



Utpost

Minus 30. Du må ikke være skvetten når du skal jobbe som sykepleier på Svalbard. Det vet Marit Solberg alt om. **26**



● **Hva skjer**

Gamle jernpumpere ruster ikke. **20**

● **Sykepleie**

Møter vond lukt med taushet. **56**

● **Påfyll**

– Musikk og sykepleie gir god balanse. **70**

● **Meninger**

Tett på Steinar Madsen. **90**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,8 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,9 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,8 %.

Les mer på dnb.no/nsf eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,89 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 798 247.
Boliglån: Effektiv rente 2,99 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 829 159.
Rammelån: Effektiv rente 3,01 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 835 159.
Prisene er per 07.01.2015 for nye lån og kan bli endret.



Ovesterin[®] østriol

Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt
Ovesterin[®] (østriol) er effektivt



Ovesterin[®] 0,5mg Vagitorier 15 stk Ovesterin[®] Vaginal Krem 01% m/applikator 15g

Ovesterin[®] inneholder østriol, som er et av de kvinnelige hormonene (østrogenerne) som kroppen produserer.

Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Under og etter overgangsalderen (klimakteriet) går østrogenproduksjonen ned. Kvinner kan da få plager som irritasjoner og tørrhet i skjeden, smerter under samleie, tilbakevendende urinveisinfeksjoner og urininkontinens.

Ovesterin[®] vagitorier og krem er hormonerstatningsbehandling som kan brukes for behandling av slike plager.

Ovesterin[®] Vagitorier og Vaginal Krem er reseptfrie legemidler. Les pakningsvedlegget før bruk.

Ovesterin[®] vaginalkrem (østriol)



Ovesterin[®] vagitorier (østriol)



Navamedic ASA
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic



RISSKOV BILFERIE

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

VILLE PRISER!



Utsikten fra hotellet sin balkong ved restauranten gir deg en ordentlig sommer følelse. Her er det perfekt for deg som vil koble av & innhente mer energi. 1 time fra Oslo.

🇳🇴 | Sørlandet

Fantastisk sommersted

Thon Hotel Åsgårdstrand ★★★★★

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

SPAR OPP TIL 295,-

959,-

Ankomst: Inntil 14.12.15



Nord på Jylland like syd for Fredrikshavn i Sæby ligger Danmarks største Aqua, Spa & Wellness Center. 2700 kvadratmeter med luksus. Sæby har dessuten en barnevennlig strand.

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 31.07

Gratis tilgang til Aqua Spa

Hotel Viking Resort ★★★

- 2 x overnatt. m. frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny
- 1 x 3-retters meny
- 1 x ettermiddagskaffe
- Adgang til SPA avdeling

KJEMPETILBUD

1.669,-

Ankomst: 01.06.15 - 29.07.15



BOOK NÅ !!

På den nordøstlige spiss av Bjärehalvön ligger det sjarmerende Hotel Hovs Hallar, omgitt av flott natur med hav, varme og klipper. La kropp og sinn nyte vakre omgivelser.

🇸🇪 | Götaland

13 km til Båstad

Hotell Hovs Hallar ★★★

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffé
- 1 x ankomstkaffe med kake
- 1 x 2-retters meny inkl. kaffe
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL 359,-

1.529,-

Ankomst: Inntil 29.06.15

Kåret til Norges beste SPA 2 år på rad. Hotellens visuelle identitet bygger på detaljer fra Norefjells natur.

🇳🇴 | Hallingdal

SPA - vårtilbud

Quality Spa & Resort Norefjell ★★★★★

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.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x middag buffet
- Inngang til trening
- Inngang til bad

SPAR OPP TIL 650,-

1.449,-

Kåret til Norges beste SPA 2 år på rad



Landgasthof Tarp ligger i den koselige nordtyske landsbyen Tarp. Nyt en landlig miniferie under 25 km. fra den danske grensen og i kort avstand fra flere nordtyske byer.

🇩🇪 | Nordtyskland | Bestill innen 30.06

Kort vei fra Dansk grense

Landgasthof Tarp ★★

- 2 x overnatting m frokostbuffé
- 2 x 3-retters middag
- 2 x ettermiddagskaffe & kake
- 1 fl. vin per rom. ved avreise
- 1 spillerunde på keglebane

SPAR OPP TIL 310,-

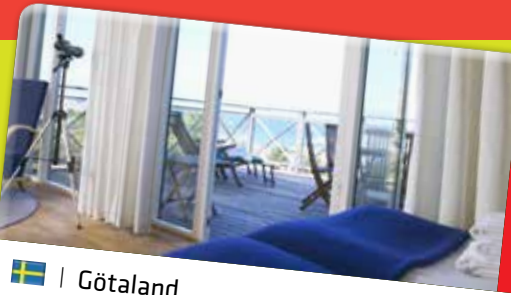
779,-

En av våre bestselgere

VÅRTILBUD!

KJEMPETILBUD!

Oppgi kode:
REISE



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

🇸🇪 | Götaland

Spa-hotell på klippene

Smögens Hafvsbad ★★★★★

- 2 x overnattinger (Annex)
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny/buffé
- Fri SPA-entré
- Gratis internett og parkering

Ankomst: Søndag - onsdag inntil 29.12.15

SPAR OPP TIL 424,-

1.589,-

...Bilferie til lavpris

Risskov tilbyr:

- Ledende europeisk arrangør innen bilferie
- 700 hotell i over 15 land
- Høy kvalitet til lav pris
- Personlig service ved vårt kundesenter
- Eksistert siden 1991



Vi har hatt kjempesuksess i Norge igjennom vårt første driftsår. Gjestene våre kommer tilbake gjentatte ganger grunnet gleden over kvalitet til lavpris.



Vegard Knudsen
Country Manager

Vi har meget gode priser på halv pensjon og bed & breakfast. Så er det opp til deg hva som passer dere best.

Vi i Risskov tilbyr deg og familien en fantastisk flott ferie til en pris så billig at du ikke har råd til å bli hjemme.

Ring oss nå eller besøk vår hjemmeside.



Byen med et rikt kulturliv, et yrende uteliv og en unik atmosfære i Gamlebyen. Gamlebyen er den best bevarte festningsbyen i Skandinavia. Quality Hotel Fredrikstad ligger i sentrum.

🇳🇴 | Østnorge

Sommerbyen

Quality Hotel Fredrikstad ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Gratis wifi
- 100% røykfritt hotell

Ankomst: Inntil 31.12.15 | Sesongtillegg fra kr. 130 / døgn

SPAR OPP TIL 390,-

1.399,-



Hotel Ambrosiano ligger i hjertet av Montecatini Terme, kjent for sine termiske kilder og moderne spa-fasiliteter. Hotellet har et innendørs basseng og koselig en hage.

🇮🇹 | Toscana

Fantastiske Italia

Hotel Ambrosiano ★★★★★

- 3 overnattinger m frokostbuffé
- 3 x 3-retters meny m salat
- 1 velkomstdrink
- 1 fl. mousserende vin på rommet
- Adgang til pool, sauna, fitness

Ankomst: Inntil 20.12.15

KJEMPETILBUD

1.399,-

Miljøtillegg 1,4 EUR / døgn



🇩🇰 | København

Moderne hotell i rolig forstad

First Hotel Høje Taastrup ★★★

First Hotel Høje Taastrup er et moderne og fargerikt innredet. På hotellet kan dere nyte frokosten i den hjemlige restauranten, og om sommeren, når været tillater det, i gårdshagen.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny/buffé
- 1 x ettermiddagskaffe
- Gratis internett og parkering

Ankomst: Inntil 30.01.16

SPAR OPP TIL 701,-

889,-

www.risskov.no ➔ 32 82 90 00 ➔

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

RISSKOV 
BILFERIE



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

Skreddersy din lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
i september:
bi.no/helseledelse

For å møte morgendagens utfordringer, må ledere i helsesektoren beherske endrede ledelsesformer. Handelshøyskolen BI har utviklet et eget utdanningstilbud, spesielt for deg som ønsker å bli, eller er leder i helsesektoren. Ta ett program, eller bygg din egen bachelorgrad med fordypning helseledelse.

- Praktisk helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Helselovgivning
- Etikk

TYNGDEN DU TRENGER



Innhold



04 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 16. april

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



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 14 Hierarki trumfer erfaring
- 19 I nyhetene: Henriette Gamlem
- 20 Gamle jernpumper ruster ikke
- 26 Tema: Sykepleier på Svalbard
- 38 Hjelp i ALS-jungelen
- 42 Smaker på intensivsykepleie



Godt for gamle muskler å pumpe jern. **20**



Sykepleie

- 48 Hva sykepleiere bør vite om malaria
- 52 Flerkkulturelle sykepleiere
- 55 Min jobb: Kathrine Odden
- 56 Luktens lidelse
- 58 Bedre kvalitetssikring av praksis
- 62 Etikkk: Den brysomme nabokjerringa
- 64 Bedre pleie etter kommunikasjonskurs



Hva du bør vite om malaria. **48**



Påfyll

- 68 Smånytt fra faget
- 69 Liv laga
- 70 Kulturintervju: Trond Haugmark
- 72 Bokanmeldelser
- 74 Kronikk: Jostein H. Sandsmark
- 76 Fakta: Kreften som kan forhindres
- 78 Kryssord og quiz



Lever ut musikkdrømmen. **70**



Meninger

- 80 Eli Gunhild By om lønn
- 82 Lesermeninger
- 83 Minneord
- 84 Kronikk: Mats Nylén-Eriksen
- 86 Anlovs arrest
- 87 Innspill: Håkon Endal
- 88 Kronikk: Kari Henriette Simensen Breilid
- 90 Tett på Steinar Madsen
- 95 Stilling ledig og kunngjøring



Tett på Steinar Madsen. **90**

Forsidefoto: Sverre Chr. Jarlid

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

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





Oppgjøret. Det er ikke i fete, men i magre år at samfunnet har mulighet til å gjøre noe med urimelige lønnsforskjeller.

Likelønnsfloppen



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Dette året er det moderasjon på menyen. Over hele fjøla har alle som har noe med lønna vår å gjøre, utropt 2015 til det året vi ikke skal be om mer penger fra arbeidsgiverne. Vi skal ikke ha råd til det. Amen.

Det er et visst hierarki i slike besvergelser. Først var det sentralbanksjefen som skildret et scenario for landet som ingen har lyst til å oppleve. Oljetørke, tap av arbeidsplasser, boligprissmell. Så var det statsministerens tur å be om edruehet, tett fulgt av arbeidsgiverorganisasjonene. Snart fulgte hovedfeltet av eksperter som alle var gripende opptatt av dramatikken i fallende oljepriser og et generelt for høyt lønnsnivå sammenliknet med land vi konkurrerer med. Dette var ikke tiden for enda et fett år med lønnsøkinger, måtte vi vite. Nå var det alvor.

BÅNN GASS. Så langt var alt som det skulle være. Den dagen Kristin Skogen Lund i NHO og Anne-Kari Bratten i Spekter sier noe annet, for eksempel bønn gass, er det virkelig grunn til engstelse. Men den massive jammerkonserten fra landets ledende profesjonelle lønnspekkimister hadde snart også en bedøvende effekt på arbeidstakerorganisasjonene. Fremst i køen med sine bønnen om å sette bremsene på i år, et såkalt mellomår i lønnsforhandlingene, sto LO-leder Gerd Kristiansen. Hun feide alle lønnsforventningene som fortsatt måtte finnes hos noen med utdanning over videregående skole, til side og slo fast at det ikke var noe å hente i år. Bortsett fra noen slanter til de som er aller lavest lønnet. For alle andre måtte det holde at det såkalte «overhenget» fra 2014 uansett gjør at de fleste vil opprettholde kjøpekraften.

Det varte ikke lenge før også Anders Folkestad, leder for Unio, måtte kripe til korset. I januar i år mente han ennå at lærerne og sykepleierne ikke skulle la være å stille lønnskrav ved årets oppgjør, selv om det nå butter imot i norsk økonomi. «Å stille krav er også å ta ansvar», sa Folkestad optimistisk da han ved årets start talte til de 12 forbundene som utgjør Unio.

Tre måneder senere har pipen fått en annen låt. Borte er tydeligvis håpet om at Unio skal få lønnsnivået til de med tre års høyskoleutdanning på den politiske agendaen. Folkestad har

kapitulert. Nå kan vi bare glemme 2015. Unio-lederen erkjenner nederlaget ved å skyve forventningene til neste år, som er et hovedtariffår. «Da må det tas et krafttak for å rekruttere utdanningsgrupper, og lønn er det viktigste virkemiddelet».

Nå vil jeg ikke påstå at ikke Unio og Sykepleierforbundet har gjort alt de kunne for å sette manglende uttelling for høyskoleutdanning i det offentlige høyere på dagsorden. Grovt sett har kampen for bedre lønnsuttelling de siste årene gått langs to linjer: På den ene siden har man forsøkt å få politisk gehør for et særskilt lønnsloft for kvinne-dominerte utdanningsgrupper ut fra rettferdighetshensyn. Med likelønnskommissjonen i ryggen kjempet man for at Stortinget skulle innfri sykepleierne lønnsønsker. Når ikke det har lyktes, har forbundet de siste årene lagt om til en strategi som fokuserer mer på uttelling for kompetanse. Å synliggjøre og snakke opp sykepleierne ferdigheter og kunnskap skal myke opp arbeidsgiverne, ikke først og fremst på grunn av rettferdighetsgrunner, men fordi samfunnet sårt vil trenge disse kunnskapene i årene som kommer.

STILLER OPP LIKEVEL. Faktum er at ingen av disse to strategiene foreløpig har brakt sykepleierne nærmere målet. Sykepleierne henger fortsatt kraftig etter sammenliknet med kolleger med like lang utdanning i privat virksomhet, men også sammenliknet med kolleger i offentlige tekniske etater. Forskjellen i årslønn mellom kvinner og menn er fortsatt på 73 000 kroner, og enda mer er det for dem som har inntil fire års høyere utdanning.

Det skrikende behovet for høyskoleutdannet arbeidskraft som vil møte helsetjenesten om få år, har ikke gjort større inntrykk på beslutningstakerne enn at de nøyer seg med helt uforpliktende løfter. Helseminister Bent Høie og hans to sykepleierstatssekretærer kan fort enes med Sykepleierforbundet om at kompetanse vil bli en nøkkelfaktor i helsetilbudet til vår aldrende befolkning. Men det medfører ikke automatisk at arbeidsgiverne i større grad bruker lønn som lokkemiddel, slik det ofte er i andre sektorer. Arbeidsgiverne regner tydeligvis med at sykepleierne kommer rekende likevel.



Illustrasjon: Marie Rundereim

ALLIGATORKAMP. Nå står ikke jeg i Anders Folkestad eller Eli Gunnhild Bys sko, og det kan hende at verden ser annerledes ut derfra. Jeg er ansatt som redaktør i et tidsskrift som skal se kritisk på sykepleierne verden, på godt og vondt. Sett derfra kan jeg ha problemer med å applaudere Unios passive moderasjonsmodus i år. Jeg har nemlig aldri skjont at et likelønnsloft skal være lettere å oppnå i såkalt «fete» år, mens forbundene som kjemper for løftet, ydmykt bøyer sine hoder for sentralbanksjefen i såkalt magre år. I «fete» år, når Norge går så det susser, utløser lønnsoppgjøret som regel en brutal kappestrid blant de mest muskuløse forhandlingsgrupper med sikte på å få med seg mest mulig. Det er som å kaste kjøttbiter i en dam med alligatorer: De største beistene vil alltid stikke av med de beste godbitene.

Annerledes er det i «dårlige» tider. Når arbeidsplassene i privat sektor er truet, vil viljen til å komme med ublyge krav være beskjeden hos de aktørene som tradisjonelt liker å flekke med tennene sine. Alle skjønner at vi ikke må prise oss selv ut av eksportmarkedet. Men å øke lønnsnivået hos offentlig ansatte, for eksempel i helsesektoren, vil ikke forverre Norges konkurransevne vesentlig. Et slikt løft vil riktignok gjøre vondt

i finansdepartementet, men ikke verre enn for eksempel infrastruktur-tiltak som veier og tog. I magre år er det også større rom for å se et lønnsoppgjør i et politisk perspektiv der man

«I magre år er det større rom for et rettferdighetsperspektiv.»

kan justere skjevheter i lønnsdannelsen uten at det behøver å utløse et ragnarok av andre krav.

BØYER NAKKEN. Det som nå har skjedd er at LO og NHO, nesten uten motstand, har forhandlet fram et løft for de lavtlønte, mens Unio og Sykepleierforbundet bøyer nakken og begynner å tenke på neste år. Det er et tankekors når vi vet hvem helsesektoren trenger mest i framtiden: De ufaglærte, som vi skal ha færre av, får mer av kaken, mens de som har de ferdighetene som vi trenger mest, ikke får noe av årets penger. De må bare nøye seg med drømmen om at alt skal bli bedre en gang. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Skinner dine arbeidsklær av din personlighet?

The work that is good enough is the work done by skilled hands, guided by a clear mind inspired by a loving heart



Tunika fra 329 kr



10% RABATT
Angi koden:
SYKEPLEIEN-4

www.color4care.no



#color4care



Color4care



23 96 09 36



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 04 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



Passer på: Raymond Homme vet hvor fort ting kan endre seg på intensiven.

På prøve

Trainee. På Rikshospitalet får Raymond Homme testet om intensivfaget er noe for ham. **42**



Vet best. Hierarki trumfer erfaring. **14**



«Hvem vet hvor jeg hadde vært i dag uten treningen.» Unni Olsen **20**



Tema: Sykepleier på Svalbard. **26**



Ble trodd: Kelly Flores (t.v.) og Wilmae Libres er glade for å ha blitt trodd av retten. Men det kan bli en tredje rettsrunde. Arkivbilde: Marit Fonn

Fikk medhold i retten

UTNYTTET: Et ektepar og OUS er dømt for å ha utnyttet filippinske sykepleiere økonomisk. Men dommen ankes.

Dommen falt i Borgarting lagmannsrett 9. mars: Ekteparet ble dømt for grovt å ha utnyttet sju filippinske sykepleiere de har rekruttert, tre av dem til Ullevål sykehus. Straff: fengsel i ett år og tre måneder.

Oslo universitetssykehus (OUS)

ble dømt for å ha medvirket til grov utnyttelse av tre av sykepleierne. OUS er ilagt en bot på en million kroner.

Sykepleierne ble også tilkjent erstatning på til sammen flere hundre tusen kroner. Men både ekteparet og Oslo universitetssykehus OUS har anket dommen til Høyesterett.

OUS vil likevel betale erstatning til de tre sykepleierne, som kom til OUS

i 2010 fordi det var akutt mangel på operasjonssykepleiere på Ullevål sykehus. De måtte ta opp dyre lån, og begynte å jobbe uten kontrakt. Både ekteparet og OUS ble først frikjent i tingretten.

Påtalemyndigheten har kommet med motanke til anken. Nå er det opp til ankeutvalget og Høyesterett om saken skal gå runde nummer tre i retten.

Yngst blant fylkeslederne

Lillian Elise Liane (33) ble ny fylkesleder for Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Telemark. Hun vil heller påvirke enn å sitte på sidelinja og irritere seg, sa hun til Porsgrunns Dagblad. Liane er den yngste av 19 fylkesledere, som alle ble valgt før påske. Seks av dem er helt ferske i vervet.



Digitale trygghetsalarmer

Helsedirektoratet konkretiserer nå de tekniske kravene til en velferdsteknologisk responscenterløsning som alt velferdsteknologisk utstyr ute hos brukerne er koplet opp mot. Kravene skal være klare til sommeren 2015. Blant annet er det anbefalt at alle kommuner får digitale trygghetsalarmer.



Unge gravide mest sykmeldt

Gravide kvinner over 30 år er mindre sykmeldt enn gravide i 20-årene. Forskjellen skyldes i hovedsak at de yngre kvinnene har lavere utdanning og tynge arbeidsmiljø enn kvinner som venter med å få barn. Det er blant resultatene i doktorgradsarbeidet til Anne Marie S. Ariansen ved Universitetet i Bergen.



D-vitaminer må doseres rett

Riktig nivå. Mangel på D-vitamin kan foruten skjeletttrøbbel gi økt risiko for psykoser. Men nivået må ikke bli for høyt, da kan det gi økt risiko for blodpropp i hjertet.

Forskning.no

Fakta og tall. Hiv

249

hiv-tilfeller ble meldt i Norge i 2014.

184

var menn, 65 var kvinner.

107

menn som har sex med menn ble hivsmittet i 2014. Dette er det høyeste tallet noensinne.

500-700

personer i Norge er hiv-smittet uten å vite det.



Begrenset bruk: HiOA tillater niqab, men ikke ved situasjoner der det skal kommuniseres. Foto: Colourbox

Høgskolene uenige om niqab

ULIK PRAKSIS: Sykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) får bruke heldekkende ansiktsplagg som niqab.

Et forbud ville vært uforenlig med prinsippet om lik rett til utdanning, har rektor Kari Toverud Jensen bestemt, etter at saken har vært på høring.

Det skal ikke være forbud mot disse plaggene i åpne forelesninger

der det er lite kommunikasjon mellom student og foreleser. I andre undervisningssituasjoner, der det er krav om kommunikasjon, kan det derimot innføres forbud. Det gjelder også i gruppearbeid og en rekke andre situasjoner, for eksempel i praksis, der det er praksisstedets regler om bekledning som gjelder.

HiOA skiller seg fra Høgskolene i Østfold og Telemark, som begge

har innført forbud, i Østfold fra høsten 2015.

Status for Høgskolen i Buskerud Vestfold i desember var at Studieavdelingen der har foreslått å innføre niqab-forbud på alle studier og i alle skolesituasjoner. Noen ansatte reagerte på forslaget og viser til at forbudet berører et fåtall kvinner som allerede er marginalisert.

Kilde: Khrono.no

iPad ødelegger søvnen

Å lese ei bok på e-brett på senga forstyrrer søvnen din og gjør deg mer uopplagt enn om du leser en bok i papirutgave. Lyset fra skjermen gjør at det tar lengre tid å falle i søvn, forstyrrer døgnrytmen, reduserer melatoninproduksjonen og REM-søvnen, og gjør deg mer groggy dagen etter. Dette viser en amerikansk studie publisert i PNAS, med første-forfatter Anne-Marie Chang.

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Backer ut. Erfarne sykepleiere vet ofte hva som er best for pasienten, men tør ikke stå for dette i samspill med mindre erfarne leger.

Hierarki trumfer erfaring

• Tekst **Miriam Lykke Schultz**

Der er travelt på akuttavdelingen ved Køge Sygehus i Danmark. En eldre dame har nettopp kommet inn, og den nybakte legen er i tvil om pasienten skal ha kateter. Først tror han at bekken er godt nok, men den erfarne sykepleieren vet at det er nødvendig å legge inn kateter. Likevel føler hun ikke at hun kommer til å få gjennomslag for dette, for legen vil selv bestemme.

VIDEO. Slik beskriver sykepleieren forløpet, men seansen er blitt tatt opp på video. Den viser at det faktisk var sykepleieren som trakk seg, både verbalt og fysisk.

– Videoopptak er objektiv dokumentasjon. Det er et effektivt redskap for å se seg selv utenfra. Det gjør det lettere for helsepersonell å forholde seg til egne feil.

Det sier doktorgradsstipendiat Sarah Bro ved Syddansk Universitet i Danmark. Hun har valgt videoopptak som dokumentasjonsform i sin avhandling om kommunikasjon og menneskelige feil i medisinske akutt-team.

– Målet er å utvikle metoder som kan skaffe mere kunnskap om hvordan feil oppstår, og hvordan de kan unngås, forteller hun.

OPPLEVES IKKE SOM FEIL. 70 prosent av alle menneskelige feil i helsetjenesten er relatert til dårlig

kommunikasjon, tap av informasjon og manglende koordinering, viser forskning. Derfor har Sarah Bro særlig fokus på de metoder som stimulerer til bedre kommunikasjon. Hun har samlet inn materiale på to stuer ved akuttavdelingen på sykehuset i Køge i nærheten av København. Med tre videokameraer på hver stue har hun fulgt samspillet mellom helsepersonell og pasienter, og helsepersonellet seg i mellom.

– Vi vet for lite om hva som skjer i akutte beslutningsprosesser. Ofte oppstår feil i kommunikasjonen



«Noe gjør at sykepleieren ikke tar ansvar for sin kunnskap.» Sara Bro

som etterpå enten ikke kan identifiseres utover deres konsekvenser, eller som ikke oppleves som feil overhodet, sier Bro.

Kunnskap om hva som skjer i prosessen kan til syvende og sist være med på å redusere antallet menneskelige feil som skyldes dårlig kommunikasjon, mener forskeren.

– Jeg analyserer alt jeg kan se på opptakene. Hva sier de, hva gjør de? Det gjelder alt fra stemmeføring, øyekontakt, interaksjon og kroppsspråk til de større organisatoriske normer, regler og verdier, forklarer hun.

IVEIEN. En av hennes viktigste observasjoner er at den hierarkiske oppbygning på sykehus står i veien for at sykepleierens erfaring og faglighet veier tyngre i samspillet med legene. Dette kan være erfaring som er spesielt viktig på avdelinger med et større innslag av uerfarne leger.

– Hvis man ser på teamet som helhet, er sykepleierne på akuttavdelingen som oftest de mest erfarne. Men på grunn av rollehierarkiet i kulturen kommer deres erfaring og kunnskap ikke pasienten til gode, sier Sara Bro.

– Det interessante er at sykepleieren vet hva som skal gjøres. Men når legen bestemmer seg for å høre på hennes ekspertise og erfaring og la henne ta beslutningen, så trekker hun seg både verbalt og fysisk, sier forskeren. Dette kom frem da hun analyserte videoopptaket med kvinnen som trengte kateter.

Overraskende nok føler sykepleieren etterpå at legen ikke ville høre på henne. Men det er ikke det som skjer, viser videoopptaket:

– Det er ikke legen som dikterer

Fakta ●●●●

Video-forskning

Med tre videokameraer på hver avdeling har forsker Sara Bro i Danmark fulgt samspillet mellom helsepersonell og pasienter, og helsepersonellet seg i mellom. Opptakene skjedde ved Køge Sygehus. Avhandlingen konkluderer med at sykepleiere ofte har en klar formening om hva som har skjedd i samspillet med legene, men at dette ikke alltid stemte overens med virkeligheten på opptakene.



Team: Av og til vet sykepleiere med erfaring best. Arkivfoto: Marit Fonn.

og skal bestemme. Noe gjør at sykepleieren ikke tar ansvar for sin kunnskap, men i stedet innordner seg legens opprinnelige tanke om at kateteret kan unngås, på en irrasjonell måte.

HJELPEMIDLER FJERNER FOKUS. Det overrasket Sarah Bro at de involverte ofte hadde en klar oppfatning av hva som skjedde, men at det ikke stemte overens med observasjonene på opptakene.

– Personalets opplevde at de satte i gang mange gode tiltak, og at de hadde det så travelt at de ikke kunne gjøre noe annet enn det de gjorde. Men i virkeligheten ble teamet frustrert når de var i tvil om hva symptomene hos pasienten indikerte. De klarte ikke å komme videre eller tenke andre strategier enn den opprinnelige.

En annen observasjon er at det er stor forskjell på hvordan noviser og mer erfarne sykepleiere rent praktisk agerer.

«Når nyutdannede brukte spørreknikker og prosedyrer, viste det seg ofte at det hadde en negativ

innflytelse på måten beslutningene ble tatt på. De konsentrerte seg mindre om hva som egentlig skjedde i situasjonen, og hva pasientene ga uttrykk for og bad om,» sier Sarah Bro.

Hun håper at hennes forskningsresultater kan bidra til å få nydannede til å komme raskere på nivå

«I virkeligheten ble teamet frustrert.»

Sara Bro

med de erfarne og at det kan frigjøre ressurser til hele avdelingen.

– Sykepleiere skal evalueres på det de gjør, slik at de blir i stand til å forstå hva forholdet til pasienten betyr for diagnostiseringen. De må også forstå hvordan hjelpemidler og prosedyrer på godt og vondt kan innvirke på beslutningene. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Artikkelen har stått på trykk i danske Sygeplejersken.



Håndkrem fra Yes Nurse!

Prisvinnende håndkrem laget av sykepleier for sykepleiere!
Meget populær i England - nå også i Norge!

Meget effektiv for hender som vaskes ofte - trenger ikke påføres etter hver vask. Velduftende og drøy i bruk - krem på størrelse med en ert er nok. Kremen trekker inn i huden umiddelbart og gir fuktighet som varer uten at alt du tar i blir tilsmusset.

Tube på 50 ml får plass i lommen, kr. 89,-

- Dermatologisk testet, ikke testet på dyr.
- Uten farge, parabener og phtalates.
- Inneholder bl.a. vitamin A, B5 og E, og Omega 3, 5, 6 og 9.



MANGLER DU SYKEPLEIERE TIL FERIEEN?

ACCURATE CARE
GARANTERER LEVERING
VED BESTILLING FØR
1.MAI



Ring oss på 74 15 72 00 eller
send mail til post@acare.no

Hva skjer. Eldreomsorg



Når et hjem blir noe annet

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

HELSEHUS: Det er en krevende øvelse å gjøre sykehjem om til helsehus forbeholdt rehabilitering og korttidsopphold. I Oslo har det vært mange hensyn å ta, ikke minst for dem som bor på hjemmet fra før av.

I fjor startet Oslo kommune en prosess for å gi byen mer rendyrkede langtids- og korttidshjem.

Bakgrunnen var hvordan samhandlingsreformen har gitt kommunene økt ansvar for rehabilitering etter sykehusopphold, og dermed større behov for korttidsplasser.

Utfordringene i prosessen har vært mange, og nå håper kommunen at erfaringene kan være til nytte for andre i liknende omstillingsfaser.

STOR REFORM. – Dette er en stor reform i Oslo kommune der målet er å spesialisere tilbudene våre, uttalte eldrebyråd Aud Kvalbein (KrF) til Akers Avis Groruddalen i forbindelse med lanseringen av prosjektet i fjor sommer.

I dag har en rekke sykehjem i Oslo egne korttidsavdelinger, men ved å samle relevant kompetanse på færre steder er målet å kunne få brukere raskere hjem og tilbake til hverdagen.

Om lag 4 700 pasienter behandles årlig i Sykehjemsetatens korttids- og rehabiliteringstilbud i Oslo. I 2014 innebar det nærmere 17 100 innleggelse, de fleste etter opphold i sykehus.

Målsettingen er at alle korttids- og rehabiliteringsplasser som til nå har vært spredd på 24 sykehjem, i løpet av 2015 blir samlet i fire helsehus.

– Vi ønsker at helsehusene vi etablerer skal bli et nyttig verktøy som bidrar til at flere vil kunne bo hjemme livet ut. Helsehusene har blant annet høyere legedekning for å

imøtekomme behov ved utskrivning fra sykehus og mer kompetanse på rehabilitering og trening for at pasientene skal mestre hverdagen i eget hjem.

Det sier Bjørg Torill Madsen, prosjektdirektør i Sykehjemsetaten i Oslo kommune og ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet.

VANSKELIG VALG. Moren til Lillian Nordbø Berge er 101 år gammel, og langtidsbeboer på Tåsenhjemmet. Et av sykehjemmene som gjøres om til helsehus.

Berge kan ikke få skrytt nok av personalet på hjemmet – av deres innsats, omsorg og profesjonalitet.

Samtidig har den pågående re-

«Mor sier at hun kjeder seg, men ikke orker tanken på å flytte.»

Lillian Nordbø Berge

formen gitt hennes mor et vanskelig valg.

– Hun har i praksis to alternativer, sier Berge.

– Hun kan søke seg til et nytt, og for henne fremmed, sykehjem. Eventuelt kan hun bli boende på Tåsen, og oppleve at kjente ansikter erstattes av stadig nye, og at tempoet rundt henne tilter.

Berge understreker at hun har stor forståelse for nødvendigheten av reformen, men ønsker å rette oppmerksomhet mot en uønsket effekt fremgangsmåten kan ha for enkelte.

– Å flytte til et nytt sted – med nye medboere, pleiere, rom og ny

vei til spisesal og toalett, kan medvirke til økende desorientering, påpeker Berge.

– Blir man boende, vil det derimot komme inn stadig nye korttidsbeboere, som man ikke rekker å bli kjent med. Det gjør noe med dagliglivet til de eldste at det bare er ukjente ansikter i spiseslua og tv-kroken, og enda færre å snakke med.

Berge forteller at på hennes mors avdeling var de elleve langtidsbeboere da prosessen startet.

Nå er det kun fire igjen.

– Mor sier at hun kjeder seg, men ikke orker tanken på å flytte.

MINST MULIG ULEMPE. – Vi har en klar og tydelig føring på at ingen beboere med langtidsplass i våre kommende helsehus flytter til annet sykehjem uten at de ønsker det selv, understreker prosjektdirektør Madsen.

Hun forteller at de har gjort mye for at overgangen skal medføre minst mulig ulempe for de involverte, og at har vært store ulikheter

mellom de fire institusjonene i måten prosessen er gjennomført.

Blant faktorene de ser bidrar til at beboere velger å flytte, er hvorvidt de kan flytte sammen med beboere de kjenner på hjemmet, om personal omplasseres samtidig og den bygningsmessige standarden på sykehjemmet de flytter til.

TETT DIALOG. – Vi har tett dialog med samtlige, og forsøker å imøtekomme deres ønsker der det er mulig, sier hun.

Madsen påpeker at det for eksempel forenkler det hele om hjemmet kan ha tydelig atskilte avdelinger for langtidsbeboere og korttidsplasser i en overgangsperiode.

– Det er jo et høyere tempo på rehabiliteringsplassene, og man gjør derfor interne flyttinger for å samle de som har langtidsplass. Ulempen er at man må bytte rom, men man vil samtidig kunne bevare mye av stabiliteten og det gjenkjennelige rundt seg. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



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

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370

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

WWW.SILENTIA.NO

Få sår til å gro raskere med



Woulgan® er en ny biogel for aktiv sårbehandling, utviklet i Tromsø. Produktet er primært utviklet for behandling av kroniske sår og sår som har vanskelig for å gro, men kan benyttes på en rekke ulike sårtilstander, inkludert mindre alvorlige sår som kutt og rifter.

Ønsker du mer informasjon? Ta kontakt på info@biotec.no

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg

MEDLEMSTILBUD I FORDELSBUTIKKEN!



Som medlem i NSF får du alltid gode tilbud i fordelsbutikken! Flere nye produkter ventes inn i løpet av vinteren.

Bestill på www.nsf.no/fordelsbutikken i dag!



Vi har satt sammen en treningspakke som inneholder Craft treningstøy (t-shirt og tights), vannflaske, håndkle og boken om Pondus og Beate som er laget spesielt for NSF.

(Ordinær pris 756,-)

NÅ KUN KR 550,-





Henriette Gamlem

Totalt uten smykker

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Gidske Stark**, Bergens Tidende

Fakta

Aktuell som

Smykkefri sykepleier på kirurgisk avdeling på Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen

Alder: 32 år

Bakgrunn: Haraldsplass har totalforbud mot alle smykker, sto det i Bergens Tidende 31. mars. Der ble sykepleier Henriette Gamlem intervjuet om sitt syn på ordningen. Reglene ble innført i høst, og omfatter mer enn metall: nemlig klær. Alle på sykehuset skal gå i hvitt, dongeribukse og skjerf er forbudt. – Det skal være et tydelig profesjonelt skille mellom jobb og fritid, fortalte fagdirektør Petter Thornam til avisen.

Når ble du smykkefri?

– Jeg er ikke en smykkeperson. Jeg var ring- og klokkefri fra før, men måtte plukke av meg noen øredobber da totalforbudet kom.

Hva synes du om totalforbudet mot smykker?

– Helt greit, fordi da unngår vi diskusjonen om hva som er lov og ikke lov. Den diskusjonen er det greit å slippe.

Hvorfor?

– Jeg jobber som assisterende avdelingsleder og har en del opplæring av nyansatte og studenter. Nå slipper vi å lure på hvor store og prangende øredobbene egentlig kan være.

Alle hadde kanskje ikke lyst til å plukke av seg all pynt?

– Det falt ikke helt i god jord hos alle. De lurte på om grunnen til forbudet var hygiene eller estetikk.

Hvorfor kom forbudet?

– Det er et smittevernstiltak, bakterier legger seg jo lett på fremmedlegemer. Vi har i flere år hatt kampanjer om riktig arbeidsantrekk, men ikke hatt full oppslutning. Siden det henger store plakater i korridoren om dette, passer det seg ikke at personalet bærer smykker. Særlig har omveltningen vært stor for kirurgene. De tar gjerne på seg klokke og ring mellom operasjonene og visittene.

Er det lett å glemme seg?

– I begynnelsen, men etter noen få ganger var det på plass hos de fleste. Noen har nok prøvd å demonstrere ved å beholde noen smykker.

Er dere blitt smykkepoliti?

– Ledere fikk beskjed om å gå inn for forbudet. I starten var jeg kanskje litt politi: Husk øreringe! Oftest skyldtes det en forglemmelse.

Også direktøren, som er dame, er smykkefri – i solidaritet?

– Det syns jeg er en fin måte å gjøre det på. De i administrasjonen må kneppe igjen frakken over sine private klær hvis de er i klinikken. Men nulltoleransen for smykker gjelder alle.

Det er påbudt å gå med hvite klær?

– Det gjelder alle som jobber i klinikken. Noen leger har gjerne brukt private klær og så tatt frakken over seg, og sekretærer har kanskje hatt et sjal over skuldrene. Det er det slutt på.

Men briller er lov?

– Vi må få lov til å kunne se. Jeg kan bruke linser. Men det er ofte tørr luft og dårlig inneklimate. Det er ikke alltid godt med linser.

Hva med mobilen?

– Jeg håpet at den også skulle forsvinne med nulltoleransen. Privat mobil hører ikke hjemme i hvite lommer. Jeg håper den blir seponert ved neste innspurt.

Vil dere måle effekten av smykkeforbudet?

– Smittevern har prevalensmålinger hvert kvartal. Det blir spennende å se om vi kan se noe effekt av dette.

Er du spesielt opptatt av hygiene?

– Ja, kanskje. Men jeg håper jeg ikke er mer opptatt av det enn gjennomsnittssykepleieren. Det er noe alle skal være opptatt av. Det er jo alfa og omega at ikke pasienten påføres noe unødige.

Noe mer?

– Det blir ekstra gøy å pynte seg når du har fri når du ikke gjør det på jobb. Personligheten kommer aldri helt fram før vi møtes på privaten. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Hva skjer. Eldre og trening



Forever Young: Det er større sjanse for å beholde helsa ved å trene. Det vet 68 år gamle Arne Spurkeland. Her gjør han seg klar for 100 kilo markløft. Se flere bilder i Sykepleiens app utgave nr. 4/2015.

Gamle jernpumpere ruster ikke

Fyllingsdalen, Bergen. Alder er ingen hindring.
Arne Spurkeland er 68 år og har en norgesrekord i markløft.

