra før. Dette barnet har egenverdi!
- Ikke si at foreldrene må gi beskjed hvis det er noe dere kan gjøre for dem. De kommer antakelig ikke til å orke å spørre. Bare gjør det du føler du kan bidra med.
- Hjelp til med praktiske ting som å lufte hunden, passe barna hvis foreldrene har noen fra før, måke snøen, klippe gresset, støvsuge huset eller liknende.
- Når det har gått måneder, år og enda lengre tid, husk på barnet de har mistet. Send en hilsen på fødsels-/dødsdagen. Tenn et lys og send bilde av det, skriv at i dag har vi tent et lys for
- Husk at det er en sorg som aldri går over, men foreldrene vil lære seg å leve med den. Men det tar tid! Lytt til historien igjen og igjen og igjen.

Helene sitter med begge barna på fanget og snakker med Jone på telefonen mens barne-tv-figurene underholder. Plutselig kjenner hun noe merkelig i magen. Det er som om magen faller ned med





Kirkegård: – Jeg gråter sjelden når jeg er på grava hans. Det er ikke her jeg sørger over tapet, sier Helene. De har flyttet gravstedet fra Egersund til Borgestad for å ha gravstenen i nærheten av seg.



→ et knepp. Hun har aldri følt noe liknende og ber Jone holde seg nær telefonen. Sjansen for at han må ta den seks timer lange kjøreturen fra Egersund i natt er stor.

– Jeg fikk lagt ungene, og det murret hele tiden i magen. I ni-tida hadde jeg økende intense smerter i magen og ba Jone om å kjøre. Det skjer nå, sa jeg, og det kommer til å gå fort.

Hun legger seg for å prøve å sove litt, men får det ikke til på grunn av smertene. I senga kjenner hun plutselig at det blir vått mellom bena, og hun tror det er vannet som går.

– Jeg gikk ut på toalettet, og det var masse blod, men jeg tenkte at det var fostervann blandet med litt blod og var ikke bekymret. Tenkte bare at det nå nærmet seg veldig. Jeg ringte sykehuset og til mamma og broren min for å få hjelp med de andre barna.

LIVET GLIPPER. Jordmødrene på sykehuset hører at Helene har intense smerter. De er bekymret for alt blodet, og mens de er på telefonen kommer Helenes mamma og bror inn døra. For å spare tid ber de broren hennes om å kjøre henne direkte til sykehuset. Hun skal legge seg ned i baksetet, sier de, og ber henne komme rett inn.

– Jeg hentet sykehusbagen min oppe i andre etasje, gikk ned og hentet kamera og satt meg i forsetet i bilen. Jeg tenkte fortsatt ikke at noe var galt.

Bilen svinger inn foran akutttinnngangen på Tønsberg sykehus litt før klokka halv tolv på natta. Der står en jordmor og en barnepleier og venter. De legger Helene på en bære, og så beinflyr de nedover gangen.

– Himmell så stress da, tenkte jeg, jeg kan jo bare føde her i gangen hvis det skulle være sånn. Fortsatt var jeg helt rolig, sett bort fra smertene som nå var kontinuerlige.

På mottaksrommet står det en jordmor og en lege til, og det begynner å demre for Helene at noe ikke er helt normalt. Fødselslegen er hardhendt og brysk. Hun sier ingenting, og Helene tenker at hun nok er nervøs og stressa for noe. Ingen sier noe som helst mens de kopler til ultralydapparatet.

Helene kikker bort på apparatet og ser det samme som legene og jordmødrene.

– Det er ikke noe håp, er det vel, sier hun stille.

NUMMER TRE. Helene har opplevd placentalløsning, eller morkakeløsning. I en vanlig fødsel kommer barnet først. Så løsner morkaken. Først da stenger kroppen av blodgjennomstrømmingen som går mellom mor og barn. Det er en halv liter blod som går gjennom dette systemet i minuttet siste del av svangerskapet, og det er viktig at kroppen stenger dette av så fort som mulig for å unngå at mor blør ihjel. Når morkaken løsner før barnet



Følelser: Det krever alt av Helene å stå foran helsepersonell og snakke om dødfødselen med Morgan.

er ute, stenges all oksygentilførsel, blodtilførsel og mattilførsel, og babyen dør momentant. Med total placentalløsning ville det ikke hjulpet om man hadde vært på fødestuen idet det skjedde. Livet til babyen ville ikke vært mulig å redde uansett.

– Akkurat idet jeg forstår at han er død og at det ikke er noe håp, blir alle smertene borte.

Det er bare Helene og den intense psykiske smerten i ett sekund. Det renner en tåre nedover det ene kinnet til Helene. Så renner det en tåre nedover det andre kinnet. Så – BANG – er de fysiske smertene og virkeligheten tilbake.

«Jeg sa nei. Jeg kunne ikke la dem ta den smerten fra meg.»

Helene har hatt ri uten pause i flere timer tror hun, men fødselen er ikke i gang. Hun må føde den lille, døde babyen sin, og de tilbyr henne epidural for å minske smertene.

– Jeg sa nei, for jeg kunne ikke la dem ta den smerten fra meg. Jeg trengte å føle den fysiske smerten.

Hun får heller lystgass og ber om Petidin, som de setter i dobbel dose med sprøyte i låret.

På fødestuen tar jordmor hull på fosterhinnene, og nå hagler det i tillegg på med rier oppå den smerten hun allerede følte fra før.

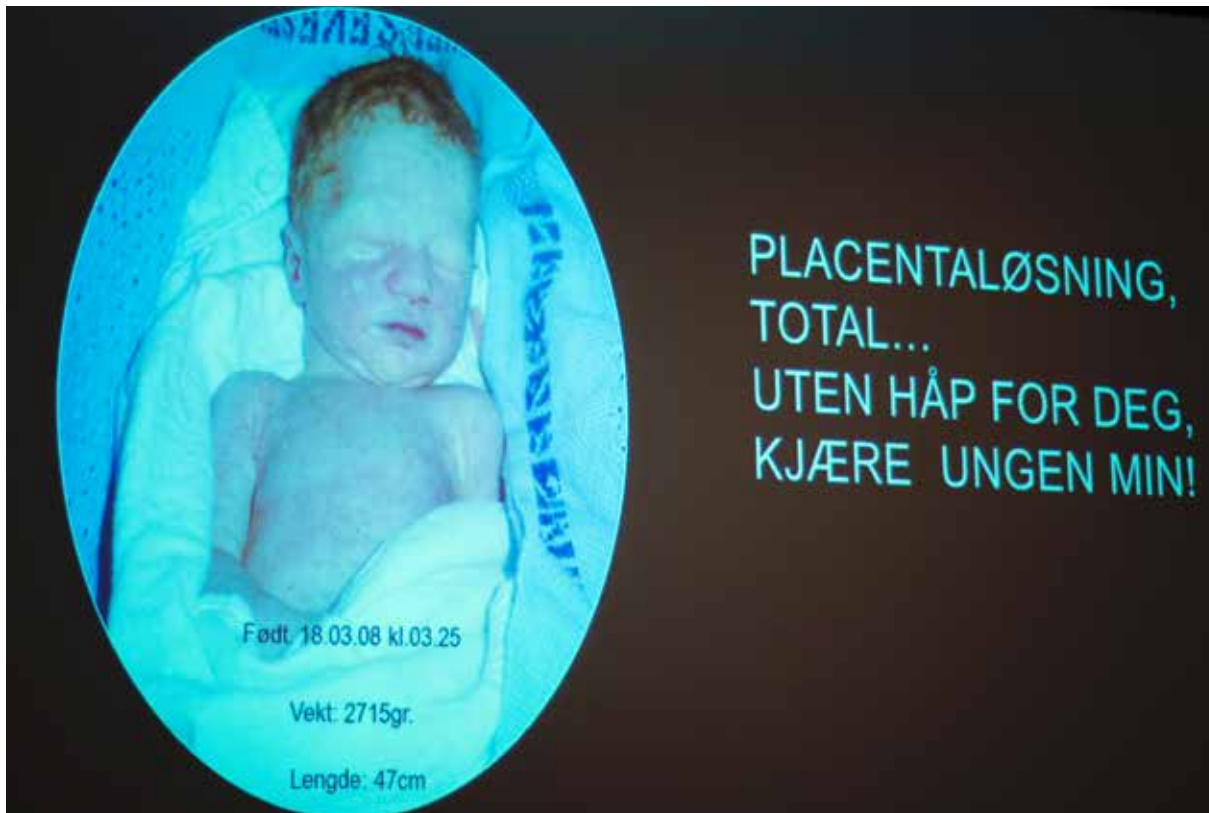
Samtidig sitter Jone i bilen på vei fra Egersund. Han vet ingenting om dramatikken som utspiller seg på fødestuen, og Helene vil ikke at han skal få høre noe. Hun orker ikke tanken på å miste han på veien samme dag som hun mistet sønnen sin.

– La han få konsentrere seg om kjøringen, beordrer hun.

En barnepleier sitter ved siden av henne hele tiden under fødselen og klokka halv fire kommer Morgan ut. Den lille nesa peker opp mot stjernene, og han blir lagt på brystet hennes. Han er fortsatt varm og myk, og han er verdens fineste.

– Bak meg hørte jeg jordmødrene stå og gråte. Jeg var helt utmattet og tom og klarte ikke gråte selv. De gråt for Morgan, og det var bare fint.

Helene er ruset på Petidin og helt utmattet av alle smertene. Hun sovner der i senga med den døde babyen ved siden av seg. Slik ligger hun fortsatt når Jone kommer stormende inn klokka halv seks på morgenen. Han har fått høre nyheten av jordmødrene, og han gråter og sier nei, nei, nei. Igjen og igjen og igjen.



Tur: Det er når Helene går tur at hun kan la tankene løpe fritt og bare være seg selv.

Morgan: PowerPoint-presentasjonen er utleverende og hudløs nettopp for at helsepersonell skal kunne forstå hva foreldre går gjennom ved en dødfødsel.

– Jeg bare satt der og hadde ingen trøst å gi. Apatisk og halvveis sittende i senga kikker hun ned på den døde kroppen ved siden av seg. De hadde avtalt at de skulle ha tre barn og ikke flere.

– Teller han som nummer tre eller, spurte jeg.

Jone ser på henne og sier at selvfølgelig teller ikke dette.

TABUENE BRYTES. Hva gjør man med et dødt barn? Hva skjer? Hvordan er det normalt å oppføre seg?

Helene aner ikke, men får lov til å ha babyen sin inne hos seg så lenge hun vil. Ingen tvinger ham bort, men da broren hennes kommer inn på sykehusrommet og får se babyen i senga ved siden av hennes, utbrøt han sjokkert: «Skal han være her? Ta ham ut, det er jo grusomt!»

– Jeg ble usikker, redd for at jeg begynte å bli gal, og jeg viste ikke hvordan det var normalt å oppføre seg.

I ettertid skulle hun ønske at hun hadde invitert venner og familie inn slik at de som skulle følge henne i sorgprosessen i årene fremover, hadde hatt noen av de samme minnene som dem. De kunne ha tatt Morgan med seg hjem og hatt ham sammen med barna og venner og

bekjente. De kunne tatt bilder av ham med barna, og barna kunne ha vært med på å stille lillebror. Ingenting av dette gjorde de, hun var så redd for å være rar og trække over grenser, og hun var så lei seg og trist.

– Jeg tenkte også at det ikke var noen som ville se et babylik, så jeg turde ikke be noen inn, men det angret jeg veldig på i dag.

Jone og Helene ønsker å døpe Morgan før de sier farvel. Jordmor får tak i en prest og de ber ham komme til sykehuset for å døpe den dødfødte gutten deres. Presten sier aldri at det ikke er lov, men han tar med seg en døpefont fra kir-

«Jeg var redd for at jeg begynte å bli gal.»

ken og holder en liten velsignelsesseremoni i kapellet på sykehuset.

Helene, som har mistet masse blod, må kjøres ned på kapellet i en sykehusseng. Hun reagerer litt på at presten ikke sier navnet til Morgan under dåpen. Først mye senere forklarer presten at det ikke er lov å ha dåpsseremonier for dødfødte barn, og at seremonien han holdt for dem, egentlig var en velsignelse, det eneste

alternativet han hadde å gi dem.

– Jeg er glad han ikke sa det til oss før senere.

Dagene blir til uker, ukene til måneder, månedene til år. Sommeren blir avlyst og blir tilbrakt i et mørkt rom bak en rullegardin. Selv om alt ser fint ut på utsiden, er den virkelige Helene som et mørkt, grusomt monster av svart, forferdelig og altoppslukende sorg.

De flytter, kjemper mot systemet, og hun sørger. Siden hun ikke har noen baby, har hun kun rett på seks ukers barselpermisjon, og deretter må hun argumentere seg til sykmelding en periode. Hun får seg jobb, men klarer seg bare åtte uker før hun krasjer. Hun klarer ikke telle medisiner ordentlig, klarer ikke lære noe nytt, klarer ikke ... Hun føler seg mislykket. Feiler, feiler og sørger mer. Helene og Jone går i sorggruppe, møter andre i samme situasjon og får stadig mer forståelse for at de følelsene de har, er normale. Sorgen er ikke farlig. Likevel er det noen lysglimt i alt det svarte. Syv uker etter dødfødselen med Morgan, er Helene gravid igjen.

– Det eneste jeg klarte å tenke på, var at jeg ikke kunne ende min fødselskarriere sånn. Jeg måtte bli gravid igjen. Ikke for å erstatte ham, men for å få oppleve en god fødsel igjen.

46 uker etter Morgan er Helene





«Min bakgrunn gir en ekstra tyngde i rådene jeg gir til dem.»



Jordmor: Helene ble til slutt jordmor. Hennes egne erfaringer lærte henne å stå i egne følelser.



→ tilbake på sykehuset i Tønsberg. Hun har en avtale med de samme jordmødrene som tok imot Morgan, og legen har lovet henne å sette fødselen i gang i uke 38 denne gangen. Da yngstemann endelig blir lagt på brystet hennes, gråter hun. Hun gråter for Morgan. Hun gråter for den nye babyen. Hun gråter for livet. Hun gråter for at hun fikk oppleve dette igjen. Hun gråter av glede, og hun gråter av sorg.

Å LEVE MED SORGEN. Alle tabuene var brutt. Hun var ikke lenger redd for døden. Hun var ikke redd for de store, mørke følelsene. Hun hadde planlagt hvert eneste familiemedlems begravelse. Hun hadde grått og grått til det ikke var væske igjen i kroppen. Hun hadde vasket og kysset sin egen dødsstive baby og sett leppene og neglene bli blå. Hun hadde skrudd igjen lokket på den bitte lille kisten og sett den forsvinne ned i et dypt, svart hull. Hun hadde vært to personer – den sterke, vakre mammaen til to små barn og det grusomme, mørke og angstbefengte monsteret som levde inni henne i flere år, og som hun ikke torde vise noen.

Etter to år var hun tilbake til det sprudlende jammesket som hun egentlig alltid hadde vært. Nå var det ikke lenger noe å være redd for, og hun

kunne starte studiene til å bli jordmor.

I foredragssalen i Skien snufses det. Det er åtte år siden Morgan døde nå. Papirlommestørklene er våte og sammenkrøllede. Bildet av den lille, hvite kisten med Morgan opplyser mot jordmødrene i salen, og ikke ett øye er tørt.

– Man kan pugge og lese, men det er vanskelig å skjønne noe om sorg basert på lærebøker. Ved at jeg er sårbar og forteller historien til Morgan og meg og forteller hva jeg ikke

«Jeg måtte bli gravid igjen. Ikke for å erstatte ham, men for å få oppleve en god fødsel igjen.»

klarte, ikke forsto og angrer på, kan jeg hjelpe dem som kommer etter meg.

FAR MEST UFORBEREDT. Det er rundt 250 dødfødsler hvert år, og i fjor hadde Skien fire tilfeller. For Helene er det viktig å være åpen overfor disse foreldrene som hun møter. Hun

tror på at følelser og åpenhet hjelper.

– Tilbakemeldingene jeg har fått fra de foreldrene jeg har møtt, er at min bakgrunn gir en ekstra tyngde i rådene jeg gir til dem.

Helenes kollega, Janne Teigen, som holder kurset sammen med Helene, har forsket mye på temaet dødfødsler. Dybdeintervjuer med foreldre som har mistet barna sine, viser at far ofte er den som er minst forberedt på det som skjer. Mange har ikke engang hørt om dødfødsler og vet ikke at det går an. Mor sier ofte at hun har hatt en ekkel følelse en stund, men hun har ikke nødvendigvis fortalt noe om engstelsen til far.

I 25 prosent av tilfellene finner man ingen årsak til dødfødselen. Noen ganger bare skjer det verst tenkelige, og det er ingens feil. Helene har gått gjennom dagen og graviditeten tusenvis av ganger for å finne forklaringen på placentalsvikt. Det er ingen klare svar, og hun har nå godtatt det for det der er.

– Men det går ikke en dag uten at jeg tenker på Morgan. Det er ikke bare sorg, men en helt naturlig ting, akkurat som at jeg tenker på de tre andre barna mine hver dag. Han vil alltid være med meg og være mitt lykkebarn. På grunn av han er jeg i dag jordmor. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Kåret til det beste fagbladet

• Tekst **Ellen Morland**

VANT PRIS: Sykepleien ble i begynnelsen av juni kåret til Norges beste fagblad. Prisen deles ut av Fagpressen, presseorganisasjonen for 240 fagblader og magasiner.

Hvert år deles det ut priser i flere kategorier, men den såkalte fagpresseprisen er den gjeveste av dem alle.

GOD OG GRUNDIG. Jurien begrunner kåringen med at Sykepleien har god og grundig journalistikk som er relevant både for medlemmene og for samfunnet. Siden 2013 har Sykepleien hatt en tydelig strategi for å bli mer digital. Redaksjonen ønsker at leserne i større grad skal lese artiklene på sykepleien.no, på mobil og på Sykepleiens nettbrett-utgave. Papirutgavene blir færre og mer dominert av temasaker. Nyheter og debatt vil først og fremst publiseres på de digitale plattformene.

Sykepleien er nå omtrent halvveis i denne strategiplanen, og ser at leserne bruker det digitale tilbudet mer og mer. Blogg, sosiale medier, podcast og levende bilder er en del av denne satsningen.

MER DIGITAL. Fagpresseprisen ble delt ut av juryleder Kjersti Løken Stavrum i Norsk Presseforbund. I juryens begrunnelse heter det at «Sykepleien er blitt en bred medievirksomhet som gjør seg gjeldende på flere plattformer – stadig med god, grundig og viktig journalistikk.

«En leverandør av viktig fag-journalistikk for medlemmene – og for samfunnet.»

Fra Fagpressens begrunnelse

– Vi har tøffe ambisjoner for Sykepleien, og er på rett vei, sier Sykepleiens redaktør Barth Tholens.

– Å bli gode digitalt og samtidig gi papirutgavene lengre holdbarhet, krever stor omstilling. Denne prisen stimulerer oss til å satse videre. • ellen.morland@sykepleien.no

Glade: Sykepleiens redaksjon mottok prisen med jubel på fagpressens tilstelning. Foto: Jon Olav Nesvold/NTB scanpix



- når du vil merkes!

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



Bestilles i nettbutikken
www.sabo.no



Tema. Til stede

Fakta



14 historier om akutt nød

- 1 fallulykke
- 1 hjerneslag
- 2 bilulykker
- 1 psykose
- 1 drukning
- 1 fødsel
- 3 epileptiske anfall
- 1 føling
- 1 overdose
- 1 abort
- 1 hjertestans

hjelp!

Er det en sykepleier om bord?

Når du minst venter det. Du har kanskje kviet deg for den dagen noen plutselig roper om hjelp – på flyet, kafeen, stranden eller gaten – og du er den som må trå til. Her er 14 historier fra sykepleiere som opplevde det.

Fortalt til **Ingvald Bergsagel** • Illustrasjoner **Monica Hilsen**



Når noen faller om på et offentlig sted, er sjansen relativt stor for at det er en sykepleier som må trå til.

Autorisert helsepersonell har nemlig en ekstra forpliktelse til å hjelpe ved medisinske nødsituasjoner, og det er sykepleiere det er flest av.

Dersom det for eksempel befinner seg 31 personer i en kafé, vil statistisk sett én av dem være sykepleier – om vi tar utgangspunkt i Norges befolkning og antall gjeldende autorisasjoner. For at det skal være en lege til stede, må antallet – rent statistisk – være hele 109.

Vi vet at mange sykepleiere har opplevd slike

situasjoner, og at slikt kan gjøre noe med selvbildet og forholdet til egen profesjon.

På de følgende sidene har vi samlet 14 historier om alt fra forbigående illebefinnende til alvorlige ulykker – om fødsel, lidelse og død – fortalt av sykepleieren som tilfeldigvis var der da det virkelig gjaldt. •

Mannen i treet

FALLULYKKE:

Gry Ødegård (47), Bamble. Jobber ved Marie Treschows sykehjem i Tønsberg, og har ellers erfaring fra hjemmetjeneste og sykehus. Hjelpepleier i 20 år. Sykepleier siden 2011.

Februar 2012: Som nyutdannet sykepleier var min store skrekk å havne i en akutt situasjon. Jeg visste rett og slett ikke om jeg kom til å takle det. Kontrollerte situasjoner er nå én ting, men hva når man er alene og ikke på jobb?

En nydelig wintersøndag, noen få måneder etter at jeg fikk min autorisasjon, får jeg svar.

Jeg bor nær kysten og har frihelg, så jeg snører sekken og går mot en vik hvor jeg får fred i kropp og sinn. Jeg setter meg ned, skreller apfelsinen min og nyter synet av hav og klipper.

Da hører jeg noen rope ordene jeg er så engstelig for å høre: «Er det helsepersonell her?»

Jeg rekker ikke å tenke. Jeg bare løper mot stemmen og sier jeg er sykepleier. Mannen peker opp mot klippene og sier at noen akkurat har falt utenfor. Nå henger han etter ankelen i et tre. Det er langt og bratt opp dit, men adrenalinet kicker inn. Hjernen er tom. Jeg husker likevel at jeg da tenker: «Nå er den her, situasjonen jeg har fryktet.»

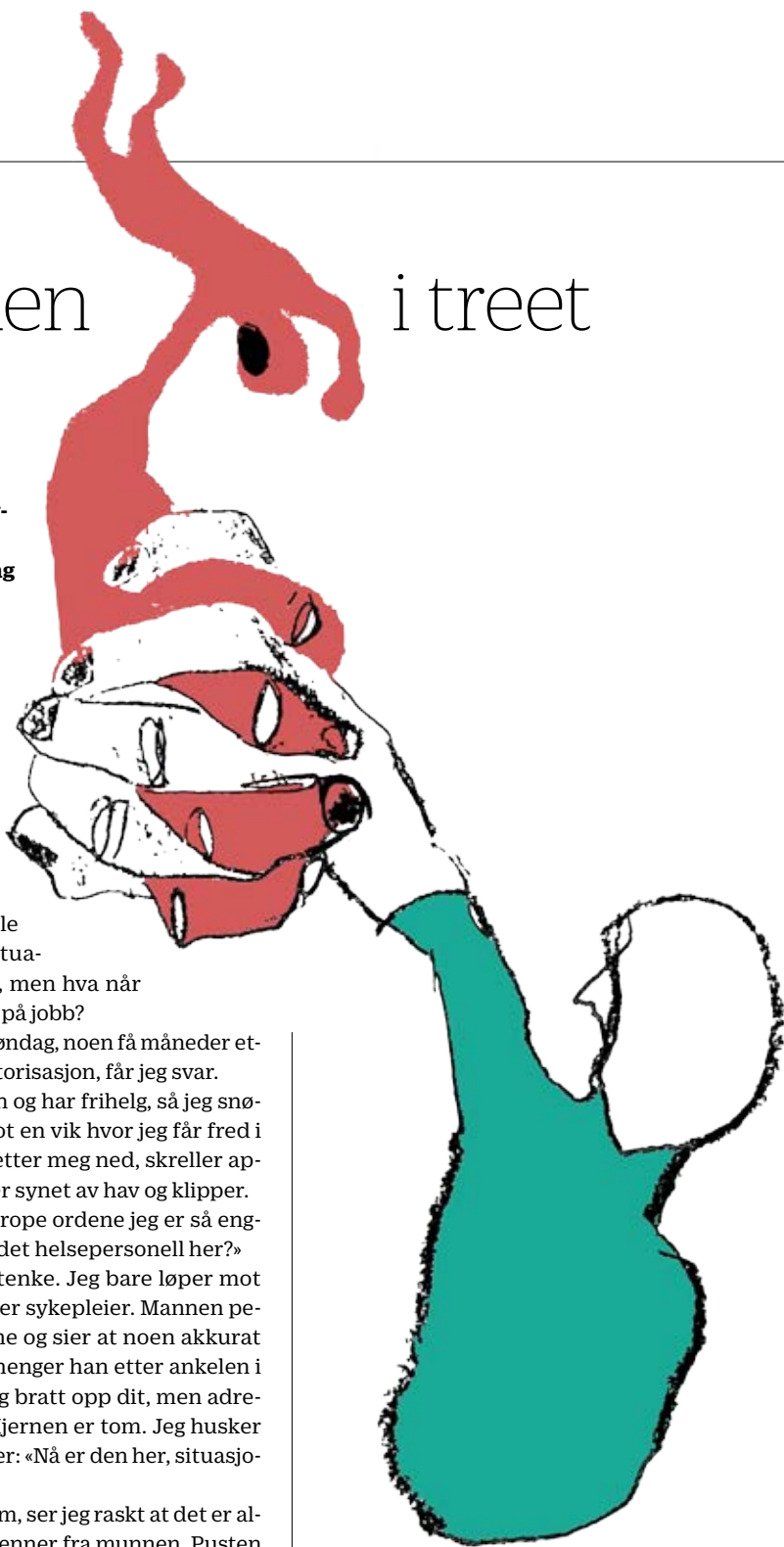
Da jeg kommer frem, ser jeg raskt at det er alvorlig. Lungevæske renner fra munnen. Pusten hans er stakkato.

Jeg kan ikke få ham ned alene, uten at han vil falle videre.

I etterkant husker jeg ikke nøyaktig tingenes gang, men jeg bruker kunnskapen min på korrekt måte. Jeg tar ledelse, koordinerer og delegerer. Jeg sitter ved siden av ham til helikopteret ankommer.

Dessverre omkommer han på stedet, men han var i alle fall ikke alene uten ei hånd å holde i.

Det var en tøff opplevelse, men den ga meg samtidig en ny trygghet. Kunnskapen var på plass da jeg trengte den. ●



«Det var en tøff opplevelse, men den ga meg samtidig en ny trygghet.»

Gry Ødegård



«Venninnen var brått blitt så uvel og rar.»

Ann Mari Bjørkedal

Krise på kaféen

HJERNESLAG: Ann Mari Bjørkedal (34), Ørsta. Jobber på en sykehjemsavdeling med langtidspasienter. Sykepleier siden 2010.

Mars 2015: Jeg er på kafé sammen med min sønn på ni og en svigerinne, da jeg legger merke til noe oppstyr i bakgrunnen.

En venninnegjeng med fem–seks eldre damer har begynt å prate høyt til ei i gruppa. Jeg hører noe om at de må komme seg til legesenteret, så jeg går bort for å tilby meg å hjelpe.

Venninnen har brått blitt så uvel og rar, forteller de. Prater bare «tull». Nå har hun reist seg og virker veldig forvirret.

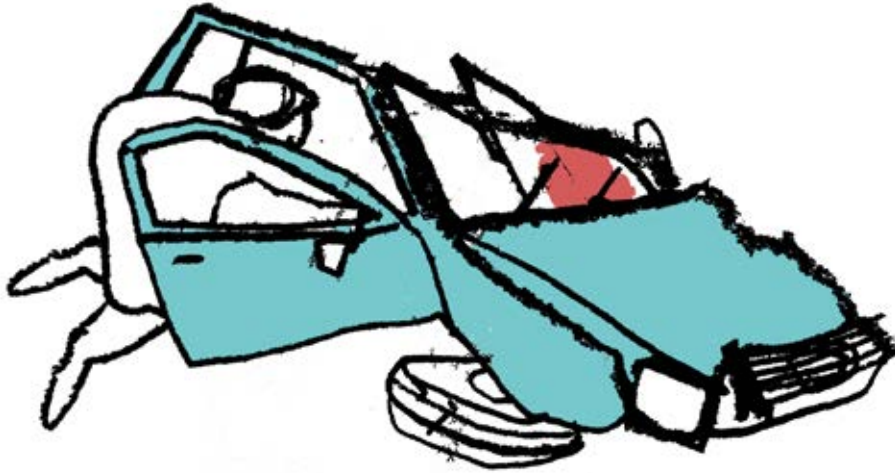
Jeg mistenker noe cerebralt og har lært og lest mye om hvor viktig det er med akutt medisinsk hjelp ved mistanke om slag. Derfor sjekker jeg raskt for FAST-symptomer: Jeg ber henne smile, men det får hun ikke til. Så ber jeg henne klemme hendene mine, og merker at hun kun har kraft i den ene armen.

Jeg spør ut venninnene litt og får forklart situasjonen for AMK på telefon – at det er mistanke om hjerneslag og at damen ikke bruker medisiner.

Lege kommer etter fem minutter. Ambulansen er der på ti.

Etterpå, da adrenalinet har roet seg litt, må jeg innrømme at jeg får en god følelse i kroppen. Ikke det at jeg ønsket noe slikt skulle skje, men fordi jeg hadde klart å gjøre alt etter boka når det virkelig gjaldt.

Jeg kjente at jeg fikk bekreftet min rolle og trygghet som sykepleier. ●



En annerledes førtiårsdag

BILULYKKE: Toril Helene Schwarz (62), Narvik. Smittevernssykepleier ved Universitetssykehuset Nord-Norge, avdeling Narvik. Sykepleier siden 1978.

September 1993: En ung manns død skulle sette et sterkt preg på førtiårsdagen min. I ettertid kan jeg likevel kjenne stor takknemlighet for at det var nettopp jeg, en sykepleier, som var sammen med ham i dødsøyeblikket.

Ulykken skjer dagen før selve bursdagen. Jeg har hentet min kjære onkel på flyplassen. Han forteller hvor trygg han alltid er med meg til stede. Jeg er jo sykepleier, det flotteste yrket han kan tenke seg. Med utallige sykehusinnleggelser bak seg, vet han hva han snakker om. Han bruker en del medisiner – for blant annet astma, hjerte og blodtrykk – men har ikke alt med seg på denne turen. Jeg er jo der!

Tåken henger tungt denne høstdagen. Det er som om skyene er trukket helt ned i den fuktige bakken og pakker oss inn i et grågult teppe. Da den lave solen til slutt slipper gjennom, er den blendende.

Jeg kjører inn til siden og tar på meg solbriller. En bil kjører forbi, men etter noen minutter ser jeg den igjen. Den har smelt inn i en trailer rett etter en bakketopp.

Trailersjåføren og føreren av en annen bil står



«Jeg får til slutt opp døren til passasjeret og kryper inn for å kjenne om han har puls.»

Toril Helene Schwarz

lamslåtte og ser inn i vraket på en ung mann som kjemper for livet.

Jeg får til slutt opp døren til passasjeret og kryper inn for å kjenne om han har puls. Lyserødt skum kom ut av munnen. Som intensivsykepleier forstår jeg at dette vil han ikke overleve.

Følelsen av maktesløshet er stor.

Det er hensiktsløst å prøve å få ham ut. Det eneste jeg kan gjøre, er å holde kjevetak og be «Fadervår» for ham og fortelle at jeg vil være hos ham hele tiden.

Jeg ber trailersjåføren høre hvordan det går med onkelen min. Det går bra, for han er sikker på at der jeg er, der går alt bra. Men ikke denne gangen.

Etter førti uendelige minutter, idet ambulansen ankommer, trekker den unge mannen pusten for siste gang. Da har pressen vært der en stund allerede og fotografert skamløst fra alle vinkler.

Neste dag, altså på min egen førtiårsdag, treffer jeg de pårørende. Jeg tilbringer mye tid med dem, på sykehusets bårerom og hjemme hos meg etterpå. Jeg hjelper også til med å stille i kapellet. De er selvsagt i fortvilet sorg over å ha mistet en sønn og en kjæreste, men samtidig takknemlige for at han ikke døde alene.

I fjellsiden der han døde er det en plakett med navnet og en lykt man kan tenne lys i. Der plantes det fremdeles blomster – 23 år etter. ●





Psykotisk i lufta

PSYKOSE: Monika Ravik (50), Porsgrunn. Høyskolelektor og stipendiat ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Har tidligere jobbet ti år på sykehus. Sykepleier siden 1990.

August 2005: Charterflyet fra Mallorca er stappfullt og i ferd med å ta av. En flyvertinne virker oppgitt. «Nå synes jeg du stiller mange rare spørsmål», sier hun til passasjeren bak meg.

Jeg er ikke spesielt glad i å fly selv og snur meg for å se hva som skjer. Øynene jeg stirrer inn i er to tinntallerkener – store og runde. Har han fått panikk? Jeg sier at han kan holde meg i hånda om han er redd, men brått innser jeg det: Mannen har ikke flyskrekk. Han er psykotisk.

Han vet ikke hvor han er eller hvor han er på vei. Fabler om at han skal en svipptur til



«Brått innser jeg det: Mannen har ikke flyskrekk.

Han er psykotisk.»

Monika Ravik

Hawaii for å kjøpe is, og så rett tilbake. Han har filttøfler på beina. Ingen håndbagasje. Kun pass, sigaretter og – av alle ting – en lighter i lommene.

Jeg får tatt fra ham røykesakene. Det er utrolig at han har sluppet gjennom sikkerhetskontrollen.

Jeg sier til kabinpersonalet at vi må avbryte takeoff. At det ikke er trygt å fly med denne mannen om bord. Men flyet er alt i fart på rullebanen, og jeg får beskjed om at det ikke er mulig å stanse.

Jeg sier: «Greit, jeg skal ta ansvar for ham, men da gjør vi det på mine premisser.»

Vi får rokert om på noen passasjerer. Mannen min og våre to barn blir sendt lenger frem i flyet. Jeg og pasienten sitter ytterst på hver vår



rad med midtgangen imellom oss, mens begge nå har to voksne menn sittende innenfor. Det gir en viss fysisk trygghet, dersom han skulle bli utagerende.

Situasjonen blir nærmest absurd når mannen innenfor meg etter en stund trekker frem sitt eget pillebrett og spør om det er noe der vi kan bruke. Jeg husker jeg tenkte: «Har jeg én på hver side nå?» Heldigvis var den andre mannen helt stabil.

Det viser seg at mannen med psykose har vært på en toukers ferie uten medisinene sine og drukket alkohol under oppholdet. Vi får gitt ham noe å spise, og jeg ber flyvertinnene gi ham alt han ber om utenom alkohol, sigaretter og lighter.

Jeg ber også om at han blir møtt med ambulanse heller enn politi på Gardermoen, for at han ikke skal oppleve situasjonen unødigg dramatisk, men akkurat det får de ikke til. Politiet står og venter når vi lander, og først da blir de øvrige passasjerene oppmerksomme på situasjonen. Vi geleider mannen av, og han blir tatt med til et psykiatrisk akuttmottak.

Jeg opplever faktisk slike situasjoner, der jeg må trå til som sykepleier, stadig vekk. Gjerne på reiser, og vi reiser ofte.

På tidligere flyvninger har jeg bidratt ved både hjerte- og lungeproblematikk, og for kort tid siden ble det etterlyst helsepersonell over høyttaleranlegget på ferga mellom Sandefjord og Strømstad. En jente hadde fått en allergisk

reaksjon, og det var fare for anafylaktisk sjokk. Jeg har også bidratt ved blant annet epileptiske anfall, føling og diverse skader.

Jeg tenker at disse episodene gir meg mer erfaring. Det er en positiv følelse å kunne hjelpe, og i og med at jeg jobber med utdanning og ikke klinisk, er det godt å kjenne at fagkunnskapen sitter.

Selv om jeg ikke har jobbet innen psykiatri, var det helt klart sykepleierbakgrunnen som gjorde meg trygg på også å ta ansvar for den psykotiske mannen på flyet.

Det sitter i ryggmargen. Sykepleieryrket er så dypt forankret i kroppen at det kjennes direkte unaturlig å la være å hjelpe til når det er behov. ●



Den livløse jenta i vannet

DRUKNING: Signe Maria Mose
Lyseggen (39), Oppegård.
Avdelingsleder i Ski kom-
mune. Sykepleier siden
2000.

Juli 2011: Alt blir
brått stille.

Det er som om alt
rundt meg forsvin-
ner: Lydene, tiden,
hele badelandet. Ei li-
ta, livløs jente har blitt
løftet opp fra bassen-
get og nærmest lagt
rett foran føttene mine.

Jeg slipper hånden til min
egen treåring. Glemmer også
ham fullstendig.

Mannen min passer på ham. Det
får jeg vite i ettertid, da tankene og mam-
masamvittigheten kommer tilbake. Der og
da er alle sanser rettet mot den vesle,
våte pikekroppen foran meg.

Ingen respirasjon, ingen puls, hu-
den er kritthvit.

Øynene har en geléhinne
over seg. Neglene er blå. Det er
neglelakk.

Jeg vet instinktivt hva
jeg må gjøre.

Jeg sier jeg er sy-
kepleier, og overtar
komprimeringene
fra henne som har
løftet jenta ut av van-
net og alt er i gang med
gjenopplivingsforsøk.

En annen kvinne – hun viser seg å være sykeplei-
er som meg – tar innblåsinger. En badevakt kom-
mer til, men han vil starte førstehjelpsprosedyre
fra starten av, så vi skyver ham vekk.

Dette er alvor.

Jeg føler meg naken og hjelpeløs som aldri før.

Etter uendelig lang tid – i realiteten neppe mer
enn tjue minutter – kommer ambulansen. Den
kjører helt fram og så av sted med jenta, som nå
er ved bevissthet.

Lydene kommer tilbake, og jeg hører folk rundt
meg si at jeg er en helt. Jeg føler meg ikke som no-
en helt. Jeg føler noe helt annet.

Jeg bør snakke med noen. Få bearbeidet opp-
levelsen, men det skjønner jeg først senere.

