



10
2014

Sykepleien

De dype sårene

Tema. Brannskadeavdelingen på Haukeland har leget sår i 30 år. **20**

● Hva skjer

Sorterer ut uskikkete studenter. **16**

● Sykepleie

Viser hva operasjons-sykepleie er. **52**

● Påfyll

Lot seg frivillig kastrere. **72**

● Meninger

Stomien er en skatt som reddet livet. **82**



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

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

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

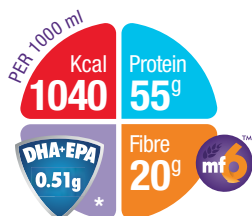
klp

for dagene som kommer

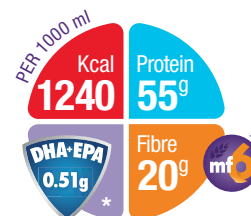
Nutrison 1000 Complete Multi Fibre

Nutrison 1200 Complete Multi Fibre

Komplette sondeløsninger for pasienter med lave energibehov



*Docosahexaenoic acid / Eicosapentaenoic acid.



*Docosahexaenoic acid / Eicosapentaenoic acid.

1000 kcal	Komplette mikronæringsstoffer i kun 1000/1200 kcal	1200 kcal
1000 ml volum	Reduserer svinn og risiko for å gi for mye kalorier	1000 ml volum
55 g protein	38 % høyere proteininntak enn 1000 ml av Nutrison Multi Fibre med 1 kcal/ml	55 g protein
20 g fiber (MF6™)	MF6™ er en blanding av løselige og uløselige fibrer	20 g fiber (MF6™)
Klar til bruk	Enkelt, raskt og sikkert å administrere med god compliance	Klar til bruk

Nutrison 1000 og 1200 Complete Multil Fibre har en sammensetning som inneholder:

- En unik proteinsammensetning med myse og vegetabiliske proteinkilder som fremmer ventrikkeltømming^{1,2,3}
- MF6™ fiberblanding
- Fiskeolje som inneholder essensielle fettsyrer
- Karotenoider
- Økt innhold av vitamin D



Referanser

1. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:1490-5.
2. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6.
3. Brun AC et al. Clin Nutr 2012;31:108-12.



Varenummer: 915265



Varenummer: 904051

Nutricia Norge AS
Holbergsgt. 21, N-0166 Oslo
Tlf. +47 23 00 21 00, Fax +47 23 00 21 01
E-post nutricia@nutricia.no
www.nutricia.no

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Helse- og livsstilskonseptet som passer for alle
uansett utgangspunkt!

Kom i form sammen på jobben!

Dytt.no

Din helse – og livsstilsprofil

Sett egne mål og konkurrere med andre!

- ✓ Sett personlige mål
- ✓ Registrer aktivitet og mat
- ✓ Følg din fremgang
- ✓ Tips fra ernæringsfysiolog m.m

+ månedlige helse og livsstilsutfordringer med dine kolleger!



Kun 49 kr

i mnd per ansatt.
Prisen er inkl. mva. og
er uten binding!

Dytt.no - Morsomt, enkelt og engasjerende aktivitetstiltak !

Ta kontroll over din egen helse- og livsstil samtidig som du har det **morsomt og kommer i form** med dine kolleger!

Hver måned starter nye motiverende utfordringer med fokus på helse og livsstil. **Neste utfordring starter 1. oktober** hvor målet er å holde et aktivitetsnivå på 10 000 skritt om dagen.

Bruk egen aktivitetsmåler, kjøp skritteller av oss (139 kr inkl. mva.), benytt DyttApp (kommer høsten 2014) eller aktivitetstabellen på dytt.no.

Skap engasjement på jobben og få med deg dine kolleger. Ved å gjøre det sammen økes sjansen for å lykkes!

1. oktober

starter neste aktivitetsutfordring!

Les mer og meld dere på nå

www.dytt.no



Følg oss på Instagram:
@Dyttno



facebook.com/
Dytt.no



info@dytt.no
tlf: 22 33 59 00



Hva er egentlig naturlig aldring?



Aldersrelatert skrøpeligheit er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttao og lav fysisk aktivitet. Skrøpeligheit er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av teqnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligere for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200ml

20 gram protein
300 kalorier



Les mer om aldersrelatert skrøpeligheit på www.nutridrink.no

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjist.

NUTRICIA
Nutridrink
Næring til livet

Innhold



10 | 2014 Sykepleien

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



Hva skjer

- 8** Aksjonisten
- 16** I nyhetene:
Anne-Grethe Naustdal
- 17** Akuttforskrift skal høres
- 18** Voldsutsatte
sykepleiere
- 19** Jenter sliter psykisk
- 20** Tema: Brannskader



Vil ha skikkete
sykepleiere.
16



Sykepleie

- 44** Venner motvirker
mobbing
- 48** Må vite mer om
barnemishandling
- 52** Viser hva operasjons-
sykepleie er
- 56** Etikk: Selma er en
lure-sel
- 58** Min jobb: Siri Lyngmo
- 60** Endret ernærings-
praksis



For falsk
for demente?
56



Påfyll

- 66** Smånytt
- 68** Intervju: Eivind Eidslott
- 70** Bokanmeldelser
- 72** Fakta: Ble kastret
frivillig
- 74** Quiz og kryssord



Skrev om dat-
ter med Down
syndrom. **68**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By
om rekvisisjonsrett
- 77** Lesermeninger
- 80** Anlovs arrest
- 81** Innspill: Lene
W. Pedersen
- 82** Kronikk: Når rumpa
ikke virker ...
- 84** Tett på Kristin Sofie
Waldum
- 89** Stilling ledig/
kunngjøringer



Med teft for
det normale.
84

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Anners Lerdal. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Abort. I 2013 valgte 15 000 kvinner å ta abort. Er det for mange?

Aldri hundre prosent perfekt



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

F orrige måned døde Børre Knudsen. Presten i Balsfjord i Troms ble en av Norges mest forhatte personer da han kastet seg fram som frontfigur i kampen mot loven om selvbestemt abort. Den ble vedtatt i 1978. I dokumentarfilmen «En prest og en plage» som nylig ble vist på NRK, knuges han like før sin død av det store spørsmålet: Gjorde jeg det riktige?

Mange vil si at han definitivt ikke gjorde det. Børre Knudsen var overbevist om at loven om «fri» abort innen 12 uker streid mot alt Bibelen, Kirken og han selv sto for. Det handlet om respekten for alt liv – også det ufødte. Da staten institusjonaliserte abort ved å vedta en rettighetslov, sammenliknet han praksisen med Tysklands nazi-ideologi under krigen, og nektet deretter å samarbeide med staten som han selv var ansatt i.

Problemet med Børre Knudsen var ikke hans overbevisning, men måten han kjempet sin kamp på. Den rebelske presten mente han måtte ty til ekstreme virkemidler fordi «ingen andre gjorde noe». Men han påførte mange kvinner som ønsket abort en stor ekstra belastning ved å kalle dem – og de som utførte abortene – for mordere. Aksjonene som skulle understreke hans poeng, var riktignok ikke-voldelige, men ofte groteske og grufulle.

GRØSSER. Presten som ropte «dere dreper barn her» da han stormet inn på sykehuset, ble etter hvert et symbol på alt kvinner kjempet mot: At (gamle) menn med gamle oppfatninger og uforholdsvise mye makt skulle bestemme over deres kropp. Ennå grøsser mange kvinner ved synet av Knudsens flippskjegg og klipp fra Dagsrevyen den gang.

Børre Knudsens fanatiske abortkamp har ikke styrket, men heller svekket alle de som senere måtte være kritiske til abortlovens absolutte fortrefelighet. De blir fort forbundet med mørkemenn og ekstremisme. Da regjeringen tidligere i år fremmet et forslag som ville gi noen få leger en mulighet til å la være å henvise til abort, var reaksjonene uvanlig sterke. For første gang på lenge ble Youngstorget igjen fylt på 8. mars. Ingen skal gi kvinner som tar abort, dårlig samvittighet.

Det massive forsvaret av abortloven er historisk sett forståelig, men faren er at det også kan senke takhøyden for hva det er lov å mene om dagens abortpraksis. Det ville være synd, for vi trenger uredde, kritiske røster.

Selv om vi ikke ønsker å tukle med prinsippene om kvinners rett til å bestemme selv, må vi fra tid til annen spørre oss hva det egentlig er som gjør at så mange svangerskap i Norge avbrytes. Er det noe galt med oss? Er det noe vi kan gjøre for at det skal bli færre?

Tall som Folkehelseinstituttet har offentliggjort, viser at cirka to av hundre kvinner i fertil alder avbrøt svangerskapet i 2013. Det høres ikke så ille ut. Men tar man en nærmere titt, viser det seg at nesten hver femte kvinne som var gravid dette året (ca. 74 000 kvinner), tok beslutningen om ikke å fullføre svangerskapet. Det vil si 15 000 kvinner.

UNGE. Flest aborter blir utført hos jenter mellom 20 og 24 år, men antallet har gått noe ned i forhold til tidligere. I aldersgruppen 25 til 34 år går tallene opp. De fleste abortene blir utført tidlig i svangerskapet, altså innen 8 uker. Om kvinnene har vært i tvil, har de altså ikke vært det lenge. De er blitt gravide, men ville, kunne eller var ikke i den situasjonen at de følte seg egnet til å ha barnet.

Hva har vi som rikt og barnevennlig samfunn så gjort for å forebygge at så mange jenter tyr til det alvorlige skrittet det er å ta abort? Folkehelseinstituttet antyder at økt kunnskap blant unge om kropp og seksualitet må til. Jeg er likevel i tvil om all verdens gratis kondomer, seksualundervisning, reseptfri nødprevensjon og supre helsesøstre vil kunne snu trenden alene.

Sterke krefter ønsker nå å innføre tidlig ultralyd i offentlig regi til alle gravide i Norge. Forslaget har ikke fått politisk gjennomslag, men er likevel en indikasjon på at antallet aborter fort kan øke igjen. Det meldes om at gravide strømmer til Sverige og Danmark som har et slikt tilbud, som blant annet påviser om fosteret har Downs syndrom. Eieren av den svenske Mama Mia-klinikken syntes ikke det er rart.

– Selvfølgelig kommer norske kvinner til oss. Kvinner må



Illustrasjon: Marie Rundereim

kjempe for sine rettigheter, og menn med makt må ikke få styre som de vil, sier hun til VG.

Tidlig ultralyd vil trolig øke antallet svangerskapsavbrudd fordi det vil gi oss enda flere (gode og dårlige) grunner til ikke å bære fram et barn. Men hvor perfekt skal barnet, omstendighetene, økonomien og timingen egentlig være for at vi skal si ja til et ufødt liv? Kan 36 år med abortloven ha gjort noe med våre holdninger? Kan det hende at abort for en del unge kvinner ikke lenger er en kostbar, tilkjempet rettighet, men noe de bare har krav på når uhellet først er ute?

ENKELT MED PILLE. Den medisinske utviklingen har gjort det hele enklere. Fram til 1998 måtte alle kvinner som ønsket abort, legges inn for å få utført inngrepet av en lege. Tallene fra Folkehelseinstituttet viser nå at hele 82 prosent av alle abortene skjer ved at kvinnen tar en pille. De må innom legen for å få den, men slipper belastningen med et fysisk inngrep

på sykehuset. Selv om pillen kan ses på som et praktisk framskritt, bidrar den ikke nødvendigvis til å understreke det fulle alvor i en handling som avbryter liv. En pille minner mer om reparasjon, og man slipper fremmede tilskuere.

«Kan 36 år med abortloven ha gjort noe med våre holdninger?»

La det ikke være tvil om: Jeg er for dagens lov om selvbestemt abort. Men vi gjør oss selv en bjørnetjeneste hvis vi ikke tillater oss selv å være i tvil om loven også kan ha uønskete effekter. Den dagen abort ikke lenger er et samvittighetsspørsmål, er vi trolig på gale veier. ●

barth.tholens@sykepleien.no

NYHET

Mediq Norge AS, tlf 67 02 43 00

www.mediqnorge.no



Behandling av kroniske sår

- Et innovativt produkt basert på hemoglobin
- Fremmer diffusjon av oksygen til sårbunnen
- Akselererer sårtilheling

Venøse og arterielle sår - Blandingssår - Diabetessår - Postoperative sår og trykksår

Egnet til alle kroniske sår som er hypoxiske

Granulox®



Den gode smaken av **Fresubin® 2 kcal DRINK** finnes nå også i 125 ml MINIflaske!



MINIflasken er spesielt designet for at de med svært redusert appetitt skal mestre hele måltidet med Fresubin 2 kcal Drink.

Smak og konsistens er uforandret og like god og behagelig.

MINIflasken inneholder 250 kcal og 12,5 g protein samt konsentrerte mengder av alle essensielle vitaminer og sporelementer. Kan benyttes som tilskudd eller eneste næringskilde opp til 2000 kcal (1000 ml).

Næringsmiddel til forebygging og behandling av underernæring.
Kan forskrives på blå resept. Skal ikke benyttes til barn under 3 år.
Benyttes med forsiktighet til barn 3-6 år.

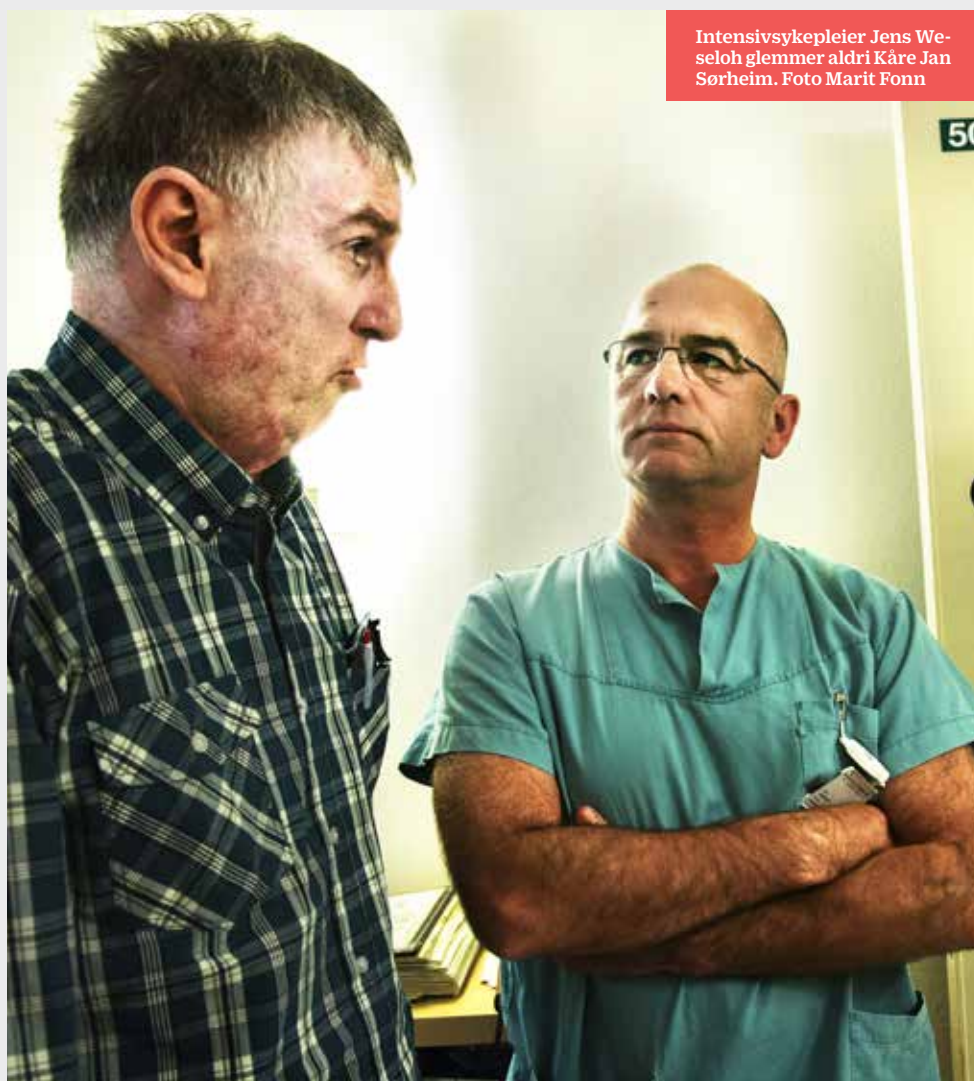
**FRESENIUS
KABI**
caring for life



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 10 | 2014

Nyhet – Reportasje – Tema



Livreddet

Tema. Sjansen for å overleve var 10 prosent. Men brannskadde Kåre Jan Sørheim ga personalet en opptur. **32**



«Vi kan ikke fuske med et eneste sårstell.»

Målfrid Havre Sandnes. **22**



Følges opp.

Caroline tok på den varme vedovnen. **38**



Etter brannskaden. Like livsglade som folk flest. **40**



Det er status i enkelte miljøer å få barn under 3 kilo.

Slanker seg til små barn

LAV VEKT: Jordmorforbundets leder, Hanne Schjelderup-Eriksen, sier til Aftenposten at det er en trend blant enkelte gravide at de slanker seg for å føde små barn, helst under 3 kilo.

– Denne trenden er å utsette barnet for unødig helserisiko, og noe vi vil fraråde på det sterkeste, sier Hanne Schjelderup-Eriksen til avisen.

Hun legger til at kvinner som er for tynne, oftere må gi opp å fullam-

me sine barn, fordi amming er svært energikrevende.

Hun får støtte hos allmennlege Kari Løvendahl Mogstad, som sitter i Legeforeningens referansegruppe for barns helse og Nasjonalt råd for fødsel og barselomsorgen. Også hun er bekymret.

– En av de nye trendene blant en del vordende mødre er å gå minst mulig opp i vekt under svangerskapet, og en av årsakene er etter alt å dømme at

de ønsker seg et lite, nett og lett barn, sier hun.

Allmennlegen advarer om at for lav fødselsvekt kan gi økt risiko for blant annet ADHD, høyt blodtrykk og metabolske sykdommer som voksne.

Gjennomsnittsvekten for nyfødte er rundt 3500 gram. Et nyfødt barn regnes ikke som stort før det er over 4500 gram. Likevel er det status i enkelte miljøer å få barn som helst skal veie under 3 kilo, skriver avisen.

Botox mot kreft

Forskere ved NTNU i Trondheim har kurert magekreft hos mus ved hjelp av Botox.

– Vi har fått godkjent et pilotprosjekt hvor botox-behandling skal testes ut på pasienter som har magekreft, men som ikke kan opereres og hvor all annen behandling er utprøvd uten effekt, sier Gøran T. Andersen, lege i gastrokirurgi på St. Olavs Hospital.



Gemini



Positivt med sangfulgler

Mødre som synger for sine premature barn, kan hjelpe både barnet og seg selv, viser ny israelsk studie gjennomført på en intensivavdeling. De premature babyene fikk jevnere puls da mødrene sang mykt for dem, mens de holdt dem hud mot hud på brystet – den såkalte ken-guru-metoden.

forskning.no

Mye medisin

Én av tre polikliniske pasienter med kronisk hjerte- og karsykdom er bekymret for alle medisinene de tar, ifølge en norsk undersøkelse. I hovedsak tok de 150 pasientene i undersøkelsen ulike hjertemedisiner, men også andre legemidler.

– 30 prosent er bekymret, og det er ganske mange, sier førsteforfatter Kirsten K. Viktil til Dagens Medisin.



Hjertelig budskap

Riktig vei. Dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdom faller over nesten hele Europa. Landet med lavest antall dødsfall på det europeiske kontinentet er Frankrike.

forskning.no

Fakta & tall. Erstatninger

555 mill.

I første halvdel av 2014 har Norsk pasient-skadeerstatning (NPE) utbetalt 555 millioner kroner i erstatninger.

106 mill.

Det er 106 millioner kroner mer enn på samme tid i fjor.

1 mrd.

Fortsetter økningen i utbetalinger vil NPE for første gang utbetale over en milliard i løpet av ett år.

2739 saker

I første halvår har NPE mottatt 2739 saker. Det er en økning på to prosent.

39 %

Fra den private helsetjenesten mottok NPE 338 saker første halvår. Det er en økning på 39 prosent.

NPE



Akutt kompetansemangel

KRAV: I et forslag til ny akuttforskrift foreslås det blant annet at kompetansekravene til leger i kommunal legevakt skjerpes.

En undersøkelse KS har gjort viser at kun en av 10 interkommunale legevak-

ter oppgir at de har leger med tilstrekkelig formell kompetanse – altså den kompetansen som kreves i forslaget til ny akuttforskrift.

Professor ved Universitetet i Bergen, Steinar Hunskaar, og leder for Nasjonalt

kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) er ikke overrasket.

– Vi må rett og slett hjelpe kommunene til å stille noen krav. Og så må de handle deretter, sier Hunskaar til Dagens Medisin.

Tarmkreftscreening har god effekt

Screening med sigmoidoskopi gir redusert forekomst og dødelighet av kolorektal kreft. Det viser NORCCAP-studien, den største randomiserte undersøkelsen som noen gang er gjennomført i Norge. Over 98 000 friske personer fra Telemark og Oslo er inkludert. Studien publiseres i JAMA.

Legetidsskriftet



Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland



Risskov Bilferie nytt i Norge

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

Bestillingskode
REISE



Opplev Rondane Nasjonalpark i høst, mange flotte tur muligheter for alle
I restauranten Villreinen Bistro & Bar serveres varme og kalde retter

| Gudbrandsdalen | Bestill innen 31.10

Ferie ved Rondane

Spidsbergseter ★★★

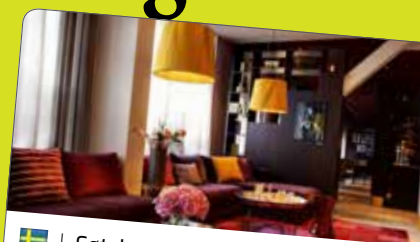
Et komplett og moderne hotell midt i det enestående og velkjente fjellandskapet Rondane. Hotellet åpnet i 1926 og Spidsbergseter har siden da levert opplevelser, kvalitet og service gjennom 3 generasjoner Spidsberg.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Inngang til Karlsvogna Fjellbad
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL **740,-**

899,-

Ankomst: Lørdag - onsdag inntil 25.02.15



Bo midt i Göteborg på et flott 4 stjerners designhotell. Berømt for sine kulinariske skalldyr, vakre skjærgård og humoristiske innbyggere. Ved Rica Hotel No. 25 bor man i sentrum.

| Göteborg

Designhotell sentralt i Gtb

Scandic Hotel No. 25 ★★★★★

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffé
- Sentral beliggenhet
- Gratis internett
- Designhotell

SPAR OPP TIL **186,-**

1.069,-

Ankomst: Inntil 31.01.15 | Sesongtillegg fra kr. 125 / døgn

Europa til lavpris



På Smögens Hafvsbad kan dere virkelig kose dere. I hotellets spa- og wellnescenter kan dere svømme i bassenget eller slappe av i boblebadet & badstuen

| Götaland

Spa-hotell på klippene

Smögens Hafvsbad ★★★★★

- 2 overnatting i anneks
- 2 x frokostbuffet
- 1 x 2-retters meny/buffet
- Gratis spa-inngang
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL **446,-**

1.569,-

Ankomst: 01.10.14 - 30.12.14



Ærverdige Sauda Fjord Hotel - et hotell med særpreg, atmosfære og sjel
fantastisk beliggenhet med utsikt over Saudafjorden Opprinnelig bygget i 1914

| Vestlandet

Et vakkert trehotell

Sauda Fjordhotell ★★★

Hotellet regnes som et av Norges vakreste trehoteller. Hotellets vert fokusere på det gode liv, som innbefatter kortreist mat og gjestfrihet med stil. I 2014 feirer hotellet 100 år.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- I nærheten av ski og golf
- Kortreist mat
- Fri internett og parkering



SPAR OPP TIL **285,-**

999,-

Ankomst: Inntil 30.12.14

www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00

- Vi finnes i Norge, Sverige, Danmark & Tyskland
- Over 500 hoteller i Europa til rabatterte priser
- Mer en 100.000 fornøyde kunder i 2013
- Personlig service fra vårt call - senter

RISSKOV
BILFERIE

Norges beste priser

Bestillingskode
REISE

Så billigt at du ikke har råd til at blive hjemme!



2 timer fra Oslo kan du nyte noen fantastiske dager på vestkysten av Sverige
Bohusgården, som er et moderne, førsteklasses spa hotell med utsikt over Byfjorden

 | Götaland

Balkong & havutsikt

Bohusgården ★★★★★

I restauranten serverer vi en stor og fersk frokostbuffé hver morgen. Området ved Byfjorden har også et spektakulært promenade område som gjør hotellet en ekte perle.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Tilgang til SPA-avdelingen
- 1 x 30kr rabatt i restauranten
- Gratis internett & parkering



SPAR OPP TIL 200,-

999,-

Ankomst: Inntil 29.08.14

Ferieopplevelse i Europa til lavpris



 | København

Designperle i København

Copenhagen Island ★★★★★

- 2 overnatt. m. frokostbuffet
- 1 glass mousserende vin
- 1 forfriskning i baren
- 20 % rabatt på restaurant
- Gratis internett

Ankomst: Inntil 22.04.15

Opplev Copenhagen Island, en helt unik designperle beliggende i havneområdet i København. Den imponerende lyssettingen og det lekke interiøret danner noen flotte rammer rundt oppholdet.

SPAR OPP TIL 833,-

999,-



 | Hallingdal

Spa - sommer

Quality Spa & Resort Norefjell ★★★★★

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3-retters meny inkl kaffe
- Inngang Bøseter Bad og Trening
- Gratis parkering og Internett

Kåret til Norges beste SPA 2 år på rad

Hotellet tilbyr rekreasjon og en fornøylig spa i en setting du sannsynligvis aldri har opplevd før. Opplev naturens komfortable omgivelser med sunnhet og velvære i fokus.

SPAR OPP TIL 701,-

1.799,-



Bo nær naturen og flotte slott på et hyggelig hotell på Jylland
Nyt noen rolige dager ved kysten, kun 40 min fra Fredrikshavn

 | Jylland | Bestill innen 20.12

Ferie nær Skagen

Dronninglund Hotel ★★★

Dronninglund ligger midt i Østvendssysels praktfulle natur med nærliggende fine opplevelser. Kort vei til fine strender og flere av Nordjyllands spenning byer.

- 2 overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3-retters menu/buffet
- 2 x kaffe og småkaker
- 2 x drink før maten

SPAR OPP TIL 1.130,-

549,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn

Ankomst: Inntil 19.12.14 | Sesongtillegg fra kr. 60 / døgn



www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00



RISSKOV
BILFERIE

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 59,- • Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG • Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.



Anne-Grethe Naustdal

–Å ha lyst er ikke nok

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Høgskolen i Sogn og Fjordane**

Bakgrunn

Anne-Grethe Naustdal

Aktuell som: Dekan og ansvarlig for skikkethetsvurderingen på Høgskolen i Sogn og Fjordane
Alder: 48 år

Studenter på 26 helse- og sosialfag og lærerutdanninger skal vurderes for skikkethet for yrket de utdanner seg til. Dette ble lovbestemt i 2006. Men det er ikke lett å få til en god ordning for å sile studentene. Anne-Grethe Naustdal arbeider med denne ordningen både nasjonalt og på skolen. Som sykepleier har hun jobbet på medisinske avdelinger. «Vil du overlate di demente, sjuke mor til ein sjukepleiar utan evne til å vurdere hennar behov for pleie?» spurte hun i en kronikk i Aftenposten.

Hva er det å være skikket?

–Å være pålitelig og vise ansvar. Man må vise både vilje og evne til å gi omsorg og utføre oppgaver. Mange har så lyst å bli sykepleier, men det er ikke nok.

Kan man ikke fange opp de uegnede i selve utdanningen?

–Mange veiledes nok ut av utdanningen, men i noen tilfeller må mer omfattende vurdering til. Det er utrolig viktig når man ser alle de uønskede hendelsene i arbeidslivet.

Hvorfor fungerer ikke systemet?

–Vi bruker det, men det kunne vært mer funksjonelt. Mange synes det er tungvint. For eksempel kan man utestenge bare for tre år. Det er for kort, synes jeg.

Kun én sykepleierstudent ble vurdert uskikket i 2013, for øvrig på din skole?

–Mye skjer løpende. Flere er veiledet ut, mens bare den ene ble utvist. Men det er betenkelig at det ikke er flere saker i nemndene.

Skikket eller ikke – en unødvendig sortering av unge mennesker?

–Å sortere er helt nødvendig for å sikre kompetente utøvere som skal behandle sårbare grupper – barn, eldre, funksjonshemmede. Det betyr ikke at de utestenges fra all utdanning.

Du kommer ikke unna subjektive vurderinger?

–Det er det som gjør det så vanskelig. Manglende faktakunnskap er lett å fange opp. Personlige

egenskaper krever en helt annen vurdering. Jeg har stoppet studenter i å gå ut i praksis. Det er ikke alle vi kan sende ut, vi må være trygge på at det er forsvarlig, selv om de er underveiledning. Før måtte vi fotfølge dem som var uegnet. Det er bra at vi har fått skikkethetsvurdering. Fotfølging vil vi ikke tilbake til.

Hvor mange har du vurdert?

–Jeg har hatt totalt 16 saker til behandling fra alle utdanningene siden ordningen startet. Tre av sakene var i nemd.



Hva vil du si til en fersk sykepleierstudent?

–Ta studiet alvorlig. Du må kunne faget for å hjelpe dem som er syke, ellers kan pasienten dø. Du må kjenne din begrensning, ikke gjøre ting du ikke kan. Mange bare turer på.

Hvem kan oppdage dem som ikke egner seg?

–Medstudenter, lærere og praksisveiledere.

Poenget er vel å oppdage dem tidlig?

–Ja. Å få en bekymringsmelding når det bare er ett semester igjen er veldig tøft. Men av og til kan det oppstå ting, og man kan ikke la være å reagere selv om det bare er en måned igjen.

Hvorfor er du så opptatt av dette?

–Det handler om kvalitet. Jeg er opptatt av gode, sikre tjenester. Det handler også om å ivareta studentene så de ikke utdanner seg til noe de ikke vil fungere i og i verste fall skader pasientene.

Hva er en typisk uskikket?

– En som ikke kan prate med kolleger og pasienter. Mange av disse har gode karakterer. Å kunne samhandle og kommunisere er essensen i yrket.

Et godt råd til lærerne?

–Vær observant. Snakk med studentene, ta det opp hvis du reagerer på noe.

Burde man heller sile under opptaket?

–Kanskje. Politihøgskolen har gode erfaringer med det. Studenten har sterke rettigheter og det går store ressurser med når de først vurderes underveis i utdanningen. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Skjerper kravene: Kortere responstid er ett av forslagene til akuttforskrift fra Helse og omsorgsdepartementet.

Høringsfrist for akuttforskrift

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** • Foto **Marit Fonn**

SKJERPER KRAVENE: 15. september er fristen for å mene noe om den nye akuttforskriften.

Forslag til forskrift er ute på høring nå, og fristen til å komme med innspill er 15. september.

Forskriften stiller blant annet krav til svartid ved henvendelser til AMK-sentralene på nødnummer 113 og til legevaktssentralene.

DIREKTORATET. – Det bør stilles krav om at operatører i legevaktssentraler skal være sykepleier som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør, mener Helse- og omsorgsdepartementet i sitt høringsvar.

Direktoratet mener også det er behov for å videreføre krav til at ambulanseskyt skal være bemannet med kvalifisert sykepleier, og ambulanshelikopter/redningshelikopter skal være bemannet med kvalifisert lege og redningsmann.

RESPONSTID. I forslaget skjerpes kravene til responstid. For AMK-sentralene skal 90 prosent av henvendelsene besvares innen 10 sekunder. For legevaktssentralene skal 80 prosent av henvendelsene besvares innen 90 sekunder, 95 prosent innen to minutter.

På NSHs høringskonferanse om akuttmedisinforskriften, som ble arrangert i slutten av august, kom det fra flere hold innvendinger mot at skjerpet krav til responstid gjelder for telefonhenvendelsene, ikke for hvor lang tid det skal ta før ambulansen faktisk er på stedet hos pasienten.

– Det er helt sentralt at befolkningen kan være trygge på at de får kompetent hjelp i akutte situasjoner. Da er kvalitet og kompetanse

«Kvalitet og kompetanse i tjenestene er avgjørende.»

Bent Høie

i tjenestene avgjørende. Dette forslaget gir bedre service til publikum, øker kompetansen hos helsepersonellet og bidrar til mer samordnet innsats ved større hendelser, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie da forskriften ble sendt ut på høringsrunde i slutten av mai. •

aknbh@sykepleien.no



Leverandør av helse og livskvalitet siden 1995

VELKOMMEN TIL BANDA

Penhygienic med skilt

- finnes i mange farger og varianter; med og uten utstyr



Veil fra 399,-

Kompresjonsstrømper

- når det beste er godt nok



279,-
Veil 334,-

Farge: hvit

JOBST®
Comfort, Health and Style!

Den perfekte arbeidssko

X Pro Maxor fra Berkemann



berkemann

Veil 1398,-

Stort utvalg søsterur og ID holdere



Utvalget kan variere fra butikk til butikk.

Banda har 50 butikker drevet av høyt kvalifiserte rådgivende helsearbeidere

Vi er store formidlere av sykepleieartikler på blåresept, med tilpasning av produkter, hjemkjøring og opplæring av brukeren som noen av våre gratistjenester.

Vi har også et bredt sortiment av produkter som er beregnet på deg som helsearbeider.

Ta deg en tur og vi kan vise deg vårt sortiment.



Følg oss på Facebook/bandakjeden

Finn din nærmeste butikk på www.banda.no

Besøk vår nettbutikk: www.banda.no/nettbutikk



Voldsutsatte sykepleiere

● Tekst Bjørn Arild Østby

VOLD: En av fem sykepleiere har blitt utsatt for vold på jobb.

I gjennomsnitt opplever tre prosent av alle arbeidstakere å bli utsatt for vold eller trusler på jobb, ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse. I deler av helse- og sosialsektoren er vold og trusler et betydelig mer omfattende problem. En av fem sykepleiere har blitt utsatt for vold på jobb i løpet av de siste tolv månedene, ifølge undersøkelsen. En av fire arbeidstakere som er utsatt for vold, sier at det alltid eller nesten alltid skjer

når de jobber alene. Og kvinner er mer utsatt enn menn. Halvparten av alle voldstilfeller mot kvinner i 2012 skjedde på arbeidsplass eller lærested. Dette er en betydelig høyere andel enn tidligere år.

NÅR? Når blir de ansatte utsatt for vold? Når de jobber med brukere som opplever sykdom, avmakt og mangel på kommunikasjonsmuligheter. Og lav bemanning, stor utskiftning blant de ansatte, utstrakt bruk av ekstravakter og mangel på kompetanse øker risikoen.

Ansatte i hjemmetjenesten vet aldri hva som venter dem når de låser seg inn i private hjem midt på natten. Mens alarmknappen gir trygghet for eldre og syke som trenger hjelp, kan jobben gå på helsa løs for ansatte som rykker ut til alarmstedet.

«Vold skjer
når man
jobber alene.»
Arbeidstilsynet

FAKTA. De som har vært utsatt for vold og trusler oppgir oftere disse arbeidsbetingelsene som årsak til vold:

- Tidspress, høyt arbeidstempo, overtidarbeid.
- Krav om å ta raske og kompliserte beslutninger.
- Arbeidsoppgavene krever kunnskap og ferdigheter man ikke har.
- Oppgaver uten nødvendige ressurser til å utføre disse.
- Manglende forutsigbarhet og utrygghet på arbeidsplassen.

(Arbeidsmiljøloven § 4-3). ●
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Prontosan® til sårbehandling

Løsningen for akutte sår, kroniske sår, og brannskader

Prontosan® sårskylling

Prontosan® sårGel | Prontosan® sårGel X

- Fjerner og forhindrer biofilm
- Forebygger infeksjoner
- Raskere sårtilheling
- Smertefrie bandasjeskift
- Kan kombineres med andre sårprodukter



Unge jenter sliter psykisk

● Tekst Bjørn Arild Østby

DEPRESJON: En av fire jenter mellom 15 og 16 år viser depressive symptomer.

Det kommer fram i den årlige rapporten Ungdata fra forsknings-senteret NOVA. I tillegg viser en fersk studie fra NTNU at en av seks ungdommer i videregående skole har selvmordstanker. Også her top- per jentene statistikken.

Redaktør for Ungdata, Anders Bakken, synes årets funn knyttet til jenter og depressive symptomer er oppsiktsvekkende.

– Funnene strider med hva man vanligvis har tenkt på som årsaker til ungdomsdepresjon. Rusmisbruk er på vei ned, mobbing øker ikke og det er ikke flere familiebrudd, sier han til dagsavisen.no.

Bakken sier det derfor er mulig vi står overfor en ny situasjon der vi ikke helt vet hva problemene handler om.

SAMMENSATT. – Jenter sliter ofte med veldig sammensatte problemer. Mange legger et enormt press på seg selv, kombinert med at mange har dårlig selvtillit. De stiller oss ofte spørsmål om hvordan de kan bli bra nok, sier Anne Bentzrød, helsesøster og ansatt ved nettstedet ung.no.

Via spørreundersøkelser har over 60 000 ungdommer mellom 13 og 16 år deltatt. Årets resultater viser at andelen jenter med depressive symptomer har vært stadig økende siden rapporten først ble utgitt i 2010.

VÆRE PERFEKT. – Det er et voldsomt perfektjonsjag blant unge jenter. I dag handler ofte samtaler mellom helsesøster og unge jenter om å senke forventningene til livet. Jentene føler de må ha toppkarakterer, være populære og ha feilfrie kropper. De skal ikke bare være tynne, men også veltrente og muskuløse. Og ønskene blir forsterket av at de hele

tida eksponeres for andres perfekte liv på sosiale medier, forteller Kristin Sofie Waldum, leder av NSF's landsgruppe av helsesøstre.

HJEMME. Økende individualisering og økt press for å lykkes i skolen er blant tingene som fremmes av NOVA som stressmomenter i ungdommers hverdag. Anne Bentzrød sier mange jenter melder om at forventningspresset blir forsterket hjemmefra. Hun ber foreldre tenke gjennom måten de snakker med barna sine på.

«Mange legger et enormt press på seg selv.»

Anne Bentzrød

– Veldig mange opplever samtaler med foreldre som avhørssituasjoner. Familien samles kanskje rundt midt- dagsbordet, og foreldre spør typisk «hva har du gjort i dag?», «hvordan gikk det på skolen?» og «hvem var du sammen med?». Mange ungdommer føler de dermed må bevise noe overfor foreldrene sine også, i tillegg til alle andre, sier hun.