● Tekst og foto **Ann-Kristin B. Helmers**

Det klirrer i jern og stønnes av utmattelse. Muskler flekses under stramme trøyer. Med dødsforakt gyver de på. 69-åringene løfter vekter. 74-åringene tar benkpress. 83-åringene tangerer manualer foran speilveggen.

Vi er i studioet til Bergen styrkeløftklubb. Sykepleier, daglig leder og trener Tor Engevik går rundt og veileder og oppmuntrer de sju-åtte senioren som har møtt opp til dagens trening. Litt få som har møtt opp, konstaterer han. De er 20 medlemmer til vanlig. Snittalderen er over 70.

Her er alderen ingen hindring. Målet er å trene for å beholde muskelmasse. Fordelene av det er mange: Bedre kognitiv funksjon, klare seg bedre i hverdagen, forebygge Alzheimer, sosialt nettverk – for å nevne noe.

Grunnen til at det ikke er så mange på dagens treningsøkt, er at styrkeløftingen kræsjer med en fem timers gåtur som en av

klubbmedlemmene også arrangerer. Så noen har valgt tur. Styrkeløfterne fra Bergen utgjør en sprek gjeng.

LETT. Med eiermine spenner 68 år gamle Arne Spurkeland på seg magebeltet. Klar til markløft. 100 kilo på stanga.

– Han klarer nok et par, mener trener Tor Engevik.



«Rekordene er motiverende.»

Tor Engevik, sykepleier og trener

Spurkeland rigger seg til med brede ben. Trekker pusten. Og: Løft!
En. To. Tre. Fire.
Han lar seg ikke affisere.

Fem. Seks.

Svetten står i panna. Han skjærer grimaser. *Sju.*

Beina dirrer.

Åtte!

Treningkameratene bryter ut i spontan applaus.

Arne Spurkeland smiler halvt. Tar en pause. Justerer buksestrikken, drar til magebeltet og fokuserer blikket et sted langt der framme. Så er han i gang igjen. Åtte nye repetisjoner.

LAVTERSKELE. Bergen styrkeløftklubb ble startet av sykepleier Tor Engevik og fire venner i 1999.

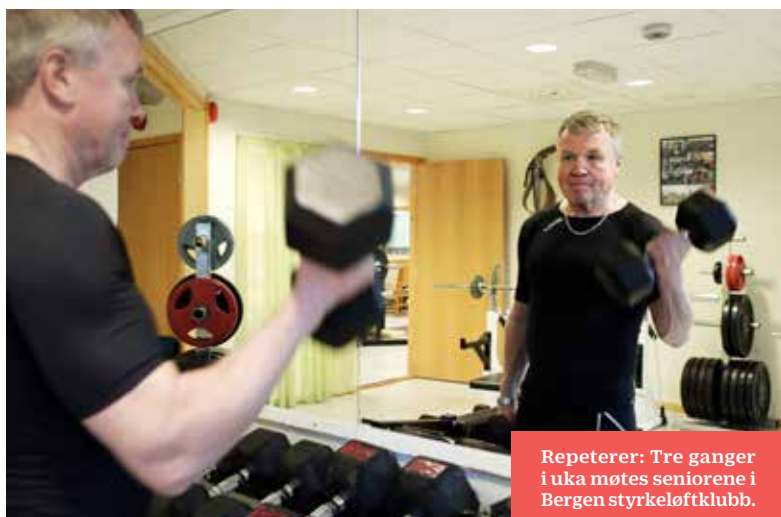
Engevik er også leder av faggruppen for geriatri, og er med i Norsk Sykepleierforbunds nettverksgruppe for folkehelse.

– Formålet fra starten av, har vært å drive en bredde- og lavterskelklubb med lav kontingent.





Jernharde seniorer: Lårmuskelaturen får kjørt seg. I bakgrunnen forbereder Evelyn Engevik markløft.



Repeterer: Tre ganger i uka møtes seniorene i Bergen styrkeløftklubb.



Sprø og sterk: Unni Olsen er beinskjør norgesmester i markløft.



MER AKTIVE. Både antall eldre og andelen eldre i den samlede befolkningen øker. Dette betyr at flere vil leve med kroniske sykdommer og kreft.

Tall fra Helsedirektoratet viser at bygging av muskler ikke er et særskilt bergensk fenomen: I 2012 oppga rundt 20 prosent i alderen 67 år og eldre at de aldri trente eller mosjonerte. I 1988 svarte rundt 40 prosent det samme. Seniorene har blitt mer aktive.

– Trening er noe av det mest fornuftige man kan gjøre i et folkehelseperspektiv. Jeg brenner for at flest mulig skal ha en lavest mulig terskel for å begynne å trene, sier han mens han korrigerer teknikken hos en av damene som skal til å løfte noe tungt.

– Er det ikke litt farlig å trene benkpress og markløft når man begynner å dra på årene?

– Nei. Ikke om man trener riktig. Treningen må selvsagt skje gradvis og kontrollert, men det er på ingen måte farlig, sier han.

Engevik forteller at de har medlemmer helt opp til 83 år. De aller fleste har en eller flere diagnoser. Noen er så dårlige til beins at de

«Jeg vil kunne bøye meg og knytte skolissene.»

Unni Olsen

bare trener armene. Noen har så dårlige armer at de bare trener beina. Men så blir de kanskje litt bedre i armer eller bein, og kan ta fatt på nye øvelser.

SPRØ. Unni Olsen må stå over de tyngste løftene i dag. Hun har osteoporose, og har brukket armen.

Hun er ikke alene om å være beinskjør: Rundt 100 000 kvinner i Norge er rammet av

osteoporose. Forskning viser at passivitet og stillesitting gjør skjelettet sprøere, mens fysisk aktivitet bygger opp beinmassen og virker forebyggende.

– Hvem vet hvor jeg hadde vært i dag uten treningen, sier hun.

Ektemannen Fridtjov er dårlig til beins. Han tener også. Balanse- og styrketrening er bra for å senke fallrisikoen.

REKORDER. Inne på treningsstudioet henger diplomene på rekke og rad. Rekordene er mange.

Unni Olsen satte først uoffisiell norgesrekord i markløft med 75 kilo på et stevne her i klubblokalet. Det var i 2010. To år og mye trening senere satte hun så offisiell norgesrekord med 87,5 kilo under et regionsmesterskap i Haukelandshallen.

– Rekordene blir fra starten av satt ut fra en standard som styrkeløftforbundet mener er et

Sykepleier og trener:
Tor engevik retter på
en strømpe og motiverer
arne Spurkeland.



bra nivå for alders- og vektclassen, forklarer Engevik. Etter at standarden er satt, blir rekordene høyere og høyere etter som flere tar dem.

Flere rekorder venter sannsynligvis for denne gjengen, men de merker også at de har fått konkurranse:

– Det er flere eldre som har begynt med styrkeløft. Rekordene er motiverende for dem som er sterke nok, men hovedsaken er treningen, sier Engevik.

MYK. For Unni Olsen er ikke treningen over før hun har tøyd ut.

Hun gynger noen ganger frem og tilbake på ryggraden mot gummimatten. Så løfter hun beina mot himmelen, liggende på ryggen og skuldrene, før beina sakta senker seg over ansiktet og hun blir liggende dobbelt.

Sterk som en stålstang og like etter myk som en bomullstråd. Halasana heter yoga-øvelsen.

– Sånn! Nå er jeg ferdig.

På et blunk er hun oppe og står. Feier med seg gummimatten og rydder den bort i én og samme bevegelse.

– Jeg trener for å kunne holde funksjonsnivået. Sånn må man tenke når man nærmer seg 70, sier hun.

– Jeg vil kunne bøye meg og knytte skolissene eller skifte ei lyspære. Holde på med vanlige hverdagsting, så lenge som mulig. Klart det er gøy å få diplomer og slå rekorder. Men det viktigste er å klare seg lengst mulig selv i hverdagen. ●

aknbh@sykepleien.no



Scan koden med smarttelefonen og se filmen om Arne Spurkeland.

Fakta

Generasjon 100

I Generasjon 100 er 1567 eldre personer i Trondheim invitert til en 5-årig treningsstudie. Dette er den første tilfeldig utvalgte, eller randomiserte, kliniske studien hvor hovedmålet er å studere effekten av fysisk trening på helsa til eldre.

Les mer om studien på cergntnu.wordpress.com

Dette er bra for eldre-helse:

- Høy kognitiv aktivitet
- Et aktivt sosialt liv
- Fysisk aktivitet
- Riktig kosthold
- Røykfrihet

Isosource® Mix etterligner vanlig mat

Ingrediensene i Isosource® Mix
er hentet fra kostsirkelen



Isosource® Mix

Isosource® Mix etterligner vanlig mat, og det er verdsatt av pasienter, pårørende og helsepersonell¹.

www.nestlehealthscience.no
Kundservice: 815 68 332

1. Enkätundersökning presenterad i broschyren "Isosource® Mix. När patienterna har svårt att tolerera vanlig sonndäring". Nestlé Health Science 2013. OBS Kan beställas via kundservice – 815 68 332.

Hva skjer. Screening



Bytter celleprøve med hpv-test

• Tekst **Nina Hernæs**

NY TESTMETODE: Fra 1. april blir kvinner i Rogaland og Hordaland testet for et seksuelt overførbart virus når de screenes for celleforandringer som kan gi livmorhalskreft. I Sør- og Nord-Trøndelag var de i gang 1. februar.

Ifølge prosjektleder Trude Andreassen i Kreftregisteret er hensikten å oppdage krefttilfeller tidligere.

KAN OPPDAGES. Livmorhalskreft er i en særstilling fordi den kan forebygges. Kreftformen skyldes et virus som smitter gjennom sex og som har evnen til å forandre arvestoffet til celler i blant annet livmorhalsslimhinnen. Kreften utvikles via celleforandringer over flere år og er mulig å oppdage og fjerne.

Norske kvinner får tilbud om å screene seg for slike celleforandringer ved såkalt celleprøve.

ULIK UNDERSØKELSE. Nå tas en ny metode i bruk. I stedet for å lete etter celleforandringer, leter man etter viruset som er årsaken til celleforandringer og kreft, humant papillomavirus (hpv). Prøven tas ved gynekologisk undersøkelse på samme måte som celleprøve.

– Studier viser at hpv-test i stedet for celleprøve er mer effektivt, og vi vil nå innføre metoden gradvis før den blir et tilbud til alle, forklarer Trude Andreassen.

Derfor er det bare halvparten av kvinnene i de fire fylkene som får hpv-test. Resten får celleprøve.

– Slik kan vi evaluere om hpv-test fungerer etter hensikten i det norske screeningprogrammet.

OVER 34. Alle kvinner mellom 25 og 69 anbefales screening mot livmorhalskreft. Men hpv-test er

bare aktuelt for de over 34 år. Det er fordi hpv er et svært vanlig virus, særlig blant unge som bytter sexpartnere ofte. Viruset går ofte over av seg selv og fordi hpv-testen som brukes ikke skiller mellom en ny eller vedvarende infeksjon, vil hpv-testing gi mange positive testresultater blant de yngste kvinnene. Kvinner under 34 vil derfor få celleprøve.

INFORMASJON. HpV er så vanlig at man regner med de fleste seksuelt aktive mennesker blir smittet en eller flere ganger gjennom livet. De aller fleste vil aldri vite at de har vært smittet. Med hpv-testing vil mange få beskjed om at de har et virus de har fått gjennom sex.

«Å teste positivt for hpv sier ingenting om når du er blitt smittet.»

Trude Andreassen

Andreassen ser at det kan være en utfordring. Kritiske røster har advart om at hpv-testing sykeliggjør friske kvinner. Mange som tester positivt ville aldri fått celleforandringer eller kreft av viruset. Og det fins minimalt med studier på hvordan kvinner reagerer på en positiv hpv-test.

– Det er utfordrende at vi ikke vet hvordan kvinner forholder seg til testresultatet, men tenker at det ikke er grunn til å la være å innføre en bedre metode, sier Andreassen.

- Det kan jo også være at dette er uproblematisk.

FØLGES OPP. - Noen vil lure på hvem som har smittet dem?

- Å teste positivt for hpv sier ingenting om når du er blitt smittet.

- Hva hvis man er i et langvarig forhold? Da kan smitte tolkes enten som utroskap eller som at man har gått med smitten lenge og derfor også har økt risiko for kreft?

- En positiv hpv-test sier

ingenting om noens seksualliv der og da. Men en positiv test vil bli fulgt opp med flere undersøkelser, sånn at man kan finne eventuelle celleforandringer eller kreft og så behandle.

- Er dette utfordrende å kommunisere?

- Absolutt. Vi erfarer at det er et stort informasjonsbehov, både hos leger og hos kvinner. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Les mer om hpv på side 76.



Test: Hpv-testen tas på samme måte som celleprøve. Med en børste tas celler fra livmorkalsen, legges på transportmedium og sendes laboratoriet. Arkivfoto: Nina Hernæs.

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



Tema.
**Sykepleier
på Svalbard**

Beredskapssykehus: Det er få steder på fastlandet hvor sykepleierne er vant til å stå alene med pasienten og ta avgjørelser. På Svalbard er det stikk motsatt. Sykepleier Marit Solberg er på vakt. Se flere bilder i Sykepleiens app, utgave nr. 4/2015.



LONGYEARBYEN
SYKEHUS

Forberedt på det verste

Kaldt. Isbjørnangrep, gruvelykker og frostska-
der. Livet som sykepleier på Svalbard er ingen jobb for pyser!

Tekst **Julie Catrine Knarvik** • Foto **Sverre Chr. Jarild**





Etter isbjørnangrepet

«Det er anestesiens verste kasus.»

Anestesisykepleier Marit Solberg

Tekst **Julie Cathrine Knarvik** • Foto **Sverre Chr. Jarild**



Klokken 08:15, 5. august 2011, ringer telefonen på Longyearbyen sykehus på Svalbard. Nattevakten tar den. Sekunder etter ringer det hjemme hos anestesisykepleier Marit Solberg (52). «Isbjørnulykke. Kom med en gang!»

Marit haster til sykehuset. Legen og anestesisykepleieren som er på vakt har allerede rykket ut til åstedet med helikopter. Teltcampen, som ligger ved Van Post-breen, 40 km utenfor Longyearbyen, ser rasert ut fra luften. De 13 britiske ungdommene er på skoletur på Svalbard i regi av British Schools Exploration Society (BSES), en organisasjon som årlig arrangerer ekspedisjoner for skoleungdom. Tidligere samme morgen, mens alle sover i teltene sine, går en 250 kilo tung hannbjørn inn i leiren. De har verken isbjørnvakt eller hunder, og snubleblusset de har satt opp går ikke av. I det første teltet bjørnen river opp ligger Horatio Chapple (17), Patrick Flinders (16) og Scott Bennet-Smith (16). Bjørnen angriper først Horatio. De andre guttene trenger seg sammen i den andre enden av teltet. Bjørnen trekker seg ut og Horatio, som går på den anerkjente Windsor Eton skolen utenfor London, blir liggende helt stille. Så kommer bjørnen tilbake inn i teltet og biter til rundt armen til Patrick. Senere sier han til avisen Daily Mail: «Den slapp armen min og tok i stedet tak rundt hodet mitt. Jeg kunne føle at den knuste skallen min. Jeg hørte at den knakk.»

BEREDSKAPSSYKEHUS. Ute har det begynt å mørkne, og det blå magiske skumringslyset trefter korridorene hvor avdelingsleder og oversykepleier John Aksel Bilicz slår av en prat med anestesisykepleier Marit Solberg.

– Før var dette et spesialsykehus, men i dag er vi en avdeling under Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN Tromsø, sier Bilicz. Han mener det er en bra ordning fordi man er mer knyttet opp mot et større sykehus.

– Vi må jo sende ned folk som ellers ikke ville blitt lagt inn på et større sykehus. Vi har ikke undersøkelsesutstyr til avanserte ting, så her blir folk flyttet over til UNN Tromsø på et lavere nivå enn man er vant med, forklarer Bilicz.

Han har jobbet på Svalbard siden 2004. Det var han som i 2010 hentet to gutter fra Fredrikstad og Sarpsborg, som padlet og ble angrepet av isbjørn på Nordaustlandet nordøst på Svalbard.

Han husker at han tok telefonen, akkurat klokka 12.

«For å stå i en sånn jobb kan du ikke være redd for mange ting.» Sykepleier og avdelingsleder John Aksel Bilicz

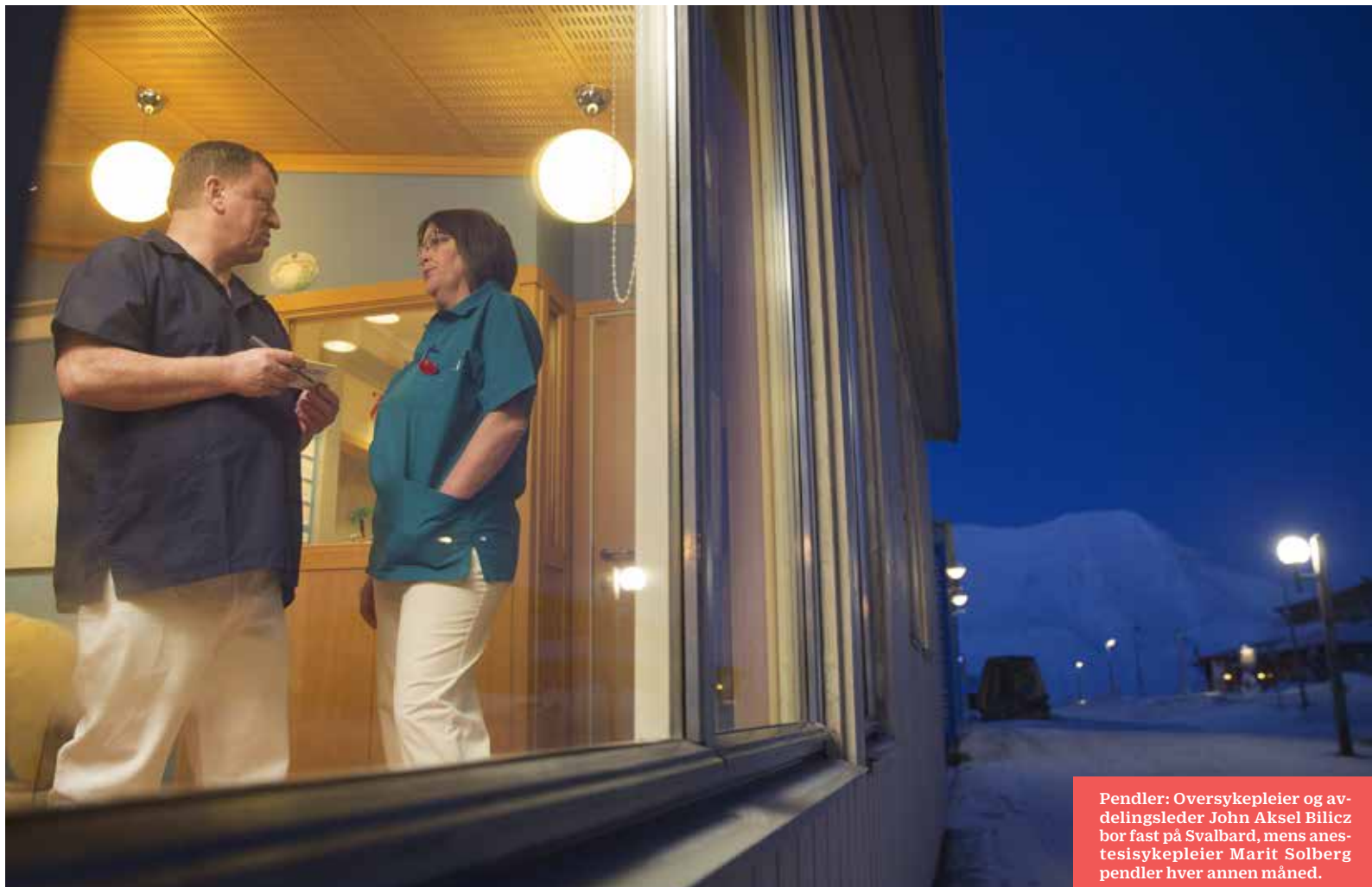
Fakta

Longyearbyen Sykehus

Longyearbyen sykehus er et beredskapssykehus og en avdeling under Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN Tromsø.

- Poliklinikk: Ved poliklinikk undersøkes, behandles og utredes sykdommer og skader av lege.
- Kirurgiske inngrep: Sykehuset utfører mindre og mellomstore planlagte operasjoner, og en del akutte kirurgiske operasjoner.
- Tannlege: Sykehuset har tannlegetjeneste som tilsvarende offentlig tannhelsetjenesten på fastlandet.
- Fysioterapi: For å få fysikalsk behandling ved sykehuset må man ha henvisning/rekvisisjon fra lege.
- Jordmor/helsesøster: Sykehuset har tilbud om sped og småbarnsundersøkelser samt veiledning til foreldre, og vaksinerings. Helsestasjonen har og tilbud om svangerskapskontroll.
- Vaksinerings: Helsestasjonen har tilbud om vaksinerings og rådgivning i forbindelse med utenlandsreiser.
- Bedriftshelsetjeneste: Tilbys Longyearbyens bedrifter og virksomheter. Et team av bedriftslege, -sykepleier, -fysioterapeut og sekretær bistår med forebyggende helsearbeid.
- Optiker: Tilreisende optiker tilbyr Longyearbyens befolkning tjenester to ganger i året.

Kilde: www.unn.no



Pendler: Oversykepleier og avdelingsleder John Aksel Bilicz bor fast på Svalbard, mens anestesisykepleier Marit Solberg pendler hver annen måned.

– Vi hadde en vikar i resepsjonen, og da jeg så at det var et iridiumnummer (satellittelefon), tenkte jeg at det var fra en båt, så det var like greit at jeg tok den beskjednen.

Han oppfattet ikke med en gang at det var isbjørn.

– Han som ringte oppga posisjon og jeg fikk høre om kameraten som var skadd, så jeg fikk gitt ham gode råd om det. Da jeg spurte hvordan skaden var skjedd, sa han at det var isbjørnangrep. Han hadde bandasjert kameraten før han ringte. Da dro legen og jeg med Sysselmannen. Redningsmannen var først borte hos den skadde gutten. Bjørnen lå skutt på stranden. Gutten lå inni et telt de hadde satt litt opp igjen etter at bjørnen hadde revet det i stykker. Han som skjøt reddet livet til kompisen. Før denne episoden hadde det ikke vært isbjørnangrep på mange år, men nå har det skjedd to angrep på relativt kort tid, sier Bilicz og legger til: – Vi er et av

få sykehus i verden med våpenskap og våpen til utlån til vikarer!

FORELSKET. Mandag morgen fylles venteværelset på Longyearbyen sykehus opp med pasienter. Flere turister kommer med små frostskeer, en har mistanke om nyrestein, en mann har hatt en fallulykke i Sveagruven og andre har influensasymptomer.

– Det meste av det vi gjør er rent allmenmedisinsk arbeid, sier Marit Solberg.

Hun begynte med en sommerjobb i tre måneder på sykehuset. Etter en tur til Svalbard for å besøke en venninne var hun blitt bitt av «Svalbardbasillen». Hun ville opp igjen og søkte først alle mulige jobber. I 2013 fikk hun fast jobb på sykehuset.

– Jeg er helt forelsket i Svalbard, sier hun.

Å være sykepleier på Svalbard er annerledes enn på fastlandet. Det er mye vær og det er

isbjørnfare. Skader er ofte knyttet til skuterulykker, skader i gruvene og frostskeer.

– Gudskjelov er det ikke like dramatisk hver dag. 90 prosent er ren legevaktjobb. Mesteparten av arbeidet er vanlige plager som vondt i magen, press i brystet, blodprøver som skal tas, lysbehandling og influensasymptomer, sier Solberg.

Å jobbe på sykehuset på Svalbard er ikke for hvem som helst. Bilicz mener sykepleier Solberg har egenskapene og den rette bakgrunnen.

– Det kommer godt med her oppe at du har mye erfaring og er en rolig og stødig person. Du skal tåle å jobbe alene i felt under krevende forhold.

Solberg har jobbet mye med ambulanse på Fredrikstad sykehus og ved AMK-sentralen.

JOBBER ALENE. – Det er ideelt med sykepleiere med den bakgrunnen, som på fastlandet lever i hverdager hvor akuttdelen er godt ivaretatt, mener Bilicz. – De



Fall: Svein Åge Larsen kommer inn med store smerter etter et fall i Svea-gruven. Foten har fått en vridning og Marit Solberg må ta røntgen.

→ fleste jeg har ansatt har vært vikarer her først. Det er greit å kjenne dem fra før. Solberg deler en 100 prosent stilling med en annen sykepleier. Det ser jeg på som veldig attraktivt. De kjenner Svalbard og miljøet, og de er jevnlig på fastlandet og bygger kompetanse gjennom mengdetrening. På fastlandet jobbes det mer i team. Her jobber du mer alene. Marit Solberg er systematisk, tar avgjørelser raskt og tåler å jobbe alene i felt, sier Bilicz.

– Det er det som er utfordringen her. I helgene er du på vakt alene. Du tar blodprøver, du tar de til røntgen, du er portøren, du lager mat, du vasker. Når du er alene på dette sykehuset, så er du alene. For å stå i en sånn jobb kan du ikke være redd, sier Bilicz.

– Et eksempel var i august i fjor. To kvinnelige turister var på et hotell i Longyearbyen da venninnen ringte 113. Vi sendte ut legen og ambulansen. Hun var bevisstløs da hun kom inn, og det viste seg at hun hadde en stor hjerneblødning. Da

må du kunne det du driver med, du må gi medisiner og intensivbehandling. Da er jeg sjeleglad for at jeg har bena godt jorda i bakken, sier Solberg.

Det er ikke nødvendigvis spesialkompetanse som kommer godt med her, men breddekompetanse og erfaring, da det er mest legevaktarbeid.

– Det skal lite til før det blir mye å gjøre. Og så er det lav terskel for å sende av gårde pasienter til Tromsø. Spesielt i helgene, for da er det 12-timersvakter. I prinsippet skal vi ikke ha noen som ligger på sykehuset når vi går inn i helgen. Det hender selvfølgelig, men det kan være en grunn til å bli

«Vi er et av få sykehus i verden med våpenskap og våpen til utlån.»

John Aksel Bilicz

overflyttet til Tromsø. Vi kan ikke ha tre-fire dagers liggetid her, sier Bilicz.

– I helgen er en sykepleier på huset og en har bakvakt. Vi er tre operasjonssykepleiere og tre anestesisykepleiere. Det er en flott turnus, sier Solberg.

Sykehuset har omtrent det samme utstyret som på fastlandet.

– Vi var tidlig ute med å få digitalisert røntgenutstyr. Bortsett fra det er det ikke mer avansert her enn på et sykehus på fastlandet. Vi har for eksempel ikke CT, forklarer Bilicz.

TAR FOR LETT PÅ DET. Det er ikke mange operasjoner på sykehuset i Longyearbyen. Den siste operasjonen de hadde var en ung gutt med steinen i pungen som de trodde hadde vridd seg.

– Det nyttet ikke å sende han til Tromsø. Det måtte tas med en gang ellers kunne han blitt steril. Da ringte vi inn en anestesi til, for vi skal alltid være to anestesisykepleiere når vi gir



Samarbeid: Redningsmann, anestesisykepleier og mannskap på tråleren må samarbeide godt når båren fires ned fra helikopter.

narkose. Gutten var heldig fordi kirurgen var her. Nå var det ikke så alvorlig med ham likevel, men det vet man ikke før man åpner opp og ser, sier Solberg.

Hun mener den største utfordringen her er avstanden til fastlandet når det er akutte ting.

– Det er lett for folk å ta et fly opp hit, men få tenker på at det kanskje ikke er så lett å komme tilbake hvis du skader deg. Vi er styrt av været. Er det for dårlig vær, kan ikke flyene lette.

– Mange turister tar nok litt for lett på det og glemmer at de faktisk er i et isøde, sier Solberg.

– Lille julaften for noen år siden fikk vi inn en hardt skadd pasient fra en ulykke i en gruve. Ambulanseflyet kunne ikke lande på grunn av været. Da fikk jeg godkjenning av SAS til at han kunne være med det flyet flere leger og sykepleiere skulle ta hjem på juleferie. Da flyet kom, kunne heller ikke det lande. Pasienten hadde det for så vidt greit her han lå til tross for alvorlig skade, forteller Bilicz.

Det er bare i nødstilfeller at akuttoperasjoner utføres på sykehuset. For seks år siden ble det født to tvillinger på sykehuset med keisersnitt. Da var det ingen kirurger på øya, kun to allmennleger. Gynekolog kom opp med ambulansefly. Fødselen gikk bra.

– Det var en spent situasjon, minnes han.

For ti år siden kalvet en isbre i Hornsund. Sykehuset fikk melding om åtte hardt skadde. Sykehuset har syv senger.

– Helikopteret kunne ikke ta med seg flere enn seks av gangen. Det gav oss tid, og de to første pasientene ble sendt av gårde før de to siste kom inn. Det var et under at ingen døde i den ulykken, sier Bilicz og minner om at det har vært mange alvorlige ulykker her oppe.

– Et par ble truffet av is fra en isbre som kalvet for noen år siden. Hun døde momentant. Et helikopter styrtet i Barentsburg, hvor tre døde. Det har vært gruvebrann i Barentsburg, og nylig døde en ung gutt i et skred i Fardalen.

REDNINGSØVELSE. Redningsmannen tar på seg en signalgul overlevelsesdrakt og gjør seg klar i helikopterhangaren for en redningsøvelse. For å kunne operere i felt som sykepleier på Svalbard og kunne være med ut på redningsoppdrag, må sykepleierne øve på å bli firt ned fra helikopter til båt 16 ganger i året. Mari Mowe Martinsen jobber som redningsmann på Svalbard. Det er hun som tar med pasienten opp i helikopteret.

– Redningsmennene er også paramedic og ambulansearbeidere. Her oppe får man litt mindre mengdetrening enn på luftambulanshelikopteret på fastlandet eller ambulansen hvor de kjører hele tiden, forklarer Solberg.

Mowe Martinsen forklarer at Lufttransport, som er det firma som driver redningshelikopteret på Svalbard, også har tre luftambulansebaser på fastlandet.

– Der har de også mer å gjøre enn oppe hos oss. Det kan gå uker mellom hvert akuttoppdrag her oppe, sier Solberg.



På dekk: Marit Solberg er på plass på den isdekkede tråleren og holder godt tak i «pasienten».



Kaldt: Anestesisykepleieren stabiliserer «pasienten» på båren og sørger for at vedkommende holdes varm.

→ Redningsmennene er med på internundervisning sammen med sykepleierne.

– Kravet til medisinsk kompetanse som redningsmann er i henhold til nasjonal standard for redningsmenn: At du har faglig autorisasjon som ambulansarbeider eller sykepleier med prehospital erfaring og erfaring fra å jobbe utenfor sykehuset. Så er det noen av oss som er ambulansarbeidere og noen som har tilleggsutdanning som paramedic, forklarer Mari Mowe Martinsen.

Før hvert oppdrag har piloter, teknikere, redningsmann og lege eller sykepleier en brief hos Lufttransport, så alle vet hva som gjelder og hva de skal ut på. Etter oppdraget eller treningen drar de tilbake og gjør debrief. Så alle er enige om hva de har vært på.

– Hvis ikke alt har gått etter planen så tas det opp. Det fungerer fint. Her er det romslig under

taket. Det kan være tøffe oppdrag vi er ute på. Hvem som er ute, hvilket utgangspunkt man har og hva som oppleves tøft for hver enkelt varierer, sier Mowe Martinsen.

ISBELAGT. Denne gangen er øvelsen ute på en grønlandsk fisketråler i Barentshavet. Anestesisykepleieren har gjort klart utstyret, tar på seg den oransje overlevelsesdrakten og går om bord i helikopteret. De flyr sørøstover, over snødekte fjelltopper og isblå breer, forlater øya og setter kurs mot skipet som går i trålefart i 2,6 knop. Super Puma-helikopteret legger seg i posisjon over båten, redningsmannen firer seg ned på dekk først og klargjør linen. Så fires Solberg sakte ned over det isbelagte havet. Det er kaldt og dekket på tråleren er dekket av is. Nede på båten stabiliserer hun «pasienten», legger ham på båren sammen med redningsmannen, som firer båren opp i helikopteret. Alt er samkjørt og effektivt. Så heises Solberg etter. Det er rolige for-

hold og lite vind. Øvelsen er vellykket.

Sykepleieren blir sittende i helikopterkaabinen hvis pasienten er stabil.

– Hvis pasienten puster, er det best å få ham raskt opp i helikopteret, så jeg kan jobbe med ham der. Hvis han ikke må stabiliseres før han blir heist om bord. Da går jeg ned, sier hun, og forteller at hun har vært med på en redning da det var mørkt, mye vind og høy sjø.

– Båten gikk opp og ned i høye bølger, og vinden og sjøen pisket oss i ansiktet. Pasienten hadde falt over bord og hadde indre blødninger. Det er en spennende del av jobben. Vi må ha helikopter-evalueringkurs i Bergen en gang i året. Jeg tror ikke jeg har genet for å bli redd, ler hun.

ULYKKEN. Fra sykehuset kan Kristin Fossum se over på Operafjellet som ruver majestetisk på den andre siden av Adventdalen. Det var hennes første sommer som





Uredd: Anestesisykepleier Marit Solberg (t.h) hjelper til med å ta imot båren som blir firt ned på dekket til den grønlandske fisketråleren.



Katastrofe: Ingen av de 141 passasjerene på et russisk fly som styrtet i Operafjellet i 1996 overlevde. Foto: Tore Dahlberg



Inntrykk: Kristin Fossum var en av de første som kom til Operafjellulykken i 1996. Det gjorde et varig inntrykk.

→ anestesisykepleiervikar på Svalbard, da det russiske Tupolev-flyet styrtet, 29. August 1996, på østsiden av Operafjellet, noen få kilometer fra Longyearbyen. I dag er Fossum garvet i jobben som anestesisykepleier etter å ha jobbet fast på Svalbard siden 2003. Før det jobbet hun på St. Olavs Hospital i Trondheim. Fremdeles fremstår Operafjellulykken som uvirkelig.

– Vi landet på Operafjellet rundt to timer etter at flyet hadde styrtet. Det går ikke an å forberede seg på synet som møtte oss. Det lå en blanding av menneskedeler, bagasje og flydeler. Det luktet fuel og var helt stille, ikke en lyd å høre. Det blir en kinfølelse man bare må leve med, forteller Fossum.

Hun måtte gå over og se om det var liv i noen, men alle var døde.

– Vi rykket ut med to team med en gang. Vanligvis rykker en lege og en sykepleier ut fra sykehuset sammen med redningsmann. Vi visste jo ikke hva vi fant. Da halen til flyet brakk av og falt ned, gikk det et ras nedover den stupbratte fjellsiden. Menneskene som havnet ned der var vanskelig å finne.

Fossum husker at det kom tett tåke, så pilotene var redde for at ikke helikopteret skulle få hjelpemannskapet ned fra fjellet.

– Det kom et mindre helikopter og hentet oss. For å komme unna tåka, gikk det rett utfor kanten og bratt ned langs fjellsiden. Der stakk det ut deler av mennesker hele veien nedover, armer, bein, hoder og ryggrader. Det var et grusomt syn. Det var eneste gangen jeg var redd. Jeg ville ikke havne i den fjellsiden. De holdt på i minst en uke for å finne alle kroppsdeler, søking etter eiendeler og gravning etter folk. Helikopteret fløy døgnnet rundt. Jeg så det fløy med en sekk under seg fra stuevinduet mitt. Og jeg visste hva som var i den sekken.

«Jeg har hatt æren av å vaske skitten på stroppene i helikopteret etter en isbjørn.» Sykepleier Kristin Fossum

Etter ulykken kom kriseteam fra Åsgård raskt opp, og de var i et debrifingssystem på sykehuset. De hadde en samling to år etter med krisepsykolog fra Forsvaret.

– Jeg har jobbet i helsevesenet i så mange år og jobbet på intensivavdeling, anesthesiavdeling og på akutmottak. Hvis jeg skal samle alle opplevelsene mine, så er alle de små til sammen mye verre enn den ulykken, syns jeg. Det var en psykolog fra Forsvaret som lærte meg noe nyttig: Alle opplevelsene har du i arkivet ditt, i ulike skuffer, og det er du som bestemmer når du skal åpne dem. De skal ikke åpnes av seg selv. De skal ikke gå opp for eksempel når du står i køen på butikken eller andre steder. Det kan være et problem for mange at opplevelsene plutselig dukker opp. Men opplever du en ting som likner, da har du dårligere kontroll. Er man bevisst på det, så går det mye bedre, sier Fossum, som har vært med på litt av hvert i jobben som sykepleier på Svalbard.

– Dette er en skikkelig potetjobb. Vi gjør alt mulig på sykehuset. Det er det som er utfordringen. Jeg har hatt æren av å hjelpe redningsmenn med å vaske skitten på stroppene i helikopteret etter en isbjørn som måtte legges i narkose og fjernes fra Longyearbyen. Og jeg har vært med å jage bort en bjørn i Hornsund da vi skulle gi

vaksine mot rabies til de polske forskerne der. Vi får mye med på kjøpet her oppe.

UTEN REISEFORSIKRING. Nylig kom en hardt skadet ukrainer fra Barentsburg til sykehuset i Longyearbyen etter en gruveulykke.

– Vi har ikke noe særlig samarbeid med Barentsburg. De har på en måte sitt helsevesen etter Bergverksloven, hvor gruveselskapet har den delen. Men hvis det er alvorlig, så har de ikke kapasitet til det. Da melder de pasienten hit, og vi overtar. Det var ingen tvil om at ukraineren måtte sendes til Tromsø. Han kom inn her kl. 7 på morgenen. Universitetssykehuset i Tromsø sendte ambulansflyet opp, med lege og sykepleier. Regning for behandling vil bli sendt til Barentsburg. Men ikke regning for ambulansflyet, forteller John Aksel Bilicz.

Nordmenn, svensker og dansker må ikke betale for tjenestene her. De dekkes. Før ble det sendt regninger til de ulike helseforetakene der pasientene hørte hjemme, for eksempel til Helse Sør-Øst på en østfoldpasient. Det gjøres ikke lenger.

– Etter en del uvitenhet om hvem som skulle betale og ikke betale ble det slik at vi får et fast beløp fra Helse Nord til innliggende pasienter fra Norge, sier Bilicz.

Et problem, ifølge han, er at det stadig kommer flere europeere til Svalbard uten reisesykeforsikring.

– I Europa kan de legges inn hvor som helst. Her gjelder ikke det europeiske helsetrygdkortet. Mange amerikanere kommer også hit uten forsikringer. De er så dyre at det har de ikke. Det ser ut som det er et økende problem. Vi er vant med at ting ordner seg, at myndighetene tar seg av oss, og vi tenker ofte ikke over at det er ting vi ikke

kan gjøre noe med. Ting som kanskje er banalt på fastlandet, sier Bilicz.