«Det er jo jobben din, så det takler du», sier
de. Men i en slik setting – på familietur med vil-
tre unger ved en bassengkant, i ferd med å pakke
sammen og dra hjem – er man ikke nødvendig-
vis beredt. Det er noe annet på jobb, med kollega-
er, team og hjelpemidler i nærheten. Jeg er faglig
trygg, handler uten å nøle, det sitter i ryggmargen.
Men følelsesmessig er garden nede.

Etterpå kjører jeg til sykehuset for å høre hvor-
dan det går med jenta, men blir møtt av taushets-
plikten. På en lapp skriver jeg en hilsen med far-
geblyant, legger ved et kosedyr min datter på sju
nettopp har kjøpt og ber sykehuspersonalet gi
det til jentas familie.

Etter en stund får jeg en melding fra moren.
Den kommer med et bilde av jenta: «Våken, sit-
tende i sengen. Hun er helt fin.»

Da kommer tårene.

Noen måneder senere drar jeg og hun som had-
de funnet jenta i vannet, på besøk til familien. Ba-
delandet betaler reise og opphold. Det er så fint
å se jenta leke etter å ha opplevd henne klinisk
død.

Jeg skjønner at det ikke er jeg som er et offer
her, men du kan bli del av et traume når du er før-
ste person ute.

Norsk livredningsselskap hedret meg for inn-
satsen den gangen, og i dag er jeg ikke i tvil om at
jeg vil kunne handle om jeg havner i en liknen-
de situasjon igjen. Jeg vil dog da ta bedre vare på
meg selv etterpå.

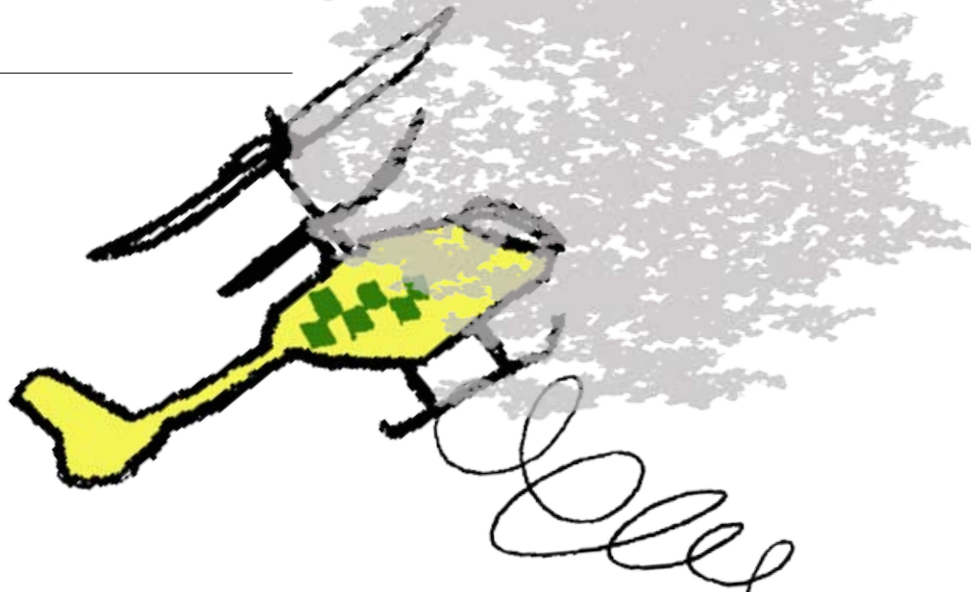
Et halvt år etter hendelsen går jeg på en smell
og er sykemeldt en måned. Det tar et helt år før
jeg finner en plass til historien.

Jeg vil oppfordre andre som måtte oppleve noe
slikt til å søke hjelp dersom de er det minste i tvil
om sin egen reaksjon. ●



**«Jeg føler
meg ikke
som noen
helt. Jeg
føler noe helt annet»**

Signe Maria Mose
Lyseggen



Etter festen

BILULYKKE: Lisbeth Storvik (51), Trondheim. Jobber på sykehjem, men har lang fartstid fra nevro- og hjertekirurgisk intensivavdeling, St. Olavs hospital. Sykepleier siden 1995.

Juni 1998: I bygda der jeg kommer fra går alle på samme fest. Denne lyse sommerkvelden er både unge og gamle samlet til dans.

Da dansen er slutt, fortsetter festen for noen av oss, men snart får jeg en veldig sterk følelse av å måtte dra hjem.

Jeg bestiller en drosje, men de kommer aldri særlig raskt på slike festaftener. Det tar nesten en time før den dukker opp. Jeg kjenner jeg blir mer og mer urolig.

Da jeg endelig kommer frem til min fars hus, der jeg bor midlertidig, har bilulykken skjedd for cirka en halv time siden.

Rett nedenfor huset har en attenåring på vei hjem fra samme fest som meg, tatt med seg gjerdet på fotballbanen og endt ferden i ei skråning og i et tre.

Ifølge ungdommene som ankom stedet først, virket gutten uskadet. De hadde tatt ham med inn i huset der de selv hadde nachspiel, lagt ham i en seng og fortsatt festen som om ingenting hadde skjedd.

Da jeg ankommer, står det mye folk ved ulykkesstedet. Alle sier at alt er bra med attenåringen og at jeg trygt kan gå hjem og legge meg.

Jeg går motvillig opp bakken igjen, mot huset til far, men snur meg midtveis og ser ned på ulykkesstedet. Uroen sitter hardt i kroppen. Der og da ville ingen ha kunnet overbevise meg om at noen kom uskadet ut av den bilen.

Jeg finner gutten i senga. Han er kaldklam, nesten ikke kontaktbar, og jeg ser en ørliten blå flekk på ryggen.

Hans møte med treet har resultert i indre



«Hendelsen har definert meg som sykepleier og menneske.»

Lisbeth Storvik

blødning med stor rift i en arterie nær lever og tolvfingertarm.

Tre runder med hjertestarter, en helikoptertur i tykk tåke, en kirurg med magiske, nennsomme hender og vips – ni dager senere kan gutten spasere ut av sykehuset uten andre skader enn sjokket over å ha overlevd.

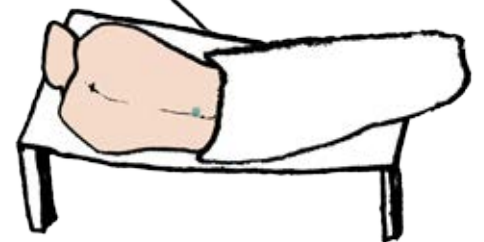
Det er min første hjertestans, og hendelsen skal få betydning for mine valg av arbeidssted senere i livet.

Det som er viktig for meg, er at jeg ikke ga meg og at jeg til slutt stolte på min intuisjon. Jeg er fornøyd med å ha bidratt til at et menneske har overlevd en trafikkulykke, og jeg er glad for at jeg er så sta.

I dag lytter jeg enda mer til min intuisjon og er kompromissløs om jeg kjenner at noe ikke stemmer hos pasientene mine.

Hendelsen har definert meg som sykepleier og menneske.

Man må ta noe kamper for å vinne – enten det er over døden eller over andre utfordringer i livet. ●



Nybakt mor ble jordmor

FØDSEL: Kristine Wåle (28), Tønsberg. Jobber i hjemmetjenesten. Sykepleier siden 2012.

Juli 2015: En kvinne fødte rett i armene mine på et handikaptoalett, dagen etter at jeg selv var blitt mor for første gang.

Vannet mitt går klokken fem fredag morgen. Drøyt to døgn senere, etter en igangsatt fødsel, kommer sønnen vår til verden.

Tross alt kjenner jeg meg ganske pigg, og dagen etter fødselen sitter jeg sammen med familien min utenfor kiosken ved sykehusets hovedinngang. Jeg har lagt merke til et par som kom inn litt tidligere: Hun høygravid i rullestol. I stedet for å trille mot heisen, styrer de rett mot toalettene.

Litt etter kommer mannen ut og spør om noen kan hjelpe til. Han tror fødselen er i gang for alvor.

Jeg nøler litt. Vi er tross alt på et sykehus, så jeg regner med at andre vil komme til, men faren min insisterer: «Du er jo sykepleier.»

Kvinnen sitter på toalettet. Jeg sier: «Dere kjenner ikke meg, men jeg skal prøve å hjelpe.» Hun har



«Da jordmor og fødselslege omsider kommer inn, står jeg og holder gutten i hendene.»

Kristine Wåle

pressier, så jeg ber henne legge seg ned på gulvet, men da hun reiser seg, ser jeg at hodet kommer.

Hun står rett over toalettskåla, og jeg tenker: «Denne babyen mister du ikke!»

Da jordmor og fødselslege omsider kommer inn, står jeg og holder gutten i hendene. Vi pakker ham inn i genseren min, og med navlestrengen hengende mellom mor og barn, kjører de dem opp til fødestua.

Fødselslegen sier han er imponert over innsatsen min. Jeg repliserer vel kjekt med noe slikt som at «jeg fikk min i går, så dette kan jeg».

Alt i alt følte jeg meg veldig rolig oppe i det hele. Kanskje fordi det ikke var så mange reelle valg å forholde seg til. Jeg gjorde det jeg måtte og kunne ikke gjøre stort annet.

Senere lå vi to nybakte mødre på samme avdeling og fikk snakket litt sammen. Det hele har blitt en historie det er moro å fortelle.

Jeg har for øvrig tidligere vurdert å bli jordmor. Det er ikke blitt mindre aktuelt etter denne opplevelsen. ●



På vei ned i dypet

EPILEPTISK ANFALL: Tone Hestad Storebø (50), Askøy. Jobber på urologisk poliklinikk, Helse Bergen HF og er leder av NSF's faggruppe for urologiske sykepleiere. Sykepleier siden 1989.

November 2010: Den lyden hadde jeg kjent igjen overalt.

Nå hører jeg den bak meg i gjestehavnen i Las Palmas – den umiskjennelige lyden av luft som forsvinner ut av lungene på en person med gran mal epileptisk anfall.

Jeg sitter på flytebrygga med ryggen til, snur meg instinktivt og ser mannen forsvinne ned i vannet. Andre tilskuere tror han bare tøyser. At han har hoppet uti med vilje. Jeg vet derimot at uten luft i lungene vil han gå rett til bunns.

Havnebassenget er åtte meter dypt. Under der igjen, et par meter mudder.

Noen uker tidligere har jeg og mannen min mønstret på våre venners båt på Madeira, og seilt litt rundt ved de mindre Kanariøyene. Nå ligger vi til havn og forbereder oss på å krysse Atlanterhavet som deltakere i Atlantic Rally for Cruisers. Jeg sitter og vasker frukt og grønnsaker til turen, men kaster alt fra meg idet jeg hører «lyden». Da vet jeg ennå ikke at en mann har falt i sjøen.

Øyeblikket etter henger jeg fra hekken av nærmeste båt. Armen min er dypt nede i vannet før jeg får tak i et buksebein. Jeg trekker mannen opp og får levert ham til dem som står på flytebrygga.

Da jeg kommer bort, ser jeg at anfallet er i ferd med å slippe. Jeg legger mannen – en lokal kar



«Armen min er dypt nede i vannet før jeg får tak i et buksebein.»

Tone Hestad Storebø



som skul-le levere varer til en båt, viser det seg – med hodet i fanget mitt og bruker de få spanske glosene jeg har. «Tranquilo, tranquilo.» «Rolig, rolig.»

Det befinner seg flere leger på kaia denne dagen – en nederlander, en brite og en tysker. Alle tre har brått blitt veldig engasjerte og forsøker å trekke buksene av mannen for å gi ham stesolid rektalt. Det blir en kaotisk diskusjon der jeg forklarer dem at det ikke trengs, at han er på vei ut av anfallet.

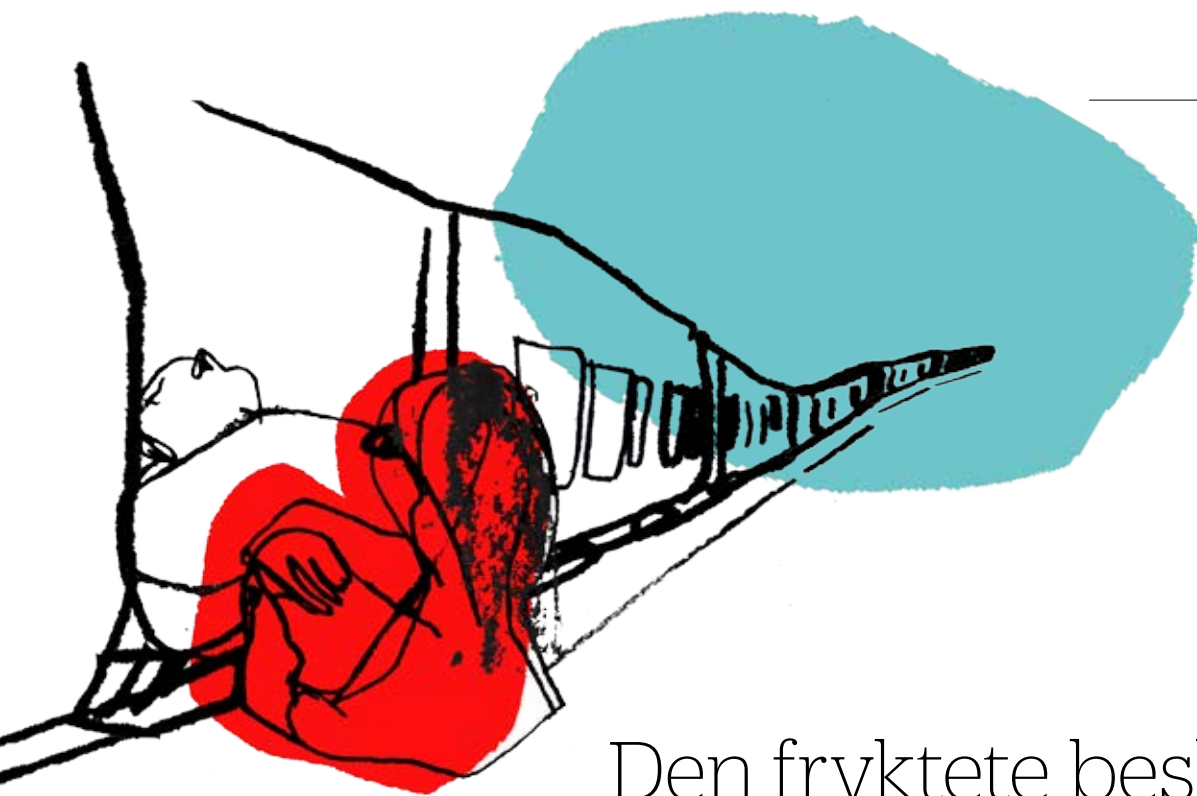
Jeg har tidligere jobbet mye med en utviklingshemmet kvinne med epilepsi. Det var derfor jeg umiddelbart kjente igjen lyden og kjenner gangen i slike anfall godt.

Jeg ber legene innstendig om å høre på meg. Til slutt gjør de det, og mannen kvikner til.

Jeg tenkte ikke på det den gangen, men har lurt på det i ettertid: Hvor i all verden fikk jeg krefter fra til å trekke en fullvoksen mann opp av vannet slik?

Jeg er riktignok sterk, men ikke så sterk. ●





Den fryktete beskjeden

EPILEPTISK ANFALL: Cecile Forkerud (26), Sørum. Tar master i helsesøsterfag og jobber i hjemmetjenesten ved siden av. Sykepleier siden 2011.

Oktober 2015: Toget stanser, og vi hører at alt blir slått helt av. Dette er ikke et vanlig stopp på stasjonen. Noe har åpenbart skjedd.



«I stillheten som følger, venter jeg bare på at den fryktete beskjeden skal komme over høyttaleranlegget.»

Cecile Forkerud

I stillheten som følger, venter jeg bare på at den fryktete beskjeden skal komme over høyttaleranlegget: «Finnes det helsepersonell om bord?»

Ganske riktig.

En mann er blitt alvorlig dårlig lengst fram i togsettet. Jeg sitter bakerst, hopper ut på perongen og løper til den forreste vognen. Det er et fryktelig langt tog. I alle fall føles det slik.

Jeg vet jo at jeg som sykepleier har et ansvar og må hjelpe, men helt siden studiene har jeg gruet meg for dette øyeblikket. Jeg er redd for

at jeg skal glemme noe vesentlig. Ikke vite hva jeg skal gjøre.

Mannen ligger rett innenfor dørene. Han svarer ikke på tiltale og sliter åpenbart med å puste.

Jeg rekker å gjøre en rask undersøkelse før det kommer en lege gående. Sammen får vi undersøkt mannen grundigere og finner et stort operasjonsarr i hodet, noe vi antar har noe med saken å gjøre. Mannen får deretter et epileptisk anfall og er fremdeles ikke kontaktbar. Han blir blå i ansiktet fordi han ikke puster, og jeg står klar til å begynne med hjerte-lunge-redning da han endelig fyller lungene igjen.

Et ubesvart anrop på mobilen fra kona gjør at vi kommer i kontakt med henne. Hun forteller at han hadde vært operert for en hjernesvulst tidligere i år.

Vi venter på luftambulansen i de lengste ti minuttene noen gang.

Dagen etter ringer kona og takker for at jeg hjalp til. Hun forteller at alt foreløpig går bra. Han har kommet til seg selv, men de venter på flere prøveresultater.

Det er noe med det å plutselig stå i en slik situasjon når du ikke er på jobb. I de første sekundene var det akkurat som om jeg glemte alt jeg hadde lært, før det raskt kom tilbake til meg. Jeg følte også på ansvaret man automatisk får og den forventningen folk rundt har til at du skal kunne alt og reagere riktig og raskt i enhver situasjon.

Men du kan ikke alltid vite alt.

Mitt råd er at man ikke tenker på alt man ikke kan, men konsentrerer seg om det viktigste, som de fleste sykepleiere tross alt kan godt. ●

Edru på et øyeblikk

EPILEPTISK ANFALL: Silje Grønli (28), Nitte-
dal. Jobber på avdeling for psykisk helse,
Røysumtunet. Sykepleier siden 2015.

November 2014: Dette hendte en sur vinter-
natt i Oslo da jeg fremdeles var student.

Klokken er vel rundt tre, altfor sent for meg.
Trettheten kombinert med et par vinglass for
mye, gjør at jeg går av nattbussen ett stopp for
sent.

Nå er det derimot som om adrenalinet har
spylt all alkohol og tretthet ut av kroppen.

På hovedveien under brua jeg står på, har
nemlig en drosje bråstoppet. To menn drar en
kvinne ut av baksetet. Jeg antar at hun har et
GTK-anfall – (generalisert tonisk-klonisk epilep-
tisk anfall, journ.anm.) da jeg kjenner igjen beve-
gelsene fra studier og jobb.

Jeg løper til. Både sjåføren og den andre man-
nen har «stivnet», så jeg tar grep: «Har dere ringt
113?» «Har hun medisiner på seg?» «Legg jakke-
ne deres over henne, så hun holder varmen!»
«Stabiliser hodet!»

De få minuttene det tar før ambulansen kom-
mer, føles som en time, men snart ligger kvinnen
– som nå klarer å ha øyekontakt med meg – på
en bære.

Da det hele er over, begynner jeg å rusle hjem-
over, men drosjesjåføren innhenter meg og sier
han vil kjøre meg hjem gratis.

Jeg skjønner at han trenger å prate med noen.
Han sier han ble veldig redd og ikke visste hva
han skulle gjøre. At han er så glad for at jeg kom.
Jeg forklarer at hun hadde epilepsi og hva som
var blitt gjort underveis. Vel fremme sitter vi

en stund i bilen før vi tar hverandre i hån-
den og sier god natt.

Den natten gjorde at jeg for
alvor forsto hvilket ansvar
min profesjon har, og at

jeg alltid må være be-
redt på at det kan
være behov for min
hjelp. Det ga meg
en fornyet stolthet
over yrket jeg har
valgt, og jeg har og-
så blitt mer bevisst
på hvor mange glass
jeg føler jeg kan tillate
meg å ta. Jeg koser meg, det
er ikke det, men dersom min hjelp
trengs, vil jeg ha et klart hode. ●



«Den natten
gjorde
at jeg for
alvor forsto

**hvilket ansvar min
profesjon har.»**

Silje Grønli

«STABILISER
HODET!»

«Jeg ser for meg
at han kommer
til å stupe over
rekkerket.»

Ingrid Helene
Halvorsen

Bevisstløs date

FØLING: Ingrid Helene Halvorsen (26), Oslo.
Jobber på Rikshospitalet, avdeling for blod-
sykdommer. Sykepleier siden 2011.

Sommeren 2013: Jeg drev på med en fyr. Det
hele var veldig nytt, vi hadde kun møttes et par
ganger.

Den tredje gangen drar vi hjem til ham. Ting
blir litt spennende, og promillen er litt for høy til
at noen av oss husker å spise før vi legger oss.

Jeg våkner tidlig og registrerer at han sover vel-
dig dypt, men reflekterer ikke noe mer over det
og sovner igjen. Etter noen timer våkner jeg nok
en gang. Denne gangen prøver jeg å vekke ham,
men han våkner ikke!

Nå ser jeg at han har lette kramper og fråtser
fra munnen. I en bisetning hadde jeg fanget opp
at han har diabetes type 1.

Umiddelbart innser jeg at han har føling. Jeg
legger ham i stabilt sideleie og løper inn på kjøk-
kenet der jeg finner honning, som jeg gir ham før
jeg ringer AMK.

Han våkner til før ambulansen kommer og er
svært utagerende på grunn av følingen. Han går
mot terrassedøren. Leiligheten er i tredje etasje,
og jeg ser for meg at han kommer til å stupe over
rekkerket.

Akkurat da er heldigvis ambulansepersonel-
let på døra.

Han får glukosedrypp, mat og melk – og alt en-
der vel.

Det ble ikke helt den morgenen jeg hadde for-
ventet. Forholdet varte heller ikke, men det er all-
tid godt å kjenne at man kan være med på å redde
liv. Det er ikke godt å si hvordan det ville
gått dersom jeg ikke hadde blitt med ham
hjem den kvelden. ●





Overdose i gresset

OVERDOSE: Michael Hartmann (42), Oslo. Jobber på legevakt. Sykepleier siden 2015.

Oktober 2015: Mannen ligger i gresset. Det er åpenbart en overdose.

Slikt er på én måte rutine for meg i jobbsammenheng, men dette er likevel veldig annerledes.

Jeg er ute på joggetur og har ikke med mobil. Min første tanke er dermed at det sikkert er noen andre i nærheten med telefon som ringer etter ambulanse, men da jeg ser meg rundt, er det ingenting som tyder på det.

Jeg kommer på hvor engstelige folk kan være for å involvere seg. Ikke minst når det er snakk om rusavhengige, med alt av stigma som følger dem.

Jeg går bort til mannen, sjekker vitale tegn og ser at han holder en sprøyte i hånden.

En refleksjon jeg får, en som overrasker meg, er at jeg et kort øyeblikk lurer på om det virkelig er nødvendig å kontakte ambulanse.

Det kan være flere grunner til at jeg nøler.

For det første er som sagt overdoser en relativt hverdagslig situasjon for meg, og jeg tenker vel at sjansen er stor for at mannen vil kvikne til av seg selv. Ambulansetjenesten har begrenset med ressurser, og er det nå virkelig nødvendig å belemre dem i dette tilfellet?

Jeg kommer heldigvis raskt til fornuft. Det

faktum at et menneske ikke er i stand til å ta vare på seg selv, er god nok grunn til å ta kontakt med helsevesenet. Det er tross alt det jeg selv forteller andre som lurer på hvor grensen går for å ringe 113.

Dermed oppstår en ny utfordring: Siden jeg ikke har med mobil, må jeg forlate pasienten for å få lånt en telefon. Hva om han for eksempel får respiratoriske problemer mens jeg er borte? Vil det være uforsvarlig og kritikkverdig om jeg, som sykepleier, forlater ham?

Jeg tar en beslutning, løper inn på et hotell like ved, presser meg forbi køen i resepsjonen, forklarer situasjonen og får låne telefonen.

Da oppstår nok et dilemma: Skal jeg gi meg til kjenne som sykepleier og dermed innby til en kollegial relasjon med den som sitter på AMK? Jeg kan selv kjenne på litt ambivalens når vi får inn helsepersonell som pasienter og de har sterke meninger om hvordan vi skal gjøre jobben vår.

Jeg finner en mellomløsning. Jeg sier at jeg er nyutdannet og at hun i den andre enden sikkert har mer kunnskap om dette enn meg. Likevel spør hun om hvilken hastegrad hun skal sette på ambulansen, men jeg ber henne ta avgjørelsen selv.



«Jeg kommer på hvor engstelige

folk kan være for å involvere seg.»

Michael Hartmann

I ettertid har episoden gjort meg mer bevisst på at yrket mitt ikke er noe jeg kan legge fra meg når jeg går fra jobb. Dessuten har jeg fått en kraftig forsterket og fornyet respekt for ambulansepersonell.

Det slo meg jo underveis at mannen når som helst kunne våkne, være aggressiv og veive med kanylen. Når vi får inn overdosetilfeller på jobben, er forholdene tross alt mer kontrollerte. Vi er innendørs, har utstyr, god belysning, er mentalt beredt og har mange kollegaer rundt oss.

Dem vi får inn, har heller ikke skitne sprøyter i hendene. Om de har hatt det, har ambulansefolkene tatt slikt fra dem. ●

En blodig juleferie

ABORT: Gulla Nyheim Gramstad (76), Oslo. Utdannet psykiatrisk sykepleier, men har jobbet innen mange felt i Norge og utlandet. Sykepleier siden 1962. Pensjonert som sykepleier, men har hatt faste oppdrag som skribent siden 2004.

Desember, 1960: Julefreden har omsider senket seg hjemme hos min søster og hennes familie i Nordland, da det plutselig banker hardt og fort på døra.

Noen har åpenbart fått med seg at jeg er på besøk.

«Du er sykepleier, ikke sant?» spør kvinnen med desperasjon i stemmen.

«Nei», svarer jeg.

Jeg var jo ikke sykepleier. Ikke ennå. Jeg var bare student. Gikk andre året ved Drammen Røde Kors sykepleierskole.

Kvinnen forteller at det ligger en gravid kvinne og blør like ved. Jeg har ingen erfaring med slikt, og sier at hun må ringe legen. Stedet har to leger, men det viser seg at ingen av dem er å få tak i nå.

«Det haster! Du må komme!» sier kvinnen.



«På soverommet ligger en ung kvinne med redde øyne, hvit i ansiktet og med blålige lepper.»

Gulla Nyheim Gramstad

Jeg forstår at det kan stå om livet, kler meg hastig, og så løper vi av sted – ut på gaten, inn en blokk og opp i fjerde etasje.

Vel innenfor kaster jeg et blikk til venstre gjennom en åpen baderomsdør. Der ser jeg et badekar halvfullt av blodige lakener. «Herregud!» tenker jeg, «her haster det».

På soverommet ligger en ung kvinne med redde øyne, hvit i ansiktet og med blålige lepper.

Jeg ser at hun må på sykehus, og ber familien ringe etter ambulanse. Den kommer heldigvis raskt, med to menn. De er unge, og neppe vant til så mye dramatikk. Det er da jeg får gjort den avgjørende forskjellen:

Mennene ber kvinnen bli med ned, men jeg insisterer på at de skal hente en bære. De går med på det, løper ned og kommer opp igjen. Med mye strev lirker de baren ned den smale trappen og kjører kvinnen til sykehuset.

Hun mistet barnet, men berget selv livet.

Hadde hun selv gått ned alle etasjene – silblodende – er jeg sikker på at hun ville omkommet før hun nådde frem.

Hva lærte jeg selv av dette? Vel, når det virkelig gjelder, nytter det ikke å være skvett. Man må våge å gå inn i situasjoner. Våge å handle. Det skulle også de neste årene mine i Afrika lære meg mye om. ●

Fem sykepleiere om bord

HJERTESTANS: Kirsten Brubakk (50), Fredrikstad. Forbundsstyremedlem i NSF og konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst. Sykepleier siden 1992.

Juli 2015: Like etter at flyet har tatt av fra Barcelona, merker jeg uro i seteradene bak meg.

En mann trekkes ut i midtgangen. Jeg vet det er flere andre sykepleiere om bord, da vi er på vei hjem etter en sommerskole for sykepleieforskere. Siden jeg sitter så nærme, reiser jeg meg og går bort til mannen, som allerede får førstehjelp av en kvinne og et mannlig besetningsmedlem.

Det viser seg å være hjertestans. Jeg roper på en intensivsykepleier som jeg vet er om bord. Flere kommer til.

Det er trangt – jeg må sette meg på fanget til en mann – men vi finner plassene våre og jobber nærmest instinktivt som et team. Alle er så proffe, rolige og trygge.

Totalt er vi fem norske sykepleiere som

jobber intenst med gjenopplivningsforsøket. I tillegg er det en sykepleiestudent der, som er flink med pårørende, besetning og andre passasjerer.

Kvinnen som var på plass før meg, viser seg å være sykepleier på et akuttmottak. Enda en er anestesisykepleier. Alle har vi erfaring med akutsituasjoner, selv om det er en stund siden jeg selv har jobbet klinisk.

Flyet har ikke hjertestarter eller adrenalin om bord, men vi får lagt inn venflon og gitt atropin.

Kapteinen velger å nødlande i Bordeaux, men jeg merker ikke engang at flyet tar bakken. Vi fortsetter med kompresjoner og innblåsing helt til ambulansefolkene tar over.

Dessverre står ikke livet til å redde, og mannen blir erklært død på stedet.

Denne gangen ble utfallet tragisk, men likevel opplevde jeg det som en fin bekreftelse av profesjonalitet. Ingen var redde for å melde seg, og alle gjorde sitt beste.

Jeg er, tross alt, takknemmelig over sjansen jeg fikk til å jobbe med disse flotte, trygge damene. De fikk vist frem det beste av sykepleie, og det fikk vi anerkjennelse for av medpassasjerene.

Jeg kjente på hvor godt det er å være sykepleier. ●



«Kapteinen velger å nødlande i Bordeaux, men jeg merker ikke engang at flyet tar bakken.»

Kirsten Brubakk

Juridisk hjelpeplikt. Enten du jobber på legevakt, på sykehjem eller i blomsterbutikk – autorisasjonen drar du med deg.

Å hjelpe er ikke et valg. Det er en plikt.

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Fra det øyeblikket du har autorisasjonen i hånden, har du også et spesielt ansvar. Det bekrefter Olav Molven, jurist og dosent ved Diakonhjemmets høgskole.

– Oppstår det noe uventet og brått som oppleves som en trussel mot liv og helse, har sykepleiere hjelpeplikt, forteller han.

Denne plikten reguleres av Helsepersonellovens paragraf 7 og kommer i tillegg til den alminnelige hjelpeplikten alle nordmenn har etter Straffeloven. Å hjelpe mennesker i nød er ikke bare en moralsk, men også en juridisk plikt. Unnlater man å hjelpe, kan man i verste fall bli straffet for det.

AKTIVT UNDERSØKE. Mange sykepleiere frykter nok dagen noen roper: «Er det helsepersonell til stede?» For selv om man er trent på akutte situasjoner på jobb, kan det være noe annet å komme uforvarende oppi dem på sin fritid. I tillegg til frykt, kan man kjenne på usikkerhet og utilstrekkelighet. Og kanskje en blyghet for å tre frem og ta ansvar. Men Olav Molven forklarer at helsepersonell har en plikt til å avklare situasjonen, selv om det er mange andre mennesker til stede. Det holder ikke å tenke at noen andre sikkert tar ansvar. Plikten opphører dersom annet helsepersonell påtar seg oppgaven og ansvaret.

Molven viser til paragrafens andre ledd: Ved tvil om helsehjelpen er nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

ETTER EVNE. Men sykepleiere har ulike yrkesroller og erfaring. Noen jobber på akuttmottak og må daglig håndtere potensielt livstruende situasjoner for pasientene. Andre sitter på kontor og ser bare en pasient unntaksvis. Andre igjen har forlatt yrket og solgt blomster i 20 år. De plikter alle å handle på grunnlag av sin autorisasjon. Men Olav Molven peker på et viktig moment:

Helsepersonells plikt begrenser seg til å gi helsehjelpen de evner.

– Det er en kjernebestemmelse, sier han.

Helsepersonelloven gjelder alle som er autorisert som helsepersonell, men det forventes mer av leger og sykepleiere fordi de har akuttmedisinsk kompetanse. Følgelig vil man også ha en annen forventning til en erfaren intensivsykepleier enn til en nyutdannet sykepleier.

STILTE IKKE OPP. Og den største feilen helsepersonell kan gjøre, er å ikke involvere seg.

Molven viser til et eksempel med en trafikkulykke der en lege som var i nærheten ble tilkalt. Ambulanse ble også ringt etter. Legen sa at han ikke hadde jobbet klinisk på 20 år og stilte ikke opp. Han fikk en alvorlig reaksjon fra tilsynsmyndighetene.

– Det er ikke sikkert han kunne gjort så mye fra eller til, men han skulle ha stilt opp og vurdert om han kunne bidra selv om ambulanse var på vei.

BRUKE FAGLIGHET. – Men hva med frykten for å gjøre feil? Forsøke å hjelpe, men bare gjøre skaden verre?

– I gitte situasjoner kan riktig helsehjelp være å ikke gjøre noe, sier Molven.

– Cluet er at man skal bruke fagligheten.

Man kan for eksempel tenke seg en situasjon



«Cluet er at man skal bruke fagligheten.»

Olav Molven

Fakta

Helsepersonelloven

§ 7 Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

der en person har vært utsatt for en ulykke og er hardt skadet. Vanligvis vil det da være viktigst å sikre frie luftveier og legge personen i stabilt sideleie. Med det kan innebære en fare for å manipulere den skadde slik at det kan inntreffe lamelser. Sykepleieren må da vurdere om det er nødvendig å hjelpe pasienten til å puste og dermed også risikere at det inntreffer skader – eller å la være å gjøre noe.

– Er det handlet ut fra en faglig vurdering, vil det som i ettertid viser seg å være feil handling svært sjelden få noen rettslige konsekvenser.

TISSEN I SMEKKEN. Olav Molven viser til at plikten til å gi helsehjelp i livstruende situasjoner også involverer brå og akutte smertetilstander.

– Der har vi et eksempel med en barnehagegutt som satte tissen fast i buksesmekken. Det var lege i nærheten, men han ga beskjed om

hjelp!



at gutten skulle oppsøke fastlege. Det holder ikke. Han var tilgjengelig og kunne hjelpe, men unnlot å gjøre det.

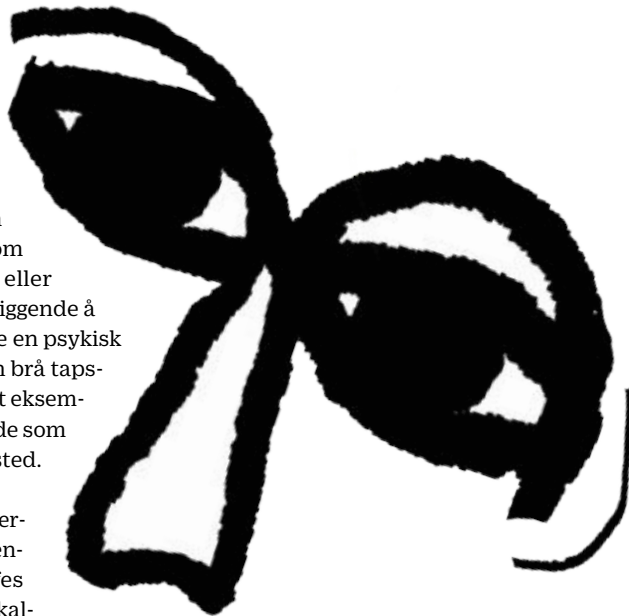
– Hva med psykisk smerte?

– Juridisk skiller man ikke i alminnelighet mellom fysisk og psykisk skade eller smerte. Det er derfor nærliggende å si at man ikke kan ignorere en psykisk alvorlig smertetilstand. En brå taps-situasjon kan være et tenkt eksempel, for eksempel pårørende som er til stede ved et ulykkessted.

FÅ SAKER. Dersom helsepersonell unnlater å hjelpe mennesker i nød, kan de straffes med advarsel eller tilbakekalling, suspensjon eller begrensning av autorisasjon. Men ifølge Helsetilsynet er det ikke mange slike saker. For fylkesmennene er det fra 01.01.2013 og frem til i dag avsluttet 5 slike saker. 4 av dem ble oversendt Helsetilsynet, og i 1 ble det påpekt pliktbrudd. Helsetilsynet har i samme periode avsluttet 2 slike saker. Ingen av dem fikk påvist pliktbrudd.

Elisabeth Sveen Kjølrsrud, leder i Rådet for sykepleieetikk, sier hun ikke har sett denne typen saker siden hun tiltrådte som rådets leder i november i fjor.

AUTORISERT. Og når er man ikke lenger omfattet av helsepersonelloven? Svaret på det er når man ikke lenger har autorisasjon. Den forsvinner automatisk ved fylte 80 år. Vil man bort fra den tidligere, må man aktivt si den fra seg. Siden



2010 har bare 26 sykepleiere gjort det, ifølge Helsetilsynet.

– Er du autorisert som sykepleier, drar du autorisasjonen med deg, uansett hvor du jobber og om du jobber som sykepleier eller ikke, sier Olav Molven. ●

Fakta

Straffeloven

§ 287 Forsømmelse av hjelpeplikt

Med bot eller fengsel inntil 6 måneder straffes den som unnlater

- a) etter evne å hjelpe en person som er i åpenbar fare for å miste livet eller bli påført betydelig skade på kropp eller helse, eller
- b) ved anmeldelse eller på annen måte etter evne å avverge brann, oversømmelse, sprengning eller lignende ulykke som medfører fare for menneskeliv eller betydelig skade på kropp og helse.

Brudd på hjelpeplikten etter første ledd straffes ikke nårplikten ikke kunne oppfylles uten å utsette seg selv eller andre for særlig fare eller oppofrelse.

Autorisasjon som helsepersonell

Reguleres etter helsepersonelloven § 48

Vilkår for autorisasjon:

Rett til autorisasjon etter søknad har den som

- a) har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring,
- b) har bestått utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52,
- c) har gjennomført utdanning og bestått utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngrad med tilsvarende norsk utdanning og eksamen, eller
- d) har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring.

Søkeren må i tillegg

- a) være under 80 år,
- b) ikke være uegnet for yrket, og
- c) ha gjennomført praktisk tjeneste eller oppfylle tilleggskrav dersom dette er fastsatt i forskrift etter tredje ledd.