LAVTERSKELTILBUD. Den nylig publiserte undersøkelsen fra NTNU viser at angst, depresjonssymptomer og atferdsproblemer på ungdomsskolen disponerer for selvmordstanker sent i tenårene.

– Det er viktig at det finnes brede og lett tilgjengelige lavterskeltilbud som helsesøstre og helsestasjoner. Det er ikke akkurat slik at unge misbruker de få hjelpetilbudene som finnes. Det er heller sånn at vi opplever at vi ikke når ut til alle som ber om hjelp, sier helsesøster Anne Bentzrød. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

De kjente og kjære.....



Floradix Magnesium
- for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte



Floradix Formula
- for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.



Floradix Kalsium-Magnesium
- for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

De ukjente og fremtidens kjære.....



Floradix Alpenkraft
- kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.



Floradix Barne Vitamin
- med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

ditt naturlige valg
NATUR
import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Det skjer på ett sekund

Må transplantere. Brannskadeavdelingen på Haukeland sykehus har behandlet pasientene med de største og dypeste sårene i 30 år.

● Tekst og foto Marit Fonn og Ann-Kristin Bloch Helmers



Sjekker sår. 22
Brannskader i 30 år. 26
Fra åpen til lukket. 27
Transplantasjon. 28
Jobbulykke. 32
Vedovnen. 38
Etter brannskaden. 41

Alvorlige brannskader krever omfattende og langvarig behandling. For to år gamle Maida ble livet snudd opp ned.



Sjekker sår. – Det er spennende å se om vi treffer med behandlingen.

Lillian Holme, spesialsykepleier

• Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**



Det er stille i gangene på brannskadeavdelingen denne vårdagen. Men inne på et av pasientrommene jobbes det intenst. Seks sykepleiere står omkring en kropp. Tolv hender er i konstant arbeid. Bandasjer pakkes opp, ben løftes, sår vaskes, smøres, pakkes inn igjen. Denne pasienten har store ytre skader, hud er transplantert, både donorsted og opprinnelig sårsted skal stelles. Som mange andre brannskadepasienter er det også skader nedover luftveiene.

Intensivsykepleier Lillian Holme har jobbet ved avdelingen i tre år. Nå har hun fjernet de skitne bandasjene på armene til pasienten.

– Det er spennende å se om vi har truffet med behandlingen, sier hun mens hun undersøker sårene og bandasjene. Sekresjon, farge og lukt sier noe om sårtilhelingen.

LANGVARIG. Av rundt 800 årlig innmeldte brannskader, havner de mest alvorlige tilfellene på Brannskadeavsnittet ved Haukeland universitetssykehus. Det utgjør cirka 120 pasienter i året. Det er plass til 8 pasienter i avdelingen: 5 intensivsenger og 3 intermedieære senger, i tillegg er det plass til 4 lettere brannskader på plastikkirurgisk sengepost. Ved en katastrofe kan avdelingen utvides.

Alvorlige brannskader krever omfattende og langvarig behandling. Hvert pasientrom er et miniatutt-mottak: Anestesisykepleier og intensivsykepleier

jobber side om side – mange pasienter har multior-gansvikt og store sårflater. Pasientene legges ofte i narkose før de kan dusjes og sår kan stelles.

Pasientene følges opp minutt for minutt, dag for dag, og for mange: måned for måned. Man regner med cirka 1 til 1,5 liggedøgn per prosent skadet areal. Har en pasient 50 prosent brannskade på kroppen, vil liggetiden være på cirka 50 døgn.

VARM ARBEIDSPASS. Dagens store sårstell-pasient er i narkose. Ikke for lett, ikke for tungt, det sørger anestesisykepleier Olav Agnar Frogner for. Fysioterapeuten kommer inn og bøyer og tøyser.

«Man får bruk for omtrent alt man har lært.»

Olav Agnar Frogner, anestesisykepleier

For å hindre varmetap er det nærmere 35 pluss-grader inne på rommet. De som er med på stellet er i tillegg pakket inn i stellefrakk, munnbind, hette og hansker.

Varmen er en belastning, erkjenner Olav Agnar Frogner mens han med trente fingre finner en åre.

– Brannskadepasienter er en spennende gruppe å jobbe med. Man får bruk for omtrent alt man har lært, sier han.

Fakta

Skadedybde

Overflatiske brannskader er rosa eller røde. Ved dype brannskader vil huden også kunne være rød eller hvit- og brunfarget, men her er blodsirkulasjonen dårligere eller opphørt. Skadene gjør svært vondt ved overflatiske skader. Ved 2. gradsforbrenning vil pasienten også få blemmer. Ved 3. gradsforbrenning er nervene som signaliserer smerte i huden skadet. De mest alvorlige brannskadene kan derfor være smertefrie. Huden kan da også være hvit og ligne på voks. Det kan være vanskelig å bestemme skadedybde tidlig i forløpet. Derfor tas ny vurdering etter to og tre dager.

Armene, bena, overkroppen, ansiktet, hodebunnen. Sårene vaskes med Hibiscrub og Lactacyd annenhver gang, før de påfører ulike antibakterielle midler. Stellet tar hele formiddagen. I sykepleiernes hverdag er dette bare en midtels stor skade. De har hatt pasienter med over 90 prosent sårflate, som har overlevd.

ETISK UTFORDRENDE. For hver enkelt pasient melder spørsmålet seg: Hvordan blir livet etterpå? Mange av pasientene vil bære med seg den fysiske påminnelsen på skaden resten av livet.

– Er det alltid riktig å operere store skader?





Lillian Holme plukker vekk løs hud der såret er urent. Regelen er ett sykehusdøgn for hver prosentandel av kroppen som er skadet.



– Veldig store og kompliserte skader er etisk utfordrende.

Det sier avdelingsleder og overlege Hartmut Heisterkamp.

– Hvilke vurderinger gjør dere da?

– Man ser på sjansen til å overleve, og så ser man på rehabiliteringsmuligheter og andre sykdommer. Store og kompliserte skader diskuteres tverrfaglig. Mange pasienter med store skader har god livskvalitet når de er ferdig behandlet, sier Heisterkamp.

DET SÅRBARE ANSIKTET. Den hardt skadde pasienten inne på pasientrommet merker ingenting til det intense arbeidet som foregår rundt omkring på kroppen. Ansiktet er et kapittel for seg. En av sykepleierne fjerner død hud med en pinsett – millimeter for millimeter. Munnen er vakker i det ellers forbrente ansiktet.

– Leppene blir ofte pene etter en skade, men det er viktig å være veldig forsiktig med ansiktet, forteller sykepleierne mens de jobber med konsentrert mine. De bruker oftere medisinsk honning og en annen type bandasje enn på resten av kroppen.

LUKTEN AV BAKTERIER. På avdelingen er det hele tiden en kamp mot infeksjoner.

– Hvis bandasjene er grønne, er det stor sjanse for pseudomonas. Brannskadepasienter får ofte den bakterieinfeksjonen, sier Lillian Holme.

Mange av de ansatte har så mye erfaring at de kan lukte hvilken type bakterier som er i ferd med å kolonisere seg.

– Da er det snakk om spisskompetanse?

– Ja, og det er et talent som absolutt kommer pasienten til gode, sier sykepleier Målfrid Havre Sandnes.

Det tar gjerne 2 til 3 dager fra mistanke om en bakterieinfeksjon til det blir bekreftet fra laben.

– Men man kan faktisk lukte at det vokser pseudomonas, sier Sandnes.

– Og hva gjør man da?

– Nei, da er det bare å fukte såret med eddik, altså acetatbuffer. Det liker ikke pseudomonasene, sier hun.

Hvis det lukter gammel fisk, er det sannsynligvis klebsiella, da kan de forsøke med for eksempel 5 prosent saltvann. På den måten kan de klare å stoppe det som kanskje bare er en kolonisering av bakterier. I løpet av 2–3 dager kan en liten kolonisering ha blitt en massiv infeksjon.

«Man kan faktisk lukte at det vokser pseudomonas.»

Målfrid Havre Sandnes, spesialsykepleier

KANT I KANT. Et viktig øyeblikk for brannskadepasienten er det som skjer første gang bandasjene tas av etter en hudtransplantasjon. Kirurgen legger transplantat kun over sårsengen og er svært nøye med sårkantene for å få et best mulig resultat. Dersom der skulle være noe overskuddshud i såret, klippes det vekk under sårstell.

– Vi kan ikke fuske med et eneste sårstell. Vi ser om vi har gjort en god jobb når pasienten kommer tilbake på kontroll, sier Havre Sandnes.

Jo flinkere kirurgen og sykepleierne har vært, jo penere arr og jo mer bevegelse har

pasienten senere.

– Den skadete huden er ikke så elastisk som resten av huden, og som sykepleier er man ikke snill med pasienten om man lar ham eller henne ligge for mye i «kosestilling», sier Havre Sandnes.

Sykepleierne og fysioterapeuten bruker mye tid på motivere pasientene til tidlig mobilisering og trening.

I STREKK. Det beste for pasienten på sikt, er å ligge i maksimal strekk. Om ikke kan det for eksempel bli vanskelig å kamme håret sitt senere, eller fingre kan vokse sammen.

De jobber tverrfaglig, og fysioterapeuten er inne og jobber med ledd og bevegelse både når pasienten er våken og ligger i narkose.

– Ledende fysioterapeut Marit Hjeltestad har vært med fra starten, og hun har lært opp alle fysioterapeutene, forteller Havre Sandnes.

LITT NÆRMERE. Det kommer et dypt og hest host fra pasientsengen. En arm løfter seg sakte oppover. Stellet er over, og narkosen avsluttes.

– Sår er spennende, vi ser at det gror, sier Lillian Holme mens hun tar av seg stellefrakken.

Bare anestesisykepleier Gisle Qvale og intensivsykepleier Grete Thormodsen er igjen inne på miniakutten.

Pasienten hvisker frem et spørsmål med desperasjon i stemmen, så lavt at kun Gisle Qvale kan høre det. Han snakker lavt og beroligende tilbake. Forteller hvilken dag det er. Hvem han er. Hva han gjør. Den bandasjerte armen synker sakte ned igjen. Pasienten faller tilbake i søvn.

Ett sårskift nærmere livet. ●

aknbh@sykepleien.no



Fakta



Mange involverte

Ved innkomst blir pasientene først sirkulatorisk og respiratorisk stabilisert. Deretter estimeres skadestørrelse. Alt brent vev fjernes innen 72 timer. Når sårflatene er rene høstes 0,2 mm tykk delhud fra uskadete områder som brukes til å dekke sårflatene.

Smertebehandling og omfattende sårbehandling er en viktig del av arbeidet. Involvert helsepersonell: Plastikkirurg, anestesilege, intensivsykepleier, anestesisykepleier, operasjonssykepleier, fysioterapeut, psykolog og sosionom.

Fakta



Flere faser

Tidlig i fasen for brannskadepasienter er det væsketap og elektrolyttforstyrrelser som kan være livstruende. Senere er det fokus på infeksjonsfare og organsvikt. I tillegg til de fysiske problemene hos en brannskadepasient, vil det også oppstå psykiske reaksjoner. Psykiske traumer er ikke uvanlig.

Generell anestesi er førstevalget til et sårstell som vil bli svært smertefull, for eksempel første sårstell etter hudtransplantasjon når sting og stifter skal bli fjernet. Noen pasienter kan trenge anestesi i lengre tid, inntil store deler av huden er helet.



Venche er blind, og merket ikke at håret hadde tatt fyr før hun førte hånden opp mot hodet. Se hvordan Venche har jobbet seg gjennom brann dramaet ved å scanne qr-koden eller gå inn på www.sykepleien.no



Solveig L. Dybdahl følger godt med når ansiktet stelles av intensivsykepleier Marianne Dahlberg (til venstre).



Lille Nora har blitt skadet av varmt vann på foten. Det kommer til å gå bra, konkluderer plastikk-kirurgene Antonios Koumouridis og Tine Wingsternes og intensivsykepleier Nina Solberg.



Sårstellet kan ta mange timer. Det er en konstant kamp mot infeksjoner.



Brannskader i 30 år

PIONER: Denne måneden er det nøyaktig 30 år siden den første pasienten ble tatt imot på brannskadeavdelingen. Intensivsykepleier Målfrid Havre Sandnes var den som da sto klar til innsats. Hun blir av kollegene omtalt som en pioner på brannskadefeltet i Norge.

HISTORIEN. Havre Sandnes husker godt hvordan arbeidet med å samle alle brannskader i Norge til Bergen startet: Hun jobbet på intensivavdelingen på Haukeland da hun i mai 1982 ble spurt om hun ville reise til USA og se på hvordan de jobbet med brannskadepasienter.

– Jeg reiste til San Antonio i Texas som eneste sykepleier, og da jeg kom tilbake, fikk jeg ansvaret for å lage rutiner for brannskader på Haukeland.

Året etter startet søknadsprosessen for å opprette en nasjonal avdeling for denne typen skader. I januar 1984 begynte hun sammen med overlege Tjøstolv Lund å bygge opp avdelingen. Han hadde også vært i Texas og lært. Lund var overlege i en kort periode, før Leif Ånderud overtok.

– I september 1984 var vi klare til å ta imot én pasient, og på åpningsdagen kom det en stor brannskade, så da var vi i gang, forteller hun.

BODDE PÅ JOBB. Den gang sov hun vegg i vegg med intensivpasientene:

– Ved oppstarten i 1984 hadde vi normert bemanningen til 42 intensivsykepleiere. Vi var 12 sykepleiere. Og jeg var eneste intensivsykepleier og den eneste med erfaring fra brannskader.

Derfor måtte hun så å si bo på avdelingen de første månedene. Og hadde hun fri, ble hun ofte oppringt. Spørsmålene var mange: «Det piper, hva gjør vi nå? Lampen lyser, er det farlig?».



– I september 1984 var vi klare til å ta imot én pasient, sier Målfrid Havre Sandnes. Foto: Marit Fonn

– Ja, sånn var det. Det ble et prestisjeprojekt for både Tjøstolv Lund og meg. Vi skulle vise at vi klarte det. Hver lunsjpause byttet vi på å holde rekrutteringsforedrag på Store auditorium på Haukeland. Vi fortalte om fremdriften og hva vi fikk til, samtidig som vi spiste matpakka. Vi måtte jo få flere folk til avdelingen.

– **FANTASTISK PERIODE.** Etter noen måneder fikk de rekruttert flere sykepleiere til avdelingen,

men det tok flere år før bemanningen begynte å likne det de

«Det ble et prestisjeprojekt for Tjøstolv Lund og meg.»

Målfrid Havre Sandnes

hadde normert for.

Eli Haugsmyr var den første sykepleieren som ble ansatt i 1984. Etter et avbrekk på noen år, jobber hun fremdeles i avdelingen:

– Det var en fantastisk periode i starten. Vi lærte utrolig mye på kort tid. Pasientgruppen utfordrer deg veldig både på din personlighet og på det faglige. Som sykepleier kommer du så tett på pasienten, kollegene og på de pårørende, sier Haugsmyr. ●

aknbh@sykepleien.no

Fra åpen til lukket behandling

TIDLIG: De største endringene i behandlingen på brannskadepasienter skjedde ganske tidlig etter at avdelingen ble åpnet.

– Etter noen år gikk vi fra åpen til lukket behandling av pasientene. Vi valgte først å la pasienten ligge minst mulig tildekket, med sårene åpne i rommet, forteller spesialsykepleier Målfrid Havre Sandnes.

Tanken var at de ville unngå fuktige forhold som kunne gi grobunn for bakterier. Dette medførte at de måtte ha det veldig varmt i rommet for at pasienten ikke skulle bli kald.

«Da bandasjene med sølv kom, prøvde vi oss med lukket behandling.»

Dette var også en medvirkende årsak til at mange ikke orket å jobbe på avdelingen. Det var ekstreme forhold.

– Men så fant dere ut noe lurere enn å lufte sårene?

– Ja, da bandasjene med sølv kom, prøvde vi oss med lukket behandling. Da åpnet vi bare opp ved sårstell, ellers var sårflatene tildekket.

Dette ga gevinst på flere områder. Sølvbandasjene var effektive mot bakterier, de kunne senke temperaturen litt i rommet, og pasienten var enklere å mobilisere. Det var ikke så enkelt å mobilisere en pasient med 60–70 prosent sårflate på kroppen, som lå åpent og innsmurt med krem.

– Lukket behandling virket også mer smertelindrende, og pasientene klarte fortere å ta til seg næring selv, sier Havre Sandnes.

Senere har det kommet enzymatiske produkter som tas mer i bruk. ●

aknbh@sykepleien.no



«Badet» er både akutt-mottak og rom for sårstell og dusjing. Her er det første badekaret som ble brukt ved avdelingen.



Transplantasjon. Fikk kokende vann over seg

Maida (2) var litt for rask.

● Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**



Brannskadeavsnittet, Haukeland:
– Det var en ... hva heter det?
En kjele.

Mor Sahro sitter inne på pasientrommet og forklarer med hendene hva som skjedde inne på kjøkkenet deres hjemme for to uker siden:

Hun lagde te på tradisjonelt somalisk vis. I kjelen var det sukker, forskjellige typer krydder, og vann. Vannet kokte. Mor gikk ett skritt bort fra komfyren for å hente noe i skapet. Maida, snart to år, var på oppdagelsesferd. Hva luktet så godt? Hun strakk den lille armen så langt hun klarte, og fikk tak i håndtaket på kjelen.

BARN SKADES OFTERE. Det hele skjedde så fort – på ett sekund var skaden et faktum. For det går fort når det først skjer.

Dette er tiden det tar å få en brannskade fra flytende væske:

- Kokende vann fra vannkoker, 100 °C – under 1 sekund
- Kopp med varm te/kaffe, 70–95 °C – under 1 sekund
- Varmt vann fra kranen, 60 °C – 1 sekund
- Varmt vann fra vannkoker etter fem til ti minutter, 55 °C – 10 sekunder
- Varmt vann fra springen med regulert temperatur, 50 °C – 5 minutter

Kilde: Barnekirurgisk og plastisk-kirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus

ANSIKTET HOVNET. Da foreldrene skjønte at jenta var hardt skadet, ringte de etter ambulanse. Maida ble først kjørt til Oslo universitetssykehus. Men skadene var så store at hun ble sendt videre til Haukeland.

Ansiktet hennes var så stort, sier moren og viser fram et bilde på mobiltelefonen. Ansiktet hadde hovnet opp til nesten dobbel størrelse på ene siden. Den ellers så aktive jenta lå helt stille på båren da de ble fraktet i luftambulanse fra Oslo til Bergen.

«Jeg var veldig redd.» Sahro, mamma til Maida

– Jeg var veldig redd, sier Sahro.

Vel fremme på sykehuset måtte mor vente på gangen mens Maidas brannskader ble undersøkt og stelt. Det viste seg at hun hadde fått en forbrenning nederst på ene siden av ansiktet, på halsen og den ene skulderen.

Mens moren sitter på sengen inne på pasientrommet på Haukeland og forteller, er hovedpersonen selv, iført små rosa sko, høyt og lavt. Maida er i bedre form nå, men sårene gror ikke helt av seg selv. Bandasjene dekker hele hodet og skuldrene, men det ser ikke ut til å plage henne nevneverdig.

Intensivsykepleier Nina Solberg banker på døren. Hun kommer for å fortelle at Maida står først på operasjonsprogrammet dagen etter.

– Vi vekker dere, forsikrer Solberg.

Fakta

Førstehjelp når uhellet er ute

- Ta av alle klær (om de ikke sitter fast).
- Avkjøl de skåldete områdene med kaldt eller lunkent vann øyeblikkelig i minst 20 minutter. Vann renser sårene og avkjøling forhindrer dypere skade. Kan også være smertelindrende.
- Bruk aldri is. Det kan gjøre skadene på huden verre, og barnet kan bli farlig nedkjølt.
- Fjern alle gjenstander, som smykker og ringe som kan stramme rundt huden, spesielt fingrene. Det kan forhindre sirkulasjonen.
- Dekk det forbrente område med ren og fuktig bomullsklut eller håndklær.
- Bruk aldri smør, kremer, oljer, tannkrem eller liknende på brannskaden. Det kan holde på varmen og gjøre skaden verre.
- Oppsøk lege eller legevakt dersom huden er sprukket, dersom det forbrente området er større enn håndflaten til barnet – eller hvis du er i tvil.
- Oppsøk alltid lege om det gjelder spedbarn.

Råd fra barnekirurgisk og plastisk-kirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus

TOÅRINGENE SKADES. De vanligste brannskadene blant barn skyldes skålding, slik som hos Maida.

Dødeligheten ved brannskader er høyest hos barn under fire-fem år. Hyppigheten er også størst



Anestesisykepleier Henrik Haldborg (f.v.), anestesilege Kristian Sønstabø og sykepleier Torbjørg Mortensen passer på mens Maida sover. Operasjonssykepleier Kine Pedersen (t. h.) holder et spesielt øye med temperaturen.

blant denne aldersgruppen. Ved Brannskadeavdelingen merker de at det er 2012-generasjonen som har begynt å strekke på seg. Majoriteten av de skåldete barna er toåringer.

KLAR. Grytidlig morgenen etter er Maida klar. Hun får på seg de rosa skoene og løper i vei. Nede på operasjonsrommet er alt klart, men de tar seg likevel tid til å snakke og tøyse litt med den lille pasienten før alvoret setter inn. Mor får være på rommet til narkosen begynner å virke.

TRENT TEAM. Med barnet i dyp søvn og mor ute på venterommet, starter operasjonsteamet jobben for fullt. Anestesisykepleier Henrik Haldborg sørger for at bedøvelsen er under kontroll, mens operasjonssykepleier Kine Pedersen starter jobben med å leire.

– Det er ingen faste prosedyrer for leiring for denne typen operasjoner, vi må tenke praktisk her og nå, sier Pedersen og flytter litt på hodet til pasienten,

som nå har blitt viklet ut av bandasjene hun har hatt på de siste fire dagene.

– Jeg er redd hun skal bli for kald, sier Pedersen, og vurderer fortløpende om det er nok med et varmt teppe, eller om de må hente varmelampen.

– Er kroppstemperaturen under 36, blir det ikke operasjon, forteller hun.

Temperaturen i rommet er 26 grader.

Hud skal flyttes fra lår og hode, det er den forelø-

«Jeg er redd hun skal bli for kald.»
Kine Pedersen,
operasjonssykepleier

pige planen. Den endelige avgjørelsen om hvor mye og hvor huden skal høstes fra, tas ikke før kirurgen kommer og tar ny status. Kine Pedersen henter varmelampe for å være på den sikre siden.

Pasienten er leiret, i narkose, har riktig temperatur og brannsårene er desinfisert. Kirurgen i dag er avdelingsleder og overlege Hartmut Heisterkamp.

– Det blir god stemning på stuen med dette teamet, slår Kine Pedersen fast.

HØSTER HUD. Heisterkamp kommer og ser på de åpne sårflatene. Han bestemmer seg for å høste hud fra hodet. Det ostephøvel-lignende redskapet den friske huden skal skrapes av med stilles inn. Hele operasjonsteamet jobber konsentrert over Maida, som ikke merker noe som helst.

Tre hudremser på tre-fire centimeter barberes fra hodet og legges i vann. Det blør litt fra hodet, men ikke veldig mye. Siden området som skal dekkes med ny hud er såpass lite, bruker de ikke perforeringsmaskinen i dag. Den brukes når større områder må dekkes. Perforeringen hjelper til å strekke den høstete huden over et større område enn det den er tatt fra. Resultatet blir en ruglete overflate, men til



gjengjeld er det lettere å få denne huden til å gro, og en centimeter høstet hud kan dekke to-tre centimeter med sårflate. Effektivt, med andre ord.

LIMER OG SYR. De små hudflikene limes på brannsåret, og sys deretter fast. Kirurgen er fornøyd, og strekker seg etter å ha sittet krumbøyd over Maidas hals og skulder.

– Dette var en liten skade i vår målestokk, og det kommer til å bli helt fint, slår Heisterkamp fast.

Maida sover fremdeles dypt mens hun blir trillet tilbake til avdelingen og rommet sitt, hvor Sahro venter spent.

– **HELDIGE.** To måneder senere, hjemme igjen:

Heeeeeiiii! roper Maida fra vinduet i det lille blå huset ikke langt fra Mjøsa. Hun bøyer seg så langt frem hun kan, og hilser ivrig med begge hender. Mor er i full sving med middagen, far er på vei ut, og det er rett før storebror kommer fra skolen.

«Vi har vært heldige.»



Sahro, mamma til Maida

Det er fem uker siden Maida ble skrevet ut fra sykehuset. Mor forteller at hudtransplantasjonen ble infisert, så Maida måtte opereres en gang til, med hud fra låret. Da gikk det fint, og sårene er nå grodd til.

2-åringen løper rundt og gjør seg tilsynelatende ingenting av bandasjen på låret. Håret har begynt å vokse ut igjen.

På halsen er det fremdeles arr, de vil forsvinne mer og mer.

– Vi har vært heldige, sier moren, og stryker datteren over kinnet:

– Hun kommer til å bli fin, helt fin. ●

aknbh@sykepleien.no



Hvordan foregår det når hud flyttes fra et sted til et annet? Se video og bilder av en hudtransplantasjon ved å scanne koden eller gå inn på www.sykepleien.no

Maida og mamma Sahro er ved godt mot før operasjonen.



Sykepleier Grete Thormodshaug passer på ved oppvåkningen.



5 uker etter utskrivningen springer Maida rundt og leker ubekymret.



Barn får psykiatrisk hjelp

BEDRE FOR BARN: Alle barn på brannskadeavdelingen får nå tilbud om psykiatrisk konsultasjon.

Etter en brannskade kan barn bli engstelig, deprimert og få sosiale tilpasningsproblemer. Foreldre kan oppleve stress og skyldfølelse.

– Konsekvensene er store for både barn og familie, sier spesialsykepleier Eli Haugsmyr ved brannskadeavdelingen.

Mange familier har behov for profesjonell støtte og blir henvist til psykososial konsultasjon.

Fra 1984 til 2011 hadde avdelingen 786 pasienter under 16 år. Over halvparten fikk barnepsykiatrisk hjelp under oppholdet. En del ble også henvist videre etter oppholdet.

FORELDRE FÅR TRAUMER. Jo større skader, jo lenger liggetid og jo eldre barnet er, desto større er behovet for slik støtte. Dessuten vil skader på mer utsatte steder på kroppen, som ansikt, hender og føtter, oftere føre til konsultasjoner.

– Men det er like ofte traumer hos foreldre som er henvisningsårsak, særlig for dem som har små barn, sier Haugsmyr.

Nå får alle barn under 16 år tilbud om psykososial støtte. Det er blitt fast rutine.

– Sier de ja?

– De fleste. Men flere burde takke ja.

OPPDAGER FARER FØRST. Haugsmyr påpeker at brannskadeavdelingen ofte er den første som

fanger opp farer i samfunnet. For eksempel merket avdelingen det da biopeiser kom på markedet.

Hun mener det er viktig å samarbeide med industrien for å forebygge skåldingsfarer der barn oppholder seg.

– Før var det lang ledning på kaffetraktere og vannkokere. Nå er ledningene korte slik at det er vanskeligere for barn å få tak i disse.

Haugsmyr synes det blir tatt for lite hensyn til barns sikkerhet.

«Traumer hos foreldrene er ofte henvisningsårsak.»

Eli Haugsmyr, sykepleier

– Det er viktig å nå småbarnsforeldrene med informasjon så de kan unngå at ungene skader seg.

– Hvordan kan det skje?

– Med mer informasjon og forebyggende tiltak. For eksempel er det lite oppmerksomhet om bruk av kasserollevern til komfyrrer med keramisk topp eller induksjonstopp.

Mye tyder på at barn med ikke-vestlige foreldre er mer utsatt for skålding enn andre.

– Om årsaken er etnisitet eller økonomi, vet vi ikke, men vi må ta hensyn til dette når vi forebygger, sier Haugsmyr. •
marit.fonn@sykepleien.no



Jobbulykke.

Rammet av lysbuen

På kraftstasjonen skjedde det som ikke skulle skje. Etterpå lå Kåre Jan Sørheim fire måneder i koma.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Det nærmer seg midnatt. Elektromontør Kåre Jan Sørheim har hjemmevakt. Skjer det noe galt på en av de seks kraftstasjonene i Aurland, er det hans ansvar å rykke ut for å ordne opp. Men nå er ekteparet Kåre Jan og Lillian Sørheim i ferd med å legge seg. Klokken passerer tolv. Lørdag 18. august 2012 har begynt.

I nesten 30 år har Kåre Jan Sørheim jobbet for E-CO Energi, som drifter og eier mange kraftverk i Sør-Norge. Han har nettopp avsluttet en periode som hovedtillitsvalgt. Hver femte uke er han hjemmevakt.

FEILMELDING. Klokken 00:15 får Sørheim melding om feil. Det er kraftstasjonen Aurland 2 som er i trøbbel. Generatoren skulle etter planen koples av strømmettet ved midnatt, men bryteren koplet seg ikke ut som den skulle. Aggregatet må stoppes.

Før var de to som hadde hjemmevakt sammen. Da var også en mekaniker med ut når noe skjedde. Men ordningen er strammet inn, og nå er hjemmevaktene alene. Sørheims kone Lillian liker det dårlig. Hun synes det er et stort ansvar for én person å være alene langt oppi fjellet i både lavspente og høyspente omgivelser.

Kåre Jan er klar til å dra.

– Det tar nok ikke lang tid, sier han til Lillian.

LYSBUEN. Det har begynt å regne når han setter seg i bilen. Turen vil ta en knapp halvtime. På

veien legger han merke til et telt og en bil ved en parkeringsplass. Han tenker at det er noen polakker som har slått seg ned der.

Klokken 00:42 kjører han inn porten på kraftstasjonen. Han går først til kontrollrommet, men han klarer ikke å kople ut effektbryteren derfra.

Han går ned i rommet der koplingen er montert for å kople ut bryteren der. Hjemme venter Lillian i nattkjolen. Hun greier ikke legge seg før han er tilbake.

Sørheim prøver å løse problemet. Klokken er 00:49. Da skjer det som ikke skal skje, elektromontørers store skrekk: Det eksploderer inni det høyspente rommet der Sørheim oppholder seg. I noen sekunder står flammene ut. På fagspråket kalles det lysbue. Den treffer elektromontøren med stor kraft. Klærne tar fyr, han ruller på golvet.

«Det ble jo opptur for oss.» Liv Jorunn Ulveseth, sykepleier

Men Sørheim er i live. Han får én tanke i hodet: «Jeg må ut!» Før han den giftige røyken i lungene, er det over. Han handler raskt, kommer seg ut av rommet. Mobiltelefonen ligger igjen på golvet. Han prøver fasttelefonen oppe, den er død. Strømmen har gått både på kraftstasjonen og i området. På telefonrøret legger han igjen blodspor.

Fakta

Hva skjedde med Kåre Jan?

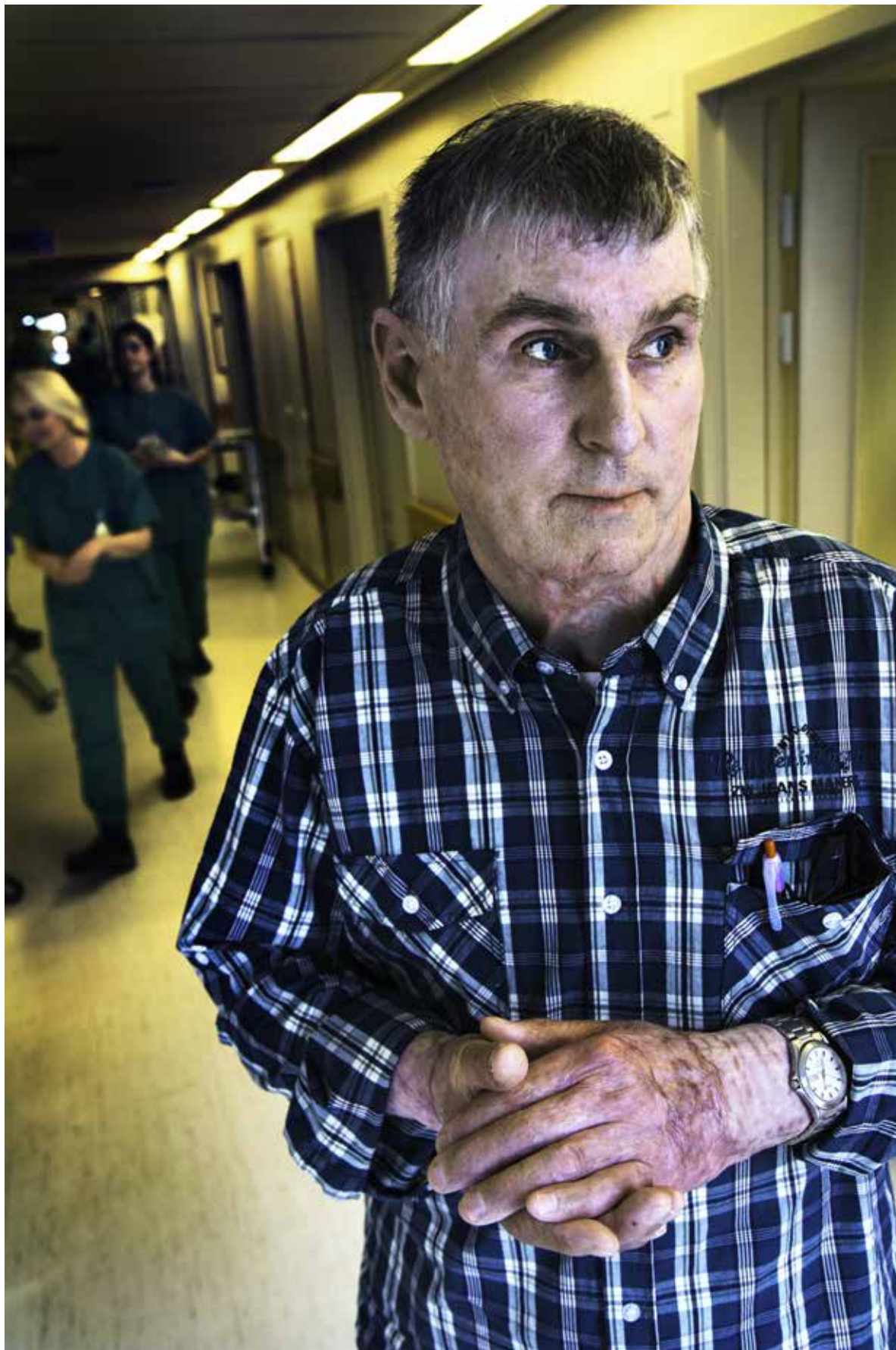
- Klokken 00:49 18. august 2012 blir Kåre Jan Sørheim truffet av en lysbue på jobb på kraftstasjonen i Aurland i Sogn og Fjordane.
- På Haukelands brannskadeavdeling konstateres 70 prosent forbrenning og 10 prosent sjanse for å overleve.
- I koma blir han operert flere ganger. Ulike komplikasjoner oppstår.
- I desember våkner han fra koma.
- 13. desember flyttes han til rehabilitering i Førde.
- 22. mars 2013 kommer han hjem til Aurland.
- Nå venter han på ny hudoperasjon i høst.

Porten, som vanligvis åpnes automatisk, er nå stengt på grunn av strømstansen. Han får uante krefter og åpner den med håndkraft.

LEGGES IKOMA. Han kjører nedover fra fjellet. Husker bilen og teltet han så. Det er 6–7 kilometer dit.

Driftssentralen hos E-CO Energi ser at strømmen har gått på kraftstasjonen. De prøver å ringe hjemmevakten, men får ikke svar. Brannvesenet varsles. Hjemme er Lillian urolig. Hva skjer? Hvorfor tar det så lang tid? Hun prøver å ringe mannen sin. Hvorfor tar han ikke telefonen?





Her på brannskadeavdelingen sto det mellom liv og død for elektromontøren fra Sogn. Selv husker Kåre Jan Sørheim verken smerter eller dramatikk.



– Jeg kjenner dere igjen på stemmene, sier Kåre Jan Sørheim til sykepleierne Jens Weseloh og Liv Jorunn Ulveseth. De glemmer aldri mannen de reddet.

70 prosent av kroppen ble forbrent:



Snittene (escharotomi) er gjort for å lette på trykket som oppstår på grunn av vevslekkasje.



Det er halvannet døgn siden ulykken.



Mye hud er hentet fra leggene og litt fra hoften. I juni 2013 er Kåre Jan Sørheim på poliklinikken.

Alle foto: Haukeland sykehus



Mennene i teltet blir vekket av en svart, nedsotet skikkelse. Klærne er i filler og er i ferd med å ramle av ham. Regnet gjør ham godt, men natten er kjølig. Han låner mobiltelefonen til utlendingene. Ringer AMK. AMK får gitt beskjed til den eldste datteren, som er sykepleier.

Mennene øser vann over ham. Det er iskaldt. Sørheim fryser. Brannfolkene kommer først og ser den svarte mannen. Så kommer ambulansen fra Lærdal. Den har brukt 33 minutter på fem mil. Legen som er med, er en bekjent. Han føler seg hjelpeløs, tør knapt å ta i den forbrente kroppen. Men Sørheim blir pakket i tepper. Frosten er smertefull likevel.

Været er for dårlig til at helikopteret kan lande der, det lander i stedet på Voss. Ambulansen kjører dit. På sykehuset blir Sørheim intubert og lagt i koma.

SOM EN MUMIE. Imens har Lillian fått telefon fra datteren. Hun får høre at det alvorlig. Nå er hun og begge døtrene på vei til Haukeland sykehus. I regn og vind kjører de i nattemørket. Ektemannen og faren er på vei til samme sted i helikopter. Lillian er dårlig i magen.

De er framme i halv seks-tiden om morgenen. Etter hvert får de se ham, men kjenner ham ikke igjen. Han er som en hvit mumie. Bare nesetippen og de lukkede øynene hans vises inni bandasjen. Det er ikke sikkert at han overlever helgen, får de vite.

70 prosent av kroppen er forbrent, mest på bryst, rygg og armer. Sjansen for å overleve er 10 prosent.

Arbeidsgiveren E-CO Energi skriver i en pressemelding om sin ansatte: «Kritisk skadd, tilstanden er usikker».

Mor og døtre tar inn på hotell. Lillian sover ikke den helgen. Dør han nå? Men Kåre Jan lever fortsatt når de drar hjemover mandagen.

Det skal bli 20 dagsturer mellom Aurland og Bergen for Lillian og døtrene de neste månedene. Fire timer i bil for hver gang.