Nylig gikk en turist og la seg i et telt i over 20 minus. Han hadde aldri vært her før. Han visste ikke hvor han hadde gått eller at det var isbjørn på øya. Han hadde ikke våpen eller nødutstyr. Kun sovepose og telt. Han forfrosset hånden og fikk en alvorlig skade som ble behandlet i hjemlandet sitt.

– For å legge ut på skitur her, ville jeg sørget for å være veldig godt forberedt. Det er mange som ikke er i form, og da er det ikke mye motbør de skal møte før de skader seg eller må gi opp underveis. Men det går stort sett bra med de fleste, sier Bilicz.

Sykehuset har ikke traumemottak eller fødeavdeling. Gravide følges opp med lege og jordmor, men må reise til fastlandet to uker før termin hvis svangerskapet har forløpt normalt. Longyearbyen er heller ikke et livsløpssamfunn. Sykehuset har ikke pleie- og omsorgsfunksjoner. Har man behov for slike tjenester, må man reise til kommunen sin på fastlandet. Sykehuset kan sammenliknes med et større helsesenter som yter helsetjenester til befolkningen på Svalbard og alle som ferdes på og rundt øygruppen og de tilstøtende havområdene i Barentshavet. 24 timer i døgnet er det akuttberedskap for skader og akutte sykdommer som krever observasjon, diagnostikk og behandling.

ISBJØRNINGREPET, 2011. På sykehuset får de fort tilbakemelding om at en er omkommet og fire alvorlig skadet. Isbjørnen ligger skutt og drept midt i leiren.

– Det var ferietid og få på jobb, men alle ble ringt inn og vi fikk og hjelp av helsesøster og bedriftssykepleier, forteller anesthesisykepleier Marit Solberg.

– Vi var to anesthesisykepleiere, tre operasjonssykepleiere og tre leger. Vi delte oss opp og jobbet to og to sammen. Det var store hodeskader det var snakk om, så vi gjorde klart med medikamenter og intuberings-utstyr hvis det trengtes.

Helikopteret lander rett på nedsiden av sykehuset, noe de kun gjør i helt spesielle nødstilfeller. To av de skadde kommer inn med første helikopter og de to andre med neste. Pasientene er inne før ni. Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN Tromsø) gjør seg klare til å sende opp to ambulansfly fra Tromsø. På sykehuset i Longyearbyen kopler de opp VAKE (videoassistert konferanse), så sykepleierne og legene i Tromsø kan se skadeomfanget.

– Det var voldsomt systematisk. Da den første pasienten kom, organiserte vi oss slik at det var orden og system og at alle visste hvor pasientene skulle. Det var mye blod. Du hadde ikke oversikten. Pasientene som var ved bevissthet var oppkavet og hadde mye vondt. Vi jobbet med å få oversikt over skadene. Hvor mye hadde de

blødd? Hva var skadet? Men det fungerte bra og alle gjorde en kjempejobb, sier Solberg.

Bjørneangrep er brutalt. Bjørnen går mot hodet og rister. Ungdommene var skadet i ansiktet og hodet.

– Du så skallen på tre av dem. De hadde kjevbrudd og store skader i munn og øyne. Det er anestesiens verste kasus hvis du må hjelpe de med pusting og få de intubert med slike skader. Men vi trengte det heldigvis ikke. Det var store blodtap, så vi ga blod. De verste skadene her ble suturerte, forklarer Solberg.

Hver tredje uke skiftes blod på sykehuset. Da kommer det blod med fly fra Tromsø, og de kan og bruke blodet som sendes ned. Sykehuset har ti enheter med kriseblod og plasma.

John Aksel Bilicz går inn i rommet hvor VAKEN står.

– Det har tidligere feilaktig blitt skrevet i media at det ble operert her ved hjelp av videoovervåking og veiledning fra legene i Tromsø. Det er riktig at det var en videooverføring til Tromsø, men det var ikke sånn at noen ble veiledet til å gjøre noe fra Tromsø. Det var rett og slett en beskrivelse av situasjonen. De får et helt annet inntrykk når de står der og kan se skadene, enn når de hører om det på telefonen. Med VAKE kan de spørre om det de ser, sier han og forteller videre at de og kan kople VAKE opp mot en sykestue i Sveagruven, så de kan vurdere skader og eventuelt veilede eller sende lege med helikopter, avhengig av alvorlighetsgraden av skadeomfanget.

– De tre med størst skader ble tatt inn hit hvor videoutstyret står. Vi stabiliserte pasientene, sørget for at ABC var i orden, at de pustet, at luftveiene var intakte og at sirkulasjonen i lungene fungerte, og vi stoppet store blødninger. De hadde også andre store skader. Han ene mistet øyet og to av dem hadde knuste kjever.

De andre traumatiserte ungdommene ble kjørt rett opp i kirken, og kateket og prest skjermet dem både for presse og andre.

– Det var jo 13 ungdommer ute i den campen som hadde opplevd noe forferdelig med bjørnen som fløy rundt. De hadde kastet stein på den, de hadde prøvd å gjemme seg, du kan bare tenke deg det scenarioet. Og så var det jo en kamerat som var død. Han kom inn her og måtte identifiseres. Bjørneangrep er helt barbarisk. Det var en tung helg. Det var blodige greier og mye vasking etterpå. Det er da du ser det lille huset her hvor du må gjøre alt fra A til Å, sier Solberg.

Det som skulle være en spektakulær ekskursjon i en av verdens farligste villmarker, ender i katastrofe.

Solberg så igjen de skadde ungdommene i mai i fjor, da de var ved Van Post breen og hadde en minnestund for kameraten, Horatio Chapple (17), som døde.

– Da var vi i kirken, den ene operasjonssykepleieren, legen og jeg. De var blitt veldig fine i ansiktet, så det var godt å se. Det hadde jeg aldri trodd ut fra skadene de hadde, sier hun. ●
redaksjonen@sykepleien.no



Drept: Fire ble hardt skadd og en drept i bjørneangrepet på Van Postbreen i 2011. Lege og sykepleier stoppet blødninger på stedet. Foto: Arild Lyssand/Sysselmannen på Svalbard



Drammen. Pasienter med ALS må forholde seg til mye og til mange. I Vestre Viken kan de bare ringe spesialsykepleier Tone om det er noe.

Hjelp gjennom ALS-jungelen

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Det har aldri vært noe problem å ringe hit for å snakke med Tone, sier Odd Arne Bøe.

– Om ikke hun kan svare meg, så sjekker hun og ringer opp igjen.

Vi møter 52-åringen fra Hønefoss på Nevromuskulær klinikk i 10. etasje på Drammen sykehus. Talen er blitt litt treg og kroppen lystre mindre enn før, men blikket er fast og hodet klart.

«Tone» er i denne sammenhengen Tone Lahaug Nilsen – spesialsykepleier og ALS-koordinator i Vestre Viken Helseforetak, som har en områdefunksjon til 475 000 mennesker i 26 kommuner vest for Oslofjorden.

Hun smiler til mannen i senga. De kjenner hverandre godt nå.

– Det er blitt noen telefoner, sier hun.

ET SIKKERHETSNETT. ALS, eller Amyotrofisk Lateral Sklerose, er en sjelden og alvorlig sykdom. Den angriper nervecellene som sender signaler fra hjernen til musklene, noe som igjen gjør at musklene stadig blir mindre og svakere. Mest kritisk er det når puste- og svelgefunksjoner rammes.

Kompleksiteten og alvorsgraden gjør at hver pasient vil ha behov for tett oppfølging og hjelp fra en rekke ulike faggrupper og instanser. For at dette skal fungere best mulig, og

med minst mulig unødig belastning for pasienten selv, startet Vestre Viken sitt eget ALS-team i 2012, med Nilsen som koordinator.

ALS-teamet følger pasientene gjennom hele sykdomsforløpet.

– Jeg pleier å si at det å ha en slik sykdom er som å gå på line med hette over hodet. ALS-teamet vil da være sikkerhetsnettet, sier hun.

«Det har vært viktig å ha ett sted man kan henvende seg til.»

Odd Arne Bøe

– Nærhet, kommunikasjon, tillit og trygghet er viktige stikkord.

ET NAVN PÅ DET. Odd Arne Bøe merket de første symptomene ved juletider 2013. Fastlegen antok det kunne være krystallsyke. Det var ventetider for å få utredet mer. Bøe oppsøkte en osteopat, som mente det var snakk om en nervesykdom.

April i fjor fikk Bøe – etter fire måneder i usikkerhet – diagnosen ALS.

– Jeg ble informert om at denne sykdommen ikke kunne helbredes, men at de hadde hjelpemidler å tilby. Det var all right å få et navn på det.

Den tidligere offiseren, som blant

annet har tjenestegjort i Afghanistan, er ikke en mann som viker fra harde realiteter.

– Det har vært godt å kunne være helt åpen og møte folk som ikke snakker rundt grøten, men kan fortelle meg det som det er, sier han.

– Ingen kan fortelle meg hvor lenge jeg har igjen. Det hadde vært all right å vite. Eller kanskje ikke.

DEN UNIKE PASIENTEN. ALS rammer alle ulikt. En variant rammer først puste- og svelgefunksjonen. Da merker man tidlig at talen endrer seg. Det kan bli vanskeligere å gjøre seg forstått. Dermed blir logoped og kommunikasjonshjelpemidler viktige for denne gruppen.

Problemer med å svelge gjør det aktuelt å involvere ernæringsfysiolog og gastrokirurg. Når respirasjonsproblemer blir verre, kan man ta i bruk hjelpemidler som sørger for bedret pustefunksjon. Sykdommen utvikler seg, og vanskelige spørsmål må drøftes nøye med pasient og pårørende før man starter behandling.

De som rammes av spinal type av ALS, vil i første omgang få redusert kraft i armer og bein, og det vil etter hvert føre til paralyse. De vil derfor ha behov for andre typer hjelpemidler og annen oppfølging av blant annet ergoterapeut og fysioterapeut.

De to ALS-typene er ikke to forskjellige sykdommer, men to ulike

Fakta ●●●●

ALS – Amyotrofisk Lateral Sklerose

- Sykdom som fører til muskelsvinn fordi nerveceller som sender signaler til musklene gradvis blir ødelagt.
- Tidlige symptomer kan være svekkelse av armer og bein (spinal variant) eller utydelig tale (bulbær variant).
- 300–400 har ALS-diagnose i Norge og man regner med 1,5 til 2,5 nye tilfeller per 100.000 innbygger per år.
- De fleste lever tre til fem år etter at diagnosen er stilt, mens 10–20 % lever 10 år eller mer.
- Det finnes per i dag ingen behandling som kan kurere ALS, men man kan dempe symptomer og forsinke sykdomsutviklingen.

Kilder: Helsenorge.no, Norsk Helseinformatikk

varianter av samme sykdom. Når sykdommen forverrer seg, rammes man ofte av begge varianter.

Det er store forskjeller i hvordan pasienter og pårørende reagerer på å få denne diagnosen, hva de vet fra før og hva de ønsker framover. Hva som er viktig for dem. Det er derfor essensielt å gi hver enkelt individuell oppfølging, understreker Nilsen.

– Det er svært viktig med et godt samarbeid mellom pasient, pårørende og tverrfaglig team. Målet er at vi kommer fram til løsninger alle kan enes om.

LIGGER I FORKANT. Alle som bor i en av Vestre Viken helseforetaks 26 kommuner og får en ALS-diagnose, kan henvises til Nevromuskulær klinikk på Drammen sykehus.

– I ALS-teamet knytter vi til oss ulike tverrfaglige grupper – både på sykehuset og i kommunen. Vi forsøker å ligge i forkant av sykdomsutviklingen og møte behovene som vil oppstå, før de oppstår, sier Nilsen.

På selve sykehuset er det blant annet snakk om lungelege, gastrokirurg, ernæringsfysiolog, logoped, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, prest og pleiepersonell.

Umiddelbart etter at diagnosen er slått fast, tar dessuten koordinatoren kontakt med pasientens hjemkommune, så det også der dannes en egen ansvarsgruppe med en fast koordinator for pasienten.

– Koordinatorere i de ulike kommunene ringer ALS-koordinator ukentlig med spørsmål og oppdateringer om pasientene. Denne kommunikasjonen kan hindre unødige innleggelse og sparer dermed pasienten for ekstra belastning. Det er mye som kan løses per telefon, som for eksempel å skaffe hjelpemidler, understreker Nilsen.

TETT OPPFØLGING. Mye kan løses på telefon med pasient og pårørende også. For Odd Arne Bøe har direktelinjen inn til koordinator vært god å ha for spørsmål om smerter, kramper i beina, ernæring, økende symptomer og manglende forståelse fra andre helseinstanser.

– Det har vært viktig å ha ett sted man kan henvende seg til. Fra første



Kontakt: Etter at Odd Arne Bøe fikk ALS-diagnosen april i fjor, har samarbeidet med spesialsykepleier Tone Lahaug Nilsen vært tett.

gang jeg kom hit i april, har jeg blitt veldig godt tatt vare på, sier Bøe.

– Jeg føler at folk virkelig bryr seg her. Det betyr mye.

UNDER UTVIKLING. Mange sykehus og helseforetak oppretter egne ALS-team for å kunne følge opp denne pasientgruppen best mulig, men det varierer hvordan dette gjøres.

– Da vi skulle starte opp her på sykehuset, forhørte vi oss litt rundt, men vi har gått opp mye av veien selv, forteller Nilsen.

– Vi har brukt erfaring i arbeidet med andre sykdomsgrupper, men har også vært på seminarer og kurs for å få økt kunnskap. Vi er hele tiden under utvikling og åpne for endringer. Det er viktig at vi er kreative og fleksible for å få dette til å fungere best mulig. Tilbakemeldinger fra hver enkelt pasient og

pårørende har gitt oss viktige erfaringer for å utvikle arbeidet videre.

En ting er det rent praktiske ved koordineringen, men Tone Lahaug Nilsen understreker at dette også

«Vi forsøker å ligge i forkant av sykdomsutviklingen.»

Tone Lahaug Nilsen

har en følelsesmessig side, som ikke må undervurderes.

– For oss som jobber med denne pasientgruppen, er det viktig å kunne «stå i det», våge å være nær. Det blir ganske tett, og noen ganger må man være beredt til å dele

opplevelsen av maktesløshet. Selv om vi ikke kan gi pasienten alle svar, er det viktig med støttende nærvær og forståelse.

Nå håper hun at Vestre Vikens erfaringer også kan komme andre til gode.

– Vi ser at det helt klart er et behov for dette og et ønske om å lære mer. Da vi arrangerte en fagdag om ALS i desember 2014, der vi inviterte alle aktører i Vestre Viken, var auditoriet stappfullt.

– Jeg er opptatt av både å få og formidle kunnskap. Ingen behøver å starte fra bunnen av. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



Se flere historier
i Sykepleiens
APP

Cruise i Kroatias skjærgård

Inkl.
utflykter &
halvpensjon
på skipet



Enestående cruise i Adriaterhavet ved kysten av Dalmatia: vakre øyer, sjarmerende middelalderbyer og herlige strender – med Albatros-reiseleder, 8 dager

Bli med på et herlig cruise i Kroatias vakre skjærgård! Vi skal ombord på det lille, hyggelige M/S Seagull, som har 16 lugarer, alle utvendige og med eget bad/toalett. Halvpensjon er inkludert i reisen pris, og de andre måltidene kan du spise på de små lokale tavernaene og restaurantene. Oppdag denne Adriaterhavspærlen med bølgeskvulp langs nydelige sandstrender. Se de hyggelige øyene og middelalderbyene til fots og fra sjøsiden. Arkitekturen er vakker, temperaturen er behagelig og landskapet er ren postkortidyll. Ta en dukkert i det klare vannet og kjenn freden senke seg når du sitter på dekk under stjernene: Livet er uimotståelig på Dalmatia-kysten.

Reis med Sykepleien og Albatros Travel

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Fly fra Oslo til Split og byrundtur i Split
- Dag 2** Opplevelser i den UNESCO-fredede middelalderbyen Trogir
- Dag 3** Krka-elva – Krka Nasjonalpark – Zlarin
- Dag 4** Den frodige øya Hvar og den fasjonable ferieperlen Hvar by
- Dag 5** Øya Korcula og den vakre byen Korcula med venetiansk renessansearkitektur
- Dag 6** Øya Brac og byen Bol med Zlatnit Rat-stranden
- Dag 7** Omis. Tid til strandliv og kultur, Captain's Dinner
- Dag 8** Fly Split – Oslo



Med Albatros-
reiseleder
– 8 dager

Avreise 6/8 2015

Fra kun **11 998 kr**

Enkeltromstillegg fra kr 6 498,-

Bestill årets
sommercruise
nå!

Alt dette får du:

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo – Split t/r, byrundtur i Split
- Utflykt i Krka nasjonalpark, informasjonsmøter og foredrag ved reiselederen
- 8 dagers cruise med M/S Seagull i delt dobbeltlugar med koøye på Lower-dekk
- Halvpensjon på skipet
- Captain's Dinner på skipet
- Skatter og avgifter.

Les mer og se flere spennende reiser på www.albatros-travel.no/sykepleien

Vennligst opplys reisekode LR-SYK. Åpent man–fre 08:30–17:00 Ring på tlf.: 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Med forbehold for trykkfeil



Kanskje jobbe til du er 80?

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

AUTORISASJON: Regjeringen går nå inn for at helsepersonell beholder sin autorisasjon frem til fylte 80 år. I dag er det slik at autorisasjonen til helsepersonell bortfaller ved fylte 75 år. De som ønsker å fortsette med pasientrettet virksomhet, må da søke om forlengelse.

Nå foreslår regjeringen at aldersgrensen heves med fem år, og at helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialgodkjenning altså ikke bortfaller før 80-årsdagen.

– Eldre helsepersonell utgjør en

betydelig ressurs, med solid helsefaglig kompetanse og erfaring, uttaler helse- og omsorgsminister Bent Høie i pressemeldingen der forslaget presenteres.

SKEPTISK. Norsk Sykepleierforbund (NSF) var skeptisk til forslaget da det var ute på høring. Forbundsleder Eli Gunhild By mener både hensynet til medlemmene og pasienter taler for at dagens ordning forblir uendret.

– NSF har ikke merket noe sterkt ønske fra medlemmene om å heve

aldersgrensen for autorisasjon. Ordningen med å søke lisens for å beholde autorisasjonen ut over 75 år, erfares å være tilfredsstillende.

By mener dessuten at et stadig mer komplekst helsevesen skjerper kravene til årvåkenhet, nøyaktighet og evnen til å ta raske og komplekse vurderinger.

– Mange beslutninger kan ha konsekvenser for pasienters liv og død. I en avveining mellom pasienters krav på kompetent og forsvarlig bistand og helsepersonells byrde ved å måtte søke lisens,

mener vi pasientens interesse må gå foran, sier By.

FRA I ÅR. Forslaget fra regjeringen innebærer at personer over 80 år kan søke om forlengelse av lisens, og at personer som nå er mellom 75 og 80 vil kunne gjenerverve autorisasjonen, lisensen eller spesialistgodkjenningen.

Forutsatt at Stortinget behandler og vedtar forslagene våren 2015, vil de kunne tre i kraft i løpet av 2015. •

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

Det manglende leddet
for sikker pasienthåndtering
er her





Prøver ut. Raymond Homme skal kanskje bli intensivsykepleier. Som trainee får han en smakebit som kan hjelpe ham med å velge.

Smaker på intensivsykepleie

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Det er under et år siden Raymond Homme (26) ble sykepleier. Nå er han i sving på generell intensiv 1 på Rikshospitalet, som behandler noen av landets sykeste intensivpasienter. Men han er sjelden alene med dem. For Homme er trainee – én av sju som i januar var de første i sitt slag på akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS). Han har alltid en veileder ved sin side.

Denne fredagskvelden er det intensivsykepleier Anne Bjørg Nilsen han støtter seg til. Hun har vært ansatt på avdelingen i 13 år.

SKAL FRISTES. Mangelen på intensivsykepleiere er årsaken til denne splitter nye ordningen. Målet er at trainee-sykepleierne skal bli fristet til å søke seg inn på videreutdanningen i intensivsykepleie. Sykehusets gulrot er at de som kommer inn, blir prioritert til utdanningsstillingene. Det vil si at de får lønn under utdanningen.

De sju trainee-sykepleierne er fordelt på fire seksjoner i akuttklinikken. Hver onsdag får de felles undervisning, resten av tiden er de i klinikk med veiledning. Sammen med dem på teoridagen er også andre nyansatte sykepleiere ved postoperative seksjoner på OUS.

SNART SELVSTENDIG. Homme og Nilsen er ferdig med rapport. Inne på

intensivstuen er det plass til tre pasienter, men nå har pasienten deres rommet for seg selv – sammen med dem. Som så mange andre har han kommet fra et av landets lokalsykehus.

Maskinene i rommet durer jevnt. Pasienten, som har lungebetennelse, puster rytmisk, men får støtte og oksygen fra respiratoren. Stadig høres intense pip fra maskinene. Alarmene varsler om endringer hos pasienten.

Homme begrunner hvorfor han søkte på trainee-stillingen:

– Nå har jeg mulighet for å se om intensivfaget er noe for meg. Ofte velger sykepleiere videreutdanning uten å vite hva de går til.

For ham står det mellom intensiv og anestesi. Men dette året er det in-

kan det raskt skje endringer, som fall i blodtrykk eller oksygenmetning, og følgene kan være fatale.

FØRST RESPIRASJON. Det lyser og blinker i de ulike skjermene rundt pasienten, som er trakeostomert. Et Swan-Ganz-kateter er lagt inn for å kunne overvåke pasientens hemodynamiske status grundigere. Kateteret går via hjertets høyre side og ut i lungearterien.

Det er mye å sette seg inn i for en nyutdannet sykepleier.

– Man må bare begynne et sted. Vi lærte det basale først: om respirasjon, om legemidler som ikke er vanlig på sengepost. Det er mye fysiologi, det er gøy.

Hva skjer for eksempel med pusten når pasienten snus?

– Endringen kan man straks se på maskinene. Man ser at pasienten jobber mer med pusten, og hører det ved å lytte på lungene.

Homme synes det er fint å kunne jobbe med én pasient. Her kan det til og med være to-tre sykepleiere på én pasient.

I høst jobbet Homme på akuttmottaket i Kristiansand og litt på legevakten i Oslo. Det var kjappe møter med hver pasient.

– Her er alle akutt kritisk syke, og det er mange flere pårørende å forholde seg til. Jeg lærer mye, men det er også slitsomt.

Hvor lenge pasientene er her, kan

Fakta ●●●●

Intensivtrainee på OUS:

- Det første kullet med trainee-sykepleiere i akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS) startet i januar.
- Sykepleiere uten videreutdanning blir opplært til å håndtere postoperative og stabile intensivpasienter.
- Målet er å motivere nyansatte til å videreutdanne seg i intensivsykepleie.
- Trainee-sykepleierne vil bli prioritert til utdanningsstillinger (utdanning med lønn).
- Gruppeundervisning en gang i uken i 4 til 6 måneder.
- Vanlig tariff lønn, ingen bindingstid.
- Trainee-sykepleierne blir individuelt fulgt opp og evaluert.

«Jeg kan føle meg veldig fersk.» Raymond Homme, trainee

intensivsykepleie han skal lære om: I seks måneder er han under veiledning, deretter skal han være i stand til å håndtere enkle respiratorpasienter alene.

– Meningen er å bli mer og mer selvstendig, for så å kunne fungere som sykepleier i avdelingen.

Han har allerede dreis på mange prosedyrer. Men han synes det er best at noen er der med ham, for her



Følger med: Trainee Raymond Homme har alltid en veileder i nærheten. Denne kvelden er det Anne Bjørg Nilsen som følger med.

variere fra en dag til flere måneder. Det er mange nye pasientgrupper, og Homme leser seg opp ved siden av jobben.

– For eksempel om hematologiske pasienter, det har jeg vært lite borti. Jeg kan føle meg veldig fersk, men det er godt at her er så mange flinke folk, så vi kan prøve oss i trygge rammer. Det er lav terskel for å si fra om vi ikke vil være alene med pasienten når veileder i korte perioder er ute av rommet. Det kan jo fort skje ting.

MYE TEKNIKK. Han tenker på pasientene etter jobben og følger med på hvordan det går med dem.

– Identifiserer du deg med dem?
– Her er mye unge folk, så man kan kjenne seg igjen. Og jeg ser

pårørendes reaksjoner når det ikke går greit.

Men han gleder seg til hver dag og setter pris på et hyggelig arbeidsmiljø.

– Hva synes du om denne ordningen?

– Helt topp. Uansett hva jeg ender opp med.

– Føler du deg presset til å velge intensivutdanningen?

– Egentlig. Men jeg må legge presset til side og være ærlig med meg selv. Hvis jeg synes dette blir for tungt, må jeg velge noe annet. Jeg må jo velge et yrke som jeg kan bli i.

– Tiltrekkes du av det tekniske?

– Både ja og nei. Mye foregår jo teknisk, her justerer vi blodtrykket opp eller ned med medisiner og

observerer endringene på pasientmonitoren. Men det er viktig ikke å miste blikket på pasienten. Men jeg kan lett bli distraheret av alle alarmene som går i løpet av en dag.

VIKTIG PLANLEGGING. Noen dager er roligere enn andre. Som når en pasient skal på CT-undersøkelse: – Da går dagen. Å ta pasienten ut av avdelingen medfører risiko, så her må det planlegges nøye, alt fra liggestilling til medisiner, forklarer Homme.

Han er fornøyd med den ukentlige undervisningen som består av forelesninger, caser og praktisk gjennomgang av utstyr.

Homme har bakgrunn fra Forsvaret.

– Det har formet meg som person. Jeg liker å se ting enkelt og konkret.

Anne Bjørg Nilsen var ikke udelt begeistret for å få tre nye trainee-sykepleiere i seksjonen:

– Da vi fikk høre om ordningen, var det meninger både for og mot. I en travel hverdag kan det være en utfordring å skulle veilede sykepleiere uten intensiverfaring i tillegg til å ha pasientansvar. Men jeg er positivt overrasket over hvor faglig dyktige de er.

Hun bekrefter at det også er lærerikt å veilede.

– Får dere vanskelige spørsmål?

– Ja, og det er ikke alltid vi kan svare.

Raymond skyter inn:





Lærer: Det er mange prosedyrer å lære seg for en fersk sykepleier på en høyspesialisert avdeling. Som å fjerne slim. Se flere bilder og film i Sykepleiens app utgave nr. 4/2015.



– Men de prøver alltid å finne ut av det.

– Ja, vi vil jo gjerne gi gode svar, sier Nilsen.

Hun legger til:

– Det må ikke bli for mange trainee-sykepleiere på hver avdeling.

SUGER SLIM OG BLØD. Plutselig roper sykepleieren i enerommet ved siden. Hun trenger hjelp. Homme spretter opp, Nilsen er på alerten. De forsvinner inn på rommet for å assistere.

Litt etter kommer de ut igjen og Nilsen tørker oppkast av brillene sine.

De er tilbake hos pasienten. På- rørende kommer på besøk. Homme og Nilsen, begge sørlendinger, beveger seg rolig rundt sengen og snakker dempet med hverandre og med de besøkende. Når Homme skifter medikamentsprøyte og endrer innstillinger på en av sprøytepumpene, trenger ikke Nilsen si så mye. Men hun følger nøye med.

Kanskje på tide å fjerne slim fra pasientens luftveier, foreslår Homme. Nilsen er enig, og Homme klar- gjør for trakealsuging i pasientens munn og svelg. Han suger opp både slim og blod. Kanskje er det blodig på grunn blodfortynnende behandling, tror Nilsen.

«Vi vil jo gjerne gi gode svar.»

Anne Bjørg Nilsen, veileder

Homme fortsetter med munnstell.

– Den er nyttig den der. Den er litt «gentle», sier Nilsen om munnpenselen han bruker.

– Det varierer jo hvor mye man bruker den, mener Homme.

– Jeg bruker den ofte, jeg, sier Nilsen idet Homme finner en klump med koagulert blod i munnen til pasienten.

Vakten er halvgått når en hastig

driftsansvarlig sykepleier kommer inn på stuen.

– Ny pasient på vei, melder hun.

NYTT KULL I APRIL. I april begynner et nytt kull med trainee-sykepleiere på akuttklinikken på OUS. Og snart lyses det ut for enda et kull som skal starte i august.

– Søkningen har vært høy. Men to opptak i året er realistisk fra neste år, mener Camilla Finsand, som er en av tre i prosjektgruppen for trainee-opplegget.

Antallet sykepleiere i hvert opptak avhenger av kapasitet og behov i seksjonene.

– De må ha nok veiledere og kontaktsykepleiere så de kan ivareta sykepleierne som skal læres opp.

Finsand er fullt klar over at ingen kan pålegges å velge intensivutdanningen.

– Men vi håper jo å skape så stor interesse at det er det de velger. Gulroten er at de blir prioritert til utdanningsstillingene i akuttklinikken.

Kandidatene blir intervjuet før de plukkes ut.

– Vi velger ut fra tre kriterier: Personlig egnethet, motivasjon og referanser. Med denne ordningen skal de få grundig inntrykk av hva det er å være intensivsykepleier. Samtidig får de strukturert opplæring så de kan fungere som sykepleiere i seksjonene, sier Finsand.

– Hva hvis de ikke vil videreutdanne seg?

– Enkelte seksjoner vil tilby vikariater, andre fast stilling.

– Hvor mye koster dette opplegget?

– Prosjektet er en investering i framtiden. Klart det koster, men det har vi ikke regnet på. Hvor vellykket prosjektet blir, vet vi først om et drøyt år. Da vet vi om de søker seg inn på intensivutdanningen. Men trainee-sykepleierne er håndplukket og kan bli rivende dyktige spesialsykepleiere, mener Camilla Finsand. ●

marit.fonn@sykepleien.no

– Ingen varig løsning

FOR SEINT: Mangelen på intensivsykepleiere skyldes at arbeidsgiverne i lang tid ikke har villet innse den kritiske situasjonen og satse på dem, mener Sigbjørn Flatland, som er leder i Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS).

Flatland synes det var et godt tiltak å opprette utdanningsstillinger, slik OUS gjorde i 2013.

– Men det ble gjort for seint.

Han mener den nye ordningen ved akuttambulansen ikke er en god løsning på bemanningsutfordringen.

– De som blir rekruttert som trainee-sykepleiere, vil ikke erstatte en kompetent intensivsykepleier. De må jo eventuelt ta videreutdanning senere. Dette er et strakstiltak, ingen varig løsning.

Han ser likevel at OUS kan

skaffe seg mange gode søkere på denne måten. Han berømmer også utdanningsprogrammet:

– Undervisningen er grundig, men ordningen krever mye veiledning. Vi



«Lite er gjort for å beholde erfarne intensivsykepleiere.»

Sigbjørn Flatland

har hørt fra de involverte avdelingene at det er krevende å veilede sykepleiere som mangler grunnleggende

intensivkunnskap. Og det legges opp til veldig lang opplæring som innebærer mye arbeid og ekstra kostnader.

Flatland etterlyser vilje til lønnsøkning og gode arbeidstidsordninger for dem som allerede er utdannet.

– Lite er gjort for å beholde erfarne intensivsykepleiere.

– Men noen pensjonerer seg og må erstattes?

– Klart. Men mange slutter før den tid. Intensivsykepleiere er attraktive som konsulenter i kommunehelsetjenesten og i stabsfunksjon på sykehusene. De får mange gode tilbud ute av klinikk med bedre lønn og bedre arbeidsbetingelser.

I klinikk har de tung turnus med arbeid hver tredje helg og vakter kveld og natt.

Flatland spør seg om OUS får den kompetansen de håper på med trainee-ordningen:

– Hvordan påvirker det avdelingen? Trainee-sykepleierne burde ikke være på de mest høyspesialiserte avdelingene. Det er ikke riktig å begynne der. Der skal det være spesialisykepleiere, sier Flatland.

– Nå risikerer OUS å bruke masse ressurser på å lære dem opp, og så finner de seg kanskje jobb andre steder i stedet.

NSF holder på å kartlegge antallet intensivsykepleiere og framtidig behov. Men tallene er ennå ikke klare.

I dag har NSFLIS 2 600 medlemmer. Noen av dem er studenter, noen er pensjonister. Flatland mener at det er godt over 3 000 intensivsykepleiere i Norge. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Rekrutter i Tromsø

Tekst **Marit Fonn** ● Foto **Per-Christian Johansen, UNN**

FULLFØRT: I Tromsø er de første rekruttene blitt intensivsykepleiere. Nå er nye rekrutter i gang.

STIPEND. For tre år siden ble sju sykepleiere ansatt i rekrutteringsstillinger på intensiv- og oppvåkningsavdelingen ved Universitetssykehuset i Tromsø. De forpliktet seg til å videreutdanne seg i intensivsykepleie etter halvannet år med opplæring og arbeid på avdelingen. Under utdanningen kunne de søke om utdanningsstipend av sykehuset, med tre års bindingstid.

Nå har seks fullført og er blitt intensivsykepleiere med fast jobb.

– En av de seks valgte å ikke motta stipend under utdanningen, så hun har vi mistet fordi hun slapp bindingstiden, sier avdelingsleder Birgith Nerskogen.

Det andre kullet med intensivrekrutter har nettopp startet opp. Åtte nye er i sving.

– Vi har sett etter motivasjon og kvalifikasjoner.

– **DYKTIGE STUDENTER.** De skal først ha opplæring i tre måneder inkludert to uker med teoriundervisning. Deretter skal de jobbe ved avdelingen ett år, før de søker på videreutdanningen.

– Vi har rekruttert fra Stavanger, Danmark, Tyskland og Finland. Det er positivt at vi ikke rekrutterer så mange av våre egne ansatte, sier Nerskogen.

Hun forteller at også høyskolen er fornøyd med ordningen:

– For dette blir det veldig gode studenter av. De blir ressurspersoner på skolen. Jeg erfarer at dette



Seks år: Tyske Juliane Lohse (t.v.) og finske Jatta Kokkonen må belage seg på seks år i Tromsø.

virkelig er lurt å satse på. Det er bra å få dedikerte folk, sier hun.

UNN skal bygge ut intensivkapasiteten framover.

– Så det blir et økende behov for intensivsykepleiere, sier Nerskogen.

NYTT LAND. Finske Jatta Kokkonen og tyske Juliane Lohse er to av de nye rekruttene i Tromsø.

De kan se fram til minst seks år

i sitt nye land hvis de fullfører prosjektet. Til sykehusets nettside sier Lohse at det var kjærligheten som fikk henne så langt nord.

Kokkonen, som er fra Nord-Finland, er spesielt glad i Lyngsalpene. Hun er oppvokst med snø og kulde i Nord-Finland. Etter en periode i Stavanger lengtet hun til nord igjen. ●

marit.fonn@sykepleien.no



@missdiaz29



@boksarnaso



@elistee91



@anders88

Sykepleien er på Instagram!

Følg oss der og del øyeblikksbilder. Merk bildene #yrkesykepleier. Noen velges ut og trykkes i bladet.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 04 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Nyttig kunnskap

Malaria. Alle sykepleiere bør ha grunnleggende kunnskap om malaria. **48**



«I dag er det enten luktfritt eller så lukter det godt.»

Grete Breievne. **56**



Flerkulturelt. Migrasjon og sykepleie. **52**



Etikk. Taushetsplikten kan hindre samarbeid med naboer. **62**



HVA SYKEPLEIERE BØR VITE OM MALARIA

Nyttig. Alle sykepleiere bør ha basiskunnskap om sykdommen.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.53634



Bjørn Myrvang,
Overlege/professor emeritus.
Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, OUS, Ullevål



Mona Hjønevåg Joof,
Konsulent/klinisk spesialist i sykepleie
Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, OUS, Ullevål

Malaria er en av verdens viktigste infeksjonssykdommer med betydelig mortalitet, og alle sykepleiere bør ha basiskunnskaper om sykdommen. Noen grupper har stillinger som krever mer omfattende kunnskaper. Det gjelder sykepleiere som tar del i rådgivning til personer som skal reise til malariaendemiske områder, og det vil også gjelde sykepleiere som deltar i utredning og behandling av personer som kommer hjem fra malariaendemiske områder med mistanke om malaria. Framfor alt må sykepleiere

som reiser ut for arbeide i områder hvor malaria er et helseproblem, ha skikkelige malariakunnskaper.

MANGELFULLT. Vi har erfart at undervisningen om malaria ved våre høyskoler har vært og fortsatt kan være svært mangelfull, og det er derfor grunn til å anta at mange sykepleiere har beskjedne kunnskaper om sykdommen. En del lærebøker i sykdomslære, som er i bruk, inneholder lite informasjon om malaria. Imidlertid finnes det lærebøker som gir en god om enn ikke helt oppdatert beskrivelse av sykdommen (1,2). Formålet med

denne artikkelen er å gi en kortfattet, korrekt og oppdatert orientering om malaria. Samtidig vil leserne ved å gå til referansene, kunne få utdypet sine kunnskaper, om man føler behov for det.

UTBREDELSE. Malaria er utbredt over store deler av den tropiske verden. Afrika er hardest rammet, men infeksjonen er også et problem i områder i Asia, Oceania og i noen grad i Sør- og Mellom-Amerika. Verdens helseorganisasjon har beregnet at det i 2012 var 207 millioner tilfeller og 627 000 dødsfall på grunn av malaria (3,4). Det er tall som er lavere enn tidligere beregninger. De fleste som dør, er barn i Afrika (se figur 1). Stor usikkerhet er knyttet til tallene, men det er sikkert at både antall malariatilfeller og dødsfall i flere områder har gått betydelig ned de siste åra. Samtidig har nok forekomsten økt i noen områder, og dessuten må vi være klar over at mangelfull registrering og underrapportering er et problem, noe blant annet undersøkelser i India har vist (5).

NYTT. Det har i snart hundre år vært kjent at fire plasmodier kan gi malaria hos mennesket: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* og *Plasmodium malariae*. De aller fleste dødsfall skyldes infeksjoner med

Fakta



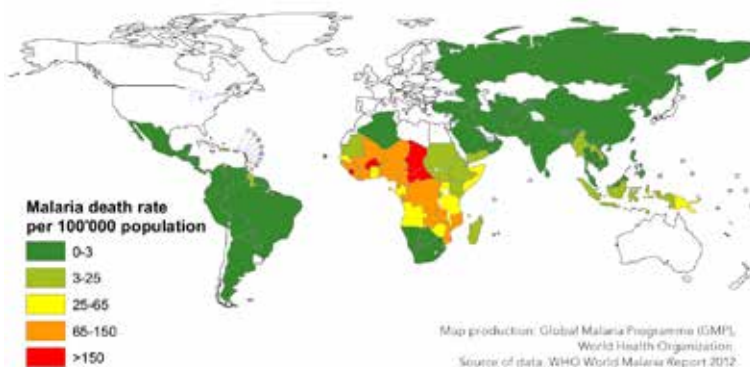
Hovedbudskap

Malaria er en av verdens viktigste infeksjonssykdommer. Mange sykepleiere trenger grundige oppdaterte kunnskaper om sykdommen, noe som ofte ikke finnes i lærebøker. Artikkelen gir kunnskap både om epidemiologi i verden og i Norge, diagnostikk, behandling og profylakse, slik situasjonen er i 2015.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Infeksjonssykdom
- Epidemiologi
- Internasjonal helse



Figur 1: Kartet viser dødsfall av malaria i ulike områder av verden, basert på tall fra Verdens helseorganisasjon (2012). Høyest antall dødsfall pr. 100.000 innbyggere ble registrert i Tsjad, Den sentralariske republikk, Burkina Faso og i Sierra Leone (rød farge), men høye dødstall ble også funnet i en rekke andre land i Afrika (oransje farge).