Departementet kan i forskrift fastsette krav om praktisk tjeneste og tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe og gjennomføring av slike krav. Departementet kan også bestemme at kravene skal gjelde for dem som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning når forskriften trer i kraft.

Er du autorisert?

Autorisasjon som sykepleier gjelder frem til man er 80 år, med mindre man er blitt fratatt autorisasjonen eller har sagt den fra seg. Lurer du på om du er autorisert? Gå inn på helsedirektoratet.no/Hpr og søk i helsepersonellregisteret. Alt helsepersonell som er autorisert er registrert her.



Den usynlige krigen

Hiv rykker frem. Mens Ukraina kjemper mot separatistene i øst, taper de terreng i krigen mot hiv-viruset. Andelen smittede homofile har eksplodert.

Tekst **Per Christian Selmer-Anderssen** • Foto **Hampus Lundgren**

Aleksandr Bulitsj (38) tenker på alt han har lært som psykolog. Puster inn, puster ut. Forsøker å holde kontrollen over egen pustemekanisme, slik han har lært utallige mennesker i krise. Men nå er det han selv som er pasienten. Testresultatet foran ham er positivt. Legen snapper etter luft. Bulitsj puster ut idet han skjønner at han er blitt en av Ukrainas rundt 230 000 hiv-positive.

Den dagen for to og et halvt år siden gikk Aleksandr Bulitsj formålsløst rundt i Kievs gater og gjorde opp status for livet sitt. Skulle han ta imot behandling? Fortelle det til sin gamle mor, og dermed også tre ut av skapet som homofil? Konfrontere elskeren? Møte opp hos elskeren og samboeren hans og skrike ut hemmeligheten deres? Slå mannen han en gang var glad i, rett ned?

– Jeg valgte å sende en tekstmelding: «Jeg er positiv. Du bør teste deg.» Jeg føler meg sikker på at han visste det hele tiden. Han var så unaturlig åpen om alt, at han måtte ha noe å skjule, sier Bulitsj.

«Hvis utviklingen skjer med samme fart som nå, så er halvparten av oss smittet om fire år.»

Roman Marsjenko, leder for Gay Alliance

Vi møter Bulitsj i den knappe 30 kvadratmeter store leiligheten i utkanten av Kiev sentrum. En pitbullvalp spretter som en jojo over gulvet, en hårete katt hveser bak en krakk, en ugle gloriøst apatisk ut av buret, mens en gulgrønn slange venter musestille på neste rottemiddag.

Etter at Aleksandr Bulitsj ble hiv-smittet, har han adoptert så mange dyr som han makter.

– Jeg lærer så mye av dem. De dreper aldri for moro skyld, sier han.

EKSPLOSIV EPIDEMI. De siste 20 årene har andelen nye smittede økt fra 6000 til rundt 20 000 i året i Ukraina. Det er et sykdomsbilde i endring. For 15 år siden ble to av tre smittet av sprøyter, mens nå får de fleste viruset gjennom seksuell kontakt. I dag er det flest



Psykologens dilemma: Psykolog Aleksandr Bulitsj (38) har selskap av slange, pitbull, ugle, katt, slange og rotter i den lille leiligheten i et av Kievs forsteder.

Fakta

Ukraina

- Grenser til Russland og var en av republikkene som utgjorde Sovjetunionen. Landet ble en selvstendig stat i 1991. Etter at Russland annekterte Krim-halvøya i 2014, har det vært mange uroligheter i landet, blant annet i Øst-Ukraina.
- Landet har 44 millioner innbyggere og. Det sliter både økonomisk og politisk.

rusmisbrukere som blir smittet gjennom sex, men stadig flere homofile trer inn i den dystre statistikken.

– Hvis utviklingen skjer med samme fart som nå, så er halvparten av oss smittet om fire år, sier leder for Gay Alliance, Roman Marsjenko.

Gay Alliance, som jobber for homofiles helse i Ukraina, undersøker annethvert år hiv-statusen til menn som har sex med menn. I 2013 oppga 17 prosent av mennene i undersøkelsen at de hadde hiv. To år tidligere var andelen på åtte prosent.

– Hvorfor sprer det seg så fort?

Han smiler trist.

– Det er to grunner til det. Den ene er smart-telefonapper som Grindr, der man møtes for å ha sex. Den andre er saunaer der menn har sex anonymt. På disse arenaene er det mange

biseksuelle menn som ikke definerer seg som homofile, og aldri ville finne på å teste seg hos oss eller delta på aktiviteter, sier Marsjenko.

De hiv-smittede homofile får et dobbelt stigma: 1. De er homofile i et land der man kan miste jobben eller bli angrepet på gaten for sin legning. 2. De er hiv-smittede.

– Selv i homomiljøet er det et sterkt stigma å være hiv-positiv. Noen aktivister nekter å gå inn i et rom hvis det er en hiv-smittet der, og de vil absolutt ikke dele kontor. Vi skal starte en samtalegruppe nå, men den må være på et anonymt sted for at noen skal tørre å gå dit, sier Marsjenko.

REVOLUSJONENS OFFER. Uavhengighetsplassen Maidan. Brosteinen er dekket av levende lys, oransje hjelmer og





portretter av drepte aktivister. Det er minnene som er igjen etter den blodige revolusjonen vinteren 2014.

Etter revolusjonen på Maidan, Russlands annektering av Krimhalvøya og krigen mot de prorussiske opprørerne i øst, har Ukrainas økonomi gått rett nedover. Landet har mistet industri til opprørerne, forbruket er lavere, og krigen er dyr. Velferdsordninger og pensjoner kuttes. Samtidig er det hyperinflasjon i landet. Det har fått store konsekvenser for de hiv-smittede. Pengene hjelpeorganisasjonene får fra den ukrainske staten, blir stadig mindre verdt. Global Funds, den viktigste bidragsyteren, skal i utgangspunktet bare støtte Ukraina ut neste år. Deretter er tanken at landet skal ta seg av sine hiv-positive med egne midler. Nå forhandler Ukraina med Global Funds om å få penger også i årene fremover.

– Fordi landet er i en vanskelig situasjon, er det en tøff jobb å kjempe om mer penger fra helsedepartementet. Enda vanskeligere er det å få myndighetene til å satse på forebygging, sier Jaroslaw Zelinskij, politisk leder i Nettverk, den største organisasjonen for hiv-positive.

«Jeg tror ikke vi hadde kommet i den situasjonen hvis legene hadde hatt større kompetanse, og hvis de hadde gitt gratis hiv-tester.» Galina Zavjalova, sykepleier

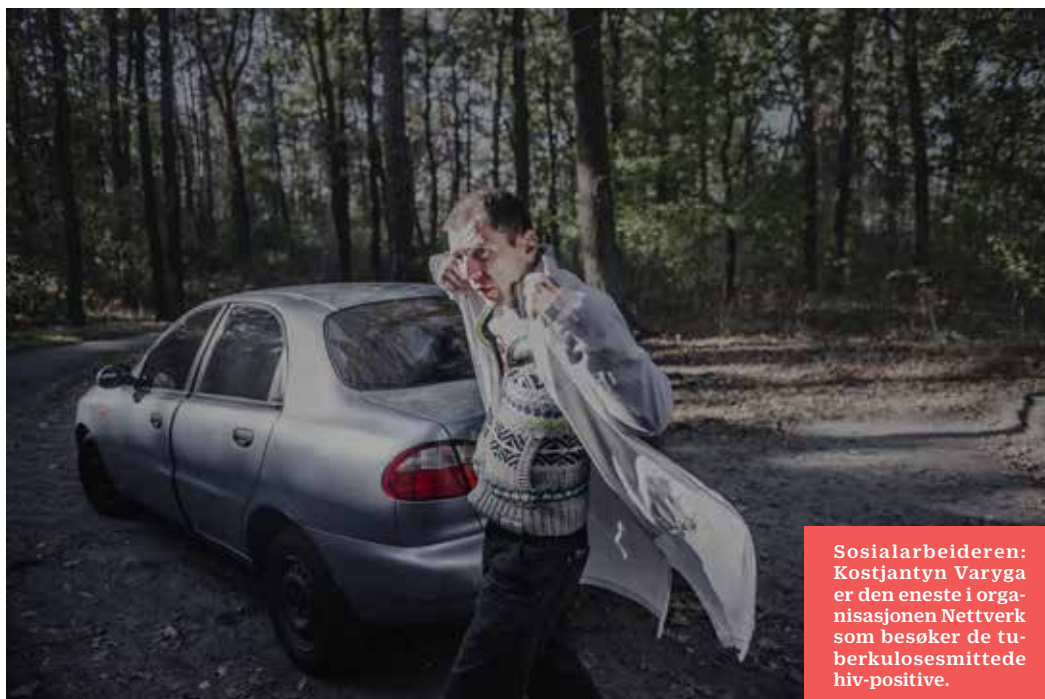


SYKEPLEIER PÅ HIV-SYKEHUSET. På Ukrainas eneste hiv-sykehus jobber sykepleier Galina Zavjalova. Hun vet hvor viktig det er med både forebygging, riktig informasjon og respekt i møte med pasienten.

– Ved mange sykehus er hiv-positive lite populære pasienter. Det skyldes at utdannelsen til sykepleiere og leger rett og slett ikke er god nok. De vet ikke nok om hvordan viruset smitter, og de er redde. I fjor så jeg for eksempel en plakat ved et sykehus der det stod «Hiv er det 20. århundets pest», sier Zavjalova.

Hun kom til hiv-sykehuset som sykepleier for halvannet år siden, etter ti år i yrket. De siste tre månedene har hun fordelt arbeidsdagen mellom laboratoriet og rådgivningstjenesten, der hun jobber som sosialarbeider.

– Jeg ser på hiv-pasienter som helt vanlige



Sosialarbeideren: Kostjantyn Varyga er den eneste i organisasjonen Nettverk som besøker de tuberkulosesmittede hiv-positive.



Nabolaget: Ved tuberkulosesykehus nr. 2 er det kirkegård, likhus, fengsel – og en uferdig, forlatt sykehusbygning.

syke borgere, på lik linje med de som har sukker-syke eller andre lidelser.

Mange av pasientene er imidlertid vant til å bli behandlet som annenrangs borgere av helsevesenet.

– Det beste med denne jobben er at jeg ser hvordan pasientene får det bedre psykisk etter

at jeg har fulgt dem opp. For eksempel en kvinnelig pasient som var svært deprimert, er etter et halvt år blitt en vakker, positiv og entusiastisk person, sier Zavjalova.

Ukraina er det landet i Europa som har den nest største forekomsten av hiv.

– Jeg tror ikke vi hadde kommet i den



Smittet og smittsom: Lena (33) har holdt det hemmelig for familien at hun er hiv-positiv. Nå er hun også svært smittefarlig på tuberkulosesykehus nr. 2.

situasjonen hvis legene hadde hatt større kompetanse, og hvis de hadde gitt gratis hiv-tester. Den andre årsaken mener jeg er at det spres feilinformasjon om smitte, sier Zavjalova.

Ved inngangen til 2016 var det 126 000 registrerte pasienter med hiv i Ukraina. Bare halvparten av dem får behandling, og landet har ikke

kapasitet til å ta imot nye pasienter.

– Jeg snakker med pasienter som ikke har råd til medisiner. En mann fortalte at kona allerede gikk på medisiner, og at de ikke ville ha mulighet til å betale for én person til. Mange av dem som får behandling, er også redde for at den skal bli kuttet i fremtiden, sier Zavjalova.

Noen avbryter også behandlingen selv på grunn av bivirkningene, mens andre ikke tør å teste seg før det er for sent. Så har vi den siste gruppen: de glemte.

DE GLEMTE. Rett ved kommuneskiltet inn til Kiev, langs en smal motorvei, ligger en liten kirkegård. Hvis du åpner porten til gravplassen, vil du se hauger av sigarettpakker, spritflasker og plastsøppel. Går du videre gjennom kirkegården, legger du merke til de brukte munnbindene som henger i trærne eller ligger slengt ved gravstøttene. Spaser hundre meter videre under de tunge bøketrærne, så er du fremme ved tuber-

«Det var en lege innom og ga meg diagnosen. Siden har jeg ikke sett noe til dem.» Lena

kulosesykehuset. Herfra har du utsikt til et halvferdig byggeprosjekt, et provisorisk fengsel – og det avlange, grønne likhuset. «Hvis du vil besøke de glemte hiv-pasientene, så dra hit», fortalte en sosialarbeider til oss. Der bor pasientene som ikke får hiv-medisin, helsetester eller skikkelig mat. Pasienter som venter på å dø et sted der de færreste vil være i live.

Nå står vi der sammen med sosialarbeideren Kostjantyn Varyga fra Nettverk.

– Vi hadde en lege som besøkte dem for oss, men hun sluttet. Jeg kan ikke klandre henne. Hun var nygift og gravid, sier Varyga, og tar på seg en hvit frakk.

Den tynne, middelaldrende mannen besøker sykehuset hver uke. Deler ut kondomer. Gir informasjon og mental støtte. Men medisiner har han ikke lisens til å dele ut.

– Men det er jo leger på tuberkulosesykehuset, kan ikke de gi hiv-medisinen?

Kostjantyn Varyga ser dumt på journalisten. Mumler noe om at legene er korrupte, og ber oss om å holde en lav profil. Ledelsen på sykehuset er svært lite glad i oppmerksomhet, forteller han.

– Jeg tror nesten du må se på sykehuset selv. Det er ganske grufullt og umulig å beskrive, sier sosialarbeideren.

Vi skal besøke en 33 år gammel kvinne ved navn Lena. Hun har hår som er kortklippet til en piggsveis, blå boblejakke og forskremte øyne. Lena har en svært smittsom form for tuberkulose. Da hun ankom sykehuset, fikk hun også en ny diagnose: hiv.

– Jeg har ikke sagt det til familien min ennå, sier hun spakt. Hun vrir seg på den nedfelte trestammen, som





fungerer som en slags sitteplass.

Når hun snakker om de tre barna som venter hjemme, blunker hun raskt over munnbindet. Det hender hun drar det av – og reiser hjem.

– Får du legehjelp?

– Det var en lege innom og ga meg diagnosen. Det var et totalt sjokk. Siden har jeg ikke sett noe til dem, sier Lena.

TUBERKULOSENS HUS. Vi går inn i en av bygningene. Gamle portretter fra en glemt tid henger på avflassede vegger. Lyset er avslått, men noen gardiner slipper inn stråler med sol. Det lukter råttent. Det lukter sykdom.

– Hvem er dere? Hvorfor har dere ikke snakket med sjefslegen? Dere har ingen rett på å være her, brøler en eldre kvinne i hvit frakk, dratt utenpå genseren.

Det er uklart hva slags stilling hun har ved sykehuset.

Varyga tar henne avvæpnende på armen og forklarer at vi er med ham. Hun roper tilbake at vi må forlate området med én eneste gang. Varyga blir stresset. Sosialarbeideren er på sykehuset på de hvite frakkers nåde. Vi skynder oss ned trappe. Passerer noen menn som røyker på huk. Straks er vi tilbake til den forsøpote kirkegården, der vi møter flere tuberkulose-syke som er på vei hjem fra bytur. En av dem er hiv- og tuberkulose-smittede Aleksander. Selv om hans tuberkulose er svært smittefarlig, har han kastet fra seg munnbindet.

– Legene og kantinedamene gjør så godt de kan. Men de har ingen skikkelige varer, så derfor må vi skaffe oss mat selv. Dette er ikke et sted å være hvis du vil bli frisk. Hver uke dør det to–tre mennesker, sier han.

Aleksander mener det er korrupsjon som er årsaken til de dårlige forholdene.

– Jeg har en kamerat som er innlagt i en annen by, og der får de skikkelig med mat og har gode forhold. Hvorfor får vi ikke det her? Vi er jo tross alt i hovedstaden, sier han.

Sosialarbeideren Varyga peker på en blå, halvbygd bygning på sykehustomten.

– Dette er det nye sykehuset, og på papiret skal det være i drift. Men som du ser: Det står helt tomt, sier Varyga.

DIAGNOSE: KORRUPSJON. – Det overrasker meg ikke at det nye sykehuset er tomt, sier statssekretær i Ukrainas helsedepartement, Ihor Perehinets.

Han sier at det er kommunen som har ansvaret for sykehuset, men at han selv skal undersøke hva som faktisk foregår på det gamle sykehuset i Kiev.

– Vi må fordele midlene fra tomme bygninger



til kunnskap og ny teknologi. I dag er det slik at sykehusene sprer tuberkulosen istedenfor å kurere den. Pasienter med forskjellige smittenivåer blir plassert sammen, smitter hverandre og får ikke god nok behandling. Derfor jobber vi med å behandle pasientene der de er istedenfor å stenge dem inne på sykehus, sier Perehinets.

«Ukrainas diagnose er korrupsjon». Det var navnet på rapporten som Nettverk og Aksjons-senter mot korrupsjon ga ut i fjor. De bestemte seg for å finne ut hvor pengene til landets medisiner gikk, hvor effektivt de ble brukt, og hvorfor midlene forsvant på veien. Det ble en deprimerende øvelse. Halvparten av pengene Ukraina skulle bruke på behandling av tuberkulose, aids, hepatitt og kreft i 2014 ble brukt ineffektivt og



«Medisinene blir solgt for ti ganger mer enn innkjøpsprisen.»

Iryna Aheyeva, leder av organisasjonen Nettverk

kritikkverdig, konkluderte rapporten.

– Mellomleddene mellom de utenlandske fabrikkene og helsevesenet gjør medisiner dyre. Vi har funnet eksempler der medisiner blir solgt for ti ganger mer enn innkjøpsprisen,



Skadet: Nadia Polivaya hoppet ut av sjetten etasje etter at mannen døde av aids. Nå ligger hun mest i sengen når hun ikke går med gåstolen, ber eller broderer.

sier Iryna Ahejeva, programsjef for hiv-organisasjonen Nettverk.

En del av pengene forsvinner også gjennom kartellvirksomhet, ifølge rapporten. Legemiddelselskapene danner underselskaper og byr mot seg selv. Samtidig er det ytterst få hiv-medisiner som er godkjente i Ukraina, slik at pengepotten fra staten blir fordelt utover en eksklusiv gruppe aktører.

– I 2014 fikk seks selskaper 96 prosent av midlene, sier Ahejeva.

Hennes organisasjon begynte å jobbe mot korrupsjonen sammen med statssekretær Perehinets, og de fant straks en løsning: Gi stats-tilskuddet til internasjonale organisasjoner og la dem fordele midlene til medisiner. Slik ville

det bli vanskeligere med «uformelle møter» og lekkasjer fra statskassen. Og utrolig nok: De lyktes. Fra og med 2016 blir samtlige medisiner fordelt av organisasjoner som UNICEF.

– En gang i fremtiden kan vi ta tilbake ansvaret, men da må vi ha gjort noe med korrupsjonen på regionalt og nasjonalt nivå, sier Perehinets.

Pasientorganisasjonene i Ukraina mener Perehinets er en av de få progressive kreftene i det ukrainske systemet, og at han alene har fått gjort mye for å få bukt med korrupsjonen. Men det har krevd sin mann. I slutten av april skrev statssekretæren på Facebook at han ikke orker å fortsette i jobben, og at han vil gå av i løpet av mai måned.

SKAMMEN OG HÅPET. Ukrainas eneste hiv-sykehus, en stram ettermiddag i oktober:

– Nadia betyr håp på ukrainsk, sier Nadia Polivaya (48).

Hun sitter i sykesengen som har vært hennes hjem i fire år, men hun er ikke spesielt syk. Polivaya kan leve i mange tiår til på antiretrovirale medisiner. Problemet er bare at hun ikke kommer seg ut av sykehuset. Årsak: Ingen andre vil ta henne imot.

– Hun skal egentlig bo på et sosialhjem, men kommunen vil ikke gi henne plass fordi hun har hiv. De sier: «Hva om hun ligger med alle de andre?» «Hva om hun biter?», sier Olha Trykul, som er leder for sosialarbeiderne på aidssenteret.

Det lille rommet til Polivaya er fylt opp med broderier. Store bilder av Jesus og disiplene. Jesus og lammet. Det siste måltidet.

– Jeg bruker to måneder på ett bilde, og jeg vil ikke selge dem til hvem som helst. Det må være noen som fortjener å få dem. Bildene betyr så mye for meg.

Skam og skyld har gått som en broderitråd gjennom livet hennes. Fra da hun kom til Kiev fra russiske Samara en solfylt vår for snart 30 år siden. Hun etterlot seg bare en fattig mor, og ville starte på nytt. Jobbet på fabrikk. Bodde på pikehjem. Helt til hun forelsket seg i en kar fra Donetsk. En mann, som i likhet med så mange andre i det postsovjetiske Ukraina, ruset seg på heroin. Etter kort tid var de to rusmisbrukere i leiligheten.

– Vi flyttet til Donetsk, der jeg søkte jobb som vaskehjelp på et supermarked. For å få jobben måtte jeg ta en hiv-test.

Polivaya lot svaret på testen bli hennes aller største hemmelighet. En hemmelighet som vokste som en svart ballong av sinne og frykt.

– Jeg ville ikke fortelle mannen min noe. Fordi jeg var sint. «Det må jo ha vært ham som smittet meg,» tenkte jeg. Men jeg var også redd for å bli forlatt.

Hun begynner å gråte.

– Jeg vet jo i dag at han aldri ville gått fra meg. Han ville blitt der sammen med meg.

Kjæresten hennes testet seg aldri, men plutselig ble han veldig, veldig syk. Moren hans fikk ham inn på aidssenteret i Kiev, der han døde kort tid senere.

Polivaya svarte med å hoppe ut av sjetten etasje. Nå ligger hun for det meste i sengen eller tar en tur med gåstolen i gangene på aidssenteret. Det har blitt et behagelig hjem med tre måltider om dagen og vennlige leger som selskap.

Skammen er på en armlengdes avstand i det lille sykerommet.

– Jeg drømmer om å reise tilbake til Samara. Jeg har skrevet til slektningene mine der, men har aldri fått noe svar.

«De sier: Hva om hun ligger med alle de andre? Hva om hun biter?» Olha Trykul

Når vi besøker Polivaya på nytt i slutten av mai, har hun fått plass på et sosialhjem. Problemet er bare at standarden er så lav at hun ikke orker å bo der. Da hun fikk vedtaksbrevet i posten, rev hun det i stykker foran sosialarbeiderne.

– Vi må bo fire personer på ett rom, toalettene er forferdelige, og det er ikke varmt vann der, forklarer hun.

– Hvor lenge blir du her på sykehuset?

– Jeg er et troende menneske. Det er i Guds hender.

STILLHET SOM METODE. Aleksandr Bulitsj tenker på alt han har lært som psykolog. Den unge kvinnen som sitter foran ham, skriker: «Hvorfor meg? Hva har jeg gjort for å fortjene dette?» Hun er en ung enke med tre barn, og hun har fått diagnosen hiv. «Jeg hadde ingen andre seksualpartnere enn mannen min. Hva skjedde?» spør hun.

Han har ingen svar. Men selv har han lært seg å leve med diagnosen. Metoden hans er stillhet. Han har ikke sagt noe til moren sin, ei heller til andre i familien. De eneste som vet det, er nære venner og enkelte kollegaer.

– Når jeg har sex med løse bekjenskaper, forteller jeg aldri at jeg er hiv-positiv. Jeg tenker at jeg er i en lite smittsom fase, og at jeg alltid bruker kondom. Da har jeg gjort mitt, sier Bulitsj.

Han smiler tvetydig bak brillene. Bikker hodet karakteristisk til siden.

– Enhver mann er ansvarlig for egen helse. ●
redaksjonen@sykepleien.no



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@juliebwahl
Ferdig for dagen. Moro at jeg nå får «leke» litt sykepleier. Bare en mnd igjen!



@tuvatapetfjes
Du ska ikkje tru at Influenza-sesongen er over sjøl om Mai snart er forbi ...



@janainabondoc
Deilig å være på skolen igjen spesielt i dette været med godt folk .



@sangachin
Da var bacheloroppgaven levert og helse-Norge får nå to nye mannlige sykepleiere!



@raamboe
He endelig levert bacheloren!



@elin_margrete
#yrkesykepleier #gøypåjobb



@vendelasaetre
Nyter 5 minutter i solen.



@vendelasaetre
På jobb uansett vær.



@frustangvik
#nightshift #nurse



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 06 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Ny kunnskap: Et prosjekt for å redusere tvangsbruk i sykehjem ga godt samarbeid mellom forskere og praksis. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Mindre tvang

Sykehjem. Det vakte begeistring da vanskelige situasjoner kunne løses uten å bruke tvang. **48**



Studenter. Tverrfaglig praksis ga bedre læring. **46**



«Jeg er veldig for at vi skal spørre alle om vold.»

Mirjam Lukasse. **52**



Etikk. Psykiatrien må også bry seg om somatiske plager. **58**



NY KUNNSKAP ETTER TVERRFAGLIG PRAKSIS

Nyttig samarbeid. Ved å arbeide sammen med andre yrkesgrupper erfarte sykepleierstudenter hvordan de kunne utfylle hverandre til pasientens beste.

AKSJONSFORSKNINGSPROSJEKT

Artikkelen bygger på

60 % praksis

40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57762



Bente Norbye, dosent ved Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet.



Anita C. Gudmundsen, PhD stipendiat ved Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet.

Sykepleierstudenter ved UiT, Norges arktiske universitet, opplevde tverrfaglig praksis som svært lærerik. Ved å få prøvd seg selv som yrkesutøver i tverrfaglige team fikk de ny og utvidet kunnskap om pasientens situasjon, mer kunnskap om sin egen fagutøvelse og betydning gjennom å måtte vise fram denne kunnskapen for de andre. De har også fått ny og endret forståelse for de andre profesjonenes kompetanse. Gjennom tverrfaglig praksis erfarte studentene hvordan de kunne samarbeide på tvers av profesjoner og utfylle hverandre til pasientens beste.

Dette viser at sykepleierstudentene lærte nye og andre aspekter ved egen yrkesutøvelse gjennom å samarbeide med andre yrkesgrupper, noe som kan antas å være nyttig for vår framtidige helsetjeneste.

POLITISKE FØRINGER. Helsetjenestene trenger i større grad å organisere arbeidet tverrprofesjonelt, ifølge stortingsmeldinger og nasjonale retningslinjer som har kommet de siste årene. Et eksempel er samhandlingsreformen. Helsemyndighetene antar at godt samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene vil forbedre kvaliteten på omsorgs- og helsetjenestene og begrunner dette med resultater fra internasjonal forskning. Særlig gjelder dette

for pasienter med sammensatte og langvarige behov for helsetjenester og pasienter som har behov for pleie og behandling både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er derfor også nødvendig at teoretisk og praktisk læring i tverrfaglig samarbeid inngår i de helsefaglige utdanningene.

SATSINGEN VED UiT. UiT ønsker å skape muligheter for at studentene ved helsefagutdanningene kan få erfare betydningen av og å utvikle en begynnende kompetanse innen tverrprofesjonelt samarbeid i studieforløpet. Prosjektet «Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis» har tilrettelagt for slik læring i praksisstudier for studenter i siste studieår av bachelorgraden i sykepleie-, ergoterapi- og fysioterapiutdanningene, og medisinstudenter i sitt femte studieår.

Prosjektets mål har både vært å utvikle arenaer for slik tverrfaglig praksis i samarbeid med tre kommunale helsetjenester, og å utforske studentenes læring av, med og om hverandre i arbeid med reelle pasienter i tverrfaglige team.

Til sammen 32 studenter i ni tverrprofesjonelle grupper deltok i tverrfaglig praksis i perioden 2013 – 2015. Prosjektet har hatt aksjonsforskning som tilnærming for å kunne tydeliggjøre

og utvikle rammene og prosessene i praksisstudiene underveis i prosjektperioden.

UTVIKLING AV SAMARBEID. Det har i prosjektet vært viktig å utvikle samarbeidet både innad mellom profesjonsutdanningene og samarbeidet mellom utdanning og helse-tjenestene for å kunne tilrettelegge for en helt ny form for praksis. Prosjektgruppen ved UiT har derfor bestått av en lærer fra hver av profesjonsutdanningene, og prosjektet etablerte en kombinert stilling i hver av de tre helsetjenestene som deltok. Samarbeidet med helsetjenesten har vært en av hovedpilarene i prosjektet. Prosjektgruppen har også hatt en doktorgradsstipendiat og en mastergradsstudent som medlemmer.

Studentenes praksis var lagt til tre virksomheter i Lenvik og Bardu kommune; i kommunehelsetjeneste ved en sykehjemsavdeling og hjemmebasert omsorg, ved en interkommunal korttidsavdeling og en desentralisert rehabiliteringsavdeling.

Innehaveren av den kombinerte stillingen i hver av helsetjenestene var fristilt til å arbeide med forberedelsene av praksisperioden i helse-tjenesten, var veileder for studentteamene i det tverrfaglige arbeidet og samarbeidet med prosjektgruppen om erfaringer fra praksisfeltet. I tillegg hadde studentene en

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Sykepleierstudenter som har deltatt i tverrfaglig praksis med ansvar for pasienter med sammensatte og langvarige helseutfordringer, opplever at de får utvidet kunnskap om andre yrkesgrupper og erfarer nye samarbeidsformer i team. De lærte også mye om eget ansvar da de i teamene alene hadde ansvar for det sykepleiefaglige perspektivet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Tverrfaglig
- Samarbeid
- Sykepleierstudent



Samtale med pasient:
Studentene samarbeider tverrfaglig i team.
Arkivfoto: Erik M. Sundt

kontaktperson fra egen profesjon i tjenestene for faglige spørsmål og avklaringer underveis i praksisperioden. Helsetjenestene valgte selv ut pasientene som studentene arbeidet med. Praksisperioden varte i to uker for hvert studentteam.

ORGANISERTE SELV. Studentene dannet team med en student fra hver profesjon. Som en del av aksjonsforskningen skulle studentene selv organisere og gjennomføre eget arbeid med pasientene som et team. Studentene skulle rapportere og dokumentere arbeidet til helse-tjenesten underveis og ved slutten av praksisperioden.

Studentene samarbeidet ved å kartlegge pasientenes tilstand og behov, vurdere og diskutere likheter og ulikheter i hvordan de forsto situasjonen og planlegge og iverksette pleie og behandling sammen.

På denne måten kunne sykepleierstudentene fokusere på sine sykepleieroppgaver som en del av et behandlingsteam.

FLERE FASER I PROSJEKTET. Prosjektet har hatt fire ulike faser der det i hver fase har vært gjennomført kartlegginger, datainnsamling, analyser og presentasjoner av foreløpige resultater. Studentene ble intervjuet før og etter praksis. Det har vært avholdt månedlige workshops med prosjektgruppa. Der ble aktuelle temaer tatt opp til diskusjon og refleksjon. Funnene og refleksjonene rundt disse har ligget til grunn for forbedringer i påfølgende fase av prosjektet.

Organisering av studentenes praksisstudier har hatt noen utfordringer. De ordinære praksisstudiene ved de fire profesjonsutdanningene pågår ikke parallelt i

«Studentene skulle selv organisere og gjennomføre eget arbeid med pasientene som et team.»

studieprogrammene. Vi har derfor måtte tilpasse studieprogrammenes innhold for at studentene skulle kunne delta i praksis samtidig.

Diskusjonen om studentene mister noe av sitt profesjonsspesifikk program og hva de lærer i samarbeid har vært til stede gjennom hele prosjektperioden. Sykepleierstudentene påpeker selv at tverrfaglig praksis har vært svært lærerikt og at de har fått prøvd seg selv

på en helt annen måte enn tidligere. De har vært opptatt av eget sykepleiefaglig ansvar og sett hvordan de i samarbeid med andre yrkesgrupper kan utfordre tradisjonell tekning rundt pasientens behov.

ET BIDRAG TIL DEN TVERRFAGLIGE SATSINGEN. Ved Helsefakultetet arbeides det med å utvikle arenaer for tverrfaglig samarbeid som en integrert del av alle de helsefaglige profesjonsutdanningene. Målet er at alle studenter i helseprofesjonsutdanningene ved UiT skal kunne delta i en tverrfaglig praksisperiode i løpet av sitt studieforløp. Vårt prosjekt bidrar med verdifulle erfaringer til dette arbeidet. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
fagartikler@sykepleien.no



MINKA TVANG PÅ SJUKEHEIM

Demens. Eit samarbeid mellom utviklingssentre og sjukeheimar på Vestlandet byggja bru mellom forskning og praksis.

FORSKNINGSARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57756

Marta Strandos,
USHT Sogn
og Fjordane

Arnt Egil Ydsbo, USHT
Rogaland

Bodil Berg Kristensen,
USHT Hordaland

Astrid Håland,
USHT Helse
Fonna

Toril Marie Terum, Høgskulen i Sogn
og Fjordane/
USHT Sogn og
Fjordane

Christine Øye, SOF Vest

Tone Elin Mekki, SOF
Vest

I Noreg er det etablert ein struktur med et utviklingsenter for sjukeheim og heimetenester (USHT) i kvart fylke og fem regionale sentre for omsorgsforskning (SOF). USHT skal primært arbeide for å formidle og legge til rette for forskningsbasert kunnskap, medan SOF sitt mandat er å forske fram relevant og praksisnær kunnskap i samspel med kommunehelsetenesta.

Brubygging mellom praksis og forskning er nødvendig for å sikre kunnskapsbaserte tenester i eit mangfaldig kommunelandsskap. Gjennom nært samarbeid og lokal forankring har Utviklingssentre for sjukeheim og heimetenester (USHT) demonstrert at vi har gode føresetnader for å vere brubyggjar mellom forskingsinstitusjonar og kommunar.

BAKGRUNN. Kommunehelsetenesta står overfor auka krav om kompetanseutvikling og krav om å ta i bruk forskningsbasert kunnskap [1-3]. Å ta i bruk ny kunnskap er ei svært krevjande oppgåve, noko både nasjonal [4,5] og internasjonal forskning viser. Det er samstundes eit gap mellom kva forskinga seier er god klinisk praksis og kva praksisutøvarar får til i ein travel kvardag [6,7]. For sjukeheimar kan det vere særskilt krevjande å ta i bruk forskningsbasert kunnskap. Mange av desse har relativt få tilsette med høg

formell kompetanse og avgrensa ressursar til å løyse stadig meir samansette og spesialiserte oppgåver [8,9].

I Noreg har samhandlingsreforma ført til auka krav til kompetanse i kommunehelsetenesta. Likevel fastslår Telemarksforskning i ein rapport at kompetanseheving i desse tenestene i stor grad føregår i form av kurs og ad-hoc-opplæring [10].

Dei fire utviklingssentra på Vestlandet har eit godt samarbeid, lokal forankring og er nær praksis. Samstundes er det eit tett samarbeid med Senter for omsorgsforskning (SOF) i Vest. Dette er bakteppet når vi i denne artikkelen vil presentere ein modell for korleis utviklingssentra kan vere pådrivar for kunnskap og kvalitet i kommunale helse- og omsorgstenester. Det gjer vi med bakgrunn i erfaringar med eit aksjonsforskningsprosjekt finansiert gjennom Noregs forskingsråd: «Modeling and evaluating evidence based continuing education in nursing home dementia care» (MEDCED). MEDCED hadde eit todelt mål. Det eine var å evaluere i kva grad ein beslutningsstøttemodell kalla TFT-modellen (Tillit Framfor Tvang) førte til redusert agitasjon, bruk av tvang og psykofarmaka i 24 sjukeheimar på Vestlandet [11]. Modellen vart presentert og følgt opp gjennom to undervisningsdagar og rettleiing over eit halvt år. Det andre målet var å

utvikle og systematisere kunnskap om faktorar som fremjar eller hemmar innføring av ny kunnskap i sjukeheimane. Framgangsmåten og deltakarar i prosjektet er presentert i tabell 1 (Se neste side).

Forskning indikerer at standardiserte intervensjonar må tilpassast lokale forhold, at «one size does not fit all» [12-14]. Det inneber at ein må ta høgde for lokale forhold for at ein intervensjon skal bli vellykka, i tett samarbeid med dei som skal ta imot den nye kunnskapen [15]. Eit slikt samarbeid fordrar at nokon aktivt bidreg i kunnskapsformidlinga. I det aktuelle prosjektet gjeld dette både rolla og prosessen i å fasilitere sjukeheimane i arbeidet med å om-danne kunnskap til verksam praksis overfor bebuarar som lever med demens. Det inneber at formidlinga må ta omsyn til kompetansenivå og erfaringar hos dei tilsette, samt å tilpasse den til lokale kontekstuelle forhold [16].

ERFARINGAR. USHT i Vest har gjort seg erfaringar knytt til rolla som fasilitator og medforskar i MEDCED-prosjektet. Erfaringane baserer seg på systematiske analyser av refleksjonar i fokusgruppeintervju (4) og refleksjonsnotat (84) som vart skrivne i tilknytting til MEDCED-studien [5].

KJENNSKAP TIL PRAKSIS. Utviklingssentra er plassert i

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Fire avdelinger utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Vest har saman med høgskular og Senter for omsorgsforskning gjennomført eit forskningsprosjekt kor målet var å redusere bruk av tvang i sjukeheimar på Vestlandet. USHT erfarer at prosjektsamarbeid med høgskulane og Senter for omsorgsforskning i Vest gir auka sjanse for å lykkast i rolla som brubyggjar mellom forskning og praksis.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider

- Kommunehelsetenesta
- kompetanseutvikling
- forskningsbasert kunnskap
- Samarbeid



Mindre tvang: Eit prosjekt for å redusere tvangsbruk i sjukeheim ga godt samarbeid mellom forskarar og praksis. Arkivfoto: Erik M. Sundt

vertskommunar i kvart fylke. Lokal plassering gjer at vi kjenner til kva rammer og prioriteringar som er gjeldande, og kva tilbod og forventningar som kjem frå til dømes fylkesmann, høgskule og spesialisthelsetenesta. Vi har òg kjennskap til lokale forhold i kommunane gjennom møter med leiarar på ulike nivå. Det gjer at vi veit noko om kommunane sine utfordringar og problemstillingar, men òg om resursar og fortrinn.

Der vi hadde slik innsikt i kommunen sin kvardag, fann vi at denne kjennskapen til sjukeheimen og kommunen verka positivt inn på korleis vi kunne utøve rolla vår. Fleire av sjukeheimsavdelingane var engasjerte i andre opplærings tiltak og utviklingsarbeid samstundes med gjennomføringa av dette

prosjektet. Eit døme er arbeidet med Demensomsorgas ABC. Mange av sjukeheimsavdelingane hadde fullført eller var i gang med denne opplæringa, og vår kjennskap til det faglege «ABC-innhaldet» gjorde at vi kunne spele på det i både undervisning og rettleiing.