VÅKNER ETTER FIRE MÅNEDER. De lever i uvisse. Svinger mellom håp og nedturer. Det går framover, men så får han lungebetennelse. Han blir bedre, men så får han gule stafylokokker. Blodforgiftning. Fifty-fifty sjanse for å overleve, sier legene. De lover aldri noe, likevel føler Lillian seg godt informert. Som hjelpepleier skjønner hun mye selv.

Slik er det i over tre måneder. Han er fortsatt i koma. Men i desember går det rett vei. Han våkner. Omtåket. Husker ingenting siden ulykken. Mens familien har lidd kvaler, har pasienten selv verken kjent smerter eller fundert over livet og døden. Lillian kan endelig slappe mer av. Kåre Jan har overlevd

og flyttes nå til sykehuset i Førde på avdelingen for rehabilitering. Lillian er der i romjulen.

Nå begynner opptreningen. Medisinene trappes ned. Han får fortsatt sondeemat. Men sonden dette stadig ut.

– Nå må du prøve å spise selv, sier Lillian myndig. Han spiser litt suppe. Spyr. Hun gir seg ikke: – Spis!

Fra nå går det bare framover, men han har fortsatt sår. Reisetiden til Førde er like lang som til Bergen. Det blir 15 turer til Førde.

Lillian har vært sykmeldt i seks uker denne høsten. Men det er ikke bra å sitte hjemme og tenke, så hun har begynt å jobbe på sykehjemmet igjen. Det er godt å ha døtrene og barnebarna i nærheten.

Han har fortsatt mye sår på kroppen som ikke har grodd skikkelig. Lillian stiller sårene med veiledning fra brannskadeavdelingen på Haukeland. Det går jevnt oppover.

Til påske kommer han hjem.

«Jeg bør ikke bli tyngre nå, da blir det for trangt i skinnet.»
Jan Kåre Sørheim,
brannskadet

MÅTTE LÆRE Å GÅ. Sykepleien treffer ekteparet på brannskadeavdelingen. Nå er det godt og vel et år siden han kom hjem. Det er to år siden ulykken.

Sørheim ser ikke ut som en brannskadet mann. Bare noen arr på halsen og hendene er synlig, men ikke iøynefallende. Overkroppen og armene er skjult under den rutete skjorten.

Det er Lillian som vet hva som skjedde her på avdelingen. Kåre Jan husker ingenting.

– Da jeg våknet i desember, hadde jeg ikke kontroll på det jeg sa. Tenkte ikke klart. Hadde jo vært dopet ned i fire-fem måneder. Jeg var i ør-ska til februar, før det hadde jeg ikke skikkelig hukkommelse, forklarer Sørheim.

Han måtte lære å gå på nytt.

– Jeg var muskelløs. Kunne først bare stå i fem sekunder. Måtte få tilbake balansen.

HUSKER STEMMENE. Der kommer sykepleierne som har brukt så mange timer på å stille sårene hans – mens han var i koma. Han husker ikke ansiktene deres. Men han kjenner dem på stemmene.

Intensivsykepleier Liv Jorunn Ulveseth var kontaktsykepleieren hans.

– Det gjorde sterkt inntrykk da han kom til oss.

Fakta

Hva er en lysbue?

- En lysende elektrisk utladning som gjerne oppstår som følge av en kortslutning.
- Temperaturen i en lysbue kan bli på flere tusen grader, avhengig av strøm, spenning og metalltype.
- En lysbue kan dermed medføre store skader på personer som befinner seg i nærheten. Brann kan også oppstå på grunn av den høye temperaturen.

Kilde: Wikipedia

Det var en stor skade og vi visste ikke om vi ville lykkes med behandlingen. Det var på kanten flere ganger. Men det var en positiv oppgave, og det ble jo opptur fra oss, forteller hun.

Ulveseth var relativt ny på avdelingen, og dette var en av de første store skadene hun behandlet. Kollega Jens Weseloh, også han intensivsykepleier, er mer dreven.

– Jeg har jobbet med brannskadepasienter i Hamburg og Bergen i 20 år. Men noen glemmer man aldri, sier han.

Sørheim bekrefter at den stemmen der husker han.

– Det var en så positiv gjeng som pleiet deg. Vi jobber så godt i lag, sier Weseloh.

Ulveseth føyer til:

– Det er positivt at pårørende gjør mye for oss. Vi får ekstra inspirasjon.

Så går de to sykepleierne videre til sine nye pasienter.

– Rart det der med stemmene, sier Sørheim, og har et råd å gi:

– Vær forsiktig med å prate høyt og si aldri negative ting selv om pasienten er bevisstløs. Man kan høre.

HUD FRA LEGGENE. Han har fått høre fra personalet at han er heldig som har en så kjekk familie. De mener det er en grunn til at han overlevde.

– Jeg må takke de tre jentene mine. Selv om jeg ikke husker dem, var det viktig at de var der, sier han.

Han takker også brannskadeavdelingen og rehabiliteringen i Sogn og Fjordane. Og arbeidskollegerne i ECO som har besøkt ham, særlig i Førde.

Cirka ti hudoperasjoner har det blitt. I høst blir det ny operasjon for å legge mer hud på halsen og under armene.

– Det er litt stivt og stramt, så jeg





I over tre måneder visste ikke Lillian Sørheim (60) om hun fikk beholde mannen sin. Kåre Jan (64) husker ingenting fra den tiden.

➔ klarer ikke å strekke armene skikkelig ut. Men mye er tøyd ut på et år, altså.

Huden som er transplantert er hentet mest fra leggene men også fra hofter.

Lillian har vent seg til den nye huden hans, forteller hun, men ikke han. Han synes den er ruglete. Men noen fordeler har de mange hudtransplantasjonene ført til: Før hadde han psoriasis. Nå er den lidelsen vekke.

Før ulykken veide han 86 kilo. Han gikk ned 20 kilo. Nå er han over 80 igjen.

– Men jeg bør ikke bli tyngre nå, for da blir det for trangt i skinnet.

Reguleringen av kroppstemperaturen er ikke som før.

– Jeg fryser ikke, kanskje litt på hendene. Jeg har lett for å bli overvarm og svetter lett.

– Hva gjør du da?

– Setter meg ned.

Lillian har fått mannen sin tilbake, men slapper ikke helt av:

– Når han er forsinket, blir jeg engstelig. Hvorfor tar han ikke telefonen? Han legger den ofte igjen i bilen. Jeg blir skrulle. «Husk nå å ta med mobilen», sier jeg til ham.

Utlendingene som hjalp ham den natten har han ikke funnet igjen, selv om han har bilnummeret deres. Han skulle gjerne ha takket dem.

«Når han er forsinket, blir jeg engstelig.»

Lillian Sørheim, kone

Han tenker på sjokket de må ha fått da den svarte mannen vekket dem den natten.

– Jeg var jo helt nedsotet. Det var bare kjøtt.

Da ulykken skjedde, var Sørheim 62 år. Planen var å jobbe til han var 65.

– Men det ble over og ut med jobb. Jeg ble

rådet til å slutte. Men jeg har fått god hjelp av arbeidsgiver.

GRUBLER IKKE. Politietterforskningen av ulykken ble avsluttet og henlagt i oktober 2013. Det ble ikke avdekket straffbare forhold, verken for enkeltpersoner eller selskapet.

– Og nå er du aktiv?

– Prøver. Men aktiv og aktiv. Det er klart det er masse bevegelser jeg aldri kan klare. Armer og bein er ikke bevegelige som før. Jeg kan ikke knytte nevene, du kan tenke deg hvor hjelpeløs du blir da.

Det går greit å gå på asfalt, men er verre i terrenget.

– Men det er nå så. Jeg er glad jeg er oppegående. Han har ikke smerter.

– Det dagligdagse går greit. Å ete, å sove. Men det er vanskelig å gjøre noe arbeid.

– Grubler du på det som hendte?

– Ingenting. Har ikke hatt en dårlig natt. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Nytt register for brannskader

KUNNSKAP: Et nasjonalt brannskade-register er på trappene. I januar ga Datatilsynet konsesjon for 10 år til å opprette et slikt register. Data i registeret vil gi oversikt over skadeårsak, skadested, omfang av skaden, liggetid, komplikasjoner, hvilken behandling som ble gitt – og resultatet av den.

– Et slikt kvalitetsregister vil kunne gi oss systematisk kunnskap som kan brukes til å forebygge, behandle, undervise og forske, sier spesialsykepleier Eli Haugsmyr ved brannskadeavdelingen på Haukeland sykehus.

Det er brannskadeavdelingen som har tatt initiativ til dette registeret, som vil bli administrert derfra.

– På sikt er tanken at samme type data om alle brannskadepasienter på alle norske sykehus skal inn i registret.

Nest etter Haukeland er det Ullevål sykehus som har flest brannskadepasienter.

– Vi får mange pasienter derfra, sier Haugsmyr.

Den første skandinaviske brannskadekonferansen ble holdt i Bergen i 1985. Nå er det nordiske konferanser annet hvert år. I år var den i Linköping i Sverige, om to år skal den være i Uppsala i Sverige. De årene det ikke er konferanse i Norden, er det europeiske samlinger om brannskader.

Den første brannskadekonferansen ble arrangert i Bergen. Foto: Marit Fonn



Internasjonalt samarbeid

Brannskader behandles nokså likt i den vestlige verden. I oppstarten av brannskadeavdelingen ved Haukeland ble sykepleiere ofte sendt til USA og Sverige for hospitering og læring. Men sykepleiere har også vært på hospitering i blant annet Etiopia og India.

Forebygging

På nettsidene burnprevention.org og prevention.euroburn.org kan man finne fakta om hvordan brannskader kan forebygges.



Varme og vekt

Rundt 40 prosent av pasientene på brannskadeavdelingen på Haukeland er barn. Som oftest har disse skåldings-skader og kontaktskader.

Brannskadepasienter lider generelt ofte av varmetap, og det er viktig å passe vekten. Veiling er derfor en viktig del av rutinen ved stellet av pasienten.



Støttestrømper

Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben. Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



xwear.no



Vedovnen.

Lang oppfølging for Caroline

Da Caroline brant seg på hendene, var hun baby. Liten skade kan få store følger.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Fyringssesongen er over, og Camilla Nesheim har ryddet vekk grinden foran vedovnen til 17. mai. Dagen etter feiringen brenner hun i ovnen for å kvitte seg med pizzapapp. Datteren Caroline, som er 11 måneder, stabber rundt mens hun holder seg i en vogn. Mamma går en snartur på kjøkkenet for å hente vann. Da hører hun et hyl. Inne i stuen ser hun datteren holde seg til ovnen med venstre hånd.

Hånden er hvit. Ennå har ikke Caroline utviklet refleksen som ville fått henne til å trekke til seg hånden.

Mor tar henne med til kjøkkenet og kjøler den

lille hånden under kaldt vann. Først etter ti minutter oppdager hun at også høyre hånd er brent.

Hun ringer 113. «Det viktigste er å kjøle ned», sier de der.

Det tar 45 minutter å kjøre til Haukeland sykehus. Der kommer de rett inn til brannskadeavdelingen. Caroline får straks en beroligende tablett.

Det skal vise seg at det er den høyre hånden som er blitt mest skadet, kanskje fordi den ikke ble nedkjølt med en gang. Men svaret får de aldri. Legene klipper bort den hvite huden, som er som en stor blemme, for å se hvor stor skaden er. De lukker døren og sier til foreldrene: «Skaden kan få følger for henne.»

INGEN SELVKLANDRING. Det er over tre år siden ulykken. Caroline er blitt fire år.

– Jeg hadde to valg: Å klandre meg selv, eller gå videre, forteller Camilla Nesheim mens Caroline leker med en brannskadebandasjert dukke på golvet på venterommet.

De er tilbake på avdelingen der de var innlagt i to måneder. Det vil si at de kom hit hver annen eller hver tredje dag. I denne perioden hadde jenta åpent sår, og foreldrene lærte hvordan de skulle strekke og tøye. Caroline måtte sove med skinnene. Etter tre måneder ble bandasjen tatt av. Hun var heldig og fikk ingen infeksjoner.

Hva leker en unge med når hun ikke har



Den hvite huden tyder på at skaden er dyp.



Det ødelagte vevet er fjernet og konsekvensen av brannskaden kommer til syne.



Caroline (11 mnd) lar seg ikke passivisere av to bandasjerte hender. Mamma passer på.



Fysioterapeut Cathrine Sivertsen ser at Caroline (4) har god strekk i håndflaten. – Hun er aktiv og har høy smerteterskel, sier mor Camilla Nesheim.

hender å bruke? Hvordan krabber hun? Nesheim har erfart at barn finner smarte løsninger og lar seg ikke hemme.

Nå gjelder det å stimulere datteren til å bruke hånden: Kaste ball, perle, tegne. De vet at Caroline må operere en finger i 11-årsalderen. Barnet vokser, men huden vokser ikke.

– Derfor kan en sånn liten skade få store konsekvenser. I dag har hun ingen handikap. Får bare litt vondt når hun detter. Huden er veldig tynn, og hun fryser fort på hendene. Vi bruker faktor 50 når vi smører dem med solkrem.

BRANNSKADER ER TABU. Camilla tenker stadig på det: Hun skulle bare – og så var det gjort.

– Det virker som slike brannskader er tabu å snakke om. Det er synd.

Hennes kjæpphest er å gjøre det lett for foreldre å forebygge.

– Sikring foran ovn koster et par tusen kroner. Jeg synes at helsestasjoner kan låne ut slik sikring mot

et depositum. Jeg ser jo hva dette har kostet sykehuset, det er et enormt apparat som settes i gang.

Caroline har to eldre søsken på 9 og 13 år.

– Da de var små, hadde vi ingenting foran vedovnen, reflekterer Nesheim.

«Vi må stimulere henne til å bruke hånden.»

Camilla Nesheim, mor

Nå er hun spent på hvordan det vil gå med skrive og fritidsaktiviteter for yngstebarnet. Hun er blitt observant på potensielle farer, men overbeskytter ikke.

– Men jeg er obs på kaffekoppen, og jeg tømmer ut vannet i vannkokeren jeg ikke bruker.

Familien griller gjerne på terrassen, men har alltid en bøtte med vann i nærheten.

Siden Caroline går i friluftsbarnhage er hun mye ute og bruker kniv og øks.

– Det er god læring for henne å håndtere slike redskap, mener mor.

MÅ STREKKE. – Brannskadde hender krever tett oppfølging, sier fysioterapeut Cathrine Sivertsen.

Problemet er arrene som ikke er like elastisk som frisk hud.

– Barnehendene har så små strukturer. Når såret gror, har huden i håndflaten en tendens til å trekke seg sammen.

Bevegeligheten holdes ved like ved å strekke huden. Mange pasienter trenger livslang behandling.

– Når Caroline blir eldre og hånden er utvokst, vil ikke huden i håndflaten ha samme elastisitet som uskadet hud. Det kan føre til at hun ikke kan strekke håndflaten og fingrene fullt ut. Da vil hun trenge en ny operasjon, sier fysioterapeuten. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Etter brannskaden.

Lever like godt som andre

Helsen blir dårligere, men brannskadde er like fornøyde med livet som folk flest.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Asgjerd Moi begynte på brannskadeavdelingen som intensivsykepleier i 1991.

– Når pasientene reiste fra avdelingen, hadde vi sykepleiere lite kontakt med dem etterpå. Jeg lurte ofte på hvordan det gikk.

Det ble starten på hovedoppgave og videre forskning om brannskaddes livskvalitet. Hennes hovedfunn er at brannskadde har redusert helse-sammenliknet med befolkningen ellers.

– Men de er like tilfredse med livet som andre, sier Moi, som er førsteamanuensis på Høgskolen i Bergen med bistilling på brannskadeavdelingen på Haukeland sykehus.

– På hvilken måte er helsen redusert?

– Vanskene viser seg ved komplekse aktiviteter både i arbeid og fritid. Å bære og springe kan være vanskelig, men egenomsorg har de mindre problemer med.

Brannskadde er oftere uten arbeid enn andre.

– Arbeid kan kreve mye av den enkelte på mange plan. Samtidig er arbeid viktig for både helse og livskvalitet.

HUSKER LITE. Da brannskaden plutselig skjedde, var de helt uforberedt.

– Mange husker lite fra starten av sykehusoppholdet, eller har forvrengte minner på grunn av intensivdelirium. Dagboken sykepleierne skriver under oppholdet, har hjulpet dem med å fylle i tapte

minner, forteller Moi.

Hun påpeker at overgangene er vanskelige, for eksempel når pasienten flytter fra brannskadeavdelingen til sengepost, eller reiser hjem.

– Pasientene er slitne når de drar. Familiene er også slitne, og tiden etterpå er krevende. Fortsatt gjenstår mye stell og pleie av huden. Vi må vise omsorg for hele familien. Mange føler seg sluppet ut i intet, understreker hun.

«Mange har forvrengte minner på grunn av intensivdelirium.»

Asgjerd Moi, forsker

– Hvordan endrer de seg etter ulykken?

– Brannskadde opplever vanligvis både problemer og vekst. De kan føle takknemlighet for å ha overlevd og for hjelpen de har fått. De strekker seg. De får troen på egen styrke. Noen verdsetter nære relasjoner mer enn tidligere.

Flere sier at de forstår bedre andre som har det vanskelig, og de får mer lyst til å hjelpe andre. Moi mener dette kan være posttraumatisk vekst.

– De tenker: «Når skaden først skjedde, så har jeg lært mye av det.» For helsepersonell er det viktig å formidle begge deler: «Ja, skaden medfører plager, men det kan også komme noe positivt ut av det.»

Fakta

Livet etter brannskaden

Asgjerd Moi har i mange år forsket om livskvalitet hos brannskadde, blant annet i sin doktorgradsavhandling. Hun har samlet inn både kvantitative og kvalitative data med spørreskjema og intervju av brannskadde personer. Spørreskjemaundersøkelsen er gjort to ganger, sist i 2013. Da var det gått mer enn ti år siden personene ble skadet.

Forskningen viser:

- Brannskadde er oftere uten arbeid enn andre.
- Overgangene er vanskelige – når de skifter avdeling eller reiser hjem.
- Mange opplever posttraumatisk vekst; de er glad for å ha overlevd og får tro på egen styrke. Det kan forklare hvorfor brannskadde er like tilfredse med livet som andre, selv om de har større problemer med helsen.
- Smerte, kløe, temperaturintoleranse og mangel på energi er vanlige symptomer etter en brannskade.
- Flertallet skjuler ikke sårene.
- Ansiktsskader påvirker kvinner i større grad enn menn.

SKJULER IKKE SÅR. Smerte, kløe, temperaturintoleranse, søvnvansker og posttraumatisk stress er vanlige symptomer etter en brannskade. I tillegg kan mangel på energi føles særlig utfordrende.



Asgjerd Moi og Eli Haugsmyr er opptatt av at hele familien trenger omsorg etter dramatiske brannskader.

De som har hatt dype brannskader, som lever alene, er uten arbeid og har kronisk sykdom har dårligst helse.

– Annen sykdom påvirker dem ofte mer enn brannskaden – så lenge brannsårene heles.

Ved siste kartlegging i 2013 fant Moi ut at de brannskaddes helsetilstand var stabil siden forrige undersøkelse, og at de var mer tilfreds med livet.

– De hadde det bedre på jobb og var mer tilfreds med å kunne hjelpe andre og med fritidsaktiviteter.

Moi spurte også om de skjuler brannskadearrene med klær.

– Flertallet skjuler dem ikke. Det kan tolkes som at de har et greit forhold til den brannskadde kroppen.

ULIKT SYN PÅ ARRENE. Moi understreker at folk har svært forskjellig syn på hvor viktig utseendet er.

«Du må være forberedt på at veien tilbake ofte tar lengre tid enn du hadde tenkt.»

Asgjerd Moi, forsker

– Det må vi respektere. For noen er det lille arret et kjempeproblem. Andre orker ikke flere operasjoner, selv om de blir forespeilet muligheten.

– Har du funnet kjønnsforskjeller?

– Kvinnene oppgir litt lavere livskvalitet enn menn, men disse kjønnsforskjellene er vanlig ellers også. I litteraturen spekuleres det på om ansiktsskader påvirker kvinner i større grad enn menn. For hele gruppen fant vi at ansiktsskader påvirker den mentale helsen. Det er for øvrig langt færre kvinner enn menn som skader seg i det hele tatt.

– Hva vil du formidle til en ny pasient?

– Etter store skader vil du møte store utfordringer, avhengig av hvor skaden sitter og opplevelsene du har hatt. Du må være forberedt på at veien tilbake ofte tar lengre tid enn du hadde tenkt. Likevel er det gode utsikter til å ha et godt liv. ●

marit.fonn@sykepleien.no



10% RABATT
Angi koden: SYKEPLEIEN-10



99 kr



fr. 149 kr



fr. 549 kr



49 kr



149 kr



199 kr

www.color4care.no
23 96 09 36

[MEDIHONEY® en viktig del av moderne sårbehandling]



Godt etablert i Europa, Midtøsten og USA, med gode referanser.
Nå endelig i Norge! Etter en suksessrik introduksjonsperiode
er Medihoney tatt i bruk på mange sykehus.

- Antibakteriell uten resistensfare
- Stimulerer sårtilheling
- Beskytter nydannede celler
- Antiinflammatorisk
- Kraftig debriderende
- Moderne produktmix
- God dokumentasjon

SELGES HOS vitus|apotek ditt apotek

ANTIBAKTERIELL HONNING
MEDIHONEY™
med Aktiv Leptospermum honning

DISTRIBUERT I NORGE AV NORGESPLASTER AS
www.norgesplaster.no // info@norgesplaster.no

Norgesplaster.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 10 | 2014

Fagartikler – Etikk – Intervju



Det er viktig å dokumentere operasjonssykepleiers oppgaver og ansvar. Arkivfoto: Marit Fonn

Viser sykepleie

Fagartikkel. Videreutvikling og utprøving av veiledningplan for operasjonssykepleie. **52**



«Familiene til personer med spiseforstyrrelse er også rammet.»

Siri Lyngmo. **58**



Fagartikkel. Barnemishandling krever modige sykepleiere. **48**



Fagartikkel. Vennskap kan hindre mobbing. **44**



VENNER MOT- VIRKER MOBBING

Skolehelsetjenesten. Vennskap
blant barn er viktigere enn vi tror.

FOKUSGRUPPEUNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på

50 % teori

50 % praksis



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0131



Liv Tønjum,
Fagutvikler og
prosjektleder-
Solheimsviken
helsestasjon,
Bergen kommune.
Forlagsredaktør
i Fagbokforlaget
fra august 2014.

Denne artikkelen bygger på tiåringers egne uttalelser i fokusintervjuer gjennomført høsten 2012 i Årstad bydel i Bergen. Fokusintervjuene var en del av prosjektet «Vennskap mot mobbing» støttet av Helsedirektoratet gjennom Manifest mot mobbing (1).

FREM GANGSMÅTE. To helsesøstre gjennomførte fire intervjuer med åtte til ti barn fra femte trinn på fire ulike barneskoler, til sammen 35 barn av begge kjønn og blandet etnisk opprinnelse. Hvert intervju varte fra en til en og en halv time og ble gjennomført i skoletiden. Alle elevene deltok med samtykke fra foreldre. Vi brukte en mal med åpne spørsmål om vennskap, trivsel, skolemiljø og mobbing eller plaging. En strektegning hentet fra boken *Sammen så det hjelper* (2) ble brukt som inngangsport til samtalen med barna. Intervjuene ble tatt opp på bånd, skrevet av ord for ord og deretter ble opptakene slettet. Det ble ikke brukt navn i løpet av intervjuene eller ført navnelister med personalopplysninger. Undersøkelsen ble registrert i Datatilsynet mai 2012.

Etterbehandlingen og tolkningen av intervjuene er inspirert av Grounded Theory (GT). Å gjennomføre en undersøkelse ved hjelp av denne metoden ville kreve mer

tid og ressurser enn det kommunehelsetjenesten kan stille opp med. Men jeg er fascinert av grunn tanken i GT som hevder at mennesker er rasjonelle i forhold til utfordringer og problemer de møter i livet, og om hvordan samhandling og relasjoner virker inn på folks liv. GT egner seg godt til denne type forskning (3).

Et poeng med denne undersøkelsen var å la barna selv komme til orde. Det er i tråd med offentlige føringer og ideen om brukerstyrte tjenester, men det er ikke alltid fagfolk faktisk gjør det. Vi ble selv litt overrasket over hvor bra respons vi fikk. Uttalelser som: «Jeg har litt god samvittighet nå for å si det jeg mener, og hvordan jeg har det her på skolen». «Helt seriøst, kan vi si det vi vil? Skal vi ikke snakke etter papiret?»

HVA ER VENNSKAP? Professor Anne Inger Helmen Borge sier at vennskap mellom to barn karakteriseres av gjensidighet. Begge parter i vennskapet skal oppfatte den andre som sin venn. Vennskap bygger på en sterk følelsesrelasjon utenom tid og rom, alder, kjernefamilie eller klasse. Byggesteinen i vennskap er personlige egenskaper hos barnet og hos den barnet velger som venn. Små barn helt ned i to års alder kan peke ut andre barn de ønsker å være venner med og velge andre bort. Borge skiller mellom vennskap, jevnaldningsrelasjoner og popularitet. For

å få en venn kreves det prososial atferd, det vil si at barnet for eksempel kan dele, trøste og hjelpe andre (4). Popularitet dreier seg mer om å være likt og akseptert innenfor gruppen. Vennskap kan også benyttes på gruppenivå sier Øyvind Kvello (5) og nevner begrepene klikk og flokk som subgrupper av diffuse jevnaldningsgrupper. Noen ganger kan tette vennskap, såkalte dyader, være negative.

VENNSKAP BLANT TIÅRINGER.

Barna i denne undersøkelsen gir mange eksempler på hva gode venner gjør sammen; de leker, har det gøy, prater sammen, driver med radiostyrt bil, går i butikken, går på trening sammen, hopper på trampoline, de er hjemme hos hverandre, har putekrig, spiser middag hos hverandre, går på loppemarked, ser tv sammen og holder på med data og så videre. Overnatting er tegn på virkelig vennskap, likeledes å bli invitert med på middag, hyttetur eller ferier. To gutter sier at de har vært venner fra barnehagen. En annen forteller at han skyper med bestekompien, som har byttet skole, nesten hver dag. Og at de også brevveksler for da kan de sende hverandre gaver.

EN GOD VENN. Å være en god venn var et av hovedtemaene i intervjuene. En god venn er ensbetydende med å være empatisk (se figur 1). En

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

10-åringene i denne fokusgruppeundersøkelsen er opptatt av «å venne». De vedlikeholder, revitaliserer, utvider eller inkluderer vennere-lasjonene kontinuerlig. De ønsker seg ansvarlige og lyttende voksne som er flinke til å ta opp problemene når de oppstår. Tydelige regler på skolen, samt trygghet i miljøet like utenfor skolen, er billige tiltak for barns psykisk helse.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på vår nettsider.

- Barn
- Psykisk helse
- Skolehelsetjeneste

Å være en god venn

Å være empatisk

- er der alltid for deg
- når foreldrene dine ikke forstår deg
- setter seg inn i andres situasjon
- forstår hvordan du har det

Å være omsorgsfull

- støtter og hjelper
- ikke slår
- er snill

Å være trofast

- stoler på
- si hemmeligheter til
- holder avtaler
- baksnakker ikke

Å være ansvarsbevisst

- lokker ikke andre til dumme ting
- grei mot andre

Å være fleksibel

- er med
- sier unnskyld
- må kunne krangle
- tåler mange type vennskap
- bli ferdig med uenigheter
- ser framover

venn er en som forstår hvordan du har det, en som alltid er der for deg eller som kan sette seg inn i andres situasjon. «Det er fint å ha en venn når foreldrene dine ikke forstår deg». Barna i intervjuet snakket om å være snille, om å støtte og hjelpe hverandre. «En god venn skal ikke plage andre venner som du har». Alle gruppene tematiserte venners lojalitet. De karakteriserte nære venner som trofaste og ansvarsbevisste. «En venn bør ikke avlyse avtaler sånn plutselig, og de skal være snille mot alle andre og holde på hemmeligheter».

Å være en god venn krever også at man er fleksibel. På flere av skolene var det utviklet et klima for fleksible grupper barna kunne komme inn og ut av etter eget ønske. Hovedregelen var at alle skulle få være med og at det var ikke lov å si nei hvis man ble invitert med i en

lek eller aktivitet. «Det går ikke an å si nei hele tiden.»

«**Å VENNE.**» Barna i denne fokusgruppeundersøkelsen var opptatt av det å være venner, her verbalisert til «å venne» (se figur 2, neste side). Det viktigste for disse tiåringene er simpelthen «å venne». Å venne handler om det å vedlikeholde, å revitalisere, å utvide eller inkludere vennskap. Implisitt i dette konseptet ligger også det å ikke mobbe andre. Barna vi snakket med hadde en tydelig motivasjon for å ha et godt forhold til venner. «Det er dumt for barn å være uvenner.» «Hvis det er en vennegruppe, må vi passe på at alle har det gøy. Prøve å få alle med i leken». «Jeg vil ikke det skal være så mye mobbing på skolen, det blir ikke noen god skole av det.»

Barna vedlikeholder vennskap ved å støtte, hjelpe og oppmuntre

hverandre. De syntes det var viktig å holde avtaler og å kunne holde på hemmeligheter. Vennskap blir hele tiden revitalisert fordi de ofte krangler, blir uvenner og deretter blir de venner igjen. Gode venner skal tilgi hverandre. Noen hevder

«Det går ikke an å si nei hele tiden.»

at det å krangle er en del av vennskapet. En gutt sa at man trengte ikke være bestevenner hele tiden, mens jentene snakket om tettere bestevennallianser.

KLASSE- OG SKOLEMILJØET. Vi fikk ulike reaksjoner da vi spurte om miljøet i klassen. En gruppe var godt fornøyd noe de forklarte på

denne måten: «Vi leker bomgjemsel nesten hele klassen, det er blitt en tradisjon etter at vi hadde sånn aktiv dag. Tror det er det mest aktive vi har gjort».

«Vi i klassen er gode kompiser. I klassen vår er det ingen som er alene. Vi er gode til å spørre om vi skal være med dem. Det er mange forskjellige grupper og alle er trukket med i dem. Alle er med noen. Det er på en måte grupper, men det er ikke det at vi utestenger andre ... Kaller det grupper for det er de som nesten alltid er sammen. Alle får lov til å bli med. Vi er forskjellige, og da er det litt vanskelig å være med dem som for eksempel liker fotball mens vi liker å leke.»

Vi merket oss at barna på en skole brukte ordet grupper i stedet for gjenger. De gangene gjenger ble brukt av ungene, hadde det en mer negativ





Viktig å «venne»

Vedlikeholder

- Holder avtaler
- Er snill, sier snille ting
- Kan si hemmelige ting til / holder på hemmeligheter
- Støtter, hjelper og forstår deg
- Er med på ting
- Gjøre ting sammen

Revitaliserer

- Krangler og blir venner igjen
- Lekekrangler
- Må kunne gi seg
- Trenger ikke være beste-venner hele tiden
- Sier unnskyld og ordner opp
- Tilgir hverandre

Utvider/inkluderer

- En må spørre når noen er utenfor
- Sier ikke nei når noen spør
- Alle får være med
- Fleksible grupper

Beskytter

- Er grei med andre
- Setter seg inn i andres situasjon
- En som ikke finner på noe dumt og drar andre med seg
- Baksnakker ikke
- En som man kan stole på



klang. Grupper var åpne, gjenger var mer lukket. «Tomannscup» ble ofte nevnt, det betyr leker med kun to deltakere. Det kan tolkes som en lovlig måte å stenge andre ute på, dette gjelder mest jenter.

«Det er bra i klassen. Det er litt krangling, ikke alvorlig. Vi arbeider veldig bra. Det som er bra med klassen, er at vi holder sammen og er snille med hverandre. Hvis vi krangler, pleier vi å roe oss ned etter en stund. Så er vi ganske greie med hverandre og så deler vi med hverandre, gir hverandre komplement, ingen truer noen her».

«Læreren vår er litt streng. Vi må gjøre ting nøyaktig og hvis ikke må vi gjøre alt en gang til. Og så må vi ofte ut på gangen hvis vi ... Læreren er egentlig en av de strengeste på skolen, men det er bra. Da får vi masse til. Hun er en skikkelig god lærer, den beste læreren jeg har hatt faktisk.»

Noen grudde seg til skolen og snakket om det under intervjuet. En sa: «Jeg gruer meg litt fordi noen av vennene mine er litt sånn egoist, de er rike, har mye penger og sånn, de er litt sånn diva, de sier hva vi skal gjøre og sånn». Denne eleven skilte seg klart ut fra de andre.

KONFLIKTER. Flere av barna vi intervjuet snakket om at de ofte kranglet, lekeslås, slåss og ble uvenner. «Stort sett er vi venner, men det kommer litt an på (hm, hm). Man må i alle fall ikke slåss». Krangling var noe de var vant med. De mente man kunne ordne opp ved å unnskyld seg eller ved å bli ferdig med uenigheten.

Samtlige grupper nevnte ballbingen, gymmen og stangen som steder hvor de opplevde knuffing; slåing, sparking og konflikter blant elevene. Flere grupper var opptatt

«Det er dumt for barn å være uvenner.»

av de minste barna på skolen for de mente de minste ikke alltid fikk den beskyttelsen de trengte. Noen skoler hadde ikke opprettet fadderordninger eller andre tiltak som for eksempel eget område på skoleplassen for de minste. Flere grupper var redde for de eldste; sjuende- eller tiendeklassingene. Løsningen var å unngå dem eller løpe redd hjem fra skolen når de ble plaget. Alle synes det var uakseptabelt, men de klarte ikke å få lærerne til å gjøre noe med det.

I følgende sitat snakket barna om en situasjon når tre elever ville leke en ting, men den fjerde ikke ville det. «Tre mot en, da gjør vi det de fleste vil. Da måtte han gi seg, eller komme med et bedre forslag. Det er mer rettferdig sånn at de tre får leke. Vi kan stoppe opp leken,

Dette fremmer «venningen»

- Trygghet
- Aktivt arbeid med skolemiljø
- Tydelige regler
- Gode systemer/tiltak
- De eldste deltar positivt
- Ansvarlige voksne
- Klassemiljø
- «Alle skal med»-holdning
- Bevisst konflikthåndtering
- Trygg og bestemt klassekontakt
- Vennegrupper
- Åpne familier

Dette hemmer «venningen»

- Utrygghet/redsel
- Lite vekt på skolemiljøet
- Utydelige regler
- Svake systemer/tiltak
- De eldste deltar ikke positivt
- Fraværende/ passive voksne
- Mange konflikter i klassen
- Konkurranse?
- Overlates til den enkelte
- Utydelig klassekontakt
- Tomanns- vennskap og gjenger
- Lukkete familier

om tre leker sammen og en ikke vil være med, for å finne ut om vi kan gjøre noe slik at den fjerde får lyst til å være med. Av og til må man leke noe som ikke er så veldig gøy. Vi kan heller bytte på hvem som skal bestemme».

REGLER. «Vi har regler som læreren har laget. I fjerde klasse kran-glet vi mye. Vi er enige i reglene og vi følger de, vet ikke om alle er enige.»

Barna sa at de likte regler og lærere som var forutsigbare og som hjalp dem med trivsel og trygghet i klassen. De ønsket seg ansvarlige og lyttende voksne som var flinke til å ta opp problemene når de oppsto: «De voksne må ikke vente for lenge, men gjøre det med en gang. En lærer han sier sånn; Jaja, det får gå for denne gangen. Neste gang sier de det samme, men så skjer det

ingenting før neste gang igjen. Og da snakker de på alvor. Da lærer ikke vi barna at vi skal stoppe.»

Alle gruppene fortalte at de måtte si ifra flere ganger før de voksne reagerte. Barna vi intervjuet trodde på samtalen, å trekke inn foreldrene i større konflikter og på å bruke rektor. De etterlyste også flere voksne på skoleplassen og i fotballbingen. Flere av barna i intervjuene var valgt til trivselsledere, og de viste stor forståelse for hva som var forventet av dem i den rollen. Noen nevnte at de måtte si ifra til de eldste trivselslederne hvis de skulle få gjennomslag for innspillene.

NÆRMILJØET. I spørsmålsguiden vi utarbeidet i forkant av intervjuene, hadde vi ikke tenkt på nærmiljøet. Det ble et tema når vi spurte om det var noe de var redde for på skolen eller skoleveien: «En gang da

jeg skulle hjem, da satt det noen menn på haugen, de ville vite hva klokken var og de ville jeg skulle komme opp til dem og vise klokken, men jeg ble redd og løp hjem. Politiet har vært på skolen for å advare elevene.»

«Jeg er veldig redd han for det var en narkoman som sa til meg; din drittunge, pell deg vekk fra området her. Og sånn, din lille hore.»

«Det bor en narkoman ved butikken, han har en kjempestor hund som alltid snuser mot meg. Det liker jeg ikke, da blir jeg redd. Da tror jeg den vil bite meg. Når jeg ser ut av vinduet, ser jeg hele tiden den stakkars hunden som står utenfor. Han lufter ikke hunden, det er bare for å røyke. Den får aldri en tur.»

Skolene vil muligens hevde at de ikke kan gjøre noe med beliggenhet og belastete nærmiljøer, men det er likevel et tankekors at man beskytter skolebarn mot farlig trafikk, men ikke mot sjikane og truende oppførsel fra voksne i nærmiljøet rett utenfor skolen.

DISKUSJON. Barna som deltok i fokusgruppeintervjuene, foreslo selv flere gode løsninger for den viktige veningen. Tabellen over viser det som fremmer og det som hemmer et godt skolemiljø, og som forebygger mobbing og plaging av elever (se tabell 1).

I samtalen med tiåringene i Årstad la vi mest vekt på å snakke om det positive med vennskap, men de beskrev også negative aspekter. Det kan være konkurranse, konflikter, utnyttning, sjalusi, misunnelse og bedrag. Flere snakket om andre som ble offer for slem og uvetting bruk av sosiale medier og mobiltelefon. Vennskap kan bestå av relasjoner hvor både mobber og mobbeoffer inngår. Å velge lag er noe som lett skaper tapere, dette var noe elevene tok opp i en av gruppene.

Barna trekker inn foreldrene og familien når de ønsker å løse problemer de kommer opp i. Med åpne familier menes her (se tabell 1) foreldre med en demokratiserende

oppdragerstil i motsetning til lukkede familier. Et eksempel på lukkede familier kan være når foreldre aldri deltar på skolearrangementer eller møter.