Smertefritt: Malaria-myggen stikker mellom soloppgang og solnedgang, altså ikke på dagtid. Illustrasjonsbilde: Colourbox

P. falciparum, men infeksjon med *P. vivax* kan også en sjelden gang gi et alvorlig forløp og dødelig utfall. Relativt nylig er det vist at også en femte plasmodiumart, *P. knowlesi*, kan gi malaria hos mennesker. *P. knowlesi* infiserer vanligvis aper, og det var først i 2004 det ble dokumentert at parasitten også kan forårsake sykdom og død hos mennesker (6). De fleste tilfeller er diagnostisert i den del av Malaysia som ligger på øya Borneo, men *P. knowlesi*-infeksjon er etter hvert diagnostisert i flere land i Sørøst-Asia. Det har også vært flere rapporter om at personer som har vært på besøk i disse områdene, er blitt infisert med *P. knowlesi* (7).

NORGE. En del personer bosatt i Norge pådrar seg malaria ved besøk i malariaområder. I de fleste tilfeller er infeksjonen ervervet i

Afrika, sør for Sahara. Risikoen for smitte er generelt langt mindre i andre verdensdeler. På slutten av 1990-tallet ble det årlig meldt over 100 malariatilfeller til Meldesystem for infeksjonssykdommer (MSIS), mens tallet senere har ligget på mellom 30 og 40. Av til dels ukjente grunner steg antall meldte tilfeller til 87 i 2013 og til 120 i 2014. Noe av forklaringen kan være at legene ble flinkere til å overholde meldeplikten de to siste årene, etter iherdig innsats fra MSIS-ansatte. De fleste malariatilfeller vi ser i Norge skyldes *P. falciparum*, som er den dominerende malariaparasitten i Afrika (8). Det har skjedd dødsfall på grunn av malaria i Norge, men det er en sjeldenhet. Mangelfull profylakse og for sent innsatt korrekt behandling har vært årsakene til dødsfallene. Det kan ikke sterkt nok

understrekes at rask diagnostikk etter symptomdebut og innsetting

«Malaria er utbredt over store deler av den tropiske verden.»

av korrekt behandling er meget viktig for å unngå alvorlig sykdomsutvikling ved falciparuminfeksjon (9). I tillegg til falciparuminfeksjoner ser vi hvert år noen tilfeller av infeksjon med *P. vivax*, mens vi sjelden ser infeksjoner med *P. ovale* og *P. malariae*. *P. knowlesi* er foreløpig ikke diagnostisert i Norge.

SMITTE. Malaria smittes gjennom

stikk av hunnmygg av arten *Anopheles*. Myggen stikker mellom solnedgang og soloppgang, det vil si ikke på dagtid. Stikkene er smertefrie. Den viktigste måten å unngå malaria på er derfor at man unngår å få stikk av anophelesmyggen. Man kan også få malaria dersom man får transfundert blod fra en person som har malariaparasitter i blodet.

SYMPTOMER. Det tar ti dager eller mer fra man blir smittet til man får sykdomstegn, vanligvis med feber som hovedsymptom. Ved infeksjon med *P. falciparum* og *P. vivax* skal febertoppene komme hver 48 time, men det er slett ikke alltid tilfelle. I første fase av sykdommen kommer febertoppene ofte nokså uregelmessig, særlig ved falciparuminfeksjon. Feber og feberrelaterte

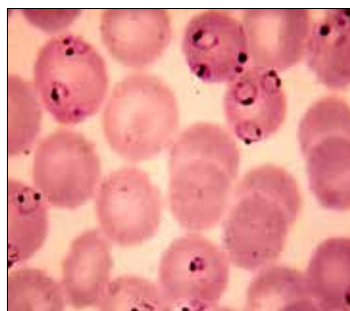




symptomer, som for eksempel muskelsmerter og hodepine, dominerer sykdomsbildet initialt ved alle former for malaria, men ved falciparuminfeksjon (og også ved infeksjon med *P. knowlesi*) kan sykdomsbildet raskt og dramatisk endre seg. Pasienten kan få alvorlige sykdomstegn fra en rekke organer. Særlig fryktet er utvikling av hjernemalaria. Det faller oftest sammen med at parasittmengden i blodet når et høyt nivå. Dersom adekvat behandling ikke innsettes raskt, vil det være betydelig mortalitet ved infeksjoner med *P. falciparum* og *P. knowlesi* (10).

DIAGNOSTIKK. Man skal ikke stille malariadiagnosen på grunnlag av kliniske symptomer og sykdomstegn. Sikker diagnose kan stilles på følgende to måter:

Mikroskopi. Man påviser malariparasitter ved mikroskopi av såkalt tykk og tynn dråpe. Dette er den beste metoden, men krever erfaring og utstyr. Man lager tykk og tynn dråpe fra pasientens blod (11). I den tykke dråpen, hvor de røde blodlegemene blir hemolysert, kan man undersøke en relativt stor blodmengde, og erfarne mikroskopører bruker den tykke dråpen til å avgjøre om en pasient har malaria. Er malariadiagnosen stilt, er den tynne dråpen (blodutstryket) best egnet til å avgjøre hvilken plasmodiumtype



Figur 2: Bildet viser tynn dråpe (blodutstryk) fra dramatisk syk pasient med malaria. Vi ser røde blodlegemer som inneholder malariaparasitter (*P.falciparum*).

pasienten er infisert med. Det har betydning for hvilken behandling man skal velge. Ved falciparuminfeksjon vil mengden parasitter i prøven si oss mye om alvorligheten i sykdomsbildet, og være bestemmende for om vi skal velge peroral eller parenteral behandling (12). Figur 2 viser blodutstryk med stor mengde plasmodier i form av ringer (trofozoitter) i røde blodlegemer. Skal en slik pasient reddes, må han eller hun få parenteral behandling med artesunate eller kinin og annen påkrevet behandling (se figur 2).

Antigenpåvisning. Malariadiagnosen kan også stilles ved å bruke hurtigtester som påviser antigen fra malariaparasittene i blod. Slike tester ble innført for om lag 20 år siden, og blir stadig bedre. For laboratoriepersonell er testene lette å utføre, og krever ikke utstyr. Man får raskt svar, og en stor mengde prøver kan undersøkes på kort tid. Dette er en fordel i land hvor malariaforekomsten er høy. I Norge vil bruk av hurtigtester være særlig aktuelt på sykehus som mangler leger og bioingeniører med erfaring i mikroskopisk malariadiagnostikk (13).

Ulempene med hurtigtester er at de er kvalitative tester, som ikke forteller oss hvor mye parasitter det er i blodet, og at testene kan gi negativt resultat når parasittmengden er lav. Dessuten kan testene bare i begrenset grad fortelle oss hvilken parasitt pasienten er infisert med, men det viktige er at mange hurtigtester kan skille mellom *P. falciparum* og de andre artene. Og det er slike tester som bør finnes på norske sykehus (13).

BEHANDLING. Hvilken plasmodiumart pasienten er infisert med, og alvorligheten i sykdomsbildet, er avgjørende for hvilken medikamentell behandling man velger (12). I utgangspunktet behandler man infeksjoner med *P. falciparum* og *P. knowlesi* likt, og infeksjoner med de andre tre parasittene på en annen måte. I stor grad følger vi WHO's anbefalinger og

europiske retningslinjer i våre behandlingsopplegg (14,15). Ved mindre alvorlige falciparuminfeksjoner foretrekker vi behandling med kombinasjonstabletter (ACT), hvor det ene medikamentet er et artemisininderivat (12). I Norge er ingen ACT-preparater registrert, men mange avdelinger har nok slike tabletter i beredskap. Alternative medikamenter til behandling av denne pasientgruppen er de registrerte preparater meflokin (Lariam) og atovakvon – proguanil (Malariaone, Provaqomyl). Alvorlige syke falciparumpasienter må ha parenteral behandling. Det beste medikament er artesunate (12,15), som er et artemisininderivat, men kinin kan også brukes. Alle norske syke-

hus som tar imot akutt syke pasienter, må ha ett av disse to medikamentene tilgjengelig. Fortrinnsvis artesunate, da kinin er noe mindre effektivt og har potensielt alvorlige bivirkninger. Pasienter med alvorlig malaria vil i tillegg ofte trenge intensiv

behandling som kan innbefatte væskebehandling, respiratorbehandling, dialyse og så videre. (15). Er man i den minste tvil om hvilken parasitt pasienten er infisert med, bør pasienten behandles som en falciparumpasient, spesielt hvis han eller hun har pådratt seg infeksjonen i Afrika. Infeksjoner med *P. vivax*, *P. ovale* og *P. malariae* kan fortsatt behandles med klorokin tabletter. *P. vivax*- og *P. ovale*infeksjoner skal i tillegg behandles med primakin, for å utrydde hvilende parasitter i leveren (12).

PROFYLAKSE. Å unngå myggstikk er absolutt det viktigste man kan gjøre for å unngå smitte. I malariaendemiske områder har derfor bruk av impregnerte myggnett nattetid fått stor utbredelse, og har sikkert spilt en vesentlig rolle når antall malariatilfelle er blitt

«En del personer bosatt i Norge pådrar seg malaria ved besøk i malariaområder.»

reduisert (16). Myggnettbruk blir ofte kombinert med innendørs spraying for å drepe malariamyggen. Myggnett og innendørs spraying er også aktuelt for turister, særlig hvis man skal bo enkelt i områder med høy malariaforekomst i Afrika. Oppholder man seg utendørs, er det viktig at man på kveldstid bruker klær som dekker mest mulig naken hud. I tillegg må man bruke myggmidler på huden. De mest effektive er midler som inneholder N, N-dietyl-meta-toluamid (DEET) eller icardin (Autan). En del reisende vil i tillegg trenge medikamentell profylakse. Det gjelder særlig reisende til Afrika sør for Sahara, hvor risikoen er stor for å pådra seg falciparuminfeksjon. Hvorvidt reisende til andre verdensdeler behøver medikamentell profylakse, er om diskutert. Norske og svenske retningslinjer for malariaprofylakse går inn for meget begrenset bruk av medikamentell profylakse hvis man reiser til malariaendemiske områder i andre verdensdeler enn Afrika (17,18). Medikamenter man bruker til profylakse må ha god effekt mot *P. falciparum*, og vi har tre medikamenter å velge mellom:

- Meflokin, registrert som Lariam. Ulempen med meflokin er at enkelte kan få ubehagelige bivirkninger ved bruk, men de fleste kan bruke middelet uten å få problemer.
- Atovakvon + proguanil, registrert som Malarone og Provaqomyl. Prisen har vært en viktig ulempe ved Malarone, men er betydelig redusert i 2014 etter at Provaqomyl kom på markedet.
- Doxycyclin, som er et antibiotikum, er ikke mye foreskrevet til malariaprofylakse i Norge, men den beskyttende effekten er antakelig på linje med de to andre alternativene.

VAKSINE. I over 30 år har man gjort iherdige forsøk på å lage en effektiv vaksine mot *P. falciparum*infeksjon, men med lite hell. I øyeblikket er cirka 20 vaksine-

kandidater i et eller annet trinn av utprøving. Glaxo-Smith-Kline (GSK), i samarbeid med «Bill & Melinda Gates Foundation», er kommet lengst. Målgruppen for deres vaksine er barn i Afrika. Vaksinen er den første vaksinen som i omfattende undersøkelser har vist beskyttende effekt, men effekten er ikke så god som man i utgangspunktet håpet. Det er foreløpig ikke avgjort om vaksinen blir godkjent for markedsføring (19). ●

REFERANSER:

1. Bruun Wyller V. Sykdommer knyttet til infeksjonsforsvaret I: Det friske og det syke menneske. Oslo: Cappelen Damme Akademisk, 2014; 923–25.
2. Ørn S, Mjell J, Bach-Gansmo E. Sykdom og behandling. s. 89. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011.
3. WHO. Malaria. Fact sheet Fact sheet N°94, Updated March 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/> (6.10.2014).
4. World Malaria Report 2013, side 55–68. WHO, Geneva 2013. www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/ (1.10.2014).
5. Haya SI, Gethinga PW, Snow RW. India's invisible malaria burden. The Lancet, 2010; 376:1716–17.
6. Myrvang B. En femte plasmodiumart som kan gi malaria. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130:282–3.
7. Müller M, Schliengerhauf P. Plasmodium knowlesi in travellers, update 2014. Int J Infect Dis. 2014;22: 55–64.
8. 10 Facts on Malaria in Africa – WHO | Regional Office for Africa. www.afro.who.int/.../malaria/.../2287-10-facts-on-malaria-in-africa.html (1.10.2014).
9. Moore DA, Jennings RM, Doherty TF, et al. Assessing the severity of malaria. BMJ 2003; 326:808–9.
10. Sarkar PK, Ahluwalia G, Vijayan VK, Talwar A. Critical care aspects of malaria. J Intensive Care Med. 2010; 25: 93–103.
11. Myrvang B. Malaria i Norge – diagnostikk, behandling og profylakse. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:1648–52.
12. Mørch K, Myrvang B. Medikamentell behandling av malaria i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 664–7.
13. Myrvang B, Sannes M. Bruk av malaria hurtigtester ved norske sykehus. Bioingeniøren 2014; Under trykking.
14. World Malaria Report 2013, side 40–47. WHO Geneva 2013. http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/ (2.10.2014).
15. Askling HH, Bruneel F, Buchard G et al. Management of imported malaria in Europe. Malaria Journal 2012; 11: 328.
16. Choi HW, Breman JG, Teutsch SM. The effectiveness of insecticide-impregnated bed nets in reducing cases of malaria infection: a meta-analysis of published results. Am J Trop Med Hyg. 1995; 52: 377–82.
17. Forebygging av malaria hos reisende. 2. utgave. Folkehelseinstituttet, Oslo. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239 & trg=Main_6157 & Main_6157-7139:0:25:8802 (2.10.2014).
18. Bouchie A. GSK plows ahead with EMA malaria vaccine submission. Nature Biotechnology. 2013; 31:1066.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Din samarbeidspartner!



VI HAR TID TIL PASIENTEN DIN!

UTSTYR PÅ BLÅRESEPT

Banda er en kjede med 54 butikker over hele landet med høyt kvalifiserte helsearbeidere. Vi har bl.a. kompetanse innen stomi, inkontinens, ernæring, fiksering og urinretensjon.

- råd og veiledning i våre samtalerom, eller ved hjemmebesøk til dine pasienter
- tilpasning/valg av utstyr i samarbeid med deg
- hjelp ved sår hud, lukt, brokk og lekkasje
- tilpasset utlevering av utstyr
- hjemkjøring av varer er en selvfølge

Finn nærmeste Bandabutikk på www.banda.no
Besøk vår nettbutikk: www.banda.no/nettbutikk



Følg oss på Facebook/bandakjeden
Banda's hovedkontor: 23 38 48 58

HUSK! - det er pasientene som eier blåresepten. De kan fritt velge den blodagist/apotek de mener gir den beste service og oppfølging.

Vi har blåresept ekspedering via mail på www.banda.no



FLERKULTURELLE SYKEPLEIERE

Migrasjon. Utenlandske sykepleiere som jobber i Norge opplever mange utfordringer.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.53641



Kirsti Jæger Dahlen,
Høgskolelektor
i Oslo og
Akershus

Sykepleiere som migrerer til Norge må som alt annet helsepersonell søke autorisasjon.

I dag er det ifølge SSB (1), rundt 10 000 sykepleiere med utenlandsk utdanning som arbeider i det norske helsevesenet. Sykepleiere utdannet utenfor EU har ofte en lang vei å gå og må blant annet gjennomføre kurs i nasjonale fag. Denne artikkelen bygger på en større studie og presenterer noen funn som forteller hvem sykepleierne er og noe om hva de opplever som utfordrende ved å arbeide i det norske helsevesenet. Utfordringer knyttet til det å arbeide som helsefagarbeider når man er utdannet sykepleier, og å arbeide i eldreomsorgen når man har praksis fra sykehus blir diskutert, i tillegg til ulike språklige og kulturelle utfordringer.



Kari Dahl,
Førstelektor,
Høgskolen
i Oslo og
Akershus

BAKGRUNN. Sykepleiere har, i likhet med verdens befolkning for øvrig, migrert av ulike årsaker. Studier viser at det kan være økonomiske, politiske, sosiale, personlige, rettslige og profesjonelle årsaker til at sykepleiere migrerer. [2]. Sykepleiere migrerer i all hovedsak fra utviklingsland til industrialiserte land hvor behovet for helsetjenester, spesielt knyttet til eldreomsorg, er stort. Filipinere og indere representerer den største gruppen av helse-

faglig arbeidskraft (ILO) som migrerer. Cirka 12 000 sykepleiere fra Filippinene forlater landet årlig. En kanadisk studie [3] viser at sykepleiere fra Filippinene kan ha følt seg presset av familien til å ta utdanning som sykepleier og til å reise utenlands for å forsørge familien hjemme. Studien viser også at det følger en viss prestisje med å arbeide som sykepleier i industrialiserte land som USA, Australia, England og Norge. En australsk studie viser at sykepleiere som migrerer kan oppleve kulturell rasisme knyttet til språk, religion, vaner, normer, kleskode og mat (4). En norsk litteraturstudie konkluderer med at fremmedspråklige opplevde å bli brakt til taushet («silencing»), kognitiv fatigue og ekskludering og at språkvansker ofte er hovedårsaken. Forfatterne påpeker viktigheten av informasjon, opplæring og inkludering i arbeidslivet for å forebygge disse tilstandene og at sykepleieleidere har et spesielt ansvar i så henseende (5).

STORT BEHOV. Også i Norge er behovet for sykepleiere stort, og da spesielt innen kommunehelsetjenesten. Vi møter mange migrerte sykepleiere som helsefagarbeidere på sykehjem, og spørsmålet er om vi hadde klart oss uten de migrerte sykepleierne

og helsefagarbeiderne innen eldreomsorgen. Sykepleiere som emigrerer til Norge fra land utenfor EU, blir ofte autorisert som helsefagarbeidere og har en lang vei å gå for å bli autorisert som sykepleier. Det er Statens Autorisasjonskontor (SAK) som vurderer om den enkeltes sykepleierutdanning er jevnkode med norsk sykepleierutdanning. I SAKs vurderinger blir alltid kurs i nasjonale fag og språkkrav pålagt for dem som er utdannet utenfor EU. Vi har, på oppdrag av Helsedirektoratet, vært faglig ansvarlig for gjennomføring av kurset i nasjonale fag de siste fem årene. Dette har gjort oss nysgjerrige på å få vite mer om disse sykepleierne, og studien vår tok derfor utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Hvem er de sykepleierne som gjennomfører kurs i nasjonale fag?
- Hvilke uttrykk anvender de når de beskriver sykepleie?
- Hvordan oppfatter de det norske helsevesenet, og hva kan de bidra med?

Hovedhensikten med studien er å bidra til en forståelse av hva sykepleiere fra andre kulturer kan bidra med i det norske helsevesenet. I denne artikkelen beskriver og diskuterer vi noen av funnene våre, basert på svar på et spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Innen sykepleiemigrasjon må sykepleierens rolle og funksjon, språk og kulturelle utfordringer, spesielt innen eldreomsorgen, få større plass i debatt, forskning og opplæringsprogrammer. Dette for å kunne ivareta pasientens sikkerhet, sikre kvalitet i helsetjenesten og tillit til det norske helsevesenet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Migrasjon
- Internasjonalt samarbeid
- Innvandrer
- Autorisasjon

NASJONALE FAG. Kurs i nasjonale fag for sykepleiere, som Ullevål sykepleierhøgskole og Høgskolen i Oslo og Akershus har gjennomført i årtier, har gjennomgått mange endringer. I dag bygger kurset på «Studieplan i Nasjonale fag for sykepleiere», godkjent av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 (6). Fra høsten 2013 ble leger, tannleger, farmasøyer og helsefagarbeidere inkludert, og studieplanen ble revidert og gjort profesjonsnøytralt. Data fra vår studie er innhentet fra to kurs i 2012.

Kurs i nasjonale fag er organisert i følgende fem hovedemner: 1. Oppbygging og organisering av helse og omsorgstjenesten, 2. Helse og sosialrett, 3. Håndtering av legemidler, 4. Kulturforståelse og 5. Nasjonale satsingsområder.

Formålet med kurset er å gi deltakerne kunnskap om norsk helsetjenesten for å kunne ivareta pasientens sikkerhet, sikre kvalitet i helsetjenesten og tillit til norsk helsetjenesten, jmfør § 1 i Helsepersonelloven (7). Deltakerne må ha bestått språktest og få utdanningene sine vurdert av SAK som jevn gode med norsk utdanning.

Kurset går over fire uker to ganger i året og avsluttes med test i legemiddelregning og en avsluttende skoleeksamen i de andre hovedemnene. Hvert emne har ressursforelesninger hvor læringsaktiviteter er selvstudie, gruppearbeid og seminarer. Det er pensum til hvert emne. Kursene er meget godt evaluert av deltakerne.

UTDANNING. Hovedvekten av våre informanter kommer fra Filippinene og Serbia. Vi vil derfor si noe om deres sykepleierutdanning. Bachelor of Science in Nursing på Filippinene er et fireårig program. Programområdene består i allmenne fag som engelsk, matematikk og språk (Filipino) i tillegg til profesjonell sykepleie, herunder teoretisk grunnlag i sykepleie og administrering av sykepleiefaglig omsorg. Programmet følger som hovedprinsipp trinnene i sykepleieprosessen. Utdanningen kan foregå på ulike nivåer;

High School, College eller universitetet. Når graden er oppnådd må alle ta Nurses Licensure Examination før de kan praktisere som sykepleiere. Dette er en statlig eksamen med fem emneområder: «fundamentals in nursing», «community health nursing», «medical surgical nursing», «maternal and child health» og «psychiatric nursing». Hvert fagområde er representert ved 100 spørsmål, og besvarelsen må ha 75 prosent riktige svar (8).

Serbia ble inkludert i Bologna-prosessen i 2007 og forpliktet seg dermed til å løfte sykepleierutdannelsen fra en diplomsertifisering på «etter videregående skolenivå» til en bachelorgrad på høyskole eller universitetsnivå (9).

Utdanningen er bygget på tradisjonelle gammeldagse, passive opplegg; 92 prosent består av forelesninger av medisinske spesialister. Sykepleiere fra Serbia er i liten grad vant til interaktive læringsprosesser og til å aktivt delta i egen læreprosess og utvikling (10,11).

Selv om sykepleierutdanningen i Serbia nå krever EU-standarder på gradsnivå i form av egne profesjonsutdanninger, hevder O'Rouke (11) at det fortsatt er behov for å endre mange nøkkelfaktorer ved utdanning, rolle og funksjon for sykepleiere i Serbia.

METODE. Vi har anvendt både et kvalitativt og et kvantitativt design med bruk av et strukturert spørreskjema som vi selv har utarbeidet.

Den kvantitative delen, som denne artikkelen hovedsakelig handler om, består av ni spørsmål som er lagt inn i SPSS og viser stort sett til frekvensfordelinger og gjennomsnitt fra materialet (12).

Utsagnene i artikkelen er hentet fra den kvalitative delen av studien (13). Det ble innhentet skriftlig informert samtykke og alle de forespurte på kurset sa seg villig til å delta.

Studien er godkjent av NSD i 2012. 144 sykepleiere fra to kurs inngår i vårt materiale.

NOEN TALL. Hovedvekten av sykepleierne i studien kommer altså fra Filippinene og Serbia, henholdsvis 52 prosent og 14 prosent. Resten av sykepleierne kommer fra Australia, USA, Bosnia, India, Russland, Thailand, Tanzania, Burma, Egypt, Norge, Ukraina, Nepal, Montenegro, Venezuela og Irak. De norske sykepleierne er sykepleiere utdannet i Australia eller USA.

Ved spørsmål om hovedårsaken til ønsket om å arbeide som sykepleier i Norge, svarer de fleste at det er av faglige og økonomiske hensyn. 12,5 prosent begrunner årsaken som familiær. Dette er i tråd med andre studier fra andre industrielle land (2).

Gjennomsnittsalder på sykepleierne er 30 år, hvorav den eldste er 55 og den yngste 23 år. 83 prosent er kvinner og 15 prosent menn. 90 prosent har tatt sin utdanning fra hjemlandet for to–fem år siden.

Praksis som sykepleier fra eget hjemland viser at litt under halvparten (40 prosent) har arbeidet mellom to og fem år og 20 prosent mer enn fem år. 40 prosent har ingen eller kun ett års praksis som sykepleier i hjemlandet. 72 prosent har praksis fra sykehus, mens 3 prosent har praksis fra eldreomsorg.

I Norge arbeider over 70 pro-

«Cirka 12 000 sykepleiere fra Filippinene forlater landet årlig.»

sent i eldreomsorgen mens 5 prosent arbeider i sykehus. Når vi spør deltakerne i undersøkelsen om hvor de ønsker å jobbe etter de har fått autorisasjon som sykepleier i Norge, svarer 45 prosent at de ønsker å jobbe på sykehus mens 23 prosent ønsker å arbeide i eldreomsorgen. Med bakgrunn i disse resultatene vil vi nå diskutere sykepleiernes møte med det norske helsevesenet.

ROLLE. Sykepleierne som besvarer spørreskjemaet arbeider som helsefagarbeidere i eldreomsorgen, på tross av at de er offentlig godkjente sykepleiere fra eget hjemland. Dette skaper frustrasjon og rolleforvirring, noe disse uttalelsene viser: «Vi får arbeidsoppgaver som en sykepleier skal gjøre, men får lønn som helsefagarbeider». Og: «Det er ikke lett å si ifra, og vi må ikke klage».

Situasjonen ser ut til å skape forvirring hos den enkelte sykepleier når det gjelder rolle og funksjon, og uklare forventninger fra både kolleger og pasienter. Det ser ut til at sykepleierne i varierende grad formidler sin egen kunnskap når de ser noe som de opplever som feil behandling eller viktige observasjoner som oversees av kolleger. Dette gjelder særlig naturvitenskapelig kunnskap i møte med og ved behandling av pasienter i eldreomsorgen: «Vi har kunnskap om forskjellige lidelser og kan identifisere pasientens grunnleggende behov og vet hva som er nødvendig for personen som trenger riktig hjelp». «Sykepleiere i Norge har ikke så god naturvitenskapelig kunnskap».

Betyr dette at sykepleiere i eldreomsorgen i Norge ikke fokuserer på naturvitenskapelig kunnskap i like stor grad som de ville gjort om de hadde jobbet på sykehus? Eller forsterkes dette inntrykket fordi disse sykepleierens utdanning i stor grad har fokusert på naturvitenskapelig kunnskap?

Det kan se ut til at både fenomenet «silencing», rolleforvirring og det faktum at sykepleieren er nyansatt, spiller en rolle for hvordan utfordringer håndteres (5). Uansett ser det ut til at det kan være viktig å fokusere på temaet rolleforvirring i opplæringsperioden for å bidra til en god integrering av sykepleieren og for å sikre en faglig forsvarlig praksis.

De aller fleste sykepleierne har praksis fra store sykehusavdelinger og i liten grad fra eldreomsorg. De kommer ofte fra land hvor familien tar ansvaret for de eldre og hvor



sykehjem er for de rike og er privat finansiert.

I kursene i nasjonale fag kommer det fram at møtet med og organiseringen av eldreomsorgen i Norge er nytt for dem. I tillegg ser vi at eldre i liten grad har plass i disse sykepleierens utdanninger (14).

Sykepleierne har erfaring fra sykehus hvor det ser ut til at naturvitenskapelig kunnskap veier tungt. Måten de beskriver sykepleierens rolle og funksjon på ser ut til å være knyttet til et hektisk sykehusmiljø: «Sykepleiere skal forebygge og hindre sykdom og arbeide slik at pasienten unngår å bli innlagt igjen». Eller: «En sykepleier må tåle stress og arbeide fort og kunne handle raskt i stressete situasjoner».

SPRÅK. Det samtlige deltakere beskriver som den største utfordringen er det å skulle forstå og snakke et helt nytt språk. Frustrasjonen over å ha kompetanse om sykdom og behandling som de ikke får satt ord på kan være stor (5): «Språket er det mest utfordrende og vanskelige for meg siden jeg kommer fra et annet land». «Jeg finner ikke ord og blir misforstått».

Det er interessant at sykepleierne etterspør et fagspråk med større bruk av latin: «I det norske helsevesenet snakker alle bare norsk, det gjør at visitten kan være vanskelig å følge med på og forstå». Eller: «Vi er vant til å bruke latinske uttrykk.»

Sykepleierne beskriver utfordringer både når det gjelder egen språkformidling og det å forstå hva pasienten uttrykker. Disse to perspektivene kommer til syne i følgende utsagn: «Pasienten har lett for å misforstå når utlendinger prøver å uttale eller prøver å hjelpe for eksempel i et stell» og «Vi hadde en pasient fra Pakistan som verken snakket norsk eller engelsk ... så vi måtte bruke tegn-språk for å kunne kommunisere. Når en pasient ikke kan språket kan jeg ikke gi den pleie og omsorg hun trenger».

AVVISNING. Sykepleierne i studien gir få eksempler på rasistiske holdninger blant norske kolleger, men de beskriver opplevelsen av å bli valgt bort av pasientene: «Hva gjør man når pasienten ikke vil ha deg?»

Sykepleiere fra ulike land synes å møte denne utfordringen på ulike måter, men samtlige synes det er ubehagelig å bli valgt bort og vondt å oppleve rasistiske uttrykk og reaksjoner fra pasienter: «Hun (beboeren) sa vi var dumme, fattige og ikke har rett til å være i Norge». «For meg er det veldig utfordrende å behandle pasienter som møter meg med sterk motvilje», «Norske brukere er uhøflige og mindre åpne mot helsepersonell fra andre land». «Synes ikke det er vanskelig, bare en utfordring. Mottoet for vår utdanning er tender, loving, care».

OMGIVELSER. Arbeidsforholdene beskrives som svært annerledes i Norge enn i landene de kommer fra.

Først og fremst beskriver sykepleierne det norske helsevesenet som langt mer multikulturelt og bedre organisert enn helsevesenet i deres eget hjemland: «Norge er veldig multikulturelt». Og: «Det er ikke multikulturelt i mitt hjemland». Eller: «Vi er ikke vant til pasienter fra så mange kulturer».

De peker også på fraværet av hierarkiske systemer og hierarkiske forhold i norsk helsevesen, spesielt mellom lege og sykepleier.

Sykepleien i hjemlandet beskrives i stor grad som en assistentrolle og i mindre grad som en selvstendig funksjon [11]. «Sykepleie er å være et hjelpemiddel etter legens forordning». Og: «Sykepleie i Norge er å gjøre selvstendige oppgaver, de spør ikke legen så ofte.»

PASIENTER. De peker også på måten sykepleierne snakker direkte til og med pasientene på. Pasientenes rett og behov for informasjon og pasientens rett til medbestemmelse i utredning og behandling beskrives som svært forskjellig fra eget hjemland.

«Vi får arbeidsoppgaver som en sykepleier skal gjøre, men får lønn som helsefagarbeider.»

Det samme gjelder opplevelsen av den selvstendige pasienten: «Norske pasienter er åpne, ærlige og mer direkte og sier hva de mener og ønsker».

I denne forbindelsen tar kurset i nasjonale fag for seg lovverket med for eksempel rettigheter og plikter, både som pasient og helsepersonell, svært grundig.

I arbeidet med dette emnet uttrykker kursdeltakerne mange aha-opplevelser når det gjelder å forstå, forholde seg til og håndtere arbeidshverdagen på en bedre måte. ●

REFERANSER:

1. Statistisk sentralbyrå, S. Helse og sosialpersonell, 2012.4. kvartal. 2013; <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2013-06-12> (7.1.2014).
2. Dywili S, Bonner A, O'Brien L. Why do nurses migrate? – a review of recent literature. *Journal of Nursing Management* 2013; 21: 511–20.
3. Ronquillo C, et al. Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history. *Nursing Inquiry* 2011; 18: 262–75.
4. Johnstone M, Kanitsaki O. Cultural racism, language prejudice and discrimination in hospital contexts: an Australian study. *Diversity in Health & Social Care* 2008; 5: 19–30.
5. Mehus G, Raatinieni J. Språkvansker skaper stress på jobb. *Sykepleien* 2012; 13: 68–70.
6. Sosial og helsedirektoratet, Studieplan i Nasjonale fag. Tilleggskrav for å få autorisasjon i Norge for sykepleiere som ikke omfatter internasjonale avtaler. November 2004.
7. Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
8. FindUniversity.ph. BS in Nursing in the Philippines. 2010–2014; <http://www.finduniversity.ph/majors/bs-in-nursing-philippines/> (8.7.2014).
9. Davies R. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today* 2008; 28: 935–42.
10. Otasevic D. Education of nurses in Serbia. Position and perspective, Serbia, 2012.
11. O'Rourke, M.e.a., Management training and education to strengthen the nursing profession in Serbia. *Management in Health*, 2011; 15: 20–4.
12. Johannessen A. Introduksjon til SPSS: versjon 17. Oslo: Abstrakt forlag, 2009.
13. Järvinen M, Mik-Meyer N. Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv: intervju, observasjoner og dokumenter. København: Reitzel, 2005.
14. EuroEducation. Net. Education system in Serbia and Montenegro. 2006; <http://www.euroeducation.net/prof/yugoco.htm>. (Nedlastet: 9.7.2014).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Kathrine Odden

Satser på skjønnhet

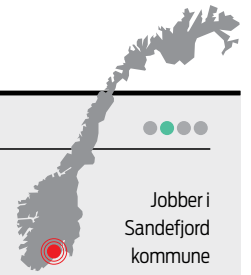
Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Mona Moe Machava**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2013

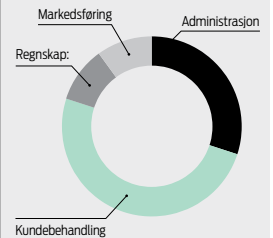
CV

1993–2010: Frisør
2010–2013: Bachelor i sykepleie
2013–2014: Videreutdanning i kosmetisk dermatologisk sykepleie
August 2014 –: Driver egen kosmetisk dermatologisk klinikk



Jobber i Sandefjord kommune
59°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jobben min handler om helse og skjønnhet. De fleste av mine kunder vil ha et forbedret utseende. Jeg gjør alt fra napping av bryn til hudbehandlinger; kjemisk peeling, og fillerbehandlinger som øker volumet og kollagenproduksjonen i huden. Botox brukes mot flere ting enn rynker, for eksempel stramme muskler som forårsaker migrene, tanngnissing og overdreven svetting. Behandlingen er en lightversjon av kosmetisk kirurgi.

En stor del av jobben er å se hva den enkelte kan kle. Det er viktig å snakke med kunden om forventninger slik at de får et realistisk bilde av hva de kan oppnå gjennom behandlingen. Jeg er også opptatt av å kartlegge dem skikkelig, medisinbruk og så videre, slik at de er forberedt på eventuelle komplikasjoner.

Jeg er veldig opptatt av etikk i jobben min. For eksempel tar mange unge jenter under 18 år kontakt, disse behandler jeg prinsipielt ikke. Mange ønsker rask forandring, men god hudpleie over tid gir best resultater og minst komplikasjoner. Det morsomste ved jobben er å gi god behandling over tid som skaper forandring på en naturlig måte.

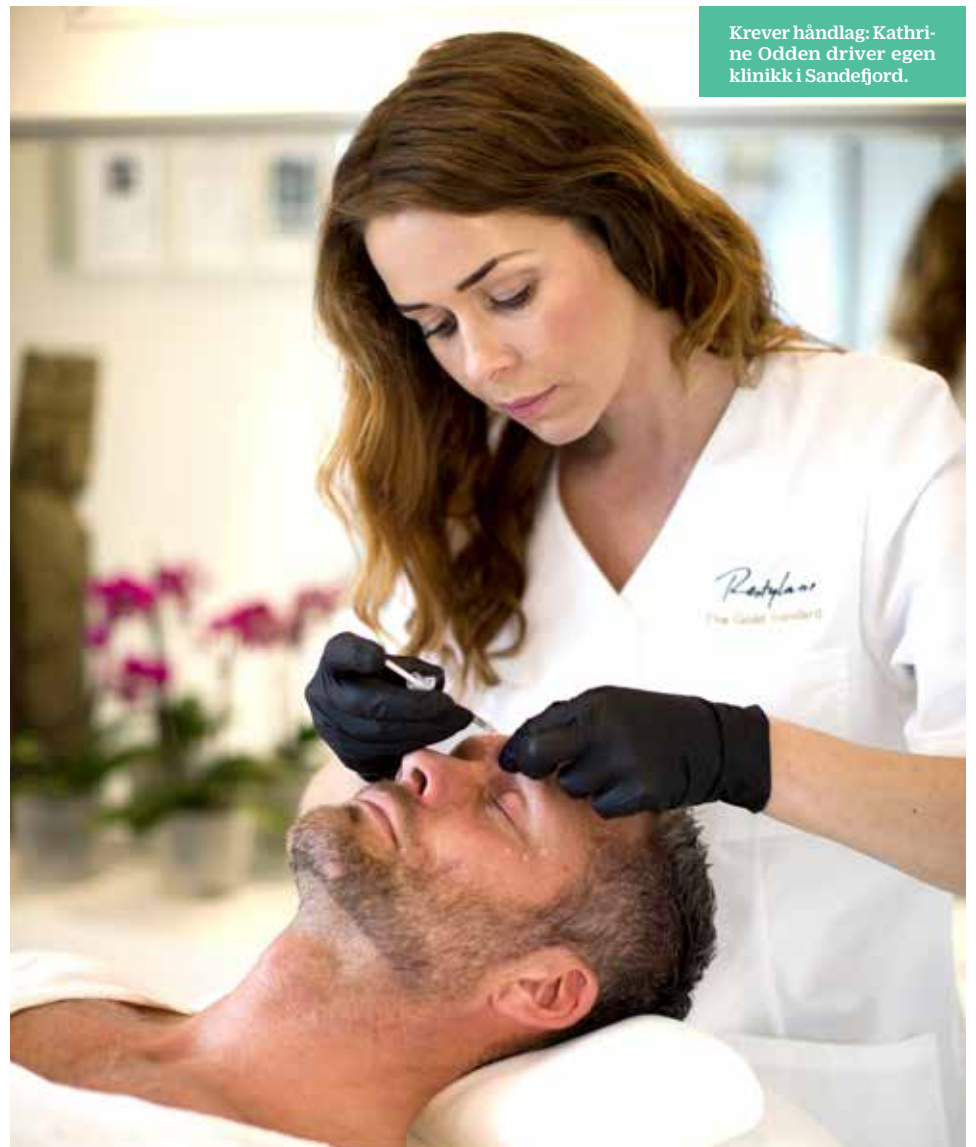
Jeg møter også noen fordommer. Enkelte ser på jobben som overflatisk og forbinder den med usunne idealer. Det at enkelte starter opp uten å være kvalifiserte har gitt kosmetiske dermatologer et litt dårlig rykte. I tillegg stiger tallet på komplikasjoner. Det kreves ett års videreutdanning for å bli kosmetologisk dermatolog, men tittelen er ikke beskyttet. Man lærer mye på sykepleierutdanningen, men ikke nok. Spesialkompetanse i anatomi er viktig, og injeksjonsteknikk krever håndlag og kunnskap.