Fasilitatorane sin førehandskjennskap til sjukeheimane var likevel varierende. I eitt av fylka kjente vi til storparten av sjukeheimsavdelingane, medan i eit anna kjente ikkje fasilitatorteamet nokon av dei involverte. Likevel opplevde vi oss velkomne, vart godt mottatt alle stader, og personalet viste oss ofte stor grad av tillit gjennom opne og ærlege dialogar og refleksjonar. Vi erfarte at samansetninga av fasilitatorteam på tvers av USHT og høgskular i prosjektet gav fagleg

«Forsking indikerer at standardiserte intervensjonar må tilpassast lokale forhold.»

legitimitet og truverde. I etterkant har vi i tillegg sett at prosjektet har bidrege til å styrke samarbeidet mellom partane.

ERFARINGAR FRÅ UNDERVISNING OG RETTLEIING. I MEDCED-prosjektet vart effekten av eit standardisert undervisnings- og rettleiingsopplegg testa (sjå tabell 1 neste side). Evalueringar frå personalet viste at mykje av

undervisningsstoffet var kjent, men fleire uttrykte at dei var glade for å få repetert kunnskap om demens og tvang relatert til Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Vi såg òg behov for dialog og refleksjon med dei tilsette om bruk av tvang i sjukeheim. Rettleiinga tok føre seg pasientsituasjonar som personalet opplevde vanskelege, og som kunne eller hadde utløyrt tvang. Pasientsituasjonane fordelte seg slik: stell og dusj (41 %), forflytning ut av situasjon (19 %), hindre utgang (9 %), stå opp (8 %), medikament (7 %), låste dører (3 %), andre (10 %) [5]. Vi opplevde at personalet opent og ærleg skildra sine utfordringar og handlingar, noko som hadde stor verdi i den vidare prosessen for å komme frem til ei løysing som





kunne betre pasientsituasjonen.

Våre erfaringar, basert på refleksjonsnotat, gir fleire dømer på korleis personalet lykkast med å redusere bruk av tvang og skape tillit i pasient – pleiarrelasjonen. Dei månadlege rettleiingane gjorde det mogeleg å samle heile personalgruppa og i fellesskap bli samde om personsentrerte og tillitsskapande tiltak. Ein avdelingsleiar sa at gjennom denne måten å arbeide på hadde personalgruppa vorte einige om ein tiltaksplan som alle følgde opp. Det betra stell- og forflytningssituasjonen og ein unngjekk bruk av tvang.

Nokre situasjonar var så komplekse at bruk av tvang var uunngåeleg. Likevel kunne refleksjon over eigen praksis og openheit kring holdningar til pasienten resultere i mindre inngripande tvang. Dømer på dette er at tiltak om «dusj med tvang» vart endra til «kroppsvask med klut». Andre gangar handla det om tidspunkt for stell og dusj, at personalet tilpassa seg pasienten sine tidlegare vaner i staden for sjukeheimen sine rutinar.

SAMSPEL MED LEIAR. Alle leiarane tok vel imot oss, la godt til rette for undervisning og rettleiing og gav uttrykk for at tematikken rundt tvang var svært relevant. Ein leiar sa at dei hadde «vunne i lotto» ved å få bli med i prosjektet og at personalet var meir bevisst rundt bruk av tvang.

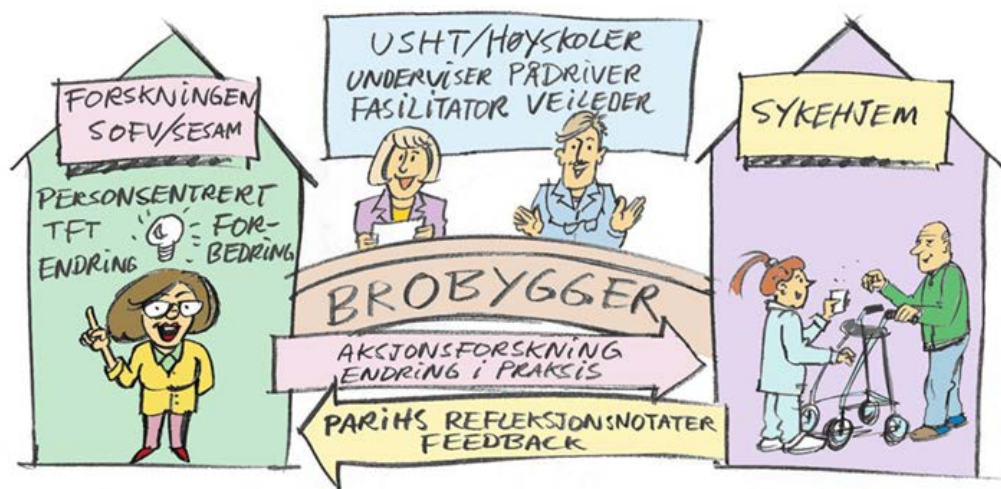
Vi erfarte at leiarane si deltaking varierte både mellom sjukeheimar og over tid i same sjukeheim. Der leiar var til stades både i undervisning og rettleiing, erfarte vi kontinuitet og gjennomføringskraft. På sjukeheimar der leiar ikkje kunne vere til stades, men delegerte oppgåvene, vart også kontinuiteten ivaretatt.

Manglande delegering førte til at ansvaret for oppfølging og iverksetting av tiltak vart pulverisert. Engasjerte leiarar og tilsette som følgde opp tiltak dei vart samde om i rettleiing, klarte å unngå bruk av tvang. Når ansvaret var pulverisert og tiltak ikkje følgd opp, gav tilsette uttrykk for resignasjon og motløyse. Analysen av studien viser at det var ulike forklaringar på at leiar ikkje

Tabell 1. Dei ulike fasane i fasiliteringsprosessen.

Fasilitering av MEDCED studien	Før intervensjon	Intervensjon	Etter intervensjon
Tidsperiode	2011–2012	2012–2013	2013–2014
Hensikt	a) Førebu til å ivareta dobbelrolle som medforskar og fasilitator av ein standardisert utdanningsintervensjon for sjukeheimspersonale og deira leiarar b) Utvikle metodikk og innhald som kan sikre standardisering på tvers av 4 fasiliteringsteam	Fasilitere ein beslutningsstøtteprosess som kan bidra til at sjukeheimspersonale og deira leiarar set i verk personsentrerte og tillitsskapande tiltak heller enn tvang.	Samskape data om korleis lokale forhold verkar inn på prosessen med å fasilitere kunnskap i sjukeheim.
Deltakarar	Forskarteam som bestod av tilsette på tvers av USHT (4), høgskular (3), SESAM (1) og SOFVest (3)	Fasilitatorar + tilsette og leiarar på 24 tilfeldig valte sjukeheimsavdelingar i Hordaland, Rogaland og Sogn & Fjordane; 6 sjukeheimar per fasilitatorteam.	Forskarteam som bestod av tilsette på tvers av USHT (4), høgskular (3), SESAM (1) og SOFVest (3)
Metode	Arbeidsseminar og fokusgruppeintervju (4)	a) Seminar undervisning (2 dg) og rettleiing knytt til konkrete pasientar ute i kvar sjukeheim (1 rettleiing x 6 mnd) b) Systematisk dokumentasjon etter fastsatt mal av kontekst og refleksjon over fasiliteringsprosessen	Kreativ hermeneutisk analyse og samskaping av kunnskap (5 arbeidsseminar)
Data type	Transkriberte fokus gruppe notater (xxx s)	Refleksjonsnotat (84) og transkript frå «rettleiing-på-rettleiing» (33 s)	Transkript og bilete frå analyseseminara (xxs)

Figur 1. Samspel i møtet med sjukeheimane.



følgde opp alle rettleiingane, som til dømes manglande ressursar og tid, andre prioriterte oppgåver, sjukefråvær og endringskrav [5].

Vi såg tydeleg at leiarane står i «ein skvis» mellom mange krevjande oppgåver, og opplever at dei strekkjer seg langt for å handtere dette i kvardagen.

KONTEKSTUELLE FORHOLD. Sjukeheimsavdelingane som vart tilfeldig trekt ut til å delta i studien, hadde ulike føresetnader for å legge til rette for rettleiing og oppfølging. Nokre av sjukeheimane var i krevjande omorganiseringssfasar, medan andre måtte kutte i ressursar. Slike krevjande strukturendringar skriv seg frå både lokale omstillingar og sentrale nasjonale føringar som til dømes samhandlingsreforma [10,17]. Kommunane sine oppgåver og satsingsområder vart endra, og vi erfarte at det var med å gjere vilkåra for endringsprosessane vanskelegare. I tillegg var dei ulike sjukeheimsavdelingane bygd i ulike tidsperiodar. Ikkje alle hadde ein fleksibel arkitektonisk utforming for å sette i verk tiltak til beste for pasienten.

KONSEKVENSAER FOR PRAKSIS. I dette prosjektet har USHT hatt ei sentral rolle som brubyggjar mellom forskning og praksisfeltet. Gjennom kunnskapsformidling og rettleiing har vi vore tett på implementeringsarbeidet i praksis og bidrege med kunnskap om praksis tilbake til forskinga. Praksisfeltet har fått auka kompetanse og står betre rusta til å møte ein av dei store utfordringane i arbeidet med personer med demens i sjukeheim. Samstundes har SOF fått meir kunnskap om praksisfeltet sine behov og utfordringar. I tråd med tidlegare forskning har vi gjennom prosjektet erfart at tilpassa implementering gjennom lokal kjennskap fungerer betre enn standardiserte undervisningspakker.

USHT og SOF har eit felles samfunnsmandat i å bidra til kunnskapsbygging i praksis. Samarbeid gjennom aksjonsforskning gir høve til å systematisere kunnskap om kva som verkar, korleis det verkar og kvifor. Dette blir styrka gjennom

vår nærleik til praksis i reelle situasjonar i skiftande kontekster, slik nettopp sjukeheimane står i. USHT har som brubyggjar hausta gevinst i begge «endar av brua». I møtet med sjukeheimane har vi hatt samspel med leiarane og dei tilsette på eine sida, og med SOF som medforskar i implementeringsforskning på den andre (sjå figur 1).

Intervensjonen med undervisning og rettleiing aktiverte kunnskap og fagleg engasjement i personalgruppa og blant leierane. Ved fleire sjukeheimar vart gammal plei-

«Våre erfaringar gir fleire dømer på korleis personalet lykkast med å redusere bruk av tvang og skape tillit.»

ekultur utfordra av individuell tilpassing og personsentrert omsorg. Vi opplevde begeistring når situasjonar som såg håplause ut, vart løyst gjennom kunnskap om tillitsskapande tiltak, auka kjennskap til pasientane og deira verdiar og historie. Nokre stader var det leiarane som vart utfordra på eigne sterke faglege føringar eller manglande fagleg leiing. Andre plassar vart heile personalgruppa utfordra på etablert tenking og praksis.

Ein sentral føresetnad for å sikre kontinuitet og lojalitet til vedteken tiltaksplan, var at leiar var til stades og tok eit tydeleg ansvar for endringsprosessen – saman med personalgruppa.

Designet blei valt i MEDCED-studien (klynge-RCT). Det innebar at alle sjukeheimsavdelingane skulle ha den same undervisninga, og det var felles ramme for rettleiinga. Vår erfaring er at USHT sin kjennskap til lokale forhold kunne vore nytta i innføringa. Intervensjonen kunne treft betre om vi på førehand hadde

vore i dialog med leiarane og kunne tilpasse opplegget. Dette er erfaringar å ta med seg vidare, særskilt med tanke på oppdraget til USHT frå nasjonale helsemyndigheiter om å bidra med iverksetjing av ferdige tiltakspakkar. Innsatsområdet i pasienttryggleiksprogrammet og e-læringsprogram i kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven er eksemplar på slike tiltakspakkar.

Vi meiner vi er på sporet av ein modell for å ta i bruk forskningsbasert kunnskap i praksis. Lærdomen frå dette prosjektet er at implementeringsarbeid må tilpassast konteksten og inkludere dialog med leiar på ulike nivå i forkant. Leiar er ein avgjerande aktør for å lykkast i å omdanne kunnskap til verksam praksis. Samarbeidsstrukturen mellom USHT og SOF har vist seg å ha ein positiv vekselverknad i ei slik kunnskapsbygging. ●

Takk til leiarar og tilsette ved dei 24 sjukeheimane på Vestlandet som deltok i prosjektet, og til pasientar og pårørande som har vore direkte og indirekte involvert. Takk til prosjektleiar Frode Jacobsen og dei andre i fasilitatorteam: Hellen Dahl, Kristin Aas Nordin og Liv Anne Berven (post mortem).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2014–2015, Regjeringen Solberg, Oslo.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2012–2013, Regjeringen Stoltenberg II, Oslo.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2015, Regjeringen Solberg, Oslo.
4. Øye C et al. Evidence Molded by Contact with Staff Culture and Patient Milieu: an Analysis of the Social Process of Knowledge Utilization in Nursing Homes. *Vocations and Learning*. 2015; s. 1–16.
5. Mekki TE. How do characteristics of context influence the work of facilitators when implementing a standardized education intervention targeting Nursing Home staff to reduce use of restraint in dementia care? PhD thesis 2015, Queen Margaret University, Edinburgh. Tilgjengelig fra: <https://bora.hib.no/nb/item/627>.
6. Berta W et al. Spanning the know-do gap: understanding knowledge application and capacity in long-term care homes. *Soc Sci Med* 2010;70.
7. Ward V et al. Exploring knowledge exchange: A useful framework for practice and policy. *Social Science & Medicine* 2012; 74(3):297–304.
8. Gjerberg E, Bjørndal A, Forsetlund L. Har opplærings tiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets sluttfase? i: Rapport nr. 1 – 2009, N.k.f. helsetjenesten, Editor. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo. 2009;62.
9. Gjerberg E et al. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics* 2013;20(6): 632–44.
10. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. i: TF rapport. Telemarksforskning, Bø i Telemark. 2015.
11. Testad I et al. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2015.
12. Best A, Hiatt RA, Norman CD. Knowledge integration: Conceptualizing communications in cancer control systems. *Patient Education and Counseling* 2008;71(3):319–27.
13. Pawson R, Owen L, Wong G. Known knowns, known unknowns, unknown unknowns: The predicament of evidence based policy. *Am J Eval* 2011;6.
14. Pawson R. The science of evaluation: a realist manifesto. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA. 2013.
15. Pentland D et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(7):1408–25.
16. Harvey G, Kitson A. Implementing Evidence-Based Practice in Healthcare: A Facilitation Guide. Routledge. 2015.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2008–2009, Regjeringen Stoltenberg II, Oslo.

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 Mob: 46 91 66 93 Kvernesveien 404 6530 Averøy

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



Mirjam Lukasse

– Spør alle gravide om vold!

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Stiller spørsmål. Det er viktig å avdekke vold mot gravide, men ikke alltid like enkelt.

Både psykisk og fysisk vold, selv om den ligger langt tilbake i tid, kan få alvorlige konsekvenser for graviditet og fødsel. Det er derfor viktig at jordmødre og annet helsepersonell våger å ta opp temaet i møte med de gravide, påpeker Mirjam Lukasse.

Hun ble nylig tilsatt som professor i jordmorfag ved Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

NØYTRALT SPØRSMÅL. Ifølge Lukasse kan et relativt nøytralt spørsmål, som «er du noen ganger redd hjemme?», være en god introduksjon for å få kvinner i en sårbar posisjon til å åpne seg.

Til jordmødre og annet helsepersonell som synes det er vanskelig å ta opp tema som vold og overgrep, har hun følgende råd:

– Du trenger egentlig ikke å kvie deg, for kvinner ønsker å bli spurt, og vi hører mange flere klager fra kvinner som ikke har blitt spurt.

Om man har fått indikasjoner på at den gravide kan være i en utsatt posisjon, er det viktig for jordmødrene å vite hvilke instanser de kan henvise til i sitt eget nærområde.

– Det finnes hjelp på ulike nivåer, så det er bare å undersøke litt, og det er ikke noe problem å spørre. Så bare spør!

FLERE FORSKNINGSPROSJEKTER. Lukasse har de siste årene forsket mye på problematikk knyttet til vold og svangerskap, og engasjementet er ikke i ferd med å avta.

I 2011 avla hun sin doktorgradsavhandling om innflytelsen overgrep i barndommen kan ha på svangerskap og fødsel. Etterpå var hun hovedveileder for forskningsprosjektet «Gender based violence and childbirth», der informasjon fra nærmere 80 000 gravide ble analysert.

Lukasse, som er født i Belgia av nederlandske foreldre, har bred internasjonal erfaring som jordmor, fra blant annet Pakistan, Storbritannia og Nederland. Det internasjonale engasjementet videreføres nå gjennom et prosjekt i Nepal. Der er hun veileder for en doktorgradsstipendiat som tester ut en intervensjon for å redusere vold i svangerskapet.

– Hun ønsket ikke bare å undersøke forekomsten av vold i svangerskapet, men også å bidra til å gjøre kvinner tryggere eller gi dem mulighet til å handle i en situasjon hvor de er utsatt for vold, forklarer Lukasse.

Dette prosjektet får en avlegger her i landet, og Lukasse vil da, sammen med postdoktor Lena Henriksen, gjennomføre en intervensjonsstudie med tiltak mot vold i svangerskapet på norske helsestasjoner.

STORE MØRKETALL. I studier oppgir rundt 5 prosent av kvinner som blir spurt, at de har vært

«Du trenger egentlig ikke å kvie deg, for kvinner ønsker å bli spurt.»

utsatt for vold under selve svangerskapet. Lukasse frykter mørketallene er store.

– Når vi spør om perioden før svangerskapet, er tallet nesten 20 prosent, og det sier seg selv at dette ikke reduseres så mye bare fordi kvinnen blir gravid. Derfor tror vi det er en stor grad av underreportering.

Professoren forteller at mange studier på dette feltet kun kartlegger fysisk, eventuelt seksualisert, vold. De ser med andre ord i liten grad på emosjonell vold, selv om konsekvensene av slik vold også kan være alvorlige.

– Det å bli psykisk terrorisert kan gjøre folk ganske redde. Du kan dessuten bli truet med at noen andre enn deg selv skal bli skadet, påpeker hun.

MER FØDELSANGST. Funnene som overrasket Lukasse mest fra prosjektet «Gender based violence and childbirth», var hvordan det å bli utsatt for emosjonell vold – til og med som barn – kan ha effekt på svangerskap og fødsel langt senere i livet.

Blant annet har hun sett at kvinner som oppgir å ha vært utsatt for denne typen vold har mer fødselsangst og oftere forløser ved hjelp av planlagt keisersnitt.

– Sammenhengen mellom fødselsangst og emosjonelle overgrep ser vi veldig tydelig, understreker hun.

– Hvis du som barn er blitt fortalt at du ikke skulle ha blitt til, at du egentlig aldri gjør noe rett, at du er dum – alle slike ting, da bygger man opp veldig lite selvtilit. Når man så blir gravid, kan man få tanker som: «Jeg kan ikke føde. Jeg har aldri klart noe godt, hvorfor skal jeg kunne det?». Man ser på det som en umulig oppgave.

Ifølge Lukasse kan både fysisk og emosjonell vold også få store indirekte konsekvenser ved at



I farta: Med sin 125-kubikks Vespa kommer Lukasse seg til og fra jobben på HiOA Kjeller Campus på staselig vis.

de bidrar til negative atferdsendringer, for eksempel usunn trøstespising eller røyking.

– Dette har en effekt. Vi vet for eksempel at hvis kvinner røyker mye, kan de få mindre barn og øke sjansen for prematur fødsel.

OFTERE INNLAGT. Lukasse og hennes medfor-skere har blant annet avdekket at kvinner som har vært utsatt for vold, oftere rapporterte om vanlige svangerskapsplager, som kvalme, rygg-smerter, bekkenløsning, hodepine og søvnpro-blemer. Dette mener hun er noe jordmødre med fordel kan være mer oppmerksomme på.

– Hvis de har kvinner som kommer til dem som aldri har det bra, som alltid har mange av disse plagene, kan det være et signal verdt å ta til seg.

Lukasse forteller at kvinner som har vært

«Sammenhengen mellom fødselsangst og emosjonelle overgrep ser vi veldig tydelig»

utsatt for vold, i snitt oppsøker helsestasjoner og leger oftere enn andre gravide og at de ofte-re er innlagt.

– De var da gjerne innlagt for kvalme og opp-kast, men også ofte uten noen spesifikk grunn.

Selv om slike signaler kan hjelpe jordmødre og annet helsepersonell, understreker professoren at det ikke alltid er nok.

– Jeg er veldig for det som Nasjonal faglig

retningslinje for svangerskapsomsorgen anbefaler, nemlig at vi skal spørre alle, for det er helt klart at veldig mange kvinner kan være utsatt uten at det er synlig – uten at det finnes signaler for det. Det er noen jordmødre som har gjort det lenge, som har vært opptatt av det og som har skjønt alvorret og viktigheten av å avdekke vold.

Hun tror dessuten at flere har vent seg til å ta opp temaet etter at de nasjonale retningslinjene kom, men at noen nok fremdeles kvier seg.

– Svangerskap er hva vi gjerne kaller et «win-dow of opportunity», en mulighet for å kunne hjelpe en kvinne i en situasjon der hun ellers ikke ville hatt kontakt med helsevesenet. Svan-gerskap er tross alt en veldig akseptabel grunn til å være hos lege eller jordmor. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



FANGER OPP FORVERRING TIDLIGERE

Forebygge. Dårlige pasienter som ligger på sykehuset, kan observeres mer systematisk med verktøyet MEWS.

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57777



Monica Granaas, spesialsykepleier i avansert klinisk sykepleie, Gastrokirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital



Line Vatn, spesialsykepleier i avansert klinisk sykepleie, Gastrokirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital



Stine B. Lund, intensivsykepleier/høykolektor ved HST

Antall sengeplasser i norske sykehus har blitt redusert de siste tiårene. Samtidig øker behovet for behandling i intensivavdelinger. Det økte presset på intensivplasser kan føre til at pasientenes kliniske tilstand er mer ustabil enn tidligere når de overflyttes til sengeposter fra akutt-mottak og intensivavdelinger. Dette bidrar til økt kompetansekrav til helsepersonellet som jobber på sengeposter (1, 2, 3).

Forverring i pasientens kliniske tilstand oppstår ofte gradvis (4). Det er avgjørende å kunne identifisere tegn til endringer på et tidlig tidspunkt, slik at utvikling av akutt kritisk sykdom kan forebygges eller begrenses. Forskning viser at inneliggende pasienter med forverret klinisk tilstand risikerer utilstrekkelig og forsinket behandling (5, 6, 7, 8, 9).

Det er mange grunner til at alvorlig kritisk sykdom hos pasienter inneliggende i sengepost i sykehus ikke blir identifisert og forebygget. Dette kan skyldes utilstrekkelig måling av vitale parametere, feilaktig tolkning av parameterne og forsinket reaksjon på funnene (10). Flere studier beskriver tverrfaglig kommunikasjon mellom sykepleiere og lege som problematisk. Sykepleiere lykkes heller ikke alltid i å formidle hvor alvorlig pasientens

■ MEWS (modified early warning score)							
Poäng	3	2	1	0	1	2	3
Respiration, andetag/min		<9		9–14	15–20	21–29	≥30
Puls, slag/min		<40	41–50	51–100	101–110	111–129	≥130
Systoliskt blodtryck, mm Hg	≤70	71–80	81–100	101–199		≥200	
Temperatur, °C		<35,0	35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–38,5	>38,5	
CNS, medvetandegrad			Nyttillkommen förvirring	Vaken, adekvat	Slö, reagerar på tilltal	Reagerar på smärta	Reagerar inte
Urin, ml/h	0	<20	<35		>200		

Figur1.

situasjon er til legen (9, 11). Dermed kan identifisering og igangsetting av tiltak ved alvorlig kritisk sykdom bli forsinket. Konsekvensene for pasienten kan bli alvorlige: behov for behandling i intensivavdeling eller i verste fall økt risiko for død (12).

VERKTØY FOR Å MÅLE OG DOKUMENTERE. Ulike hjelpemidler for systematisk observasjon av pasienters vitale parametere er de senere år utviklet til bruk for helsepersonell. Hensikten er å identifisere forverring i pasienters kliniske tilstand på et tidlig tidspunkt (8, 10, 12). Modified Early Warning Score (MEWS) er ett av mange forskjellige systematiske scoringsverktøy som i dag brukes til måling og dokumentasjon av seks vitale

parametere: respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, temperatur, bevissthetsnivå og urinproduksjon (figur 1) (8).

Avvikende målinger av normalverdiene på vitale parametere genererer poeng. Hvis skåren øker, skal frekvensen på observasjoner trappes opp. Ved en sammenlagt skår på tre eller mer skal personell med høyere kompetansenivå tilkalles for å vurdere pasienten (12).

På sykehus i Sverige og Danmark har de brukt MEWS rutinemessig i mange år, men verktøyet er lite brukt i Norge. Moss var et av de første sykehusene her i landet som implementerte MEWS gjennom et pasientsikkerhetsprosjekt som ble avsluttet i 2010. I tillegg har Rikshospitalet i Oslo brukt verktøyet på noen sengeposter (10, 13, 14, 15).

Fakta



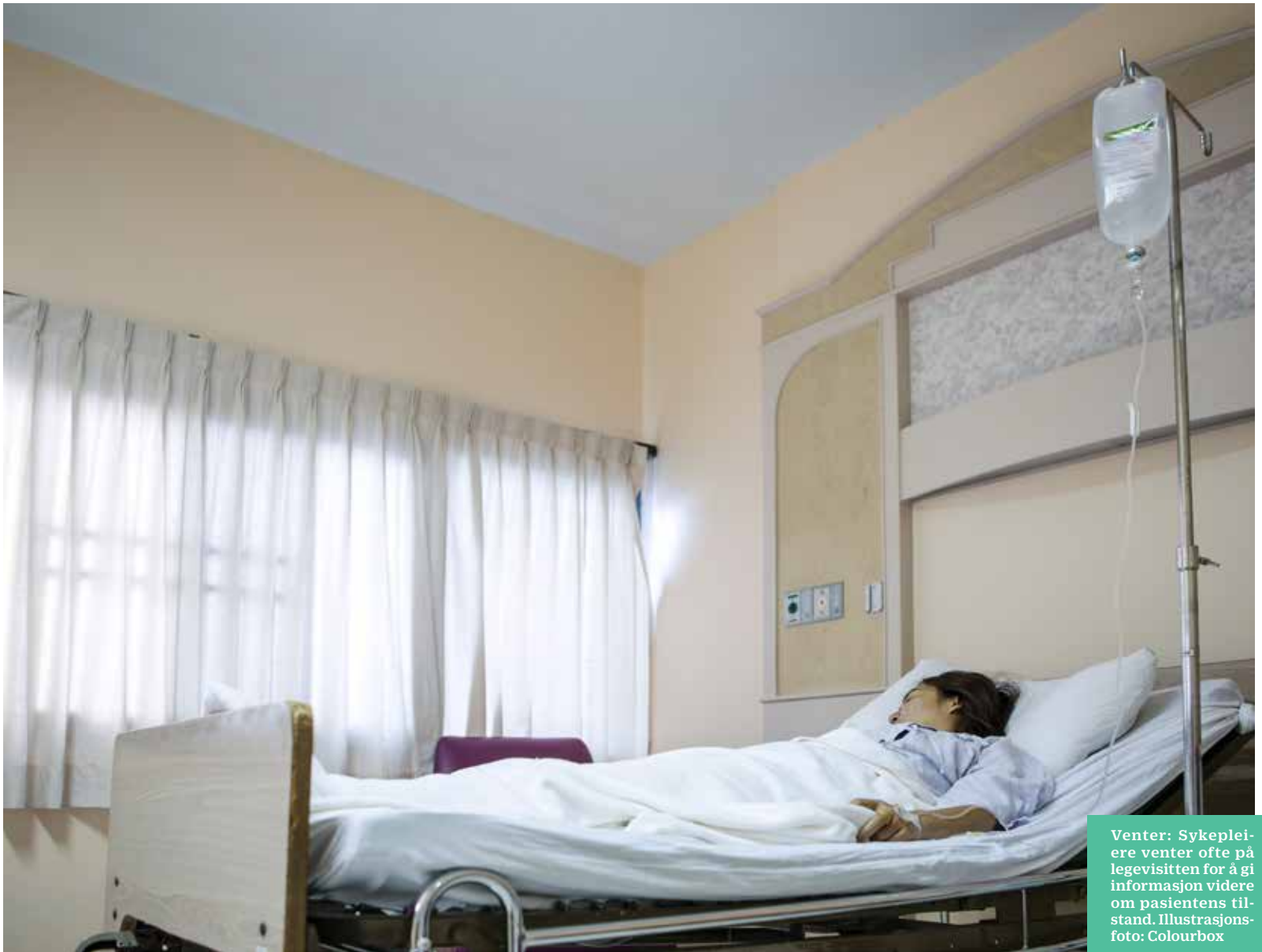
Hovedbudskap

Systematiske observasjoner ved bruk av Modified Early Warning Score (MEWS) øker antall målinger av vitale parametere hos pasienter inneliggende i sykehus. Dette øker muligheten til å tidligere identifisere en forverring i pasientens kliniske tilstand.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Systematisk verktøy
- Identifisering
- Akutt kritisk sykdom



Venter: Sykepleiere venter ofte på legevisitten for å gi informasjon videre om pasientens tilstand. Illustrasjonsfoto: Colourbox

På sykehus i Norge er det økende interesse for bruk av ulike hjelpemidler til systematisk å observere pasienters vitale parametere.

METODE. I dette litteraturstudiet har vi gjennomgått relevant litteratur fra 2004–2014. Litteratursøket er avgrenset til å gjelde voksne pasienter inneliggende på sengeposter. Strukturerte søk er gjort i

databasene Medline, Chinal og SveMed+. Søkeord som er brukt er følgende: MEWS, deterioration, prevent, suboptimal care og nurse.

GA ØKT ANTALL MÅLINGER. Bruk av MEWS fører til økt antall målinger av vitale parametere hos pasienter inneliggende i sengeposter. Systematiske observasjoner bidrar til å tydeliggjøre endringer i

«Forverring i pasientens kliniske tilstand oppstår ofte gradvis.»

pasientens kliniske tilstand og kan forenkle og kvalitetssikre

kommunikasjonen mellom sykepleier og lege.

Flere faktorer må være til stede for å kunne ha nytte av MEWS. Det er vesentlig at målingene av vitale parametere er forskriftsmessig og korrekt utført (4). For at pasienter skal observeres på en tilfredsstillende måte ved bruk av systematiske hjelpemidler, må vitale parametere





måles og dokumenteres minst to ganger daglig (5).

Flere studier viser en økning i antall målinger av vitale parametere etter implementering av MEWS. Blodtrykk og puls måles oftest (5, 6, 13, 15, 16). De Meester et al. (16) fant en signifikant økning i målinger av bevissthet og respirasjonsfrekvens etter at sykepleierne hadde tatt i bruk MEWS. Likevel er det respirasjonsfrekvensen som måles og dokumenteres sjeldnest av sykepleiere (17). Ludikhuize et al. (7) beskriver respirasjonsfrekvensen som «den glemte vitale parameteren» fordi respirasjonsfrekvens bare var dokumentert i 23 prosent av tilfellene. Antall målinger av vitale parametere økte etter implementering av MEWS, men selv da var respirasjonsfrekvensen sjelden dokumentert.

REDUSERTE DØDELIGHET. I 2013 gjorde De Meester et al. (16) en studie som inkluderte fire kirurgiske avdelinger før og etter at MEWS var implementert. 39 296 målinger av vitale parametere ble undersøkt. Etter implementeringen av MEWS, var målingene mer nøyaktige og antall observasjoner steg. Det ble i tillegg funnet en signifikant reduksjon i dødelighet de første seks dagene postoperativt samt nedgang i antall reoperasjoner (16).

En studie fra et dansk universitetssykehus innhentet data fra pasientobservasjoner før implementering og ett og to år etter implementering av MEWS og mobile intensivteam. Også her var det flere observasjoner av vitale parametere etter implementering og færre uventede dødsfall hos inneliggende pasienter. Implementeringen førte ikke til flere innleggelser i intensivavdelingen. Funnene kan tyde på bedre oppfølging og tidligere igangsetting av nødvendige tiltak hos pasientene på sengepostene (13).

DOKUMENTASJON VIKTIG. Det er viktig med en nøyaktig dokumentasjon av MEWS for å regne ut en skår som kan føre til videre tiltak (6). Studien til Hammon et al.

(6) viser at 25 prosent av MEWS-skårene ikke var fullstendig dokumentert. Også De Meester et al. (5) fant at nesten halvparten av observasjonene ble ekskludert på grunn av ufullstendig MEWS-skår der én eller flere vitale målinger manglet.

En retrospektiv studie fra Nederland undersøkte hvilke målinger som hadde blitt gjort i forkant hos akutt kritisk syke pasienter. Pasientene hadde klare tegn til forverring med en kalkulert MEWS-skår på tre eller mer allerede 25 timer før hendelsen. Studien konkluderer med at dokumentasjon av vitale parametere tydelig manglet i time før en alvorlig klinisk forverring oppsto. Ludikhuize et al. hevder at hvis MEWS hadde vært brukt, kunne disse pasientene blitt identifisert på et tidligere tidspunkt (7).

MELDER FOR SENT OM FORVERRINGER. Brukeren må også ha tilstrekkelig kunnskap om fysiologi og patofysiologi (4). De Meester et al. (5) hevder at selv når vitale parametere blir målt og dokumentert etter fastlagt prosedyre, forstås ofte ikke risikoen ved endringer. En forverring i pasientens kliniske tilstand blir kanskje ikke fanget opp tidlig nok og fører dermed til forsinket behandling. I henhold til Ludikhuize et al. (18) avventer mange sykepleiere ofte til legevisitt med å orientere om tegn til klinisk forverring. Kyriacos et al. (12) sammenfatter at 11,3 prosent av pasientene fikk forsinket behandling med mer enn én time, og 8,9 prosent av dem måtte vente i over tre timer på grunn av dette.

I en norsk studie utført av Melby (15) mener flere av respondentene at bruk av MEWS bidrar til en standardisering av observasjonene og en systematisk måte å kommunisere på. Denne bruken kan bidra til trygghet i sykepleieres vurdering og rapportering av pasientens kliniske tilstand.

Sykepleiere er flinke til å føle og oppleve hvordan pasienten har det (14), men formidler ikke fysiologiske avvik på en konkret måte (19). Tydelig kommunikasjon og godt samarbeid mellom

sykepleier og lege er essensielt i behandling av pasienter, men denne kommunikasjonen beskrives som det svakeste leddet i forebygging av akutt kritisk sykdom (9). Forskjeller i utdanningen bidrar til ulikt kommunikasjonsmønster mellom sykepleiere og leger (20).

DISKUSJON 1. Vil bruk av MEWS føre til hyppigere måling av vitale parametere?

Systematiske observasjoner med bruk av MEWS gjør det lettere å følge utviklingen i pasientens kliniske tilstand over tid (16). Målingene må være fullstendige og dokumentasjonen god. Ifølge

Ludikhuize et al. (7) kan en kombinasjon av vitale parametere i større grad identifisere forverring i pasientens kliniske tilstand framfor å måle enkeltparametere. Hvis noen av parameterne blir

utelatt, kan man risikere å overse endringer hos pasienten (12). Måling to ganger daglig kan være vanskelig å følge opp i en travelt sykehushverdag. Mange sykepleiere kan synes det er meningsløst å gjennomføre MEWS etter prosedyre på pasienter som er oppegående og tilsynelatende i god form. Dette kan være en årsak til at noen parametere ikke blir målt slik som retningslinjene sier. Det er svært betenkelig at respirasjonsfrekvensen, som er den vitale parameteren som mest presis kan forutse alvorlig forverring innen de neste 24 timer, blir målt minst (7, 17, 21).

MEWS er altså avhengig av nøyaktig dokumentasjon for å regne ut en skår som kan føre til videre tiltak. Likevel mener Ludikhuize et al. (7) at flere pasienter med forverring i klinisk tilstand kan bli identifisert ved bruk av MEWS enn ved usystematiske målinger av enkeltparametere.

DISKUSJON 2: Vil bruk av MEWS bidra til identifisering og forebygging av akutt kritisk sykdom?

I sykehus er det primært

«Flere faktorer må være til stede for å kunne ha nytte av MEWS.»

sykepleierens oppgave å observere pasienter. Den første som oppdager endringer i pasientens vitale parametere og avvik fra det forventede sykdomsforløpet, er som regel en sykepleier. Sykepleieren har ikke myndighet til å iverksette behandling eller rekvirere diagnostiske undersøkelser og er dermed avhengig av å formidle pasientens situasjon til legen på en forståelig måte. Subbe og Welch (9) identifiserer rapportering om fysiologiske avvik som det svakeste leddet i kjeden for forebygging av akutt kritisk sykdom. Dette støttes av Smith (4), som framhever viktigheten av en entydig og godt kjent prosedyre for hvordan man tilkaller hjelp til å vurdere pasienten.

Sykepleiere bygger ofte sine observasjoner på magesfølelse og klinisk blikk (14). Den tverrfaglige kommunikasjonen kan bli problematisk hvis sykepleiere ikke er presise nok når de skal forklare pasientens tilstand. Grunnen til dette kan være manglende fysiologisk kunnskap eller manglende evne til å uttrykke teoretisk kunnskap (19). Hierarkisk tenkning og engstelse for å få kritikk er andre faktorer som bidrar til kommunikasjonsvansker (20). Behandlingen kan bli alvorlig forsinket hvis sykepleiere venter til legevisitten med å orientere om tegn til forverring i pasientens kliniske tilstand (18). Vi gjenkjenner slike kommunikasjonsutfordringer i egen klinisk praksis. Kommunikasjon om pasientene må ofte skje på telefon da legene ikke oppholder seg i avdelingene. Denne kommunikasjonsformen avhenger av at beskjerder er korte, presise og oppfattes korrekt av mottaker.