VENNSKAP VIKTIG. For alle barn er vennskap helt nødvendig for trivsel, for å føle seg verdsatt og for god psykisk helse. Fagfolk i skolen og foreldre kan bidra med å hjelpe barn til «å venne» og for å oppnå mobbefrie miljøer i skolen. Helsesøstre i skolehelsetjenesten kan arbeide for å avdekke utstøtte, redde og ensomme barn ved å spørre barn direkte og bringe temaet på bane. Barn som utsettes for mobbing eller uheldige episoder i skoletiden, forteller ikke foreldre eller andre voksne om hva de blir utsatt for, hevder forskerne i Ulweus-programmet.

«Det er mange som blir redde på skolen, men når de kommer hjem til foreldrene tør de ikke å si det for de (foreldrene) blir så redde. Så spør foreldrene hva som har skjedd på skolen i dag, og da sier de (barna) ingenting. Og så går de og tenker på det, i stedet for å si det til foreldrene. Det har jeg faktisk gjort.» «Det har jeg også gjort, sier en annen.»

Det er livsviktig for barn at det fins ansvarlige voksne som er åpne og handlingsvillige ovenfor barns problemer og at vi har gode systemer som fremmer vennskap i skolen. ●

REFERANSER:

1. Manifest mot mobbing 2011–2014. Et forpliktende samarbeid for et godt og inkluderende oppvekst og læringsmiljø. Helsedirektoratet.
2. Eide G, Rodhe R. Sammen så det hjelper. Bergen: Fagbokforlaget, 2009.
3. Lomborg K. Om grounded theory- hvad det er og ikke er. Klinisk sykepleie 2005; 19:4–11.
4. Borge, Anne Inger Helmen: Vennskap. Skolepsykologi nr. 4, 2009.
5. Kvellø Ø. Barns og unges vennskap. Doktoravhandling. NTNU 2006.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



MÅ VITE MER OM BARNEMISHANDLING

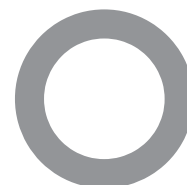
Helsesøstertjeneste. Sykepleierne trenger både kunnskap og mot i møte med barn og familier der de mistenker barnemishandling.

MASTEROPPGAVE:

Artikkelen bygger på

0 % praksis

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0134



Kari Skarsaune, anestesisykepleier og universitetslektor, Universitetet i Nordland, PHS, Sykepleie og Helsefag, Bodø.



Terese Bondas, veileder Helsesøster og professor i sykepleie, Universitetet i Nordland, PHS, Sykepleie og Helsefag, Bodø, HVD, HVL, HVM.

Barnemishandling er et stort og vanskelig tema. Helsepersonellovens § 33 (1) krever at sykepleiere melder mistanke om barnemishandling til barnevernet, men temaet er dårlig belyst i utdanningene. Barnemishandling er ikke nevnt i rammeplan for sykepleierutdanningen (2), det samme gjelder flere videreutdanninger for sykepleiere (3). Å belyse temaet er derfor opp til det enkelte studiested. På arbeidsplassene er internopplæringen ofte tilfeldig og mangelfull. Det er vanskelig for sykepleierne å ivareta kravet fra helsepersonelloven (1) når temaet ikke blir satt på dagsorden. Det kreves også mot; tør sykepleierne å ta tak i dette problemet? Hvordan skal man forberede sykepleierne på dette vanskelige temaet?

INTERVJUER. For å belyse temaet har jeg intervjuet åtte sykepleiere som alle har opplevd å stå i situasjoner der de mistenker barnemishandling. Jeg stilte følgende spørsmål: Hvordan oppleves det å stå i slike situasjoner? Hvordan fungerte samarbeidet med foreldrene? Hvordan opplevde de støtten fra leder og kollegaer? Fikk de opplæring og rutiner? Og hva skal til for at situasjonen skal bli lettere å takle?

Ifølge opplysninger fra Statistisk sentralbyrå ble det i 2011 startet

undersøkelser på bakgrunn av 35090 innkomne meldinger. Av disse kom 1909 fra sykehus, noe som utgjør vel 5 prosent av meldingene (4).

VANSKELIG Å AVSLØRE. Det er også en allmenn oppfatning at barnemishandling er vanskelig å avsløre. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap og ferdigheter som gjør dem i stand til å oppdage barn som er utsatt for dette (5). Ifølge en finsk undersøkelse er personalets bevissthet rundt temaet, mangel på kunnskap og en travel hverdag med på å gjøre barnevernssaker vanskeligere. Sykepleierne mener de trenger mer opplæring, fordi grunnutdanningen ikke tar opp problematikken eller den er for dårlig belyst (6). Fra Taiwan oppga tre fjerdedeler av de spurte sykepleierne at de aldri har fått opplæring om barnemishandling, verken i grunn- eller videreutdanning. Samme undersøkelse viser at sannsynligheten for at sykepleierne melder saker, øker med kunnskapsnivået (7).

Også Kearne og Chapman har sett på forskning på området og finner at sykepleierne mangler kunnskap. De foreslår sjekklistor for å sikre at alle barn blir vurdert med tanke på barnemishandling. De hevder også at sykepleiere har gode muligheter til å oppdage barnemishandling fordi sykepleiere bruker mye tid sammen familiene som gir et unikt

utgangspunkt for å avdekke barnemishandling (5).

TRENGER SELVTILLIT OG MOT.

Tingberg, Bredlöv og Ygge viser i sin studie fra 2008 at sykepleierne opplever barnemishandling som vanskelig, spesielt når de mistenker foreldrene. De kjenner på motstridende følelser der de på den ene siden er dømmende og på den andre siden utøver omsorg (8).

Martinsen snakker om tre dimensjoner i omsorgen; en relasjonell, en praktisk, og en moralsk, der moralsk veier tyngst. Det er de medfødte livsytringene som tillit, barmhjertighet og medfølelse som gir den etiske fordringen som fører til handling. Det er ikke livsytringene alene, men menneskekunnskap, erfaringskunnskap og en forståelse av situasjonen, veid opp mot reglene – faglig skjønn. I vanskelige situasjoner der livsytringene mangler, for eksempel når tilliten er borte eller i konflikter, trenger vi regler slik at omsorgen blir ivaretatt (9).

ULLENT OG DIFFUST. Mitt hovedfunn er at barnemishandling oppleves som et ullent og diffust tema på alle områder. Sykepleierne opplever situasjonen som vanskelig fordi de er usikre, redde for å ta feil, mangler klare retningslinjer og ikke får den støtten som trengs fra

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Barnemishandling er et ullent og diffust tema og sykepleiere trenger kunnskap, bevisstgjøring, selvtillit og mot i møtet med barn som er utsatt for barnemishandling.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Barn
- Mishandling
- Sykepleier



Sykepleiere blir ofte usikre når de mistenker barnemis-handling. De frykter å ta feil og mangler klare retningslinjer for hva de bør gjøre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ledere og kollegaer. Dette viser kompleksiteten i situasjonen og det som gjør at den er vanskelig å stå i. Sykepleierne blir usikre når de skal fortelle hva de gjør. «Ja, hva gjør vi egentlig ...?», er et spørsmål flere stiller seg. Her opplever jeg stor forskjell på dem som jobber med barn og de som jobber på avdelinger med både barn og voksne. Sykepleierne fra barneavdelingene er mer bevisste på problemet, men også de mener de har en lang vei å gå. Barneavdelingene har temaet på undervisningsplanen, men i konkurranse med andre emner som også krever undervisning. Det kommer også frem at de er usikre på hva de trenger undervisning om. Flere forstår at dette kan de for lite om, men vet egentlig ikke hva de trenger. Andre var tydelige på at dette er et tema som man aldri blir utlært i og at det må repeteres jevnlig for at man skal holde oppmerksomheten på temaet ved like. En av sykepleierne uttrykte det slik: «Det med opplæring er viktig. Vi må ha opplæring, slik at vi er en sykepleierstab som kan noe om omsorgssvikt. Ellers kommer det som «julekvelden på kjerringa» hver gang ... og du blir fryktelig utrygg og du vet ikke hva du skal gjøre».

MANGLER RUTINER. Rutinene på avdelingene varierer sterkt. Ingen av sykepleierne kan med sikkerhet si at de har klare rutiner. Ved noen av avdelingene jobber de med å utarbeide rutiner og har rutiner på noen områder. Andre opplever usikkerhet rundt hvilke rutiner som egentlig eksisterer på området, noe som ble uttrykt på denne måten: «Rutiner? ... Nei, vi har vel ikke det. Jeg tenker, det er for dårlig. Jeg har ikke fått det med meg i alle fall.»

Det framkommer et ønske om felles rutiner for hele sykehuset, men også om nasjonale retningslinjer. En annen ting sykepleierne tar opp er at temaet må opp til diskusjon i avdelingen for å øke bevisstheten rundt problematikken. Her mener sykepleierne mye av ansvaret ligger hos lederne. Lederne skal sette temaet på dagsorden og guide





Når sykepleierne mistenker barnemishandling

Vi gjør:

- internundervisning
- lager en strategi for
- utarbeide rutiner
- diskutere problemstillingen i avdelingen
- er mer bevisst på problemet

Vi bør:

- mer undervisning
- hva ser vi etter/savner rutiner
- felles rutiner på hele huset/ hele landet
- lettere kontakt på tvers av etater og avdelinger
- meldingen gikk fra avdelingen

Figur 1. Hva sykepleierne gjør og hva de mener de bør gjøre når de mistenker barnemishandling

de ansatte, spesielt i vanskelige saker. De skal også gi støtte, råd og kalle inn til formelle møter.

Sykepleierne ønsker et bredere samarbeid med andre etater, som skole, barnehage og helsesøster, slik at de kan ta en telefon og spørre: Hva er dette for noe? Eller si: Følg med. Det juridiske aspektet var uklart for flere.

TRENGER STØTTE. Sykepleierne er avhengig av støtte, kunnskap og tro på egen dømmekraft for å make å stå i slike saker. Dette uttrykte en av informantene slik: «Vi må få mer selvtryllit som sykepleiere, for å

vite at det vi gjør er rett.» På spørsmål om hva som blir gjort i avdelingen kommer det frem at det blir gjort en del. Samtidig sier de: «Vi bør gjøre» og: «Dette er vi ikke gode nok på.» Når jeg setter opp «vi gjør» mot «vi bør» ser jeg at det ulne og diffuse går igjen. Sykepleierne blir usikre på hva de egentlig gjør, samtidig som «vi burde ...» går igjen (figur 1).

DISKUSJON. Sykepleiere har et lovpålagt krav, men også et moralsk krav om å reagere på barnemishandling. Ifølge Martinsen utøver sykepleierne skjønn ved å involverer seg emosjonelt i den andre, for

å finne det rette handlingsalternativet (10). Sykepleierne opplever mange motstridende følelser, når de mistenker barnemishandling og det påvirker deres faglige skjønn. Som en av dem uttrykte det: «Hele spektret av følelser; alt fra sinne, forakt til omsorg og omtanke.» Og så Tingberg et al. (8) viser til at det er vanskelig å opptre profesjonelt når man opplever disse motstridende følelsene. Martinsen (9) beskriver dette som ødelagte livsytninger, som er tillit, barmhjertighet og medfølelse. Når sykepleierne mistenker barnemishandling er tilliten borte og noe som er

ubehagelig. Derfor etterlyser sykepleierne regler for å takle situasjonen og for at omsorgen skal bli ivaretatt. Tingberg et al. (8) peker på tre viktige elementer for å gi profesjonell sykepleie; trening, rådgiving og erfaring. Dette er i tråd med annen forskning på området, som blant annet anbefaler bruk av sjekklistor (5) og casestudier (11). Sykepleierne mente de trengte mer opplæring og kunnskap. Det er derfor viktig å sette problemet på dagsorden, slik at det blir snakket om, noe som er med på å gi sykepleierne bevissthet og selvtilitt rundt problematikken.

KREVER MOT. Feng et al. finner at sykepleierne ikke vil «blande seg i folks privatliv». Barneoppdragelse og disiplin blir sett på som en privat sak (12). Sykepleierne jeg snakket med er ikke like tydelig på at dette er en privat sak, men de er likevel redde for å forstyrre den private sfæren. Det krever mot å stå i slike situasjoner. Sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket noen som kunne «overta saken», noen vil ha inn barneavdelingen, mens andre ville snakke med helsesøster, legen eller avdelingsledelsen. Situasjonene oppleves såpass vanskelige at de egentlig ikke vil stå i dem, men hvem kan de overlate ansvaret til? Lindberg avslører motløshet og avmakt i sin studie om ansvar for samarbeid og integrering av teori og praksis. Informantene i studien beskriver ansvaret som noen andres (13). Gjør sykepleierne det samme her? Alle er enige om at problemet skal tas på alvor, men hvem har ansvaret? Er det sykepleieren som står ved sen-gen, legen, en annen avdeling, helsesøsters eller avdelingsleder? Helsepersonelloven (1) er klar; det er den enkelte helsearbeiders ansvar. Med andre ord kan ikke ansvaret overlates til andre, og det kreves mot for å stå i disse situasjonene. Det krever mot å gå inn i situasjonen, men også å tørre å se situasjonene. Sykepleieren må ha mot til å ta den vanskelige samtalen, mot til å stille de vanskelige spørsmålene. De må være nysgjerrige, undrende, men også direkte og konfronterende. Skau

skriver om møter mellom mennesker og snakker om de meningsfylte møtene som kan være pinefulle og vanskelige (14). Det er nettopp det disse møtene kan være; de er vanskelige, sykepleierne føler seg på gyngende grunn. Det er mange faktorer som er diffuse og ulne, og sykepleierne er følelsesmessig engasjerte. I tillegg kan man spørre om sykepleierne tør å se disse barna? Eller er konsekvensene for store? Hvis man ikke vil bli involvert i noe, da er det lettere å gå videre uten å gjøre noe med det, uten å se det som skjer.

LEDER VIKTIG. Feng et al. (7) hevder at holdningen i avdelingen har stor betydning for hvordan sykepleierne handler. De sykepleierne jeg snakket med la mye ansvar på lederne som skulle være hjelpende og støttende. Crisp og Lister (15) finner at også leder trenger opplæring og

«Barn har krav på sykepleiere som tør å se dem.»

trening om temaet for å kunne veilede og støtte sykepleierne. Lederne har ansvar for å legge føringer for hvordan holdningen i avdelingen skal være på de enkelte områdene. Leders holdning har betydning for hvordan sykepleierne takler situasjonen, men til slutt og sist er det den enkelte sykepleier som må stå i situasjonen og takle den der og da. Da blir støtte fra kollegaer og ledere viktig og likedan den generelle holdningen i avdelingen (7). Sykepleierne må føle seg trygge på at de får støtte før de går inn i situasjonen. Støtte er en viktig faktor for å redusere negative konsekvenser av stress. Det viktigste er at man har minst én som støtter, ikke antallet i seg selv (16).

MANGLER OPPLÆRING. Flere studier viser at opplæring og rutiner har betydning for sykepleiernes handlingsmønstre (5). Rammepånen for sykepleierutdanning i Norge sier ingenting om opplæring om

barnemishandling, barn er heller ikke nevnt som et eget tema (2). Blant nyutdannede svenske barneleger er temaet mangelfullt belyst (17). Det er grunn til å tro at forholdene i Norge og Sverige er sammenliknbare og at det også blant norske leger er mangelfull opplæring. Sykepleierne ønsker støtte fra legene i slike saker, men opplever ikke å få den støtten de trenger. Hierarkiet har stor betydning, når legene ikke er enige blir ikke saken meldt videre (18). Det er på mange måter et paradoks, ettersom legene nødvendigvis ikke har mer kunnskap på dette området. Samtidig som sykepleierne bruker mer tid sammen med familien, noe som gir dem et unikt grunnlag for observasjon.

Felles opplæring på tvers av etater og profesjoner er foreslått som en løsning (18). Det vil kunne hjelpe oss til å få en felles forståelse og til å se hvordan andre yrkesgrupper jobber. Casestudier er også foreslått som en undervisningsmetode på temaet (11). Rollespill kan også være en metode, der man får føle på kroppen hvordan det er å stå i situasjonen. Begge deler kan bidra til å styrke selvtilitt og motet til å stå i det. Tverrfaglighet er en fordel som skaper felles front – felles styrke, og bedre forståelse mellom yrkesgruppene.

KONKLUSJON. Sykepleierne legger mye ansvar på lederne. Lederne har et stort ansvar både for opplæring, oppfølging og det å sette problemet på dagsorden, men det fraskriver ikke sykepleierne ansvar. Det er sykepleierne som står ved sengen og må takle situasjonen der og da, støtte fra leder og kollegaer blir derfor viktig. Sykepleierne møter med barnemishandling er vanskelige, men kan ha avgjørende betydning for barna og deres familier. Barn har krav på sykepleiere som tør å se dem og som står i situasjonen. Det er derfor viktig å skolere sykepleierne slik at de kan møte utfordringene når de kommer.

Problematikken vil alltid være ullen og diffus, temaet må derfor diskuteres faglig i avdelingen for

å øke bevisstheten på og klargjøre fenomenet. Alle sykehusavdelinger bør ha et undervisningsopplegg med tid til diskusjon og utveksling av erfaringskunnskap. På den måten kan man i fellesskap forberede seg psykisk til å takle problemet når man møter det. ●

REFERANSER:

1. Norge, Helsepersonelloven med kommentarer. Vol. IS-8/2012. 2012. Oslo: Direktoratet. 169 s.
2. Kunnskapsdepartementet. Rammepånen for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. 2008; 15 s.
3. Sogn H. Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler: forslag til nasjonal implementeringsplan for å styrke ulike grunn-, videre- og spesialistutdanning med hensyn til kunnskap om vold i nære relasjoner. Vol. nr. 2/2007. 2007: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 100 s.
4. Statistisk sentralbyrå. Statistics Norway. Barnevern Tabell. 09082. Undersøkingssaker starta av barnevernet, etter innhald i meldinga, kven som melder saka og alder 2011 21.12.2012–27.05.2013.
5. Keane C, Chapman R. Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 2008;16:5–13.
6. Paavilainen E, et al. Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing* 2002;37:551–7.
7. Feng JY, Wu YWB. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health* 2005;28:337–47.
8. Tingberg B, Bredlöf B, Ygge BM. Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:2718–24.
9. Martinsen K. Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. I: *Moderne omsorgsbilder*. K. Jensen K, Red. Oslo: Gyldendal: 1990:61–97.
10. Martinsen K. Samtalen, skjønn og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
11. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan. The *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2007;23:128–137.
12. Feng JY, et al. Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review* 2012;34:276–80.
13. Lindberg E, Persson E, Bondas T. 'The responsibility of someone else': a focus group study of collaboration between a university and a hospital regarding the integration of caring science in practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26:579–86.
14. Skau GM. Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker 2011. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2011.
15. Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47:656–63.
16. Ilstad S. Generell psykologi. Trondheim: Tapir, 2007.
17. Mårtensson T, Janson S. Few future pediatricians are educated in child abuse. A national questionnaire shows insufficient training at the large pediatric clinics. *Läkartidningen* 2010; 107:996–8.
18. Feng JY, et al. Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47:1483–90.
19. Collins S. Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education* 2005;39:785–96.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



VISER HVA OPERASJONS-SYKEPLEIERE GJØR

Sykepleiedokumentasjon. Å prøve ut en elektronisk veiledningsplan for dokumentasjon, ga gode resultater.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0137



Liv-Marie E. Loraas,
Fagutviklings-
sykepleier, N3.
Operasjons-
avdelingen,
Akuttikliniken/
Avdeling for kli-
niske systemer,
OUS



Anne-Kate Eshjug,
Fagutviklings-
sykepleier, N3.
Operasjons-
avdelingen,
Akuttikliniken
OUS



Elisabeth Rosenberg,
Seksjonsleder,
N4Operasjon/
Dagkir Aker,
Dagkir Ullevål.
Operasjons-
avdelingen,
Akuttikliniken
OUS

Dokumentasjon av all helsehjelp er lovpålagt for sykepleiere (1–5). Formålet med dokumentasjonen er primært at behandlings- og pleiepersonalet til enhver tid har relevante bakgrunnsopplysninger for å sikre optimal pleie (6). I hovedkonklusjonen til rapporten «Bak lukkede dører 1», hevdet det at «det er et stort gap mellom hvilken helsehjelp operasjons- og anestesigruppen selv mener blir utført – og hva som ble dokumentert» (7). Tradisjonelt var sykepleiedokumentasjonen i fritekst, uten felles faglig sykepleiespråk (8).

BAKGRUNN. Helseinformasjonssystemet DIPS med modulen for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) var innført ved Aker universitetssykehus, HF. Denne modulen hadde integrert klassifikasjonssystemene North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (9) og Nursing Intervention Classification (NIC) (10). Klassifikasjonssystemene har standardbegreper med definisjoner som beskriver fenomener hos pasientene. Evaluering av sykepleieintervensjonene kan i tillegg gjøres i notatmalen, kalt operasjonssykepleierapport, som inneholder tolv definerte funksjonsområder (FO). Operasjonsavdelingen

ønsket å starte med EDS i elektroniske pasientjournal (EPJ) for å bidra til kontinuitet og forbedring av dokumentasjonen. Samtidig startet videreutdanningen i operasjonssykepleie ved Høgskolen i Oslo undervisning om standard sykepleiespråk og klassifikasjonssystemene NANDA og NIC.

Det ble etablert et samarbeidsprosjekt mellom disse to institusjonene hvor hensikten var: «Utvikling, implementering og utprøving av en elektronisk veiledende behandlingsplan til dokumentasjon av operasjonssykepleie i DIPS, med North American Nursing Diagnosis (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC)». Artikkelen belyser ulike faser i samarbeidsprosjektet. Studien omfattet utprøving av den utviklete veiledende behandlingsplanen (VBP).

ULIKE FASER.

Utvikling og opplæring. Prosjektgruppen utviklet en VBP med utvalgte NANDA sykepleiediagnoser og NIC sykepleieintervensjoner for pasienter som gjennomgikk kirurgisk behandling, uavhengig av type kirurgi. Denne inneholdt 26 NANDA sykepleiediagnoser og 43 NIC sykepleieintervensjoner, som var hierarkisk oppbygd, etter hva som kom først og sist i en pasientrelasjon, samt tre resultatmål.

Individualisert VBP tydeliggjorde forskjellene.

Implementeringen av VBP med operasjonssykepleierapport samt kontroll og klargjøring av pc-ene inne på operasjonsstuene, ble ivarettet av prosjektgruppen med bistand fra EDS-konsulenter i sykehuset. Prosjektgruppen informerte samarbeidsavdelingen skriftlig om at operasjonsavdelingen tok i bruk EDS fra en bestemt dato.

Opplæringen ble gjennomført i følgende rekkefølge: Prosjektgruppen, operasjonssykepleiestudenter, instruktører, operasjonssykepleiere. Selve opplæringen omfattet teoretisk og praktisk bruk av EDS.

Operasjonssykepleierapporten evaluerte sykepleieintervensjonene, samt dokumenterte områder som ikke var dekket i VBP, for eksempel kontrollrutiner. Denne ble godkjent av journalkomiteen.

Studentmedvirkning. Studentkullet fra høyskolen fikk undervisning i klassifikasjonssystemene. Tre studenter hadde praksis ved operasjonsavdelingen. Disse studentene prøvde ut VBP med operasjonssykepleierapport, i tre dager, på dagtid, under veiledning. Etter utprøvingen hadde prosjektleder og prosjektansvarlig en samtale med studentene, som blant annet ga

Fakta

Hovedbudskap

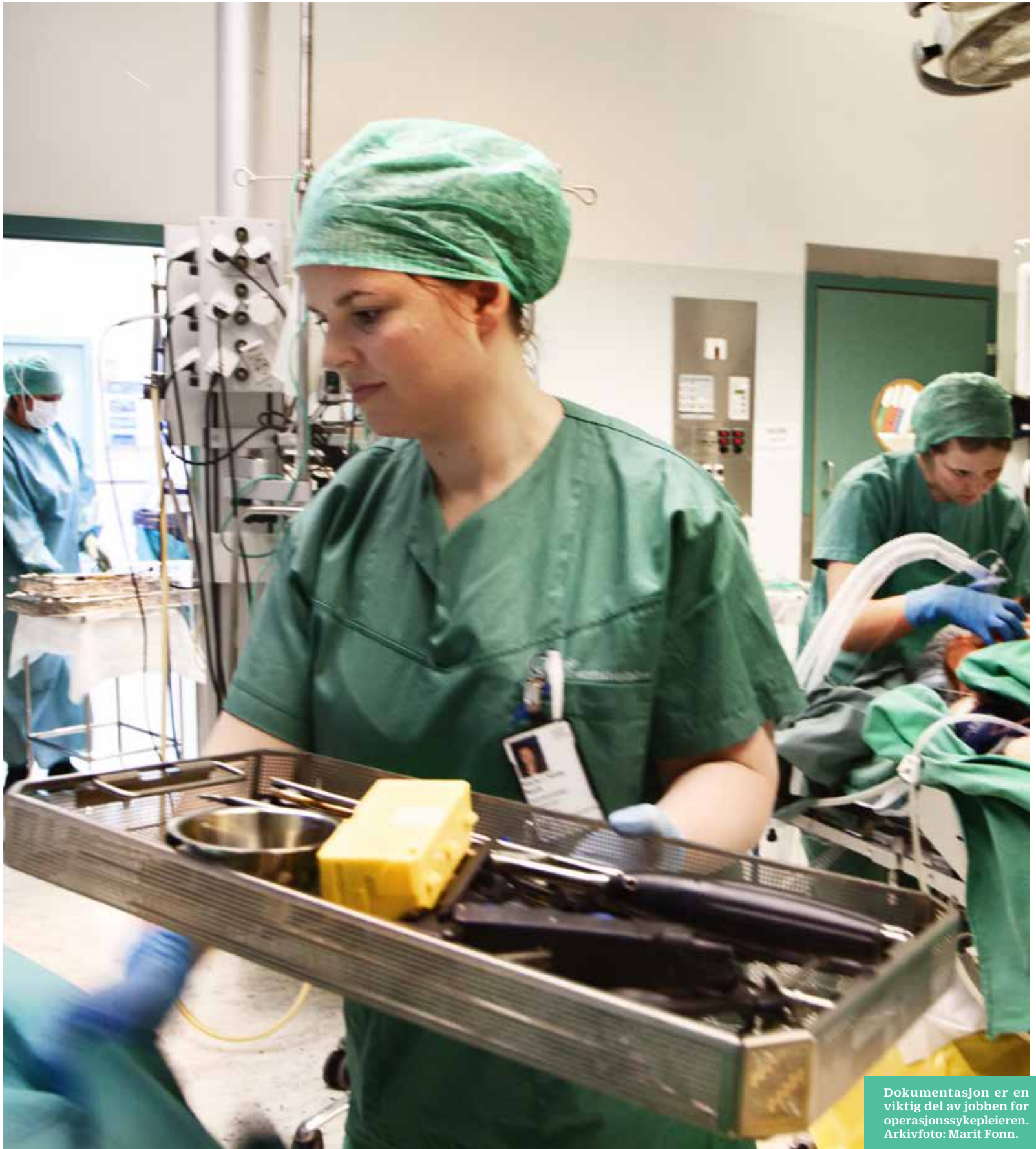
Artikkelen handler om elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie ved bruk av én veiledende behandlingsplan (VBP), som besto av klassifikasjonssystemene NANDA og NIC. Det viste seg at VBP var i samsvar med den operasjonssykepleien som ble utøvd i praksis.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på vår nettsider.

- Dokumentasjon
- Operasjon
- Sykepleie





Dokumentasjon er en viktig del av jobben for operasjonssykepleieren. Arkivfoto: Marit Fonn.



følgende tilbakemeldinger: «NANDA og NIC ga mulighet til kontinuitet i sykepleiedokumentasjonen», og: «VBP er et godt redskap til å planlegge, iverksette og evaluere pleien til operasjonspasienten, selv om den var lang».

Utsagnene viser at deltakelsen ga positiv læring. Junttila mener at teoretisk kunnskap og praktisk erfaring i standard sykepleiespråk er noe som bør inkluderes i utdanningene (11). Studentenes innspill resulterte i en revidert VBP. NANDA sykepleiediagnoser ble redusert fra 26–16 og NIC sykepleieintervensjoner ble redusert fra 43–30. Operasjonssykepleierapporten forble uforandret.

HENSIKT OG METODE. Studien hadde til hensikt å prøve ut den utviklete VBP med tilhørende operasjonssykepleierapport og undersøke om den var i samsvar med operasjonssykepleien som ble utøvd i praksis.

Studien hadde et eksplorativt, deskriptivt design, og vi benyttet kvalitativ metode med fokusgruppeintervju (12–14). Studien ble godkjent av Personvernombudet. Utprøvningsperioden var i to måneder, på dagtid, hverdager og omfattet fem kirurgiske fagspesialiteter inklusiv øyeblikkelig hjelp. Studentene var ikke en del av populasjonen til fokusgruppeintervjuene, da de ikke var i praksis under hele utprøvningsperioden. Av en populasjon på 54 operasjonssykepleiere, ble det ved tilfeldig sannsynlighetsutvelgelse valgt 18 operasjonssykepleiere, fordelt på tre grupper. 16 operasjonssykepleiere deltok, to var syke. Skriftlig informert samtykke ble innhentet. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble registrert på lyd-bånd, og det ble skrevet notater. Den enkelte gruppe kom frem til «sin» VBP. Hver VBP ble analysert. Sluttproduktet ble én VBP som ble implementert i EDS-modulen i DIPS. Anonymiserte data i studien var uttalelser og betraktninger fra fokusgruppeintervjuene. De ble innhentet med nøyaktighet og

var gyldige i den konteksten de ble innhentet i. Dataene ble forvaltet med respekt og slettet etter analysen. Utfordringene til kvalitative analyser er at det ikke finnes en standard analyseprosedyre (15). Resultatene etter kvalitative studier kan ikke generaliseres, men gi en pekepinn om hva som kan være interessant å undersøke videre (16).

Vi søkte etter litteratur i databasene ved Høgskolen i Oslo, Aker universitetssykehus, HF og Helsebiblioteket: Embase, Cinahl, Medline, Cochrane Library og Ovid Nursing. Søkeordene var: NANDA, NIC, operasjonssykepleie, sykepleie, elektronisk dokumentasjon, DIPS. I det følgende vil vi presentere funn i form av utsagn og resultater.

NANDA SYKEPLEIEDIAGNOSER. I utprøvningsperioden besto VBP av 16 NANDA sykepleiediagnoser. For operasjonssykepleierne var risikodiagnosene sentrale, for å avdekke risikofaktorer som pasienten kunne utsettes for. Dette reflekteres i disse uttalelsene: «Vi jobber i stor grad innenfor den forebyggende funksjon», og: «sykepleiediagnosen som heter risiko for leiringsskade er viktig å holde aktuelt når pasienten forlater operasjonsavdelingen».

Spjelkavik beskriver at operasjonssykepleierne gjennomgående vurderer risikofaktorer (7). Pasienten er i en sårbar og utsatt situasjon, dette krever at operasjonssykepleieren påser at pasienten ikke utsettes for ytterligere påkjenninger.

Innhenting av opplysninger og datasamling blir gjort i møtet med pasientene. Dette møtet er begrenset i tid. Det stilles krav til god kommunikasjon, og den må bære preg av at hver pasient er unik (17). Operasjonssykepleierens faglige ansvar innebærer å ha kunnskaper om og evne til å vurdere den situasjonen operasjonspasienten befinner seg i (17,18).

TRUET PÅ LIVET. Operasjonspasienten befinner seg i en situasjon

som oppleves som en trussel mot eget liv, helse og velvære, med liten eller ingen mulighet til å mestre situasjonen på egen hånd, noe som understøttes av følgende utsagn: «Frykt og angst har de aller fleste pasientene som skal opereres». Pasienter kan oppleve situa-

sjonen som belastende, selv om inngrepet ikke er omfattende sett fra et medisinsk ståsted (17). Operasjonssykepleieren fokuserer på å fremme helse og lindre lidelse ved å redusere stress og angst, samt begren-

se omfanget og styrken i de belastningene pasientene utsettes for (17,19). Av den grunn mente informantene at NANDA sykepleiediagnosene frykt og angst kunne fjernes fra VBP. Det var også sykepleiediagnoser som ble tolket som basiskunnskaper for sykepleiere, for eksempel mangelfull egenomsorg (NANDA 00090). Denne sykepleiediagnosen ble vurdert som mest aktuelt for sengeposten.

Noen NANDA sykepleiediagnoser ble tolket likt og brukt på samme problemområde, for eksempel: Svekket bevegelsesevne (NANDA 00085) og svekket forflytningsevne (NANDA 00090). En av årsakene til dette var at ikke alle var kjent med kjennetegnene til disse to sykepleiediagnosene. Svekket forflytningsevne (NANDA 00090) ble beholdt som det mest relevante. Etter analysen ble NANDA sykepleiediagnoser redusert til 8.

RESULTATMÅL. Det ble utviklet tre resultatmål formulert i fritekst. Resultatmålet: «Pasienten er smertefri under inngrepet», ble tatt ut med begrunnelse i at det ble ansett som anestesiens ansvarsområde i denne sammenhengen. Resultatmålene: «Pasienten er rolig og trygg» og «Pasientens funksjonsnivå er ikke redusert på andre områder enn et som kan forventes relatert til inngrepets art», ble stående.

«NANDA og NIC ga mulighet til kontinuitet i sykepleiedokumentasjonen.»

NIC SYKEPLEIEINTERVENSJONER. I utprøvningsperioden besto VBP av 30 NIC sykepleieintervensjoner. Det er faglige og juridiske grunner til hvorfor operasjonssykepleierne skal dokumentere utførte tiltak. Men «er det naturlig å dokumentere selvfølgeligheter?» var et spørsmål som kom opp. For å utøve faglig forsvarlig og trygg operasjonssykepleie kreves kontinuitet og systematikk i utvekslingen av informasjon om pasienten og den helsehjelpen som er gitt. Molven hevder at hensikten med sykepleiedokumentasjonen er å bidra til pasientens sikkerhet, gjennom å kommunisere med annet helsepersonell, bidra til kontinuitet og kvalitet i pasientens behandling og pleie. Videre kan dokumentasjonen sees på som limet i samhandlingen mellom helsepersonell (20). Ifølge helsepersonelloven skal pasientrettete data dokumenteres i pasientjournalen i den hensikt å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp (1). I pasientrettighetsloven gis pasienten rett til innsyn i sin journal (3).

Forberede til kirurgisk inngrep (NIC 2930), ble tolket og brukt likt med forholdsregler ved kirurgisk inngrep (NIC 2920). Etter faglige diskusjoner som besto av hvilket tiltak hver av de to NIC-intervensjonene inneholdt, ble forholdsregler ved kirurgisk inngrep (NIC 2920) beholdt. Denne intervensjonen inneholdt tiltak som utføres under inngrepet, for eksempel kontroll av diatermi og tilhørende medisinskteknisk og annet utstyr.

Det er kirurgen som dokumenterer hvilket inngrep som er utført. Dette gjør kirurgen i det han eller hun går ut av operasjonsstuen og dokumenter det som er gjennomført. I forkant gjør operasjonssykepleierne vurderinger, planlegger og utfører tiltak relatert til det kirurgiske inngrepet pasienten skal gjennomgå. Molven hevder at det kan oppstå problemer når flere dokumenterer det samme. Dobbeltføring øker risikoen for inkonsistente data (21). Behovet for å dokumentere type kirurgisk inngrep

pasienten gjennomgikk var faglig begrunnet. Begrunnelsen var at det utløser mange av tiltakene operasjonssykepleieren utfører, slik denne uttalelsen viser: «Operasjonen utløser på mange måter hva vi skal og må gjøre for pasienten».

Intervensjonen Behandling av insisjonsstedet (NIC 3440) ble valgt, med forordning: snitt og lokalisasjon. Sykepleieintervensjonen Overvåke vitale tegn (NIC 6680) med tiltakene blodtrykk og puls ble fjernet. Dette ble hovedsakelig vurdert som anestesiansvar i denne sammenheng. Sykepleieintervensjonen Behandling av sirkulatorisk tilstand (NIC 4066) ble vurdert som mest aktuelt for kirurgiske pasienter, og ble fjernet fra VBP. NIC sykepleieintervensjoner ble redusert til 20.

VBP SOM GRUNNLAG. Operasjonssykepleierne mente det var behov å få en rask oversikt over hvilke risikofaktorer pasienten hadde eller kunne utsettes for, og hvilke sykepleietiltak som skulle eller burde planlegges og iverksettes. Dette behovet reflekteres ved følgende utsagn: «Det som er viktigst må komme først» og: «VBP gir oss en god struktur for dokumentasjon

«Frykt og angst har de aller fleste pasientene som skal opereres.»

og får frem hvordan vi jobber».

NANDA og NIC synliggjorde noe av operasjonssykepleierens tause kunnskap. Kunnskap og forståelse for klassifikasjonssystemet økte med øvelse. For enkelte operasjonssykepleiere var det som ble dokumentert selvfølgeligheter, men for andre var VBP et verktøy som samsvarte med det arbeidet de utførte. Operasjonssykepleierne utfører selvstendig, samarbeidende og delegerte oppgaver. I §

39 i helsepersonelloven skal den som har utført selvstendig helsehjelp, dokumentere dette (1). VBP er en preformulert oversikt, men ved individualisering framkommer det tydelig hva som er aktuelt for den enkelte pasient. I de tilfellene der operasjonssykepleieren mener det mangler en sykepleiediagnose eller en sykepleieintervensjon, søkes dette opp i EDS-modulen. Dette krever kunnskaper om og bevisste holdning til pasienten, det kirurgiske inngrepet, sykepleiediagnosen og sykepleieintervensjonen som skal brukes.

Plassering av PC-skjerm og tastatur på operasjonsstuen medførte at den koordinerende operasjonssykepleieren ble stående med ryggen mot operasjonsfeltet. Dette forstyrret oppmerksomhet og konsentrasjon, noe disse uttalelsene vitner om: «Vi står for lenge med ryggen til pasientene og får ikke fulgt med i feltet» og: «konsentrasjonen om å dokumentere korrekt, forstyrret fokuset på pasienten».

Når pc-utstyret var ute av funksjon og DIPS ikke kunne brukes, var motivasjonen til å ta i bruk VBP dalende. Det gamle dokumentasjonskjemaet ble brukt i de tilfellene der IT-støtten var mangelfull. Det var også krevende når IKT-utstyret ikke fungerte. Innføringen av EDS førte til endringer av innarbeidete arbeidsrutiner. Både å dokumentere elektronisk og ta i bruk VBP, var en barriere.

OPERASJONSSYKEPLEIERAPPORT. Evalueringen av iverksatte tiltak ble gjort i notatmalen, operasjonssykepleierappen, i henhold til de tolv funksjonsområdene. Notatmalen ble brukt i tillegg til behandlingsplanen. Innholdet var blant annet en sjekklisse som besto av kontroll og klargjøring av medisinsk-teknisk utstyr, kontrolltelling av kirurgisk utstyr og kompresser.