Jeg har drevet for meg selv i mange år, først som frisør og nå, fra 2014, som kosmetisk sykepleier. Jeg har også vært norgesmester i make up. Jeg setter stor pris på at jobben er så variert og fleksibel. •

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



Krever håndlag: Kathrine Odden driver egen klinikk i Sandefjord.



Grete Breievne

Luktens lidelse

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Uestetikk. Hun gikk inn i det ekles univers.

For 30 år siden stelte Grete Breievne et kraterstort kreftår som luktet forråtnelse. Hun brukte to munnbind dynket i vademekum, men hver gang måtte hun brette seg ved postkassen etterpå.

Når hun tenker tilbake, kan hun ikke huske at hun vekslet ett ord med pasienten bortsett fra det rent tekniske. Men hun husker at hun snakket med pasientens mann.

«Det kommer aldri noen hit lenger», sa han. De orket ikke på grunn av lukten.

UBEHAGELIG. – Jeg så nøden, smerten og lidelsen, men ante ikke hvordan jeg skulle lindre den. Det var ubehagelig å ikke håndtere en situasjon jeg var opplært i, så derfor snakket jeg heller ikke om det. Jeg antok at problemet bare var mitt, sier hun i dag.

Erfaringene har blitt til doktorgrad om lukt og lidelse i hjemmesykepleien.

VIKTIG. Evolusjonsbiologisk var lukt menneskenes viktigste sans. I en tid uten røykvarslere og kjøleskap var det luktesansen som advarte om brann og bedervet mat. Men i et moderne samfunn er luktesansen blitt mindre viktig, samtidig som de fleste ubehagelige lukter er fjernet. Gater spyles, kropper dusjes og klær vaskes.

– I dag er det enten luktfritt eller så lukter det godt, påpeker Breievne.

På sykehus og sykehjem er vonde lukter vasket og desinfisert til en slags rein sykdomslukt. Men i hjemmesykepleien er det annerledes.

– Her kommer man hjem til pasienten og inn i et annet luktlandskap, sier hun.

– Det kan være lukt av sykdom, svette, urin, avføring og røyk, ofte blandet sammen.

FERDIGHETER. I doktorgradsarbeidet intervjuet Breievne 30 sykepleiere og 11 pasienter.

Hun fant at sykepleierne brukte tre strategier for å håndtere situasjoner med vond lukt. De utførte prosedyrene raskt og effektivt, de inntok noe Breievne kaller kroppslig freeze og de snakket ikke om lukten.

– At de var gode på prosedyrer var viktig for pasientene, understreker hun.

– De er veldig opptatt av at bandasjer sitter ordentlig og at stomier ikke lekker.

– Jeg så mye gode praktiske ferdigheter, og det gir et godt grunnlag for tillit.

BESKYTTE. Kroppslig freeze er en måte å unngå å reagere kroppslig på lukt, som å holde pusten eller stå så langt unna pasienten som mulig.

En sykepleier valgte en annen strategi. Hun bad om å få gå ofte til de som luktet for å venne seg til lukten. Fysiologisk er det sånn at man

venner seg til en lukt etter femten minutter.

– Hun sa riktignok at hun selv hadde dårlig luktesans.

Sykepleierne hadde de beste intensjoner for ikke å snakke om lukten.

– De opplevde at pasientene var sårbare og ville skåne dem. Men et spørsmål er hvem de beskytter når de ikke tar det opp. Er det dem selv eller pasientene?

DISKREPANS. For Breievne fant en motsetning mellom sykepleierens forestillinger og pasientens ønsker. Sykepleierne snakket ikke om lukten for å verne pasientene, mens flere av pasientene opplevde det som mangel på respekt at de ikke gjorde det.

– Noen var irriterte på sykepleierne, forteller Breievne.

– De hadde prøvd å si at det luktet, men sykepleierne hadde svart at det skulle de ikke tenke på og at det var noe de var vant til. Pasientene opplevde det som at sykepleierne ikke var interessert i deres erfaring.

TILTAK. Når pasientene først fikk snakke om lukten, viste det seg at det var flere ting sykepleierne kunne gjøre noe med. Som å velge lukthemmende bandasjer eller bytte til en annen type inkontinensbind.

Lukt var ofte knyttet til sykdom, men også til svekkete sanser og dårligere evne til å ta vare på seg selv. Et tiltak kunne for eksempel være å be om mer hjemmehjelp.

– I hjemmesykepleien er vi opptatt av at pasientene skal få bestemme selv, sier Breievne.

– Men når sykepleierne ikke snakker om lukt, fratar de også pasientene muligheten til å gjøre noe med den.

«Det kan være lukt av sykdom, svette, urin, avføring og røyk, ofte blandet sammen.»



Doktorgrad: Grete Breievne har tatt doktorgrad på lukt og lidelse i hjemmesykepleien.

KUNNSKAP. Ikke all lukt kan fjernes eller bli bedre. Et stort, betent kreftsår vil lukte. Men Breievne tror kunnskap og språk kan redusere lidelsen. For eksempel å vite at det rent biologisk er naturlig å brenne seg av vond lukt.

– Det er en kroppslig og automatisk reaksjon på lukten, men blir gjerne fortolket som at man viser avsky for personen med lukten. Slik kunnskap kan kanskje gjøre det lettere å snakke om lukt og hvorfor man reagerer.

SPRÅK. Breievne er opptatt av å utvikle et språk for det ekle og uestetiske. Hun spurte sykepleierne om å beskrive lukter, men det var vanskelig for dem.

– Vi har ikke så mange ord for å beskrive vond lukt, og de vi har er veldig ladete, som stank, odør, eim. En av sykepleierne sa det ganske treffende: Du kan si til en pasient at i dag ser du dårlig ut, men det er vanskelig å si du lukter vondt med empati.

«Sykepleiere bør kunne mer om sansenes biologi.»

Hun spurte også pasientene om å beskrive lukt.

– Materialet er lite, men jeg synes å se at ordene de brukte var knyttet til sykdommen.

En dame med et stort kreftsår sa det luktet likhus. En inkontinent mann, som var glad i å ta seg godt ut, sa lukten skar i selvfølelsen.

– Ordene gikk rett inn i kjernen av lidelsens konsekvens. Kroppslig og sosial død.

Hun så at pasientene brukte andre ord om lukt enn sykepleierne, gjerne forsterkende ord og bannord.

– En sa «her stinker det verre enn døden». Det kan en pasient si, ikke en sykepleier. Men

sykepleiere må kanskje tåle at pasientene har et bredere språklig repertoar.

PROFESJONELL. Breievne er overrasket over mangelen på kunnskap, både om lukstens fysiologi og kulturelle luktnormer.

– Sykepleiere bør kunne mer om sansenes biologi, og det overrasker meg at det ikke er knyttet til undervisning i kommunikasjon.

Hun peker på at deres handlingsrepertoar, å reagere med travelhet, holde maska og være taus, er helt allmenne reaksjonsmønstre.

– Men det er ikke tilstrekkelig når man skal være profesjonell.

Hun mener sykepleiere, som kommer tett på kropp og forfall, har en unik mulighet til å bli gode på vanskelige og skambelagte reaksjonsmønstre.

– Vi kan bli profesjonelle på det ekle. Men da må vi tørre å snakke om det og gjøre det til et faglig tema. ●

nina.hernes@sykepleien.no

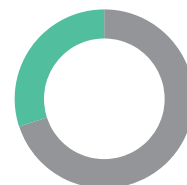


BEDRE KVALITETS- SIKRING AV PRAKSIS

Forbedring. Erfaringsutveksling kan bidra til å styrke det kliniske læringsmiljøet.

EVALUERINGSSTUDIE:

Artikkelen bygger på
30 % praksis
 70 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.53650



Mari Wolff Skaalvik, Førsteamanuensis/prodekan utdanning, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

I denne artikkelen presenteres en evalueringsstudie som gjennomføres ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) blant sykepleierstudenter som har praksis der. Evalueringsstudien er iverksatt som grunnlag for det kontinuerlige arbeidet med å skape et godt klinisk læringsmiljø (1,2). Fagmiljøene og Norsk Sykepleierforbund står sammen om å styrke praksisstudiene i en videreføring av sykepleiefagets praktiske kunnskapstradisjon (3).

ULIKE MODELLER. Rammeplanen (4) angir områdene og forutsetningene for praksisstudier. Man forutsetter at studentene skal få jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering, og at praksisstedets sykepleiere har ansvar for dette. Dette organiseres på ulike måter i praksisfelt som tar imot studenter, og det er gjort en rekke studier nasjonalt og internasjonalt om ulike modeller for organisering av veiledning og oppfølging av studenter i praksis (5–7,1). Det er viktig å forske på hvordan sykepleierstudenter opplever og evaluerer læringsmiljøet i praksis slik at organisering av veiledning og oppfølging av studenter i praksis imøtekommer læring og faglig vekst (8).

BAKGRUNN. Universitetssykehuset i Nord-Norge tar hvert år imot

cirka 1100 studenter for rundt 1900 praksisforløp fordelt på 25 større og mindre studieprogram i kliniske praksisperioder av kortere og lengre varighet (se figur 1). Universitetssykehuset i Nord-Norge har som formål (9) at: «All undervisning og veiledning ved UNN HF er kunnskapsbasert. Undervisningen gis med moderne pedagogiske metoder og er forankret i verdigrunnlaget til helseforetaket». I strategidokumentet står det at: «Kvaliteten i praksisstudier på UNN HF bør sikres gjennom systematisk evaluering. For at UNN HF skal kunne bedre kvaliteten på praksisstudiene er man avhengig av å få tilgang til evalueringsrapporter som angår studentene i praksis». Da evalueringsstudien ble iverksatt i 2011 var det ikke rutiner for innhenting av slike data.

KLINISK LÆRINGSMILJØ. Praksis er en viktig læringsarena for studenter som skal lære ferdigheter, integrere kunnskap og utvikle holdninger. Quinn (10) fant at sykepleierstudenter oppfatter læring i praksis som mer relevant og meningsfull enn læringen i klasserommet. Dette understøttes i en studie av blant andre Myrick et al. (11). Praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring av studenter, og de er nøkkelpersoner i arbeidet med å skape et

godt læringsmiljø. Papp et al. beskriver et klinisk læringsmiljø som: «The clinical environment encompasses all that surrounds the student nurse, including the clinical setting, the staff, the patients, the nurse mentor and the teacher» (12, s. 263). Flere studier (13–17) omhandler kliniske læringsmiljøer og betydningen mellommenneskelige relasjoner har for utviklingen av et positivt læringsmiljø.

VEILEDNING. Flere studier framhever at mellommenneskelige relasjoner er avgjørende for utviklingen av et godt læringsmiljø (12,15,18,19). Studier viser at et godt læringsmiljø avhenger av at det er etablert strategier og tilnærminger som fremmer studentenes læringsprosess og faglige utbytte (8,20–22). Veiledningsformer og organisering av veiledning i institusjoner som tar imot sykepleierstudenter for praksisstudier varierer (23). I UNN HF er veiledningsformene i avdelingene ulike. Veiledning blir gitt i et entilten forhold, studenter har parpraksis og i noen avdelinger er det utnevnt studentansvarlig sykepleier med et overordnet ansvar for veiledning og oppfølging av studenter (24). Kvalitet i veiledning omfatter flere aspekter; støtte, jevnlig tilbakemeldinger, vurdering og gode rollemodeller (25).

Fakta ●●●

Hovedbudskap

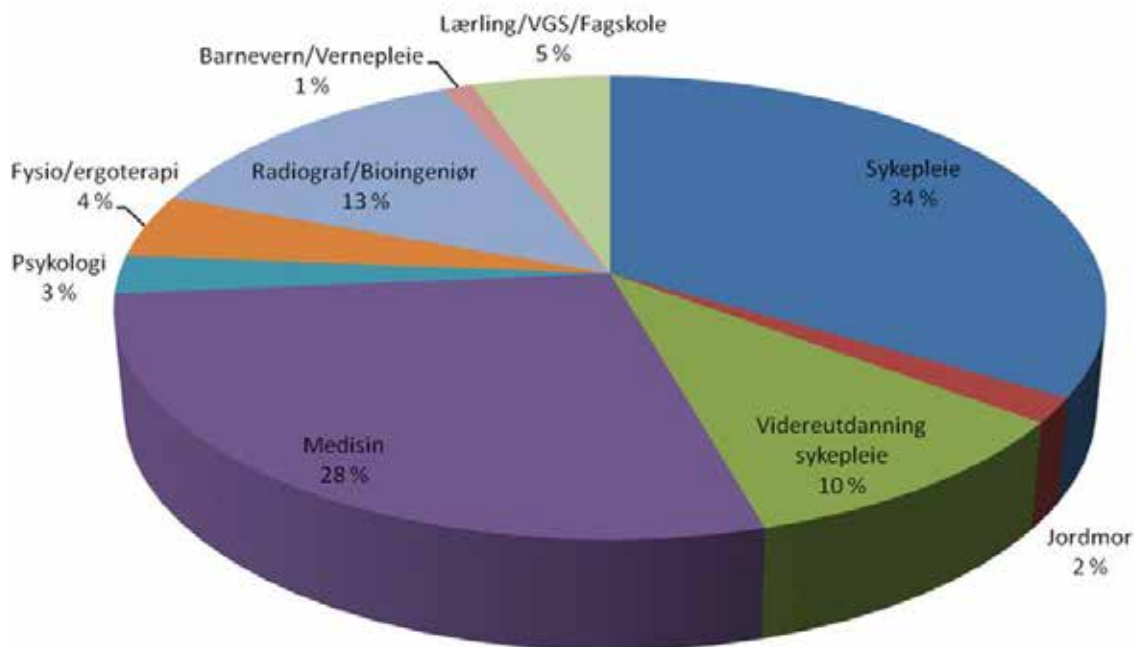
Artikkelen presenterer en evalueringsstudie gjennomført ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) blant sykepleierstudenter. Målet med studien er å legge til rette for et godt læringsmiljø ved institusjonen. Samt å kartlegge hvordan studentenes opplever det kliniske læringsmiljøet og veiledning i forhold til hvordan veiledning er organisert i avdelingene.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleierstudent
- Utdanning
- Praksisstudie

Prosentvis fordeling av 905 studenter i praksis på UNN i ulike studieretninger våren 2013



Figur 1.

Videre er delt kunnskap, faglige diskusjoner, samhandling i meningsfulle læringssituasjoner og refleksjon viktig (26, 27). Læring i praksis er spontan og uforutsigbar, men planlegging og veiledning er nødvendig (27). Saarikoski & Leino-Kilpi (1) fant at en stabil, individuell veiledningsrelasjon utgjorde det viktigste elementet i klinisk praksis.

MÅL. Den pågående evalueringsstudien ved UNN HF har to siktemål. Kunnskapen man får brukes i det kontinuerlige arbeidet med å legge til rette for et godt læringsmiljø ved institusjonen. I tillegg analyseres data om studentenes opplevelse av det kliniske læringsmiljøet og veiledning i forhold til hvordan veiledning er organisert i avdelingene. Denne kunnskapen er grunnlag for erfaringsutveksling

mellom avdelinger som har ulike tilnærminger til veiledning og eventuelle endringsprosesser.

For hvert studieår systematiseres data på tre nivåer: Enkeltenhet, klinikknivå og samlet for UNN HF. De enkelte enhetene har eierskap til sine data. Dette er en vesentlig premisse for denne studien som fokuserer på å styrke det kliniske læringsmiljøet gjennom erfaringsutveksling. De prosjektansvarlige tilbyr møter med representanter for enhetene i forbindelse med hver evalueringsrapport, og står til disposisjon for samarbeid om eventuelle utviklingsprosesser som ønskes iverksatt ut fra funn i evalueringsstudien. Det er utviklet en kurspakke i samsvar med evalueringsområdene i spørreskjemaet som interesserte kan etterspørre hvis ønskelig (se tabell 1 neste side).

UNDERSØKELSEN. Alle studenter som gjennomfører praksisstudier ved UNN HF inviteres til å delta i studien ved å besvare spørreskjemaet «Klinisk læringsmiljø, veiledning og sykepleielærer» i Questback. Studentene blir også informert om studien ved lærestedet, på praksisstedet, via den elektroniske læringsplattformen på lærestedet og Facebook. Deltakerne i studien besvarer spørreskjemaet for hver praksisperiode ved medisinske, kirurgiske, psykiatriske og føde- og barselavdelinger. Funnene som presenteres her er for studieåret 2012/2013.

SPØRRESKJEMAET. Spørreskjemaet som benyttes i den pågående evalueringsstudien er utviklet av Saarikoski & Leino-Kilpi (1,2, 29). I 2010 ble det originale spørreskjemaet, Clinical Learning

Environment Evaluation Scale + Nurse Teacher (CLES+T) oversatt til norsk (27) og validert (30) (se tabell 2). Spørreskjemaet består av bakgrunnsvariabler (10) og 34 utsagn i tilknytning til tre emneområder: 1. *Klinisk læringsmiljø:* pedagogisk atmosfære (9), avdelingsleders ledelsesstil (4) og sykepleie på avdelingen (4), 2. *Veiledningsrelasjonen:* innholdet i veiledningsrelasjonen (8) og 3. *Sykepleielærers rolle i praksis:* Sykepleielærers evne til å integrere teori og praksis (3), samarbeid mellom praksisstedet og sykepleielærer (3) og forholdet mellom student, veileder og sykepleielærer (3). Spørreskjemaet besvares ut fra alternativene: (1) helt uenig; (2) delvis uenig; (3) verken enig eller uenig; (4) delvis enig; (5) helt enig. Spørreskjemaet inneholder bakgrunnsvariabler for veilederens yrkestittel, veiledningsform og forekomst av veiledning. Studien er

«Praksis er en viktig læringsarena for studenter som skal lære ferdigheter, integrere kunnskap og utvikle holdninger.»

godkjent av personvernombudet ved UNN HF, og ingen persondata framkommer i utfylt spørreskjema.

FORNØYDE. Materialet i denne studien viser at sykepleierstudentene på barselavdelinger er over middels fornøyd med det kliniske læringsmiljøet i UNN HF. Disse har besvart spørreskjemaet med referanse til medisinske, kirurgiske, psykiatriske avdelinger og føde- og barselavdelinger (se figur 2 s. 61). Funnene i evalueringsundersøkelsen bekrefter betydningen av en pedagogisk atmosfære kjennetegnet av

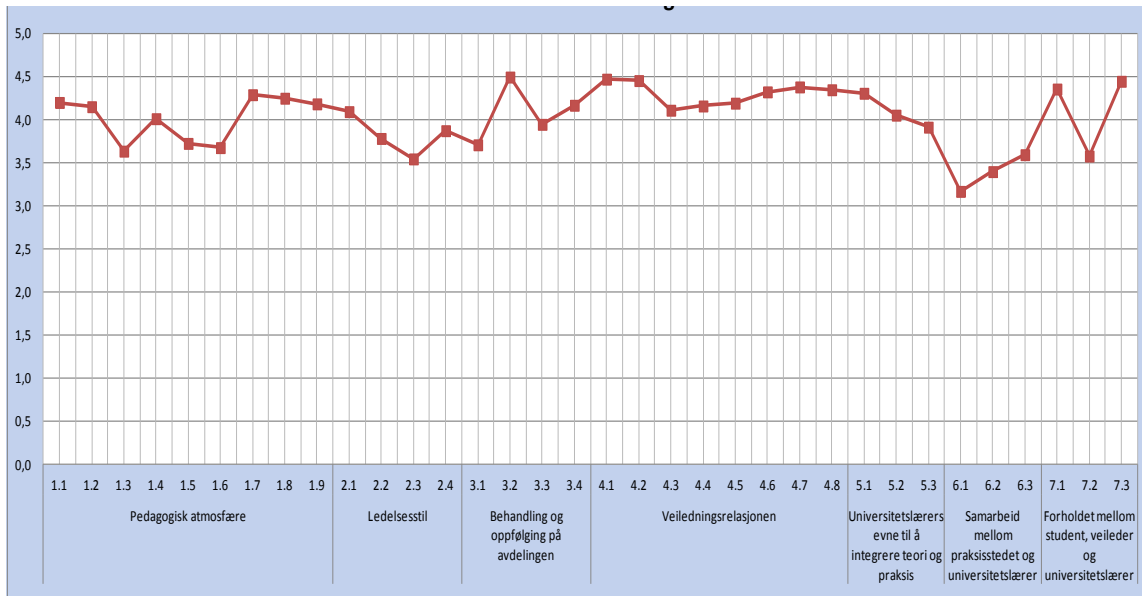




| | |
|--|---|
| <p>BAKGRUNNSDATA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alder • Kjønn • Studieretning • Praksissted • Praksisperiode <p>LÆRINGSMILJØ</p> <p>Spørsmålene rangeres av studentene etter skalaen:</p> <p style="text-align: center;">Helt uenig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delvis uenig • Verken enig eller uenig • Delvis enig • Helt enig <p>Pedagogisk atmosfære</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det var lett å ta kontakt med personalet • Jeg følte meg vel ved å gå til avdelingen ved begynnelsen av vaktene • Jeg følte meg vel med å delta i diskusjoner på møter (f.eks. før vaktskifte) • Det var en positiv atmosfære på avdelingen • Personalet var generelt interessert i studentveiledning • Personalet lærte seg navnet på studentene • Det var tilstrekkelig med meningsfulle læringssituasjoner på avdelingen • Læringssituasjonene var sammensatte mht. innhold <p>Ledelsesstil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lederen så på personalet ved sin avdeling som en nøkkelressurs • Lederen var som et medlem av teamet • Tilbakemeldinger fra lederen kunne lett ses på som en læringssituasjon • Den enkelte ansattes innsats ble verdsatt <p>Behandling og oppfølging på avdelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avdelingens filosofi/visjon/målsetting var klart definert • Pasientene mottok individuell behandling og oppfølging • Det var ingen problemer med informasjonsflyten i forbindelse med behandling og oppfølging av pasientene • Dokumentasjon av behandling og oppfølging var klar <p>Veiledningsrelasjonen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Min veileder viste en positiv holdning til veiledning • Jeg følte at jeg fikk individuell veiledning • Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder | <ul style="list-style-type: none"> • I det store og hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok • Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring • Det var gjensidig interaksjon i veiledningsforholdet • Gjensidig respekt og anerkjennelse preget veiledningsforholdet • Veiledningsforholdet var preget av tillit <p><u>Forekomst av veiledning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeg hadde ikke veileder i det hele tatt • En personlig veileder ble oppnevnt, men forholdet til denne personen fungerte ikke i løpet av praksisperioden • Veileder ble byttet underveis, selv om dette ikke var planlagt • Veileder varierte ut fra vakt eller arbeidsoppgaver • Samme veileder hadde flere studenter og var mer en gruppeveileder enn en individuell veileder • En personlig veileder ble oppnevnt og forholdet vårt fungerte i løpet av praksisperioden • Andre former for veiledning, vennligst spesifiser <p><u>Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten universitetslærer)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke i det hele tatt • En eller to ganger i løpet av praksisperioden • Mindre enn en gang i uka • Ca. en gang i uka • Oftere <p><u>Universitetslærers evne til å integrere teori og praksis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Etter min mening var universitetslærer i stand til å integrere teoretisk og praktisk kunnskap • Universitetslærer var i stand til å tydeliggjøre læringsmålene for den kliniske praksisperioden • Universitetslærer hjalp meg til å redusere gapet mellom teori og praksis <p><u>Samarbeid mellom praksisstedet og universitetslærer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Universitetslærer var kjent med praksisstedet • Universitetslærer var i stand til å overføre sin pedagogiske spesialkunnskap til praksisstedet • Universitetslærer og praksisstedets ansatte jobbet sammen for å støtte min læring <p><u>Forholdet mellom student, veileder og universitetslærer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De vanlige møtene mellom meg selv, veileder og universitetslærer var behagelige opplevelser • I våre felles møter følte jeg at vi var kollegaer • Fokus for møtene var mine læringsbehov |
|--|---|

Tabell 1.

Totalskår: Studentevaluering av læringsmiljøet på studieåret 2013 – 2014



Figur 2.

positivt engasjement blant studentene og veiledning i et støttende og tillitspreget atmosfære (2). I sykehushverdagen står sykepleiere med veiledningsansvar i en krysspress mellom pasientomsorg og studenters behov for veiledning og oppfølging (31). Det er derfor interessant at respondentene i denne undersøkelsen i stor grad opplever at deres behov for spontan veiledning imøtekommes. Undersøkelsen gir ikke kunnskap om sykepleierens skoling i veiledning, men seminar om veiledning tilbys jevnlig (24). Dette kan være grunnen til at respondentene opplever veiledningsrelasjonen som positiv og karakterisert av tillit og respekt.

UKLAR ROLLE. Sykepleielærers rolle i sykepleiestudenters kliniske praksis er gjenstand for en pågående debatt og beskrives som uklart definert (31–34). Klinisk troverdighet innebærer å være klinisk kompetent og oppdatert (36). Graden av sykepleielærers deltakelse i studenters praksisforløp varierer, og ved UNN er det vanlig at sykepleielærer deltar i tre samtaler mellom kontaktsykepleier og student, i tillegg til ett eller to praksisbesøk.

Denne undersøkelsen viser at respondentene er godt fornøyde med hvordan de faste møtene fungerer og sykepleielærers bidrag til å integrere teori og praksis. Studentene skårer noe lavere på hvordan de opplever samarbeidet mellom praksisstedet og sykepleielærer. En mulig forklaring på det kan være at dette er et område studenten i begrenset grad får innblikk i ut over de tre møtepunktene.

AVSLUTNING. Funnene fra evalueringsundersøkelsen er inspirerende for dem som er involvert i organisering av praksisstudier og veiledning av studenter, og blir brukt som grunnlag for det kontinuerlige arbeidet med å styrke og fremme et godt klinisk læringsmiljø ved UNN HF. Undersøkelsen som er presentert her omfatter sykepleierstudentenes evalueringer. For en institusjon som årlig tar imot cirka 1100 studenter fra 25 studieprogram er det viktig å innhente kunnskap om hvordan det kliniske læringsmiljøet oppleves og fungerer, både for å sikre kvalitet i utdanning og for å rekruttere fremtidige medarbeidere innenfor en rekke profesjoner. Spørreskjemaet

som ligger til grunn for denne presentasjonen foreligger nå i en profesjonsnøytral versjon slik at alle studentgrupper som har klinisk praksis i UNN HF kan benytte det. Utvidelsen av evalueringsundersøkelsen fra sykepleierstudenter til øvrige studentgrupper er under arbeid. ●

REFERANSER:

- Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies* 2002;3:259–67.
- Saarikoski M, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Warne T. Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2005;1. (Nedlastet: 10.10.09)
- Karseth B. Hva er gyldig kunnskap i sykepleierutdanningen? Noen kunnskapsmessige og didaktiske kommentarer. I: Christiansen B, K. Heggen K, Karseth B, red. *Klinikk og akademia – reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2004: s. 105–18.
- Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25. januar 2008. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Bjerknes M, Bjørk IT, Christiansen B, Heggen K, Nordtvedt P, Solvoll BA. Å lære i praksis – en veiviser for studenten. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Chan D. The relationship between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the clinical learning environment. *Contemporary Nurse* 2004;1:2:149–158.
- Heggen K. *Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
- Solvoll BA, Heggen KM. Teaching and learning care – Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today* 2010; 30: 73–7.
- Helse Nord. Overordnet strategi UNN HF; 2011. Dok nr. MS0014. Versjon 4.

- Quinn FM. *Principles and Practice of Nursing Education*. 4th ed. Cheltenham. Stanley Thomas; 2000.
- Myrick F, Phelan A, Barlow C, Sawa R, Rogers G, Hurlock D. Conflict in the preceptorship or field experience: A rippling tide of silence. *International Journal of Nursing* 2006; 3. <http://www.bepress.com/ijnes/vol3/iss1/art6>.
- Papp I, Markkanen RN, von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today* 2003; 4: 262–8.
- Edwards H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H. The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse Education Today* 2004; 4: 248–55.
- Levett-Jones T, Lathlean, Maguire J, McMillan M. Belongingness: A Critique of the Concept and Implications for Nursing Education. *Nurse Education Today* 2007;3: 210–18.
- Levett-Jones T, Lathlean J. "Don't rock the boat": Nursing Students' experiences of conformity and compliance. *Nurse Education Today* 2009; 3: 342–9.
- Midgley K. Pre-registration student nurses perception of hospital learning environment during clinical placements. *Nurse Education Today* 2006; 4: 338–45.
- Saarikoski M, Marrow C, Abreu W, Rikikiene O, Özbicakci S. Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: A cross – cultural perspective. *Nurse Education in Practice* 2007;6:407–15.
- Dunn S, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing* 1997;6:1299–306.
- Matsumara G, Callister LC, Palmer S, Cox AH, Larsen L. Staff nurse perceptions of the contributions of students to clinical agencies. *Nursing Education Perspectives* 2004;6:297–303.
- Ranse K, Grealish L. Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing* 2007;2:171–9.
- Watkins MJ. Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 2000;3:338–44.
- Henderson A, Twentymann M, Heel A, Lloyd B. Students' perceptions of the psycho-social clinical learning environment: An evaluation of placement models. *Nurse Education Today* 2006;7:564–71.
- Edvardsen O, Nicolaisen R. Sykepleierstudentenes praksis på UNN. Et samarbeidsprosjekt mellom Universitetssykehuset (UNN HF) og Sykepleierutdanningen ved Avdeling for helsefag (AFH), Høgskolen i Tromsø 2007. Upublisert.
- Kilcullen NM. Said Another Way. The Impact of Mentorship on Clinical Learning. *Nursing Forum* 2007; 2: 95–104.
- Hathorn D, Machtmes K, Tillman K. The Lived Experience of Nurses Working with Student Nurses in the Clinical Environment. The Qualitative Report 2009; 2: 227–44.
- Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students – a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20: 2294–304.
- Brodie D, Andrews G, Andrews J, Thomas B, Wong J, Rixon L. Working in London hospitals: Perceptions of place in nursing students' employment considerations. *Social Science and Medicine* 2005;9: 1867–81.
- Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 5: 1233–7.
- Henriksen N, Normann HK, Skaalvik MW. Development and Testing of the Norwegian Version of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) Evaluation Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2012; 1: DOI: 10.1515/1548-923X.2239.
- Gillespie M, McFetridge B. Nurse Education – the role of the nurse teacher. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 639–44.
- Pollard C, Ellis L, Stringer E, Cockayne D. Clinical education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice* 2007; 5: 315–22.
- Elliott M, Wall N. Should nurse academics engage in clinical practice? *Nurse Education Today* 2008; 5: 580–7.
- Price L, Hastie L, Duffy K, Ness V, McCallum V. Supporting students in clinical practice: Pre-registration nursing students' views on the role of the lecturer. *Nurse Education Today* 2011; 8: 780–4.
- Dassing A. The role of the nurse teacher in relation to clinical practice. *Tidsskriftet Klinisk Sykepleie* 2007; 1: 44–53.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



I beste mening. Noen ganger kan taushetsplikt være til hinder for god nabohjelp

Den bryssomme nabokjerringa



Fakta

**Berit Daae
Hustad**

Leder av Rådet
for sykepleieetikk

I dag er det slik at eldre mennesker skal bo hjemme, i sin egen bolig lengst mulig. Det er mange fordeler med å kunne være hjemme, men av og til kan det by på ulemper – i alle fall for enkelte naboer, slik de ser det.

Det er stor frihet i hvordan man ønsker å leve, og stort sett får man bestemme det selv. Autonomi og selvbestemmelse er verdier og rettigheter som vi verdsetter høyt. Ikke alle har samme normer og regler med hensyn til renhold, ryddighet og matstell. Det samme gjelder for klesdrakt og oppførsel. Stort sett er ikke dette noe problem, men vi ser at spesielt i enkelte større byer, der folk bor tett, kan det oppstå problemer. Det kan være i form av lukt, støy, søppel og liknende som virker «forstyrrende» for naboer.

EN NABO. Som leder i Rådet for sykepleieetikk vil jeg fortelle om en henvendelse fra en nabo som følte seg trakassert av hjemmetjenesten.

Denne personen var opprørt og fortalte om uverdige forhold hos en eldre nabo. De hadde bodd i samme gård i mange år. Naboen så at den eldre personen endret seg etter hvert som hun ble eldre. Fra å være normalt renslig og ryddig ble det lukt fra både leiligheten og den eldre selv. Hun ble tynn og mager, og det så ut som om hun hadde et dårlig kosthold. Heller ikke i klesveien var hun slik hun pleide å være. Hun kunne bli gående hele

«Hele leiligheten bar preg av vannskjøtsel og rot.»

dagen i nattkjolen. Naboen syntes det var trist at hun hadde endret seg. Den eldre hadde liten familie og de var sjelden på besøk.

HADDE HJEMMESYKEPLEIE. Naboen pleide å ta med litt mat og besøke den eldre damen cirka en gang per uke. Hun merket at den eldre virket deprimert og at hun på et vis hadde mistet «grepet» på livet. Den eldre damen hadde fått hjemmesykepleie, som daglig var innom henne. De skulle hjelpe til med personlig hygiene, lage enkel mat, sørge for at klær ble vasket og søppel tømt. Svært ofte fant naboen henne uten å være stelt og med

klær som luktet urin. Hele leiligheten bar preg av vannskjøtsel og rot.

Naboen hadde tatt kontakt med hjemmesykepleien på vegne av den eldre damen, men ifølge henne var de ikke interessert i å diskutere noe med henne. Naboen fortalte om dårlig renhold og lukt. Hun stilte spørsmål om når de hadde tenkt «å komme og ordne opp». På hennes spørsmål fikk hun til svar «at de ikke diskutere noe med henne på grunn av taushetsplikt». Heller ikke da hun ba dem komme for og stille henne, ville de svare. De viste til taushetsplikt. På direkte spørsmål om de hadde tenkt å komme den dagen, svarte de at hun var frekk og la så på røret.

TAUSHETSPLIKT. Hovedregel om taushetsplikt er at «helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell».

Taushetsplikten er ment som en beskyttelse for pasienter i helsevesenet. Bestemmelsen fastslår at det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i helsepersonelloven § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten eller administrasjon av slik hjelp.

Formålet med bestemmelsen er å gi et klart forbud mot å tilegne seg pasientopplysninger uten tjenstlig behov. Bestemmelsen skal styrke vernet om taushetsbelagte opplysninger. Det vil si opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven har enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, taushetsplikt etter forvaltningsloven. Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

Å FØLE SEG AVVIST. Når det er sagt, så ser vi noen ganger at helsepersonell misforstår de som ringer, og tror at det er helseopplysninger man ønsker å få vite noe om. Dessverre ser vi at redselen for å utlevere noe om pasienten gjør at for eksempel

pårørende eller venner som ringer, føler seg avvist. Det er synd fordi helsepersonell kan bli oppfattet som lite imøtekommende og lite vennlig. Stort sett er det fint med naboer som bryr seg.

Det kan være vanskelig for sykepleiere i hjemmetjenesten å lytte til bekymringsmelding uten å kunne svare på spørsmål eller kommentere hvorvidt de kjenner til situasjonen. De har ikke lov til å fortelle at de kjenner til pasienten/situasjonen fordi da er taushetsplikten brutt. Hjemmesykepleien må svare at: «de har tatt imot beskjeden og at de skal følge opp saken». De kan ikke bekrefte at de har kjennskap til fru ... Da har de brutt taushetsplikten.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2.6 «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger».

Samarbeid med naboer er vanskelig på grunn av taushetsplikten. Men de burde ha lyttet til naboen og tatt imot bekymringsmeldingen. Selvfølgelig skal de svare høflig, og det er uhørt at de slenger på røret. Hjemmetjenesten og bestillerkontoret skal ta imot bekymringsmelding og den skal loggføres.

BESTEMME SELV. Pasienter som er samtykkekompetent har rett til å bestemme selv om de vil motta helsetjenester. All helsehjelp fordrer et samtykke. Hvis pasienten ønsker å gå i nattkjolen hele dagen, så er det pasientens valg. Ofte kan det være uttrykk for annen sykdom, og helsepersonell er flinke til å få pasienten til å skille på dag og natt. Pasientens selvbestemmelsesrett er ikke begrenset til fornuftige og rasjonelle avgjørelser. Selv om helsetjenesten vurderer at pasientens valg om å nekte helsehjelp er ufornuftig, eller til og med medisinsk uforsvarlig, må helsetjenesten respektere pasientens valg. Dette gjelder så lenge pasienten er samtykkekompetent.

Noen ganger kan det være vanskelig for utenforstående eller nabo å være vitne til de valg som andre naboer gjør. Spesielt hvis man ikke vet om det er et uttrykk for sykdom, depresjon eller begynnende demens. Det er stort sett bra at naboer bryr seg og at man ønsker å være til hjelp, men det er ikke alltid at man får det svaret som man ønsker.

Hvordan vil du som sykepleier i hjemmetjenesten svare en nabo som ringer inn en bekymringsmelding? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



BEDRE PLEIE ETTER KOMMUNIKASJONSKURS

Læring. Studenter og sykepleiere ved postoperativ avdeling ble mer bevisste på egen kommunikasjon.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
 60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.53651



Anne Lise Falch, prosjektleder, Ullevål, OUS

Artikkelen beskriver et samarbeidsprosjekt mellom Postoperativ seksjon ved Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Avdelingen har til enhver tid fem studenter fra videreutdanningen og er en viktig samarbeidspartner for utdanningens kliniske studier. Det er 62 ansatte i avdelingen, fordelt på 50 intensivsykepleiere og tolv sykepleiere.