Systematiske observasjoner med bruk av MEWS bidrar til en objektiv og naturvitenskapelig tilnærming til pasientens kliniske tilstand, noe som kan supplere sykepleierens totale observasjonskompetanse (15). Når sykepleierne skal rapportere om pasientens tilstand, ser det ut til at bruk av målbare bevis er mest effektivt fordi de da raskt kan igangsette nødvendige tiltak (4). Spesielt

nyutdannete sykepleiere kan få hjelp til å utvikle sitt kliniske blikk og kommunikasjonskompetanse ved å bruke MEWS (15).

KRITIKK TIL BRUK AV MEWS.

Bruk av systematiske hjelpemidler som MEWS får kritikk siden det bare er målbare parametere som blir skåret i skjema. Andre symptomer og tegn, som for eksempel hudfarge, klamhet, smerte, kvalme og diurese, kan også være svært viktige for å identifisere en forverring i pasientens kliniske tilstand (12). Noen MEWS-skjemaer har et underpunkt for generell bekymring for pasienten og oppfordrer å kontakte lege på grunnlag av dette. Uansett skal en poengskår ikke være det eneste kriteriet for å få hjelp med å vurdere pasienten, men må inngå i en totalvurdering (10).

Det er også usikkert om bruk av slike systematiske hjelpemidler er i stand til å fange opp de individuelle forskjellene hos pasientene. Vitale parametere som er normale for en pasient, kan innebære risiko for en annen (9). I klinisk praksis oppleves man at pasienter kan stå i fare for å få en forverret klinisk tilstand til tross for normale vitale parametere, blant annet på grunn av fysiologiske kompensasjonsmekanismer. Det er derfor viktig å ha kunnskaper om pasientens normaltilstand samt kroppens ulike kompensatoriske endringer for å vurdere og individualisere observasjoner og tiltak (9).

Kritikere hevder også at denne standardiseringen av observasjoner kan gjøre at sykepleiere mister evnen til å se hver enkelt pasient ved å bruke klinisk blikk og faglig skjønn i observasjon og pleie (10). Bruk av MEWS kan derimot være en fordel fordi det fører til mindre synsing blant helsepersonell, noe som kan bidra til å redusere innvirkningen av menneskelig svikt (15).

Uansett er det viktig å ta i betraktning at MEWS er et hjelpemiddel og ikke en erstatning for sykepleierens faglige vurderinger. Ved å bruke MEWS etter retningslinjene kan sykepleierne få en

indikasjon på hvilke pasienter som bør observeres nøyere, og hvor ofte de bør observeres, samt når lege skal kontaktes. Dette kan bidra til økt refleksjon over både pasientens kliniske tilstand og de ulike tiltakene som iverksettes (15).

KONKLUSJON. Det er ikke entydig hvorvidt systematisk observasjon ved bruk av MEWS vil føre til tidlig identifisering og forebygging av en forverring av pasientens kliniske tilstand. Når personellet bruker MEWS på sengeposter, fører det til økt frekvens på målinger av vitale parametere. For å få nytte av MEWS er man avhengig av god dokumentasjon, men skjemaet føres ofte ufullstendig, der både én eller flere målinger av vitale parametere manglet. Likevel beskriver flere studier at bruk av MEWS gjør det enklere å gjenkjenne unormale vitale parametere. Dermed øker mulighetene til å kunne identifisere en forverring i pasientens kliniske tilstand på et tidlig stadium. Bruk av MEWS bidrar også til å bedre og tydeliggjøre kommunikasjonen mellom sykepleier og lege om pasientens tilstand.

MEWS skal være et hjelpemiddel og ikke en erstatning for faglige vurderinger. Korrekt bruk sammen med tydelig tverrfaglig kommunikasjon kan gjøre det lettere å identifisere en forverring i pasientens kliniske tilstand på et tidlig tidspunkt. Helsepersonellet kan da sette i gang nødvendig behandling av pasienten raskest mulig og kanskje begrense utviklingen av akutt kritisk sykdom.

Kirurgisk klinikk ved St. Olavs Hospital i Trondheim startet våren 2015 et prosjekt med innføring av observasjonsskjema for tidlig identifisering av klinisk forverring. Det ble besluttet å bruke National Early Warning Score (NEWS). NEWS er en nyere og bedre validert versjon av Modified Early Warning Score (MEWS). NEWS er nå i bruk ved alle sengepostene på Kirurgisk klinikk og det planlegges implementering på flere klinikker ved St. Olavs Hospital i løpet av 2016. ●

REFERANSER:

1. Aase K. Pasientsikkerhet – teori og praksis, Abstrakt forlag. 2010
2. Laake JH, Dybvik K, Flaaten HK, Fonneland I-L, Kvåle R, Strand K. Impact of the post-World War 2 generation on intensive care needs in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009.
3. Ræder J. Er eldrebølgen på vei inn i sykehusene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2012;132:2582.
4. Smith GB. In-hospital cardiac arrest: is it time for an in-hospital "chain of prevention"? *Resuscitation*. 2010;81:1209–11.
5. De Meester K, Das T, Hellemans K, Verbrugghe W, Jorens P, Verpooten G, Van Bogaert P. Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge. *Resuscitation*. 2013a;84:184–8.
6. Hammond NE, Spooner A, J. Barnett A G, Corley A, Brown P, Fraser J F. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. *Australian Critical Care Nursing*. 2013;26:18–22.
7. Ludikhuijsen J, Smorenburg SM, De Rooij SE, De Jonge E. Identification of deteriorating patients on general wards: measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *Journal of Critical Care*. 2012;27(4): 424.e7–13.
8. Stenhouse C, Coates S, Tivey M, Allsop P, Parker T. Prospective evaluation of a modified Early Warning Score to aid earlier detection of patients developing critical illness on a general surgical ward. *British Journal of Anaesthesia*. 2000;84:663.
9. Subbe CP, Welch JR. Failure to rescue: using rapid response systems to improve care of the deteriorating patient in hospital. *Clinical Risk*. 2013;19:6–11.
10. Fridén T, Andrén-Sandberg Å. Kritisk sjuk inneliggande patient måste få hjälp i tid. *Läkartidningen*. 2013;110:29–31.
11. Donohue L A, Endacott R. Track, trigger and teamwork: Communication of deterioration in acute medical and surgical wards. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26:10–17.
12. Kyriacos U, Jelsma J, Jordan S. Monitoring vital signs using early warning scoring systems: a review of the literature. *Journal of nursing management*. 2011;19:311–30.
13. Bunkenborg G, Samuelson K, Poulsen I, Ladelund S, Åkeson J. Lower incidence of unexpected in-hospital death after interprofessional implementation of a bedside track-and-trigger system. *Resuscitation*. 2014;85:424–30.
14. Dietrichson S. «Mewsing» gir sikrere pasientvurdering. *Sykepleien forskning*. 2012;186–7.
15. Melby AKI. Bruk av kliniske observasjoner (MEWS) til å styrke pasientsikkerheten i somatiske sengeposter. *Halden: Høgskolen i Østfold*. 2012.
16. De Meester K, Haegdorens F, Monsieurs KG, Verpooten GA, Holvoet A, Van Bogaert P. Six-day postoperative impact of a standardized nurse observation and escalation protocol: A preintervention and postintervention study. *Journal of critical care*. 2013b;28:1068–74.
17. Cretikos MA, Bellomo R, Hillman K, Chen J, Finfer S, Flabouris A. Respiratory rate: the neglected vital sign. *Medical Journal of Australia*. 2008;188:657.
18. Ludikhuijsen J, De Jonge E, Goossens A. Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation*. 2011;82:1428–33.
19. Massey D, Aitken LM, Chaboyer W. What factors influence suboptimal ward care in the acutely ill ward patient? *Intensive & Critical Care Nursing*. 2009;25:169–80.
20. Wallin C-J, Thor J. SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*. 2008;105:1922–5.
21. Mcgair F, Cretikos MA, Jones D, Van Dyk S, Buist MD, Opdam H, Pellegrino V, Robertson MS, Bellomo R. Documentation of clinical review and vital signs after major surgery. *Medical Journal of Australia*. 2008;189:380–3.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



Lever kortere. Har vi som sykepleiere et ansvar for at gapet i levealder mellom alvorlig psykisk syke og resten av befolkningen øker?

Fysisk helse som etisk dilemma



Fakta

Arne Okkenhaug

Psykiatrisk sykepleier og rådgiver ved Sykehuset Levanger. Medlem av Rådet for sykepleieetikk

Internasjonalt viser flere undersøkelser at 30–50 prosent rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og at 20–30 prosent av voksne har hatt en slik lidelse det siste året.

Mennesker med psykiske lidelser har en gjennomgående mer usunn livsstil sammenliknet med normalbefolkningen. De har også en betydelig økt forekomst av somatiske sykdommer og høyere dødelighet. For eksempel depresjon forkorter levetiden.

HELSESKADELIG ATFERD. En av årsakene til den reduserte levetiden er økt risiko for de store somatiske folkesykdommene som hjerte- og karlidelser. Selv om det er usikkert, kan en av forklaringene være at sykdommen medfører fedme og helse-skadelig atferd som røyking, usunt kosthold, økt alkoholforbruk og redusert fysisk aktivitet.

Risikoen for å utvikle psykoselidelsen schizofreni i den vestlige verden er cirka 1 prosent. For denne lidelsen er det påvist mer enn 20 års reduksjon i forventet levetid, og forekomsten av metabolsk syndrom er høyere enn i noen annen kjent gruppe. Dette skal være godt kjent i fagmiljøet. Ny forskning antyder at mennesker med schizofreni er genetisk disponert for risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Det er altså ikke bare helse-skadelig atferd, men også genetikk som kan forklare mulige årsaker. Selv om denne kunnskapen er godt kjent i helsevesenet, ser ikke gapet ut til å reduseres.

«Inkluderer vi somatisk helse når vi skriver våre behandlingsplaner og individuell plan?»

Gjør vi som helsearbeidere generelt, og sykepleiere innen psykisk helsevern spesielt, nok for å stimulere til tiltak som minker gapet? Jeg mener nei.

HELHETSTENKNING. Mange steder er somatisk helse og helhetstenkning tatt på alvor, men på flere psykiatriske

døgnposter og i kommuner jobbes det ikke nok med helsefremmende tiltak som sunt kosthold og nødvendig stimulering til fysisk aktivitet. Kontroll av eventuell vektoppgang kan bli glemt, og ti kilo økning i vekt kan komme snikende uten at personalet reagerer. Dermed har pasienten med seg et tilleggsproblem ved utskrivning. Har vi da gjort jobben vår? Inkluderer vi somatisk helse når vi skriver behandlingsplaner og individuell plan?

Sykdommen schizofreni kan påvirke pasientens tro på egen mestring og pasientens mulighet til å hente inn adekvat kunnskap om gode livsstilsvaner, og hvorvidt igangsatt aktivitet blir opprettholdt. Kunnskap om utfordringene mennesker med psykiske problemer møter, også somatiske, og om mulighetene for forandring til det bedre, er det naturlig at sykepleiere er klar over og agerer ut ifra.

Spørsmålet er om vi som har jobbet all vår tid i psykiatrien, har god nok kunnskap om somatiske tilstander, helsefremmende aktiviteter, sunt kosthold og folkehelse. Når vi rekrutterer nye medarbeidere, tenker vi da på om vi får inn nye kollegaer med kunnskap om dette? Kan det være slik at disse områdene har «lavere status» enn annen behandlingstilnærming?

I en artikkel fra 2006 i American Journal of Psychiatry hevdes det følgende: «Psykisk helsearbeidere kan ikke lengre si fra seg ansvar for deres pasienters medisinske oppfølging, og tro at det vil bli gjort av andre.» Det er verken respektfullt eller verdig.

MEDIKAMENTELL BEHANDLING OG SOMATISK HELSE.

I psykiatrien har vi medikamentell behandling som kan redusere ubehagelige symptomer og lindre lidelse, men som kan være med på å øke vekten. Dilemmaet kan av og til være behovet for å behandle økte psykiske symptomer versus vektoppgang og forandring av kroppen. En metastudie fra 2012 indikerer at atferdsterapi og diett- og treningsprogrammer kan forebygge og redusere vektøkning som følge av bruk av antipsykotika. For å understreke dilemmaet vi møter, viser jeg til en nylig publisert studie i Journal of Clinical Psychiatry. Den omhandler personer med høy fungering og velbehandlete psykosser. De har valgt om videre antipsykotisk medikasjon eller seponering. Studien konkluderer med større alvorlighetsgrad av

symptomer og lavere funksjon etter tre år for dem som valgte å seponere antipsykotika.

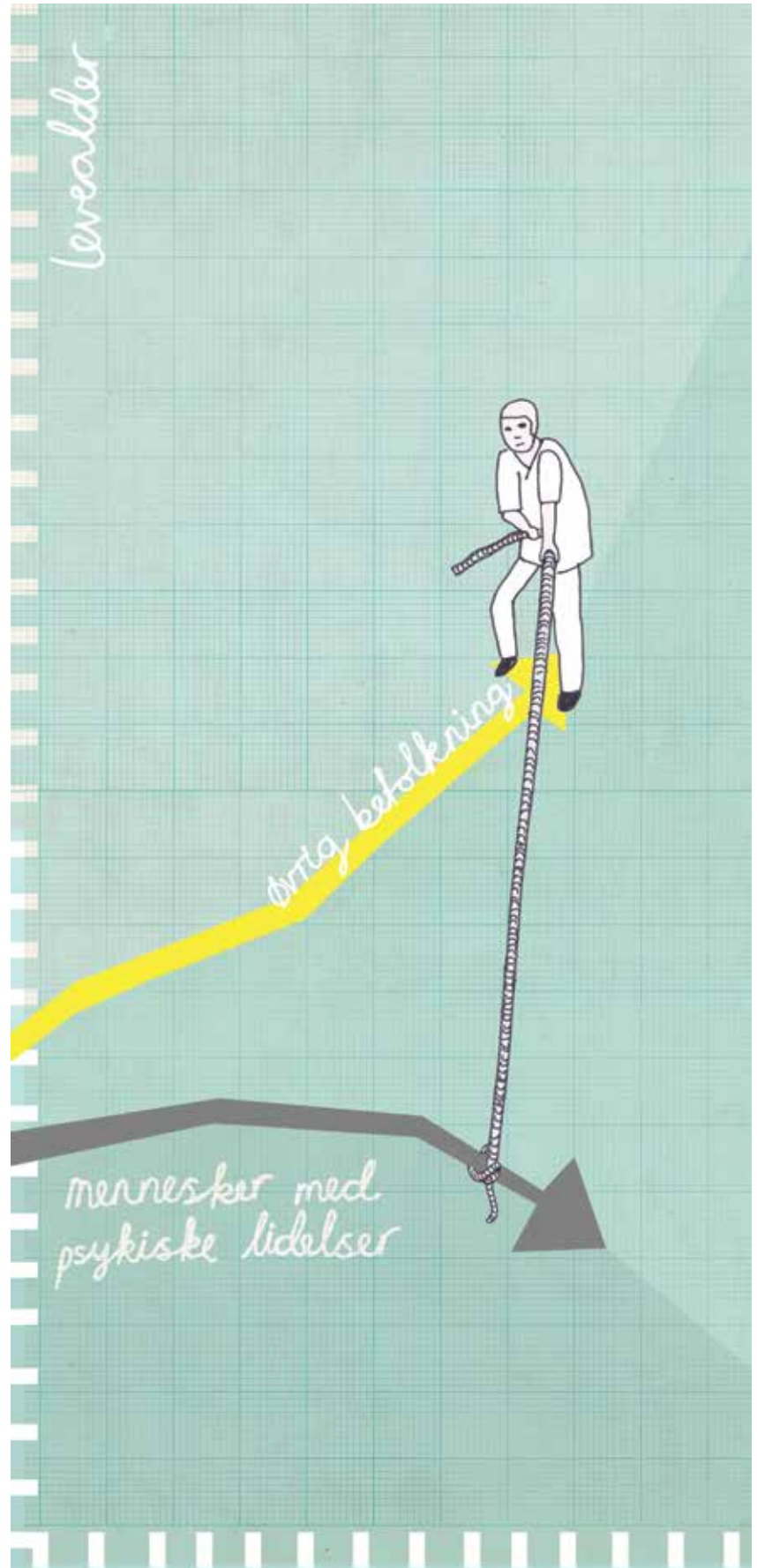
PRIORITERINGER INNEN PSYKISK HELSEVERN. Nestleder Espen Gade Rolland i faggruppen SPoR skrev en god kronikk om politikk, satsing og prioriteringer i Dagens Medisin 20. mai 2016. Der fremhever han at riksrevisjonen fastslår at mange kommuner ikke har styrket tilbudet innenfor rus og psykiatri. Gade Rolland argumenterer godt for de unødige krenkelsene en sårbar gruppe utsettes for når psykiske helseproblemer ikke blir prioritert. Ved utskriving fra døgnoophold mangler mange bolig, og svært mange er uten arbeid/aktivitetstilbud, hjemmetjenester og støtte-/treningskontakt. Det er grunn til bekymring.

Sett ut ifra et tverrfaglig perspektiv har vi alle innen helsetjenesten et ansvar for å bidra til at mennesker med psykiske plager reduserer muligheten for å få tilleggskomplikasjoner utover sin grunnsykdom. I en undersøkelse fra Canada ble 101 personer med en psykotisk lidelse vurdert i forhold til motivasjon for endring av livsstil med bedre spisevaner og økt fysisk aktivitet. Andelen av dem som ble identifisert som klare til å endre vanene, var høyere enn forventet. 68 prosent var klare for å endre sine spisevaner, og 54 prosent for mer økt fysisk aktivitet. I en undersøkelse blant sigarettroøkende pasienter rapporterte en tredjedel at de ønsker å slutte av helsemessige årsaker. En slik endring fordrer at flere helsearbeidere i en behandlingskjede bidrar med faglig og mellommenneskelig støtte i prosessen.

BLIR IKKE PRIORITERT. Manglende politiske prioriteringer kan være en forklaring på hvorfor vi ikke klarer å redusere gapet i levealder mellom de som utvikler en alvorlig psykisk lidelse, og de som ikke gjør det.

Det handler også om å gå i oss selv som helsearbeidere og se på våre egne prioriteringer. Spør vi pasienten om motivasjonen for å stumpe røyken? Legger vi til rette for at treningskontakt og pasient får god veiledning for å mestre sitt samspill? Tar vi initiativ til opplæring om rett ernæring? Det handler om å ta ansvar, bygge egne handlinger på faktisk kunnskap og vise barmhjertighet gjennom handling. ●

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





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:



Utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid

Bakgrunn: Tverrfaglig samarbeid er lenge blitt sett på som viktig i helsetjenesten, selv om forskningslitteratur viser at dette innebærer utfordringer og er komplisert. Artikkelen utforsker, erfaringer med tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre og barnehagelærere om fireårskonulasjon i barnehage.

Hensikt: Å systematisk og deskriptivt utforske hvilke erfaringer tverrfaglig samarbeid kan gi for helsesøsterprofesjonen når fireårskonulasjonen flyttes til en fremmed kontekst for helsesøstre.

Metode: En kvalitativ, deskriptiv studie basert på et strategisk utvalg av seks helsesøsterinformanter med erfaring fra tverrfaglig samarbeid. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide.

Resultat: Tre temaer beskriver helsesøstrenes erfaringer: 1) Styrket helsesøsterrolle var knyttet til praktisk tilrettelegging og hvordan helsesøstrens rolleidentitet ble forsterket i det tverrfaglige samarbeidet. 2) Utfordrende tverrfaglig samarbeid handlet om hvordan helsesøstre tok definisjonsmakt over barnehagelærerne i det tverrfaglige arbeidet. 3) Potensial for tjenesteutvikling handlet om hvordan helsesøstre opplevde kommunikasjon om positive faglige gevinster fra det tverrfaglige samarbeidet som vanskelig.

Konklusjon: Helsesøsterprofesjonen kan ha stort faglig potensial, dersom de realiserer likeverdige premisser og anerkjenner andre profesjoner som likeverdige.

Forfattere:

Anne-May Teige og
Marianne Hedlund



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Informasjonsbehov til unge jenter ved p-pillebruk

Bakgrunn: P-piller er det mest brukte prevensjonsmiddelet i Norge, og helsesøster er en betydelig forskriver av prevensjon til unge jenter. Konkrete ferdigheter i tillegg til kunnskap er avgjørende for unge jenters handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og relasjoner.

Hensikt: Studiens hensikt var å kartlegge og belyse unge jenters informasjonsbehov om p-piller og p-pillebruk og å sammenlikne informasjonsbehovet for de yngste og de eldste i gruppen av jenter som helsesøster frem til nå har forskrevet p-piller til.

Metode: Studien hadde et beskrivende design. Data ble samlet retrospektivt fra en internetbasert database og analysert ved hjelp av kvantitativ innholdsanalyse. Totalt 500 henvendelser fra jenter på 16 og 19 år ble samlet inn fra nettsiden Klara Klok. Kjikvadrat-test ble benyttet for å sammenlikne de to aldersgruppens informasjonsbehov.

Resultater: Resultatene fra denne studien antyder at unge jenter har størst informasjonsbehov om blødning og blødningsforstyrrelser i tillegg til prevensjonseffekt. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom 16- og 19-åringenes informasjonsbehov om prevensjonseffekt og ufarlige bivirkninger.

Konklusjon: Unge jenter kan ha et sammenlagt informasjonsbehov ved bruk av p-piller. Helsesøstre har en viktig rolle i å informere og følge opp unge p-pillebrukere og bør ha kunnskap om de ulike informasjonsbehov som kan oppstå ved bruk av prevensjonsmiddelet.

Forfattere:

Mari Rønning Kjendsli,
Kari Glavin og Edith
Roth Gjevjon



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Sammendrag:



Oksygenbehandling til barn på sykehus

Bakgrunn: Mangel på klare retningslinjer for oksygenbehandling til barn på sykehus gir rom for at helsepersonell håndterer behandlingen ulikt ut fra egen erfaring og kompetanse.

Hensikt: 1) å kartlegge gjeldende praksis ved ordinasjon av oksygenbehandling 2) å undersøke den skriftlige dokumentasjonen av administrasjonsmåte og observasjoner samt 3) å vurdere behovet for forbedringstiltak.

Metode: En retrospektiv kartlegging av pasientjournaler ved Infeksjon, lunge og akuttmedisinsk enhet på Barnekliviken, Haukeland universitetssykehus. Vi registrerte gjeldende praksis for skriftlig ordinasjon av oksygen, administrasjonsmåte og observasjoner samt dokumentasjon i perioden 1. januar 2014 til 31. mai 2014 og i perioden 1. januar 2015 til 31. mai 2015. Det ble iverksatt kvalitetsforbedringstiltak etter den første registreringer.

Resultat: I første tidsperiode ble 135 pasientjournaler gjennomgått, og 29,6 prosent av pasientene fikk oksygenbehandling. I andre periode ble 202 journaler gjennomgått, og 31,2 prosent fikk oksygen. Registreringen viste at oksygen i større grad ble ordinert skriftlig ved andre registreringstidspunkt (henholdsvis 25 prosent og 46 prosent ved første og andre registrering). Det ble også registrert en endring i daglig dokumentasjon i observasjonsark (henholdsvis 15 prosent og 46 prosent).

Konklusjon: Dette prosjektet har bidratt til at det ble utarbeidet nye rutiner for skriftlig ordinasjon av oksygen, og et systematisk arbeid med utvikling av ny fagprosedyre for generell oksygenbehandling er igangsatt.

Forfattere:

Haldis Mellingen, Anne Jorunn Langeland og Marit Graue



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Kartleggingsverktøy for pustebesvær hos palliative pasienter

Bakgrunn: Pustebesvær er et vanlig og belastende symptom hos mange pasienter med alvorlig langtkommen sykdom. På grunn av symptomets subjektive natur trenger vi verktøy for å kartlegge pasientens egenopplevelse – pasientrapporterte resultatmål (PROMs).

Hensikt: Å identifisere tilgjengelige PROMs for å kartlegge pustebesvær hos palliative pasienter og oppsummere deres måleegenskaper. Kartleggingsverktøyene måtte inneholde dimensjoner for både pustebesvær og angst for å bli vurdert.

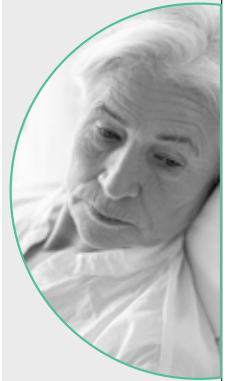
Metode: Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i mars 2014, som ble oppdatert i desember 2015. Uavhengig av hverandre gikk to personer gjennom søkeresultatene, valgte ut relevante studier og kvalitetsvurderte disse ved hjelp av COSMIN-sjekklisten. Måleegenskapene til de inkluderte kartleggingsverktøyene ble oppsummert i en kvalitativ syntese.

Hovedresultat: Vi screenet 1948 referanser for relevans og inkluderte 15 studier som evaluerte måleegenskaper ved fire ulike PROMs: CDS, SRI, DMQ og en respiratorisk symptom sjekkliste. Ingen av de inkluderte kartleggingsverktøyene er direkte validert for bruk i en palliativ setting, men de viser jevnt over lovende måleegenskaper i andre relevante settinger. Vi mangler fortsatt data om viktige måleegenskaper for alle de tilgjengelige kartleggingsverktøyene, og foreløpig er det bare SRI som er tilgjengelig i en norsk validert versjon. Videre forskning er nødvendig for å oversette og validere kartleggingsverktøyene for bruk i lindrende behandling i Norge.

Konklusjon: Flere PROMs for pustebesvær og angst viser lovende egenskaper, men videre forskning er nødvendig før vi kan trekke sikre konklusjoner og før kartleggingsverktøyene er tilgjengelige for bruk i en palliativ setting i Norge. Vår gjennomgang tyder på at bare SRI er oversatt til og validert i en norsk versjon.

Forfattere:

Kjersti Solvåg, Kristine Berg Titlestad og Kjetil Gundro Brurberg



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





NÅR STUDIET TREKKER UT

Kartlegging. Hvorfor bruker en del sykepleiestudenter mer tid på studiet enn normalt?

KARTLEGGINGSSTUDIE:

Artikkelen bygger på

20 % praksis

80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57778



Frodis Vasset, førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund

Studiegjennomstrømming ved høyskoler og universiteter har i økende grad vært et tema de siste tiårene, og forskning viser at ulike studier har ulik grad av studiegjennomføring [1].

Denne artikkelen er basert på en kartlegging av sykepleierstudenter med tilrettelagt studieløp for å se på årsaker til hvorfor en del studenter ved sykepleierutdanningen bruker mer tid enn normalt på studiet.

Kvalitetsreformens innhold har blitt en styringsparameter for høyere utdanning etter at den ble innført [2]. Ifølge reformen skal skolene legge til rette for studentene og følge dem tett opp gjennom hele studieløpet. For å styrke læringsutbyttet og progresjonen skal man legge vekt på studentaktive undervisningsformer i kombinasjon med evalueringer som fremmer læring. Skolene må inngå avtaler, med studentene om studieløpet, der det kommer frem hvilke plikter og retter undervisningsinstitusjonen og studentene har overfor hverandre [2].

Det er vanskelig å måle studiegjennomstrømming, men man kan måle hvor mange studenter som fullfører studiet på normert tid, hva som er årsak til forsinkelser, og hvor lang tid studenter bruker på å gjennomføre en bachelorgrad.

Det er flere årsaker til at studenter bruker mer enn normert tid på studiet. Det kan være egne eller familiemedlemmers problemer i hjemmet, men også problemer med det å studere.

HUSKER BEST FRA SIMULERING. Det er en sammenheng mellom inntakskvalitet, innsatskvalitet og studentgjennomstrømming i studiet. Noen studenter drar ikke til skolen på studiedager fordi de har en jobb. En del starter også på studiet uten å være bevisst på hvilke læringsstrategier og læringsmetoder det er nødvendig å kunne. De forventer å få klar instruksjon om hva de skal gjøre og når det skal gjøres, slik det er vanlig i videregående skole [4]. Forskning viser at dess lengre utdanning studentene har fra før, dess lettere blir det for dem å fullføre studiet på normert tid. Kun 10 prosent av studentene får med seg lærestoffet under forelesninger. Ved simulering derimot, viser det seg at 80 prosent av studentene husker det de har vært gjennom [5].

HAR DÅRLIG ØKONOMI. Økonomi spiller også inn på studieprogresjonen. Til tross for økt levestandard i samfunnet, sliter studenter med å få pengene til å strekke til. Dagens studenter har mindre penger å bruke enn i foregående tiår

[6]. Det kan også bety at tiden vi lever i, i større grad vektlegger penger og status. Dette fører igjen til at mange fulltidsstudenter har jobb ved siden av studiene, noe som ofte går ut over studiet.

SLITER MED SKOLEEKSAMEN. Sykepleierutdanning har ofte høy strykprosent i medisinske og naturvitenskapelige fag. Casebaserte undervisningsmetoder som et supplement til tradisjonelle forelesninger førte til at strykprosenten gikk ned fra 37 til 20 prosent [8].

Skoleeksamen er den vanligste eksamensformen i medisinske og naturvitenskapelige fag. I sykepleie og samfunnsvitenskapelige fag er mappeeksamen og hjemmeeksamen mer vanlig. Dette kan være en medvirkende årsak til den høye strykprosenten i medisinske og naturvitenskapelige fag. En sekstimers skoleeksamen kan være vanskeligere enn de andre eksamensformene, mest fordi studenter ikke bruker pensumlitteratur som oppslagsverk under skoleeksamen. Under mappe- og hjemmeeksamen kan studenter bruke all tilgjengelig litteratur [8, 9].

MENINGSLØSE FAG. Flere studenter har problemer med å se nytteverdien av enkelte teoretiske emner i studiet. I sykepleierstudiet kan det blant annet være

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Medisinske og naturvitenskapelige emneområder kan se ut til å være et problem for enkelte sykepleierstudenter. Studien indikerer at der kan være en «kløft» mellom hva studenter ønsker og forventer av studiet og hva skolen forventer av studentene.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleiestudent
- Sykepleiehøgskole
- Strykprosent
- Kartleggingsstudie



Praktisk: Stryk i naturvitenskapelige emner er hovedårsaken til forsinkelser i studiet. Arkivfoto: Stig M. Weston

vitenskapsteori, historie og enkelte etiske emner. For noen studenter kan slike fag oppleves som meningsløse i forhold til de praktiske fagene de har i studiet [10]. Studentene kan bli umotiverte om de må lære noe de selv mener er unødvendig. Reeves hevder at studenter heller bruker tiden foran pc til nettspill, «chatting» eller liknende i slike situasjoner [11].

Astin indikerer at studenter som er interessert i faget, involverer seg i studiet og det som skjer på campus. De er mer på skolen og kommuniserer godt med fakultetet og medstudenter. Det kan igjen føre til bedre studieresultater [12].

Peplau hevder at de individuelle verdiene, holdningene og evnen til å skape trygghet som hver enkelt sykepleierstudent har

«Studentene kan bli umotiverte om de må lære noe de selv mener er unødvendig.»

med seg til studiet, også påvirker den omsorgskvaliteten som senere formidles [13]. Selvinnsikt er derfor en vesentlig faktor i sykepleierutdanningen.

VALIDITET, RELIABILITET OG ETISKE BETRAKTNINGER. I studien kartla jeg 77 studenter som fikk en tilrettelagt studieplan. Det vil si en





deltakerprosent på 100.

Utvalget er studenter fra alle tre årene i bachelorgrad i sykepleie i 2013. Jeg målte hvor mange studenter som trengte lengre tid enn normert på studiet, men ikke hvor lang tid de brukte. Jeg har heller ikke sett på hvor mange studenter som ønsket å slutte på studiet.

RESULTAT. Resultatet viste at 21 studenter trengte lengre tid enn tre år på studiet på grunn av at de hadde fått F to ganger ved en eksamen i medisinske og naturvitenskapelige fag.

Deretter var sykdom årsaken til at tolv studenter måtte bruke lengre tid enn tre år på studiet. Elleve studenter hadde svangerskapspermisjon og åtte hadde fått «ikke bestått» arbeidspraksis ved en helseinstitusjon.

Seks studenter var umotivert og usikre, og seks studenter hadde ikke meldt seg opp til ny og utsatt eksamen og måtte derfor vente til neste gang denne eksamenen ble satt opp.

Seks studenter hadde fått F i sykepleiefag to ganger, og fire studenter hadde ulike familieproblemer som medførte at de måtte ta permisjon fra studiet.

To studenter søkte om innpass med fag de hadde fra andre høyskoler, og det medførte at de brukte ett år ekstra på studiet. Én student hadde ikke fått godkjent studieplanen sin.

SVAKE EKSAMENSRESULTATER. Hensikten med denne studien var også å vurdere om skolene arbeider i tråd med Kvalitetsreformen [2].

UiO sier at et bachelorløp utover tre år er en økonomisk belastning for skolen [7] og for studenten. Skolene får økonomisk støtte fra staten for et bestemt antall bachelorstudenter som bruker tre år på studiet. Skolene må derfor selv finansiere utgifter til studenter som har studietid utover normert tid.

Studien viste at 21 studenter fikk et stopp i studiet på grunn av at de hadde fått F flere ganger på eksamen i et medisinsk og naturvitenskapelig fag. Tidligere forskning og offentlige rapporter påpeker også

problemet med svake eksamenskarakterer i de medisinske og naturvitenskapelige fagene [8,9]. Forskning indikerer at dette ikke er underlig. Disse fagene har som oftest en lang og krevende skoleeksamen, mens andre fagområder ofte har mappeeksamen, hjemmeeksamen eller kortere skoleeksamener [8]. Krevende eksamensformer kan gi svakere karakterer. Man kan også stille spørsmål ved om sykepleiestudentenes realfagskompetanse er tilstrekkelig. Det kan hende studentene ville fått likere eksamensresultater i alle fagemner hvis samme eksamensform ble brukt.

Til sammenlikning viser det seg at seks studenter har fått F to ganger på eksamen i sykepleiefaget. Ingen student har fått stopp i studiet på grunn av F i samfunnsvitenskapelige fag. Studentservice ved skolen der denne undersøkelsen ble gjennomført, har en webside der studentenes karakterer fra de ulike eksamenene noteres. Her står det at medisinske og naturvitenskapelige fag har langt flere F-er på eksamen enn andre fagemner. Ifølge studenter er medisinske og naturvitenskapelige emner viktige [10], men vanskelige. Dataspill og «chatting» kan lett benyttes når motivasjonen svikter og fag oppleves som vanskelige og uforståelige [11].

NOEN EMNER ER VANSKELIGERE. Forskning viser at medisinsk simulering som læremetode gir kunnskap som huskes lettere og lengre enn tradisjonell undervisning fordi den er skapt gjennom selvopplevd praksis [5]. Det kan være klokt å bruke nye og ulike pedagogiske metoder i undervisningen. Blogger, multimedieprodukter og simulering kan nevnes. Astin peker på studentaktive metoder og involvering som særs viktig når det gjelder læring og studentgjennomstrømning [12]. Likevel er det vanskelig å komme utenom at noen fagemner er vanskeligere å forstå. Stort pensum kan derfor være hardt å tilegne seg på kort tid.

STORE KULL. Også store studentkull kan være en medvirkende årsak

til at enkelte får problemer med å studere. Det er vanlig med store kull i sykepleierutdanningen, det vil si at det sjelden er under 100 studenter i et kull. Dette kan gjøre det problematisk for studenter å ta ordet i plenum. Kvalitetsreformen sier at lærer skal tilrettelegge for, følge opp og evaluere studenter underveis, noe som er vanskeligere å følge opp ved store kull [2].

«Hovedårsaken til at studenter bruker lengre tid enn normert på studiet, er at de har fått F flere ganger.»

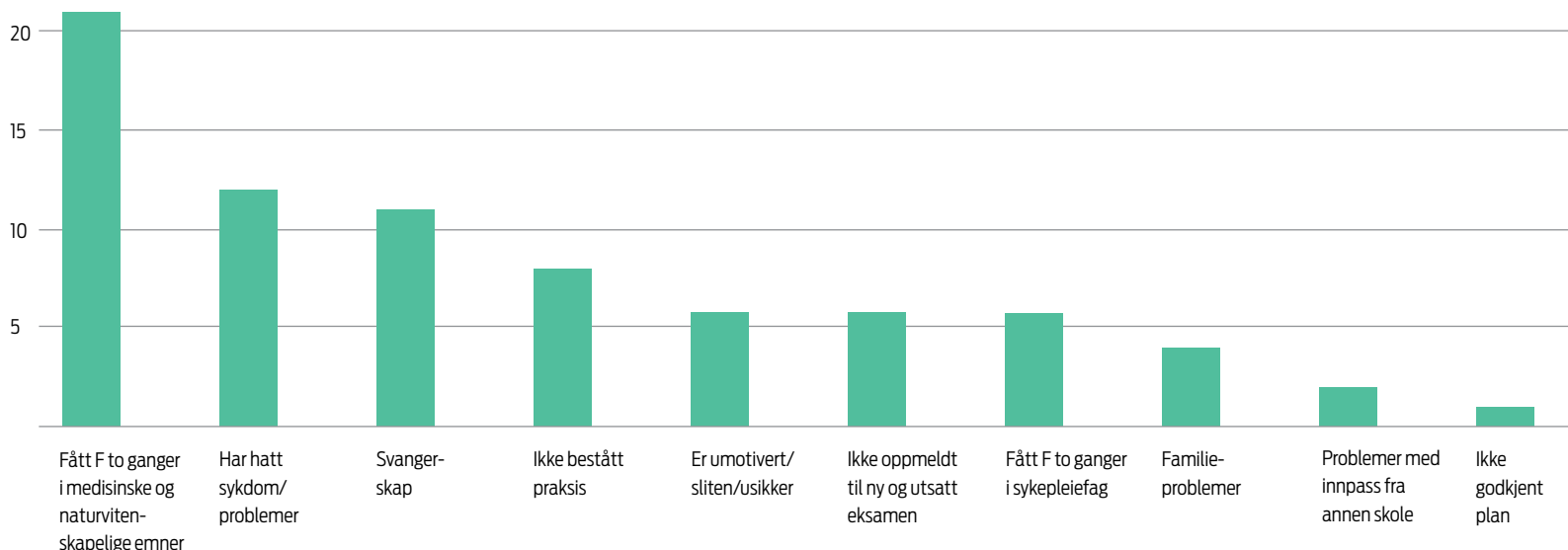
SYKDOM, PROBLEMER OG SVANGERSKAPSPERMISJON.