KONKLUSJON. Den utviklete VBP med NANDA sykepleiediagnoser og NIC sykepleieintervensjoner ga et faglig godt bilde av operasjonssykepleierens funksjon og ansvarsområder. Videre var VBP i samsvar

med operasjonssykepleierens observasjoner, vurdering, tiltak og evalueringer. Informantene hevdet at operasjonssykepleierens faglige perspektiv kom tydelig frem. Prosjektgruppen konkluderte med ytterligere behov for oppfølging og veiledning i bruk av EDS. ●

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.
6. Moen A, Hellesø R, Berge A. Sykepleierens journalføring, Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe forlag, 2007.
7. Spjelkevik ML, Nerdahl E, Rønningen K, Lia I, Kjelberg E. Bak lukkede dører I. Prosjekt rapport. Samarbeidsprosjekt mellom ansatte ved Sykehuset i Telemark HF, Høgskolen i Telemark og Norsk Sykepleierforbund, 2004.
8. von Krogh G, Dale C, Nåden D. A framework for integrating NANDA, NIC and NOC Terminology in Electronic Patient Records. Journal of Nursing Scholarship. Third Quarter 2005; 37:275–281.
9. Gordon M. (red) NANDA – Sykepleiediagnoser: Definisjoner og klassifikasjon 2001–2002, Philadelphia, USA; Norsk utgave, Oslo: Akribe forlag, 2003.
10. Dochtermann JM, Bulechek GM. (red) (2004). Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC). 4. utg. New York, USA; Norsk utgave, Akribe forlag; 2006. 2. opplag 2008
11. Junttila K, Salanterä S, Hupli M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. Journal of Advanced Nursing 2005; 52: 271–280.
12. Krueger RA. Focus groups – a practical guide for applied research. 2. Utg. Thousand Calif: Sage Publications, 1994.
13. Tillgren P, Walling E. Fokusgrupper – historisk, struktur og tilblivelse. Soc Med Tidsskrift 1999; 3:12–21.
14. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. London: Sage Publications, 1990.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Eighth Edition. USA: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
16. Kvale, S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2009.
17. Dävøy G, Eide P, Hansen I. Operasjonssykepleie. Gyldendal Akademiske Forlag, 2010.
18. Utdyping av operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen av Operasjonssykepleiere.
19. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005.
20. Molven O. Helse og jus. En innføring for helsepersonell. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
21. Molven O. Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal akademisk, 2005.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Omsorgsteknologi. Teknologiske nyvinninger bør vurderes kritisk før de tas i bruk. Da hadde vi kanskje unngått innkjøp av falske kjæledyr.

Selma er en lure-sel



Fakta

Berit Daae Hustad

Leder av Rådet for sykepleietikk

Rådet for sykepleietikk har jevnlig fulgt med i debatter og artikler hvordan bruk av dyr kan fremme menneskets fysiske og psykiske helse på en god måte. Bruk av dyr på sykehjem til eldre pasienter med demens har blitt mer og mer vanlig i dag. Dyr kan brukes både i sosial sammenheng som en pasientvenn, men kan også brukes i terapismen for eksempel ved mye stillesitting og apati. En hund kan brukes til hjelp for å utføre fysiske øvelser, og det kalles da for dyreassistert terapi, der hunden er motivator.

Eldre med demens er ofte plaget av søvnproblemer, uro, svekket hukommelse og depresjoner. I tillegg har de ofte et høyt medisinforgbruk. Katt og hund er de dyrene som det oftest vises til, men enkelte steder har de akvarier med fisker eller fugler i bur. Noen har besøksvenn med hund som jevnlig kommer innom. Det finnes også sykehjem der dyr er forbudt.

Vi ser at jevnlig kontakt med dyr kan gi positive helseeffekter og mange, spesielt eldre på sykehjem med kroniske sykdommer, får bedre livskvalitet i kontakt med dyr. Livskvaliteten omfatter både fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale sider, men vi ser også at hos noen har dyr ingen effekt.

ROBOTSELEN SELMA. For en tid tilbake siden dukket det opp en dyrelignende robot, utformet som en sel. Robotselen ser ut og høres ut som en ekte selunge. Selma er myk og god, ser ut

«Hvorfor lages et naturtro dyr som er kunstig til bruk for eldre pasienter med demens?»

Rådet for sykepleietikk

som en selunge, lager lyder som er selunge. Den inneholder en avansert computer som gjør at den snur seg etter lyder, legger hodet på skakke og ser på deg med store svarte øyner dersom du snakker til den.

Rådet for sykepleietikk spør seg om hvorfor det lages et naturtro dyr som er kunstig til bruk for eldre pasienter med

demens? Er det for at de skal tro at den er levende? Hvis ikke så hadde man vel ikke laget den så naturtro og med lyder?

Vi stiller spørsmål ved hvorfor man ikke heller kan benytte levende katt eller hund? Rører vi ved pasienters verdighet når man egentlig lurer pasienten til å tro at dette er et levende dyr? Ville man ha gitt selungen Selma til yngre pasienter? Hele helsevesenet er tuftet på tillit og respekt. Hva er det da som gjør at man behandler eldre pasienter med demens på et vis som man aldri ville ha gjort med yngre?

HVA MENER PÅRØRENDE? Synes de pårørende det er greit å se deres gamle mor eller far sitte og kose med et dyr som de har lurt den eldre til å tro er ekte, eller synes de det er krenkende?

Rådet viser til Yrkesetiske retningslinjer § 2.0 «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket».

MER HYGIENISK. Selvfølgelig kan det være enkelte pasienter som er allergiske mot dyr eller som er redd dyr. Enkelte hevder at robotselen er bedre fordi hund og katt kan være uhygienisk for pasientene. Sykehjemmet er et hjem for pasientene, og de aller fleste vil kunne tåle de bakterier som følger med levende dyr.

Denne selungen virker trygg for dem som er redd dyr, men det er vel ikke derfor selungen Selma er laget? Den er laget slik at den kan være en erstatning for et levende dyr.

Eldre pasienter med demens er sårbare og prisgitt at sykepleiere har høy etisk bevissthet, slik som § 6.2 i retningslinjene tilsier: «Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester».

SANN OMSORG. Vi undres over at institusjoner rundt om har kjøpt inn denne selungen som de lar eldre pasienter med demens klappe, kjele og vise omsorg til som om den var levende. Tillit og trygghet er avgjørende i alle relasjoner. Derfor er det viktig å vise sann omsorg. Pasienter som er urolige vil ofte roe seg med menneskelig kontakt eller annen levende kontakt.

Erstatninger som denne kan virke krenkende på menneskeverdet.

Rådet viser til retningslinjene § 2.8 «Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling».

Det er viktig at alle teknologiske nyvinninger blir gjenstand for kritiske vurderinger, før de tas i bruk. Da hadde vi kanskje unngått innkjøp av falske kjæledyr.

«Tillit og trygghet er avgjørende i alle relasjoner.»

I vårt samfunn og med helsetjenester av stadig større kompleksitet og markedsideologisk tenkning er etiske hensyn ofte nedprioritert. Sykepleiernes faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft. Reflektert praksis fremmer moralsk praksis. Det bør derfor jevnlig skapes arenaer for systematisk etisk refleksjon alle steder der sykepleie utøves.

Derfor viser Rådet til § 1.5 «Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy». Sykepleieres yrkesetiske ansvar har grenseoppganger mot det faglige og juridiske ansvaret. Det er derfor viktig å være klar over at en handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men etisk uakseptabel.

Hvordan vil du som sykepleier anvende dyr for å gi eldre bedre livskvalitet? ●



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





Siri Lyngmo

Hjelper spise- forstyrrete familier

Portalt til **Eivor Hofstad** • Foto **Bjørn Erik Rygg Lunde**

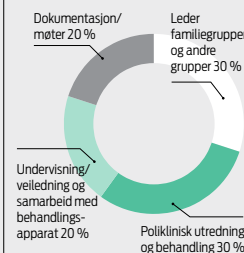
Fakta

Siri Lyngmo
64 år

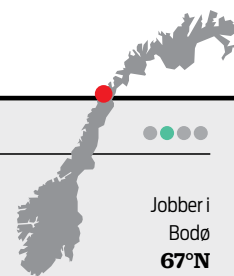
CV

1985: Utdannet sykepleier
1991-2012: Videreutdannet i veiledningspedagogikk, psykiatrisk sykepleie, psykodrama og multifamilierapi, familierapi og klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og instruktør i medisinsk yoga.

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jobber i
Bodø
67°N



Familie til personer med spiseforstyrrelse går ofte på tå hev og er redde for å si eller gjøre noe galt som kan forverre sykdommen. Når de kommer hit, får de møte andre familier i samme situasjon. De har stått i så mye, og likhetstrekkene er mange: Det er mye skjult skam og ensomhet forbundet med å ha en person i familien som lider av en spiseforstyrrelse. Jeg lærer mye av disse familiene, og jeg er stolt av å ha vært med på å utvikle et tilbud til dem. Vi samles flere ganger i året på to-tre dagers bolker. Multifamilie, kaller vi det, og har holdt på i åtte år.

En av tilnærmingmåtene i multifamilie er rollespill og kunstuttrykk. I rollespill øver man seg på å ta den andres perspektiv. Kunstuttrykket handler om at de med spiseforstyrrelse lager en collage av utklipp fra blader og aviser. Det gir mulighet til å uttrykke seg visuelt, noe som kan oppleves som mindre truende. Collagene vises for familiene og har gitt mange sterke øyeblikk.

Ellers driver jeg poliklinisk behandling av de over 18 år med spiseforstyrrelser. De kommer fra de tre nordligste fylkene og er flest kvinner. Den største utfordringen er alle disse skjønne, vakre, intelligente unge damene som ikke vil leve livet sitt. Det er en stor utfordring å akseptere at det er slik. Jeg kan bare bistå og eventuelt søke dem til innleggelse til de er friske nok til å komme i poliklinisk behandling hos oss. Vi har utviklet et flott utredningsverktøy på data, som er et godt hjelpemiddel i tillegg til samtalen.

Tallene for spiseforstyrrelser er stabile for anoreksi, mens for bulimi er det mer usikkert. Kvinnene med bulimi kan skjule lidelsen i over 20 år før de avsløres. Da kan det være fordi økonomien går ad undas på grunn av høye matutgifter.

Det jeg liker minst er all tiden som går med til dokumentasjon, men jeg har forståelse for at det må til. Jeg trives veldig godt i jobben min. Har holdt på i ni år og har hatt en stor utviklingsprosess. Nå har vi skrevet en veiledningsbok til helsepersonell om Multifamilie som skal gis ut på et engelsk forlag. •

eivor.hofstad@sykepleien.no



Siri Lyngmo er familie- og gruppeterapeut ved Regionalt kompetansteam for spiseforstyrrelser ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser ved Nordlands-sykehuset i Bodø.



MBT®
physiological footwear

For The Human Movement™

Jeg er en enestående sko med 15 års forskning bak meg.
Jeg er:
Leddavlastende
Bedrer Kroppsholdningen
Aktiviserer muskulaturen

WWW.MBTNORGE.NO

**Behandling / forebygging av
ligge- og trykksår**

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



Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy
Les mer om Wima-labben på vår nettside: www.wima.no

Kliniske og økonomiske fordeler med Mepilex Ag

RCT: En åpen, randomisert sammenlignbar studie for å evaluere virkning, kostnadseffektivitet, sikkerhet og toleranse for Mepilex Ag sammenlignet med en sølvsulfadiazinkrem i behandlingen av delhudsbrannskader.

Mål:

Å undersøke om innføringen av en ny bandasje i behandlingen av delhudsbrannskader kunne gi bedre helingsrate og redusere behandlingskostnadene.

Metode:

En randomisert multisenterstudie ble gjennomført for å sammenligne virkningen og kostnadseffektiviteten av Mepilex Ag i forhold til en sølvsulfadiazinkrem i behandlingen av delhudsbrannskader. Datainnsamlingen ble foretatt ved begynnende behandling (<36 timer etter oppstått skade) og ved vurdering på dag 7, 14, og 21, med oppfølging på dag 35. Her ble såret vurdert og smerten målt.

Resultat:

Mepilex Ag-gruppen (n=49) hadde kortere helingstid, redusert liggetid og krevde færre bandasjeskift sammenlignet med gruppen som ble behandlet med sølvsulfadiazinkrem (n=51). Smerteintensiteten ved applisering, i bruk og ved fjerning var signifikant lavere for Mepilex Ag-gruppen den første kritiske uken. Kostnadene for sårbehandlingen med Mepilex Ag var 309 dollar og 514 dollar for sølvsulfadiazin-behandlingen.

Konklusjon:

Behandlingen med Mepilex Ag viste både kliniske og økonomiske fordeler. Det nye behandlingsregimet presterte bedre klinisk, og oppnådde også en signifikant reduksjon i behandlingskostnader.

Mepilex Ag - antimikrobiell skumbandasje

Mepilex Ag er en myk og meget formbar skumbandasje som absorberer væske og bevarer et fuktig sårmiljø. Mepilex Ag inaktiverer sårrelaterte patogener innen 30 minutter med vedvarende effekt opptil syv dager. Safetac® forsegler sårkantene og hindrer væske i å lekke ut på omkringliggende hud og minimerer risikoen for maserasjon.

www.molnlycke.no

Referanse: Silverstein et al. An open, parallel, randomised, comparative, multi-centre investigation in US evaluating the cost-effectiveness, efficacy, safety and tolerance of Mepilex Ag versus Silvadene in the treatment of partial thickness burns. Oral presentation, JAB Burn & Wound Symposium, Maui, Hawaii, 2010

Safetac®
TECHNOLOGY

Mepilex® Ag



MÖLNLYCKE
HEALTH CARE



ENDRET ERNÆRINGSPRAKSIS

Ernæring. Nye rutiner for ernæringsarbeidet i sykehjem møtte motstand blant de ansatte.

UTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0142



Janneke Eide, daglig leder, Slettebakken menighetseldresenter



Britt Moene Kuven, høgskolelektor, can. san., Haraldsplass Diakonale Høgskole

Hva skjer når vi vil endre holdninger og handlinger til ernæring i sykehjem? Hva slags hindringer oppstår når nasjonale retningslinjer skal påvirke innarbeidete rutiner i hverdagen? Denne artikkelen setter søkelys på de barrierene vi fant i prosessen med å innføre nye retningslinjer for ernæringsarbeidet ved vårt sykehjem.

BAKGRUNN. Studier har vist at mellom 10 og 60 prosent av sykehjemsbeboere og sykehuspasienter er underernærte, og at helsepersonell blant annet forklarer årsaken til dette med mangelfulle rutiner (1). Underernæring fører til dårlig allmenntilstand, nedsatt livskvalitet og øker risikoen for fall og infeksjoner (2). Det er derfor viktig å forebygge og behandle underernæring i sykehjem.

I 2012 innførte vi nye rutiner for ernæringsarbeidet ved vårt sykehjem. De besto av tiltak for systematisk kartlegging av ernæringsmessig status hos alle beboere, jevnlig kontroll av vekt/BMI, og tiltaksplan for alle underernærte beboere. Retningslinjene våre er basert på de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, utgitt av Helsedirektoratet i 2009. Ett år etter at de nye rutinene var innført ønsket vi å se hvor langt implementeringsprosessen i sykehjemmet var kommet, og hvilke grep

vi måtte ta videre. Dette var bakgrunnen for et utviklingsprosjekt i samarbeid med en høyskole våren 2013. Prosjektkomiteen besto av kjøkkensjef, sykepleier, hjelpepleier og høyskolelektor, og ble ledet av sykehjemmets leder. I tillegg deltok tre sykepleierstudenter i prosjektet.

KRITERIER. Etter flere prosjektmøter og internundervisning for sykepleierstudentene, ble 21 kriterier for ernæring i 36 sykehjemsbeboeres journal kartlagt våren 2013. Kriteriene viste i hvilken grad de nye rutinene var implementert i forhold til det som kan måles og dokumenteres (se tabell I og II). Prosjektet har gitt verdifull kunnskap om ulike barrierer som aktiviseres når vi ønsker å endre holdninger og handlinger i vårt ernæringsarbeid.

Kartleggingen viste at de nye rutinene delvis var implementert i praksis vel et år etter at de var innført. Dette samsvarer med funn i flere ernæringsstudier (3,4). I tabellene nedenfor har vi oppsummert, og brukt prosentberegning for å få frem graden av implementering.

GRUPPESAMTALER. Sykepleierstudentene la frem prosjektkomiteens oppsummering av kartleggingen på fire avdelingssamlinger. Hver avdeling fikk tilbakemeldt sin status og status for alle avdelinger. Personalet ble bedt om å komme med sine

tanker om og synspunkter på resultatet, og spesielt på de kriteriene der rutinene i liten grad var gjennomført. Prosjektkomiteens medlemmer ledet samtaleene, mens studentene noterte alle tilbakemeldingene. Det var til sammen 25 ansatte som deltok; assistenter, avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere. De ansatte var engasjerte, og det kom mange tilbakemeldinger. Det at tilbakemeldinger ble innhentet fra alle som er involvert i ernæringsarbeidet så vi på som en styrke da det fikk frem aktuelle barrierer i hele det tverrfaglige teamet.

MODELL. For å kategorisere aktuelle barrierer har vi brukt veilederen til The National Institute for Health and Care Excellence (NICE); «How to change practice» som hjelpemiddel (NICE 2007). NICE utvikler nasjonale retningslinjer og anbefalinger for å forbedre praksis i helse- og omsorgssektoren i Storbritannia. Deres utgangspunkt er at det er spesielt utfordrende å endre etablert praksis i helsesektoren på grunn av komplekse forhold mellom mange organisasjoner, profesjoner, pasienter og helsepersonell (5).

Barrierer i helsevesenet kan ifølge NICE forklares i forhold til fem områder; bevissthet, motivasjon, holdninger, kompetanse og praktiske eller organisatoriske forhold (5). Vi tolket og kategoriserte tilbakemeldingene

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Vi må avdekke og forstå barrierene mot de nye nasjonale retningslinjene. Denne forståelsen må være utgangspunkt for en langsiktig og målrettet utvikling av ernæringsarbeidet i våre sykehjem.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Ernæring
- Underernæring
- Sykehjem
- Samarbeid

Tabell I. Kriterier som ble kartlagt for alle 36 beboere

Opplysninger om	Antall beboere	Prosent
Skjema for vekt/BMI opprettet	36	100
Skjema MNA (Mini Nutritional Assessment)) fylt ut	21	58
Skjema Kostosamtale fylt ut	19	52
Vekttap de siste seks måneder	18	50
Beboere med BMI under 22	15	36
Nye beboere på avdelingen siden 01.05.12	7	19
Skjema MNA fylt ut for nye beboere	5 av 7	71

Tabell II. Kriterier som ble kartlagt for de 15 beboerne med BMI under 22

Opplysninger om	Antall	Prosent
Området «Ernæring» er åpnet i profil (elektronisk pasientjournal)	15	100
Skjema «Matkort» i profil er brukt	11	73
Skjema for kostplan i profil er opprettet	10	66
Kopi av kostplan tilgjengelig på kjøkkenet	10	66
Er der satt mål i kostplanen til beboer?	8	53
Kostplanen er revidert siden den ble opprettet	8	53
Beboer er veid mindre enn en gang per måned	7	47
Er det dokumentert avvik i profil under ernæring	6	40
På hvor mange beboere er avvik dokumentert i kostplan på kjøkkenet?	4	27
Underernæring diskutert på legevisitt og dokumentert i profil	4	27
Er der måloppnåelse hos de beboerne som har mål i kostplanen?	3	21
Beboer er veid ukentlig	1	7
Skjema «Kostregistrering med beregning» er opprettet i profil	0	0
Skjema for «Beregning av energi og protein» i profil er brukt	0	0

fra de ansatte i forhold til denne forståelsesmodellen, og de fem områdene til NICE.

HVA FANT VI? Vi presenterer her våre funn og diskusjonen i tilknytning disse fem områdene.

1. Bevissthet om behovet for endring av praksis. Det kom frem at enkelte ansatte ikke var klar over at det pågikk et endringsarbeid på ernæringsområdet ved sykehjemmet. To ansatte var også ukjente med de nasjonale anbefalingene og sykehjemmets gjeldende rutiner. Den ene kommenterte: «Jeg var sykemeldt da det ble undervist om nye rutiner, så jeg kjenner dem ikke». Den andre oppga at hun ikke hadde vært ansatt mer enn tre måneder. Noen tok opp at de ikke helt forsto bakgrunnen for innføring av nye rutiner, da de mente at ernæringsarbeidet fungerte godt slik det var.

Vår sektor har et høyt sykefravær, svangerskapspermisjoner, turnusarbeid og deltidstillinger. Dette gjør at det er utfordrende å gjøre samtlige medarbeidere bevisste på endringsarbeid.

2. Motivasjon for å endre praksis. Motivasjon for å følge de nye rutinen varierte. Noen var interesserte og engasjerte, andre mer distanserte, og noen viste direkte motvilje. Det kom frem at noen av de ansatte i liten grad hadde satt seg inn i rutinen og anbefalingene. Andre mente at det var så mange krav, og at det ikke var tid til å «følge med på alt som skjer». En uttalte: «Jeg har ikke nok opplæring og informasjon. Jeg føler jeg bare blir kastet ut i det uten å vite hvem, hva og hvorfor». Noen ansatte så ikke behovet for å endre praksis, og ga derfor uttrykk for at de manglet motivasjon til å følge opp de nye rutinen. «Vi har alltid jobbet bra med ernæring!».

Flere av tilbakemeldingene gjenspeiler opplevelsen av at de nye retningslinjene kommer ovenfra, og at de oppfattes som en kritikk mot eksisterende praksis. Det er tydelig at noen oppfatter nye kunnskapsbaserte rutiner som det eneste som skal legges til grunn for praksis, og at personalets erfaringskompetanse og beboernes egne preferanser

ikke lengre har noen verdi. På vårt sykehjem har man fokusert på tilrettelegging av gode måltider, endring av måltidstidspunkter, og mange aktiviteter tilknyttet mat i over ti år. Personalets oppfatning av at de allerede på flere områder har et godt ernæringsarbeid er derfor riktig, og må løftes frem.

3. Holdninger til ny praksis. Mange tilbakemeldinger handlet om holdninger og verdier. Dette er viktig informasjon for hvordan vi kan bryte ned barrierene mot implementeringsarbeidet.

Enkelte ansatte uttrykte klar skepsis til de nye rutinen. De var både skeptiske til at man fokuserte så sterkt på underernæring, og til tiltakene som var iverksatt på avdelingene. Noen reagerte på å kalle underernæring en diagnose slik man gjør i de nasjonale retningslinjene. De mente at det er naturlig for mange av sykehjemmets beboere å spise lite og være undervektige, på grunn av alder, helsestilstand og aktivitetsnivå. «Er det ikke naturlig for eldre å bli undernærte mot slutten av livet?»

«Vi har alltid jobbet bra med ernæring!»

Noen ansatte var skeptiske til ernæringstiltakene som retningslinjene anbefaler, som for eksempel å tilsette fett og proteiner i maten. De stilte spørsmål ved hvordan fett påvirker vitale organer og sirkulasjonssystemet hos svært skrøpelige eldre mennesker. «Har kroppen til disse eldre behov for så mye mat?». «Er det riktig å næringsberike maten deres med fløte og olje?». «Beboerne legger på seg kun rundt magen, klarer kroppen å nyttiggjøre seg dette fettet?»

Flere av anbefalingene i de nasjonale retningslinjene er basert på ekspertråd, fordi det ikke finnes aktuell forskning å støtte seg på. Dette gjelder også anbefalingen om at alle personer med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell plan med dokumentasjon om ernæringsstatus,





behov, inntak og tiltak. Det er altså ikke påvist at dette vil bedre den ernæringsmessige statusen hos sykehjemsbeboere selv om det er sannsynlig.

Vi trenger praksisnær forskning som kan underbygge anbefalingene, eller eventuelt korrigerer det som nå blir innført som ny praksis ved landets sykehjem.

Mange ansatte har kunnskap om ernæring ut ifra egne erfaringer, og samfunnets vektlegging av vektreduksjon. I alle gruppesamtalene kom noen ansatte inn på overvektige beboere som en like stor utfordring som underernærte beboere. Helsedirektoratet utga i 2011 «Kostråd for å fremme folkehelsen, og forebygge kroniske sykdommer» Anbefalingene om berikelse av mat til underernærte står i motsetning til de ernæringsråd helsepersonell gir til befolkningen ellers (2). Dette kan også medvirke til at helsepersonell på sykehjem trenger tid til å endre sine holdninger til underernæring hos eldre, og de anbefalingene de skal formidle til beboere, pårørende, studenter og andre.

Flere ga uttrykk for at anbefalingene reiser etiske dilemmaer som er vanskelig å forholde seg til. Blant annet tvang angående egen ernæring ovenfor demente beboere som mangler samtykkekompetanse. Personalet må da ta avgjørelser på vegne av beboer, for eksempel når det gjelder mål for en kostplan. «Se på denne magen, har jeg blitt gravid?». Denne kommentaren fra en beboer ble sitert av en ansatt. Hun stilte spørsmål ved om det var riktig at denne beboeren hadde fått en kostplan med mål om å gå opp i vekt. Dette viser at ernæringsarbeidet inneholder etiske dilemmaer som forutsetter at personalet har kompetanse på etisk refleksjon.

4. Kompetanse til å kunne utøve ny praksis. Mange ansatte meldte tilbake at de manglet kunnskap og ferdigheter på flere områder for å kunne gjennomføre de nye rutinene. De manglet kunnskap om bruk av skjemaene; «Jeg føler at en blir kastet ut i dette med skjemaene. Det blir for mye på en gang som skal implementeres». De var usikre

på hva som skulle dokumenteres hvor i journalen. Beregning av energibehov ble ikke brukt, fordi dette var «nytt og ukjent». Kosttiltakene i kostplanen ble laget ut ifra generell kunnskap om å tilføre mer energi i den enkelte beboers kosthold. Det var bred enighet om at det var behov for mer kunnskap om ernæring.

Behovet for mer kompetanse gjelder både datateknisk, journalføring og ernæring generelt. Tilsynsmyndighetene vil i dag forvente at praksis er på nivå med anbefalingene i de nasjonale retningslinjene. Det gapet vi ser mellom kompetanse på de nevnte områdene i praksisfeltet, og anbefalingene, kan minskes på to måter. Retningslinjene kan endres og tilpasses nivået i praksis, og praksisfeltet kan heve sin kompetanse. Vi tenker at begge deler er nødvendig.

5. Praktiske og organisatoriske hindringer. Personalet opplevde også praktiske hindre som at stolvekten ikke virket, og mangel på gode rutiner for å sikre at oppgaver blir utført. «Rutinene bare sklir ut». Flere ga uttrykk for at kontroll ved veiingen var et problem. «Det er problem å få nøyaktig vekt på en sittevekt». På en avdeling hadde vekten vært i ustand en periode. «Det tok lang tid med den vekten». Kostsamtalen ble sett på som viktig, men de ansatte var usikre på hvem som hadde ansvar for at den ble gjennomført. Skifte av leder på en avdeling ble trukket frem som et organisatorisk hinder. Samarbeid med kjøkkenet og avklaring av ansvarsforhold ble også nevnt. Det kan virke som om en del praktiske og organisatoriske hindre ikke alltid blir rapportert og fanget opp på en effektiv måte. Dette kan ha sammenheng med den kompleksiteten i helsevesenet som NICE-veilederen peker på. Det er mange ulike roller, profesjoner og rutiner å forholde seg til.

KONKLUSJON. Vi har vist at det finnes barrierer i praksis som påvirker implementering av de nye nasjonale retningslinjene for ernæring. Barrierene har flere forklaringer, og kan møtes med ulike tiltak. Noen tilnærminger vil kunne påvirke flere

barrierer. Som det å finne forskningsbaserte svar på spørsmål ansatte stiller, for eksempel; Er det naturlig at eldre skrøpelige mennesker blir underernærte mot slutten av livet?

Ernæringsarbeidet i sykehjem inkluderer alle som er involvert i beboernes behandling, pleie og omsorg. Våre funn bekrefter at det er en omfattende

prosess å endre praksis på dette området. Det er derfor nødvendig å fortsatt fokusere på ernæringsarbeidet, og legge en langsiktig plan for å få til et mer systematisk ernæringsarbeid på sykehjem. Dette gjelder både helsedirektoratet, kommunehelsetjenesten og det enkelte sykehjem.

Utfordringen med å få frem verdien av personalets erfaringskompetanse på ernæring, og betydningen av beboernes ønsker og behov, er tydelig. Uten at helsedirektoratets retningslinjer brukes sammen med erfaringskunnskap og beboernes medvirkning, vil vår praksis ikke være kunnskapsbasert (6,7).

Praksisnær forskning, og økt oppmerksomhet fra utdanningsinstitusjonene vil kunne styrke ernæringsarbeidet. Denne oppmerksomheten vil stille krav til sykehjemmene, og øke bevisstheten rundt egen praksis, nasjonale anbefalinger, egen kompetanse og beboernes ønsker og behov.

De nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring kom i 2009. De har satt i gang en omfattende bevegelse mot bedre kvalitet på området. I Stortingsmelding 29, «Morgendagens omsorg» er ikke retningslinjene nevnt med et ord. Faren for at vektlegging av ernæring svekkes fordi nye viktige oppgaver står for døren, er absolutt til stede. Det er derfor viktig å holde fast i den prosessen som har startet, og sørge for at den får utvikle seg i årene framover. Livskvalitet og ernæring henger nøye sammen for våre sykehjemsbeboere! ●

«Er det ikke naturlig for eldre å bli underernærte mot slutten av livet?»

REFERANSER:

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
2. Helsedirektoratet. Kostråd for å fremme folkehelsen, og forebygge kroniske sykdommer. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. (Nedlastet 31.10.2013)
3. Kvamme K. «Forebygging og behandling av underernæring: følger rutinen som er utarbeidet for hjemmesykepleien?» Prosjektnummer: 24205 Bergen kommune, 2012.
4. Kårstad KÅ. Kartlegging og vurdering av ernæringspraksis ved Haukeland universitetssykehus. Bergen: Masteroppgave i kunnskapsbasert praksis i helsefag ved HiB, 2012.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change. (Nedlastet 01.10.2013)
6. Norvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok. Oslo: Akribi, 2012.
7. Helsedirektoratet (2012). Kosthåndboken Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



VERV OG VINN

Har du kolleger som ikke er medlem av Norsk Sykepleierforbund? Nå har du en gylden anledning til å gjøre noe med det. Vi har nye, flotte vervepremier.

NSF arbeider for både sykepleiere, jordmødre og sykepleierstudenter. Som medlem får du hjelp av tillitsvalgte, fylkeskontor og våre jurister. Vi har gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB og mye mer. Vi har en rekke faglige tilbud, og alle medlemmer får tidsskriftet Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Se oversikt over vervepremier og alle fordelene med medlemskap på www.nsf.no. Logg deg inn for å verve eller bruk kupongen nedenfor.



TYDELIG - MODIG - STOLT

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer):

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Du får ett poeng for hver verving. For å bestille premie må du logge på www.nsf.no og gå til "Min side".

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.



Blir tryggere når de lærer å småprate

LAVTERSKELE: Ungdom takler sosiale situasjoner bedre når de får trening i småprat. Treningen er også med på å forebygge tidlig rusdebut.

Annenhver uke møtes ungdommer i alderen 14 til 20 år for å trene «Small Talk». Samlingene foregår i regi av Sørlandet sykehus, avdeling for barn og unges psykiske helse i Lister. En behandler fra Abup leder møtene.

Lavterskeltilbudet ble satt i gang i februar 2013. Prosjektet er et rusforebyggende prosjekt. Erfaringene

så langt er positive, ved at deltakerne blir tryggere i sosiale sammenhenger, skriver Bodil Bakkan Nielsen i siste utgave av Psykisk helse og rus. Bakkan Nielsen er leder av prosjektet «Small talk».

Småprat er samtaleformen vi har sammen med venner og familie, som går lett uten at vi er redde for at tema vi snakker om er kjedelig eller uinteressant. Vansker med småpraten kan oppstå når vi er usikre og utrygge i en sosial situasjon, ifølge Bakkan Nielsen.

Gruppetilbudet i «Small Talk» ret-

ter seg mot ungdom som strever med småpraten i venneflokken og sosiale settinger. Å mestre disse situasjonene bygger et godt selvbilde, og gjør det tryggere å oppsøke ulike arenaer. For noen betyr det dessuten at man ikke trenger å ruse seg til mot, skriver Bodil Bakkan Nielsen. •



Fra fagperson til fagperson

Pasienter med langvarige, sammensatte sykdommer er sin egen lyktesmed, viser ny undersøkelse.

– Det mangler et system for å ta vare på pasientens behov over tid, på tvers av helsearbeider og organisasjon, sier forsker Gro Berntsen ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST).

Kilde: forskning.no

Samspill eller svarteperspill?

Hvordan samhandle rundt ROP-pasienter med voldsproblematikk?

For at kommunene skal kunne gi et godt tilbud til mennesker med psykiske lidelser, rusproblemer og voldsproblematikk, så må spesialisthelsetjenesten ta medansvar for oppfølgingen som gis i kommunene, viser studien «Samspill eller svarteperspill?» fra AFI.

Kilde: KS

Er du med i en faggruppe?

Disse faggruppene har egne blader som kommer med Sykepleien:

- Landsgruppen av helsesøstre
- Forum for kreftsykepleie
- Jordmorforbundet NSF
- Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPOR)
- Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens



VERV OG VINN



Du kan få en av disse premiene for 1 verving!



Full premieoversikt finner du på www.nsf.no



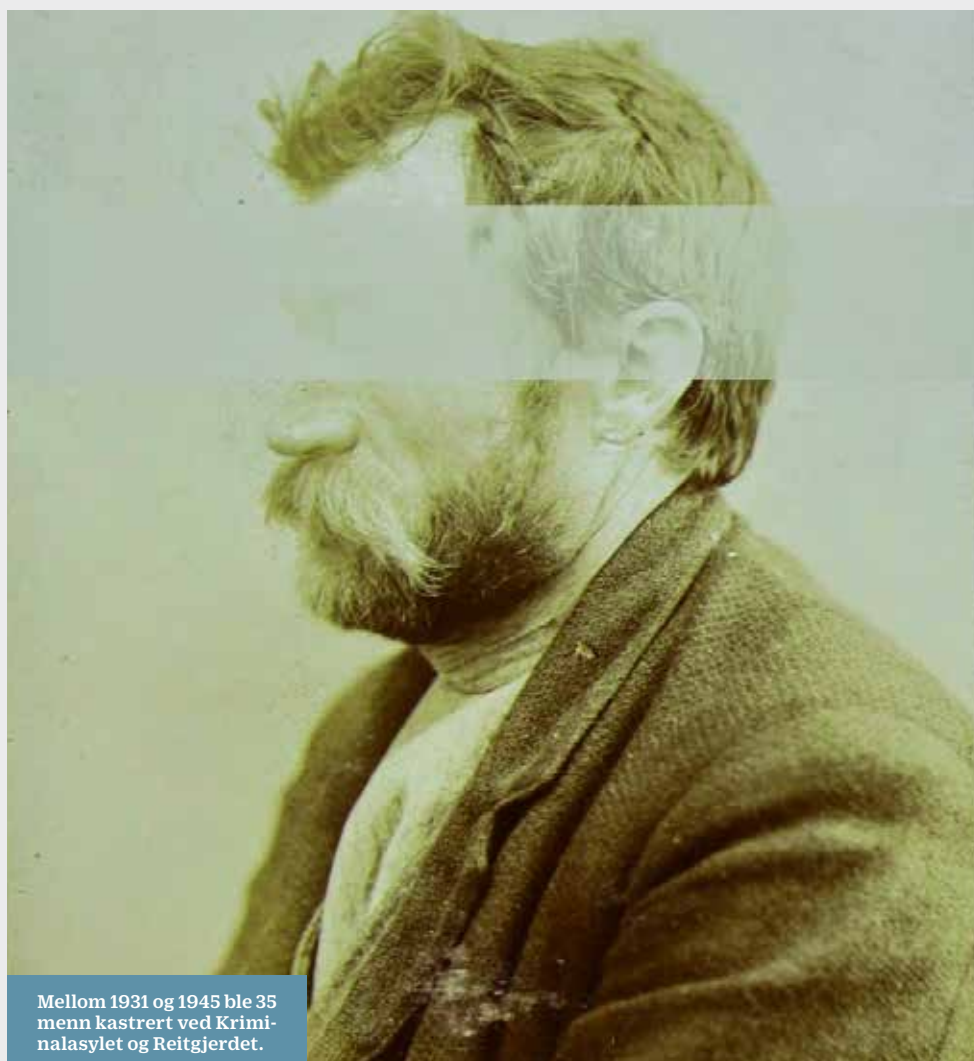
Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo



Påfyll

Del 3 Sykepleien 10 | 2014

Bøker – Kultur – Fakta



Mellom 1931 og 1945 ble 35 menn kastret ved Kriminalasylet og Reitgjerdet.

Lot seg kastre

Kriminalasyl. For å slippe ut av institusjonene valgte en del pasienter kastrering. **72**



Barn. Ingen nye barnepleiere i Nordland. **66**



«Jeg har skrevet boken jeg selv ville lest.»
Eivind Eidflodt. **68**



Bok. Viktig bok om fattigdom og ulikhet. **70**

Ingen nye barnesykepleiere i Nordland

BARNESYKEPLEIE: Med for få søkere kan ikke Universitetet i Nordland starte opp videreutdanning av barnesykepleiere.

– Vi er nødt til å ha et visst antall søkere for å starte opp, sier Bodil Svendsgård, visedekan for sykepleie og helsefag.

Hun synes situasjonen er beklagelig.

Leder i Barnesykepleierforbundet, Anja Smeland, sier barnesykepleiere er mangelvare over hele landet, men det er lokale forskjeller. Hun mener antallet må kraftig opp.

Universitetet i Nordland har lenge slitt med å få nok søkere til barnesykepleie. Ifølge visedekan Svendsgård er barnesykepleie, sammen med videreutdanningene i anestes-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie spesielle fordi de fleste får lønn under utdanningen. Men sykehusene har ikke utdanningsstillinger til alle som vil ta utdanningen, selv om de trenger kompetansen.

– Vi opplever at det er lite langtidsplanlegging for å rekruttere nok spesialsykepleiere på sikt, sier Bodil Svendsgård.

Hun sier det også er spesielt at ikke flere finansierer disse utdanningene selv.