Dag-Gunnar Stubberud, førstelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus

BESKRIVELSE. Prosjektet omfattet implementering av Eide og Eides (1) modell for bekreftende kommunikasjon, både i avdelingen og i videreutdanningen. Et kommunikasjonskurs med simulering var en av metodene som ble brukt for å implementere kommunikasjonsmodellen. 21 studenter og 40 sykepleiere deltok på kurset. Målet med prosjektet var å styrke studentenes praksisveiledning og styrke tjenesteutøvelsen i avdelingen. For å evaluere prosjektet ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer av studentene, mens sykepleierne deltok i en spørreundersøkelse. Evalueringen viser at studenter og sykepleiere opplevde kurset og kommunikasjonsmodellen som bevisstgjørende for egen kommunikasjon.



Anita K. Gabrielsen, fagutviklingssykepleier, Ullevål, OUS



Åse Helen Myklebust Leopolder, praksisveileder, Ullevål, OUS

STYRKET. Praksisveiledningen for studentene har blitt styrket ved å vektlegge bruk av bekreftende kommunikasjon i den kliniske veiledningen. Det er også grunn til å anta at tjenesteutøvelsen har blitt styrket. Etter å ha deltatt på kommunikasjonskurset og brukt modellen, ble sykepleierne mer bevisste på egen kommunikasjon med pasientene. Prosjektet pågikk i perioden januar 2013 til mars 2014. Arbeidsprosessen fulgte Demings sirkel, en metode for kontinuerlig forbedring og fagutvikling. Metoden er videreutviklet av Kunnskapssenteret og består av fem faser: 1. forberedelse, 2. planlegging, 3. utføring, 4. kontroll og evaluering og 5. standardisering og videreføring av forbedret praksis (2,3).

BAKGRUNN. Pasienter med akutt og kritisk sykdom innlagt i somatiske akuttavdelinger kan oppleve at deres psykososiale behov ikke alltid blir ivaretatt. De kan oppleve ikke å bli sett, hørt og forstått som den de er (4,5). Pasienten kan også oppleve at sykepleierne overser eller behandler ham som en gjenstand eller et biologisk kasus. Dette kan skje dersom sykepleierne: 1) viser liten interesse for å spørre hvordan pasienten egentlig har det, 2) tar lite hensyn til hans psykososiale behov, 3) uttaler seg på vegne av pasienten eller 4) kommuniserer

med hverandre som om pasienten ikke er til stede (6–8). Almerud et al. poengterer også at det tekniske miljøet kan kreve sykepleierens oppmerksomhet på bekostning av pasienten (6). I en postoperativ avdeling møter sykepleieren pasienten i en begrenset tidsperiode, og har ofte liten tid til å sette seg inn i pasientens spesielle behov.

BEKREFTENDE. Pasienten kan føle seg sett når sykepleieren snakker med pasienten og ikke bare til ham eller henne (9,10). Ifølge Eide og Eide (1) er det viktig å bekrefte pasientens kommunikasjon ved å vise ham eller henne interesse og anerkjennelse. Dette kaller de bekreftende ferdigheter eller bekreftende kommunikasjon. Kommunikasjonsmodellen skal formidle at sykepleieren har sett og forstått det sentrale i det pasienten formidler. Det å bli sett og forstått er en bekreftelse i seg selv (1). Målet er å redusere pasientens sårbarhet i behandlingssituasjonen ved å umiddelbart bekrefte og anerkjenne det pasienten uttrykker. Å bekrefte pasientens kommunikasjon er en del av det som beskrives som *pasientsentrert sykepleie* (11,12).

FORBEREDELSE. I denne fasen av prosjektet er det viktig at man erkjenner behovet for forbedring, klargjør kunnskapsgrunnlaget og

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Bedre kommunikasjonsferdigheter er mulig ved implementering av en kommunikasjonsmodell gjennom simuleringsbasert læring. Gjennom samarbeidsprosjektet har praksisveiledningen og trolig tjenesteutøvelsen blitt styrket. Sykepleiere og studenter har evaluert kurset og kommunikasjonsmodellen som bevisstgjørende for egen kommunikasjon.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Kommunikasjon
- Intensivsykepleie
- Samarbeid
- Postoperativ

Tabell 1. Modell for bekreftende kommunikasjon (fritt etter Eide og Eide (1))

| Kommunikasjonsferdigheter | Konkretisering av ferdighetene | Aktuelle situasjoner hvor ferdighetene kan være til nytte |
|--|--|--|
| 1. Å følge verbalt, å være verbalt henvendt, gi umiddelbar respons | Gi umiddelbare svar på det den andre sier uten å avbryte eller styre samtalen Bruk korte, innskutte småord eller bemerkninger | Pasient som vil fortelle om sine ønsker og behov Pasient som ønsker å snakke om sin opplevelse av sykdommen, hvordan han har det i sitt privatliv, hva han gruer seg for osv. |
| 2. Å gi oppmuntring og anerkjennelse | Gi pasienten eksplisitte oppfordringer til å fortsette, utdype eller fortelle mer Gi pasienten positiv tilbakemelding | Pasient som uoppfordret forteller om vanskelige opplevelser, erfaringer, fremtidige planer e.l. Pasient i opptreningsfase |
| 3. Å gjenta nøkkelord og nøkkeluttrykk | Gjenta et eller to ord av det pasienten sier med et spørrende tonefall Finn essensen i det pasienten forteller | Pasient som forteller han ikke får sove, fordi ... Pasient som ikke direkte forteller hva som opptar/plager han |
| 4. Å tydeliggjøre og konkretisere | Undersøk om du har forstått pasienten Hjelp pasienten til å bevisstgjøre hva han gir uttrykk for Vær kort og konsis | Pasient som er urolige, euforiske eller «springende» Pasient som er mistenksom eller skeptisk |
| 5. Å reformulere, å speile følelser og sammenfatte følelser og innhold | Gjengi det pasienten sier med andre ord og spør pasienten: Har jeg forstått deg rett? Kan det være sånn at? Ved å speile pasientens følelser kan hans underliggende tanker komme frem Ved å sammenfatte avslutter man, eller plukker opp tråden fra forrige samtale | Pasient som viser følelser, for eksempel etter å ha mottatt informasjon om en alvorlig diagnose, men ikke setter ord på disse selv Postoperativ uro kan være uttrykk for angst Pasient som ligger i seksjonen over tid |
| 6. Å dele egne erfaringer | Ikke nødvendigvis egne erfaringer, men formidle kunnskap om pasienterfaringer Normalisere og ufarliggjøre Ikke ta fokus fra pasientens problemer Gi kunnskap om normale postoperative reaksjoner | Pasient som føler seg hjelpeløs og sårbar, fordi han er hjelpetrengende Pasient som blir motløs ved mobilisering |
| 7. Å bruke humor | Vis varsomhet, ta utgangspunkt i pasientens initiativ til å se situasjoner humoristisk Humor kan være en beskyttelsesmekanisme, men kan også være ekskluderende | Pasient som ser det komiske i sin egen situasjon. En ubehagelig hendelse kan dempes ved humor og pasientens verdighet kan opprettholdes |

forankrer og organiserer forbedringsarbeidet (3). Med utgangspunkt i førsteforfatters erfaring med Eide og Eides (1) kommunikasjonsmodell, ønsket avdelingen å bedre kommunikasjonen med pasientene, både i tjenesteutøvelsen og i studentveiledningen. Verken avdelingen eller utdanningen hadde tilsvarende tilbud i kommunikasjonsopplæring. Avdelingen tok kontakt med HiOA og et samarbeidsprosjekt ble startet. Prosjektet ble finansiert av samarbeidsmidler. For å kvalitetssikre prosjektet, ble det innhentet godkjenning fra Personvernombudet i OUS.

PLANLEGGING. I planleggingsfasen skal man finne endringstiltak som kan iverksettes for å skape forbedring (3). Eide og Eides (1) modell

for bekreftende kommunikasjon ble valgt som intervensjon for å øke sykepleiernes og studentenes kommunikasjonsferdigheter. Modellen beskriver sju verbale ferdigheter og ble tilpasset pasientkategorien ved en postoperativ avdeling (se tabell 1).

Vi utviklet et kommunikasjonskurs for å implementere modellen i avdelingen og i utdanningen. Kurset besto av en teoridel og en simuleringsdel. I samarbeid med Utdanningscenteret ved OUS planla vi et simuleringsprogram med ulike pasientscenarioer. Scenarioene tok utgangspunkt i realistiske anonymiserte pasientsituasjoner. For å synliggjøre den nonverbale kommunikasjonen og skape realistiske interaksjoner mellom sykepleier og «pasient», valgte vi å bruke

«Det å bli sett og forstått er en bekreftelse i seg selv.»

personer framfor simuleringsdukker. Ifølge Davis et al. (13) kan det å bruke dukker forsterke deltakerens oppfatning av situasjonen som kunstig.

KURSET. I utføringsfasen skal man teste ut et løsningsforslag i praksis og det anbefales å prøve ut ny praksis i liten skala (2,3). Vi gjennomførte en pilottest av kommunikasjonskurset før implementeringen i avdelingen og utdanningen. Kurset omfattet en times teoretisk undervisning om kommunikasjonsmodellen, deretter

fire til fem simuleringsscenarier med videofilming og debriefing. Studenter og ansatte hadde på forhånd fått utdelt kommunikasjonsmodellen i papirutgave og henvisning til litteratur om emnet. Simuleringen ble gjennomført ved utdanningscenterets simuleringscenter. Sykepleierne byttet på å spille pasient og sykepleier. Studentene spilte bare sykepleier, og eksterne aktører var innleid som pasient. Oppbyggingen av scenarioene besto av briefing, simulering og debriefing. Scenariobeskrivelsen inneholdt:

- Del 1: Resymé av pasientsituasjonen, læringsutbytte og utstyr
 - Del 2: Vaktrapport til sykepleier
 - Del 3: Pasientens sykehistorie og atferd
- For å gjøre det lettere





for deltakerne å leve seg inn i sine roller, var scenarioene gjenkjennbare fra den postoperative konteksten. For å fremme deltakernes bruk av kommunikasjonsmodellen var «pasientens» atferd i scenarioene nøye beskrevet. Ifølge Zigmont et al. (14) kan læringsmiljøet enten støtte eller undergrave evnen til å ta i bruk den nye kunnskapen i den daglige praksisen. Studentene fikk derfor kommunikasjonsveiledning i kliniske pasientsituasjoner i løpet av de seks til åtte ukene de var i avdelingen, i tillegg til kommunikasjonskurset.

EVALUERING. I kontrollfasen skal man evaluere om endringene fører til forbedring (2,3). Spørsmålet var om prosjektet styrket studentenes praksisveiledning og tjenesteutøvelsen i avdelingen. På slutten av hver kursdag fikk deltakerne utdelt et evalueringsskjema. Kommunikasjonskurset var nytt for studenter og sykepleiere. Kursevalueringen viste at 100 prosent (n=21) av studentene og 69 prosent (n=40) av sykepleierne hadde positive forventninger før kursstart. På forhånd uttrykte flere sykepleiere at de gruet seg til simuleringstreningen. Noen mente kurset hørte til på grunnutdanningen. 90 prosent (n=21) av studentene og 72 prosent (n=40) av sykepleierne var svært fornøyde med utbyttet de hadde av kurset.

GOD RESPONS. På spørsmål om hva studentene mente hadde vært spesielt bra med kurset, ble det blant annet sagt: «Å kunne ha fokus og trene på kommunikasjon uten å bli forstyrret av daglige rutiner. Få tilbakemelding på hvordan jeg kommuniserer. Se hvordan andre kommuniserer både positivt og negativt». På det samme spørsmålet svarte sykepleierne blant annet: «At casene var troverdige. Reflektere rundt egen kommunikasjon. Gi og få tilbakemeldinger i debrifningen». Simulering kan fremme klinisk forståelse og bidra til endring av praksis, som kan føre til forbedret pasientresultater (14, 15). Praksisveiledningen kan ha blitt styrket da kursevalueringen tyder på at

studentene opplevde kurset som en god veiledningsmetode i kommunikasjon.

NYTTIG. På spørsmål om hva studentene hadde lært som kunne være nyttig i kliniske situasjoner, ble det blant annet sagt: «At jeg blir mer oppmerksom på hvordan jeg kommuniserer, å bruke hjelpemidler aktivt og være mer bevisst på det. Prøve å finne nøkkelord og speile pasientens følelser». Sykepleierne svarte blant annet dette på samme spørsmål: «Bevisstgjøring i hvordan man bruker bekrefte kommunikasjon. Bli bevisst på egen kommunikasjon».

Evalueringen viser en økt bevisstgjøring hos samtlige deltakere. Dersom evalueringen samsvarer med sykepleierne og studentenes kommunikasjonsferdigheter, er det grunn til å tro at prosjektet har styrket tjenesteutøvelsen i avdelingen. Prosjektet har ikke utført pasientmålinger før og etter kommunikasjonskurset. Vi kan derfor ikke si noe om pasienttilfredshet som dokumentasjon for at tjenesteutøvelsen er styrket, men en studie av Nørgaard et al. (16) viser betydelig bedring i pasienttilfredshet etter at helsepersonell hadde deltatt på kommunikasjonskurs.

VIDEREFØRING. I standardiserings- og oppfølgingsfasen føres forbedringsarbeidet videre (3). Evalueringen av prosjektet viser positive tilbakemeldinger, spesielt fra studentene. Avdelingen ønsker derfor å videreføre fokuset på pasientkommunikasjon, både i tjenesteutøvelsen og i praksisveiledningen til studentene. Videreføringen omfatter blant annet:

- Kommunikasjonskurs for studentene
- Klinisk veiledning til studentene i bruk av kommunikasjonsmodellen
- Opplæring og veiledning av nyansatte og sykepleiere i klinisk spesialistprogram
- Ressursgruppe med fokus på pasientkommunikasjon
- Avgjørende momenter for vellykket prosjektarbeid har vært fi-

nansiering, tydelig ledelse, engasjerte prosjektdeltakere, tilrettelegging og engasjement i avdelingen og på høyskolen. ●

«Pasienten kan føle seg sett når sykepleieren snakker med pasienten og ikke bare til ham eller henne.»

REFERANSER:

1. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
2. St.meld. nr. 10, (2012). Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasient sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
3. Kunnskapsenteret. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse, 2013.
4. Erikssoon U, Svedlund M. Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 2005;16:438–46.
5. Tay LH, Desley H, Ang E. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2011;9:51–64.
6. Almerud S, Alapack RJ, Lindlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility – being patient in technologically intense environment. *Nursing in Critical Care* 2007;12(3): 151–7.
7. Arman M, Rehnfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Erikssoon K. Suffering related to care: a study of breast cancer patients' experiences. *Int J Nurs Pract* 2004;10:248–256.
8. Feder-Alford E. Only a piece of meat. One patients' reflections on her eight-day hospital experience. *Qualitative Inquiry* 2006;12:596–620.
9. Kvåle K. Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden* 2006;79(1):15–19.
10. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsestjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
11. Hobbs JL. A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research* 2009;58:52–62.
12. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2013;69:4–15.
13. Davis S, Josephsen J, Macy R. Implementation of mental health simulations: Challenges and lessons learned. *Clinical Simulation in Nursing* [elektronisk artikkel]. 2012 e1–e6. Doi:10.1016/j.ecns.2011.11.011. (Nedlastet 03.01.2014).
14. Zigmont JJ, Kappus LJ, Sudikoff SN. Theoretical foundations of learning through simulation. *Seminars in Perinatology*. Elsevier 2011;35:47–51.
15. Lehr ST, Kaplan BA. mental health simulation experience for baccalaureate student nurses. *Clinical Simulation in Nursing* 2013; e1–e7.
16. Nørgaard B, Kofoed PE, Kyvik KO, Ammentorp J. Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26:698–704.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 04 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



Plateartist: Trond Haugmark jobber i rusomsorgen og synger på si.

Lever ut drømmen

Musikkpleier. Som ung la plateaktuelle Trond Haugmark musikkdrømmen på hylla og ble sykepleier. **70**



Virus. Hpv har trolig skyld i 5 % av all kreft. **76**



«Flere tårer ser jeg hos hjelperne idet respiratoren blir slått av.»

Jostein H. Sandsmark. **74**



Liv laga. Hvordan gi en mus palliativ omsorg? **69**



Dikt



*Jeg har alltid visst om ham
skimtet ham, hørt hans
fottrinn
bare en blotter, upassende*

*Nå spaner han på vårt hus
velger kostyme
sykepleier eller bøddel*

*Han har slipt seg en nøkkel
låser seg inn
når det er tid*

Fra diktsamlingen Ved helt riktig måne
Cappelen Damm, 2015

Om forfatteren

Annabelle Despard

Britisk-norske Annabelle Despard (f. 1943) er språk- og litteraturviter, forfatter, oversetter og lyriker. I hennes siste diktsamling *Ved helt riktig måne* er tapet av en elsket livsledsager et sentralt tema.



Høyrisikobrett: Ansett tester et av de nye nettbrettene ved Magburaka behandlingssenter i Sierra Leone.

Nettbrett for Ebola-områder

SMITTESIKKERT DATAUTSTYR: Leger Uten Grenser og Google har samarbeidet om et nettbrett som kan brukes med hansker og som tåler å steriliseres.

Nå er det laget et nettbrett som skal være sikker i bruk i høyrisikosmitte-områder. Brettet kan steriliseres i Klorin og vil gjøre sykepleiere i stand til å dokumentere pasientenes data

raskt og presist, uten å måtte bryte taushetsplikten. Brettet har ingen skarpe kanter som kan stikke hull på beskyttelsesdraktene og kan brukes med hansker.

Leger Uten Grenser startet samarbeidet med Google i fjor, fordi klinikere hadde blitt tvunget til å rope pasientenes journalopplysninger over gjerdet fra innsiden av et beskyttet område.

De siste tallene fra WHO viser at det per 25. mars var rapportert 24 907 tilfeller av Ebola og 10 326 dødsfall som følge av sykdommen. Heldigvis ser tallene ut til å gå den riktige veien: For uken til og med 22. mars ble det rapportert 79 nye tilfeller, det laveste antall smittede hittil i 2015. 45 av dem var i Guinea, 33 i Sierra Leone og ett i Liberia.

Sykepleiere, leger og smerte

Sykepleiere rater smerte høyere og gir oftere opioider enn leger, viste en studie som ble kommentert i aprilnummeret av Evidence Based Nursing. Deltakerne ratet også smerteintensiteten høyere hos svarte, mannlige eller eldre pasienter.

Oppgaveglidning

Sykepleiere, spesialisykepleiere og leger er nøytrale og moderat positive til at sykepleiere forskriver legemidler, har en nederlandsk studie vist. Spesialisykepleiere er mer positive enn leger og sykepleiere. Legenes bekymring, som riktignok er mild, er pasientsikkerheten.



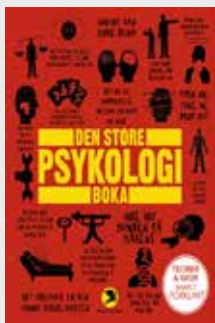
Nøtter bra for foster

Hvis mor ikke er allergisk, får barnet hennes mindre risiko for å utvikle nøtteallergi dersom hun spiser peanøtter eller nøtter fra trær mens hun er gravid. Det viser en australsk studie publisert i Evidence Based Nursing. Kaffein bør hun derimot unngå, det kan føre til lav fødselsvekt.

Bøker. 3 populær- vitenskapelige

Psykologi på 123

PSYKOLOGI: På 350 sider spekket med faktabokser, illustrasjoner, vitenskapelige modeller, portretter, bilder og sitater forsøker forfattere og psykologer C. Collin, N. Benson, J. Ginsburg, V. Grand, M. Lazyan og M. Weeks å gi deg hovedtrekkene av psykologiens historie og sentrale personer, begreper og ulike retninger. *Den store psykologiboka* er et kreativt og uhøytidelig konsentrat av psykologi grunnfag.



Den undervurderte tarmen

FORDØYELSE: Den tyske legen og forskeren Guila Enders har hatt stor suksess med boka *Sjarmen med tarmen*. Hennes hovedpoeng er at tarmen er et høyst undervurdert organ, som påvirker oss mye mer enn vi tenker over. Med humor og stor formidlingsevne gir hun deg alt du trenger å vite, og en hel del til om hvordan det hele fungerer og alt som kan skje når det ikke gjør det.



Til kamp mot sukker!

KOSTHOLD: Den amerikanske barnelegen og forskeren Robert Lustig hadde ikke planlagt å bli noen aktivist, men hans neuroendokrinologiske studier av fedme og livsstilssykdommer har stadig pekt ut sukker som en hovedsynder. Med boka *Søtt og farlig*. *Den bitre sannhet om sukker* langer han ut mot matvareindustrien og viser hvordan sukkerinntaket påvirker vår hormonelle balanse.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Existensialismus

Det ligger en mus på baderomsgulvet. Den ligger helt stille, men det er liv i det lille museblikket, og den puster. Før ville jeg blitt martret av etiske kvaler og i dyp ambivalens sannsynligvis endt med å ta musa ut på trappa og knuse hodet dens med en stein. Lyden av den vesle skallen som knuser ville gjenklinge i mitt indre i flere dager.

En ting er nå dem hun dreper, men det er alle lemlestelsene som tynger meg: nattsvermere med en vinge, gresshopper uten bakben, fugler med brukne vinger og altså musene. Og inn kommer jeg; mennesket som råder over liv og død.

Og jeg står der og forbanner dette post-lutherske sekulære samfunnet som krever at jeg skal tenke og velge selv og ikke kan ringe min åndelige leder og si: «Mester – jeg har en terminal mus her – hva er det rette å gjøre?». Og mesteren kan si hva som helst: «Knus skallen på den med en stein» eller «Stryk den forsiktig over magen og la den sovne inn i varme og kjærlighet.» Og jeg gjør som han sier og det kjennes godt for mesteren sa det.

Kanskje spiller det ingen rolle om musa får leve de siste ti minuttene sine? Men kanskje er det av den dypeste viktighet. Jeg vet ikke – og verken min svingerinne presten eller min slektning humanetikerer er til noen hjelp.

Det er først mot slutten av sykepleiestudiet floka løses. En

uke er satt av til «Omsorg i livets siste fase». Det snakkes om alt som skjer på dødsleiet; forsoning, refleksjon, nærhet og tilstedeværelse. Vi ser en statlig propagandafilm mot eutanasi der sykepleiere og pårørende forteller om nære og gode dødsopplevelser og om de ville tilstandene i Nederland der eutanasi gjøres etter søknad, også i psykiatrien. Det gjør inntrykk, men jeg er ikke overbevist. For det er kanskje dette med steinen som forårsaker ambivalensen? En morfinsprøyte hadde vel vært noe annet, både for musa og meg?

Det er min klartenkte venninne Kaja som redder meg. Hun rekker opp hånda og sier: «Det kan godt hende at det for mange ville vært det beste å få dø, men på prinsipielt grunnlag synes jeg ikke man kan pålegge helsearbeidere å ta andres liv.»

Så, lille terminale mus med den høyfrekvente, lille respirasjonen og de små, svarte øyne; Kanskje lider du, kanskje er du forsonet med din tilstand, kanskje er du i eufori? Jeg er fri-tatt for byrden å skulle velge om du skal dø eller ikke. Livet er nå engang blitt slik at din tid er kommet, og alt jeg kan gjøre er å hjelpe deg til en fredfull død. Jeg lukker den motvillige katten inn på kjøkkenet, legger musa på en utgått ullsokk og bærer den ut i vinternatten for å finne et museaktig miljø der den kan sovne stille inn. I kontemplasjon, lidelse eller hva det nå er. ●



Trond Haugmark

Bruker motet som verktøy

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Plateklar. Etter sytten år som sykepleier er han klar for å vise frem dagdrømmen.

Jeg har alltid hatt musikken i meg. Vært med i korps, spilt trommer, piano, sier Trond Haugmark.

Det er blek vårsol utenfor ruspoliklinikken på Ullevål. Inne er det stille. Pasientene har hatt sine timeavtaler. Behandlerne er på vei hjem. Haugmark er igjen for å snakke om platen sin.

MOT VEGGEN. *My Reverie* heter den og lanseres med konsert på Cosmopolite i Oslo 6. mai.

Det skjer 20 år etter at han fikk sin første sangtime.

– Det var en gave til 20-årsdagen, forteller han.
– Jeg likte det, og fortsatte med sangtimer.

En dag sa pedagogen: «Du Trond, jeg lurer på hvorfor du står med ryggen til når du synger?».

– Fra den dagen snudde jeg meg.

SYKEPLEIER. Som tittelen på platen antyder, har det å gi ut plate vært en dagdrøm.

– Som har ligget i marinade, sier han og smiler.

– Da jeg var 20, sa folk at jeg måtte satse. Jeg søkte jazzlinja, teaterskole, men kom ikke inn. Jeg ville det kanskje ikke nok.

I stedet ble det sykepleie.

– Jeg tenkte mer på en sikker jobb, og tenker nå at det var fint å lære et fag.

FORTSATTE Å DRØMME. Ved siden av fortsatte han med musikk. I Songlaget BUL i Oslo, i oppsetninger hjemme i Verdal og på jobb. Som trommis med foldeskjørt og støvletter i orkesteret til barneavdelingen, da han jobbet der. Nå i revyen til Oslo universitetssykehus på Chat Noir.

Han sluttet ikke å drømme om å gi ut plate selv.

– Men jeg har ikke hatt tro på at jeg er god nok, sier han.

KLEMMEN. Det var et møte med en sykepleierstudent som satte ham på tanken om å bli sykepleier.

Da var han 18 år, og moren gravid med en অপক্লান্ত. Men under fødselen gikk det galt og lille søsteren døde. Til stede var tilfeldigvis en sykepleierstudent i praksis.

– Akkurat da vi fikk den forferdelige beskjeden, kom den studenten bort og ga meg en klem. Ikke en nervøs, klumsete en, men en klem som sa noe annet. En klem som var ment til meg, som viste at hun var til stede og som gjorde noe med meg. Den klemmen sitter i ennå, sier Trond Haugmark.

TOK SATS. For to år siden presset drømmen om å gi ut plate seg sånn på at han tenkte «nå eller

«Både som kunstner og sykepleier må man by på seg selv.»

aldri». Han skrev til en produsent i Verdal og spurte hva han trodde. Tony Waade trodde på ham med en gang. Arbeidet med platen var i gang, og de måtte finne musikere.

Haugmark spurte hvor de skulle legge lista. Waade svarte at de gikk for de beste.

– Jeg er starstrucked, sier han og ler.

BY PÅ SEG SELV. Som sykepleier har han også jobbet med ungdom på Sex og samfunn og voksne i bedriftshelsetjeneste. På veien har han tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid.

– Å være sykepleier har mye til felles med å være kunstner, mener han.

– Både som kunstner og sykepleier må man by på seg selv. Jeg bruker mange av de samme egenskapene i samtale med pasienter og når jeg synger. Jeg må lytte og jeg må være til stede. Noe annet fungerer ikke.

Han viser til at musikktermer også kan brukes om det som foregår i terapirommet, som tempo og lydstyrke. Og at både musikk og sykepleie kan by opp til en slags dans.

KONTROLL. I to år har Haugmark kombinert platejobbing og fast jobb i helsevesenet.

– I perioder har det vært nervepirrende, innrømmer han.

– Mest fordi det er mange ting å forholde seg til. Jeg har ikke helt kontroll på helheten, som er større enn summen av alle delene. Men jeg har brynt meg på min egen frykt og brukt motet som verktøy for å nå målet.

KLASSIKERE. Til platen har han blant annet hentet låter fra *The American Songbook*. Fra 1930-talls jazz til mer pop og bossanova.



Trond Haugmark

Aktuell med: My Reverie

– Sanger som ikke spilles så ofte lenger, men som jeg er veldig glad i, sier han.

Skal han trekke frem én, blir det *Somewhere* fra *West Side Story*.

– Den har en tekst som appellerer til håp. Den sier noe om at håpet er for alle og at alle har en mulighet. Det er et viktig perspektiv når man jobber med mennesker.

Her ligger også noe av det som motiverer ham til å velge sykepleie.

– Å være med å bidra til at andre kan finne sin plass. Det er ikke alltid så lett i det produksjonssamfunnet vi lever i.

BALANSE. Men en drøm om å leve av bare musikk har han ikke.

– Nå opplever jeg en balanse som er fin. Jeg har også en dualisme i meg, som gjør at jeg liker å holde på med både sykepleie og musikk. Så langt har plate vært målet.

– Lenger har jeg ikke tenkt. Jeg håper den kan bidra til at jeg får flere sangoppdrag. Og så får jeg ta det som det kommer. Livet byr på opplevelser og tilfeldigheter, og det er aldri for sent å ombestemme seg.

Nå nyter han øyeblikket. Platen er ferdig trykket. Billettene til lanseringskonserten i salg.

– Det har ikke gått opp for meg hvor stort dette egentlig er. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Hør Trond Haugmark synge i Sykepleiens app, utgave nr. 4/2015.



Fakta

Helbred deg selv

Av Audun Myskja
J.M. Stenersens forlag,
2014
ISBN: 978-82-7201-
556-4

Anmelder: Kjetil Skotte,
sykepleier

Enkle øvelser som virker

ANMELDELSE: Noen ganger er det det enkle som fungerer. I denne boka er det enkle øvelser hver og en av oss kan gjøre hjemme i stua som kan fungere for å få en bedre hverdag, med mindre smerter og mer overskudd. Audun Myskja er overlege og spesialist i allmennmedisin og leder Senter for Livshjelp på Ski. I over 30 år har han arbeidet for å lette hverdagen for mennesker ved å helbrede på litt alternative måter.

Myskjas hovedbudskap er at den enkelte faktisk kan gjøre en hel del for å hjelpe seg selv til bedre helse. I boka beskriver han 50 enkle øvelser, illustrert med tegninger, som man

kan gjøre på egen hånd. For å gjøre stoffet tilgjengelig har han en rekke pasientbeskrivelser de fleste av oss kan kjenne oss igjen i. Det er hverdagslige plager som stress, uro, migrene, anspente muskler og utbrenthet. Andre er kronisk syke av for eksempel ME eller har psykiske lidelser. Gjennom fortellingene, og øvelsene han hjelper pasientene i gang med å gjøre hjemme, forstår leseren at det faktisk er mulig å hjelpe seg selv, framfor å være avhengig av helsevesen eller terapeuter.

Øvelsene går for eksempel ut på å bevege store ledd, gjøre rytmisk tapping på spesielle punkter på kroppen, nappe seg selv i musklene fra topp til

tå, samt gjøre bevegelser. Audun Myskja henter sin kunnskap fra urgamle tradisjoner, slik som de tibetanske ritene, øvelser for stimulering og balanse, og fra en rekke andre inspirasjonskilder. Mye er dokumentert gjennom forskning, annet ikke. Poenget er at metodene virker, noe han har solid erfaring med og kan fortelle om.

«Helbred deg selv» vil være nyttig for de fleste som selv ønsker å ta tak i sin livssituasjon og/eller sin sykdom. Fem minutter om dagen kan være nok. Helsepersonell kan finne gode råd og tips til sine pasienter, men ikke minst begynne med øvelser til beste for seg selv. En viktig og lettlest bok som hermed anbefales. ●



Fakta

Biografi: Dikt og tekster.

Av Wenche-Brit Hagabakken
Gravdahl Forlag 2014
ISBN: 978-82-93168-
01-0

Anmelder: Elisabeth Heggernes, litteraturviter og intensivsykepleier

Og bakom synger hjerneslaget

ANMELDELSE: Biografi: Dikt og tekster av Wenche-Brit Hagabakken ble til etter at forfatteren gikk gjennom 18 små og store hjerneslag over to år. Den alvorlige sykdommen fører med seg en eksistensiell angst og refleksjon som får det lyriske «jeget» til å se livet som det har vært, i et nytt perspektiv. På den måten gir diktene viktig innsikt i hva alvorlig sykdom kan føre med seg for den enkelte.

Wenche-Brit Hagabakken debuterte i 2004 med romanen *Gjenopprettelse*, og har til sammen gitt ut fire romaner, en diktsamling og flere antologier. Bøkene hennes har blitt godt mottatt, og hun har blitt tildelt flere priser og

forfatterstipend. *Biografi: Dikt og tekster* er Hagabakkens andre diktsamling.

Åpningsteksten «Biografi» virker både som en oppsummering og en introduksjon der den starter i barndommens og ungdommens ubekymrede tilværelse, for så å slå over i det overhengende temaet: «Helvetes blodpropphelg!». Kroppen som var lett og velfungerende gjør ikke lenger som «jeget» vil, eksemplifisert av problemene med det mest elementære: å gå på do på egenhånd. Forfatteren og «diktjeget» opplever også at det er blitt umulig å skrive. Sorgen og raseriet over hjerneslaget og funksjonstapet det fører med seg, setter an tonen for

boken, og påvirker lesningen av resten av tekstene.

Fotografier fra forfatterens liv er diskret plassert slik at de ulike livsfasene og kontrasten mellom dem blir virkelige for leseren, samtidig som de lar tekstene forbli i fokus. Diktene har mange ulike temaer, der de beveger seg kronologisk fra barndommen og fremover. Både gode og vanskelige opplevelser blir løftet frem og viser det ambivalente ved oppvekst, kjærlighet og familieliv. Sykdommen setter minnene og erfaringene i et nytt perspektiv og åpner opp for ny innsikt, uttrykt i fine kjærlighetsdikt og korte lyriske dikt med fundringer og betraktninger over livet. ●

Hva leser du nå?

Ingrid Jahren
Scudder
Språk og fag

LITTERATUR: Jeg leser meg opp på nye, spennende kollegaers arbeid! Bøkene heter: «Regenerating Bodies», «Thinking about the Lifecourse» og «The Health of Men and Women». Den siste er taltung, og spør for eksempel; hva slags død klassifiseres som «naturlig» og «unaturlig»? Hvordan reflekteres kjønn i måten død er dokumentert og målt statistisk? Siden jeg bor i England, har jeg de siste åra blitt mer fokusert på å holde morsmålet mitt levende. Det er ikke lett. Jeg har en norsk diktsamling liggende på sidebordet i stua. Ideen er å lese et dikt i ny og ne. Sammen med sønnen min på ti år leser vi «Anne Franks dagbok».

Jeg har brukt lang tid på å bli virkelig glad i å lese. Det var liten kultur hjemme for å lese annet enn aviser. Det var mer nyttig for meg å bli flink til å bake. Og så er jeg oppatt av samtidslitteratur. Jeg kjenner ofte at det treffer meg bedre enn mye annet. Diktboka til Yahya Hassan ligger og venter på meg. liv.b.johansen@gmail.com



Alder: 37
Yrke: Bokanmelder i Sykepleien og forskningsassistent ved University of the West of England

Globalt, kunnskapsrikt og erfaringsnært

ANMELDELSE: Frøland er en ressursperson på aids som fagfelt, på alle måter. Et helt liv har han viet til forskning og klinisk arbeid på denne sykdommen, og oppsummerer sine kunnskaper og erfaringer i 38 letteste kapitler.

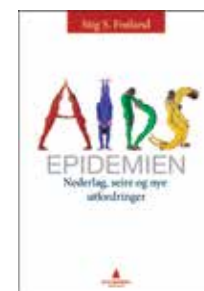
Da sykdommen ble allmenn kjent i de første årene på 80-tallet, var forestillingene om sykdommen fantasifulle, og fordommene mot de syke var omfattende. Dette resulterte i en god del vrangforestillinger om smitte, og medførte at aids-pasientene led urett, også i den vestlige delen av verden. Den homoseksuelle delen av befolkningen ble stigmatisert, fordi sykdommen ble forbundet med direkte umoral.

Skal deler av boka framheves, så gjelder det siste del av boka, som blant annet omhandler mulige nye behandlingsformer ved hiv-infeksjon. Samtidig er kapittel 12, som omhandler medikamentell behandling av aids, et viktig kapittel. Dette fordi det de siste årene har skjedd meget i forhold til behandlingen av pasientgruppen. Alt i alt gir boka en solid dose kunnskap om et noe tilslørt fagfelt som de siste ti-tyve årene har gjennomgått en utrolig utvikling. Et paradigmeskifte skjedde på midten av 90-tallet, da utviklingen av nye medikamenter igjen banet veien for nye behandlingsformer.

Det som er bokas styrke er at Frøland har mye klinisk kunnskap som

skinner gjennom hele veien fra starten til siste slutt. I starten får man en kortfattet presentasjon av aids som sykdom, men det som samtidig gjør denne boka så interessant, er at Frøland samtidig presenterer andre betraktninger rundt aids som fenomen, og fremstillingen gjør at man ser hvordan sykdommen har påvirket det globale samfunnet.

Når det gjelder de globale utfordringene med å bekjempe aids, så har den rike delen av verden og de fattige landene ulike utfordringer. Disse beskrives i kapittel 22 og 23 i boka. I den rike delen av verden står man nå overfor ulike langtidsutfordringer for pasientgruppen, som arter seg annerledes enn de klassiske immunsviktkomplikasjonene man så tidligere. Dette fordi denne pasientgruppen kan vente seg å leve i flere tiår med sin hiv-smitte. Bildet i utviklingsland er, for å si det pent, noe annerledes. Ikke uten grunn beskrev den tidligere UNAIDS-sjefen Peter Piot situasjonen som «a tale of two worlds». På grunn av dette må nødvendigvis strategien for en effektiv behandling av aids arte seg ulikt i de to helt forskjellige verdenene. Dog hadde det vært flott med ytterligere kunnskap, da disse to kapitlene er noe korte. Samtidig skal bokas forfatter ha ros for å ha fått med mye på et nokså beskjedent sideantall i forhold til tematikken. ●



Fakta

Aids-epidemien. Nederlag, seire og nye utfordringer

Av Stig S. Frøland
Gyldendal Akademisk
292 sider
ISBN 978-82-05-46366-0

Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjons- sykepleier og master i sykepleievitenskap

«Det er fortsatt millioner av voksne og barn i utviklingslandene som ikke kan håpe på selv kortvarig overlevelse.»

Stig S. Frøland i Aidsepidemien



Ulykke. «Jostein!» sukker sykepleieren og gir meg en klem. Det er det eneste som kan hjelpe meg, mens datteren min ligger og dør.

Klemmer og annen jordnær pleie



Fakta

Jostein H. Sandmark

Forfatter og journalist. Har gitt ut 18 bøker, deriblant «Pass på liten og på stor» (2014) om dødsfallet til datteren Sara (13).

Natten til 12. januar 2014 kastes jeg og mine ut i en type helsehjelp som vi aldri har trodd vi skulle måtte oppleve. Der det står om barns liv. Barns død. Vårt eget barns død. Lørdag 11. januar ble vår Sara (13) og hennes venninne Tiril (11) påkjørt ved Bjørkelangen i Akershus. Under en tur med ponni og vogn ble jentene truffet bakfra av en bil. Dagen etter døde de begge på Ullevål sykehus.

At norske leger og sykepleiere kan sin jobb, har jeg aldri vært i tvil om. At Sara og Tiril fikk den optimale behandling og pleie på Ullevål, var det mange som fortalte meg det dramatiske døgnnet. Det direkte støtet mot bakhodet til jentene var bare altfor hardt. «I realiteten begynte de å dø allerede på ulykkesstedet», skal legen si noen måneder senere, under debrifingen. «Det hadde ikke engang hjulpet om vi hadde stått klar der med alt det beste av operasjonsutstyr.»