Kartleggingen viser at tolv studenter brukte lengre tid enn normert på studiet på grunn av egen eller andre familiemedlemmers sykdom. Studentene melder om kortvarige syk-

domstilstander, men også mer kroniske lidelser. Det kan se ut til at studenters rettigheter ved sykdom er mangelfulle og litt rigide. I dag gir man for eksempel kun fire og en halv måneders sykestipend i året. Med større grad av fleksibilitet i systemet ville skolene fått flere studenter gjennom studiene. Selv om de var syke, kunne ressurssterke studenter klart å gjennomføre deler av studiet hvis forholdene ble lagt til rette. Oppstartsfasen etter friskmelding kan dessuten være tøff.

Elleve studenter brukte mer enn normert tid på studiet på grunn av svangerskapspermisjon. Disse studentene planla å bli borte ett år og deretter komme tilbake til studiet, og trenger ikke å få noe problem med å studere [15]. Studenter får vanligvis en ramme på fem år på å gjøre ferdig en bachelorutdanning. Svangerskapspermisjon og permisjon på grunn av diverse lidelser kan man få utenom denne femårsperioden. Kartleggingen viser at noen studenter har familieproblemer som gjør det vanskelig å studere. Problemer med egen familie, med kronisk syke barn eller samlivsbrudd, men også problemer med egne foreldres dødsfall og rusproblemer ble nevnt.

TABELL 1: Alle 10 årsak til utvidede studieløp



NÅR STUDIEMOTIVASJONEN SYNKER.

Selv om undersøkelser viser at sykepleierutdanning ligger på topp når det gjelder gjennomføringsgrad [7], opplever også studenter og lærere ved sykepleierutdanningene at det er for mange studenter som ikke greier å gjennomføre studiet på normert tid. I denne studien er det seks studenter som ber om permisjon fordi de er lei av å studere. De var slitne og lite motivert til å lese. Mange studenter hadde hel- eller deltidsjobb utenom studiet. Andre forskere har funnet det samme i sine studier [3, 6]. Flere av studentene som tilhørte denne rubrikken, hadde grader av dysleksi og problemer med å komme gjennom pensumlitteraturen. Noen var svært slitne, og en student gråt under samtalen med forsker. Det kan se ut som at enkelte studenter kan ha behov for å ta ett studieår over to år.

Denne undersøkelsen viser også at et antall studenter tar med seg studievaner fra videregående skole. De vil «pushes», informeres oftere og få klare instruksjoner. Annen forskning viser det samme [4]. Høyskolene og universitetene forventer at studenter tar hånd om eget studium [3]. Det er ikke alltid

at studentenes og skolens behov og forventninger kan forenes.

ANDRE ÅRSAKER. Studenter som har fått F til eksamen, må selv melde seg opp til ny og utsatt eksamen og godkjenne sin egen studieplan på nettet. Dette står klart og tydelig i studiehåndboken, og informasjon blir gitt. Likevel er det studenter som glemmer eller ikke klarer å gjøre dette. Det kan virke som om en del studenter sliter med slike praktiske systemer ved høyskoler og universiteter. Dette viser også annen forskning [14].

Flere av studentene i undersøkelsen var overrasket over at ikke lærer til enhver tid la til rette for dem og ga dem viktige beskjeder. Noen studenter synes å mene at det er lærer eller studiested som er årsaken til deres problemer med å gjennomføre. Det viser også rapporten fra UiO [7]. Der ser likevel ut til at studenters selvstendighet øker etter hvert. Studenter som har studert i mange år, er relativt selvhjulpne. Dette ble ikke kartlagt, men siden det var få studenter i hver rubrikk, kan man i en kartleggingsundersøkelse likevel se noen tendenser.

Det er ikke lett å få innpass med eksamener fra en annen skole. Det viser seg at skolene har den samme rammeplanen, men gjennomfører de ulike fagemnene på ulike tidspunkter. For eksempel kan psykologi gjennomføres i første, andre eller tredje semester i sykepleierstudiet. De to studentene i denne studien som søkte om å få innpass, måtte ta opp igjen deler av første studieår fordi de manglet noen fagemner fra første år på studiet. Studenter ser problemstillingen, men liker det ikke. Studenten søker på samordnet opptak og deretter om innpass. Samordnet opptak er i april. Studenter som ikke har søkt på samordnet opptak, vil trolig få avslag på søknaden. ●

REFERANSER:

1. Aamodt PO, Hovdhaugen E. Frafall og gjennomføring av lavere grads studier før og etter kvalitetsreformen. En sammenlikning mellom begynnerkullene fra 1999, 2003 og 2005. NIFU, Oslo. Rapport38/2011.
2. St.meld. 27 (2000–2001). Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning. Kunnskapsdepartementet, Oslo. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/20002001/Stmeld-nr-27-2000-2001-.html?id=194247>
3. Hovdhaugen E, Carlsen T. Studiegjennomstrømning og studiekvalitet ved Universitet for miljø- og biovitenskap. NIFU-rapport, Oslo. 2013.
4. Rachal C, Daigle S, Rachal W. Learning problem reported by

college students: Are they using learning strategies? Journal of Instructional Psychology 2007;34(4):191–9.

5. Hrepic Z, Zollmann D, Rebello S. Comparing students' and experts' understanding of the content of a lecture. Journal of Science Education and Technology 2007;3:213–24.
6. Cordell-Smith R. Impact of debt on nursing student in higher education. Art & Science 2008;22(19):59–65.
7. Univeritas.no. 4 av 5 bruker for lang tid. Universitetet i Oslo, Oslo. 2014. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/rapporter/2012/tilstandsrapport-for-universitets-og-ho.html?id=681130.
8. Bekkhus E. Mindre stryk med casebasert undervisning. Sykepleien, 2008;96(18): 43–45.
9. Kyle L, Kleven O, Elzer T. Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Sykepleien Forskning 2009;4(2): 134–40.
10. Pedersen K, Einarsen K. Sykepleierstudenters erfaring med relevansen av vitenskapsteori i praksisstudiene. Norsk tidsskrift for helseforskning. 2013;(9).
11. Reeves D. Motivating unmotivated students. Paper presentert på Conferanse on Teaching Excellence, Dala, USA. 2014.
12. Astin AW. Student involvement: A development theory for higher education. Journal of College Student Development 1999;40(5):518–29.
13. Peplau H. Interpersonal relations in nursing. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing (red.). SP Company, New York. 1952.
14. Kuh G et al. Student success in college (red.). Jossey-Bass, USA. 2010.
15. Duncan A, Galanter S. Supporting the academic Success of pregnant and parenting students. I: U.S.D.o.O.f.C. Rights. (red.). U.S. Department of Education, 2013.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



Vet for lite om medmor

LESBISKE FORELDRE: Rollen som medmor skiller seg fra farsrollen på flere måter, og det er stort behov for mer informasjon om dette blant jordmødre, kan man lese i siste utgave av tidsskriftet *Jordmora*.

Artikkelen er forfattet av jordmor og førsteamanuensis Bente Dahl og barnevernspedagog Nina Sinding-Larsen, som er tiltaksleder for Rosa kompetanse helse og sosial i FRI (tidligere LLH). De skriver: «Vår erfaring etter å ha undervist jordmødre og jordmorstudenter gjennom flere år om lesbiske par som får barn, viser

at behovet for informasjon er stort. Behovet for kunnskap kommer særlig til syne når det gjelder medmors situasjon. Hvor henviser jordmor to kvinner når samlivet skranter under graviditeten, og hvilken informasjon gir man til et likekjønnet par som har født om seksualitet og samliv etter fødsel? På en rekke områder kommer man langt med å gi lesbiske kvinner den samme informasjonen som heterofile kvinner, men på noen områder må informasjonen tilpasses deres situasjon. Her kan en jordmor som evner å møte likekjønnede par

som «alle andre» samtidig som hun har kunnskap om de små forskjellene som utgjør den lille «annerledesheten», bety mye for dem det gjelder,» skriver Bente Dahl og Nina Sinding-Larsen.

I artikkelen fremhever de noen forskjeller mellom medmorsrollen og farsrollen. Blant annet amming.

«På ett område skiller medmorsrollen seg vesentlig fra farsrollen. I og med at det kan være mulig for begge mødrene å amme barnet, bør man tenke gjennom denne situasjonen på forhånd. Medmødre opplever på

den ene siden at jordmor oppmuntrer til amming, men på den andre siden mangler hun kunnskap om den praktiske gjennomføringen», skriver Dahl og Sinding-Larsen.

Jordmora blir gitt ut av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund, i samarbeid med Sykepleien.



Kilde: Jordmora



Oslo kommune
Barne- og familieetaten

Fosterhjemstjenesten

Sara 10 år, er ei godjente med Downs syndrom.

Gjør en forskjell, bli fosterforeldre!

Sara er ei blid jente, som er lett å bli glad i. Hun elsker musikk, dans, bade, ri og være sammen med andre.

Sara vil alltid trenge ekstra oppfølging og tilrettelegging. Sara har tilrettelagt skoletilbud og avlastning, noe som vil fortsette. Hun trenger en voksen som kan rettlede og passe på henne. Hun har ikke verbalt språk, og det jobbes med at hun skal kunne forstå flere ord til handling. Med kroppsspråket kan hun gi noe uttrykk for hva hun føler og ønsker. Sara har begrenset utviklingspotensiale, men kan oppnå god utvikling med den rette oppfølgingen.

Sara har svært begrenset kontakt med biologiske foreldre.

Hvem er dere?
Dere er en familie som, har tid, tålmodighet, et stort hjerte og lever et rolig og forutsigbart liv.
Dere må samarbeide med andre instanser som kan bidra til at Sara får den hjelpen hun trenger.
Dere kan ha barn som er eldre enn Sara.

Vi kan tilby:

- Veiledning, kurs og opplæring
- Det vil bli gitt forsterket godtgjøring for å være hjemme
- Utgiftsdekning
- Avlastning

Lurer dere på om Sara kan bli en del av deres familie?
Ta kontakt med Fosterhjemstjenesten i Oslo for en uforpliktende samtale på tlf. 23 42 80 09, eller send oss en e-post på fosterhjemstjenesten@bfe.oslo.kommune.no
Opplys at henvendelsen gjelder Sara.

www.fosterhjem.no/oslo



Nasjonalforeningen for folkehelsen er en betydelig finansiærskilde for norsk hjerte- og karforskning. Vår innsats er basert på innsamlede midler. I 2016 har vi delt ut 22 millioner kroner til hjerte- og karforskningen.

Søk midler til hjerte- og karforskning

Nasjonalforeningens hjerte- og karforskning skal bidra til økt kunnskap om åssakssammenhenger og sykdomsmekanismer, risikofaktorer, primærforebyggende tiltak, diagnostiske metoder, sekundærforebyggende tiltak og behandling, og rehabilitering (ikke helsetjenesteforskning).

Det lyses nå ut midler til doktorgradsstipender, postdoktorstipender og driftsstøtte til prosjekter. Postdoktor- og doktorgradsstipendene utlyses for tre år, driftsstøtte for ett år.

Kontakt Øivind Kristensen for mer informasjon på telefon 40 44 57 93 eller e-post: oikr@nasjonalforeningen.no

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på:
www.nasjonalforeningen.no/forskningsmidler

Søknaden leveres elektronisk innen 01.09.2016, kl. 23:30.



Påfyll

Del 3 Sykepleien 06 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



Den første: Elizabeth Evans Hughes var en av de første diabetes-pasientene som fikk insulinbehandling i 1922. Foto: Science Photo Library

Reddet av insulinet

Diabetes. Frem til 1920-årene var det å få diagnosen diabetes type 1 en dødsdom. **76**



Sommerlesning.

Finn bøker til ferien. **72**



«Det var lite pent og pyntelig ved jordmoryrket.»

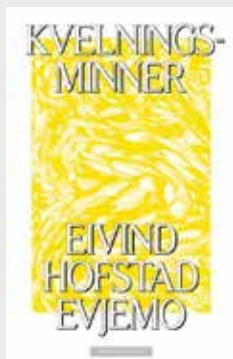
Aud Farstad. **70**



Quiz. Betyr ordet «koma» nesten død? **78**



Dikt



*Jeg er var for meldingene du sender meg.
Leser alle flere ganger.*

*Jeg er var for hendene som griper rullestolhjulene, for dine nye
venner på institusjonen.*

*Jeg er var for hvordan du behandler henne som ikke engang
har språk, hvor foreldrene til slutt ikke orker mer og går hver
til sitt.*

Du har språk.

Du presenterer henne.

*Se, sier du til meg. Dette er Anne.
Og Anne smiler, stikker tungen ut og berører plastrøret som
snirkler seg inn i det ene neseboret.*

*På den måten er det du som løfter henne inn
i det menneskelige, som et insekt som slippes ut
av en krukke.*

Fra boken Kvelningsminner av Eivind Hofstad Evjemo
Cappelen Damm, 2016

Om forfatteren

Eivind Hofstad Evjemo

Eivind Hofstad Evjemo (1983) debuterte i 2009 med romanen *Vekk meg hvis jeg sovner*. Han har mottatt flere priser og utmerkelser for sine romaner som gjerne kretser rundt sorg og tap. Kvelningsminner er hans første diktsamling. Institusjonslivet og familien som sitter igjen hjemme er bokens omdreiningspunkt.



22 bidrag: Mennen heter boken, rett og slett.

Bok om mennen

KVINNEHELSE: Den kommer hver måned. Som små drypp eller en stri strøm. Nå har Gyldendal lansert en bok om mennen. Med personlige bidrag fra blant annet forfattere, musikere og samfunnsdebattanter.

De forteller om tampongskrekk, å ikke vite hva mennen er og om tabuer.

Kristin Sofie Waldum-Grevbo, leder for Landsgruppen av helsesøstre, har ikke lest boken, men synes ideen er god.

– Mennen er en normal del av livet til

kvinner, samtidig er det store forskjeller i hvordan den oppleves, sier hun.

– Det er viktig å vite når eventuelle plager blir for mye. Da fins det hjelp, for eksempel mot sterke smerter.

Hun opplever at ungdom i møte med helsesøster snakker åpent om mennen. Mens er også tema når helsesøstre underviser om pubertet.

– Og unge jenter få bind av helsesøster dersom de er i nød. Det kan være en åpning for samtaler om både mennen og andre ting, sier hun.

Fortellinger om mennesker

Jeg trenger noen å være glad i er skrevet av sosialarbeider Grete Lillian Moen. Hun har jobbet mange år med barn og unge i psykisk helsevern og sett bak den harde masken på mennesket som vil bli sett og respektert.

Boken er myntet på sosialarbeidere, men egner seg også for andre.

Eldre, helse og musikk

Med boken *Musikkterapi og eldre-helse* vil Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder vise hvordan musikk kan brukes i hverdagen, som del av miljøterapi og som behandling.

Hensikten med boken er blant annet å gi forståelse for hvorfor og hvordan musikk kan være en helseressurs.

Bøker. 3 om de store småtingene

De små tegnene

KROPPSSPRÅK: Hvor godt klarer du å lese menneskene rundt deg? Det hevdes at kroppsspråket utgjør over 70 prosent av kommunikasjonen vår. Oppdagelsen av speilnevronene har revolusjonert vår forståelse av empati, kommunikasjon og kroppsspråk. Åse Dragland gir deg med boken *Kroppen snakker* oppdatert kunnskap om taus kommunikasjon og kroppsspråk.

Flux forlag, 2016



Venn eller fiende?

BAKTERIER: Visste du at menneskekroppen består av minst like mange bakterieceller som menneskeceller? De er våre trofaste partnere og våre argeste fiender. I *Bakterienes forunderlige verden* forteller Jessica Lönn-Stensrud bakterienes historie og fantastiske mangfold. Og i antibiotikaresistensens tid minner hun oss på å ivareta det viktige samspillet i den verden som både bakteriene og vi er en del av.

Universitetsforlaget, 2016



De store tankene og det lille livet

ROMAN: Arne må motvillig gå av med pensjon, barna har flyttet hjemmefra og kona har kjøpt seg en leilighet i Berlin med enkeltseng. Forfatter Bjørn Arild Ersland har med boken *Store hendelser i liten skala* skrevet en litt trist og litt komisk bok om det å bli overflødig og den store avstanden mellom livet slik det skulle vært og slik det ble.

Pelikanen forlag, 2016



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

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



Skriftefar, coach og boksesekk

Vi sykepleiere opplever som kjent litt av hvert. Ting går ikke alltid på skinner, vi er ikke alltid perfekte. Vi feiler, får dårlig samvittighet, søvnløshet, nagende tanker. Vi blir stressete og frustrerte over vanskelige arbeidsforhold, manglende materiell, underbemanning og overbelegg. Psykologer, coacher, mindfulnessinstruktører og sjelesørgere står svært sjelden til vår disposisjon. Men vi har blitt gitt en kanal for sjelesorg, utagering og lindring av frustrasjon og pine: avviksmeldinger.

Avvikssystemet er jo laget for å sikre forbedring og kvalitet i helseorganisasjonene. Hvor effektivt det er kan jo diskuteres, men som en rekke andre nyvinninger som først og fremst viser seg å ha nyttige bieffekter, mener jeg avviksmeldinger innehar nøkkelen til mental helse hos oss sykepleiere. Vi har fått en kanal til å lette våre hjerter.

Det er ingen som orker å høre på andre banne og sverte over printere som er tomme for blekk, med blekkpatroner som står innelåst på et kontor ingen har tilgang til før i morgen. Eller passord som er utløpt på dato og dokumentasjonsprogrammer som henger seg opp. Før beit vi det i oss og fikk spenningssmerter og slitasje på jekslene av uforløst sinne. Men nå har vi noen å komme til: Synergi vil gjerne høre.

Avvikssystemet lytter, stiller oppfølgingsspørsmål og ber deg til og med om forbedringsforslag. Den perfekte lytter! Det er bare å åpne opp og la flommen av sinne og frustrasjon skylle ut. Bruk gjerne caps lock og utropstegn. Pust ut, og du kan gi slipp og gå videre.

Og når du står der og skjønner at du har hengt opp antibiotika på feil Olsen, eller den stakkars gamle kroken på 1015 trilla ut av senga fordi du ikke prioriterte løpeturen ned i kjelleren etter sengehest, eller fastvakt-pasienten røsket ut CVK-en fordi du trodde det var trygt å gå fra ham en stakkert stund for å tisse, da kjenner du den synkende følelsen i mellomgulvet av skyld og skam. Da går du til avvikssystemet ditt, og det lytter som en pater lytter til en skriftende katolikk. Og det minner deg på at det ikke bare er deg; det er systemet. Og systemet kan forbedres for å unngå liknende omstendigheter i framtiden. Og når Synergi avvikssystem takker deg og sender saken videre til din leder, er du lettet for din byrde og full av optimisme. Nederlaget er vendt til seier!

Og tre måneder senere får du svar om at avviket er behandlet. Helseforetaket takker deg og forteller at ingenting mer vil egentlig skje med den saken. Men da bare himler du med øynene og bryr deg ikke. For du er kommet deg videre i livet. Du fikk jo lettet hjertet ditt til en som virkelig kan lytte. ●



Aud Farstad

– De måtte ofte se døden i øynene

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Morten Hjerto**

Jordmorhistorier. Med historier fra virkeligheten beskriver Aud Farstad yrket som krevde sine kvinner.

Høyre eg ein bil om natta, så visste eg det var til meg. Då buldra dei på døra, verre en verst», forteller distriktsjordmor Petra i boken *På liv og død*.

Petra Sæther, født i 1907, kom seg ofte fram til fødekvinnen i båt. Eller på sykkel, med hesteskys og noen ganger bil. Hun er en av stemmene historiker Aud Farstad siterer i boken om distriktsjordmødrenes historie. Her er det flust av fortellinger om damene som i storm og stille dro hjem til fødekvinne.

– Med hvilke ord vil du beskrive denne yrkesgruppen?

– Fysisk og psykisk mot, sier hun spontant.

Men hun forter seg å si at hun ikke vil heroisere:

– Mange klarte det ikke. De falt gjennom. De måtte gå over fjell og krysse fjorder. Ofte møtte de døden. Ikke alle hadde det yrket krevde av dem.

En mistet jobben på grunn av alkoholmisbruk. En falt sammen etter å ha mistet en fødekinne.

MISTET ÅTTE BARN. På 1800-tallet ble alle jordmødrene utsatt for sterke traumer. Selv satt forfatteren og gråt på Riksarkivet da hun leste medisinalmeldinger fra den tiden.

– Legen ble tilkalt bare når det gikk skikkelig galt. Jeg leste kliniske rapporter om kvinner som

lå der og led. Jeg har sjøl født fire barn. Jeg kan forestille meg hvilke lidelser de må ha hatt før døden forbarmet seg over dem.

En kvinne hadde så smalt bekken at hun mistet åtte barn. Ett levde opp.

– En tragisk historie, men samtidig en gladhistorie. For lege og jordmor reddet livet hennes åtte ganger. Uten hjelp ville hun dødd uforløst. Mange døde, men de klarte å berge mange liv.

Dramatisk ble det da en jordmor og skysskaren ble angrepet av ulver på vei til en fødende.

– Hesten ble livredd og sleden vellet. De måtte forsvare seg med staur.

Det endte godt.

Farstad begrenser historien til 200 år – fra 1784 til 1984. I 1784 kom landets første jordmorordning i Møre og Romsdal. I 1810 kom loven som slo fast at bare jordmødre fikk drive fødselshjelp. I 1984 kom kommuneloven som ikke lenger krevde at det skulle være ansatt jordmor i kommunene. På 1970-tallet var det stort sett slutt på hjemmefødsler, og dermed på distriktsjordmødrene som reiste rundt.

HADDE DE HÅNDKLÆR? – Jeg har prøvd å gi et bredt bilde av det sosiale livet sett gjennom et yrke. Jordmødrene reiste jo rundt i hjemmene til folk. Når de skulle gjøre jobben sin, var de prisgitt omgivelsene: Var der håndduker? Hvordan var kostholdet? Og boligen?

– Jordmødrene måtte baute mellom den rasjonelle medisinen de hadde lært, og det de møtte i hjemmene.

De måtte forholde seg til hva kvinnene trodde på:

«Uten hjelp ville hun dødd uforløst.»

– Det var ofte noe helt annet enn det jordmødrene hadde lært. På 1800-tallet trodde folk at underjordiske var ute etter å stjele barna deres. De kunne tro at hvis den gravide så en mus eller en bjørn, ville barnet få fødselsmerker.

Dette kunne være en mental og praktisk utfordring for jordmødrene.

– De drev folkeopplysning?

– Absolutt. Om renslighet, for eksempel.

Den første jordmorskolen var i Kristiania.

– Elevene ble drillet i yrkesetikken. Jordmorlæreboken holdt de seg til hele livet.

Det er Møre og Romsdal Farstads bok handler mest om, men hun mener historiene er representative for hele landet.

MÅTTE MELDE OM BARNEDRAP. Farstad er spesielt stolt over siste del i boken der hun har intervjuet åtte av de siste distriktsjordmødrene. Nå er alle døde, unntatt en.

Jordmødrene hadde plikt til å melde fra om de oppdaget at kvinner hadde tatt abort eller begått barnedrap. Var det mistanke om barnedrap, måtte de undersøke om kvinnen nettopp hadde født.

– Et beinhardt yrke. Hva drev dem?

– Jeg tror det var at de fikk sjansen til et yrke. I motsetning til sykepleiere og diakonisser som ofte var drevet av kallstanken.

Det var bare én utdanning i Norge for kvinner, og jordmoryrket var det første formelle yrket som var åpent for kvinner. Møre og Romsdal var først ute med en offentlig finansiert jordmor-tjeneste på landsbygda i Norge.

– Å bli jordmor var en måte for fattige kvinner fra bondeklassen å få støtte. Det var et fysisk krevende yrke, og bondefolk var jo vant til hardt arbeid. En sønn til en jordmor sa han ble ertet fordi mor jobbet på en så grisete plass. Det var



Fakta

Aud Farstad

Aktuell med:

På liv og død

Distriktsjordmødrenes historie

lite pent og pyntelig ved jordmoryrket.

– Var de ofte enslige?

– Veldig ofte gifte. De fikk så dårlig betalt. Yrket var beregnet på gifte bondekoner som tok imot barn som en binæring. De ugifte hadde et stort problem, siden lønnen var tenkt som biinntekt. De levde i fattigdom.

HELTEN SEVERINA. – Hensikten med boken er ikke å lage helter. Men noen får man ekstra godhet for.

Severina Ryther fra Trøndelag er forfatterens helt. Severina ble tidlig enke og satt igjen med to gutter og et småbruk. Det var ingen enkepensjon. Guttene ble sendt på jobb på Rørosbanen straks de var konfirmert.

– Til tross for alt hun hadde å gjøre, sloss hun for jordmødrenes vilkår. Hun dro til Stortinget for å kjempe for pensjon.

Severina døde i 1909, 91 år gammel, uten pensjon.

– Hun må ha hatt en jernhelse?

– Ja, det hadde mange. De ble påfallende gamle. Men noen var mindre robuste. Noen fikk reaksjoner som gamle, det vi i dag kaller post-traumatisk stress. Noen ble alkoholikere.

Hun trekker fram at jordmor Aasa Helgesen, født i 1877, ble landets første kvinnelige ordfører på Utsira i Rogaland.

– Forbløffende ofte er de første kvinnelige folkevalgte en jordmor. Det var nok fordi de hadde en posisjon som myndige mennesker.

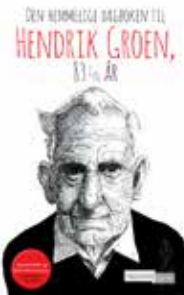
Farstad mener boken kan leses av alle:

– Vi blir alle født. Betingelsene rundt mor og barn angår alle. Tv-serier om røtter fenger. Folk er interessert i historier om enkeltskjebner fra Fattig-Norge og om kvinner som har klart noe. ●

marit.fonn@sykepleien.no



SOMMEREN ER RETT RUNDT HJØRNET, og enten du er alene hjemme for å jobbe mens alle andre er på ferie, eller du selv er den heldige som har parkert helsesandalene for de neste tre ukene, er det tid for å lese. Vi gir deg tips til hva du skal ha med deg i strandveska eller under epletreet i sommer.



Fakta

Den hemmelige dagboken til Hendrik Groen, 83 1/4 år

Vigmostad & Bjørke AS,
2016
ISBN: 978-82-419-1212-2

Anmelder: Inger Frogg
Jørgensen

Skråblikk på eldreomsorgen

ANMELDELSE: Groens dagboknotater er blitt til en annerledes bok om alderdom.

Hårsåre lesere risikerer tidlig å falle av lasset av den rå galgenhumoren, men de som fortsetter, får en minneverdig opplevelse. Den skrantende, gamle jeg-personen beskriver livet på et aldershjem i Amsterdam med et politisk skråblikk på eldreomsorgen – som for øvrig ikke virker helt ulik den norske. En liten kjerne av beboerne, alle særegne personligheter, tar grep og danner Ikke-mett-av-dage-klubben. Her arrangerer de overraskelsesutflukter på omgang, og legger djerpe planer for den ellers så traurige hverdagen.

Det spises, drikkes og oppleves i stort monn, til misbilligende, misunnelige blikk fra medbeboerne. Varme, snodige vennskapsbånd knyttes. Medlemmene benytter hverandres ressurser og får alltid noe å se frem til. Tonen er røff, humoren kostelig og innholdet rørende. Vår mann vil gjerne ha en eutanasi-pille stående i skapet, «for sikkerhets skyld». Men det får man heller ikke i Nederland helt uten videre. Eutanasi-debatten ligger som et bakteppe gjennom hele handlingen og aktualiseres etter hvert som sykdom og skjebne rammer klubbmedlemmene hardt.

Vegg i vegg ligger pleie- og demensavdelingen der alle frykter å ende opp.

Det er ikke vakkert. Så hvordan kan dette bli hylende morsomt? Kanskje fordi det er så nådeløst ærlig og pre-sist observert. Mang en situasjon blir tatt på kornet og formidles tørrvittig uten at empatien går tapt.

Det utvikler seg snart et plott, og det er ikke få elementer av krim å finne innen eldreomsorgen! Så spennende og intrikat blir det at jeg nesten vil hevde at forfatteren har skapt en ny genre. Språket flyter godt og er enkelt i formen, noe som gjør boken lettlest. Bak pseudonymet Groen skjuler det seg et klokt og dannet menneske. Han gjør ikke krav på respekt, men han får det. ●



Fakta

Anna og kjærligheten

Av Birger Emanuelsen
Tiden, 2016
203 sider
ISBN 9788210 05593

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen

En aldrende jordmors indre liv

ANMELDELSE: Hva får en mann i trettiårene til å skrive en roman om en enslig, eldre, introvert jordmor med lesbiske tilbøyeligheter? Birger Emanuelsen har ikke gjort det lett for seg selv når han har valgt å fortelle akkurat Annas historie. Men i vår post-knausgård-ske æra er det forfriskende at noen våger å skrive fiksjon så langt fra sin egen person og miljø. Langt på vei er det et vellykket prosjekt.

Anna Bergsens er på jobb når en person med forbindelser til en vanskelig fortid ramler inn døra på avdelingen. Hun mister fatningen, og en potensielt farlig situasjon oppstår og skaper ettervirkninger som truer

hennes stilling på den nedleggings-truede fødeavdelingen. Brokker fra fortiden rulles opp parallelt med at nåtidens eget drama spiller seg ut.

Jeg synes alltid det er en fryd å lese bøker der vi får krype på innsiden av hodet til dem som ellers ikke ytrer seg så mye. Emanuelsen treffer den eldre kvinnens språkstil godt og gjør interessante observasjoner av de yngre generasjonene og tiden vi lever i gjennom den eldres utenforskap. Tidvis blir språket likevel noe stivt og vil ikke riktig slippe papiret, som når Anna prater med et fotografi av sin avdøde mann – jeg tror bare ikke helt på det. Men ettersom handlingen intensiveres, flyter også språket

bedre og mer levende.

Forfatteren har gjort researchen sin og lager et troverdig sykehusmiljø, riktignok med noen små glipper. Når en hjelpepleier er tillitsvalgt for en jordmor, og en kommende pappa besvimer uten å bli lagt i sjokkleie, lugger det litt for sykepleierleseren.

Annas liv som barnløs enke med et uforløst lesbisk kjærlighetsliv kunne lett ha blitt fortalt som en trist tilværelse, men Emanuelsen er en fordomsfri og respektfull forteller og lar hennes relasjoner og yrkesliv få stå fram som verdifulle og tilfredsstillende. Med Annas fortelling får han sagt mye klokt og viktig både om livet og kjærligheten. ●

Sommerlesning

Fag i ferien

Mer etikk, takk

ETIKK: Når skal behandling avsluttes? Når er man ikke lenger samtykkekompetent? Etikk blir vi aldri ferdig med, og når Per Nordtvedts *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* kommer i ny utgave, er det en god anledning til å bruke noen sommerdager på å bli litt klokere. Boka gir deg oversikt over de viktige teoriene, begrepene og gir god plass til de vanskelige problemstillingene fra praksisfeltet.

Gyldendal Akademisk, 2016



Kaoskontroll for sykepleiere

SELVUTVIKLING: Det danske forlaget FADL har utgitt noe så sjeldent som en selvutviklingsbok for sykepleiere. Sykepleiefaget har endret seg enormt de siste 40 år, med stadig mer kompleksitet. Finn Havaleschka har med boka *Lykkehjørner* ønsket å gi sykepleiere redskaper til å håndtere det. Han beskriver ulike personlighetstyper og hvordan den enkelte best kan finne et godt sted å stå og møte andre der de er.

FADLs forlag, 2016



Borte og hjemme

Ute i verden

REISELITTERATUR: Lindis Hurum forlot en jobb som TV-produsent for å reise ut med Leger uten grenser. I boka *Det finnes ingen de andre – det er bare oss* forteller hun fra sine reiser. Hun byr på innsidefortellinger fra det siste tiårets verste katastrofer. Hun beskriver maktesløsheten over all nøden balansert med gleden av å hjelpe og erkjennelsen av at vi faktisk bare er mennesker alle sammen.

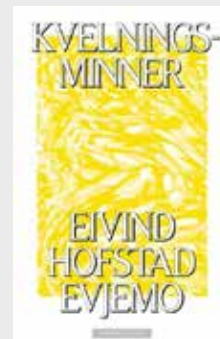
Cappelen Damm, 2016



Inne på institusjonen

DIKT: En funksjonshemmet søster flytter ut av familiens favn og inn på institusjon. Dette er utgangspunktet for Eivind Hofstad Evjemos *Kvelningsminner*. Diktene gir såre og nakne refleksjoner over livene som ikke passer inn i livene våre og hvordan vi ivaretar dem som er avhengig av oss. Diktene er detaljerte og fortellende og gir et ærlig pårørendeblikk på institusjonslivet. (Les dikt fra boken på side 68.)

Cappelen Damm, 2016



Fra bibliotekets magasiner

Selvbiografi fra sykesengen

SELV BIOGRAFI: 43 år gammel gjennomgikk Jean-Dominique Bauby et massivt hjerneslag som etterlot ham ute av stand til å bevege annet enn et øyelokk. *Dykkerdrakt og sommerfugl* har han skrevet i samarbeid med verdens tålmodigste logoped som leste opp bokstaver til han blunket ved den rette. Han skriver poetisk om tankens frie vandring fra en bundet kropp og om livet som pasient totalt overgitt til pleierne.

Gyldendal Forlag, 1997



Livet, døden, kreften og biene

ROMAN: Når svaret på Lars Lennart Westins kreftutredning kommer i posten, åpner han ikke brevet, men tenner opp i ovnen med det og går alene videre i uvisshet. Gjennom hans etterlatte papirer lar Lars Gustavssons roman *En birøkters død* følge ham i hans siste måneder med håp og frykt, smerter og refleksjoner over livet, døden og alt hva det innebærer å være i en kropp.

Gyldendal forlag, 1978





Fakta

Et større vi. Til forsvar for livet.

Av Geir Lippestad
175 sider
H. Aschehoug og Co. (W. Nygaard), Oslo 2016
ISBN: 978-82-03-29450-1

Anmelder: Gro Lillebø

Hvem har vi plass til?

ANMELDELSE: Dagens teknologi gjør det mulig å manipulere med gener. I en skrekkelig verden kan vi snart definere hvilke egenskaper våre fremtidige barn skal ha. Bør vi det?

Hvem er i posisjon til å definere livskvalitet og hva som er et verdig liv? Dette spørsmålet tar Geir Lippestad opp i sin bok *Et større vi*. I boken skriver han om sin datter Rebekka som døde i 2013, bare 17 år gammel. Hun hadde en uhelbredelig muskelsykdom. Rebekka hadde behov for tilrettelegging og hjelpemidler og fikk tilpasset skolegang. Hun utviklet seg ikke i samme takt som de andre barna. Men hun lærte nye ting hver dag og

gledet seg stort over både det og over de tingene de gjorde sammen som familie. Som far så Geir Lippestad hva som betød noe for henne. Hun ga også med det enorm glede og kjærlighet til sine omgivelser.

I boken omtales den eugeniske praksisen i Norge tidlig på 1900-tallet og hvordan man behandlet barn som var «annerledes». Det er vesentlig bakgrunnskunnskap når dagens muligheter innen genteknologi debatteres. Hva slags samfunn vil vi ha? Hvilke verdier er viktige? Annerledeshet er i dag mer akseptert enn tidlig på 1900-tallet. Likevel er det grunn til bekymring. Et eksempel er den økende

bruken av medikamenter til barn som ikke faller inn under «A4-paraplyen». For hvem medisineres de, og hvorfor?

Til å favne så mange historiske hendelser og fakta kunne enkelte kapitler med fordel vært litt lengre. Det ville gitt en dypere innsikt. Videre savnes kildehenvisninger for den interesserte leser. Likevel er det en viktig og rørende fortelling som gir ettertanke og grunnlag for refleksjon og diskusjon. Parallelt med den personlige historien om Rebekka er boken også et bidrag i en viktig debatt. Både som mor til et barn med ADHD og som sykepleier med lang erfaring med barn i sykehus setter den tanker i sving. ●



Fakta

Helsestasjons-tjenesten

Av H. Holme, E.S. Olavesen, L. Valla, M.B. Hansen (red.)
Gyldendal Akademisk, 2016
556 sider
ISBN 978-82-05-48629-4

Anmelder: Guri Midtgard

Utviklingsstøtte for psykiske helse

ANMELDELSE: De siste tiår med forskning på sped- og småbarns psykiske helse har gitt ny kunnskap om hvordan helsestasjonene kan støtte opp under ei god utvikling.

Boka *Helsestasjonstjenesten – Barns psykiske helse og utvikling* er delt i tre. Første del tar for seg kunnskapsgrunnlaget: Hjernens til et spedbarn utvikler seg i stor fart og med sensitive perioder. Epigenetikk viser at miljø kan endre genenes uttrykk og medvirker til at barn kan forme sin egen utvikling. Foreldrenes psykiske helse og deres innbyrdes forhold kan påvirke barnet. Videre, i del to, kan vi blant annet lese at spedbarn er født

med ulikt temperament og at barn som tidlig utsettes for skadelig stress kan få problemer senere. Hva betyr det for psykiske helse å være født inn i en fattig familie, ha en minoritetsbakgrunn, være adoptert eller at foreldre har rusproblemer?

Del tre tar opp tidlig innsats og tiltak på helsestasjonen. Kapitlene her omhandler blant annet kommunikasjon, motiverende intervju, individuell plan, Trygghetssirkelen, kartleggingsmetoder og internettintervensjoner.

Det er korte kapitler. Likevel blir temaene grundig gjennomgått, og de fleste av de 40 kapitlene avsluttes med en konklusjon/oppsummering. Dette

gjør boka oversiktlig og lett å lese.

Innholdsmessig ble det merkelig å se to kapitler om overvekt og fedme og ingen om for eksempel spiseforstyrrelser og mobbing. De fire redaktørene hevder imidlertid i innledningen at temaene er valgt ut fra hva de mener er lite belyst i andre publikasjoner.

Betydningen av støtte fra nettverk rundt barnefamilien, for eksempel fra besteforeldre, burde vært gitt plass i boka.

Kapitlene har ulike forfattere, som alle presenteres mot slutten av boka. Boka formidler viktig kunnskap og bør stå i bokhylla på samtlige helsestasjoner. ●

Bibliotekar- enes sommer- lesning

Donna Louise Dolva
og Anita Harby

Evig sommer mellom permene

LITTERATUR: Noen bøker leser man og blir ferdig med. Andre le-
ver man med. Tove Janssons *Som-
merboken* er en slik bok, en bok
der man stadig kan oppdage noe
nytt. Boka må leses sakte og nytes,
forteller bibliotekarene.