Over hele landet er det mangel på sykepleiere med spesialkompetanse på barn, ifølge Barnesykepleierforbundet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Tverrfaglig fagdag for mor og barn

14. oktober arrangerer lokalgruppene av Jordmorforbundet, Barnesykepleierforbundet og Landsgruppen av helsesøstre i Trondheim sammen med gynekologer på St. Olavs Hospital fagdag om mor og barns helse.

Hjelp for barnehjertet

Lasse Løvestakken, stjerneforsker og førsteamanuensis i medisinsk avbildning ved NTNU, har utviklet ultralydteknologi som avbilder blodstrømmen i hjertet på en mer nøyaktig måte.

Kilde: Gemini.no

Æresprofessor fra Malawi

Sykepleier Address Malata fra Malawi blir utnevnt til æresprofessor på Universitetet i Oslo. Hun er rektor for Kamazu College of Nursing ved universitetet i Malawi.

Riskhospitalet



Paracetamol ut av svenske butikker

I Sverige vil Läkemedelsverket ha paracetamol tilbake på apoteket. Grunnen er at den svenske giftinformasjonen har fått flere henvendelser fra helsepersonell som behandler pasienter forgiftet av paracetamol.

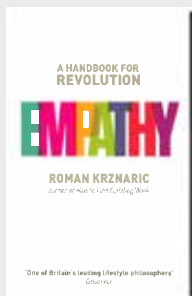
I Norge vil paracetamol fremdeles bli solgt i butikk, ifølge Legemiddelverket.

Kilde: Läkartidningen og Legemiddelverket

Bøker. 3 om empati

Lite empati, men likevel grunn til optimisme

MANGEL PÅ EMPATI: Empati er grunnleggende i all sykepleie. Det handler om å se verden fra en annens perspektiv. I boken *Empathy: A handbook for revolution* hevder forfatteren Roman Krznaric at verden lider av en akutt mangel på empati. En overveldende egoisme og narsissisme har tatt overhånd. Han mener likevel det er grunn til optimisme fordi mennesket er biologisk sett et sosialt dyr og vi har alle, med unntak av de rene psykopater, evnen til empati. Vi er homo empathikus hevdes det. Boken er et opprop for empati som politisk kraft – et manifest for revolusjon.



Ser verden med nytt øye

FANTASI: Aksel Fugellis bok *Øye for øye* kom ut for 21 år siden. Den er rein fantasi, men er fortsatt aktuell. Det finnes et kommersielt helsevesen der organer selges internasjonalt. Øyne kan bestilles av dem som har nok penger. En brasiliansk gateguts ene øye blir under tvang fjernet, solgt og transplantert til en norsk gutt. Det finurlige i historien er at den norske gutten nå ser verden med den brasilianske guttens blikk. Da fortøner verden seg annerledes.



Hva med dem som ikke klarer det?

VALG: Ansvar er uløselig knyttet til det å være menneske. I boken *Ansvar* av Lars Gauden-Kolbergstveit og Torstein Ulserød (red.) pekes det på at ansvar følger med frihet. Det er vanskelig å være uenig i denne påstanden. Vi eksponeres daglig for en rekke valg, som vi står ansvarlig for. Men hva med dem som ikke makter å leve ansvarlige liv? Skal vi ha empati med dem?



sorbact®
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

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

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



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



Eivind Eidslott For Marikken

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

Annerledes. Han vil bringe en liten stemme inn i den store debatten.

I 2008 fikk Eivind og Katrine Eidslott sitt andre barn. Alt virket normalt. Dette kunne de. Da barnepleieren sa at jenta virket litt kald og ville undersøke henne nærmere, ble de ikke nervøse. De var slitne og lykkelige. Så kom en delegasjon hvite frakker inn i rommet, som sa det var mistanke om Down syndrom. Og verden raste sammen. For en stund.

KJÆRLIGHET. For Marikken er ikke Down, hun er Marikken. Og selv om Eidslott trodde livet slik han kjente det, var over, fortsatte det likevel. Med fjellturer, utenlandsreiser, jobb og hverdag med kleskaos og fylte timeplaner. I Livet med Marikken forteller han om den enorme kjærligheten til datteren, men også om sjokket og skammen over å få et barn med Down.

– Jeg har skrevet boken jeg selv ville lest, forklarer han.

– Håpet er at den kan være til trøst og hjelp for andre som får et annetledes barn.

KLATRER. Marikken er ni år. Hun har store-søster og lillesøster. Går på vanlig skole. Hun har en psykisk utviklingshemming som skyldes ett kromosom for mye. Trisomi 21 kalles det på fagspråket, og Down i dagligtalen. Det er et navn Eidslott ikke liker. I boken skriver han

at han så inderlig skulle ønske at datteren ikke hadde et syndrom som kan oversettes til «ned».

«For datteren vår er ikke nede. Hun er høyt oppe – og klatrer stadig høyere. Ikke bare det. Hun gir folk rundt oppturer også. Mange opp-turer. Derfor er Down helt feil navn på dette syndromet.»

HISTORIE. Eidslott opplever at Down syndrom er voldsomt stigmatisert.

– Når folk tenker Down, ser de gjerne for seg en voksen, overvektig person som er psykisk utviklingshemmet og jobber i vernet bedrift.

Lenge var de med Down «de andre». De bodde på institusjon, gikk på egne skoler. Eidslott er veldig, veldig glad for at det er historie.

«At vi kunne ha avsluttet svangerskapet er en uutholdelig tanke.»

– De har store muligheter for å utvikle seg, dersom de får begynne tidlig i barnehage og gå i vanlig skole. Det tror jeg ikke er så kjent.

SOLSKINN. Eidslott er journalist. Kona er advokat. Han skriver at kombinasjonen er en stor fordel i møte med det offentlige. Og at det kan innvendes at det er lettere for dem, som såkalt ressurssterke foreldre, å få et barn med Down. At slike som dem egentlig ikke burde uttale seg om det å ha et annetledes barn fordi de ikke er representative. Det mener han er en helt legitim innvending.

– Jeg kan levende forestille meg at det kan være tøffere for andre. Men dette er vår historie. Og jeg tror andre kan dra nytte av våre erfaringer.

SPARK. Da de skulle reise hjem fra sykehuset etter fødselen, ble de kalt inn til en eldre, kvinnelig overlege. Hun ga dem ordre om å fortsette å leve som de hadde gjort. Leve livet. Gjennomføre drømmene.

– Den talen gjorde underverker, sier Eidslott.

– På et sykehus ligger alle problemene så langt frem i pannen. All risikoen.

Med Down er det økt risiko for kreft og hypotyreose, og for læringsvansker. Men ett menneske så forbi risikoen og viste dem mulighetene.

– Hun ga oss et spark i rumpa som ble helt uvurderlig for oss.

PRIVAT. Boken er illustrert med bilder av Marikken, alene eller sammen med foreldre og søstre. Den er både personlig og privat. Døtrene har i flere år vært klar over at faren skrev om familien. Han er åpen om skammen han følte over å ha fått et barn med Down. Han forteller om kona Katrine, som straks noen tittet ned i vognen, febrilsk orienterte om at «hun har Down». Og han forteller om skamfølelsen over å ha skammet seg over sitt eget barn.

– Dette vil Marikken også kunne lese?

– Ja. Det har vært den største tvilen. Men den dagen Marikken har en sånn leseforståelse at hun kan lese den, håper jeg hun forstår at vi er ærlige. Og at grunnen til at vi gikk så langt ned i kjelleren, var stigmaet knyttet til Down.

SORTERING. Eidslott lurte på hvorfor Down er



Fakta

Eivind Eidslott

Aktuell med:
Livet med Marikken

blitt symbolet på hva man kan oppdage og fjerne ved fosterdiagnostikk. Og hva som gjør at det er akseptert å si offentlig at man ikke ville født et barn med Down, slik flere har gjort de siste årene.

– Paradoksalt nok er Down et av de lettere syndromene, likevel er det blitt en spydspiss i debatten om fosterdiagnostikk. Han er skeptisk til tidlig ultralyd.

– Verken jeg eller Katrine er abortmotstandere eller dømmer noen som tar tidlig ultralyd. Men at vi kunne ha avsluttet svangerskapet er en uutholdelig tanke.

Eidslott er glad de ikke visste om det ekstra kromosomet.

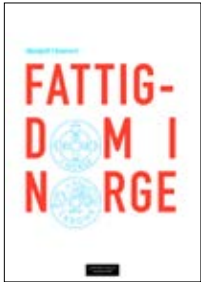
– Vi vil vise at det kan gå bra å få et barn med Down. Men det er et budskap det er vanskelig å nå frem med. Vi er ikke så naive at vi tror vi kan endre utviklingen. Vi er på vei mot et sorteringssamfunn. Men vil vi dit? Og hvor går grensen?

Han ser utfordringene på individnivå.

– Jeg har stor respekt for frykten for å få et annerledes barn. Men på samfunnsnivå må vi tørre å ta debatten om vi skal innføre tiltak som vil luke ut barn som er annerledes.

«Jeg vet at spørsmålene mine kan kritiseres for å være spissede, spekulative og ubehagelige», skriver han i boken. «Men noen må stille disse spørsmålene. Jeg vet ikke om jeg er rett person til å gjøre det. Jeg synes det er ubehagelig selv. Jeg er ingen skarp debattant. Jeg har ingen fasit. Jeg ville blitt hvit i ansiktet hvis noen ba meg diskutere disse temaene i et tv- eller radio-studio. Men hvis ikke jeg, som selv har en datter med Down syndrom, stiller disse spørsmålene – hvem skal da gjøre det?» ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Fattigdom i Norge

Av Bjørgulf Claussen
Cappelen Damm
Akademisk 2014
108 sider
ISBN: 978-82-02-44555-3

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Viktig om ulikhet

ANMELDELSE: Internasjonalt øker forskjellen mellom de som har minst og de som har mest. Det gjelder også i Norge. Gruppen fattige øker. Begrepet «fattig» er omstridt. Denne boken definerer det å være fattig som en individuell opplevelse av å ha utrygge og nedverdiggende levevilkår.

Her diskuteres ulike levekårsundersøkelser som fortolkes ut fra et sosialmedisinsk ståsted. Det gir en god oversikt over hvordan det står til i Norge. Utfordringer knyttet til de «fattige» er store. Bjørgulf Claussen tror imidlertid ikke helsevesenet kan gjøre noe av betydning for

å motvirke den sosiale ulikheten i helse, som også er en viktig del av fattigdomsopplevelsen. Som lege arbeider han innenfor de sosiale rammene samfunnet gir. Ansvaret overlater han til politiske myndigheter. At han vegrer seg for å bli politiker betyr imidlertid ikke at politiske synspunkt er fraværende. Det tydeliggjøres gjennom referanser til andre forskere som opererer innenfor en politisk horisont. Det gjelder blant annet professor Kjell Underlids forskningsbaserte beskrivelse av veier inn i fattigdommen og hvordan fattigdom kan oppleves.

Opplevd utrygghet, svekket

autonomi, sosial devaluering og truet selvbilde og selvrespekt gjør lett livet vanskelig og åpner opp for svekket mental og fysisk helse. Flere steder i boken vises det til markedsliberalistiske økonomiske modeller som fremmer troen på økonomiske incentiver og økte lønnsforskjeller. Den såkalte «arbeidslinja» overfor trygdede og sosialklienter omtales, men uten å gå i dybden.

Boken er kort, lettlest og oversiktlig. Den er full av nyttig statistikk og er en kunnskapskilde om en av de kommende års utfordringer, veksten i fattigdom og større ulikhet i samfunnet. Derfor er den viktig. ●



Fakta

Tørk aldri tårer uten hansker - 1.

Av Jonas Gardell
Vigmostad & Bjørke, 2013
286 sider
ISBN: 978-82-419-0924-5

Anmelder: Ingrid Jahren Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

Bemerkelsesverdig åpent

ANMELDELSE: Trilogien «Tørk aldri tårer uten hansker» om det homofile paret Rasmus og Benjamin, har fått mye oppmerksomhet det siste halvåret med utgivelsen av bøkene: *Kjærligheten*, *Sykdommen* og *Døden*, og tv-serien som har vært en øyeåpner for mange. En nærmere introduksjon virker således unødvendig.

Denne første boka i romanserien heter *Kjærligheten*. Det handler om mors- og farskjærlighet, kjærligheten til Gud og menigheten og framfor alt kjærligheten mellom to unge menn i Sverige idet hiv inntar de homofiles

miljø og aidsen ødelegger det fineste av alt: Kjærligheten. Eller kanskje den ikke gjør det. Kjærligheten tåler alt, utholder alt. For oss som av ulike grunner ennå ikke har sett tv-serien, blir det en draging mot fortsettelsen som følger i de to neste bøkene om sykdommen og døden.

Gardell skriver lett og poetisk, og sitater fra Bibelen gjør det hele enda vakrere. Det gjør det også mulig å få øynene opp for holdninger og kontrollerende atferd fra foreldre og andre som gjør det vanskelig for mange å komme ut av skapet. Dette er like aktuelt i dag.

Hiv er også like aktuelt i dag. Og selv om scenarioet i bøkene spesielt er preget av de første hiv- og aidstilfellene, både dør og lever mennesker med hiv i Norge i 2014. Helseutvalget og HivNorge er organisasjoner som stadig jobber for bedre forhold og liv, for både homofile og hivpositive. Navnet på stedet for alle berørt av hiv i Norge er fremdeles «Aksept».

Boka er en vond, vakker, rå, sår og en sann oppvåkning fra vår egen kultur og vår egen samtid om levd liv og hvordan sykdommer blir født og dør igjen. ●

Hva
leser du
nå?

Kristin Sofie
Waldum

På skattejakt

LITTERATUR: – Jeg leser *Herr Isakowitz skatt* av Danny Wattin, sier Kristin Sofie Waldum

– Det er en generasjonsfortelling om en jødisk familie som drar for å finne en skatt i huset bestefaren måtte flykte fra under krigen. De legger ut på biltur fra Sverige til Polen i jakten på skatten, som skal ligge nedgravet i husets hage.

Hun har alltid lest mye.

– Jeg følger med på nye utgivelser, men er også glad i klassikere som Sigrid Undset, Amalie Skram og Knut Hamsun. Og så liker jeg mange av de nye norske forfatterne, som Gaute Heivoll, Tore Renberg og Karl Ove Knausgård.

Hun har lest alle seks bindene av *Min kamp*.

Men yndlingsboken er nok *Marksens grøde* av Hamsun. *Hvorfor synes hun det er vanskelig å forklare.*

– Boken har noen sterke menneskeskildringer som setter seg i kroppen. Selv om det er et tøft og annerledes liv, er det lett å leve seg inn i hovedpersonenes situasjon. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Alder: 41 år

Yrke: Helsesøster og leder i Landsgruppen av helsesøstre

Interessant om medisinsk etikk

ANMELDELSE: Forfatterne av denne boken er kjente personer innen det medisinskfaglige miljø og aktive samfunnsdebattanter. Knut W. Ruyter er teolog, Reidun Førde er medisiner og Jan Helge Solbakk har både medisinsk og teologisk embetseksamen.

De viser at medisinsk etikk handler om langt mer enn lege – pasientforhold. Helse og sykdom på ulike behandlingsnivå krever tverrfaglig samarbeid, forskningsbasert kunnskap, helsepolitiske føringer og kanskje først og fremst økonomiske prioriteringer.

Boken er delt opp i fem hovedkapitler: Metoder, profesjonsetikk, klinisk medisinsk etikk, forskningsetikk og samhandling. Boken siste kapittel består av en samling av tekster inkludert yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Metodekapittelet starter med en kasuistikk som omhandler en trebarnsmor, 33 år, med akutt leukemi. Det eneste som kan redde henne er beinmargstransplantasjon. Det viser seg at hennes fire år eldre søster, som ble plassert på institusjon som liten, er den perfekte match. Denne psykisk utviklingshemmete kvinnen er livredd for blodprøver og undersøkelser og vil ikke delta. Hun blir derfor konsekvent omtalt som en uvillig søster. Kvinnen var sikkert mer engstelig enn uvillig.

Uvillig burde ikke blitt brukt, eller eventuelt stått i anførselstegn. Kasuistikken blir benyttet gjennomgående i kapittelet for å illustrere ulike metodiske tilnærminger. Det gjør at boken best leses sammenhengende, selv om den også kan benyttes som et oppslagsverk innenfor ulike tema.

Det som skiller denne boken fra andre bøker i helsefaglig etikk, er kanskje først og fremst kapitlene om forskningsetikk og helsetjenester som et produkt av vårt moderne samfunn. Markedskreftene og kost-nytte hensyn skaper nye etiske utfordringer. Både nasjonalt og internasjonalt vil det være de mest sårbare gruppene som blir taperne.

Dette er fortrinnsvis en bok for medisinerne, for eksempel beskrivelsen av «legens rolle ved aktiv dødshjelp», mens sykepleiernes dilemma ikke blir omtalt. En del faguttrykk og beskrivelser er ikke alltid like aktuelle for andre helsefagarbeidere. Husebø-saken blir nevnt i en setning, her savnes en referanse.

Boken kan gi godt grunnlag for å arbeide systematisk med etiske spørsmål innen helsefagene. Den kan leses av de mest interesserte studentene på bachelornivå, og bør være obligatoriske på mastergradsnivå. For sykepleiere som arbeider med fagutvikling og forskning gir den innsikt og stimulerer



Fakta

Medisinsk og helsefaglig etikk

Av Knut W. Ruyter,
Reidun Førde,
Jan Helge Solbakk
Gyldendal Akademisk,
2014, 3. utgave
390 sider
ISBN: 9788205461109

Anmelder: Liv Wergeland
Sørbye, professor

«Det er bra for uopplyste mennesker å lese sitatbøker.» Winston Churchill



Kriminalasyl. Mellom 1931 og 1945 ble 35 menn kastrert ved Kriminalasylet og Reitgjerdet. 20 av dem var seksualforbrytere.

Lot seg kastrere for å bli frie menn

Tekst **Ida Irene Bergstrøm og Marius Enge Bøe** • Foto **Norsk rettsmuseum**

Til herr direktør Andresen og Kontrollkommissjonen ved Kriminalasylet. Jeg har nå vært her over ett år, og har enda ikke hørt eller fått vite noe om når jeg kan slippe ut herfra... (...) Jeg har tenkt nøye gjennom dette, og jeg har funnet at det er den beste måten å bli utskrevet fra asyl. Jeg er villig til å sterilisere meg og bli en fri mann.»

Brevet er datert 30. september 1930, og skrevet av en pasient ved Kriminalasylet. Sammen med professor Øyvind Thomassen har stipendiat Eivind Myhre forsket på sterilisering og kastrering av pasienter ved norske psykiatriske sikkerhetsinstitusjoner fra 1923–1945.

Kastrering og sterilisering hadde to ulike formål. Kastrering – fjerning av testikler – fungerte som et kriminalpreventivt tiltak. Sterilisering – ulike metoder for å forhindre reproduksjon – ble brukt som et sosial- og samfunnshygienisk tiltak.

DE VERSTE MENNENE. Myhre har gått gjennom pasientjournaler og pasientenes private brev fra de nå nedlagte psykiatriske institusjonene Kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus i Trondheim. Kriminalasylet ble åpnet i 1895 og Reitgjerdet åpnet i 1923.

De var lukkede institusjoner. Alle pasientene var menn. Mange av dem tilbrakte resten av livet her, eller ble overført til andre institusjoner

– De som ble ansett for å være de verste mennene kom til disse institusjonene, forteller Myhre.

Høysikkerhetsinstitusjoner som Kriminalasylet og Reitgjerdet hadde to nøkkelroller; de skulle fungere som sikkerhet for samfunnet og de skulle tilby pasientene behandling.

ØNSKE OM Å PASSE INN. – I journalene finner vi såre fortellinger om ønsket om kjærlighet og

å bli akseptert av samfunnet. For mange av pasientene var dette kanskje uoppnåelige mål, men jeg tror at dette var idealet de håpet å komme nærmere ved å la seg kastrere, forteller Myhre.

Han tror at trangen til å slippe ut av institusjonene gjorde at en del pasienter ønsket kastrering. Ønsket om å bli utskrevet eller bli overført til mindre strenge anstalter, er et dominerende tema.

– Journalene er fulle av historier om pasienter som ber om kastrering mens psykiaterne, i hvert fall i perioder, var svært tilbakeholdne med dette inngrepet.

«Det er den beste måten å bli utskrevet fra asyl.»

Pasient 1932

«Jeg må igjen skrive til dem. Du skjønner, jeg kunne tenke meg å komme meg ut herifra. (...) Faktisk, ønsker jeg å ta operasjonen. Jeg kommer nok til å være en bedre person etter operasjonen. Jeg ber til Gud om at det må skje. Jeg bønnfaller deg om å hjelpe meg. Hvis du mislykkes er alt håp borte», skrev en pasient ved Reitgjerdet i 1932.

– Gitt de institusjonelle forholdene og den håpløsheten pasientene følte, er det vanskelig å avgjøre graden av frivillighet.

Men å la seg kastrere fungerte ikke alltid som strategi for å slippe ut av institusjonene. Ingen pasienter ble sluppet direkte til frihet etter en kastrering.

SEKSUALDRIFTEN. Det var ikke penis som ble fjernet, men snarere mennenes testikler.

– På denne tiden var det ikke gjort så mye forskning på kastrering. Datidens legevitenskap var ikke sikker på om det ville frata mannen seksualdrift, men mange trodde det, sier Myhre.

Mannlig seksualdrift ble forstått som biologisk og knyttet direkte til mannens kjønnsorgan. Denne forestillingen ble koplet sammen med myten om at seksualforbrytere har en unormalt sterk trang til seksuell aktivitet. Med denne bakgrunnen framsto kastrering som en effektiv behandling for å bekjempe seksualforbrytelser.

Det viste seg ikke å stemme.

«Kastreringen har vært fullstendig mislykket og det er av stor interesse å observere at den ikke har hatt ønsket effekt. Libido, ereksjon og samleie er av fullstendig psykologisk natur og basert på tidligere erfaringer», skriver en psykiater i en journal fra 1933.

Pasienten som omtales ble på ny innlagt ved Reitgjerdet. Hans hyperseksualitet var nok en mental tilstand, mente psykiateren, som ellers noterte at kastrering pleide å gi gode resultater i behandlingen av slik hyperseksualitet.

– Studier fra 1940-tallet og opp til i dag viser at fysisk kastrering er et omfattende inngrep som kan føre til at en person endres psykisk. Det er heller ingen sikkerhet for at det vil frata en mann seksualdriften, sier Myhre.

EN PASSENDE STRAFF. I Europa ble kastrering som behandling av seksualforbrytere kjent i 1906, og ble etter hvert benyttet i flere land. I Norge ble straffeloven fra 1902 kritisert for ikke å være streng nok overfor seksualforbrytelser.

Utover på 1930-tallet ble lover om sterilisering og kastrering vedtatt i alle de nordiske landene,

Kriminalasylet ble bygget som slaveri i 1833, og ble brukt som kriminalasyl fra 1895–1963.



Pasient ved de psykiatriske institusjonene Reitgjerdet og Kriminalasylet i Trondheim.

og Norge fikk sin lov i 1934. Mellom 1931 og 1945 ble 35 menn kastret ved Kriminalasylet og Reitgjerdet. 20 av dem var seksualforbrytere.

FARLIGE HOMOFIL. Kastreringene i Trondheim forgikk på en tid da rasehygiene var en del av den ideologiske hovedstrømmen.

– Kastreringer med rasehygieniske begrunnelser finnes imidlertid ikke i journalene. Kastrering var heller ikke sett på som noe egnet rasehygienisk virkemiddel. Til det formålet var sterilisering tilstrekkelig.

Majoriteten av de kastrede var pasienter som hadde begått overgrep mot barn og som i

tillegg ble beskrevet som homoseksuelle.

Homoseksualitet ble beskrevet som en abnorm seksualitet og det var pasienter ved Kriminalasylet og Reitgjerdet som var dømt etter straffebestemmelsene som forbød sex mellom menn.

Men ingen av pasientene ble kastret kun fordi de hadde hatt sex med andre menn. Det lå alltid faktiske forbrytelser bak innleggelsen på institusjonen og den eventuelle kastreringen. ●

Kilde: Eivind Myhre og Øyvind Thomassen: A Construction of an Accepted Masculinity: Castration in high security psychiatric institutions in Norway 1923–45 Ashgate (kapittel i boken Masculinities in the Criminological Field: Control, Vulnerability and Risk-Taking som kommer ut høsten 2014).

Fakta.

KRIMINALASYLET: Kriminalasylet i Trondheim har vært asyl under tukthusvesenet, psykiatrisk sykehus og fengsel, og huset fanger og pasienter i hele perioden fra 1835 til 1971. Fra 1895 til 1963 var det i bruk som kriminalasyl. De resterende innsatte ble overført til Reitgjerdet. Mellom 1931 og 1945 ble 35 menn kastret ved Kriminalasylet og Reitgjerdet. 20 av dem var seksualforbrytere. I årene 1965 til 1971 har bygningen fungert som fengsel. I dag huser bygningen Norsk rettsmuseum.

Kilde: Wikipedia, den frie encyklopedi

REITGJERDET: Reitgjerdet sykehus var et psykiatrisk sykehus på Brøset i Trondheim for farlige og særlig vanskelige sinnslidende menn. Sykehuset var en del av kriminalomsorgen og ble åpnet i 1923. Reitgjerdet var beregnet på den samme pasientgruppen som Kriminalasylet (opprettet 1895), i tillegg til de særlig vanskelige. Sammenslåingen av de to institusjonene i 1961/63 førte til at sykehuset fikk 260 plasser, noe som senere ble sterkt kritisert. Reitgjerdet ble lagt ned i 1987.

Kilde: Wikipedia, den frie encyklopedi

KASTRERING: Kastrasjon av menn er et inngrep hvor testiklene fjernes operativt eller på annen måte settes ut av funksjon. Ved kirurgisk fjerning reduseres kroppens produksjon av kjønnshormoner vesentlig.

Kilde: Store medisinske leksikon

STERILISERING: Steriliseringsoperasjon hos menn er basert på inngrep som blokkerer sædcellene transport gjennom sædlederne. Ved sterilisering påvirkes ikke den seksuelle funksjon.

Kilde: Store medisinske leksikon

Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er NSF Students viktigste saker?

- A Utdanning og lokalt engasjement.
- B Hygiene og nye uniformer.
- C Gratis prevensjon og studentlønn.

2 Hvem kan man få ebolasmitte fra?

- A Kun mennesker
- B Antakelig både mennesker og dyr
- C Antakelig både insekter og dyr

3 Hvordan smitter ebolaviruset?

- A Kontaktsmitte fra blod og andre kroppsvæsker
- B Myggbitt
- C Dråpesmitte

4 Hvor mange ebolavirus finnes?

- A Kun ett
- B To
- C Fem

5 Hvordan diagnostiseres infeksjon med Ebola?

- A Ved avføringsprøve
- B Ved blodprøve
- C Ved urinprøve

6 Hva av dette vil ødelegge ebolavirus?

- A Oppvaskmaskin på 55 grader
- B Koking i 5 minutter
- C Sitron/eddik-løsning

7 Når ble ebolavirussykdom første gang beskrevet?

- A 1796
- B 1867
- C 1976

8 Hva kan være symptom på Ebola?

- A Ytre og innvendige blødninger
- B Fråde og blodtørst
- C Kramper

9 Hvor har det vært ebolautbrudd hittil?

- A Sør-Amerika og subtropisk Afrika
- B Afrika og Asia
- C Tropisk Afrika

10 Hvilken gruppe hører ebolavirussykdom til?

- A Hemoragiske febre
- B Kjønnssykdommer
- C Parasittsykdommer



Kan denne blodsugeren spre ebolavirussykdom? Foto: Colourbox

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😐 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1A, 2B, 3A, 4C, 5B, 6B, 7C, 8A, 9C, 10A

Randis hypokonderkryssord

☺	BLÅ- VEISEN	OVARI- ER	LAND- FLIRE	ENER	BRUK- KET	UNOR- MAL BY	AMMER NYN. PRON	VESEN- ER	VITSER ORG.	FORF.	AV- PASSE E.S.	ORGAN	ADV.	PLAGG	GLEMT
OM- SORG															
PUBEN															
KARAK- TER			SELSK.		SPILL SNAK- KES		GROV TALL			FEIL	TALL		HELG- EN		
DRETT			SØKES	DEL			VÆSKE SLEKTN				RIK- TIGE				
REG- NER					HERME UNDER- LIG				NAGET GRI- MASJE				SKJÆ- RE	RESP- EKTEN	
DIKT			TIL- BAKE	MÅL RAGET			INSTR. GUD				BERE- DA	VEKST FUGL			
SPRED- NING SIER									ART.		FRED				
								HAR			URIN- ERTE				
MANN															

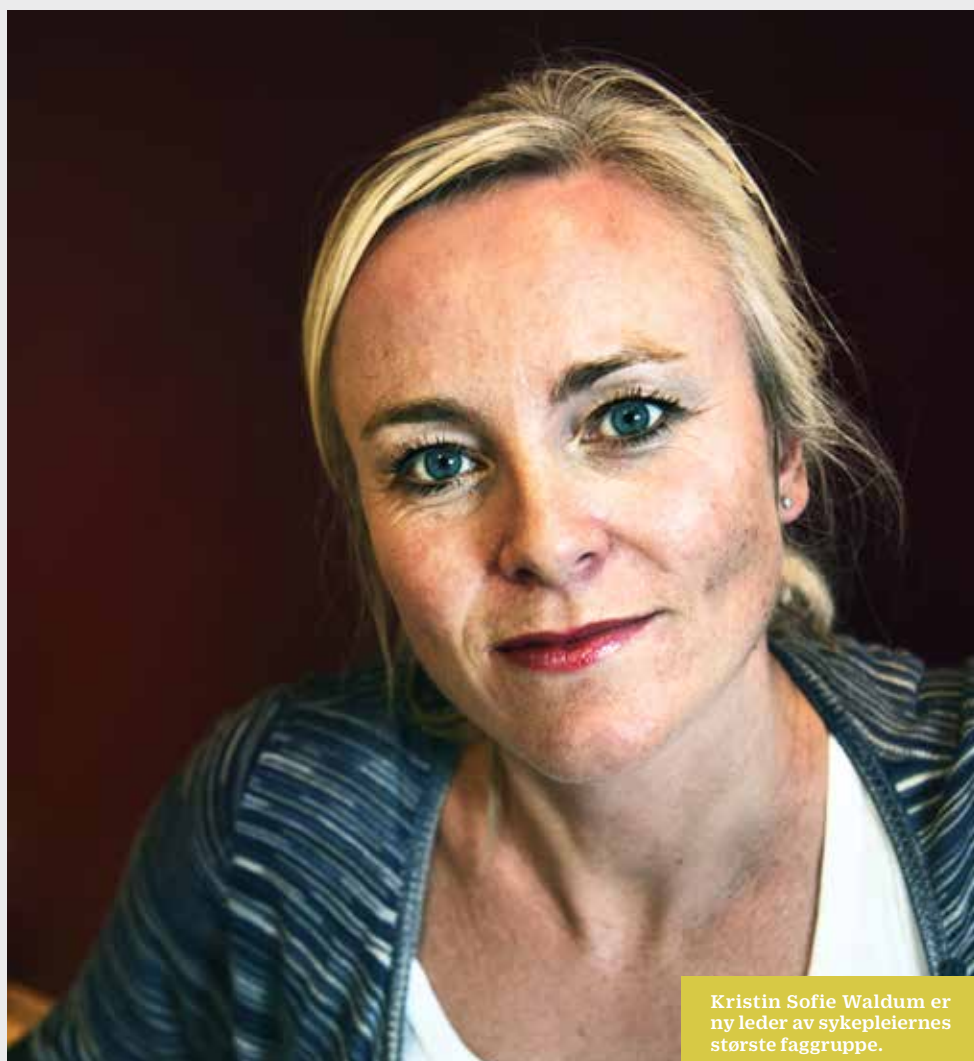
Se løsning på kryssord side 77.



Meninger

Del 4 Sykepleien 10 | 2014

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Kristin Sofie Waldum er ny leder av sykepleiernes største faggruppe.

Helsesøsterleder

Ikke perfekt. Kristin Sofie Waldum synes det er helt ok å bli kalt «helsekompis». **84**



Nyutdannet.

Stolt av å bære sin hvite uniform. **81**



«Stomien har gitt meg verdighet, livskvalitet og stolthet.»

Linn Kristine Andersen. **82**



Sykehjem.

Handler om mye mer enn død. **79**



Selv. Helsesøstre og jordmødre skal selvstendig kunne skrive ut resepter på prevensjon til alle kvinner. NSF ønsker det overmodne forslaget velkommen.

Får rekvisisjonsrett

Som ledd i regjeringens bebudete ungdomshelsestrategi ønsker helse- og omsorgsdepartementet å vurdere utvidet rekvisisjonsrett for helsesøstre og jordmødre til å skrive ut langtidsvirkende prevensjon. Forslaget sendes på høring i høst, og man tar sikte på at det trer i kraft første halvdel av 2015.

Helsesøstre og jordmødre fikk i 1998 begrenset rekvisisjonsrett, og kunne skrive ut et begrenset utvalg hormonell prevensjon til unge mellom 16 og 19 år, innenfor rammene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ti år senere foreslo Helsedirektoratet å utvide retten til å gjelde alle typer hormonell prevensjon, til alle kvinner uavhengig av alder. Retten skulle være knyttet til profesjon og faktisk kompetanse, ikke til hvor helsesøster eller jordmor arbeidet.

LEGEMOTSTAND. Forslaget møtte, og møter fortsatt, ikke uventet motbør blant allmennlegene. De mener at legene er de beste til å utføre denne oppgaven. Heldigvis har helseministeren signalisert at han ønsker å se på hvordan noen av oppgavene som fastlegene tradisjonelt har hatt monopol på, kan utføres minst like bra av andre. Prevensjonsveiledning og rekvirering, det vil si å skrive ut resept på hormonell prevensjon, er etter

NSF sitt syn en slik oppgave.

Helsesøstre og jordmødre har i de årene de har hatt rekvisisjonsrett bevist at det er en oppgave de fullt ut er kompetente til å ivareta. I 2013 hadde vi den laveste abortraten blant tenåringer siden registreringene startet i 1979. Det skyldes ikke minst det arbeidet helsesøstre og jordmødre gjør, med veiledning, helseundersøkelser, informasjon og oppfølging av unge prevensjonsbrukere.

Helsestasjon for ungdom, skole- og studenthelsetjeneste er skreddersydd helsetjenester for ungdom, hvor prevensjon og seksualitet er sentrale tema. Her jobber både helsesøstre, jordmødre og leger. Tilbudet finnes der ungdom og unge voksne oppholder seg og går på skole, mens fastlegen for mange er i hjemkommunen, mange mil unna.

Mange unge benytter i liten grad fastlegen, noe som forsterker behovet for andre helsetjenester til

denne målgruppen. Jordmor og helsesøster møter voksne kvinner fra en rekke kulturer, i forbindelse med svangerskapskontroll, hjembesøk og oppfølging på helsestasjonen. For noen av disse kvinnene kan det å gå til fastlege for spørsmål om seksualitet og prevensjon være en utfordring. Også for disse vil et supplement til fastlegen være et gode, i tråd med regjeringens ønske om «pasientens helsetjeneste».

FORSVARLIG. Det er ingen faglige grunner for at helsesøstre og jordmødre ikke skal få utvidet rekvisisjonsrett for hormonell prevensjon. NSF har i en årrekke jobbet for en offentlig myndighetsgodkjenning av helsesøstre, hvor det blant annet er utviklet et system for faglig ajourføring og vedlikehold av kompetansen.

I høringssvaret understreker NSF at kravet til faglig forsvarlig praksis gjelder for både formell kompetanse, faglig ajourføring og kvalitetssikrede prosedyrer. Kombinert med gode rutiner for faglig oppdatering, samarbeid med og henvisning til fastlege vil en slik ordning være et udelt gode for norske kvinner, og bidra til lavere abortrate i alle aldersgrupper. Etter seks år i departementets skuff er det på høy tid at forslaget nå blir realisert. ●



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

«Etter seks år i departementets skuff er det på høy tid at forslaget nå blir realisert.»



NSF's forskningspolitikk

FORSKNING: Magnus Strømmen kritiserer i Sykepleien nr. 9–2014 og på sykepleien.no 15/8-2014 under overskriften «Ville Florence fått NSF-stipend» NSF's stipendordning til forskning og den manglende mulighet til å få midler til gode, avgrensete kliniske studier. Vi setter pris på at medlemmer engasjerer seg i forskningen sykepleiere driver og i NSF's forskningspolitikk. Sykepleieforskning er viktig for legitimering og anerkjennelse av jobben den største gruppen helsepersonell i det norske helsevesen utøver – nemlig sykepleiere. Innovativ forskning bør være et sentralt virkemiddel for å utvikle gode og nye løsninger på helseutfordringene samfunnet står fremfor.

Forskning på sykepleie, sykepleietjenesten og utdanning er nemlig helt nødvendig for å kvalitetssikre og utvikle faget og tjenestene tilpasset befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. NSF er godt kjent med at rammebetingelser til sykepleiere som ønsker å forske er for dårlige, og at sykepleiere i for liten grad tildeles forskningsmidler. Forskningsstipendmidlene som NSF deler ut hvert år er ment som støtte til dem som har pågående forskningsstudier og som fører fram til ph.d. grad eller inngår i postdoktorarbeid. NSF har satset på å utvikle en forskningspolitikk der vi tar ansvar for å påvirke beslutningstakere og myndighetene innen 4 viktige forskningspolitiske områder, men ikke ansvaret for sykepleieforskningen.

NSF vedtok høsten 2013 en politisk plattform

for forskning. Ifølge den har NSF som mål å:

1. Skape gode rammebetingelser for sykepleieforskningen.
2. Styrke forskningsmiljøer for sykepleiere og understøtte sykepleierens bidrag i tverrfaglig forskning.
3. Forskning på sykepleiens kjerneområder (effekten av sykepleiens brede bidrag i helsetjenesten).
4. Forskningsformidling og økt bruk av sykepleieforskning.

Disse områdene blir nå fulgt opp, og NSF gir innspill i alle organer vi kan påvirke. I tillegg har NSF gjennom Sykepleien etablert forskningstidsskriftet Sykepleien Forskning. Tidsskriftet har størst opplag blant de vitenskapelige tidsskriftene i Norge og trykkes i over 100 000 eksemplarer. Videre jobber vi for å få sykepleier inn i alle tildelingsorganer for forskningsmidler, og vi holder årlig en utdannings- og forskningskonferanse der også sentrale politikere blir invitert. Vi har nylig inngått en 10-årig leieavtale av et sted i Hellas hvor våre medlemmer kan leie rimelig for å skrive 24 uker per år. Akkurat nå arrangerer vi et ukelangt skrive- og forskerrekutteringskurs for 40 sykepleiere med masterkompetanse i Hellas.

Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Må spørre først

FØDSELSTILSKUERE: Har lest reportasjen «– Vi må spørres først» i Sykepleien nr. 8–2014 vedrørende studenters tilstedeværelse under fødsel og hvorvidt den fødende blir informert og fore-spurt på forhånd.

På side 19 leser jeg: «Så vidt jeg vet er det ikke noe system for innhentning av pasientens underskrift på andre avdelinger på Ahus heller, og det har heller ikke andre sykehus i Norge, sier avdelings-sjef Håger»

Vi fødte barn nr. 3 ved Ringerike sykehus i 2013. Derfra fikk jeg som gravid god skriftlig informasjon etter legen hadde søkt om fødeplass. Informasjonen inneholdt et samtykkeskjema/spørreskjema hvor jeg skulle skrive om tidligere svangerskap, anamnese, ønsker for fødsel og jeg fikk informasjon om at sykehuset i perioder hadde studenter, (jordmorstudenter, sykepleiestudenter og barnepleierelevanter), og jeg fikk krysse av ja/nei om jeg ville tillate at fødsel/bar-seltiden ble fulgt av studenter i læresituasjon.

Skjemaet skulle sendes i retur før ultralyd i uke 19. Ultralydjordmor og fødselsjordmor støttet seg til min informasjon i skjemaet og brukte det aktivt, på en positiv måte, under ultralyd og i tiden før/under og etter fødsel. Jeg følte meg sett, ivaretatt og respektert! Far likeså, som i god tid på forhånd hadde gitt beskjed at han ikke ønsket å være min beinstøtte, men heller oppleve fødselen fra min synsvinkel (hadde vært det to ganger tidligere). Jordmor hadde gjort seg kjent med ønske (som vi ikke husket å informere om på fødselsdagen), og tilkalte ei jordmor ekstra under utdrivningen.

Tusen takk til fødeavdelingen ved Ringerike! De er unike!!

Bodil Ø. Pihl

Løsning på kryssord i nr. 10/2014 (se side 74)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472	1473	1474	1475	1476	1477	1478	1479	1480	1481	1482	1483	1484	1485	1486	1487	1488	1489	1490	1491	1492	1493	1494	1495	1496	1497	1498	149
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----



Heltene i hvite frakker

TAKKNEMLIG: Legene: «Hvilken medisiner skal pasienten bruke?» «Kan pasienten på rom 202 i reise hjem i dag?» «Hvor lenge har far igjen å leve?».

I løpet av min korte periode som sykepleier har jeg tydelig sett hvor viktige personene som skal svare på disse spørsmålene er. Jeg snakker om de som blir ventet på, eller spurt etter en hel formiddag. Og når de endelig kommer inn døren med den lange hvite frakken får de enhver pasient til å rette seg ekstra godt opp i ryggen. Dra kammen raskt gjennom håret, før de strekker frem hånden og hilser. De blir som oftest møtt med stor tillit fordi de har det overordnede ansvaret for deres utredning og behandling.

Jeg ble ferdig utdannet sykepleier for ett år siden, og har jobbet i en veldig spennende og hektisk sykehusavdeling. I løpet av dette året har jeg flere ganger tenkt på noe som jeg har ønsket å sette ord på. For å gjøre meg selv enda mer bevisst på det. Og ikke minst at jeg får uttrykke min takknemlighet. Jeg ønsker også

med dette å spre en videre motivasjon til det viktige yrket legene har. Det utrolige viktige arbeidet de gjør, med et stort arbeidspress, krav og forventninger over seg. De skal ideelt sett ha svar på spørsmålene umiddelbart etter at de er blitt stilt. De har virkelig gått gjennom et krevende studie, der de har måtte ofre mye av fritid og familieliv, for å studere og gjøre seg klar for å komme med svar på disse spørsmålene. Legene står i den posisjonen at de gir beskjeder som kan forandre livet til mange. Beskjed om en vellykket operasjon, eller beskjed om at din far ikke kommer til å bli frisk igjen. Det må være noen tunge dager.

Ikke sjeldent står det med store overskrifter i avisene om «legetabber», og diskusjoner over et kafébord om at «legen burde ha oppdaget denne sykdommen», og «han skulle jo vite at han ikke tålte den medisinen». Jeg vil absolutt ikke bagatellisere disse hendelsene, for det skal ikke skje feil som går ut over mennesker. Det er det ingen som ønsker. Ikke den legen som gjorde det heller. Det kjente og kanskje

litt lettvinde uttrykket «vi er bare mennesker», har også et viktig poeng i seg. Ingen mennesker kan klare å gå igjennom et helt arbeidsliv uten å gjøre noen feil. Vi gjør alle feil i hverdagen. Noen større feil enn andre. Det som er forskjellen er at legene har et yrke der én feil kan få store konsekvenser. Det er så viktig å tenke på at den legen som har vært uheldig å gjøre en feil, bør bli møtt med støtte og omsorg når noe slikt skjer. De er enkeltpersoner som noen ganger kan føle seg utilstrekkelig. Det er kanskje lett å glemme, der de går i korridorene med lange frakker, presenterer seg med etternavn, og har stor makt til å ta avgjørelser. Det betyr ikke at de er like selvsikre og sterke når de kommer hjem og legger fra seg legefrakken.

Jeg har selv tatt meg i å spørre en lege som sitter på vaktrommet og skriver i journaler, om ulike spørsmål, og egentlig bare forventer at han har tid til å svare på spørsmålene akkurat der og da. Etter at en lege hadde vært på ferie en langhelg hadde jeg klart å samle sammen ganske mange «gule lapper» med

Siden sist

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



Nr. 8 | 2014 To forfattere manglet

I Sykepleien nr. 8 – 2014 manglet artikkelen «Samkjørte E-journaler» to forfattere: Ragnhild Hoslemo, avdelingssykepleier Bykle Helsecenter, Bykle kommune og Anne Bjørg Håverstad, sykepleier og ressursperson Unique Profil i Bygland kommune. Feilen er rettet på nettet. Sykepleien beklager.

Nr. 9 | 2014 Barnepleier, ikke sykepleier

I sitatet til reportasjen «Livredd og forlatt» i Sykepleien nummer 9 står det: «Jeg har tenkt mye på hva vi var med på» Gunn Lundquist, sykepleier.

Gunn Lundquist, som er intervjuet i saken, er ikke sykepleier men barnepleier. Det står riktig i artikkelen. Sykepleien beklager.



Sykepleien.no

Tips oss

Har du mistanke om at noe i din kommune eller ditt helseforetak er alvorlig galt? I vår fikk Sykepleien en pris for undersøkende journalistikk. La oss sjekke saken!

Redaksjonen@sykepleien.no

Hvor er gladsakene fra norske sykehjem?

spørsmål til han kom tilbake igjen. Jeg håper virkelig at han klarte å slippe av på den ferien og at han ikke visste om disse lappene. Når jeg dette året har samarbeidet med leger i legevisitt har jeg ofte tenkt: «Håper du ikke sliter deg ut». De har lange vakter, mye overtid, stort ansvar, mange ulike fagområder de må være oppdatert på.

De trenger gode tilbakemeldingene, som kan skygge over det som er tungt og vanskelig i arbeidshverdagen. Det er det de trenger. Ikke bare tilbakemeldinger når det oppstår en feil. Tenk om avisene skrev om alt de gjør for andre mennesker som har vært til god hjelp. Det hadde ikke vært plass til det. Ofte har jeg snakket med pasienter som med tårer i øynene har fortalt meg hvor godt det var å snakke med legen. «Han hadde til og med tid til å spørre meg om jeg hadde spist is i går på 17. mai», var det en som sa.

Når man blir møtt med oppmuntring og støtte, og får gode tilbakemeldinger på det som er bra, tror jeg det kan bidra til at en klarer å gjøre en bedre jobb. Jeg vil tørre påstå at det kan være med på å forebygge feil. Jobber man i et arbeidsmiljø hvor man føler seg trygg, og ikke går med en frykt for at andre skal snakke nedlatende om en etter at du har gått ut av rommet, betyr mye. Jeg må få si at media også legger vekt på de positive opplevelsene fra helsevesenet og historier fra personer som har fått sitt liv forandret fordi en lege gjorde alt han kunne for å finne riktig behandling.

Jeg vil si til legestudenter som nettopp har begynt på studiet, og de som har arbeidet i over 20 år: Vi er mange som er utrolig takknemlig for alt dere gjør for oss. De fleste som utdanner seg til leger vet nok at de har valgt et yrke der de også vil komme til å få negative tilbakemeldinger. Jeg vil understreke igjen, at ingen er 100 prosent feilfrie. Den som har gjort en feil som har fått konsekvenser, trenger støtte og oppmuntring til å fortsette den viktige jobben. Den de har jobbet hardt for nå. Nemlig å hjelpe andre mennesker. Takk for at dere noen ganger jobber 2 timer overtid, eller ikke tar dere tid til å spise lunsj, for å finne ut hva man skal gjøre for at det ene enkeltmennesket skal få det bedre. Det betyr mye.

«Ung sykepleier»

REKRUTTERING: Sykehjem handler om mye mer enn død. Det er viktig å kommunisere til kommende sykepleiere.

Eldrebolegen. Smak på ordet. Hva tenker du? Hva tror du effekten av de tankene blir? La oss oppmuntre heller enn skremme de unge som skal ta vare på de eldre i fremtiden. La oss vise til gode eksempler fra hverdagslivet på sykehjem – ikke nedgradere en kompleks, men også spennende arbeidsplass til dystre tabloidforsider.

Vi mener det finnes lovende nyanser i Norges sykehjem. Samtidig deler vi bekymringen for veksten av antallet eldre og behovet for økt arbeidskraft i helse og omsorg. Vi vet at de fleste eldre er friske, men også at de fleste syke er eldre.

Studentene har hatt sin første praksis på sykehjem. De møtte noe annet enn det de forventet. Studentenes stemmer er entydige; sykehjem inneholder så mye mer enn død og vond lukt.

Om møtene med pasientene sier studentene; vi får hele livet deres i hendene. Og sykehjem har så mye liv at de blir overveldet. Studentenes forståelse av sykehjemmet er endret etter praksis.

Pasienter på sykehjem er skrøpelige og syke, og fremveksten av eldre beskrives av Nettavisen som mørke skyer i horisonten. Studentene beskriver bratte læringskurver når teoretisk kunnskap skal omsettes til handlinger. Men det som overrasker er at på tross av sykdom og skrøpelighet viser den gamle pasienten fitalenhet, øyeblikks-humor og vilje til å dele livserfaringer og gi gode livsråd.

Sykehjem handler om liv. Når pasienter bekrefter at de setter pris på at studentene er der, da skapes gode øyeblikk som gir arbeidslyst og yrkesstolthet. Det er dette vi må fortelle! Studentene får innsyn i mange sider av pasientenes alderdom. Det handler om alvorret ved å utføre munnstell hos døende pasienter, og sørge for lindring og velvære. Det handler om refleksjoner i etterkant, om mulighetene til å skape gode stunder ved slutten av livet. Og den gamle som i et øyeblikks klarhet kommer med dagens gullkorn. Studentene sier det slik:

Du må virkelig bruke hodet når en kvinne i 90-årene med demens våkner om morgenen og spør om hun skal på skolen i dag.

Belønningen er den lettelsen hun viser når jeg svarer – nei, du har fri i dag. Eller når du møter en kvinne i slutten av 80-årene med demens som tror at foreldrene hennes nettopp døde og har stor sorg. Hvordan trøster du da? Det handler om å møte pasienter på en verdig måte. Det setter virkelig evnene til etiske vurderinger og kunnskap til å kommunisere på prøve.

I januar kommenterte helseminister Bent Høie med bekymring at bare sju prosent av nyutdannede sykepleiere har sykehjem som førstevalg. Slike dystre tall fra media er nødvendige for å skape debatt. Vårt ærend er i samme gate, å skape debatt, men med et helt annet fortegn. Eldreomsorgen verken kan eller skal beskrives som en rosenrød sky. Det er avgjørende å avdekke uverdige forhold og mangler gjennom forskning og rapportering i media. Framskrivning av antall eldre og behovet for økt antall årsverk i helse og omsorg må tas på ytterste alvor.

Målet må bli at mer enn sju prosent av nyutdannede sykepleiere ønsker seg til sykehjem ved neste måling av yrkesvalg. Studentene våre er fremtidens ressurs, og vi mener bestemt at rekrutteringen til eldreomsorg og sykehjem kan bedres. Studentene viser nå vei med beskrivelser av hvorfor de lykkes, hvordan de opplever mestring og hva som gir arbeidslyst. Vi skal ta vare på nyansene, for det er her studentene kan finne motivasjon og lyst til å se seg selv som fremtidige arbeidstakere i eldreomsorgen.

Tiden er inne for tøffe målsettinger. Målet må bli at mer enn sju prosent av nyutdannede sykepleiere ønsker seg til sykehjem ved neste måling av yrkesvalg. Et tøft mål å oppnå, sier noen, i lys av medias stadige skarpe rapporter om uverdige forhold og arbeidspress i eldreomsorgen. Men målet er ikke uoppnåelig.

Vi setter vår lit til den solide økningen av årets søkermasse til landets sykepleierutdanninger. Til kommende studenter og andre: La oss framsnakke de positive oppdagelsene fra studentene, som et viktig motbilde til beskrivelser av uverdige forhold i eldreomsorgen.

Høyskolelektor Elisabeth Finnbakk,

førstelektor Gerd Sylvi Sellevold, student Kim Amundsen, student Angelika Bækken, student Åse Marit Oppedal Starr og student Silje Holtan Strømberg – Lovisenberg diakonale høyskole



Tiltro. En gang i tiden trodde jeg at akuttpsykiatriske pasienter får en viss oppfølging. Så feil kan man altså ta.

Psykiatrifallet

I 2000 ble jeg skrevet ut fra akutt-psykiatrisk ved Ullevål, frivillig innlagt etter langvarig depresjon som startet samtidig som det store psykiatriløftet i 1999. De siste ukene på avdelingen følte jeg meg positiv etter vellykket elektrosjokk-behandling. Og klok nok til å forstå at jeg behøvde terapi. Jeg antok at veien til oppfølging etter innleggelse var kort. Der tok jeg grundig feil. Skal du ha oppfølging må du fikse deg selv, og ønsker du psykolog må du selv ringe rundt og krysse fingre for at noen har mindre enn 3 måneders ventetid. Ingen på sykehuset kunne annet enn å åpne døren og printe ut en liste over terapeuter med kommunal avtale. Jeg hadde ikke råd til privat psykolog, og ringte rundt til de offentlige uten å lykkes. Det ble ingen oppfølging.

Reformen het «Opptappingsplan for psykisk helse» og var fersk da jeg forlot avdelingen i sensommerlyset ved Kirkeveien i juli 2000. Derfor kunne jeg kanskje ikke forvente noen oppfølging. Om planen virket fikk jeg sjansen til å teste ut noen år senere. For intensjonene var gode, og ingen var uenige i at det psykiske helsevernet var svakt.

24 milliarder over ti år, tusenvis av nye omsorgsboliger, dagsentre og massiv økning i støttekontakter og behandlingstilbud. Forskningsrådet konkluderte med at mange av de kvantitative målsettingene er

innfridd. Men det skulle da virkelig bare mangle. Det psykiske helsevernet i Norge var til de grader akterutseilt og systematisk nedprioritert gjennom årtier. Et massivt løft var det minste man måtte forvente for i det hele tatt å komme å jour faglig, materielt og bemanningsmessig. Det kan høres fint ut med milliardssatsing, men i realiteten var det alltid snakk om et etterslep, ikke en opptapping.

Selv om jeg ikke fikk oppfølging, gikk det psykisk greit en god stund, helt til jeg på nytt opplevde tunge mentale utfordringer i 2003, med ny frivillig innleggelse i 2004 ved Asker og Bærum sykehus. Også nå var det elektrosjokk som vekket meg opp.

Igjen var jeg optimist etter endt behandling. Så hvordan hadde fem år med opptappingsplan bøtet på manglende oppfølging? Vel, denne gangen fantes det faktisk et tilbud. Jeg fikk beskjed om å henvende meg til mitt Distriktpsykiatriske senter (DPS). Godt, tenkte jeg, da skulle jeg få profesjonelle terapeutiske oppfølgingen. Å nei da, DPS-en hadde ingen tilgjengelige psykologer, så de ga meg en sosionom å snakke med. Forutsigbart nok en meningsløs opplevelse med null terapeutisk innhold. Vantro droppet jeg tilbudet etter to ganger og forsøkte meg med ny ringerunde etter psykolog, igjen uten hell.

Men jeg skulle dessverre få enda

en sjanse til å teste systemet, da jeg ble syk i 2005. Da jeg forlot akutt-psykiatrisk ved Lovisenberg våren 2006 hadde jeg flaks. Jeg kom over en psykolog med hull i pasientlisten. Det er neppe tilfeldig at terapi bidro til at det ikke har blitt noen ny innleggelse.

Min historie er selvsagt bare en av mange, og viser kun et lite utsnitt av psykiatriens mange irrganger. Men den forteller noe viktig om psykiatriens mangler. Reformen stoppet i 2008, og hadde en rent tallmessig effekt. Det er bra, for det har styrket infrastrukturen i det psykiske helsevernet. Men når det kommer til det som betyr mest, de psykisk sykes velferd, konkluderer Forskningsrådet ganske enkelt med at psykiatriløftet har vært mislykket:

«Våre analyser tyder på at det ikke er skjedd vesentlige bedringer i levekårene for psykisk syke i løpet av Opptappingsperioden, slik en kanskje kunne forvente ut fra Opptappingsplanens satsinger ... ».

Gjennom reformen har det sittet fem helseministre: Dagfinn Høybråten, Tore Tønne, Ansgar Gabrielsen, Sylvia Brustad og Bjarne Håkon Hanssen. De må alle dele ansvaret for at reformen bommet på sentrale områder. For vi lever fortsatt i et land der psykiatrien ikke makter å følge opp de mest åpenbare brukerne. Et land der psykologer er et luksusgode for de med tid og penger. ●



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, styreleder i Fønix Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo. «Årets redaktør» i 2012. Mathiesen er fast skribent i Sykepleien.

Kilder: NIBR, Forskningsrådet, SNL, Odin.dep.no, Sintef.



Nyutdannet. Jeg er stolt av å bære min hvite uniform etter tre år på høyskole.

Takk for at jeg får være sykepleieren din

Gjennom studenttiden møter en mange pasienter i ulike settinger. Noen av pasientene fester seg i hodet i lang tid, andre forsvinner like raskt som de dukket opp. Det er ikke nødvendigvis det at pasienten ikke gjør inntrykk, men noen pasienter får man bare en helt spesiell kontakt med eller man kan forbinde pasienten med noen du kjenner.

Felles for de alle er som oftest at de trenger helhetlig omsorg, pleie, behandling og lindring. Enten man er ung eller gammel så glir man plutselig inn i rollen som «pasient». Noen av pasientene har kanskje aldri vært på sykehuset tidligere? Jeg prøver å tenke på noe jeg en gang fikk høre om at enhver dag på sykehuset er unik for pasienten, mens det for sykepleiere og annet helsepersonell er en vanlig arbeidsdag.

Som student er ansvaret for pasientbehandling noe begrenset; en sykepleier skal aldri være langt unna. Plutselig står du der på egne bein som sykepleier, ansvaret økes betraktelig og en skal bli mer selvstendig. Skummelt? Ja, det kan du si. Noen ganger har jeg følt på at det liksom godt kunne stått «nyutdannet» på et skilt svevende over hodet mitt. Likevel er det godt å vite at på sykehus står du ikke alene, du har som regel alltid noen i nærheten. Det er ikke teit å spørre. For å være sikker på at en

handling eller prosedyre blir gjennomført på riktig måte er det heller bedre å spørre en gang for mye enn en gang for lite. Uansett; man skal ikke gjøre noe man ikke er faglig skikket til.

Som student skal man forsøke seg på prosedyrer for første gang. Etter appelsiner, dukker på øvingsavdelingen og medstudenter, da er det gjerne pasientene som står for tur. Jeg vet ikke selv hvor høy i hatten jeg hadde vært hvis en ung og uerfaren sykepleierstudent skulle gjennomføre en prosedyre på meg for aller første gang. Som student tror jeg aldri at jeg fikk et «nei» av en pasient til å gjennomføre en prosedyre, til tross for at det var første forsøk. Dette kom gjerne sammen med en uttalelse om at det var sånn man som student lærer.

Nå er jeg ferdig utdannet sykepleier. Ansvaret har økt og ethvert pasientmøte er unikt. Jeg tenker egentlig bare mer og mer på hvor heldig jeg er som får pleie, behandle og lindre. Pasienter legger sine liv i mine og andres hender, hender som de ikke kjenner.

«Hvert eneste pasientmøte er unikt.»

Lene W. Pedersen

For at riktig tiltak og behandling skal iverksettes, er det nødvendig med ulike undersøkelser og prosedyrer. Og jeg ser at som pasient i dagens helsevesen – da må du være tålmodig. Tiden kan formelig snegle seg avgårde der du ligger og faster alene på rommet ditt, med en sykepleier som kommer innom en gang nå og da, i påvente av en undersøkelse som sannsynligvis blir i dag, men den kan også bli i morgen. Eller at tabletten som du skulle få om få minutter – den fikk du ikke før etter en times tid. Blodtrykk skal tas til faste tider, tabletter likeså. Listen er lang, og man kan kanskje som pasient aldri vite når det banker på en sykepleier som skal gjøre et eller annet?

Jeg er privilegert. Jeg er svært stolt av å bære min hvite uniform etter tre år på høyskole, som autorisert sykepleier. Jeg har i sommer vært ansatt ved en av de største sykehusene i landet og har ikke en eneste dag kunnet tenkt meg en annen jobb. Ved vaktskiftet vet jeg aldri helt hvordan timene fremover vil bli på avdelingen, og det er dette som gjør enhver arbeidsdag så utrolig givende og meningsfull. Ingen arbeidsdag er lik. Yrkeskarrieren er lang – og pasientmøtene vil være ulike og unike. Takk for at jeg får være sykepleieren din. ●



Fakta

Lene W. Pedersen

Nyutdannet sykepleier



Stomi. Jeg har en lykkepose på magen, og jeg vil vise det til hele verden!

Når rumpa ikke virker ...



Fakta

**Linn Kristine
Holter
Andersen**

Når jeg er sammen med folk som ikke kjenner meg og historien min, går jeg ofte rundt og kjenner på en stolthet over det som er på magen min, under klærne. Fordi jeg vet noe som ikke de vet! Posen på magen føles som en deilig hemmelighet og en dyrebare skatt. En skatt som har gitt meg livet og verdigheten. Det er den enorme kontrasten mellom livet jeg lever nå og livet jeg levde før februar 2012 som er årsaken til at jeg kjenner på dette.

Jeg har aldri fortalt helt ærlig hvorfor jeg selv valgte å få pose på magen. Jeg har skrevet at jeg hadde leukemi da jeg var liten, at jeg fikk en skade i mage-/tarmområdene, at jeg har vært mye stresset og lei meg og at livet har vært trist, lite impulsivt og preget av mye hemmelighold.

SKAMMET MEG. Jeg har skammet meg, og det er grunnen til at ikke så mange kjenner til sannheten.

Jeg har skammet meg så forferdelig mye. Jeg har skammet meg i alle år. Til og med etter stomioperasjonen har jeg skammet meg over det som var før. Men jeg føler meg ferdig med det nå.

Fra tid til annen leser jeg artikler om mennesker som sliter med det samme som jeg gjorde. Fine mennesker som jakter på et helt vanlig, enkelt og godt liv slik jeg også gjorde. Fine mennesker som ønsker et A4-liv mer enn noe annet i hele verden. Så for å gi disse plagene et ansikt, for å opplyse dere som ikke forstår og for å fortelle dere som sliter hvordan jeg fikk et godt liv å leve; her er sannheten.

«Stomien har gitt meg verdighet, livskvalitet og stolthet.»

Jeg fikk akutt lymfatisk leukemi (blodkreft) da jeg bare var fire år gammel. Jeg ble behandlet med cellegift, og i tillegg til å ta livet av kreftceller, svekker behandlingen som kjent immunforsvaret. I tillegg til kreften fikk jeg altså en del annet å kjempe mot. Noe var livstruende og måtte behandles umiddelbart.

Cellegift ble satt på pause og annen behandling ble iverksatt. En av tingene som oppstod var en abscess, en kul, i endetarmen. Da denne ble fjernet ved operasjon, ble både indre (ikke viljestyrt) og ytre (den viljestyrte, den vi selv kan kontrollere) lukkemuskel ødelagt. Indre ble fullstendig ødelagt, men den ytre hadde jeg 25 prosent igjen av. Og det er ikke mye å skryte av, kan jeg fortelle.

INKONTINENT. Så i en alder av fire og et halvt år, ble jeg inkontinent. Anal inkontinent. Jeg hadde rett og slett ikke kontroll over noe. Jeg kunne knipe bittle litt. Og kanskje bittle litt til om jeg stod eller satt helt i ro og flattet benene hardt sammen. Jeg overlevde kreften og skulle få gleden av å leve videre, men i stedet for ubekymret lek og barnslig hverdag, måtte jeg forholde meg til inkontinens, Imodium, bind, mat, salve, grønnsåpebad, bekymring og skam. Jeg hatet gym, svømming, fellesgarderober og klasseturer. Bindene sa jeg var mamma sine, det var enklere på den måten. Og når det hadde gått galt, frøken ringte mamma og mamma kom inn på toalettet på skolen for å ta meg med hjem, ja, da var jeg utrøstelig! Jeg har kommet med så mange forklaringer og unnskyldninger opp igjennom at jeg burde fått en utmerkelse i kreativitet, skuespill og hemmelighold. For alt annet føltes bedre enn sannheten. Sannheten skammet jeg meg over. Jeg kunne ingenting for at jeg som fireåring fikk en rumpe som ikke virka, men like fullt skammet jeg meg og ville helst at ingen skulle vite.

Jeg har hatt liten tid på meg for å komme til toalettet tidsnok. Noen ganger har tiden ikke strukket til og avstanden vært altfor stor. Da går det galt, da. Til og med når jeg ikke har spist siden dagen i forveien og trodd at jeg har gjort alt riktig, har det gått galt. Og det er så skamfullt! Jeg har grått så mye, skammet meg så mye, unnskyldt meg så mye, prøvd å skjule så mye. Noen har blitt innlemmet i hemmeligheten, de jeg stolte på og som jeg tenkte ville forstå. Og kjærestene opp igjennom har fått servert en enkel versjon av hemmeligheten på forskjellige vis; i brevform med meg til stede, i brevform uten meg til stede eller fortalt av meg sittende gråtende i passasjerstet i bil slik at

jeg slapp å se vedkommende i øynene. Bare sånn at de kanskje kunne forstå litt av kampen jeg kjempet hver eneste dag. Mine aller, aller nærmeste har vært mine allierte, mine alibier, mine fluktpanleggere, mine rådgivere, de som har dekket over for meg, tilrettelagt osv. Men ei heller de har forstått fullt ut hvordan livet egentlig har vært og hvor mye jeg har kjempet. Ikke fordi de ikke evnet eller av betingelsesløs kjærlighet ville gjort hva som helst for å hjelpe meg, men fordi jeg har vært flink til å skjule, flink til å smile, flink til å stå på. Jeg har vært sterk, veldig, veldig sterk. Kanskje for sterk.

VERDT Å FORTSETTE. Som dere vet, orket jeg ikke mer til slutt. Jeg ble lei nok, trist nok, sint nok, sterk nok og moden nok på høsten 2011 og startet da den mentale prosessen med å gjøre pose på magen til noe fint. En fin forandring som ville gjøre det verdt å fortsette med livet.

Jeg fortalte min fastlege at jeg var i en prosess og antakelig kom til å be om pose på magen. Han uttrykte veldig tydelig at det ikke var noe han tenkte spesielt godt om. «Du vil ikke ha pose på magen!» påstod han. Jeg spurte meg selv hvorfor han var så negativ til det her, en mann som selv hadde jobbet mye med gastro. Kjente han mange som hadde stomi kanskje? Kjente han mange med samme utgangspunkt som meg som hadde fått stomi? Og kjente han mange som selv hadde bedt om stomi fordi de tenkte at det ville gjøre livet verdt å leve videre?

Mitt inntrykk er at stomi av leger og kirurger ofte lanseres som siste utvei og med negativt fortegn. Den aller siste løsningen når ingenting annet har fungert godt nok. Og det blir så ofte sagt og skrevet at «å få stomi oppleves som tap av kontroll».

Ja, mange ganger stemmer nok dette, men la meg sette denne setningen opp mot mine kamper og livet mitt slik det artet seg: Jeg har vært inkontinent i 28 år. Jeg har ikke hatt kontroll på verken luft eller avføring. Jeg har vært så mye redd og levd et liv fylt med frykt, flukt og begrensning. Jeg har daglig kjent på enorm panikk mens jeg har kjempet mot tiden og avstanden, kjent at hårene reiser seg på hele kroppen, svetten som renner nedover ryggen, pusten som møter så mye motstand i brystet og tårene jeg ikke har mulighet til å holde igjen. Jeg har lagt ned så mye energi og tid i så mange år på leting etter redningen og løsningen. Jeg har prøvd alt av hjelpemidler, samtale, riktig mat, fravær av mat, skolemedisin, alternativ medisin. Jeg har elektroder og pacemaker i ryggen for stimulering av bekkenmuskulatur. Men jeg var for ødelagt til at noe av dette fungerte. Dersom jeg ikke selv hadde bedt om å få pose på magen, hadde jeg nå enten vært ufør eller kanskje jeg ikke hadde vært her i det hele tatt. Jeg hadde uansett gått til grunne inni leiligheten min, enten direkte eller indirekte. For meg oppleves det å ha pose på magen som at jeg har fått en kontroll jeg aldri har hatt. Jeg kan endelig gjøre det jeg vil gjøre og være den jeg vil være.

I 2011 var jeg på mestringskurs på bekkensenteret på Ahus sammen med ti andre damer og en mann som var inkontinent de også. Noen etter fødsel, andre etter kreft eller skader. De var triste, deprimerede, ensomme og usosiale de som meg. Noen

måtte bruke bleier. Mange orket ikke utsette seg for mer ydmykelse enn nødvendig og sov ikke sammen med sin kjære. Alle kjente vi på skammen. Det var så mye tårer og vonde følelser i det rommet i de dagene kurset varte. En av kursdeltakerne ringte meg etter å ha lest om meg i Romerikes Blad i fjor. Hun vurderte nå selv å få stomi og trengte noen å snakke med om så mye. Jeg har så lyst til å ringe hver eneste en av de andre også og fortelle om den fine prosessen min og hvor fint og enkelt livet mitt er nå.

REDDET LIVET. Jeg skulle ønske det ble fokusert mer på pasientgruppen jeg har tilhørt. En pose på magen vil redde livet og livskvaliteten til et slikt menneske. Jeg vet at en pose på magen vil gi de tilbake en kontroll og en verdighet det er lenge siden de har hatt. Stomien har gitt meg verdighet, livs-

«Stomien er en skatt som reddet livet mitt og gav det verdighet.»

kvalitet og stolthet. For når man har en rumpe som ikke virker, er det den som kontrollerer livet og alt man gjør. Det blir altoppslukende, og man blir enormt opptatt av å begrense skadene. Derfor lever man i forkant, man planlegger, man uteblir, man utstyrrer seg, man leter etter toalett som det første man gjør når man kommer på nye steder. Med inkontinens er man utsatt for et konstant mentalt stress, og man er engstelig og stadig på flukt. Og man skammer seg og kjenner på ydmykelser. Selv når man kun er i sitt eget selskap. Stomien har fritatt meg fra alt dette og erstattet det med kontroll og indre ro!

POSITIVE FORTEGN. Jeg skulle ønske helsepersonell snakket om stomi med flere positive fortegn. For det kan anbefales, stomi kan anbefales! Og jeg vil så gjerne kjempe for dette!

Stomi gir kontroll til de som ikke har det fra før. Og den kontrollen er livreddende. Jeg hadde en rumpe som ikke virka, men jeg ommøblerte, og nå er jeg glad i den igjen!

Jeg trodde jeg fikk livet i gave da jeg overlevde kreftsykdommen, men det var først i februar i fjor at det ble et liv verdt å leve! Nå har livet mitt også livskvalitet. Og livskvalitet er livreddende. Under klærne har jeg en skatt. En skatt som reddet livet mitt og gav det verdighet.

Verdigheten er også livreddende. Kvalitet, livskvalitet, verdighet og stolthet! Jeg har en lykkepose på magen, og jeg vil vise det til hele verden!

Så jeg rister på rumpa som det ikke lenger gjør noe at den ikke virker og sier hipp hurra for å være skipper på egen skute, dronninga over sitt eget liv og for den indre gudinnen som har vært ute og danset fnisende og rakrygget rundt med øyne fulle av faenskap og fanteri i snart to år nå! ●



Kristin Sofie Waldum synes det er urettferdig at ikke alle har en tilgjengelig helsesøster.



Kristin Sofie Waldum

Hvorfor: Fordi hun er ny leder av sykepleiernes største faggruppe.

Stilling: Leder av Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund.

Utdanning: Sykepleier. Helsesøster.

Alder: 41 år

Helse- kompisen

Snakk før du tenker.

Kristin Sofie Waldum

synes det er et passende
råd til dagens foreldre.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





Det er det uperfekte som gjør at vi blir glad i andre mennesker. Så sant.

Slik twitret «Helsesøstergruppa» sin begeistring for en artikkel i A-magasinet nylig.

Avsender var Kristin Sofie Waldum, som i april ble valgt som ny leder for sykepleiernes største faggruppe. I halvmørket rasker hun nå sammen løse ark på det lille skrivebordet sitt på det minimale kontoret i sykepleiernes hus midt i Oslo. Tjukke metallpersienner stenger lyset ute. Er par pappkartonger på golvet får ligge i fred.

Hun er klumsete og har lett for å velte kaffekopper, det har hun opplyst allerede før intervjuet. Å framstå som perfekt er det siste hun vil.

«Tør du?» fikk hun høre. «Du må jo hoppe etter Wirkola.» I ni år har forgjenger Astrid Grydeland Ersvik hatt stålkontroll. Trygg på talerstolen, proff i mediene. Men Waldum er ved godt mot:

– Alt er ikke absolutt nytt for meg, altså, sier hun.

«De kan be om et plaster eller betro seg om voldtekt.»

Erfaring med medier og byråkrati har hun etter fire år som lokalgruppeleder i Oslo og diverse fagpolitisk jobbing i kommune, direktorat og fagforbund.

UNG HELSESØSTER. Det var jordmor hun ville bli. Derfor ble Bærums-jenten sykepleier da hun var 23 år gammel. Men så fikk hun jobb på spedbarnsintensiven.

– Da skjønnte jeg at jeg heller ville jobbe med barna enn med mødrene.

Hun er nemlig ekstremt glad i barn. Liker flokker med barnehagebarn på t-banen og synes de voksne hysjer for mye.

Traust, husmoderlig og moden, slik er en typisk helsesøster, vil mange si. Waldum var 25, langhåret og sporty da hun fikk tittelen i Tromsø. Selv vil hun nødig «trække gjengen på tærne», men hun har hørt at noen har valgt yrket for å slippe turnus og helgearbeid.

– Det er dårlig motivasjon, synes jeg.

Som mor til tre – 14, 12 og 7 år – har hun møtt flere. Hun tar først det gode eksempelet, da hun var på skolestartsamtale med yngstemann og ble imponert over helsesøsterens spørreteknikk:

– Han svarte åpenhertig om hvordan det var hjemme hos oss.

– *Hva avslørte han da?*

– At mamma og pappa krangler.

– *Ubehagelig?*

– Jeg valgte å tenke at det var bra.

Dårligere ut kom helsesøsteren som ringte for å tilby hjemmebesøk. Waldum hadde fått barn nummer to:

– Så sa hun: «Men det er vel plankekjøring for deg.»

Hun sukker.

– Tenk alt som kunne ha skjedd siden forrige fødsel: Søkensjusi, problemer med mannen, min mor kunne ha dødd av kreft. Det er helt feil å anta noe som helst.

TEGNET AKT I USA. Etter videregående var hun et år på skole i USA. Der koste hun seg med afroamerikansk litteratur, filosofi, fiolinspill, volleyball og aktttegning.

– Jeg fant fort ut at talentet ikke var stort nok til at kunsten kunne bli en levevei, ler hun.

Men fiolin spiller hun fortsatt, nå i Bærum symfoniorkester. Hun begynte å lære da hun var åtte.

– Jeg øvde for lite, men jeg hadde en fantastisk lærer. I stedet for å presse meg, kunne han si: «Vi kan godt prate i stedet for å spille i dag.» Han forsto at livet er mer enn fiolin. Han var som en helsesøster for meg.

Jo mer melankolske symfonier, desto bedre, synes den ble de 41-åringen.

– *Hva er det med den dystre musikken?*

– Vet ikke, men den snakker mer til meg.

– *Du liker mørket også?*

– Nei, nei. Jeg er glad i lyset.

181 centimeter spretter opp. Hun fingrer med den dumme persiennen som ikke lar seg ikke åpne. Den må fikses, men det får bli en annen gang.

– *Når var du sist på rockekoncert?*

– Det blir sjelden rock, heller pop. Sist var Ahas avskjedskoncert. Det likte jeg godt.

Det er fire år siden.

– Og så var jeg Sting-fan i min ungdom. Men jeg setter stadig mer pris på at det er stille. Å kunne tenke uten noen lyder.

RETT FRA LEVRA. Waldum blir glad når hun får folk til å slappe av. Som da hun serverte forskning om seksuell hyppighet i barselgruppen.

– Jeg fortalte at det er vanlig å gå tre måneder uten sex. Jeg så at skuldrene senket seg.

I grupper kan man dele historier og gå ut lettere til sinns:

– Man forventer at det er fantastisk å bli mamma. I gruppen finner man ut at det er vanlig å være nedstemt av og til. Det kan forhindre depresjon.

Hun har 15 års erfaring som helsesøster, både nord og sør i landet, sist i Oslo.

– Jeg får høre at jeg snakker rett fra levra, og at jeg ikke har pokerfjes. Jeg synes det er bra at man snakker før man tenker.

180 millioner til helsestasjoner og skolehelse var gladnyheten i 2013. Men ikke en krone ble øremerket og under halvparten nådde helsesøstrene.

– *Hvor mange flere helsesøstre trengs?*

– Ehh, jeg har ikke tallet i hodet. Det er vel snakk om 1 500 årsverk.