11.–12. januar i fjor føler jeg meg som en totalt hjelpeløs pappa. Hva kan helsepersonellet gjøre for meg da? Det de gjør disse timene på Ullevål: Ta vare på Sara på alle mulige vis. Bekrefte at jeg ikke er gal der jeg finner situasjonen forrykt. Beholde roen, ivareta pleien, men likevel vise at de lever med i min hjelpeløshet. Være raus med klemmer, dele tårer og slik fortelle at mannen med det knuste farshjertet har all grunn til å lengte etter fysisk støtte og medfølelse gråt.

«Jostein!» sukker en av pleierne midt på natten, slår ut med hendene og gir meg en klem. Slik hører jeg henne snufse fortvilt.

GRÅTE OG BABLE. «Jeg har nok sett tårene hos dere, ja!» forteller jeg i boken jeg har skrevet om det som traff oss, «Pass på liten og på stor». «De stryker meg på ryggen og prøver å trøste. 'Hold hardt rundt meg!' har jeg lyst til å skrike når det også vanker en klem.»

Flere tårer ser jeg hos hjelperne idet respiratoren blir slått av.

«Regner dere det som uprofesjonelt å gråte på jobb?» spør jeg under debrifingen. «Neil» svarer en av sykepleierne.

En klem vanker det også da jeg, etter mye frem og tilbake, endelig får komme til støttesamtaler hos en av kommunens psykiatriske sykepleiere. At veien dit har vært så kronglete, bør uroe dem som administrerer den slags hjelp. En pappa som har fått

liv og trygghet knust, er slett ikke stand til å finne frem i helsevesenets labyrint. Selv kunne jeg ha gått meg vill – ja, tatt min død av det – i sammensuriet av tilbakeholdne administratorer, uklare tekstmeldinger og forvirrende skjemaer.

Men fremme hos sykepleieren får jeg omsider synke sammen, gråte ut og begynne på en babling uten ende. Mannen med det tunge hjertet kjenner at trykket letner gram for gram.

Sykepleierens grep er fri for store fakter og vidløftige påfunn. Hun snakker rett inn dit jeg har det som vondst: skyldfølelsen min. Hvordan kunne jeg la jentene få holde på med ponni og hest? Hvordan kunne jeg la dem kjøre de to–tre hundre meterne på fylkesveien?

VÆRE NÆR OG LYTTE. «Det er en helt vanlig tanke hos oss foreldre – at vi vil holde rundt ungene våre og beskytte dem mot alt vondt», sier sykepleieren langsomt og tydelig til meg. «Men det går jo ikke, det, Jostein. Vi må slippe barna våre løs. Vi må la dem holde på med det de liker, la dem utfolde seg, utvikle seg.»

Jeg rister på hodet, men suger realitetsorienteringen til meg. Trøst! Jeg trenger slik enkel trøst! Sykepleieren lytter til min videre ordstrøm. Viser at hun hører det jeg sier. Reagerer og svarer der jeg trenger respons.

Kontrasten blir stor til det jeg etter hvert skal oppleve i den tynge krisepsykiatrien. Der får jeg færre tilbakemeldinger enn fra brannmuren på kjøkkenet hjemmet. Det jeg sier i én terapitime, synes glemt i den neste. Til slutt må jeg repetere mine gjentatte bønner om mer hjelp – og stave bønnene med store bokstaver. Amen.

Helt annerledes er det hos den kommuneansatte pleieren, hun som ikke engang vil kalle det *terapi*, bare *støttesamtaler*. Gjennom hver eneste time er hun helt på. Tydelig nærværende. Hun husker mine utsagn fra gang til gang. Hun er ikke redd for å være tydelig og konkret, akkurat det den sønderknuste pappaen trenger midt i sitt kaos.

«Du må spise, Jostein.»

«Får du sovet nok, da?»

«Har du trent siden sist? Du vet det gjør godt for deg å trene.»



Tragisk: Jostein Sandmark mistet sin datter da hun ble påkjørt av en bil på Bjørkelangen. Nå roser han sykepleierne.

TEGNE OG SKRIVE. Da hun skjønner at jeg er av den visuelle typen, tar sykepleieren frem papir og penn, og tegner viktige sider av smerten min. *Sorgens sirkel* og *hverdagens sirkel*. I den siste vil det etter hvert gå fremover, lysne litt. Sorgen kan derimot komme til å bli stående ganske stille. Den sørgende faren går inn og ut av disse to sirklene. Det er en tegnet beskrivelse som viser seg å passe godt på mine lange, smertefulle måneder.

En annen tegning illustrerer hva som tapper meg for energi, og hva som gir meg nye krefter. Igjen nikker jeg og forstår. Dette gir mening.

Enkelt – jordnært – uten fiksfakserier – dét er visst det eneste som kan redde meg gjennom mørket. Tilværelsen er da sannelig blitt komplisert nok om ikke terapien, eller *støtten*, skal gjøre den enda mer innviklet.

Da hun forstår at jeg får hjelp og lindring av å skrive, begynner sykepleieren å oppmuntre meg til å forme tanker og følelser, minner og opplevelser, på pc og papir.

«Har du skrevet om dette også?» blir et nytt spørsmål som møter meg i støttetimene.

«Ja.»

«Bra», sier hun som ennå ikke vet at det skal bli bok av notatene mine.

FORTELLE OG FORSTÅ. Etter en kort ferietur sier hun: «Se her, Jostein, ta denne.» Hun gir meg en liten, glatt stein som hun har

plukket med seg fra turen. På ny dette jordnære. Håndfast.

Da setter jeg i å gråte, enda en gang. Må forklare: «Sara samlet på sånne steiner. Kunne bruke dem som bekymringssteiner hun la fra seg ved et eller annet veikors i Spania. Nå hender det at venner av henne legger slike steiner på og ved steinkorset på graven hennes.»

«Det visste jeg ikke», sier sykepleieren stille. Så må det være nærværet og intuisjonen som har fortalt henne noe om småsteiner.

«Du må spise, Jostein.»

Steiner! Skyldfølelse! dundrer det på ny gjennom meg. Tankene går til mitt første besøk på ulykkesstedet, tre måneder etter at jentene ble påkjørt: «Da kommer det, med solen over slettene, en forunderlig innsikt sigende – den trenger seg på – den presser seg inn i mørket mitt», har jeg skrevet inn i bokmanuset som er i ferd med å ta form, «jeg ser for meg skylden som en bøtte småstein og tenker på hvor steinene skal tømmes: Med all skyld ett sted er det ingen skyld til overs for andre.»

Jeg gjenforteller bøttelignelsen for sykepleieren. Hun nikker. Også dette forstår hun. Hun skjønner hvor skoen trykker, og da hjelper hun meg, som den naturligste ting, med å få lettet på og så dét trykket. ●



Hpv. Et virus har skylden for kreft i livmorhalsen.

Kreften som kan forhindres

● Tekst **Nina Hernæs**

I 2008 fikk Harald zur Hausen Nobelprisen i medisin sammen med Françoise Barré-Sinoussi og Luc Montagnier. De ble prisert for å ha oppdaget to virus som gir alvorlig sykdom hos mennesker. Barré-Sinoussi og Montagnier fikk den for å ha oppdaget hiv. Zur Hausen for å ha oppdaget hpv.

ERKJENNELSE. Hpv regnes i dag for å være skyld i 5 prosent av all kreft. Særlig i livmorhals, men også i vulva, vagina, penis, anus, munn, nese og svelg. Men erkjennelsen at det var en sammenheng mellom dette viruset og kreft var ikke opplagt. Kjønnsvorter satte zur Hausen på sporet.

SMITTE. I 1972 begynte han å forske på livmorhalskreft. Han skriver selv at det lenge hadde vært mistanke om at denne kreftformen skyldes et smittestoff, og Herpes simplex type 2 var hovedmistenkt.

Men zur Hausen hadde bitt seg merke i rapporter om kjønnsvorter som utviklet seg til ondartete svulster. At det var funnet hpv-partikler i slike vorter, vekket mistanke om at viruset også forårsaker livmorhalskreft.

FOTVORTER. Fra før var det kjent at hpv gir både kjønnsvorter og vorter på hender og føtter.

Zur Hausen undersøkte derfor vevsprøver av vorter, og fant hpv-partikler i vevsprøver fra fotvorter, men ikke i vevsprøver fra kjønnsvorter eller livmorhalskreft. Det var det første hintet om at det finnes flere typer hpv. Noen typer gir vorter på hender og føtter, andre gir kjønnsvorter og noen typer kan gi kreft.

I årene framover isolerte han og kollegene flere hpv-typer.

PÅ SPORET. I 1979 klarte zur Hausen å isolere og klonere hpv-arvestoff, hpv 6, fra en kjønnsvorte.

Spørsmålet nå var om det samme arvestoffet var i vevsprøver med livmorhalskreft. Skuffende nok var det ikke noe hpv 6 å finne i dem.

Men kort etter isolerte de en nær slektning av hpv 6: hpv 11. Og denne typen fant de igjen i en vevsprøve med livmorhalskreft. Også i andre vevsprøver fant de spor av hpv, og det fikk dem til å spekulere på om disse hpv-sporene kunne være fra nære slektninger av hpv 11.

GJENNOMBRUDD. I 1983 påviste zur Hausen og kollegene hpv 16, og denne hpv-typen fant de i igjen i rundt halvparten av vevsprøvene med livmorhalskreft. I 1984 påviste de hpv 18, som de fant igjen i rundt 20 prosent av vevsprøvene.

Det ble raskt klart at både hpv 16 og 18 spiller en viktig rolle i utviklingen av livmorhalskreft.

Senere er det påvist flere typer, blant dem 31, 33 og 45, som også kan gi kreft. Det anslås at det finnes mellom 100 og 200 hpv-typer totalt. De fleste er ufarlige, 15 har potensial til å lage kreft.

VAKSINE. Zur Hausen tok tidlig kontakt med legemiddelselskaper i håp om å utvikle en vaksine. Det mislyktes, fordi man antok at det ikke var noe marked.

Men dette synet endret seg, og i 2006 ble to vaksiner mot hpv godkjent i USA. Fra 2009 ble hpv-vaksinen tatt inn i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. I Norge valgte man Gardasil, som er såkalt firevalent. Den beskytter mot hpv 6 og 11, som gir kjønnsvorter, og hpv 16 og 18, som

kan gi celleforandringer og kreft.

En ny hpv-vaksine, som er såkalt nivalent, er nå til godkjenning i USA. Den beskytter mot sju hpv-typer som kan gi kreft, i tillegg til de to typene som gir kjønnsvorter.

Men vaksinen møtte først motstand. En innvending var at den er lite utprøvd, en annen at det ennå ikke er bevist at den faktisk beskytter mot livmorhalskreft. Denne kreftformen utvikler seg over flere år, noen ganger tiår, og derfor er det ennå ingen studier som konkluderer med at vaksinen forhindrer kreft. Men det er påvist nedgang i celleforandringer som kan føre til kreft, og man anser det som sannsynlig at det om noen år vil bli påvist nedgang også i krefttilfeller.

I både Australia og Danmark, som begge var tidlig ute med vaksinen, er det registrert stor nedgang i forekomst av kjønnsvorter og celleforandringer hos dem som har fått vaksine.

SEX. Vaksinen skal helst settes før jentene er seksuelt aktive og kommer i kontakt med viruset. Derfor gis den i sjuende klasse. Det var frykt for at vaksinen skulle gi en falsk trygghet og føre til mer ubeskyttet sex, men ingenting tyder på at det har skjedd.

I Norge er det til nå gitt 300 000 doser Gardasil, og bivirkningene regnes som beskjedne.

GUTTER. Fordi vaksinen har vist seg trygg og effektiv, diskuteres det også om den skal gis til flere. Ekspertene på hpv har argumentert for at den også bør gis gutter og at eldre jenter enn dem som går i sjuende bør få tilbudet.

For vaksinen har vist seg å være effektiv også hos dem som har hatt sex. Det er ikke sikkert de har blitt smittet ennå, eller de kan ha blitt smittet og kvittet seg med viruset, og derfor ha nytte av

«Kjønnsvorter satte zur Hausen på sporet.»

Fakta

LIVMORHALSKREFT:

- Verdens tredje mest utbredte krefttype. Vanligste kreftform blant kvinner under 35 år.
- Gir ofte få symptomer i tidlig fase.
- Skyldes nesten alltid humant papillomavirus (hpv).

HPV:

- Humant papillomavirus (hpv) er én gruppe virus. De fleste er ufarlige, som hpv-typene som gir vorter på hender og føtter.
- Men noen typer hpv kan gi kreft, og slimhinnene i livmorhalsen er spesielt sårbare.
- I tillegg kan hpv gi kreft i vulva, vagina, penis, anus, munn, nese og svelg. Det antas at 5 prosent av all kreft i verden skyldes hpv.

VAKSINE:

- I Norge tilbys hpv-vaksinen til jenter i 7. klasse. Vaksinen gis i tre doser, som må gis i løpet av ett år. Det diskuteres om vaksinen også skal tilbys gutter og eldre jenter.

SCREENING:

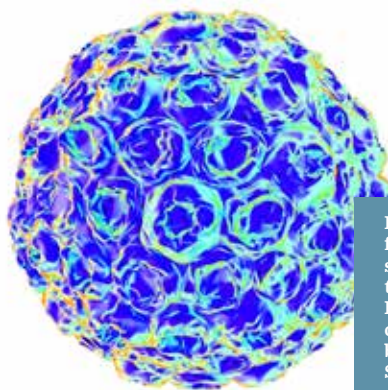
- I Norge anbefales kvinner mellom 25 og 69 år å ta celleprøve fra livmorhalsen hvert tredje år. Cellene studeres under mikroskop for å se etter forandringer forårsaket av hpv.
- Et forprosjekt er i gang i fire fylker, der kvinner i stedet for celleprøve testes for hpv. Er de positive for hpv, følges de opp med celleprøve. Er de negative for hpv, kan de vente fem år med ny hpv-test.



Risiko: Jenter i sjuende klasse vaksineres mot hpv. Det diskuteres om også gutter skal få vaksinen. Foto: Colourbox



Fant virus: Harald zur Hausen i laboratoriet sitt i Heidelberg, Tyskland, i oktober 2008. Foto: NTBScanpix



Kunst: Hpv fremstilt som datakunst. Foto: Science Photo Library/NTB-Scanpix

vaksinen. Eller de kan være smittet med hpv 16, men ikke 18, og derfor få delvis beskyttelse.

ETTER OPERASJON. Det var et håp om at vaksinen ville hjelpe også dem som var smittet. Men det har vist seg at en pågående hpv-infeksjon ikke har effekt av vaksinen, og den kan derfor ikke brukes som behandling.

Det som derimot har vist seg, er at kvinner som opereres for alvorlige celleforandringer i livmorhalsen, har lavere risiko for nye forandringer dersom de vaksineres etter operasjonen. Da unngår de ny hpv-smitte fra partner eller de unngår å smitte seg selv dersom de har hpv andre steder på kroppen.

EGEN TEORI. Hvert år er det rundt 500 000 tilfeller av livmorhalskreft i verden. Kreften rammer hardest i fattige land, uten screeningprogrammer. Vaksine og screening til flere kan i teorien hindre nesten all denne kreften, som ofte rammer unge kvinner.

Da Harald zur Hausen fikk Nobelprisen ble han hedret for å ha gått mot etablerte sannheter og hatt tro på sin egen teori. En teori som har gitt ny kunnskap om hvordan kreft oppstår og mulighet til å forebygge den. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilder: Nobelprize.org, Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet, Legemiddelverket og Sveinung Wergeland Sørbye



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Inneholder brusker nerver eller blodkar?

- A Kun nerver
- B Kun blodkar
- C Ingen av delene

2 Hvilke egenskaper har brusker?

- A Den kan motstå stor belastning
- B Den dobler størrelsen når man blir

- C opphisset
- C Den beskytter hjernen ved støt

3 Glykoproteiner har flere oppgaver. Blant annet å:

- A Sørge for at man blir søvnnig
- B Produsere beinmasse
- C Beskytte celler mot fremmedlegemer

4 Hvor mye spytt produserer et voksent menneske per døgn?

- A 1,5-3 desiliter
- B 3-5 desiliter
- C 5-15 desiliter

5 Hvor mye av døgnproduksjonen av spyttet utskilles når vi spiser?

- A 10 %
- B 40 %
- C 70 %

6 Hva er den vanligste årsaken til munntørrethet?

- A Skravling
- B Medikamenter

- C Dehydrering

7 Hvilken tannkrem bør en bruke for å få bukt med munntørrethet?

- A En som ikke skummer
- B Sunlightsåpe eller yoghurt
- C En med blekestoffer

8 Hva er en kondrom?

- A En godartet svulst
- B En ekstra stor kondom
- C En knute på en knokkel

9 Hva betyr såkalt falsk krupp?

- A At man hoster uten kvelningsanfall
- B At hosten er som mjauing i stedet for bjeffing
- C At det ikke er difteri

10 Hva av de tre forslagene er ikke en type blodåre?

- A Venoler
- B Arterier
- C Kapillærer



Munddiaré: Er overdreven bruk av snakketøyet den vanligste årsaken til munntørrethet?

- ☺ 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: 1c, 2a, 3c, 4c, 5b, 6b, 7a, 8a, 9c, 10b

Randis hypokonderkryssord

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------------|----------|-------------------|----------------|---------------------|-------------------|---------|-----------------------|---------------------------|-------|---------|-------------------|-------|------------------|-----------|-------|------------------|-------|-------------|
| ☺ | FUGL-EN SKADE | | HAR-KER LEGE | | INN-GANG DRYSSER | | DEP. | TESE GARN | | MÅL | REDDE | GIFT INTERJ. | | ENS VEVS-LÆRE | | PLAGG | MAKTE RED-SEL | | SÅR LIKE |
| DEODO-RANT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGA-RETT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPI-RERE | | ÅPNING | ANTA DRYPP | | | | DRIKK | | | HINNE | | ØKEN-DE | | | | | | | UTHUS |
| | | | | | DYRE-LYD | | | | SELSK. (FORK.) LIKE | | | BIBEL-DEL | | | PARTI | | | | SPUR-TE |
| STAN-SER | | | | | FEIE | | FOT-TØY | | | | | MÅNE | | | FUG-LEN | | | | PREF. |
| UT-HUSET VEKST | | | | HELLIG ORG. | | | PLOG | LØPE LÆRE- STED | | | | KLEB-RIGE SMIE | | | | | | | FAK-TOR |
| | | | RETN. BRUK-KET | | | BRUK-KET LEVER | | | ART. | | FOT-TØY | | | | KARAK-TER | | | PRON. | |
| PREK-EN | | SYND-ROM | | | | | | | | | | | GYSER | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | KONS-ER | | | | GLISE |

Se løsning på kryssord side B3.



Meninger

Del 4 Sykepleien 04 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Steinar Madsen mener god kunnskap gir varmere hender.

Medisinmannen

Oppgaveglidning. Fagdirektøren i legemiddelverket vil la sykepleierne foreskrive flere medisiner. **90**



Sutrer. NSF må legge om stilen! **84**



«Å ikke kaste alt man har inn i kampen for barna er en usigelig forsømmelse.»

Anlov P. Mathiesen. **86**



Alternativt behandling. Pasienten må få velge selv. **88**



Viktig. Sykepleiere redder liv og forebygger sykdom. Hver dag. Vår kunnskap sikrer mennesker verdighet i alle livets faser.

Lønn for kompetanse



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Sykepleiernes arbeid er anerkjent, og det er få yrkesgrupper som nyter samme tillit og respekt i befolkningen som sykepleierne. Til tross for kunnskap, tillit og anerkjennelse: Lønnsnivået vårt står ikke i forhold til dette. Status for likelønn i 2015 er som før: Tre års utdanning i en kvinne-dominert profesjon verdsettes langt lavere enn tre års utdanning i en mannsdominert profesjon.

Det er i seg selv uakseptabelt at typisk kvinnearbeid ikke verdsettes like høyt som typisk mannsarbeid. Det sender noen signaler knyttet til verdivalg som er både tankevekkende og nitrister. Men denne strukturelle diskrimineringen får også noen andre samfunnsmessige konsekvenser.

EKSPERTER. Vi kjenner utfordringene dagens og morgendagens helsevesen skal løse. Sykepleierne har kunnskap som gjør dem til eksperter på pasientenes behov. Sykepleierne er kunnskapsarbeidere som sikrer et bedre helsevesen, mer fornøyde pasienter og bedre folkehelse. Oppgavene krever sykepleiernes årvåkne blikk, kompetente vurderinger og målrettede tiltak.

Utfordringen fremover blir å skaffe nok sykepleiere. Klarer

og en arbeidstid som gjør det mulig å kombinere familie og arbeidsliv – for både kvinner og menn.

LITE. I årets lønnsoppgjør er det jevnt over svært lite penger å forhandle om, og det skyldes at vi drar med oss kostnader fra fjoråret. Overhenget er stort. Dermed kan vi ikke regne med å løse alle utfordringene vi står foran nå. Så realistiske må vi være. Men vi skal legge grunnlaget for kommende oppgjør, der kunnskap, anerkjennelse og tillit gir lønsmessig uttelling på samme måte i både mannsdominerte og kvinne-dominerte yrker, slik at begge kjønn tør å satse på sykepleieryrket. Da blir en viktig del av jobben vår fremover å synliggjøre sykepleiernes ekspertkompetanse. Tydeliggjøre hva sykepleierne gjør hver dag. Synliggjøre ansvaret og kunnskapen vi har.

Hvis vi klarer å tydeliggjøre sykepleierprofesjonen, tror jeg vi har kommet et langt stykke på vei i å vise hva det er verdt å betale for vår innsats. Og det må vi klare uten å tape sykepleiefagets helhetlige tilnærming av syne. Sykepleiernes kunnskapsbaserte omsorg er en del av et faglig hele og noe av det som gjør sykepleieren unik.

Vi besitter noe av den viktigste kunnskapen i verden – nemlig hvordan man pleier, bevarer og redder liv. Kompetansen vår gir færre innleggelse i sykehus, mindre sykdom og mindre feilmedisinering. Nok sykepleiere med riktig kompetanse er samfunnsøkonomisk lønnsomt, bra for den enkelte virksomhet og godt for befolkningens helse.

Høyt kunnskapsnivå, bred erfaring og faglig omsorg utgjør en enestående kompetanse. Den er det verdt å satse på. Den er det verdt å betale for. ●

«Det sender noen signaler knyttet til verdivalg som er både tankevekkende og nitrister.»

vi ikke å løfte yrkets verdsetting og gjøre det attraktivt å jobbe som sykepleier, får samfunnet et problem. Sykepleiermangel vil gi dårligere pasientbehandling.

De som er unge og skal velge seg et yrke, ser at det er en ubalanse mellom kunnskap, ansvar og innsats på den ene siden, og lønnsnivå og arbeidsbetingelser på den andre. Politikere og arbeidsgivere kan ikke gamble med at kallstanken alene skal sikre rekruttering fremover. Lønna må opp, hvis vi skal få nok og gode nok sykepleiere. Vi må tilbys faste og hele stillinger,



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



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.



Meld deg inn før 30. april, så er du sikker på å bli med i årets lønnsoppgjør.

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.



«Legemiddelassterte lausbikkjer» – et svar

LAR-BEHANDLING: I Sykepleien nr. 3/2015 kommer Anlov P. Mathiesen med en del påstander som jeg ønsker å kommentere.

Mitt utgangspunkt er som behandler ved Ruspoliklinikk 1 ved OUS-HF. Dette er en av to poliklinikker som har ansvaret for LAR-behandlingen innen Oslo.

Jeg er noe usikker på hvem og hva du kritiserer. Er det politikere eller helsepersonell generelt, spesifikke grupper av helsepersonell, eller er det systemet i sin helhet? Dine påstander er vide og generelle i sin utforming, men jeg skal forsøke å belyse dem ut fra mitt perspektiv som behandler.

Du skriver at vi «misbruker mulighetene systemet gir oss». Det er selvfølgelig mulig at ikke alle muligheter blir utnyttet fullt ut, men det er vanskelig å forstå hva du konkret legger i et slikt utsagn. Min erfaring er at vi faktisk er ganske kreative til å finne løsninger og utnytte disse til beste for pasientene.

Videre sier du at «LAR er en forsømt anledning til å rehabilitere tusenvis av mennesker». Hva betyr dette konkret? Igjen er erfaringen at flere tusen faktisk har blitt rehabilitert og er fornøyd med det livet de har fått mulighet til å leve, takket være LAR-medisiner.

Videre argumenterer du med at dette skyldes systemets bakside og lister da opp, – ekstreme kontrollregimer, voldsomme regionale variasjoner, manglende brukermedvirkning og manglende reell rehabilitering. For å kople første og siste påstand, kontrollregimer og manglende reell rehabilitering: Sett fra mitt ståsted synes det som om jo større motstand mot kontroll, jo dårligere utsikter til reell

rehabilitering. Jeg skal forsøke å forklare dette.

Vi er pålagt å føre god kontroll (Nasjonale retningslinjer for LAR) fordi vi deler ut medisiner som er narkotiske stoffer. Dette betyr at vi ønsker at det blir brukt på den måten det skal brukes. Lenger ut i din artikkel tar du opp problemet med at det er LAR-medisiner som finner veien til gatemarkedet. Dette er en bekymring som vi også har, men det er jo derfor vi ønsker god kontroll, noe du beskriver som ekstremt. Det viser seg jo at til tross for våre «ekstreme kontrollregimer» så er ikke det nok. Påstandene dine synes derfor å være motstridende.

Ja, det er mange diskusjoner om nødvendigheten av våre kontrolltiltak, og det blir gjort daglig i møtet mellom pasient, lege og behandler. Det jeg erfarer er, at jo mer opptatt pasienten er av å diskutere kontrollrutiner, jo mindre er pasienten opptatt av å gjøre de nødvendige tingene for å komme i posisjon for reell rehabilitering. Rehabilitering er en prosess som krever mange tiltak som bruker/pasient må ta tak i. Det betyr å møte opp, sende søknader, endre på vaner, bytte ut noen av de minst positive bekvemhetene, søke skole, arbeid, bolig, betale regninger i tide, søke gjeldssanering, ja rydde opp i livet sitt som best man kan med hjelp og støtte ut fra behov/ønske. Dette er kjedelig og tar tid og er derfor ikke like festlig å drive på med. Det er dette som er den store og vanskelige delen av rehabiliteringsprosessen og som er avgjørende for at en skal ha mulighet til å lykkes. Dette er også en prosess som innebærer flere aktører, pasient, behandler og NAV. I mange saker er det også mange andre aktører i bildet. Alle som har hatt med mange instanser å gjøre

samtidig, vet at dette tar tid, ikke for at den enkelte offentlige ansatte er uinteresserte eller er nedlatende, eller at det er en bevisst forsømmelse, men store organisasjoner har en treghet i seg som meg bekjent ingen har løst på en tilfredsstillende måte. Vi snakker kort og godt om koordineringsutfordringer/problemer.

Ut fra hva jeg har forsøkt å anskueliggjøre, så er det en tidkrevende og treg jobb å få til gode rehabiliteringsforløp. Den enkleste delen av LAR er å medisinere.

Din påstand om store regionale forskjeller tar jeg til etterretning. Det betyr ikke at jeg synes det er uviktig, men utenfor min mulighet til å gjøre noe med. Ikke desto mindre er det viktig at dette blir synliggjort og dermed forsøkt endret. Det betyr at dersom du har konkret kunnskap om dette, må det synliggjøres for dem som kan gjøre noe med det.

Til dine «anklager» om manglende vilje til å evaluere LAR-behandlingen i et større perspektiv, – jeg støtter deg i dette ønsket. Derimot blir det igjen påstander om at de som er en del av systemet ikke ønsker det. Du insinuerer også at de har ting å skjule og derfor ikke vil ha en evaluering. Dette blir påstander som må belegges med konkrete fakta, ellers blir det ikke annet enn påstander som skaper en uggenstemning. Videre sier du at det «etter alt å dømme skjuler en stor mengde menneskelige lidelser og systematiske forsømmelser». Ja, rusbehandling handler i stor grad om synliggjøring av menneskelige lidelser. Påstanden om systematiske forsømmelser er jeg ikke enig i. Det betyr ikke at det ikke forekommer forsømmelser, men slik du uttrykker

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

det forstår jeg det som at dette er reglen mer enn unntaket. Dette innebærer at du tillegger meg og alle andre som jobber med dette til daglig en uredelighet som jeg oppfatter på grensen til krenkende. Alle jeg jobber sammen med har valgt dette, ikke ut fra en tanke om karriere eller at det gir stor status, men fordi vi mener det er en viktig jobb. Du sier i din artikkel at «det ligger ingen prestisje i å jobbe med disse skitne, klagende og uheldelige avhengige». Det er mulig at det ikke ligger mye prestisje i det sett fra andre miljøer, men vi oppfatter det som meningsfullt og givende. Din artikkel derimot er ikke et innlegg i debatten om prestisjeheving for dette arbeidet.

Det som forundrer meg mest ved slike innspill er at det sannsynligvis er ment som et innlegg til forsvar for bedre rusbehandling, men det som blir resultatet er at man snakker ned behandlingen og de som jobber med det. Det er pasientene ikke tjent med det.

Jeg diskuterer gjerne innspill til bedre rusbehandling, men det må være konkrete tiltak som begrunnes, ikke innspill som oppfattes å være basert på forutinntatte meninger. Det er heller ikke pasientene tjent med.

Noen ord om individuell plan: Ja, pasientene har krav på en IP hvis de ønsker det. Det er faktisk veldig mange som ikke vil ha det, og en kan ikke pålegge dem det. Det betyr ikke at arbeidet er planløst. Det er behandlingsplaner og samarbeidsmøter som hele tiden angir hva og hvordan vi gjør det videre.

Avslutningsvis en kommentar til din siste påstand, «vi kan trygt fastslå at helsevesenet fortsatt ikke er helt kompatibelt med moderne menneskesyn». Underteksten her, slik jeg forstår den er; – vi bryr oss ikke om pasientene og lar det skure og gå uten av vi bekymrer oss av den grunn. Forsiktig sagt, en ganske oppsiktsvekkende påstand. Hvilket moderne menneskesyn er det du sikter til og hva innebærer denne eventuelle forskjellen konkret? Mitt menneskesyn er tuftet på humanismen og alt hva det innebærer. Slik oppfatter jeg at det også er for mine kollegaer. Jeg tror faktisk det gjelder for helsevesenet i sin helhet.

Karl Tore Espe, Klinisk sosionom, Seksjon ruspoliklinikk, OUS-HF

Løsning på kryssord i nr. 04/2015 (se side 78)



Minneord Kristin Bogen Bakkene



1964–2014: Fredag 19. desember døde vår gode venninne Kristin Bogen Bakkene, 50 år gammel. Hun døde med sine nærmeste rundt seg. Vi har mistet en nær venninne gjennom mange år. Vårt vennskap startet på Drammen Sykepleiehøgskole i 1986, hvor vi møttes som studenter i kull 86B. Gjennom studietiden samarbeidet vi om gruppeoppgaver og eksamensoppgaver, og vi knyttet et nært og kjært vennskap som vi fikk glede av i 28 år. Vi møttes jevnlig til hyggelige venninekvelder hvor temaet ofte var faglige refleksjoner og deling av kunnskap. Ektefeller og barn har vært inkludert i vennskapet med treff og mange felles turer.

Etter endt utdanning begynte Kristin som sykepleier i hjemmetjenesten i Øvre Eiker kommune. Kristin ble etter kort tid leder av tjenesten og tok videreutdanning i administrasjon og ledelse. Kristin var en respektert og godt likt leder. Hun stilte store krav både til seg selv og sine medarbeidere, hun var rettferdig og var aldri redd for å ta i et tak ute i aktiv tjeneste når det var behov for det. Kristin var ved flere anledninger konstituert som pleie og omsorgssjef, men ønsket aldri å ha stillingen fast. Det blir for mye administrasjon sa hun. Kristin var ansatt i Øvre Eiker kommune i 25 år. I november 2014 fikk hun gullklokke for lang og tro tjeneste. Denne utmerkelsen satte Kristin stor pris på.

Kristin var alltid opptatt av å gi et faglig og godt tilbud til sine brukere, samt at de ansatte hadde gode arbeidsvilkår.

Arbeidsplassen var viktig for Kristin, og under sykdomsperioden var jobben en viktig faktor for å holde tak i livet. Den gav henne energi og mot til å mestre utfordringene kreftsykdommen gav henne. Kristin var en mester i å holde motet oppe både hos seg selv og for oss andre som var rundt henne. Etter legebesøk kom det alltid en statusrapport om hva resultatet var og veien videre. Kristin valgte å være positiv i den tøffe sykdomsperioden, hun sa ofte at «jeg tar det derfra», og det ble en gjennomgangstone i sykdomsforløpet hennes. Kristin ville leve og være til stede i livet selv i tøffe perioder med behandling og bivirkninger av medisiner. Hun inkluderte oss venninner i sykdommen sin på en måte som det står stor respekt av.

Vårt siste møte med Kristin ble 13. november, etter dette ble det telefonkontakt og sms. Denne kvelden var viktig for Kristin, hun hadde som alltid forberedt et godt måltid, praten og diskusjonen var som vanlig. Kristin var preget av sykdommen sin, vi så forandringer hos henne, men dette var ikke i fokus. Dagen etter mottar vi en melding hvor hun formidler hvor glad hun var for trefet og samtalene som hadde vært denne kvelden.

Kristin var en raus og jordnær. Hun betydde svært mye for oss venninner og var en god samtalepartner, en å dele sorger og gleder med. Hun var alltid på tilbudssiden om noen av oss skulle trenge hjelp til noe. Vi er fylt med mange gode minner og opplevelser sammen med Kristin og familien. Tusen takk for at vi fikk være Kristin sine venninner.

Rita Marit Sletteng Andersen, Marit Hvidsten, Berit Skog



Sykepleieryrket. Jeg har bart og penis. Jeg mangler englevinger og et kall. Jeg liker roboter og teknologi, men ikke hjerter og fargen rosa.

En skakkjørt profilerings



Fakta

Mats Nylén-Eriksen

Fullfører i år bachelorgrad i sykepleie ved HBV avd. Bakkenteigen

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har som mål i sin strategiske plan for 2009–2012 å fremstå som tydelig, modige og stolte. Det ønsker å fremstå som en profilert, sterk og verdidrevet profesjonsorganisasjon for sykepleiere i Norge. Forbundet vil satse på profesjonskunnskap, fagutvikling og forskning som gir sykepleierne kunnskap og kompetanse. De vil oppnå anerkjennelse og verdsettelse av sykepleiekompetanse og oppnå lønsmessig uttelling for utdanning, kompetanse og ansvar som virker rekrutterende på kvinner og menn.

De siste årene har NSF lansert markedsføring som animasjonsfilmen «Robonurse», som sender budskap om sykepleiers uerstattelighet i form av en robots manglende evne til å tørke tårer og klemme. Kampanjen – «snart finnes det bare engler i himmelen» henviser til sykepleiere som overarbeidete engler. Sangen «Hjertetru» vektlegger den glødende hvite drakten, følelser og du som gav hjertetru. #stoltsykepleier-kampanjen på Instagram lanserte et vinnerbilde som var en rosa rosebukett, navneskilt med hjerte, og et hjerteformet søster-ur.

Likelønnskampanjene «Fåutfingeren» og «bartekampanjen» var et reallt ballespark til alle menn. Her vektlegges urettferdigheten, undertrykkelsen og kjønnsdiskrimineringen mellom de såkalte «mannsdominerte» og «kvinnedominerte» yrkene. Det kommer frem i et tolket krav om at en penis og bart vil gi høyere lønn.

«En sykepleier er mye mer enn varme hender, omsorgsfull, god, nestekjær og kvinne.»

Kort oppsummert: omsorgsfull sutring. Fagutvikling, profesjonskunnskap, forskning og kompetanse drukner i varme tanker, følelser, hjertevarme, urettferdighet, kjønnsdiskriminering, tåretørking og klemmer.

De yrkesetiske retningslinjene punkt 1.9 sier: «Sykepleieren medvirker ikke til markedsføring, kommersiell virksomhet eller annen påvirkning som svekker pasientenes og samfunnets tillit til profesjonen.» Skaper denne markedsføringen tillit til sykepleie som profesjon? Hvor er sammenhengen mellom mål og markedsføring? Hvilke verdier kommuniseres? Hvem ønsker NSF å rekruttere med denne markedsføringen, og vil den sikre kvalitet i pleien til pasienten? Kommer den faglig sterke, kunnskapstørste kompetente mannen og kvinnen, eller kommer den snille-hvem-som-helst som ønsker å klemme og være en del av kvinnekampen mot den store stygge mannen?

KUNNSKAP VIKTIGST. Lovpålagt kompetanse og faglig kunnskap er fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet 25. januar 2008, med hjemmel i lov av 1. april 2005 om universiteter og høyskoler §3-2 (2), en rammeplan for hva sykepleierutdanningen skal inneholde for å klargjøre sykepleierstudenten til den hverdagen som møter dem etter tre år: Tilegnelse av faglig kunnskap om blant annet medisiner, anatomi og fysiologi, sykdomslære, praktiske prosedyrer, forskning, ledelse, andre teorier og veiledet praksis i minimum 50 uker for erfaringsbasert kunnskap.

Det er denne rammeplanen som gir meg muligheten til å si: Jeg vet hvorfor munnstell er viktig, spesielt for pasienten på respirator, og hvorfor det er viktig å stille den syke pasienten hver dag for å forhindre infeksjon. Jeg vet hvorfor jeg må være varsom i forflytningen av pasienter med brudd, hvorfor mine hender må være lette i berøringen av en febril pasient.

Mine varsomme og gode hender styres ikke av at jeg føler meg kallet til yrket eller min intense trang til å yte nestekjærlighet. Min kompetanse og faglige kyndighet styrer mine hender. Min kompetanse og faglige kyndighet gjør meg verdig til å ta på meg den berømte hvite «engledrakten». Det er denne faglige kompetansen som skiller meg fra den snille-hvem-som-helst.

La meg likevel presisere: Selv om min faglige kompetanse gjør meg klar til å tre inn i den hvite «engledrakten», betyr dette

langt fra at jeg er noen engel. Jeg er en er mannlig sykepleierstudent, med både penis og bart, som stolt ser frem til å tre inn i denne flotte kompetente og faglige profesjonen.

VARME HENDER. En sykepleier er mye mer enn varme hender, omsorgsfull, god, nestekjær og kvinne. Styrende for de varme hendene og omsorgen er faglighet, profesjonskunnskap, handlekraft og kompetanse. Den tre år lange utdannelsen sørger for at det ikke er den snille-hvem-som-helst som er legens øyne og ører på posten. Sykepleiers observasjons- og vurderingskompetanse er avgjørende for legene for å sikre behandlingens resultat.