Sophia, hennes pappa og farmor
tilbringer sommeren på en vakker
øy i den finske skjærgården. Farmor-
en er over åtti, Sophia er seks. De
deler erfaringer og lærer av hveran-
dre mens de utforsker øya og omgi-
velsene. Tove Jansson er kjent som
Mummitrollets mamma, og den-
ne boka for voksne regnes som en
klassiker.

En krimroman av det hyggelig
slaget er Martin Walkers *Bruno,
politimester*. Vi møter Bruno politi-
mester i den lille franske landsbyen
St. Denis. Idyllen slår sprekker da en
eldre mann blir myrdet. Romanen
har flotte beskrivelser av Frankri-
ke om sommeren, og det er lett å
drømme seg bort til nydelige mål-
tider under en varm sol. Det er van-
skelig å unngå å bli forelsket i man-
nen Bruno og landsbyen St. Denis.
*Liv Bjørnhaug.Johansen@syke-
pleien.no*



Pasientbiblioteket på Rikshospitalet er
drevet av Deichmanske bibliotek og låner ut
bøker, lydbøker, spill og bilder til pasienter,
pårørende og ansatte ved OUS.

Lettfattelig og informativt om yoga

ANMELDELSE: Yoga har blitt stuerent
og har sneket seg helt inn i helsevese-
net. Kanskje lengter vi etter noe mer
enn tabletter og behandlingsplaner?

Yogaens historiske og opprinnelige
betydning trekkes helt inn i våre mo-
derne liv. Forfatterne fragmenterer,
samler og knytter yogafilosofien opp
mot fagkunnskap, anatomi og fysisk
helse, slik at den blir forståelig og pas-
ser inn i ulike problemstillinger innen
psykisk helse.

I boken avklares en mengde begre-
per innen psykisk helse, noe som van-
ligvis krever en tykk fagbok på hvert
tema. Derfor kan de korte forklarin-
gene tidvis fremstå som noe bombas-
tiske og vel enkle. Troverdigheten til
innholdet i boken styrkes likevel ved
at forfatterne selv har faglig tyngde og
bruker yoga som terapeutisk verktøy
for egne utfordringer, så vel som i mø-
te med pasienter.

Maja Thune har bakgrunn som mil-
jøterapeut og behandler i psykiatrien.
Hun er i tillegg kunst- og uttrykkste-
rapeut og yogalærer. Thune forteller i
boken at hun selv har brukt yoga som
terapeutisk verktøy ved egne opple-
velser med angst og andre psykiske
plager. Hun har etablert terapeutisk
yoga som egen yogaform rettet mot
psykiske lidelser.

Medforfatter Gunnar Egeberg er
psykiater og har bakgrunn som all-
mennlege og behandler innen familie-
terapi. Han har bidratt til å opprette

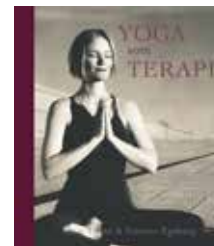
tilbud til mennesker som har opplevd
traumer i nære relasjoner. Egeberg for-
teller i boken at han ser på yoga som et
godt middel for utvikling, men at det
mest av alt dreier seg om å avvikle be-
grensninger og illusjoner som er pålagt
en selv, av en selv eller andre.

Som i alle fysiske øvelser og tre-
ningsformer er det fare for skader.
Yoga gir ingen unntak. Bevissthet
rundt forebygging av skader nevnes
kort, men kunne godt vært mer ut-
fyllende. Ikke alle yogaøvelser er like
lett å utføre om man er ny i yoga. Der-
for savnes det forklaringer til hvordan
man kan modifisere stillingene.

Bildene som er brukt i boken frem-
står som usminkete, ærlige og ekte.
Noe som virker kjærkomment i vår
noen ganger blaserte virtuelle verden.

Boken dekker forskjellige temaer hvor
og hvordan yoga blir brukt som tera-
pi. Det er rikelig med faglitteraturhen-
visninger og studiehenvvisninger så vel
som referanser til filosofiske og ånde-
lige verk.

Boken kan fungere som et opp-
slagsverk. Enten når en føler livet er
litt kaotisk, eller om en ønsker dypere
forståelse av yoga som noe mer hånd-
gripelig. Jeg anbefaler denne boken til
alle som er nysgjerrig på hva yoga er og
hvordan yoga kan brukes. Om du alle-
rede har glede av yoga, vil boken like-
vel kunne være et bindeledd mellom
en fysisk yogapraksis og yoga som et
mer konkret verktøy. ●



Fakta

Yoga som terapi

Av Maja Thune og Gunnar
Egeberg
Spartacus, 2016
232 sider
ISBN: 978 82 430 1005 5

Anmelder: Kine Fossum,
sykepleier og yoga-
instruktør

«Ved å påvirke kroppsmønstre og kroppsholdning,
kan man endre opplevelser og følelser og slik skape
grobunn for refleksjon og utvidelse av bevisstheten.»

Thune og Egeberg



Diabetes. Opp gjennom historien har det blitt tatt noen sjumilssteg i behandlingen av diabetes.

Problemene på de langerhanske øyer

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers** • Foto **Scanpix**

Allerede i år 1550 f. Kr. ble det på papyrusruller beskrevet en diabetes-liknende sykdomstilstand. Behandlingen den gang var en firedagers diett med avkok av ben, korn, sand, bly og jord, ifølge Diabeteshåndboka.

I 2016 vet vi mer. Mye mer. Men slettes ikke alt.

STRENG DIETT. Omkring 1920 var diabetes type 1 en sykdom med kort forventet levetid.

Etter sykdomsdebut døde pasientene oftest etter 6 til 12 måneder, ifølge en artikkel i Tidskriftet for den norske legeförening. Bare gjennom en svært streng diett, som innebar sterk avmagring, kunne pasientene leve lenger enn dette.

– Før insulinbehandling ble tilgjengelig, ble pasientene forsøkt behandlet med kost uten karbohydrater, men de døde relativt raskt av kakeksi eller ketoacidose.

Det forteller Tor Claudi, overlege ved Nordlands-sykehuset og en av landets fremste eksperter på diabetes.

Kakeksi er sterk avmagring, og ketoacidose er en tilstand som inntreffer ved altfor høyt blodsukker på grunn av insulinmangel.

LITE OMRÅDE – STORT PROBLEM. Det er i bukspyttkjertelen problemet ligger. Inne i bukspyttkjertelen finnes det om lag 1 million av det som kalles de langerhanske øyer.

Disse øyene er små, spredte, skarpt avgrensede grupper av endokrine celler. Den tyske patologen Paul Langerhans (1847–1888) beskrev celleøyene i 1869.

På en langerhansk øy foregår det hormonproduksjon. Blant annet produserer betaceller hormonet insulin.

Jobben til insulinet er å «åpne døren» inn til

cellene, slik at sukkeret, det vil si glukosen, blir omgjort til energi. Insulinet skal enkelt sagt føre sukkeret som kommer fra et måltid inn i cellen.

Ved diabetes type 1 oppfatter kroppens immunsystem de insulinproduserende betacellene i bukspyttkjertelen som fremmedelementer og ødelegger dem. Dette gir kraftige symptomer, og derfor blir diagnosen stilt raskt.

Ved diabetes type 2 er følsomheten nedsatt for insulin i muskel og leverceller – insulinresistens. En forutsetning for å få diabetes type 2 er at bukspyttkjertelen i tillegg produserer for lite insulin.

I motsetning til ved diabetes type 1, er det langt fra alle med type 2 som trenger behandling med ekstra insulin.

«VIDUNDERSTOFFET». På begynnelsen av forrige århundre kom revolusjonen: Insulinbehandling.

Leonard Thomsen fra Toronto var 14 år gammel i 1922. Tenåringen hadde diabetes type 1, og var svært syk. Den 23. januar 1922 skrev han seg inn i historiebøkene. Som det første mennesket fikk han en injeksjon med insulinekstrakt fra storfe – som virket. Dagen etter fikk han to injeksjoner, og blodsukkerkonsentrasjonen sank.

Suksessen var et faktum. Thomson var i live fram til 1935. En annen diabetespasient, Elizabeth Evans Hughes, begynte også med insulininjeksjoner i 1922. Hun var i live helt til 1981.

Flere hadde vært på sporet av en insulinbehandling, men direkte i forkant av gjennombruddet var

«Jeg tror det vil bli færre senkomplikasjoner.»
Tor Claudi, diabeteslege

fire aktører fra den såkalte Toronto-gruppen sentrale: Frederick Banting, Charles Best, James B. Collip og John J.R. Macleod.

Behandlingsmetoden fikk raskt stor utbredelse. Allerede i mai 1923 fikk den første norske pasienten insulin, og Aftenposten hadde i 1924 et stort oppslag i avisen med tittelen «Vidunderstoffet insulin».

UTVIKLING. Om leveutsiktene med den første insulinbehandlingen sier Claudi at pasientene overlevde, men problemet var senkomplikasjonene. Noe man selvsagt ikke var klar over da insulinbehandlingen ble tilgjengelig.

I 1936 ble det oppdaget at insulinets virkning ble forlenget hvis det ble tilsatt proteinet protamin. Ti år etter, i 1946, klarte to forskere å fremstille krys-tallisk protamininsulin.

Ifølge Diabeteshåndboka ble det i 1970-årene utviklet renere insuliner som ga mindre antistoffdannelse og allergiske reaksjoner. I 1982 lyktes man så med å omdanne svineinsulin til human insulin.

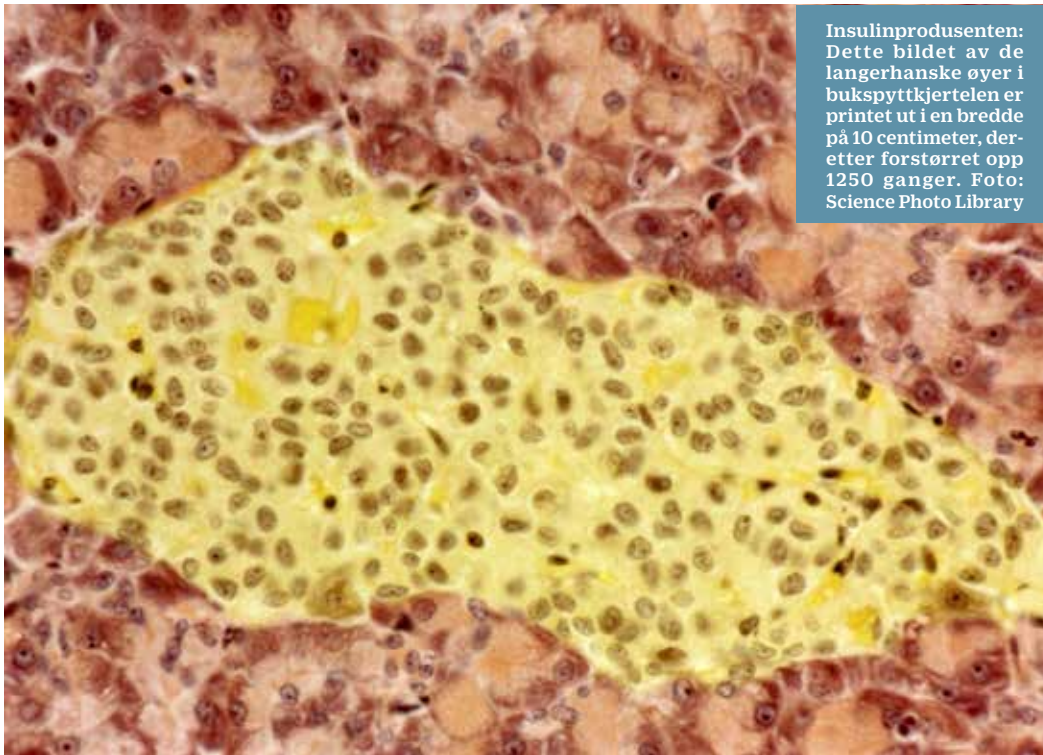
EGEN MÅLING. Claudi mener den største lettelsen i diabetesbehandlingen – etter insulinet – kom da pasientene fikk mulighet til å delta mer aktivt i behandlingen.

– Strips til måling av blodsukker ble allment tilgjengelig rundt 1980. Blodsukkerapparatene kom noen år senere. De var dyre. Jeg tror de kostet cirka 2 000 kroner i 1985, sier han.

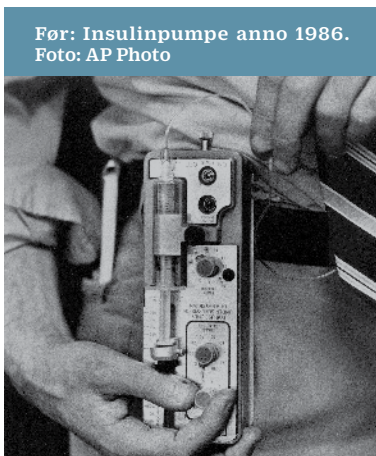
Før dette var pasientene en dag på sykehuset og man målte blodsukkeret der.

– Ut fra disse verdiene, som man med sikkerhet kan si at var svært forskjellige fra de «vanlige» blodsukkerverdiene, ble insulin dosert, meget autoritært, fram til neste kontroll om 3 til 6 måneder, forteller Claudi.

– Urintesting med tanke på glukose ble brukt av



Insulinprodusenten: Dette bildet av de langerhanske øyer i bukspyttkjertelen er printet ut i en bredde på 10 centimeter, deretter forstørret opp 1250 ganger. Foto: Science Photo Library



Før: Insulinpumpe anno 1986. Foto: AP Photo



Den første: Elizabeth Evans Hughes var en av de første diabetespasientene som fikk insulinbehandling i 1922. Hun levde helt fram til 1981. Foto: Science Photo Library

mange, men det var en svært unøyaktig metode. Metoden i seg selv var dårlig, og urinsukker gir et dårlig bilde av blodsukkerverdiene.

NYE RETNINGSLINJER. I dag er den viktigste behandlingen av diabetes type 1 fremdeles tilførsel av insulin.

– Vil du si at diabetesbehandlingen i det store og det hele er den samme som for 90 år siden?

– Til å begynne med hadde man kun hurtigvirkende insulin, på den måten likner det litt på deler av behandlingen i dag. Men insulinbehandlingen endret seg særlig etter at man fikk muligheten til å måle blodsukkeret og dosere

insulin etter det, sier Claudi.

– De nye hurtigvirkende insulinene virker raskere og de langtidsvirkende langsommere og mer stabilt enn tidligere insulin, sier han.

Økt kunnskap de siste årene har gjort at Helse- og sosialdepartementet om få uker lanserer oppdaterte retningslinjer for diabetesforebygging og -behandling. De forrige retningslinjene er fra 2009.

Ni arbeidsgrupper, to år og 53 høringsvar har det tatt for å komme i mål med de nye anbefalingene. Retningslinjene er delt inn i 12 områder som tar for seg alt fra behandling av føtter til konkrete kostholdsråd og anbefalt livsstilsendringsprogram ved risiko for diabetes type 2.

Claudi har sittet i en av arbeidsgruppene som har revidert retningslinjene. Han har stor tro på at det vil komme nyvinninger innen diabetesbehandling i årene framover:

– Jeg tror det vil bli bedre muligheter til kontinuerlig blodsukkerkontroll og insulinpumper som delvis styrer behandlingen ut fra kontinuerlig blodsukkerkontroll. Jeg tror også det vil bli færre senkomplikasjoner på grunn av bedre blodsukkerkontroll og bedre behandling av senkomplikasjonene dersom de oppstår.

– På sikt har jeg stor tro på mulighet for stamcelletransplantasjon eller liknende nyvinninger, sier han. ●

Fakta

HVOR MANGE HAR DIABETES?: Antallet personer med diabetes i Norge ble i 2004 anslått til cirka 265 000. Vel 25 000 av disse har type 1-diabetes.

TYPE 1: Type 1-diabetes utgjør 5 til 10 prosent av all diabetes og 95 prosent av diabetesstilfellene blant barn. Omkring 300 personer under 15 års alder får type 1-diabetes hvert år i Norge.

Kilde: Folkehelseinstituttet

FAGGRUPPE: NSF har en faggruppe for diabetessykepleiere med 327 medlemmer. Deres overordnede mål er å videreutvikle en god kvalitativ, kvantitativ og individuell sykepleieomsorg for personer med diabetes og deres pårørende.

Handlingsplan og mer om faggruppen her: <https://www.nsf.no/om-faggruppen/artikkelliste/1212309>

KILDER: «Hvem oppdaget insulinet?» av O. Søvik, Tidsskrift for legeforeningen, Diabeteshåndboka av Stein Vaaler og Terje Møinichen, Diabetesforbundet, Store medisinske leksikon, Bli ekspert på din egen diabetes av Ragnar Hanås, Scanpix



Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilket område jobber sykepleiere i fengselshelse-tjenesten mest med? *

- A Depresjoner
- B Selvmordsproblematikk
- C Rus

2 Hvor mange av Norges sykehusinnleggelser skyldes sepsis?

- A En av ti
- B En av 25
- C En av 50

3 Hvor mange med sepsis dør?

- A En av ti
- B En av 25
- C En av 50

4 Hvilke sopper gir opportunistiske soppinfeksjoner?

- A Sopptyper som trosser sterile forhold og smitter likevel
- B Sopptyper som kan gi sykdom hos pasienter med svekket immunitet
- C Ekstra aggressive sopptyper som angriper alle organene i kroppen

5 Hva lider du av hvis du har anisokori?

- A Anisoduft av blodet ved forhøyet blodsukkernivå
- B Ulik størrelse på pupillene
- C Ulik farge på øynene

6 Og hva betyr anisomasti?

- A Ulikt søvnmonster gjennom uken
- B Komorbiditet med ulike somatiske lidelser
- C Ulik størrelse på brystene

7 Hva kommer ordet koma av?

- A Latin: Uten bevissthet
- B Indisk: Nesten død
- C Gresk: Falle i søvn

8 Hva er bommullsfrøolje mye brukt til?

- A Løse opp ørevoks
- B Tilsetningsstoff i legemidler
- C Avføringsmiddel

9 Hvor stor er smittefaren for klamydia ved ubeskyttet vaginalt samleie der én er smittet?

- A 10 prosent
- B 35 prosent
- C 70 prosent

10 Antall gonorétilfeller er det høyeste på 25 år. Hvilken gruppe ligger på topp med over halvparten av tilfellene?

- A Homoseksuelle menn
- B Heteroseksuelle menn
- C Heteroseksuelle kvinner

*) Ifølge Sykepleiens undersøkelse i nr. 4.



Er dette en typisk opportunistisk soppinfeksjon?

- 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: 1C, 2A, 3A, 4B, 5B, 6C, 7C, 8B, 9A, 10A

Randis hypokonderkryssord

OVER- GREP- ET	DYR 8 MARS	ÅPNIN- GEN	SKADE KAR- AKT.	DYR VRI	ØKT	UKLAR DRØM	ORD	SAKTE	SYKD. SLITEN	FEIL	VONDT	PLATE	BIBEL- DEL	KON- VERS- ASJON
														RUND- EN
SVET- TE- TOKT	DUFT		INTERJ.		TALL KLARE		VENTA FOR- NØYELS- ER						SKIPS- FORK	
SMER- TES BORT						ÅKER		MYNT- ER					LEVER- TE	
			VEVE			UNDER- KUET		BIB- NAVN INTIM				ROM VISE		
FORF.				BÅTEN OM- SORG				RØRE		PS		FASE BORTE		
PRON.			GUD	DYR			DELE			VASK				DRIKK
ORI- GINAL	LEVER			KLOK- KA			SPISER			INGEN- TING				
						TIRRE			ROGN- EN					

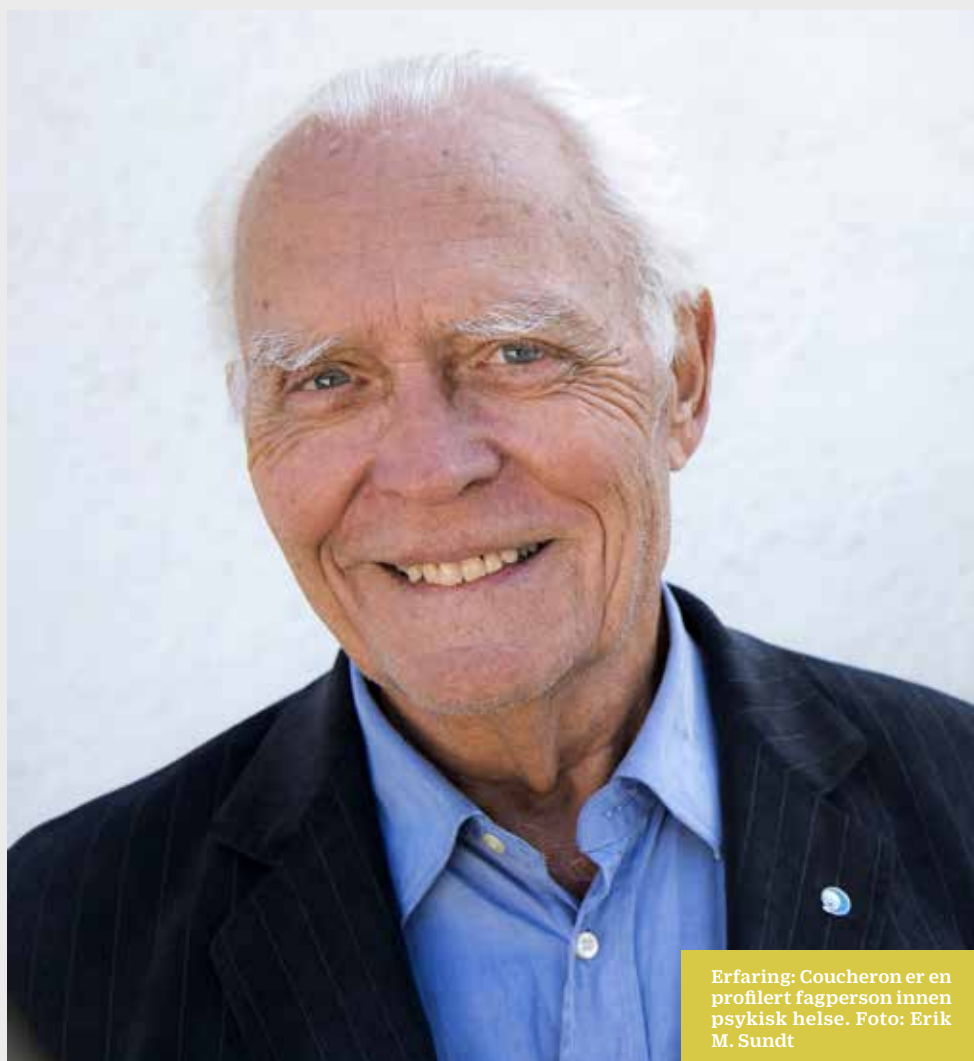
Se løsning på kryssord side 85.



Meninger

Del 4 Sykepleien 06 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Erfaring: Coucheron er en profilert fagperson innen psykisk helse. Foto: Erik M. Sundt

Mot strømmen

Psykiatri. Dag Coucheron har ertet på seg mang en kollega i årenes løp. **86**



Rett til økt prosent. Rettigheten fungerer ikke i praksis. **80**



«Helsetjenesten har et definert ansvar for at brukerens verdighet ivaretas.»

Rita Jakobsen. **84**



Robot vs. menneske. Kan teknologien ta over? **82**



Tap. Det var ikke bare sykepleier Solveig Brattgjerd som tapte da Høyesterett slo fast at deltidsansatte ikke kan kreve fortrinnsrett til del av stilling.

Høyesterett raserer deltidsrettighet



Fakta

**Eli
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

Stortinget må nå på banen og sørge for at dommen i Høyesterett i april ikke setter et uverdigg punktum for kampen mot ufrivillig deltid.

FIKK FØRST MEDHOLD. Sykepleien har ved flere anledninger skrevet om Solveig Brattgjerd, som fikk medhold i kravet om utvidet stilling både i Tvisteløsningsnemnda, tingretten og lagmannsretten. Men tre av de fem høyesterettsdommerne har gitt Oslo kommune medhold i at deltidsansatte ikke kan kreve fortrinnsrett til del av stilling, bare til stilling som er større enn den man allerede har.

Høyesterett legger til grunn at arbeidstaker kan utøve fortrinnsrett både når arbeidsgiver utlyser større stillinger enn den arbeidstaker allerede har, og til stillinger som lar seg kombinere med eksisterende stillingsstørrelse. Innslag av helgearbeid i turnus gjør kombinasjonstilfellene uaktuelle for sykepleiere. Derfor vil rettigheten bare ha praktisk betydning når det blir ledig større stillingsstørrelser enn man allerede har.

KONKRET ULEMPE. Høyesterett setter strek over en tiårig praksis i Tvisteløsningsnemnda der arbeidsgiver har måttet påvise en konkret ulempe til hinder for sammenslåing av stillinger. Deltidsarbeid er utbredt i kvinneorienterte deler av arbeidsmarkedet, eksempelvis helse- og omsorgssektoren.

«Rettigheten vil bare ha praktisk betydning når det blir ledig større stillingsstørrelser enn man allerede har.»

Her er arbeidet organisert på en slik måte at det forutsetter utstrakt bruk av deltidsstillinger. Da deltidsansatte i 2005 fikk en lovbestemt rett til utvidet stilling i arbeidsmiljølovens § 14-3, var det med sikte på å motvirke en arbeidsorganisering som gjør det tilnærmet umulig å få hel stilling. Bestemmelsen har vært et skoleeksempel på hvordan lovgivningen kan støtte opp

om et felles politisk mål om heltidsarbeid og økonomisk likestilling mellom kvinner og menn.

Nettopp kravet om å kunne påvise konkret ulempe har vært et viktig bidrag for å hindre at virksomhetene organiserer driften med utstrakt deltidsarbeid. Slik NSF ser det, var dette også siktemålet til et samlet storting i 2005. Når Høyesteretts flertall kommer til en annen lovforståelse i 2016, må dette ses på som uttrykk for at lovgivningshåndverket har vært for dårlig.

FORTSATT MYE DELTID. Partene i arbeidslivet er enige om at heltidsarbeid er viktig både for den enkelte ansatte, for virksomhetene og for samfunnet. Likevel er omfanget av deltid blant sykepleiere urovekkende stabilt.

At stillinger i helsesektoren fortsatt lyses ut som deltid, er ikke i tråd med arbeidskraftbehovet, og det skaper ikke attraktive arbeidsplasser.

Det er dessuten uttrykk for strukturell kjønnsdiskriminering, som ikke blir mindre alvorlig når vi vet at det er en sammenheng mellom deltidsomfang og lønnsnivå i en sektor.

NSF krever at regjeringen og Stortinget nå bringer loven tilbake i samsvar med de intensjoner og den praksis som er etablert. Bare på den måten kan Solveig Brattgjerd og andre deltidsansatte sikres en reell rett til heltidsstilling og til vern mot strukturell diskriminering. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.

LES OM ETIKK I SYKEPLEIENS APP

NYTTIG
INNSIKT

Sykepleiere kommer ofte opp i situasjoner som krever etiske vurderinger. Vi har utgitt en egen etikk-utgave som du kan lese i Sykepleiens App for nettbrett.

“

Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?

”



Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Etikk appen finner du i Sykepleiens app for brett. God lesning!

Sykepleien



Idéfabrikk. Oppgåva var slik: Argumenter for at teknologi må erstatte folk. Overtyd dei tvilrådige. Få vekk bremseklossane.

Teknologien tar over?



Fakta

Anders Folkestad

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Eg var i Paris på eit stort OECD-møte, prega av politiske bekymringar. Produktiviteten har stagnert og økonomien skrantar. Noko må skje!

Framtidsverktøya er teknologi og digitalisering. Det kan fikse det meste, hevdar somme. Andre er skeptiske: maskinar kan aldri erstatte menneske.

Saman med over 100 andre, frå mange land, var eg innestengt på ein «idefabrikk» i tre timar. Vi blei delte i to fraksjonar. Den eine skulle representere «humane verdiar». Den andre skulle representere «teknointelligensen». Eg hadde fått jobben som leiar for teknosida.

FRAMTIDSBILDE. Som gruppeleiar skulle eg engasjere og motivere gruppa, og syte for framtidsbilde der folk i helsesektoren, utdanningssektoren, i politiet og i forsvaret skulle erstattast av teknologi, av robotar m.m. Ikkje nok med det: Gruppa mi skulle særleg fokusere på helsesektoren. Eg er ikkje Unio-leiar lenger, og eg sleit i starten. Men her var det berre å skifte fokus.

Vi starta med å ta på oss det store VI, som representerer pasientane, folket. Ivrige la vi til grunn at folket ikkje treng folk, men instrument, digital kommunikasjon og innopererte chippar som både kan førebygge, diagnostisere og behandle – raskt og effektivt. Og robotar kan dessutan, i motsetnad til folk, programmerast til å vere rettferdige og nøytrale. Mange fordelar, altså.

Framtida vår måtte stå seg mot kjenslelada motargument som at «berre folk kan forstå folk», at «fagfolk er medmennes-

«Dette ville ikkje ha skjedd med ein robot, påstod eg.»

ke». Slike avdanka haldningar måtte overvinnast. Vi stod trass alt for det moderne. «Vi møter dei på deira eigen banehalvdel, foreslo eit gruppemedlem, og hosta opp forteljingar om både bestemora og babyen som blei berga av avanserte teknologiske nyvinningar.

Vi var klar for duellen: Humangruppa serverte nettopp det vi venta: berre menneske kan forstå menneske osv.

IKKJE IDOL. Vi slo til med bestemora og babyen, og «påviste» at maskinar kunne erstatte folk til beste for pasienten. Dessutan var det meir effektivt, meir lønnsamt, og vi la til at helsepersonell kunne få andre og meir interessante arbeidsoppgåver.

Det nærma seg finale og avstemming i plenum. Kven hadde argumentet best? Ikkje Idol, akkurat, men likevel. Kven ville vinne? Gule og rosa kort blei løfta. Dommaren erklærte uavgjort. Vi var fornøgdde. Uavgjort mot dei mjuke verdiane! Men det var inne på idefabrikken ...

«Det har vore voldsomme endringar», fortalde ein pensjonsklar sjukepleiar då eg var på pasientvisitt på eit sjukehus for litt sidan. «Då eg begynte som sjukepleiar, var liggetida for "denne" operasjonen to–tre veker. No er det eit par døgn. Takk vere ny teknologi og nye metodar. Men ikkje sjeldan kjem pasientane raskt tilbake, og vi må gå nye rundar», la ho til. Med eit snev av irritasjon. Eller kanskje var det nostalgi?

Det blei forresten ekstraomgangar på idefabrikken. Motparten la høglydt inn eit nytt argument: Det er større risiko for at robotar gjer feil enn for at menneske gjer det.

FAGFOLK. Då drog eg trumfkortet. Om den gongen eg låg på trillevogna, ganske dizzy etter den første sprøyta, og oppdaga at det var feil bein som var barbert! Klassisk vits, javel. Men sant. Dette ville ikkje ha skjedd med ein robot, påstod eg. Vi henta nye poeng.

Men sjølv sagt tapte vi saka. Det er fagfolk som må gjere jobben, slik dei gjorde for meg. Rett nok med hjelp av teknologi. God teknologi er avhengig av gode fagfolk, og omvendt. Vi treng meir av begge delar. Litt nostalgi er inga hindring. Heller ikkje for diskusjonane i OECD. ●



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Teknologi. Vi kan trygt fastslå at innovasjon av omsorg og hjemmeteknologi er noe av det som utvikler seg raskest her i verden.

Varme hender og smarte hoder

Vi beveger oss raskt i retning av en heldigitalisert helsesektor. Det krever også at de som jobber der har forståelse for både bruk og hvordan man utnytter teknologi.

HELSE OG TEKNOLOGI. Det er en spennende tid for dem som er interessert i helse og teknologi. Utviklingen har skutt skikkelig fart. Roboter, analyse av stordata, kunstig intelligens, 3D-printing, personifisert behandling, skytjenester og presisjonsmedisin er noen av trendene.

PARADIGMESKIFTE. Det kan kalles et «paradigmeskifte», selv om ordet et litt stivt og ofte blir misbrukt. Ifølge ordboka betyr dette «et systematisk skifte i måte å tenke på som er av betydelig størrelse og rekkevidde». Og at den grunnleggende strukturen på et område er i ferd med å endres.

For å gi et eksempel: For fem år siden ble rapporten «Innovasjon og omsorg» publisert, også kjent som Hagen-rapporten etter Kåre Hagen som ledet arbeidet. På det tidspunktet var et utvalg av Norges klokeste hoder på dette området ganske pessimistiske på vegne av omsorgssektoren. Det var nesten ingen som jobbet med å gi ny teknologi innpass.

RASK UTVIKLING. Nå kan vi trygt fastslå at utvikling og innovasjon på omsorg og hjemmeteknologi er områder der det går raskest fremover. Også i Norge er det mange store og små prosjekter på gang, og kommunene er for øyeblikket blant de mest innovative i norsk helsevesen.

Dette betyr også at helsepersonell i økende grad må lære seg å bruke teknologi. Vi har heldigvis lagt debatten om «kalde hender mot kald teknologi» bak oss. Teknologi vil i høyeste grad gi oss mer kvalitetstid med pasientene.

ENDRET ARBEIDSSITUASJON. Likevel er det krevende å holde seg oppdatert i en raskt endrende arbeidssituasjon. Vi trenger derfor i sterkere grad å involvere helsepersonell i det store digitaliseringsprosjektet. Både leger og sykepleiere bør få mye mer opplæring om og forståelse for hvilken retning vi er i ferd med å gå.

«Teknologi vil i høyeste grad gi oss mer kvalitetstid med pasientene.»

RIKTIG BRUK. For et år siden skrev jeg en blogg om hoderegning for sykepleiere på Dagens Medisins nettside, «Bruk IT, ikke hodet: $2+2=5$ ». Jeg er overbevist om at riktig bruk av teknologi vil gjøre jobben lettere for mange. Det vil også skape mer trygghet og kvalitet.

TRENGER INNSPILL. Men det forutsetter at vi ikke overlater teknologi til IT-folk. Vi trenger engasjement og innspill fra leger og sykepleiere. De kan bringe inn sin erfaring og innsikt i hverdagen når vi utformer nye tjenester.

DEL AV UTDANNINGEN. Dette er noe som i mye større grad må bli en del av utdannelsene til helsepersonell. For vi trenger både varme hender og kloke hoder. Implementering av gode løsninger kan ikke skje uten godt samarbeid mellom teknologiutviklingen og dem som jobber med helse i hverdagen. ●



Fakta

Nard Schreurs

Direktør for eHelse og smart tek i IKT-Norge



Demens. Kompetansen er avgjørende for om en krevende situasjon håndteres verdig eller uverdig for en person med demens.

Verdig behandling krever kompetanse



Fakta

Rita Jakobsen

Førsteamanuensis,
Lovisenberg diakonale
høgskole

Pasientens autonomi – selvbestemmelse – som overordnet verdi er grunnleggende for alle yrkesgruppene i norsk helsetjeneste. Like sikkert er det at denne verdien utfordres i møte med pasienter, i noen tilfeller nesten daglig.

Forutsetninger for autonome valg kan ses i sammenheng med samtykkekompetanse. Her er det fire kriterier som gjelder:

- Evne til å forstå informasjon
- Evne til å vedkjenne seg sin helsetilstand og situasjon
- Evne til å vurdere mulige alternativer og konsekvenser
- Evne til å uttrykke et valg.

Å TA VALG. På et visst stadium i demenssykdommen blir det vanskelig for den som er rammet å vurdere konsekvensene av sine handlingsvalg. Det betyr ikke at personen ikke kan gjøre autonome valg, men det krever faglig kompetanse og innsats fra hjelpere i forkant av valget.

Det handler om å kjenne pasienten godt og tilrettelegge samtalen spesielt for den ene. Men selv da kan det være vanskelig å overbevise om at denne handlingen er god eller dårlig for vedkommende.

ETISK UTFORDRENDE. Når personer med demens vandrer lettkledd ute om natten, kan situasjonen forstås som etisk utfordrende. Hjemmesykepleien har vært på siste besøk kl. 22.00. Brukeren har fått hjelp til kveldsstell, mat og pysjamas og er klar

«Pleiere i demensomsorgen erfarer daglig situasjoner der balansen mellom verdighet og autonomi er truet.»

til å legge seg når hjemmesykepleien forlater huset.

Helt tilfeldig treffer en av hjelpepleierne som arbeider i hjemmesykepleien henne på togstasjonen senere på kvelden. Hjelpepleieren er ikke på vakt, men i privat ærend. Klokken er 24.00, og brukeren sier hun skal reise hjem til sin mor med toget. Hun er kald, kledd i tøfler og en liten jakke utenpå pysjamasen.

Hjelpepleieren prøver å overtale henne til å bli med hjem. Si er hun kan følge henne. Brukeren vil ikke. Hun gjør verbal og fysisk motstand, og flere samler seg rundt dem. Situasjonen oppfattes av hjelpepleieren som vanskelig og uverdig for pasienten, som tydelig gir uttrykk for at hun er redd og sint.

VERDIER. Dilemmaet er opplagt – det står mellom to verdier: Autonomi og verdighet. Men løsningen er ikke like opplagt. Hvilke valg har denne hjelpepleieren?

I dette tilfellet bor damen alene og har ingen nære pårørende eller venner. Politiet er et alternativ. Dersom politiet koples inn, er det fare for at hun skal bli enda reddere. Hvis hun gjør motstand mot politiet, er også verdigheten truet.

Vi ser at her er det stor sannsynlighet for at brukeren kan utsettes for tvang i den verdige omsorgens tjeneste.

VANSKELIG BALANSE. Studier viser at pleiere i demensomsorgen daglig erfarer situasjoner der balansen mellom verdighet og autonomi er truet. De erfarer utilstrekkelighet i møte med brukerne i forhold til de idealer de er opplært til å fylle, og de går på akkord med seg selv både faglig og moralsk.

En studie publisert i Nursing Ethics viser at det er flere faktorer som kan virke understøttende for hjelpepleieren i denne situasjonen:

- Respekt for personen i dennes sårbarhet
- Kompetanse til å forstå og kommunisere med personer som har redusert kognitiv svikt og redusert vurderingsevne.