For tiden er det 2 167 av dem.

– For å si det på en enklere måte: Det bør være en helsesøster tilstede på hver skole hver dag. Vi har et stykke igjen.

Det blir ikke nok mengdetrening når stillingsprosenten er liten. Helsesøstrene får ikke testet ut hva de er gode for, mener Waldum.

– *Ble yrket slik du hadde tenkt deg?*



Nyttårskonsert med Bærum symfoniorkester. Foto: Ulf Hansen



Med gjengen i 2008: Barna Marius, Jonas og Sofie og legemannen Bård. Foto: Privat



Kristin Sofie Waldum vil ha vide grenser for hva som er normalt.

– Jeg trodde jeg skulle bli en ekspert på barns utvikling. Men jobben rommer mye mer. Vi treffer barn og foreldre i viktige overgangsfaser: Når de får barn, når de begynner på skolen, i puberteten. Da er folk motiverte for endring. Det gir oss mulighet til å støtte dem så de kan hente seg inn.

– Du liker det normale?

– Ja, og det må ikke bli for trange rammer for normalitet. Vi snakker om livshendelser. Om det vanskelige, men vanlige. Om å møte motgang, oppleve sorg. Det er for mye sykeliggjøring.

– Hva irriterer deg mest av bildet som skapes av helsesøstre?

– At kompetansen usynliggjøres.

Psykologer har kompetanse om psyken, leger om sykdom, det vet alle.

– Det blir litt sånn: Vi må få inn en psykolog her, så vi kan få litt kompetanse om det psykiske. Men det er vi som treffer ungdom uten diagnoseperspektivet. Vi møter dem mer åpent enn andre fagfolk.

BER OM ET BIND. Det kan komme en ungdom inn døren, de aner ikke i hvilket ærend.

– De kan be om et bind eller et plaster, eller betro seg om voldtekt. Så kan det utvikle seg i begge retninger: Det som virker

enkelt kan balle på seg, og omvendt. Det er en kjempeviktig sorteringsjobb.

– Dere skal melde fra om overgrep, spiseforstyrrelser og rus i familien? Jo før, jo bedre?

– Ja, det snakkes mye om det. Mange helsesøstre får en magesfølelse. Den må ikke fortrenses. Da må de handle.

Kutt i hjemmebesøk gjør det vanskeligere å oppdage omsorgssvikt.

– Det helsefremmende kommer i bakgrunnen når vi har lite ressurser. Det blir mindre seksualundervisning i klasserommet, færre temadager på helsestasjonen. Det tar mye tid å følge opp dem som har det vanskelig. Ofte når vi henviser får vi sakene tilbake på grunn av lang ventetid eller manglende tilbud. Det har blitt et problem.

– Utømmelig med oppgaver?

– Rett og slett.

– Utmattende?

– Omfattende.

Det provoserer henne at når en helsesøster gjør noe galt, settes alle helsesøstres kompetanse i tvil.

– Er det en lege som kommer dårlig ut, er det den ene legen det går ut over. Har ikke helsesøstre kompetanse, liksom?

«Vi må ikke glemme de bittesmå.»





– Det er som med sykepleie – vanskelig å definere?
– Vi får godt innblikk i hva som er normalt. Får tidlig vite om trender.

Hun liker at helsesøstrene oftere formidler tendenser i samfunnet. For eksempel at mange unge føler seg ensomme:

– En helsestasjon for ungdom fikk enorm pågang i sommer da skolehelsetjenesten var stengt. Foreldrene hadde dradd fra dem i ferien.

Noe av det såreste er å møte barn med normale forutsetninger som likevel strever.

– Det kan være fordi mamma og pappa aldri har tid til dem. En jente hadde foreldre som jobbet veldig mye. Hun kjøpte julegave til meg, fordi jeg hadde brukt tjue minutter i måneden til å prate med henne.

Mange ganger har hun involvert foreldrene. Det gjør inntrykk på dem å høre hvordan barna har det.

– En gutt som hadde en funksjonshemmet bror, ble ikke sett nok hjemme. Han kom til meg for å snakke om dataspill. Da inviterte jeg mor til et møte. Det endte med at de satte av fast tid for bare dem. Mange ganger er det ikke mye som skal til.

Mange foreldre skjønner ikke at barna sliter etter skilsmisser. Barna tør ikke si det.

– De tror mamma blir lei seg hvis de sier de vil være mer hos pappa. Man tror man kjenner barna sine bedre enn man gjør.

SPIS POSESUPPE. Hun merker at forskjellene i samfunnet øker.

– Mange barn har det sånn at mister de en jakke, så bare kjøper de en ny. Andre har problemer med å gå i bursdag for de har ikke råd til gaver. Overvekt er et stort problem, og kostholdsråd er viktig. Andre trenger å høre at det er bra nok med en lettvinnt middag.

– Mener du usunn?

– Posesuppe er ok så lenge du får en god samtale med bar-

«Definerte muskler er unaturlig for unge jenter og gutter.»

net ditt. På 70-tallet var suppe middag god som noen. Min mor med fire barn hadde ikke dårlig samvittighet for å gjøre livet enklere med halvfabrikata.

– Noe som overrasket deg da du selv fikk barn?

– At følelsesregisteret utvidet seg i alle retninger. I starten er du ekstremt lykkelig for barnet som ble så vakkert. Samtidig kommer tunge tanker og man blir litt halvgal i huet.

Hun visste at det ville gå tid til å amme.

– Men at det betydde å sitte på uten å kunne gjøre noe annet var vanskelig å forberede seg på. Du strikker ikke når du ammer.

Ungdom er blitt mer lovlydige, ruser seg mindre og har et bedre forhold til sine foreldre, ifølge Ungdata. Samtidig sliter stadig flere jenter med psykiske plager og stress.

– Mange stiller store krav til seg selv. Det er blitt så gjennomslitt: Nå har hun vært på trening, hun har mange venner, er tynn, har definerte muskler, som jo er unaturlig både for unge jenter og

gutter, som skal ha sixpack før de har fått nok testosteron.

– Er Facebook og Instagram en forbannelse?

– Sosiale medier gjør det lett å ha kontakt. Men alt som legges ut skaper umulige forventninger om hva som er et vellykket liv. Jeg som voksen tenker: «Jaja, du viser fram det, ikke kaoset.»

Egentlig synes hun det er naturlig at ungdom er stresset.

– Det er jo usunt med alt som kreves. Kroppen sier fra.

TA REGI. Foreldre kan bli skeptisk når helsesøstrene ikke forkla- rer hva de observerer. Hun kan oppleve at alt er greit med toårin- gen. Samspillet er godt, språket er på vei. Da kan hun si: «Jeg ser hvordan barnet henvender seg til deg og at det begynner å snak- ke i to ord-setninger.»

– Når babyen rekkes til meg, er det normalt at den kikker på mor og far, med et typisk kast over venstre skulder. Hvis mor og far ikke blir stressa, bekrefter de at det er greit.

Ungdom merker godt når det fungerer: Seksualundervisning, åpen dør, psykiatrisk tilbud. «Sånn vil vi og ha det», sier andre.

– Det er urettferdig at det er så stor forskjell på tilbudene.

Hun føyer til:

– Skolehelsetjenesten er viktig. Men en ungdom har stemme sjøl. Vi må ikke glemme de bittesmå.

– Hva er det siste nye helsesøstre driver med?

– Å tilpasse tilbudet til menn og gutter. Vi vil ha flere gutter til helsestasjonen. Fedrene kommer av seg selv. Og siden de har mer permisjon, er det lettere å samle dem i grupper.

– Før var det populært å filme samspill mellom mor og barn?

– Marte-meo-metoden, ja. Det er stadig mye opplegg. Jeg sy- nes vi skal ta mer regi selv. Det blir for mye av hva andre synes vi skal gjøre.

Diskusjonen om navneendring er årelang. Men har til nå stop- pet opp med det uangripelige argument: Alle vet hva en helsesøs- ter er. Men i vinter klaget helsesøsterstudentene: Tittelen skrem- mer guttene fra yrket.

– Blir det nytt navn?

– Ja. Det er stemning for det.

– Det blir i din tid?

– Ja.

– Og favoritten er?

– Ingen favoritt. Det er infløkt. Det er viktig at folk vet at vi er sykepleiere. Men sykepleiere er forbundet med sykdom. Vi jobber helsefremmende.

– Du vil ha i pose og sekk?

– Ja. Det blir i hvert fall ikke helsesøster og helsebror.

– Når blir det nytt navn?

– Jeg er jo en utålmodig type. Men ting tar ofte lenger tid enn jeg tror.

– Hva tror du da?

– Haha, nå snakker du som barna.

Men tipset hun fikk fra ungdommen, har hun sansen for. De sa: «Er det så vanskelig? Kan dere ikke bare kalle dere helsekom- piser?» ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOB

Del 5 Sykepleien 10 | 2014

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleien.no



Nordberghjemmet

Nordberghjemmet er et diakonalt sykehjem som er en del av stiftelsen Nordberghjemmet. Sykehjemmet har 66 beboere fordelt på 3 avdelinger.

AVDELINGSLEDER, 100 % FAST STILLING

Avdelingsleder er faglig, administrativt- og økonomisk ansvarlig for sin avdeling, og rapporterer til daglig leder. Stillingen inngår i sykehjemmets ledergruppe.

Krav til stillingen

- Autorisert sykepleier
- Lederutdanning og ledererfaring
- Meget gode norskkunnskaper, muntlig og skriftlig, og god fremstillingsevne
- Inneha grunnleggende IT-ferdigheter

Personlig egnethet vektlegges

Nordberghjemmet skårer høyt på kommunens beboer- og pårørendeundersøkelser. Over 80 % av personalet er fagutdannet. Vi er stolte av vår tjenesteyting, lokalitetene våre og de fasilitetene vi har å tilby i vakre omgivelser. www.nordberghjemmet.no

For nærmere opplysninger kontakt daglig leder, Ellen Beccer Brandvold på telefon 22 70 12 00.

Søknad med CV sendes til: ebb@nordberghjemmet.no
Andre papirer sendes kun etter oppfordring.

Søknadsfrist: 22.september 2014

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.

Avdelingsleder

Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % stilling som avdelingsleder.

Tiltredelse: 1. januar 2015

KONTAKTPERSONER: Klinikkdirtør
Tron Svagård eller personalsjef Einfrid
Petersen-Øverleir tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no.

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 13. september 2014

www.modum-bad.no



Incognito Klinikk er en korttidsinstitusjon innenfor Helse Sør-Øst som tilbyr behandling til kvinner og menn som har utviklet et avhengighetsforhold til alkohol og/eller legemidler. Klinikken har poliklinisk virksomhet og en døgnenhet med 21 plasser. Behandlerpersonalet består av leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere og sosionomer.

PSYKIATRISK SYKEPLEIER 100 % dagstilling, turnusarbeid 5.helg

Arbeidsoppgaver:

- Delaktig i døgn- og poliklinisk behandling
- Delta i driften av døgnenhetens program med gruppesamtaler, undervisning etc.
- Delta i klinikkens tverrfaglige team og faglige fora.
- Betjene Sykepleie-kontoret med prøvetaking, medisinsutlevering, koordinering og veiledning

Ønskede kvalifikasjoner:

- Kompetanse og erfaring innen psykiatri og /eller rus
- Videreutdanning i psykiatri og /eller rus
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- Grunnleggende IT kunnskaper
- Evne til selvstendig arbeid og teamarbeid
- Personlig egnethet vektlegges

Vi kan tilby:

- En arbeidsplass med interessante, utfordrende og selvstendige arbeidsoppgaver
- En veldrevet klinikk i positiv utvikling
- Et godt arbeidsmiljø med dyktige og erfarne kolleger
- Gode muligheter for egen fagutvikling
- Lønn etter avtale

Søknadsfrist: 12.september 2014

For nærmere opplysninger ring 22 90 26 60
sjefssykepleier Therese Falkenhall eller
institusjonssjef Runi Sommerstad.
Søknad sendes Incognito Klinikk, Apalløkkveien 8, 0956 Oslo,
eller på mail til kontakt@incognito.no



Ski kommune

AVDELINGSLEDER, 100 % FAST, LANGHUS BO- OG SERVICESENTER

Høy kompetanse – Godt arbeidsmiljø – Pasienter og ansatte trives.
Sykehjemmet søker avdelingsleder for utskrivningsklare pasienter fra sykehus og pasienter på somatisk avdeling.
Vi ønsker deg med god forståelse for fag, personaloppfølging og økonomi.

Frist: 20.09.2014

Se Ski kommunes hjemmeside for full utlysning.



Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

SEKSJON FOR BEHANDLINGSREISER HAR LEDIGE ENGASJEMENTSSTILLINGER.

Sesongen 2015 har vi ledige engasjementsstillinger ved to behandlingssteder i utlandet; Balcova (Izmir, Tyrkia) og Igalo (Montenegro). Varighet: Balcova ca 1. april til 30. oktober, Igalo ca 15. april til 15. oktober. Behandlingsreisens team på hvert behandlingssted består av en avdelingssykepleier og 5-6 sykepleiere. Pasientgruppen er voksne med revmatisk diagnose som er på 4 ukers behandlingsopphold. Teamet samarbeider med leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre behandlere på behandlingsstedet.

Arbeidsoppgaver

- Variert arbeid som omfatter forberedelse og mottak av pasientgrupper, individuell oppfølging av pasientene, undervisning, oppfølging av rutiner og prosedyrer samt ivareta sosiale og trivselsskapende tiltak.

Kvalifikasjoner

- Minimum 3 års erfaring etter endt grunnutdanning. Vi oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innen revmatologi å søke. Det er ønskelig at søker har erfaring med undervisning. Det kreves at man behersker grunnleggende bruk av PC. Arbeidsspråk: norsk og engelsk.

Utdanningsretning

- Sykepleie

Utdanningsnivå

- Høyskole / Universitet, Diplom- / Bachelorgrad

Personlige egenskaper

- Vi søker sykepleiere som kan jobbe selvstendig og målrettet. Det er viktig å vise stor fleksibilitet. Søker må ha gode evner til samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid. Han/hun må være komfortabel med å undervise/snakke i plenum. Personlig egnethet vektlegges.

Språk

- Engelsk
- Norsk

Vi tilbyr

- Fri reise fra/til Norge - arbeidsstedet i utlandet, gratis bolig og forsikringsordning. Arbeidstid 35,5 timer/uke. Turnusarbeid med bakvakt hjemme. Lønn etter ansiennitet (Spekter). Ubekvemt arbeidstid kompenseres med et fast kronetillegg. Det trekkes 2% lovfestet pensjon til KLP. Det holdes 2 introduksjonsdager i Oslo før avreise og ca 10 dagers opplæring på behandlingsstedet før første pasientgruppe ankommer. Det utbetales ikke kostgodtgjørelse. For mer informasjon om behandlingsreiser, se vår hjemmeside: www.oslo-universitetssykehus.no/behandlingsreiser. Vi gjør oppmerksom på at det meste av kommunikasjon vedrørende stillingene vil skje via e-post.
- Kun søkere som søker elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert.

Full utlysningstekst og søknadskjema finnes på:

www.oslo-universitetssykehus.no/jobb

Kontaktinfo: Kari Berg ass.seksjonsleder, kariberg@ous-hf.no
tlf: 22067856/91606980

Søknadsfrist: 21.september 2014

Ledig sykepleierstilling

ORKERØD SYKEHJEM

Norlandia Care er en ledende nordisk privatakør innen eldreomsorg, med sterkt fokus på kvalitet. Vår filosofi er "Et godt liv - hver dag". Norlandia Care overtar driften for Orkerød sykehjem fra Moss Kommune 1. september. Orkerød sykehjem har 4 demens avdelinger med totalt 88 beboere. Orkerød sykehjem er kompetansesenter innenfor demens.

Du brenner for:

- Høy kvalitet for beboere og pårørende
- Demensomsorg
- Rendyrkede sykepleieroppgaver
- Å jobbe i tverrfaglig team med lege, fagsykepleiere, helsefag arbeidere og assistenter
- Å utvikle Orkerød Sykehjem videre sammen med oss

Vi kan tilby:

- Korte beslutningsveier og lite byråkrati
- God faglig kompetanse
- Veiledning/ undervisning i arbeidstiden
- Godt arbeidsmiljø
- Stor turnusfleksibilitet
- Lønn etter avtale

Er du autorisert sykepleier og kjenner deg igjen? Da er du kanskje vår fremtidige arbeidskollega og vi vil gjerne komme i kontakt med deg. Vi har ledige stillinger som fagteamsykepleier i 100%, 90%, 80% og 70% stillinger.

Søknadsfrist: snarest

Søknad og spørsmål rettes til Daglig leder Sissel Ruud Hansen tlf. 938 87 797, e-post orkeroddl@norlandiacare.no eller Tina Poulsen mob. 482 81 437, e-post orkerodsjsf@norlandiacare.no

norlandia
care

www.norlandiacare.no



Herøy kommune

SYKEPLEIERE

Herøy sykehjem har 2 avdelinger, inndelt i en somatisk og en skjermet avdeling, med til sammen plass for 18 pasienter. Herøy sykehjem er en del av Utviklingssentret for sykehjemmene i Nordland. Herøy, Alstadhaug, Leirfjord og Dønna. Hvor hovedmålet skal være, pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem i fylket

Vi søker

- 2 x 75% sykepleiere fra 15.09.2014 (fast)
- 1 x 80 % sykepleier fra 15.09.2014 (vikariat)

Kontaktperson: Enhetsleder Wenche Sæthre Jørgensen
tlf 75068047/90629198 eller
Wenche.saethre.jorgensen@heroy-no.kommune.no

Søknadsfrist: 26. september 2014

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Fagkonsulent i voksenpsykiatri

Ambulant psykiatrisk akutt team - VPP Hammerfest

Det lyses ut to 100 % faste stillinger ved APAT Hammerfest.

Referansenr: 2307538612

Søknadsfrist: 28. september 2014

Kontaktinfo: Bryndis Rogde, enhetsleder, tlf. 78 42 14 60 / 917 13 341.

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Lillehammer

Kirurgisk avdeling Operasjonsavdelingen

Operasjonssykepleier

Ref.nr. 2297622839. 3 x 100 % fast.

Kontakt: Johan Persson, tlf. 469 36 395 / 61 27 22 01.

Søknadsfrist: 18. november 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (WebCruiter). Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. For stillinger hvor det er pålagt ved lov om norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Lillehammer

Kvinnekliviken SI

Avdelingsjordmor (Ref.nr. 2244271473)

- 100 % stilling med tiltredelse etter avtale.

Kontakt: Avdelingsjef Stian Westad, tlf. 916 70 250 / 957 87 996.

Søknadsfrist: 26. september

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter). Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for fullstendig utlysningstekst og for å søke stilling. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,5 mrd.kr. og ca. 1280 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 170 000 innbyggere i flere sentrumsbydelene i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersiell formål. Se www.LDS.no.

Operasjonsavdelingen søker Avdelingssykepleier

Operasjonsavdelingen søker avdelingssykepleier til ortopedisk seksjon, fast 100 % dagstilling.

Stillingsens funksjon:

Avdelingssykepleier er ansvarlig for operativ drift på ortopedisk seksjon, men er unntatt direkte personal- og budsjettansvar. Arbeidsoppgaver er kvalitetssikring og koordinering av operasjonsprogram, innkjøp av implantater, instrumentarie og utstyr. Sammen med seksjonens ledende spesialsykepleiere; utarbeiding av og opplæring i ortopediske prosedyrer. Samhandler for øvrig tett med personalansvarlig avd spl og øvrige i avdelingen. Delta i avdelingens ledergruppe.

Kvalifikasjoner:

Videreutdanning i operasjon. Videreutdanning i ledelse og / eller ledererfaring. Bred erfaring innen ortopedi.

Personlige egenskaper:

Gode samarbeids- og kommunikasjonsevner. Målbevisst og strukturert. Fleksibel og løsningsorientert. Evne til å inspirere og motivere. Må trives med en hektisk hverdag.

Vi tilbyr:

Godt arbeidsmiljø i fine lokaler, kollegaer med høy faglig kompetanse, mange gode personaltilbud, IA-bedrift, pensjonsordning i KLP og fire ukers fellesferie om sommeren.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Marit Glende Johnsen 23 22 57 70, eller Turid Petlund 23 22 64 19

Søk via www.LDS.no innen 21.09.2014

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.



23. OUS-symposium - 9. og 10. oktober 2014

Fra glomeruli til uretra.

Klinisk hverdag med nyre og urinveier. Fra forskning til praktisk medisin.

Kursarrangør: Nyremedisinsk avdeling og Avdeling for urologi (faglig ansvarlig), Stab forskning, innovasjon og utdanning (teknisk arrangør) ved Oslo universitetssykehus.

Symposiet er godkjent av: Norsk sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med 15 timer. I tillegg er kurset godkjent av Den norske legeforening.

Målgruppe: Sykepleiere, Allmennpraktikere, leger under utdanning og medisinske spesialister og andre med interesse for temaet.

Læringsmål: Symposiet har som mål å gi oppdatert kunnskap om temaene beregnet på den kliniske hverdag. Foredragene vil søke å gi praktisk relevant informasjon, men også å presentere relevant ny forskning og belyse kontroverser innen feltet.

Program: http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_aktiviteter_/Sider/Det-23.-OUS-symposium-.aspx

Påmelding til: symposium@ous-hf.no
Deltakeravgift: kr.1.500
Påmeldingsfrist: 26. september 2014
Sted: Oslo universitetssykehus, Ullevål, Bygg 6, Kirkeveien 166, 0407 OSLO



AMK OSLO OG AKERSHUS

Ledige stillinger som Medisinsk Operatør/Sykepleier. Arbeidsområdet omfatter besvarelse av medisinsk nødtelefon og koordinering av luft- og bakkeressurser prehospital. Hovedoppgaven for medisinske operatører er besvarelse og oppfølging av medisinske nødmeldinger (113).

Vi kan tilby

- En spennende og utfordrende jobb i et aktivt prehospitalt miljø
- Allsidige problemstillinger innen alle felt av akutt- og storbymedisin
- Tilrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Sært tillegg for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år etter utsjekk i 100% stilling.
- Tredelt turnus

Full utlysningstekst finnes på: www.oslo-universitetssykehus.no/jobb

Utfyllende søknad med CV og ansiennitetsdokumenter sendes elektronisk via www.oslo-universitetssykehus.no/jobb

Søknadsfrist: 30.september 2014

Kontaktperson:

Anne Lene Finsrud: uxanfi@ous-hf.no Tlf: 95 25 10 35



Fekjær psykiatriske senter (FPS) er tilknyttet Sykehuset Innlandet HF, Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, og består av døgnhet og poliklinikk med ambulant team. FPS ligger i naturskjønne omgivelser og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær lengst sør i Valdres. Avstand til Oslo eller Gardemoen er ca.120 km. Fekjær er en aktiv behandlingsinstitusjon med ulike profesjoner som arbeider i team. Døgnhetens målgruppe er vesentlig voksen ungdom i aldersgruppen 18-35 år med ulike diagnoser innen personlighetsproblematikk og i noen grad psykoser. Noen pasienter har tilleggssproblem rus. Pasienter og personell er inndelt i to ulike behandlingsgrupper, ute – og innegrupper. I tillegg til individual – og gruppesamtaler, vektlegges miljøterapi og fysisk aktivitet. Friluftsliv og aktiviteter utendørs er en viktig del av behandlingstilbudet ved Fekjær. Fekjær har gjennom mange år vektlagt forsknings- og utviklingsarbeid.

Til vår døgnavdeling er det ledig fast stilling (100%) som

PSYKIATRISK SYKEPLEIER

Autorisert sykepleier kan søke, men ved ansettelse forplikter vedkommende seg til å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid innen avtalt tidsperiode. Psykiatrisk sykepleier har et stort ansvar i behandlingsopplegget – både i individual-og miljørettet behandling. Til vår utegruppe søker vi etter sykepleier helst med bred erfaring og med gode samarbeidsevner. Personlig egnethet vektlegges.

Vi kan tilby

- Aktiv arbeidsplass i en organisasjon i utvikling.
- Mulighet for mye utendørs aktiviteter.
- Varierte arbeidsoppgaver.
- Lønn og arbeidsforhold etter tariff og gjeldende overenskomster.
- Moderne bolig til rimelig leie, også familiebolig.
- Pensjonsordning gjennom KLP
- 6 mnd prøvetid.

For mer informasjon besøk vår hjemmeside www.fekjar.com og om bygda Hedalen www.hedalen.no

Kontaktpersoner:

Psykiatrisk sykepleier, ass. enhetsleder Tor Anders Perlestenbakken, tlf 915 13 484
e-post: tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Daglig leder Elling Fekjær, tlf 90591545
e-post: elling.fekjar@sykehuset-innlandet.no

Søknad sendes til: post@fekjar.com eller
Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen

Søknadsfrist: 24.september 2014



Nordre land kommune
Åpen-Offensiv-Ansvarlig

VI TRENGER DEG!

-som er autorisert sykepleier og fagarbeider

Landmo omsorg og rehabiliteringssenter består i dag av 4 avdelinger med plass til 76 pasienter, hvorav 2 KAD (Kommunal Akutt Døgnplass) senger. For å imøtekomme tjenestens behov skal vi opprette en ny langtidsavdeling med 18 plasser. Vi ønsker av den grunn flere dyktige og trivelige medarbeidere som vil være med på å utvikle og forme egen arbeidsplass.

Vi søker deg som er faglig dyktig, engasjert, løsningsfokusert, initiativrik, selvstendig og har humor. Sammen skal vi skape en god, trygg, meningsfylt, aktiv og innholdsrik hverdag for alle på vår avdeling!

Det skal til sammen ansettes ca. 15 årsverk, hvor stillingsstørrelsene i hovedsak vil være mellom 60-100 %.

For mer informasjon og ved spørsmål om stillingene kontakt:

- Avdelingssykepleier **Aila Furuseth**, tlf. 61 11 63 66/ 922 87226
- Enhetsleder **Audun Amdahl**, tlf. 61 11 63 76

For fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema, se vår hjemmeside: www.nordre-land.kommune.no

Søknadsfrist: 16.september 2014



Norsk institutt for kunstuttrykk & kommunikasjon (NIKUT)

Planlagt oppstart for ny videreutdanning i Embodied Leadership and Supervision i august 2015. Kurset holdes på engelsk.

21. okt. – 23. okt. 2014 ved Melinda Ashley Meyer, psyk. sykepleier, PhD in Expressive Arts og leder av NIKUT og Markus Alexander, PhD cand. in Expressive Arts.

Tlf +47 90070078, nikut@online.no, www.nikut.no

Sted: Høyskolen i Drammen

Vårsymposium på Tenerife, 7. – 12. april 2015.
Teller også som forkurs!

Søknadsfrist forkurs: 15.9.2014 (se: nikut.org for mer info.)



JUBILEUMSKONFERANSE for HELSEPERSONELL

HOSPICE LOVISENBERG - Senter for Lindring og Livshjelp inviterer helsepersonell til konferanse i forbindelse med sitt 20 års jubileum.

Torsdag 16.oktober i Gamle Logen, Oslo

Konferanseavgift inkl.lunsj kr. 500,-
Påmelding innen 15.09.14 pr.mail til: jub.konferanse@lds.no
For program se: www.lds.no



Det medisinske fakultet
Ultralydutdanning

UL6003: Doppler ultralyd i obstetrikk

Utdanningen strekker seg over 8 måneder og tilsvarer 15 studiepoeng.

Studietiden er fordelt på utdanningssted og hjemsted. Det undervises i Doppler ultralyd på maternelle og føtale blodkar, inklusive fosterhjerter.

Utdanningen tilbys jordmødre som har fullført UL6000 Videreutdanning i ultralyddiagnostikk for jordmødre og spesialister i obstetrikk og gynekologi som regelmessig arbeider med ultralydundersøkelser av gravide og behersker den basale fosterundersøkelsen. Det forutsettes at søker kan arbeide med ultralyddiagnostikk på sitt hjemsted under utdanningsperioden.

Studiestart:
20. april 2015

Søknadsfrist:
1. november 2014

Søknadsskjema og ytterligere informasjon finner du på:
www.medisin.ntnu.no
eller ved henvendelse til:
Hilde Viviann Eriksen, tlf: 72 57 49 18
E-post: hilde.v.eriksen@ntnu.no



Nasjonalt senter
for
fostermisin



NTNU
Kunnskap for en bedre verden

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



OSLO - BERGEN - BODØ - KARMØY
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.no +46 85 40 882 80



Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Stipendmidler til helsepersonell som arbeider innen demensfeltet

Med midler fra TV-aksjonen 2013 utlyser Nasjonalforening for folkehelsen midler med formål å gi personer med demens bedre pleie og omsorg fra helsetjenesten.

Helsepersonell som arbeider med personer med demens i kommune- eller spesialisttjenesten kan søke midler. Total ramme for utlysningen er på en million kroner.

Søknadsskjema og mer informasjon finnes på:
www.nasjonalforeningen.no

Søknadsfrist: 20.10.2014

KURSTILBUD I MIGRASJON OG HELSE

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) arrangerer en kursserie om migrasjon og helse. Kursene er laget for helsepersonell i klinisk praksis.

KURS HØSTEN 2014

Innføringskurs i migrasjon og helse

- **Drammen** 16.-17. sept. i samarbeid med Vestre Viken
- **Tromsø** 07.-08. okt. i samarbeid med RVTS Nord, UiT og UNN.
- **Trondheim** 13.-14. nov. i samarbeid med Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Trondheim kommune og St. Olavs hospital

Innføringskurs i sykepleie og migrasjonshelse

- **Drammen** 28. okt. i samarbeid med NSF og Faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie

Påbyggingskurs om diabetes blant innvandrere

- **Sandefjord** 13. nov. i samarbeid med Diabetesforbundet

For mer informasjon om disse og andre kurs, se nakmi.no

Informasjon om kurs og konferanser i 2015 legges ut på våre nettsider

Undervisningsleder:
Ida Marie Bregård
kurs@nakmi.no
Tlf. 47305358



Spesialpris
for deg som
medlem

Medlemstilbud hos Godtlevvert.no!

Nå får du middagsingredienser med oppskrifter levert hjem på døren. Enklere blir det ikke!

Kokken Ole Martin Alfson fra 4-Stjernerens middag på TV Norge komponerer oppskriftene - og setter sammen ukens meny for deg. Du er sikret enkle, sunne og varierte middager, og det er ingen bindingstid hos Godtlevvert.no.

Som medlem i NSF får du nå 25 % rabatt på første levering og deretter 15 % på hver levering frem 7. april i 2015.

Gå inn på www.godtlevvert.no og bruk rabattkoden «NSF» når du bestiller!



**FAG
AKAD
EMIET**

Kurslederopplæring - høsten 2014: Kurs i mestring av depresjon (KiD) Depresjonsmestring for ungdom (DU) Kurs i mestring av belastning (KiB)

KiD, KiB og DU er lavterskeltiltak som er lagt opp som gruppeundervisning og er hjelp til selvhjelp. Kursene er basert på kognitiv, sosial læringsteori, til bruk i primærhelsetjenesten, poliklinikker, BUP, DPS, helseforetak, skolehelsetjenesten, NAV/arbeidsmarkedsbedrift etc.

Høsten 2014 kan vi tilby følgende kurslederopplæring:
Kurslederopplæring KiD: Kristiansand uke 39, Tromsø uke 42, Stavanger uke 44, Stjørdal uke 46, Gardermoen uke 49
Kurslederopplæring DU: Gardermoen uke 44
Kurslederopplæring KiB: Tromsø, 24. og 25. november

Opplæringsprogrammet er støttet av Helsedirektoratet

Kontaktperson: Anita H. Lorentsen, tlf.: 994 60 646,
e-post: anita.lorentsen@fagakademiet.no
For mer informasjon om KiD, KiB
og DU og for påmelding;
se www.fagakademiet.no

www.vt-medical.com
AKTROMMET

UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:
www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
Tel: 926 97 497

 Lik oss og vær med i trekninger!

NASJONALT SENTER FOR MAT, HELSE OG FYSISK AKTIVITET

ÅPNINGSKONFERANSE
FOR NASJONALT SENTER FOR MAT,
HELSE OG FYSISK AKTIVITET
28. & 29. OKTOBER 2014



La oss jobbe
sammen for god
helse og utvikling
hos barn og unge!

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet er et nyetablert ressurscenter, lokalisert ved Høgskolen i Bergen. Den 28.-29. oktober inviterer vi til åpningskonferanse for senteret, ved Høgskolen i Bergens nye lokaler på Kronstad.

MÅLGRUPPER FOR KONFERANSEN

Skoler, barnehager, helsestasjoner, skolehelsetjenesten samt universitetet og høyskoler med relevante utdanninger.

OM SENTERET

Senteret er opprettet som et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Senteret skal formidle viktigheten av god ernæring og regelmessig fysisk aktivitet for barn og unges helse og læring.

Målet er at barnehager, skoler og primærhelsetjenesten sammen kan styrke barnehagens og skolens rolle som helsefremmende, forebyggende og inkluderende arena.

KONFERANSEPROGRAMMET

I programmet for konferansen er det samlet en rekke spennende og praksisnære bidrag innenfor temaene mestring og fysisk aktivitet og mat og danning for barn og unge.

For mer informasjon om konferansen og senteret se: <http://folkehelsesenteret.no/apningskonferanse/>

Vi håper du kommer!

post@folkehelsesenteret.no

Følg oss på   

PÅMELDINGS-
FRIST
1. OKTOBER

Vi tilbyr høgskoleutdannelse innen hudpleie og kosmetiske behandlinger for sykepleiere



Senzie Akademiet satser på videreutdannelse av sykepleiere innen hudpleie og medisinske behandlinger. 15 studiepoeng pr studie, og studiestart vår og høst.

Vi tilbyr to høgskolestudier:

- Hudpleie for sykepleiere
- Kosmetisk dermatologisk hudbehandling

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi. Vi har blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og den anerkjente legen Kieren Bong fra Skotland.

Les mer på www.senzie.no eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senzie
akademiet



“ - Skolen har gitt meg ny inspirasjon og jeg har lært utrolig mye. Jeg har vært så heldig å få undervisning av dyktige hudleger og sykepleiere som har delt raust av sine kunnskaper!

Kristin Waage, sykepleier på Sørlandet Sykehus i Kristiansand og en av våre tidligere studenter.

Nytt studie i 2015:
“Ledelse og drift av helse- og velværeklivninger.”
Følg med på www.senzie.no

NASJONALT RÅD FOR
KVALITET OG PRIORITERING
I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

HELSE I UTVIKLING

Konferanse om kvalitet og prioritering

14

Hvem skal få, og hvem skal ikke få?

Hvordan prioritere på en rettferdig måte?

- Ny offentlig utredning om prioritering: hvordan skal vi prioritere nå og i framtiden?
- Hvilke prioriteringsutfordringer ser vi på legekontoet, ved sykehussenga og i rus og psykisk helsevern?
- Hvordan kan en nedprioritering forklares og forsvares - og bevares?



@kvalpri

18. og 19. november, Oslo Kongressenter

Påmelding og info: www.kvalitetogprioritering.no/hiu14

EN HELT NY LESEOPPLEVELSE



Les Sykepleien
uansett hvor du er!

Vinn
reisegavekort
VERDI 10.000,-

Vi trekker 3
vinnere!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

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

Vinn reisegavekort **VERDI 10.000,-**

Vi trekker 3 vinnere av et reisegavekort til en verdi av kr 10.000,- blant alle som laster ned Sykepleien i AppStore eller Google Play innen 30. november 2014.

Last ned appen i dag! **GRATIS** for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no. Trenger du hjelp kan du også ringe 22 04 33 33 eller sende en e-post til bss@nsf.no



Sykepleien



**Opplev Beijing
& Shanghai**

FRA KR.

13.998,-

Kina fra nord til sør

**Orientens dronning Shanghai, keiserbyen Beijing og spennende togreise
– med Albatros-reiseleder, 9 dager**

Besøk Kinas to største og mest spennende byer.

I Beijing venter store opplevelser: Oppfyll drømmen om å gå på Den kinesiske mur, tre inn i Den forbudte by og stå på Den himmelske freds plass. Hils på Mao i Maos mausoleum. Stå ansikt til ansikt med de hellige Ming-gravene. Og gjør et kupp på de spennende kinesiske markedene. Opplev det ekte Kina på en spennende togreise. Ta pulsen på hypermoderne Shanghai. Speid utover byen fra 88. etasje i Jin Mao-bygningen. Seil på Huangpu-elva og besøk byens gamle fascinerende basar. La deg fortrylle av idylliske kanalbyer.

Avreise 20. november 2014

Kr. 13.998,-

Enkeltromstillegg kr. 1.898,-

DAGSPROGRAM

Dag 1 Avreise fra Norge

Dag 2 Ankomst til Beijing og Himmelens tempel

Dag 3 Beijing. Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Den forbudte by og Kullhøyden

Dag 4 Beijing. Cloisonné-fabrikk, Ming-gravene og Den kinesiske mur

Dag 5 Beijing – Shanghai. Hutong-besøk, Sommerpalasset og hurtigtog til Shanghai

Dag 6 Shanghai. Jinmao, Yuyan-basaren, The Bund og seilas på Huangpu-elva

Dag 7 Utflukt til tradisjonell kanalby og akrobatikkshow

Dag 8 Tid på egen hånd og avskjedsmiddag

Dag 9 Shanghai – Norge

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Beijing og Shanghai – Oslo med SAS, utflukter og entreer ifølge program, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, hurtigtog Beijing – Shanghai, helpensjon unntatt lunsj dag 8, skatter og avgifter.

Medl. DK RGF. Med forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger.

Les mer på www.albatros-travel.no/SYK

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Åpent man–fre 8:30–17:00. Helgeåpent jan–mar 10:00–15:00. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros



- når du vil merkes!



Vis hvem du er - pasientene dine setter pris på det

Å fortelle eller vise hva vi heter, er et signal til andre om respekt og samtidig en vennlig invitasjon til å ta kontakt.

Saks m/hekte
for lomme
og gravering
110,-



Ovale og
rektangulære
skilt med
magnet, nål
eller armeklips.
Se sabo.no for
motiv og farge.
150,-



Klokke med
silikonlenke.
Rød, blå, rosa,
limegrønn, lilla,
orange, hvit
og sort lenke.
199,-
Ekstra lenke
50,-



Praktisk klokke
med lys
275,-



Navneskilt
med armeklips
130,-



Gravert skilt
m/penneholder
180,-



Navneskilt
med nål
110,-



Elegant klokke
med
Zirkonstener
310,-



Jojo med
ID-kortholder
79,-



Sjekk våre nettsider for flere skilt og andre merkeprodukter for helsesektoren

www.sabo.no