Det er den tre år lange utdannelsen som gir sykepleiere kompetansen til å sette hastighetsgrad og vurdere alvorligheten på dine problemer på legevakten. Ivareta og yte omsorg til pasienten ved livets slutt. Legge lillebroren din i narkose. Overvåke hjerterytmen og gi riktige medisiner i riktig dose til den syke moren din. Vurdere, behandle og skifte på alvorlige sår hver dag. Kjempe for deg når legen vil gi deg opp. Starte hjertet ditt når det har stoppet. Stelle og ivareta den gamle bestefaren din når familien ikke lenger har kapasitet til å hjelpe ham å klare seg hjemme.

Dette er bare en brøkdel av sykepleierens hverdag, men hvilken profil har vi utad? Den omsorgsfulle sutrete profesjonen som bare klemmer, tørker tårer og bærer rundt på bekken?

Ønsker ikke NSF å sikre anerkjennelse og verdsettelse for sykepleiekompetanse? Hvor er dette fokuset i deres markedsføring? Hvor er respekten profesjonen fortjener?

KVINNE. Sykepleie, et kvinneyrke? Eli Gunhild By, forbundsleder i NSF, går ofte i bresjen for kvinnesaken. Det er vel og bra, men når sykepleieprofesjonen ønsker økt kompetanse og rekruttering med hovedvekt på menn, er det da lønnsomt å profilere yrket som et «kvinneyrke» og benytte uttalelser som «kvinne og sykepleier»? Er det å være sykepleier ensbetydende med å være kvinne? Eli, husk at du representerer begge kjønn. Det finnes i dag mannlige sykepleiere.

I forbindelse med lanseringen av likelønnskampanjen, «fåutfingeren» som «tilfeldigvis» falt på kvinnetiden 8. mars, uttalte By at kvinneyrkene, særlig i helsesektoren, ikke får rekruttert personer med riktig kompetanse. Kan markedsføring med et budskap som tiltaler den snille-hvem-som-helst med et ønske om å være en del av kvinnekampen mot den store stygge mannen, være en årsak til dårlig rekruttering av riktig kompetanse?

En sykepleier har mye å være stolt av. Ansvar, fagutvikling, profesjonskunnskap og kompetanse. Hvorfor er det så viktig å profilere den som kvinneyrke, og er dette veldig innbydende for menn? Tiltrekker en omsorgsfull sutrekultur seg de faglig sterke, kunnskapstørste og kompetente menn og kvinner, med et ønske om å benytte dette til å yte god omsorg?

SKAKKJØRT PROFILERING. Kjære NSF, ta en ny kikk på den strategiske planen. Dette er en utmerket plattform for utviklingen av «den gode profil». En profil som er tydelig, modig og stolt. En profil som yter sykepleierne respekten de fortjener for sin faglige kunnskap, kompetanse og handlekraft. En

profil som sikrer anerkjennelse og verdsettelse av sykepleiekompetansen og oppnår lønnsmessig uttelling og rekruttering av kvinner og menn. En profil som viser sykepleiefaglig kompetanse og ikke utpreget sutrekultur og stakkars meg. En profil som snur hodet bort fra omsorgsfull sutring til sykepleiefaglig kompetanse, handlekraft, forskning og faglig kunnskap. En profil som skaper yrkesfaglig stolthet og tilhørighet.

I det fremtidige arbeidet med fokusendring på markedsføringen ønsker jeg å gi dere et utgangspunkt og reflekterende spørsmål, som kan hjelpe dere å holde fokuset på den strategiske planen og deres egne satsingsområder:

Sykepleiediagnose/problem: NSF's profileringsarbeid.

Mål: Representativ profilering av sykepleie som profesjon.

Tiltak:

- Reflektere over eget arbeid og stille kritiske spørsmål.
- Benytte refleksjonene til å iverksette nye tiltak.
- Innhente kompetent bistand fra eksterne aktører.
 - Hva er en sykepleier?
 - Hva er sykepleiens grunnleggende idealer?
 - Hvilke fagkunnskaper, kompetanse og handlekraft sitter en sykepleier med?
 - Hvordan ser sykepleierne på seg selv som profesjon?
 - Hva mener samfunnet i dag en sykepleier er, hvilke holdninger er der ute?

«Gi sykepleieryrket respekten den fortjener ved å revurdere profileringsstrategien.»

- Hvordan ønsker sykepleierne dere representerer å bli presentert for samfunnet?
- Hva er det viktig for sykepleiere å vise frem?
- Hvordan ønsker dere at samfunnet skal se på en sykepleier?
- Hvilke ord tenker dere samfunnet sammenlikner med en sykepleier?
 - Hvilke ord forbinder faktisk samfunnet med sykepleie?
 - Hva er budskapet deres?
 - Skaper deres kampanjer tillit til sykepleiere som faglige kvalifiserte og handlingskraftige yrkesutøvere?
 - Virker deres kampanjer i dag tiltrekkende for dem som brenner for fag, kunnskap, forskning og handlekraft?
 - Dere ønsker økt rekruttering, og spesielt av menn i profesjonen. Skaper deres kampanjer et inntrykk av sykepleie, som tiltrekker seg menn?
 - Dere kjemper for økt lønnsnivå for sykepleieprofesjonen. Setter kampanjene dere i en forhandlingsposisjon?

KJÆRE NSF. Gi sykepleieryrket respekten den fortjener ved å revurdere profileringsstrategien. Sykepleien – en profesjon med stor faglig kompetanse og handlekraft.

Jeg ber dere, start en endringsprosess på markedsføring av sykepleie. Gi mitt fremtidige yrke som jeg er så stolt av, den respekten det fortjener, og vis samfunnet hvem vi er og hva vi kan. Start debatten, la oss sammen ta neste skritt inn i fremtiden! Jeg gleder meg til å se hvor faget og profesjonen vår er om 10 år. ●



Forebygging. Vi kan ikke vike i kampen for barnas beste.

Psykisk helse må inn i skolen.

Psykotime på skolens ukeplan



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Politisk rådgiver i Mental Helse og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

400 000 barn i Norge lever med foreldre med psykisk lidelse. Det er greit nok, for de fleste barn er tilpasningsdyktige og klarer seg fint. 100 000 av dem lever med foreldre med en alvorlig lidelse, og 65 000 av dem med foreldre som mottar behandling. Fortsatt greit nok, for også blant disse barna klarer de fleste seg noenlunde. Dette er tross alt bare tall.

Men så til tallene som sier noe direkte om barna selv. En fjerdedel av barn og unges psykiske lidelser henger sammen med foreldrenes lidelser. Da er det ikke lenger bare tall. Da er det noe vi kan gjøre noe med. For hver eneste tapte barndom er en sosialpolitisk katastrofe, og om det er noe mer vi kunne gjort, så skulle vi gjort det. I barnepolitikk finnes ingen unnskyldninger.

OBLIGATORISK FAG. Alt kan selvsagt ikke løses gjennom politikk. Det finnes ikke tiltak som kan forhindre tilfeldigheter. Og man kan ikke vedta friskhet. Livet er fullt av grusomme hendelser som ingen kan forutsi eller på noe vis gjøre noe med. Buddhistene har rett i at livet består av lidelser, i det minste i en vesentlig grad. Men å ikke kaste alt man har inn i kampen for barna, er en usigelig forsømmelse.

For det finnes mange virkemidler, blant annet forebygging og åpenhet. Selvsagt finnes det flere veier til målet. Men en av veiene handler om å skape større åpenhet om psykiske lidelser.

Det er nesten underlig at vi ikke allerede har et slikt fag. Faget skal ikke ha karakterer, men det kan skape samhold. Det kan ha et spennig navn, som hodefaget, psykotimen eller hva enn som måtte funke uten å dysse de unge i søvn.

RESULTATFOKUS. Jeg er usikker på om utdanningsminister Røe Isaksen er interessert i en slik tenkning. Det vil stjele tid fra prestasjonsskolens resultatfokus. Men bare tilsynelatende. For i et større perspektiv er det nettopp slike innovative fag som kan bringe skolen videre. Som kan skape noe nytt i den stadi-ge vektleggingen av statiske og målbare resultater. Det finnes målinger som er viktigere enn PISA og nasjonale prøver, og det finnes kvaliteter som er mye viktigere enn gode karakterer. Skolen kan bidra til å gjøre barndommen bedre for de barna som har det litt vanskeligere enn andre.

Et omfattende europeisk skoleopplegg (School-based suicide prevention programme, publisert i The Lancet) viser tydelig at bevisstgjøring hos unge kan forebygge selvmord. Elevene lærte blant annet om angst, depresjoner og selvmordstanker. Studien, som inkluderte mer enn 11 000 unge fra ti land, konkluderer med at man kan forhindre ett selvmord per 167 elever som deltar. Det er gode resultater. Denne tankegangen bør vi ta enda et skritt videre ved å innføre en ukentlig time der vi tar opp vanskelige emner. Det kan bli et viktig verktøy i kampen mot mobbing. Det vil også i stor grad utvikle lærere og foreldrene. Det vil utfordre vår alles åpenhet knyttet til sinnet og følelsene. Kort sagt: Dette er veien å gå, spørsmålet er bare om nåværende regjering ønsker å innkassere seieren selv eller gi den til sine etterkommere. ●

«Innfør psykisk helse som fag.»

Om å senke terskelen for hva det er mulig å prate om, for hva det er mulig å oppleve uten å drukne i skam. Et virkemiddel vi må vurdere, er å innføre psykisk helse som felles, obligatorisk fag i barne- og ungdomsskolen. Det er lett å se for seg hva dette kan bidra med. Vi trenger ikke utredninger for å forstå at det kan ha en drastisk effekt på hva som er lov å snakke om. Om vi har én time, hver eneste uke, hvert eneste år gjennom hele skolegangen der vi snakker om depresjon, sorg, glede og hat. Der vi diskuterer angst, nerver, seier og tap. Der vi snakker om mobbing. Og der vi snakker om at mange foreldre har det vanskelig.



Fakta

Fast skribent

Anlov P. Mathiesen
er fast skribent i Sykkeleien.



Utdanning. Kan jeg egentlig nok til å bistå i akutte situasjoner?

Er det helsepersonell om bord?

Det er ikke ofte man hører dette når man er ute og flyr. Men for kort tid tilbake skjedde det, og jeg lurte på om jeg skulle lyve og si nei.

Det var på en flyvning mellom Tromsø og Oslo. Det var midt på dagen og alt var i rute. Flyet var relativt fullt, og allerede ved gaten observerte jeg de forskjellige menneskene som skulle med på den flighten: en barnefamilie med et tvillingpar, noen forretningsfolk, noen studenter, en pensjonist eller to og noen andre. Som nyutdannet sykepleier har jeg lært at det er viktig å se personen bak sykdommen. Og her i innsjekkingen kunne jeg se de forskjellige personene, det var ingen sykdom å se. Ennå ...

Jeg var ferdig utdannet sykepleier i fjor vår og har siden jobbet ved en sengepost på et sykehus. Vi har noen øyeblikkelig-hjelp pasienter, men de fleste har allerede startet behandling, eller lege og erfarne sykepleier står klar i mottak. Derfor blir det lite praksis for min del i å ta vare på akutt syke pasienter. På avdelingen har vi snakket litt om casetrening, men den generelle holdningen er at det er veldig skummelt, det er jo faktisk noen som skal evaluere meg og jobben jeg gjør! Vi har jo fått opplæring på utdanningen, vi trenger kanskje ikke bruke så mye tid på det nå når vi jobber?

TO TIMER FØRSTEHJELP. Flyvningen gikk som planlagt inntil vi begynte å nærme oss Gardermoen. Plutselig kommer det over høyttalerne: «Er det helsepersonell om bord? Vi har en situasjon bak i flyet.» Etter å ha sett meg litt rundt og sett at ingen andre reagerer, finner jeg ut at jeg må gjøre noe. Hvordan var nå dette med førstehjelp? Var det 1-2-3? Var det VIND?

Jeg tenker på de to timene vi hadde i løpet av første studieår, hvorfor var det ikke obligatorisk? Den dagen vi hadde sengereing var obligatorisk. Hvorfor spør ikke noen om jeg kan re senge for dem, det kan jeg iallfall?

Jeg tusler bakover i flyet, tankene svirrer, tiden går sakte. Det er en lærer sin stemme som høres gjennom de andre tankene: A-B-C, husk A-B-C ... Og det er ikke VIND, men BLÅST, bevissthet, luftveiene, åndedrag, sirkulasjon og temperatur. Det begynner å komme tilbake til meg. Vel fremme hos pasienten er det heldigvis noen andre som har startet undersøkelsen. Hun sier hun jobbet

«Jeg tenker på de to timene vi hadde i løpet av første studieår.»

i ambulans og at pasienten bare har besvimt. Hun lurte på hvem jeg er, og jeg sier jeg er sykepleier. Så bra sier hun, da løser vi dette sammen! Nei, tenker jeg, jeg kan faktisk ikke dette.

Med den undervisningen som er på de forskjellige utdanningene er det ikke den enkelte studenten som kan klandres, heller ikke den nyutdannede sykepleieren. Som helsepersonell forventes det at en skal bistå i slike situasjoner, det er faktisk lovpålagt. Loven sier ikke noe om at en sykepleier skal kunne re senge, så hvorfor denne feilprioriteringen?

GODE ASSISTENTER. Jeg tror det kan forklares med at selv sykepleielærerne ikke kan det. Det er vanskelig å undervise i noe man ikke kan. Men dette ligger også i sykepleiens historie. Vi er gode assistenter og kan dette med seng og stell.

Det er på tide at vi får kunnskap til å stå på egne ben, de akutte situasjonene må også trenes på. Vi kan ikke ha en tilfeldig undervisning i førstehjelp. NSF Student mener at kunnskap om førstehjelp må styrkes generelt for alle studenter, og at skolene må prioritere undervisningstiden annerledes. Neste gang er det ikke sikkert det er andre enn kun en sykepleier til stede, men den må da kunne gjøre noe den og! ●



Fakta

Håkon Endal

Nyutdannet sykepleier



Alternativ. Målet med behandling er ikke bare å lege sykdom, noen ganger er det nok å gi lindring der og da.

La pasienten velge selv



Fakta

**Kari
Henriette
Simensen
Breilid**

Sykepleier og natur-
terapeut

Paul Joakim Sandøys argumenterer i intervjuet «Sykepleier og healer går ikke i hop», i Sykepleien nr. 2/2015, om et tydeligere skille mellom evidensbasert vitenskapelig skolemedisin og mer udokumenterte alternative behandlinger. Han ønsker at helsepersonell som også arbeider som alternative terapeuter skal bli «ryddigere» og vise et tydeligere skille mellom når de arbeider som skolemedisinere og når de utøver alternativ behandling.

ULIKE HATTER. Jeg har ikke lest Sandøys Civita-rapport, så jeg snakker kun ut ifra forfatterintervjuet med ham. Jeg er enig med Sandøy i at helsepersonell som også arbeider som naturterapeuter må vise hvilke «hatter de har på» overfor pasienter. Jeg er også enig i at pasientene må få vite om behandlingen som tilbys har dokumentert effekt. Men jeg er ikke enig i alle hans synspunkter.

For det første ønsker jeg å kommentere hans synspunkter på «Lov om alternativ behandling». Den nye loven skulle gjøre det lettere for pasienten å bestemme selv hva slags annen behandling de ønsket, selv ved alvorlige og smittsomme sykdommer, hvis behandlingen, og jeg siterer §6, «... utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller bivirkninger av gitt behandling, eller har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse». Sandøy ønsker å stryke denne ordlyden fra paragrafen, noe jeg synes er galt. Etter min mening gir paragrafens

«Sandøy ber oss holde vår linje ren og ikke blande roller.»

ordlyd pasienten god brukermidvirkning, eller empowerment som det også kalles. Pasienten blir trukket med i bestemmelser om sin behandling, og det er viktig i Helse-Norge i dag. Det hadde vært merkelig i dagens samfunn, hvor befolkningen stort sett er godt opplyste og utdannete, om de ikke skulle få muligheten til selv å bestemme om de ønsker å ta alternativ – eller

som jeg heller vil kalle det – komplementær medisin, når de opplever bivirkninger eller er redde for bivirkninger, når de får eller blir tilbudt skolemedisinsk behandling. Jeg er enig i at alvorlige sykdommer som kreft først og fremst må bli skolemedisinsk behandlet. Men vi må ikke ta fra pasienter muligheten til å oppsøke komplementær hjelp for å lindre bivirkninger de har fått etter skolemedisinen.

ALTERNATIV BEHANDLING. På den andre siden, tror jeg ikke det er noe stort problem at pasienter ikke oppsøker nødvendig medisinsk behandling fordi de heller vil ta «alternativ». Ifølge Andreas Wahl i NRKs fjernsynsprogram «Debatten» fra 27. november 2014, var den største brukergruppen av komplementær medisin kvinner mellom 30–50 år med høy utdanning. De fleste søkte komplementær hjelp for ufarlige diagnoser som muskel- og skjelettplager og søvnløshet.

En annen stor brukergruppe var kronisk syke mennesker som søkte hjelp utover den vanlige legebehandlingen. Undersøkelser har vist at pasienter med høyere utdanning tar mer ansvar for sin egen helse enn de med lavere utdanning (Brekke, Hjortdahl, Kvien 2002). Og det synes jeg faktisk de skal ha lovmessig rett til, selv ved alvorlige sykdommer. Jeg tror de fleste vet hva de gjør og velger hva de ønsker å bruke pengene sine på.

FORBRUKERVERN. Sandøy etterlyser større forbrukervern. Helsepersonell som utøver alternativ behandling enten utenfor eller i helsetjenesten, blir omfattet av Helsepersonelloven. For helsepersonell er det §4 i Helsepersonelloven som skal sikre pasienten forsvarlig behandling. I «Lov om alternativ medisin» §9 står det: «Den som ikke er helsepersonell, og som ved medisinske inngrep eller behandling forsettlig eller uaktsomt utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at pasienten på grunn av behandlingen unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel inntil tre måneder. Medvirkning straffes på samme måte.» Videre står det at om handlingen har medført døden eller alvorlig helseskade, ført til alvorlige psykiske lidelser eller smerter,

blir strafferammen ytterligere skjerpet. (Lovdata 2004). Jeg mener vi ikke trenger ytterligere lovfestet ansvarsbetingende norm for alternativbehandlere og helsepersonell, slik Sandøy ønsker.

HELHETLIG MENNESKESYN. Det å være sykepleier og healer samtidig mener Sandøy ikke går i hop. Jeg er en av de sykepleierne Sandøy hentyder til; sykepleier som også jobber med alternativ medisin. På sykehuset er jeg sykepleier, i tillegg arbeider jeg som terapeut i en privat bedrift. Sandøy ber oss holde vår linje ren og ikke blande roller. Dette er jeg langt på vei enig i. Sykepleierne har en stillingsinstruks som de må forholde seg til, og det må være tydelig hvilke roller de har overfor pasienten, hvis det skulle komme spørsmål om alternativ behandling. På den andre siden; at det ikke går an å kombinere «sykepleier og healer» i en rolle, kan man diskutere i lys av Florence Nightingales helhetlige menneskesyn. Hun skriver i sin bok «Notes on Nursing – what it is, and what is it not» at sykepleieren skulle «sette pasienten i den best mulige tilstand slik at naturen kan virke på ham», noe så absolutt en terapeut som utøver komplementær behandling gjør. Vi setter i gang prosesser i kroppen så kroppens helbredende krefter settes i sving. Sykepleier Mette Karoliussen skriver i sin bok *Sykepleie – tradisjon og forandring* at sykepleierne skal gi «støtte til livsprosessene på en ikke-invaderende måte, det vil si understøtte helbredelsesprosessen». (Karoliussen 2002, s. 40). Flott, men det var den alternative medisinen som var først ute med denne tankegangen. Mange naturmedisinske behandlingsmetoder har som hensikt å balansere kropp og sinn. Så i tankegangen har vi den samme «hatt» på når vi er enten sykepleier eller naturmedisiner. Hva med behandling, kan vi da ha den samme «hatt» på? Nei, sier Sandøy, sykepleiere bør utvise varsomhet med ikke-evidensbaserte behandling. Tja, sier jeg. Det kommer an på hva man gjør. Massasje og terapeutisk berøring er faktisk sykepleieintervensjoner og er klassifisert i NIC, men mange vil oppfatte dette som «alternativt». NIC er en håndbok for sykepleiere og har en liste over ulike sykepleieintervensjoner. Disse er gruppert etter ulike sykepleietiltak og aktiviteter og er basert på sykepleiepraksis, sykepleielitteratur og standard prosedyrer.

TUSEN ÅRS ERFARING. Jeg applauderer Eli Gunhild Bys utsagn i samme nummer av Sykepleien. Hun kommenterer Sandøys utspill i artikkelen «Hvor alternativ er greit?» og sier i intervjuet: «Grensen for hvor alternative sykepleierne kan være går

«Skal flere tusen års erfaring bare bli skyflet vekk med at dette ikke har bevist effekt?»

ved faglig forsvarlighet og om det man utøver kan kalles omsorgsfull hjelp. Utdanningen vår er kunnskapsbasert. I en slik tradisjon må det som er faglig forsvarlig være basert på forskning og klinisk erfaring. Vi må ha pasientsikkerhet og de etiske retningslinjer våre øverst på agendaen for alt vi gjør, også i

rollen som veiledere når pasienter spør oss om de bør oppsøke alternativ behandling».

Det er godt at Eli Gunhild By også nevner klinisk erfaring. «Alt» kan ikke forskes på og gis en vitenskapelig forklaring. Skal flere tusen års erfaring bare bli skyflet vekk med at dette ikke har bevist effekt fordi vi ikke har klart å finne forklaringer og bevist at det ikke virker på visse tilstander? Det er tross alt skolemedisinen som er ny kunnskap. Selv om mange av medisinerne som blir brukt har vist lite effekt (mange ganger ikke mer enn placebo) eller gir store bivirkninger, blir det likevel brukt. Da synes jeg ikke det er riktig å fnyse av verken homøo-

«Mange naturmedisinske behandlingsmetoder har som hensikt å balansere kropp og sinn.»

pati eller akupunktur, fotsoneterapi eller annen form for komplementær medisin og si at det har bevist lite effekt.

LINDRING. Å gi omsorgsfull hjelp, også for å lindre, er en av de viktige pilarene i sykepleien. Bruk av berøring er naturlig i denne sammenhengen. Planlagt berøring dekker Kari Martinsen tre omsorgsaspekter hvor omsorg er en praktisk handling (håndlaget), omsorg som relasjon og som moralsk handling. Pasienter kunne fortelle om ro, avslapning og bedre søvn (Sønning 2004).

I stedet for å ekskludere komplementær medisin, som Sandøy ønsker, vil jeg heller foreslå å inkludere noen av de behandlingsformer så sykepleierne får flere verktøy å bruke. Det er ikke nødvendigvis at målet med en behandling skal lege en sykdom, noen ganger er det nok at det kan gi lindring der og da.

At det har bevist lite effekt, henger også sammen med at det er gjort for lite forskning på komplementære behandlingsformer i forhold til skolemedisinske. I et studie gjort med soneterapi på fatigue-pasienter kom faktisk soneterapi best ut av alle de andre behandlingsformene i studiet, men fordi studiet var gjort på for få pasienter, kan det ikke «regnes med.» Da kom trening og undervisning best ut fordi de studiene var gjort på tilstrekkelig nok forsøkspersoner. Sandøy foreslår å legge ned NAFKAM og Nifab og det synes jeg er en dårlig idé. Jeg skulle bare ønske at NAFKAM kunne gjøre mer innenfor forskningsfeltet.

TILBAKE I TID. Videre ønsker Sandøy å fjerne moms fritaket for alternativ medisin. Han mener at slike behandlingsformer faller utenfor helsevesenets ansvarsområde. Hvorfor det, når man tenker på at det allerede er for lite helsepersonell til den økende befolkningen, og pasienter sukker over at de ikke kan finne en fysioterapeut som vil massere dem? Er det ikke da bedre at de som ønsker å massere får lov til å massere uten at det skal koste pasientene enda mer kroner? Heldigvis vil ikke Sandøy ta tilbake «Kvakkalverloven». Han forteller at han er blitt mer positiv til alternativ behandling og at han ikke vil forby det. Likevel er jeg redd han med sine synspunkter om alternativ medisin og utøvelsene av det, vi sette oss tilbake 15 år i tid – og det har ikke Helse-Norge godt av! ●



Steinar Madsen

Hvorfor: Fordi han er Statens legemiddelverks ansikt i media og vil gi mer medisinmakt til sykepleierne.

Stilling: Medisinsk fagdirektør i Statens legemiddelverk og 40 % avtalepraksis som indremedisiner og hjertespesialist i Bærum.

Utdanning: Lege og spesialist i indremedisin og kardiologi. Har studert helseadministrasjon.

Alder: 58 år.

Oppgaveglidning: Steinar Madsen tror forskrivningsrett for sykepleiere snart vil komme til Norge også, slik det har gjort i Storbritannia.

Medisin- mannens resept

Makt til sykepleierne. Neste gang Steinar Madsen uttaler seg i ekspressfart på tv om et legemiddel, må du høre godt etter. Han vil nemlig du skal kunne forskrive det i morgen.

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**





Han ser ikke ut som et leksikon der han strener ledig og smilende over plassen ved Legenes hus for intervjuavtalen vi har på en nærliggende kafé. Han har riktignok flagrende dressjakke og et blikk som ofte vandrer, som man kanskje kan forvente av en som lever mer gjennom hode-regionen enn andre kroppsorganer. Men ellers er det lite som vitner om at byråkraten fra Legemiddelverket hjemme i Asker har Norges største beholdning av hvitevarer som han vant da han ble stormester i Jeopardy i 1996. Han havnet sågar i den internasjonale finalen i Los Angeles, men hvilken plassering han endte på, er en av de få tingene han ikke husker.

– Det var en svenske som vant, minnes han i hvert fall.

TRIMMER HJERNEN. Steinar Madsen spiller litt sjakk på pc hver dag for å holde de små grå i bevegelse og leverer årlig opp mot 20 quizer til Dagens Medisin. Dessuten spiller han små trudelutter på piano mens lærerkona synger til.

«Ingen vil spille Trivial Pursuit med meg lenger.»

– Hjernetrim og fysisk trening er det eneste som hjelper mot Alzheimer, hevder han.

– *Hva er favorittfargen i Trivial Pursuit?*

– Det er ingen som vil spille det med meg lenger.

– *Grønt er natur og vitenskap?*

– Ja, da er det grønt.

– *Rosa er underholdning?*

– Det er ikke min sterkeste side. Da svarer jeg bare Beatles og Rolling Stones, ha-ha!

Han snakker høyt og kjapt, sannsynligvis en fordel når man jobber fullt som medisinsk fagdirektør i Legemiddelverket, og daglig må besvare seks–sju henvendelser fra ymse journalister, opptre i diverse debattprogrammer og i tillegg jobber 40 prosent som lege med privat spesialistpraksis.

– *Hvorfor snakker du så rasende fort?*

– Gjør jeg det? Jeg er kanskje ivrig og entusiastisk, da, sier han og gomler i seg et imponerende stykke av brødblinsen som han svelger ned med en kaffe latte som virker altfor liten for ham.

– *Er det noe du gjør sakte?*

– Nei. Jeg går fort, skriver fort og pasientene mine sier «du er jammen lynrask på pc». Sakte-tv er ikke helt min greie. En venn sa til meg at en god lege må kunne gjøre to ting samtidig.

– *Som å lytte og?*

– Og snakke, ha-ha! Nei, jeg tenker på da jeg var turnuslege i Kristiansand og vi hadde opptil 40 innleggelses per dag med lange arbeidsdager og -uker. Vi fikk erfaring veldig fort. I dag arbeider de mindre og læringen går treigere.

– *Du vil ha oljeturnus med 13-timers vakter?*

– Nei, den tiden er forbi. Men en viss intensitet i læringen er viktig når du er i den alderen at du tilegner deg ny lærdom lettere.

FRUSTRERENDE BYRÅKRATI. Da Madsen etter hvert ble uteksaminert lege og spesialist i både indremedisin og kardiologi, mye etter inspirasjon fra sin gudfar onkel Steinar som spesialiserte seg i USA og ble Norges første fulltids barnehjertekirurg, jobbet han blant annet på Rikshospitalet. Det var en jobb som krevde at han var til stede langt over 100 prosent.

Da kona Siv frontkolliderte i 1994, tok karrieren en brå vending, godt hjulpet av legeforeningens gruppelevsforsegling. Føreren i den andre bilen døde. Siv ble sykmeldt lenge og de to sønnene på sju og ti år krevde en mer tilstedeværende far. Jobben i Statens legemiddelverk ble løsningen.

– *Hvorfor bli byråkrat når det som frustrerer deg mest er byråkrati?*

– Kanskje for å undergrave byråkratiet fra innsiden, ha-ha! Min far på 95 år, mener at en god byråkrat er en byråkrat som gjør seg selv overflødig. Så håpet mitt er at jeg kan være med på å forenkle ting.

En av disse forenklingene som kommer i år, mye takket være Legemiddelverket og Steinar Madsens lobbying, er utvidelsen av forskrivningsretten til jordmødre og helsesøstre. Nå skal de få skrive ut prevensjonsmidler til alle kvinner over 16 år, ikke bare til de mellom 16 og 19 år som hittil.

– Helsesøstre og jordmødre skal ha ros for at de har gjort dette på en ordentlig måte siden de begynte så smått i 2002. De har dokumentert godt hele tiden.

Steinar Madsen blir glad når Legemiddelverket får gjennomslag for gode ideer som dette.

– Oppgaveglidning skjer hele tiden. Hjelpepleierne gjør i dag det sykepleierne gjorde for 20 år siden, sykepleierne gjør det legene gjorde og legene gjør det Gud gjorde.

– *Og hva ser du for deg om ytterligere 20 år?*

– Enda mer oppgaveglidning. De på toppen presses hele tiden. Det er noe av kjernen til at mange leger synes oppgaveglidning er et problem.

FORSKRIVNINGSRETT. – *Synes du vi bør gjøre som i Storbritannia hvor sykepleierne kan forskrive nesten hele Felleskatalogen etter bare et halvt års farmakologikurs?*

– Ja, de er et av landene som har gått lengst, og jeg tror dette vil kjempe seg frem også i Norge av rein nødvendighet. Det blir fler pleieoppgaver. Eldrebølgen vil kreve mer avansert medisin av legene som må overlate noen av sine tidligere oppgaver til sykepleierne.

– *Men da må sykepleierne kunne mer om legemidler?*

– Ja, de er ufattelig nøyaktige med legemiddelhåndtering, men de må lære seg tunge naturfag, mer fysiologi og farmakologi. Dette må inn i grunnutdanningen og som etterutdanning. Mange ser disse fagene som en motsetning til sykepleieryrket som blir oppfattet som humanistisk og snilt.

Botaniske utskielser: Steinar Madsen sitter i en EU-komité for plantemedisin. Her er en nyperose han tegnet i sin ungdom.



Los Angeles: Steinar Madsen sammen med programlederen Alex Trebek like før verdensfinalen i Jeopardy i 1996. (Foto: privat)



1977: Steinar Madsen m tte kona Siv på dette brekurset da de var studenter. Han fikk is ksen i l ret og to år seinere var de gift. (Foto: privat)

– Den gamle «varme-hender» kontra «kunnskapsbasert praksis»-diskusjonen?

– Det trenger ikke være noen motsetning. Har du god kunnskap f r du enda varmere hender!

Madsen humrer når han ser at gullkornet noteres ned.

Han har god trening i   snakke med journalister og vet hva de vil ha. Faktisk var han selv journalist en sommer i Agderposten da han var pur ung og bodde med sine to yngre søsken, juristfar og hjemnev rende mor i Arendal.

– Da lærte jeg   være nøyaktig. Jeg skulle dekke en missek ring med fotoapparatet mitt. Det endte med at feil person kom på trykk som «Miss Sørlandet». Den riktige troppet opp på redaktørens kontor dagen etter og gr t, ha-ha.

Han fisker opp en telefon fra lommen. Det er «Steinars pasienttelefon», som alle hans pasienter har fått nummeret til så de kan ringe når de er i nød.

– Det er en trygghet for dem, og ingen misbruker det. Jeg blir oppringt et par ganger i uken og det koster meg ingenting.

Madsen ser det som et ledd i det største paradigmeskiftet han har vært med på siden han ble lege.

– Vi har gått fra paternalisme til selvbestemmelse. F r skulle

vi ta vare på pasientene og beskytte dem mot deres egen dumhet. Nå skal vi hjelpe dem til   klare seg selv. Men det gamle tankesettet sitter fremdeles godt i helsevesenet, ikke minst hos både Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen.

FEIL TIDSBRUK. Madsen mener det fremdeles er forventet at pasientene skal møte opp på klinikken i stedet for   få hjelp hjemme. Han hevder mange kan bli utstyrt med hjelpemidler

«Har du god kunnskap f r du enda varmere hender.»

som g r at man for eksempel kan måle blodtrykket sitt selv og bare få tilsendt de nødvendige legemidler i posten.

– En amerikansk studie har vist at pasienter som fikk tilgang til medisiner, et blodtrykksapparat og et ark med anvisninger, fikk bedre resultat enn dem som troppet opp hos legen flere ganger per år, sier han.

Det verste med ikke   innrette seg etter denne forskningen, er at det går ut over de svakeste pasientene.



– Leger og sykepleiere bruker altfor mye tid på dem som kan klare seg selv og altfor lite tid på de andre, slike som psykisk syke og mennesker med rusproblemer.

Etter 20 år i Legemiddelverket har Madsen sett mange flotte legemidler komme og en del forferdelige forsvinne. 5 prosent av nye legemidler trekkes etter kort tid på grunn av uakseptable bivirkninger eller skumle interaksjonsproblemer.

– *Hvilken interaksjon er minst kjent blant sykepleierne?*

– Hvert år har vi dødsfall ved kombinasjon av NSAIDS (for eksempel Ibux, red.anm.) og blodfortynnende legemidler. Dette er en kombinasjon som ikke skal forekomme, og hvis sykepleiere ser det, bør de ta kontakt med legen og spørre «mener du virkelig dette?». Sykepleiere har en tendens til å ha for stor tillit til legene, og det går utover pasientene.

– *Hvilken bivirkning kjenner de minst til, da?*

– Vi har et fenomen kjent som hvitfrakkeblodtrykk, det vil si at blodtrykket har en tendens til å stige litt når man er hos legen og måler det. Hvis legen gir medisiner ut fra en slik måling som viser falskt høyt blodtrykk, kan pasienten lett bli svimmel og brenne lårhalsen. Her har hjemmesykepleierne en viktig oppgave. De bør ta en ortostatistetest der de lar pasienten stå rett opp og ned i tre minutter før de måler blodtrykket. Da vil det noen ganger vise seg at blodtrykksfall på grunn av overbehandling er årsaken til svimmelheten.

NORSKE ORD. Madsen sier «hvitfrakkeblodtrykk» der andre leger gjerne slår om seg med «white coat hypertension». Han sier «etterlevelse» der legemiddelkonsulenter sier «compliance».

– Jeg er en ihuga bruker av norske ord. Snakker moderat riksmål, slik man snakket på Nordstrand i gamle dager, hvor jeg bodde til jeg skulle begynne i tredje klasse.

– *Litt konservativt?*

– Jeg var en konservativ moderat, men er blitt mer og mer radikal med årene.

– *Som Kåre Willoch?*

– Han har faktisk nabohytta til foreldrene mine, så vi slår av en prat av og til. Men jeg er hjemløs politisk, meldte meg ut av statskirka som 15-åring, mener vi må avskaffe kongedømmet og er tilhenger av EU-medlemskap. Jeg er europeer på min hals.

«Jeg var en konservativ moderat, men er blitt mer og mer radikal med årene.»

Følgelig er han Norges utsending på vegne av Statens legemiddelverk i Committee for Herbal Medicinal Products, en vitenskapelig komité under EU-kommisjonen.

– Vi gjennomgår dokumentasjon for plantepreparater for å se hva vi kan gå god for vitenskapelig sett, og dermed hva legemiddelfirmaer kan søke om å få godkjent.

– *Hvor har du ekspertisen innen naturmedisin fra?*

– Jeg har vært interessert i medisinske planter helt siden

skoledagene og har dermed lest mye om dette både i studietiden og senere. Jeg har også vært en ivrig amatør i blomstertegning.

Tegneferdigheter vil sannsynligvis komme godt med når han skal være barnevakt for sine to tvillingbarnebarn som blir et år i september. Sønnene på 30 og 27 år studerer begge to, den ene medisin og den andre barnevernspedagogikk.

I 2013 søkte Madsen to lederjobber han ikke fikk, sjefsstillingen i Legemiddelverket og en assisterende direktørstilling i Helsedirektoratet.

– *Hvordan er det at slike søknadslister er offentlige når du ikke får jobben?*

– Det gjør meg absolutt ingen ting.

– *Lengter du fremdeles vekk?*

– Av og til rykker det litt i foten, men jeg trives og har den beste jobben i Statens Legemiddelverk. Jeg rådgir i øst og vest og får være med på mange spennende oppgaver.

FANGER HOLDNINGER. Han har jo alltid legejobben å ty til når han blir lei av byråkratjobben. Han er på legekontoret to lange ettermiddager i uka og på dagtid noen ganger i måneden. På den måten holder han seg oppdatert innen den medisinske utviklingen og fanger opp folks holdninger.

– Da kan jeg oppdage uklarheter i preparatomtaler og ser hva som bør endres i journalsystemene.

For eksempel da hans hjertepasient fra nyåret som var så dårlig, ikke hadde oppdaterte legemiddellister.

– Det var ikke samsvar mellom resepten som var lagt inn på pasienten og de legemidlene han skulle bruke ifølge listen fra sykehuset. Siden sykehuset ikke hadde tilgang til e-resept, var ikke de gamle reseptene kalt tilbake.

Han skrev et innlegg om det i den faste bloggen han har i Dagens Medisin hvor det kom flere gjenkjennende kommentarer.

– Skal vi få god legemiddelbehandling er en av mine kjeppehester at alt helsepersonell har adgang til et felles system. I dette spiller også tverrfaglige legemiddelgjennomganger og legemiddelsamordninger en rolle.

– *Hjemmetjenesten sliter med at fastlegene ikke alltid kommer på disse møtene?*

– Fastlegene er drevet av sine inntekter. De må få insentiver som gjør at de vil prioritere dette.

– *Men de får jo takster for å delta på slike møter?*

– Kanskje må de være større. Legene bør egentlig få takster for mye annet også. For eksempel for å Skype med pasienten, for e-konsultasjoner og for opplæring i hjemmebehandling.

– *Hvor skal man starte for å få et felles datasystem?*

– Én innbygger – én journal-prosjektet har heldigvis startet. Håper det kan bli ferdig i løpet av dette tiåret.

Byråkratiet bruker tydeligvis tiden omvendt proporsjonalt med hvordan Madsen liker å få ting unna. Mens vi lukker sammen notisblokken, fyker han allerede ut døren med sjumilssteg mot neste intervju i NRK om manglende legemidler. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no