I refererte studie sier pleierne at den enkeltes kompetanse i demensomsorg er avgjørende for hvorvidt situasjonen håndteres verdig eller uverdig for personen med demens. Faren for maktbruk er opplagt stor, og alternativer når det gjelder handlingsvalg avhenger av evne til å forstå og håndtere vanskelige situasjoner.

ARBEIDSKULTURER. Denne type kompetanse utvikles i arbeidskulturer som identifiserer etiske problemstillinger og som systematisk reflekterer over disse. Etisk refleksjon i demensomsorgen kan forstås som bevisstgjøring, fagutvikling

Studien viser også at pleierne ved bruk av systematisk refleksjon ble dyktigere i å gjøre etiske vurderinger, til å overtale brukeren og til å velge verdige handlinger. Pleierne på disse avdelingene framhever avdelingssykepleieren som sentral i etablering og gjennomføring av systematisk etisk refleksjon.

Hjelpepleieren i omtalte situasjon hadde kunnskaper, ferdig-

«De erfarer utilstrekkelighet i forhold til de idealer de er opplært til å fylle, og går på akkord med seg selv.»

UTFORDRER IDEALER. I alle arenaer i kommunehelsetjenesten, særlig i møte med personer med demens, vil det fra tid til annen oppstå etiske dilemmaer som utfordrer idealet om autonomi og selvbestemmelse. Evnen til reflekterte valg trues ved demenssykdom på et visst stadium, hvilket igjen i gitte situasjoner kan utfordre verdigheten til personen som er rammet.

Helsetjenesten har et definert ansvar for at brukerens verdighet ivaretas. For å kunne ivareta dette ansvaret, må tjenesten legge til rette for å utvikle den kompetanse som fordrer. Mellomlederen (avdelingssykepleieren) ser i omtalte studie ut til å være en avgjørende faktor i denne sammenheng. ●



Løsning på kryssord
i nummer 06/2016
(se side 78).

[illegible]

XWEAR.NO

Sertifiserte støttestrømper fra 99 kr



Støttestrømper fra Xwear.no
er testet og sertifisert.

www.xwear.no



Dag Coucheron

Alder: 78

Utdanning: Medisin, psykiatri og psykoanalyse

Stilling: Privatpraktiserende psykiater/psykoanalytiker og veileder i psykoterapi. Forfatter, skribent og pensjonist.

Hvorfor: Fordi han lenge har kjempet mot medisiner og diagnoser i psykiatrien

Motstands- mannen

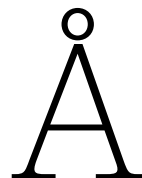
Skeptisk. Dag Coucheron har vært imot medikalisering i psykiatrien i en mannsalder. Så hvorfor jubler han ikke når helseregionene nå skal få medisinfrie enheter?

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M Sundt**





Kritisk: Dag Coucheron tror ikke at psykiaterne vil lede de medisinfrie enhetene på en god måte.



Arbeidet er 1941. En tre og et halvt år gammel gutt sitter hjemme i Ullevål Hageby sammen med faren sin som er politisk aktiv i motstandsgruppen «Alt for Norge». To norske gestapister venter med dem. De har mørke frakker med dype lommer og smiler seierssikkert. Det er en forferdelig stemning. Gutten merker at faren er redd.

Etter et par timer ringer telefonen. Det er guttens mor, mezzosopranen Sonja Coucheron. Hun jobber i den samme illegale gruppen som faren, sangpedagogen og oversetteren Olaf. Sonja får beskjed om at hvis hun ikke kommer hjem, tar de sønnen hennes, Dag.

Hun overgir seg og sendes til Ravensbrück konsentrasjonsleir i Tyskland. Der blir hun til krigens slutt. Olaf fengsles også og havner på Grini fangeleir, hvor han blir i ett år. I mellomtiden blir lille Dag tatt hånd om av onkel Erling.

– Det er mitt første minne om overgrep, sier psykiater og psykoanalytiker Dag Coucheron til Sykepleien.

«Det bare er tull å dele opp i rus og psykiatri. Alt er psykiatri.»

– Krigen er nok den hendelsen som har formet meg mest. Tryggheten ble revet vekk under meg, og jeg fikk en grunnleggende skepsis til autoriteter. Frykt for overgrep og krig har fulgt meg siden.

Fire år senere kom Sonja hjem, totalt ugjenkjennelig: 120 kilo tung med B-vitamin-mangelsykdommen våt beriberi.

– Hun albuete seg frem mellom far og meg som hadde utviklet en nær relasjon, og ville være mamma.

Sju år gamle Dag ba henne dra tilbake til Tyskland der hun kom fra.

– Jeg har sikkert tatt skade av å vokse opp under krigen. Jeg har til tider vært redd, men har nok overkompensert ved å agere selvsikker.

RETTSSAK OM SCHIZOFRENI. 78-åringen har akkurat ankommet fra vinterlagring i Florida til sin lille arbeidshule bak garasjen på Nesodden. Gjennom rutevindue glitrer Oslofjorden nesten syndig forlokkende. Men seilbåten får stå i fred i dag.

Etter intervjuet skal psykiateren i retten som sakkyndig vitne for en pasient som er tvangsbehandlet i mange år og vil ha fjernet schizofrenidiagnosen. De er tre fagfolk som støtter pasienten mot staten, men Coucheron er likevel spent på hvordan det vil gå.

– Det er vanskelig å fjerne diagnoser i psykiatrien, selv om de kommer nokså tilfeldig og er basert på synsing. Jeg har sett mange mennesker som blir satt på antipsykotiske midler og utvikler symptomer som likner på schizofreni av medisinen,

hevder han og påpeker at to av hans tidligere pasienter med schizofrenidiagnose nå studerer medisin.

– De kommer til å bli gode leger, mener han.

MUSEVISA. I den furupanelte hulen tar Coucheron fremdeles imot pasienter. Tre røde tekstilstoler står vendt mot en sort i skinn med sving. Det har vært mest nevroses, nå er det mer psykoser. «Treat people» står det enkelt og greit på LinkedIn-profilen at den tidligere overlegen driver med.

Han liker det enkelt, og mener det er latterlig å tro at vi har 190 klart definerte psykiatriske diagnoser, slik diagnosemanualer som for eksempel den europeiske ICD-10 gir inntrykk av. Selv har han nytte av bare tre i sine tanker: psykoser, nevroses og psykopatier. Og så har han fått sansen for én til: «reaksjon på alvorlig belastning». Den er som poteten og kan brukes til det meste.

På veggen henger Ibsen i glass og ramme. Husvennen Alf Prøysen spiller gitar på et gammelt sorthvitt foto med en liten hilsen til Dag på baksiden. Sølvgutten Coucheron plate-debuterte nemlig som korist på Musevisa i 1949. Det var før de kritikerroste teaterprestasjonene på 50-tallet, som så ble avløst av medisinstudier og legeautorisasjon i 1963.

SKRIBENT. Han kler fornavnet sitt, Dag. Våkner tidlig hver morgen med tanker i hodet som sprenger seg vei. De er mange og går helst på kryss og tvers av det etablerte. De må skrives ned og deles med folket.

Som oftest er det Dagens Medisin som trykker dem, men Klassekampen, Vårt Land, VG, Dagbladet og Aftenposten er også sporadiske utgivere av Couchérons kronikker. Han har utgitt seks-sju bøker, små mininoveller og fagbøker om hverandre. Det er kanskje slik det går når man leser Ibsens samlede verker før fylte 16 og pløyer gjennom Freud nesten før puberteten er over.

ADVARER. Den 18. mai trykket Aftenposten leserinnlegget «Farlig ferd i psykiatrien», en aldri så liten advarsel om at opprettelsen av medisinfrie behandlingssenheter ved landets helseregioner fra 1. juni kan ende i total fiasko med sammenbrudd, kaos og dødsfall.

«I verste fall kan det mest lovende forsøket innen psykiatrien bli til et langvarig tilbakeslag, enda flere diagnoser, enda flere sløve, tvangsmedisinerte, kjemisk lobotomerte og passive klienter og enda flere medmennesker i reimer», lyder hans dystre spådom.

Blir denne mannen aldri fornøyd? Er det ikke nettopp overmedisinering i psykiatrien som har vært hans mantra spalte opp og spalte ned?

– Hvorfor jubler du ikke?

– Fordi det gjelder å tenke litt lenger enn nesa rekker. Dette er så vidt jeg kan skjønne svært dårlig planlagt. Prosjektet skal kanskje ledes av pilletro og diagnosetro psykiatere. Og når de



Forfatter: Dag Coucheron debuterte skjønnlitterært på Aschehoug i 1974 mens han var overlege på Statens forvernssenter for narkomane.

I hulen: Her tar Dag Coucheron fremdeles imot sine pasienter.



Barndom: Dag Coucheron hjemme i Ullevål Hageby.

får ansvaret for noe de ikke tror på, er prosjektet dødsdømt.

– Hvor har du det fra at psykiaterne ikke tror på dette?

– Fra norsk psykiatri. Jeg kjenner ikke alle sjefene i helse-regionene, men jeg vet at det er Tromsø som har størst sjanse til å ro dette i havn. Nordlendingene har lenge beveget seg bort fra medikalisering og diagnoser. Det har ikke folk sørpå.

Når dette skrives, er det fremdeles uklart hvor de to enhetene i Helse Sør-Øst skal ligge.

SJELSLIVET. Coucheron forklarer om sin manglende entusiasme:

– Tanken er strålende, men den er dessverre dødfødt hvis man ikke samtidig innfører en annen tenkemåte i psykiatrien. Psykiatri er ikke naturvitenskap som resten av medisinen. Den naturvitenskapelige metode med reproducerbare resultater for å få validitet er umulig i psykiatrien. Mennesket er ikke bare en hjerne med signalstoffer. Vi er mer komplekse enn som så.

Psykiateren synes det er blitt et kunstig skille mellom psyke og soma.

– Vi har sjel også, i betydningen alt som skjer i hele kroppen og hodet når vi vandrer gjennom livet.

Selv har han dyrket sjelslivet siden han var barn, med litteratur og musikk som viktige ingredienser. Musikken har slått ut i full blomst hos hans to yngste barn, som han har sammen med kona, pedagogen Mette. David og Julie Coucheron er internasjonalt anerkjente klassiske utøvere på henholdsvis

«Jeg ble drapstruet og beskyldt for å være verre enn Hitler og Machiavelli til sammen.»

fiolin og klaver. Mette har i disse dager hendene fulle med å arrangere den årlige Kon-Tiki kammermusikkfestival, som barna kommer hjem fra Atlanta for å opptre på.

REIRSKITER. Når Coucheron blir beskyldt for å skite i eget reir, bruker han å svare at norsk psykiatri ikke er hans reir.

– Hvilket reir er ditt, da?

–Psykoanalysen og tradisjonen til Trygve Braatøy, den store figuren i norsk psykiatri før krigen.





Braatøy mente det er viktig å se helhetsbildet av pasienten, ikke bare fragmenter av laboratorieprøver, tester og statistikk.

– *Hva er det verste med norsk psykiatri i dag?*

– Avhengigheten av diagnoser og tabletter og langtidsvirken-
de sprøyter. Sprøytene lar seg ikke dosejusteres når de virker
i måneder om gangen – da blir det vanskelig, av og til umulig å
seponere.

– *Og det beste med psykiatrien?*

– Ingenting. Jo, forresten: sykepleierne. De kjenner pasi-
entene fordi de er nære og snakker med dem. De gjør det på
tross av systemet, ikke på grunn av det. Men det er neddopede
utgaver av mennesker de snakker med. Pasientene er zombie-
liknende, sløve, passive og fjerne. Prøv Zyprexa, så vet du hva
jeg snakker om. Det er helt forferdelig hvordan den kjemiske
lobotomeringen har fått herje i Norge.

PRIMA SYKEPLEIERE. Coucheron spesialiserte seg i psykiatri
i Sverige og jobbet der sammen med psykiatriske sykepleiere.

– De var prima folk. Alle var menneskelige, modne og varme
fordi de beveget seg på grasrota. Sykepleierne burde hatt mer
å si i psykiatrien, men den har dessverre blitt styrt av psykia-
terne, så har psykologene diltet etter. De prostituerer eget fag
fordi de tror at det ikke duger, men det er feil.

Coucheron skryter også av sykepleierne han jobbet med i
åtte år på Statens forvernsenter for narkomane, selv om flere
av dem ville ha ham vekk som overlege. 20 av 25 ansatte strei-
ket ulovlig i 1976. De hevdet at han ikke kunne samarbeide, var
autoritær og blandet seg opp i deres arbeid.

– Jeg ble drapstruet og beskyldt for å være verre enn Hitler
og Machiavelli til sammen. Det var en forferdelig tid. Jeg mistet
midlertidig troen på den menneskelige godhet og følte meg dol-
ket i ryggen av mine nærmeste medarbeidere, sier han.

BLE NEDLAGT. De streikende ønsket flatere struktur og rulle-
rende ledelse. Helsedirektoratet støttet overlegen, men
senteret ble etter mye om og men nedlagt. Coucheron jobbet
aldri mer i det offentlige helsevesenet.

«Hele psykiatrien er jo synsing!»

– Mange av de streikende var AKPml-ere som ønsket væpnet
revolusjon. En av psykologene sykmeldte seg og dro til Kina
etter at det hele var over, sier Coucheron.

Forvernsenteret skulle være en slags legevakt for rusavhen-
gig ungdom som ga akutt krisebehandling, og eventuelt over-
førte til langtidsbehandling på Hov i Land.

– I virkeligheten var vi en autonom enhet med ti sengeplas-
ser som tilbød både forvern, vern og ettervern og sørget for
kontinuitet mellom pasient og behandler. Vi var på mange må-
ter begynnelsen til DPS-ene.

– *Hva lærte du av hele episoden?*

– At tungt belastete narkomane i en storby ikke er så van-
skelige å behandle. At det bare er tull å dele opp i rus og psy-
kiatri. Alt er psykiatri. Alle hadde opplevd noe vanskelig i
oppveksten.

Det levende ansiktet til Coucheron får et alvorlig drag.

– En av pasientene ble så fortvilet da vi måtte stenge at han
hoppet foran T-banen og drepte seg.

Da det stormet som verst rundt forvernsenteret, skrev en av
pasientene et innlegg i VG. Ungdommen hadde i mange år gått
ut og inn av institusjoner:

«Mitt møte med Dag Coucheron og de følgende samtalen
åpnet en ny verden for meg. Han viste meg tillit, mitt egenverd
og min identitet. Han har klart det som ingen institusjon har
klart: nemlig å anskueliggjøre min situasjon og hva som var
årsaken til min angst.»

KRITISERT. I kullboka fra 1963 står det at Dag har bestemt at
han vil bli en ener i psykiatri. Kullkollegaen skriver: «Han kan
ikke summeres! Han er en fyr utenom det vanlige, en man
virkelig håper kan utrette det man vet han har muligheter for».

– *Hvorfor valgte du å bli i psykiatrien når det ikke var ditt
reir?*

– Jeg trodde i min naivitet at jeg kunne bidra til å endre på
den. Men det har jeg ikke klart.

Likevel har han ropt så høyt med barytonrøsten sin at psyki-
ater Terje Tørrissen kritiserer ham for konsekvent å avvise alle
andres tilnærmelser og behandlinger enn sine egne.

– Bare tøys. Han har ikke satt seg inn i hva jeg faktisk mener.
Jeg avviser ikke bruk av tabletter, jeg mener bare at det diag-
nostiseres lemfeldig, og at det brukes altfor mye psykofarmaka
og for lite psykoterapi.

– *Han mener du kommer med påstander som er synsing og
bærer preg av personlige preferanser?*

– Hele psykiatrien er jo synsing! Jeg synser også, men jeg
synes bare noe helt annet enn Tørrissen, og jeg pretenderer
ikke å sitte med hele svaret.

TYST PÅ ULLEVÅL. Da Coucheron for et par år siden var på
Ullevåls sjettede avdeling B i anledning tvangsinnleggelse av en
av hans pasienter, merket han en forandring.

– På 70-tallet var dette stedet for avantgardistisk diskusjon,
og avdelingen bar navnet «et terapeutisk samfunn». Nå er det
helt tyst, sier han.

Han hevdet at tvangsnevrose ikke hjemlet tvangsinnleggelse,
og kranglet med en sykepleier om dette.

– Hun ringte sjefen, og de lurte på om de skulle ringe politiet
for å få meg ut. Jeg gikk frivillig. Men da pasienten ble videre-
sendt til Dikemark, skjønte de tegninga og skrev henne ut.

– *Har de gitt deg en diagnose på Ullevål nå?*

– Skulle ikke forundre meg. «Kverulant paranoia», kanskje? ●
eivor.hofstad@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 06 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykiatrisk sykepleier

Avdeling for traumebehandling

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling for miljøterapeut.

Tiltredelse: 01.08.16.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Gun Abrahamsen eller nestleder Solveig Nævrå Lie, tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via www.modum-bad.no.
Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 24. juni 2016

www.modum-bad.no

HER BEGYNNER NORGES FRAMTID

Universitetet i Stavanger (UiS) har om lag 10.700 studenter og 1.560 ansatte. Universitetet ligger i Norges tredje største byregion, med et dynamisk arbeidsmarked og spennende kultur- og fritidsaktiviteter. Vi er eneste norske medlem i European Consortium of Innovative Universities. Universitetet har store ambisjoner. Vi skal være en drivkraft i regionens kunnskapsutvikling og et internasjonalt forskningsuniversitet med vekt på nyskapning og innovasjon. Sammen med våre ansatte og studenter vil vi løfte blikket, og våge å tenke stort og nytt. Vi trenger nå nye medarbeidere som vil utfordre det velkjente og utforske det ukjente.

Doktorgradsstipendiater i helsevitenskap

Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag

Søknadsfrist: 15.08.2016

Kandidatene vil knyttes til programområdet for profesjonelle relasjoner i velferdsyrker (<http://www.uis.no/professional-relations>). Søkere må ha en sterk faglig bakgrunn med femårig mastergrad innenfor sykepleie eller helse, eller tilsvarende utdanning som gir grunnlag for å gjennomføre en forskerutdanning.



**Utforsk jobbmulighetene
på www.uis.no**

UTFORDRER. UTFORSKER.





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 spesialsykepleiere 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 selv sagt 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 barns 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 selv sagt 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



Kvænanen kommune
naturperle på 70 grader nord
Adresse: 9161 Burfjord • tlf. 77 77 88 00 • faks 77 77 88 07

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 25.06.16.

**Fullstendig utlysningstekst finnes på
www.kvanangen.kommune.no**

www.kvanangen.kommune.no

frantz.no

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

SPESIALSYKEPLEIER/ OPERASJONSSYKEPLEIER

**Operasjonsavdelingen Øye, Kirurgisk avdeling,
Drammen Sykehus**

Referansenr. 3100429948 Søknadsfrist: Snarest

Vi har ledig 100 % vikariat med ett års varighet. Nærmere informasjon ved Mette Jørgensen Låtun, tlf. 32 80 39 20 / 932 58 135

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no

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

Klinikk for Lunge- og arbeidsmedisinsk avdeling

Lungemedisinsk avdeling poliklinikk

Anestesisykepleier

100 % fast stilling.

Anestesisykepleier jobber sammen med operasjonssykepleier på behandlingsenheten, hvor pasienter med ulike lungesykdommer utredes og behandles med non-invasive metoder, bl.a. bronkoskopi.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Gunvor Broholm, tlf. 72 82 71 15 eller operasjonssykepleier Marit Setvik, tlf. 72 82 81 79.

Søknadsfrist: 15. juli 2016

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



frantz.no



Granly Stiftelse er en privat ikke-kommersiell virksomhet og gir et bo-, aktivitets- og kulturtilbud til voksne mennesker med psykisk utviklingshemming. 24 personer bor i tilsammen 5 boenheter. Granly Stiftelse er en verdibasert virksomhet og arbeider med inspirasjon av et antroposofisk menneske syn.

VI SØKER ETTER SYKEPLEIERE FOR ARBEID MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE

- 100 % fast stilling.
- 100 % vikariat, varighet 12 mnd. med mulighet for forlengelse/fast ansettelse.

For hele utlysningen se www.granly-stiftelse.no

Spørsmål om stillingen rettes til daglig leder Svein Helge Storødegård tlf. 930 39 533

Søknad kan sendes til Granly Stiftelse, Mjøsveien 498, 2849 Kapp eller e-post: granly@granly-stiftelse.no

Søknadsfrist: 15.juli 2016



Operasjonssykepleier

Operasjon Skien

En av våre operasjonssykepleiere går av med pensjon , og derfor trenger vi en ny kollega. Vi søker etter en engasjert operasjonssykepleier med bred erfaring innen operasjon. Avdelingen har 42 årsverk, bestående kun av operasjonssykepleiere.

Vi har et meget godt miljø, med gode arbeidskolleger som venter på deg! Vi gleder oss til du kommer!!

Nærmere informasjon ved: Helene Margaretha Nilsen, Seksjonsleder (sykepl/jordmor), 941 95 151

For å søke på stilling må du benytte vårt elektroniske søknadssystem – se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no

Søknadsfrist: 30. juni 2016

frantz.no



Divtasvuona suohkan Tysfjord kommune

Helse- og omsorgsetaten

Jordmor

Vi oppfordrer søkerne til å benytte elektronisk søknadsskjema på vår hjemmeside www.tysfjord.kommune.no der dere også finner den fullstendige utlysningsteksten.

Søknadsfrist: 6. juli 2016

www.tysfjord.kommune.no

frantz.no



SJUKEPLEIARAR – KVARDAGSHELTAR, FAST TILSETJING OG VIKARIAT

Gol er ein kommune med ca. 4.700 innbyggjarar. Kommunen er eit viktig kommunikasjonsmessig knutepunkt, med eit allsidig næringsliv, særleg innan reiseliv, handel og jordbruk. Kommunen kan by på gode moglegheiter for aktiv fritid, både innan friluftsliv og kultur. Gol har eit koseleg og innbydande sentrum, og er ein populær handleplass med mange og varierte butikkar. Kommunen har god barnehagedekning og eit variert skuletilbod innan vidaregåande skule.

Heimesjukepleien og institusjon ynskjer seg fleire sjukepleiarar og søker derfor både etter deg som vil ha fast stilling og deg som er interessert i eit vikariat.

Vi ynskjer oss kvardagsheltar som har lyst til å gjera ein forskjell.

Definisjon av ein kvardagshelt: Det er ikkje eit ord du finn i ordboka, men det er eit fantastisk ord som rommer mykje hos den som får «tittelen». Ein kvardagshelt er ein person som reddar dagen, og som bidrar til å gjere nokons kvardag betre. Dei er hjelpsamme og gjer gode handlingar kvar dag. Ein kvardagshelt står sjeldan i rampelyset, men spelar ein viktig rolle i manges liv. Dei har respekt for sine medmeneske og ynskjer å bidra slik at kvar einskild får det best mogleg i sitt eige liv. For å få til dette må kvardagshelten vera usedvanleg smart og finne kreative løysingar på mange utfordringar. Dei har eit sterkt mot, godheit og evna til å dømme rettferdig samtidig som dei er fleksible og i stand til å yte hjelp der den trengst.

Kvalifikasjonar:

- Autorisert sjukepleiar
- Erfaring og interesse for geriatri er ynseleg
- Beherske norsk munnleg og skriftleg og ha god språkforståing. Norskprøve B1, bestått både munnleg og skriftleg
- Førarkort B (gjeld heimetenensten)

Vi ynskjer at du:

- Er sjølvstendig og strukturert
- Har gode kommunikasjons og samarbeidsevner
- Har gode IKT kunnskapar - (vi nyttar Gerica systemet)
- Liker utfordringar og er fagleg fokusert

Det vert lagt vekt på personlege eigenskapar

Vi tilbyr:

- Varierte arbeidsoppgåver med moglegheit for å påverke og utvikle tenesta
- Kurs og opplæring

- Deltaking i fagleg forum
- Dyktige, inkluderande og hyggelege kollegaer/kvardagsheltar
- Konkurransedyktig løn med eit rekrutere/beholdetillegg på 20.000 kr i året (v/100% stilling)
- Gratis leilighet i kollektiv for vikarer
- Et bredt spekter av utfordringer med pasienter i alle aldersgrupper og ulike hjelpebehov
- Institusjon: Turnus m/ jobb hver 4. helg med langvakter
- Hjemmetjenesten: Turnus m/ jobb hver 3. helg

Anna:

Attestar og vitnemål må takast med til eventuelt intervju, det blir berre rekna ansiennitet ut i frå innleverte attestar.

Det er viktig at du fyller ut alle punkt under skule og utdanning. Det blir produsert ein CV på grunnlag av dei data du legg inn.

I skjemaet er det mogleg å kryssa av for at søknaden ikkje skal verta offentleggjort. Dersom du ynskjer at søknaden ikkje skal verta offentleggjort må du grunnge dette. Vi gjer merksam på at opplysningar om søkjarane likevel kan verta offentleggjorde, jamfør offentleglova §25. Du vil då verta varsla om dette på førehand slik at du har høve til å trekkje søknaden din.

Send søknad:

Gå inn på Gol kommunes nettsider
www.gol.kommune.no – Ledige stillingar

Søknadsfrist: 30.06.2016

Kontaktpersoner:

Velin R Eikrehagen, Områdeleiar, heimetenenster, tlf: 91673952
Helen Svensrud, Områdeleiar, institusjon, tlf: 91673977
Linda Mugerud Andersen, Områdeleiar, institusjon, tlf: 91673979



Kognitiv terapi ved **SOMATISK SYKDOM OG SKADE**

**Vi har nå gleden av å kunne tilby deg en videre-
utdanning for å lære mentale verktøy basert på
kognitiv terapi.**

Utdanningen er rettet mot deg som jobber innenfor helsevesenet, i somatiske sykehus, rehabiliteringssentre eller allmennhelse-tjenesten, som lege, psykolog, sykepleier, ergoterapeut, fysio-terapeut eller annet personell med treårig helse- og sosialfaglig bachelorutdanning.

Somatisk sykdom og skade innebærer både fysiske og psykiske be-lastninger som kan gi redusert livskvalitet. Mentale verktøy basert på kognitiv terapi kan være til hjelp for å mestre sykdom, smerter, utmattelse og funksjonsnedsettelse og samtidig ta vare på livet.

Utdanningen er et samarbeid mellom Norsk Forening for Kognitiv Terapi og Regional kompetansetjeneste Rehabilitering – HSL.

**Utdanningen starter høsten 2016
og går over tre semestre.**



www.kognitiv.no



Interessant?
LES MER OM UTDANNINGEN HER:
<http://www.kognitiv.no/utdanning/vare-videreutdanning/>

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




Sykepleien kåret til beste fagblad!



Sykepleien

Følg oss på Facebook og Instagram



Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. Kommenter, lik og diskuter viktige teamer med både andre sykepleiere og dine Facebook-venner.



Instagram

Søk etter Sykepleien og følg oss! Vi poster bildeinnlegg for sykepleiere. Tagger du det med **#sykepleier** bidrar du til en stor bildesamling av og for sykepleiere. Du kan også få bildet ditt med i bladet ved å tagge **#yrkesykepleier!**

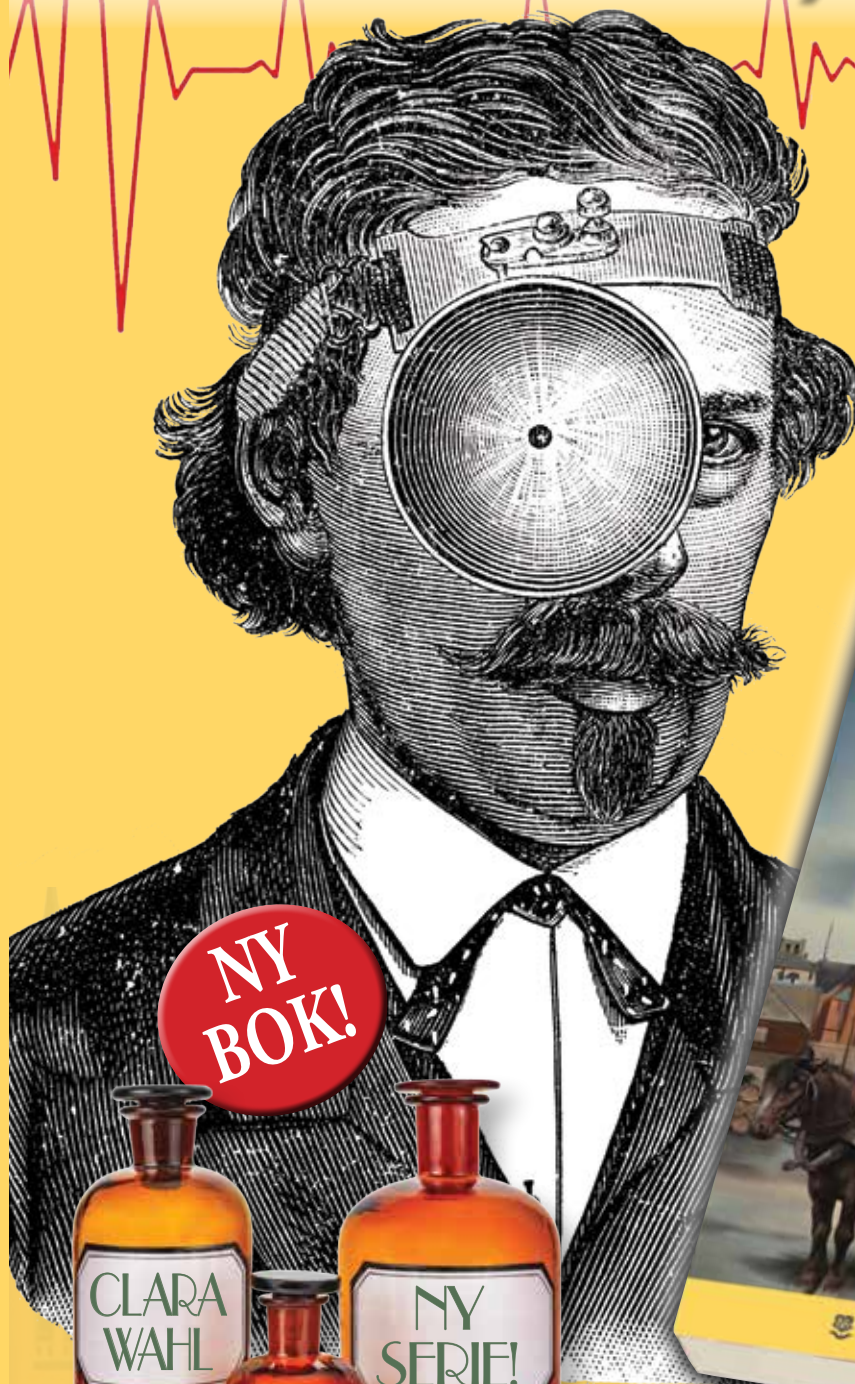


Sykepleien



BLADKOMPANIET

Clara hvem, sa De?!



– Clara Wahl heter hun, den nye doktoren i byen.

– Nå har jeg aldri hørt maken, en damedoktor som skal drive sykehuset? Kun garva fiskere og lusbefengte fattigfolk drar dit, hun vil få sjokk!

– Ja, men vi holder henne opptatt der, så snuser hun ikke i våre andre saker.

– Nettopp. Bra ledelsen tenker så klokt!



Forfatter **Natalie Normann** fra Haugesund har utgitt romanseriene *Ildfuglen* og *Skjebnesøstre*, samt skrevet en rekke noveller og føljetonger.

Pocketbok 256 sider, intropris 39,-

Boken selges i dagligvare og kiosk.

Bli abonnent og få gratis bok.

Ordretelefon: 815 66 540
www.bladkompaniet.no

HjelpemiddelMessa ØST

Besøk HjelpemiddelMessa Øst 2016!

Mandag 17. oktober (12-19) - Tirsdag 18. oktober (11-16)

Norges Varemesse i Lillestrøm • Fri entre • Spennende fagprogram



oslo.nhf.no

f HjelpemiddelMessa Øst 2016

LIKER DU INDISK MAT?



Aftenposten

Hva med å prøve en ny restaurant? Vi får mye skryt for maten, og Aftenposten har anmeldt oss til 5 og skrevet «hit skal vi igjen».

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



Scandinavian Centre of Awareness Training

www.scat.no

KURS I MINDFULNESS TRENING (MT), Oslo

INTRODUKSJONSKURS

Fredag – lørdag, 14 – 15 oktober, 2016

Mindfulness trening: en selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress) energien på en positiv måte.

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MT

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Fredag og lørdag, 6 – 7 jan., 10 – 11 febr., 24 – 25 mars, 2017

Læringsmål: Fordypning i OT for egen del og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for mennesker i en vanskelig situasjon.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om mindfulness.

For mer informasjon om kursene kontakt:

ajkroese@online.no , tel. 90151734 eller www.scat.no



Vi gratulerer!

Disse har tipset sin arbeidsgiver om fordeler ved å bruke Sykepleien til rekruttering:

- Evalyn Nordlund Skage
- Agnethe Kjellmo

Gratulerer så mye! Gavekort på 2.500,- er på vei i Posten.

Sykepleien jobb.no



Oslo kommune
Barne- og familieetaten

Fosterhjemstjenesten

Gjør en forskjell,
bli fosterforeldre!

Eirik 7 år trenger fosterhjem

Eirik er en rolig gutt med jevnt, godt humør. Han liker å snakke med voksne. Eirik trekker seg gjerne tilbake når ting blir vanskelig eller utfordrende. Han kan synes det er litt vanskelig å komme inn i lek med andre barn uten å få litt hjelp fra voksne, men er nå inne i en svært god utvikling. På skolen har han ekstra oppfølging og klarer seg faglig bra. Eirik lever med sorgen etter morens død og har opplevd mye utrygghet og ustabilitet i sitt unge liv. Han har i tillegg en medfødt helsemessig utfordring. Denne blir godt fulgt opp.

Dette er en gutt som trenger motivasjon, tilrettelegging og mestringsopplevelser. Han trenger voksne som evner å være i forkant av utfordringer i sosial samhandling og som er tett ved og hjelper ham å forstå. De voksne må være gode på å gi støtte og oppmuntring. Struktur og forutsigbarhet er viktig for å gi gutten oversikt. Eirik kommer til å trenge mye oppmerksomhet og oppfølging fra de voksne, så det bør ikke være yngre barn i familien.

Eiriks mamma er død, men han har pappa og søsken han skal ha kontakt med annenhver måned.

Er dere Eiriks nye familie?

Hvis dere tenker at dere kan tilby Eirik det han trenger av oppfølging, samt en plass i deres liv og hjerter, så ta kontakt!

Vi kan tilby:

- Kurs, opplæring og veiledning
- Utgiftsdekning
- Lønn etter avtale den tiden en fosterforelder må være hjemme.

Ta kontakt med Fosterhjemstjenesten i Oslo for en uforpliktende samtale på tlf. 23 42 80 09, eller send oss en e-post på fosterhjemstjenesten@bfe.oslo.kommune.no

www.fosterhjem.no/oslo



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



Sykepleien kåret til beste fagblad!

Sykepleien vant selveste Fagpresseprisen 2016 i konkurranse med hele den norske fagpresse.



“Statuttene for selveste Fagpresseprisen er krevende. Lista ligger høyt for å kunne bli vurdert til denne prisen. Gjennom året skal vinneren ha levert kvalitet redaksjonelt, på presentasjon, innovasjon og utvikling, den skal ha satt dagsorden og være viktig for målgruppen, og den må kunne vise til gode markedsresultater.”

“Nå er ikke lenger dette bladet en publikasjon. Det er blitt en bred medievirksomhet som gjør seg gjeldende på flere plattformer – stadig med god, grundig og viktig journalistikk. Juryen er enig i at publikasjonens gode tradisjoner synes betryggende ivaretatt innenfor en ny publisistisk hverdag.”

- Utdrag fra juryens begrunnelse

Sykepleien



SE
PRISEN!



Riket i midten – fra keiserby til det moderne Kina

Eventyrlig reise til keiserbyen Beijing, moderne Shanghai og den vakre kanalbyen Zhujiajiao inkl. spennende togreise mellom storbyene

Denne reisen begynner i Beijing, der vi ser de klassiske severdigheter som Den kinesiske muren, Den forbudte by og Den himmelske freds plass. Fra Beijing tar vi hurtigtoget til Shanghai og opplever et annerledes Kina. Shanghai kalles fra gammelt av for Orientens dronning, men egentlig lever byen mer opp til sitt moderne navn, Superbyen, med sin arkitektur og byplanlegning.

Over alt møter vi store kontraster mellom det gamle og det nye Kina. Der man tidligere så gater fulle av sykler tar bilene i dag mer plass i gatebildet, og ydmyke gatekjøkkener og dyre motebutikker ligger side om side. På denne spesialturen besøker vi dessuten en av de vakre kanalbyene i området rundt Shanghai, der vi blant annet ser en tradisjonell kinesisk hage. Utfluktene på reisen er en del av to utfluktspakker som kjøpes separat.

Reisens varighet: 9 dager
Avreise Oslo den 7. november og den 1. desember

Pris KUN

9 998,-

DAGSPROGRAM med utfluktspakke

- Dag 1** Avreise fra Norge
- Dag 2** Ankomst til Beijing. Himmelske tempel
- Dag 3** Beijing. Nasjonalteateret (Egget), Den himmelske freds plass, Den forbudte by og Kullhøyden
- Dag 4** Beijing. OL-stadion, Cloisonné-fabrikk, Ming-gravene, Den kinesiske mur og middag med Peking-and
- Dag 5** Beijing–Shanghai. Hutong-besøk og hurtigtoget til Shanghai
- Dag 6** Shanghai. Yuyan-basaren, Jinmao-bygningen og båttur i havnen
- Dag 7** Shanghai. Utflukt til kanalbyen Zhujiajiao. Kinesisk hagekunst og akrobatikkshow
- Dag 8** Shanghai på egen hånd og avskjedsmiddag
- Dag 9** Shanghai–Norge

Komplette utfluktspakker:

Beijing 1 998,-
Shanghai 1 998,-
(Les mer på hjemmesiden www.albatros.no)

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo–Beijing og Shanghai–Oslo med mellomlanding, 3 netter i delt dobbeltrom på hotell i Beijing, 4 netter i delt dobbeltrom på hotell i Shanghai, hurtigtoget Beijing – Shanghai, transport til og fra hotell, frokost daglig, skatter og avgifter.