

Brynene mine suger!

Jeg må få 6, ellers får jeg ikke 500 av mamma.

WTF!  
Hvorfor fikk jeg bare 21 likes på Instagram?

OMG! Jeg har bare én kjole til skoleballet!

## De skjøre jentene

Side 26

● **Hva skjer**  
Tips for praksis.  
**14**

● **Sykepleie**  
Unge med hjerne-  
slag. **42**

● **Påfyll**  
Hvem skal styre  
NSF? **64**

● **Meninger**  
Derfor ble jeg  
sykepleier. **80**



## BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,55 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,65 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,55 %.

Les mer på [dnb.no/nsf](http://dnb.no/nsf) eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,63 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 721 834.  
Boliglån: Effektiv rente 2,73 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 752 250.  
Rammelån: Effektiv rente 2,75 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 758 250.  
Prisene er per 19.06.2015 for nye lån og kan bli endret.



SKOEN ALLE SNAKKER OM!

# GAITLINE™

**Ekklusivt tilbud til deg som gjør Norges viktigste jobb!**

Oppgi kode «SYP» og få

**-10%**

rabatt på GaitLine i butikk



## Gaitline™ – for deg som går langt på harde gulv!

- Reduserer og forebygger belastningsskader
- Slitesterk såle og robust kvalitet

Utviklet av norske Håvard Engell, tidligere ballettdanser og en av verdens ledende eksperter innen balanse, koordinasjon og gange. Etter 15 år i Olympiatoppen med ansvar for teknikk, koordinasjon og skadeforebyggende arbeid dannet han grunnlaget for ambisjonen: å utvikle verdens beste sko for det stående og gående mennesket.

Svaret ble GaitLine, som etter 5 års utvikling går til kjernen av problemet og hjelper deg å balansere foten din slik at du enklere oppnår balanse og symmetri gjennom hele kroppen. Vi mener dette er årets investering i egen helse. Prøv den hos **Enklere Liv** i dag.

### NOEN AV HØSTENS GAITLINE™ MODELLER:



**GaitLine™**  
Skomodeller

**1.999,-**



**GaitLine™**  
Sandaler fra

**1.650,-**



*Feilbelastning av foten skaper negative kjedereaksjoner gjennom hele kroppen.*



*Med GaitLine™ skoene fremmes en optimal bevegelse av foten som bidrar til betydelig bedre balanse og symmetri i kroppen.*

Ring og bestill på tlf. **0 46 46**, kom innom en av våre mange butikker, eller besøk oss på vår nettside:

**ENKLERELIV.no**

# Ovesterin® østriol

## Noen plager i overgangs- alderen er helt nødvendige

- 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](mailto:infono@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 Navamedic



# Innhold



09 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 24. september

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



## Hva skjer

- 06 Aksjonisten
- 12 I nyhetene: Noshin Akhtar
- 13 Dømt til lønnsøkning
- 14 Ber studentene ta mer plass i praksis
- 18 – Trenger fortsatt politibistand
- 22 Lurer på kjønnnet sitt
- 26 Tema: De skjøre jentene
- 36 Øver på å jobbe i team



Noshin Akhtar bodde på barnehjem. **12**



## Sykepleie

- 42 Unge slagpasienter faller utenfor
- 45 Min jobb: Marthe N. Pettersen
- 46 God sykepleie krever refleksjon
- 48 Forskerintervju: Elisabeth Severinsson
- 50 Trener seg til høyere sikkerhet
- 54 Etikk: E. Albrigtsen
- 56 Åndelig omsorg er en del av sykepleien



Hvor går grensen til privatlivet? **54**



## Påfyll

- 60 Smånytt om bøker og tv
- 61 Liv laga
- 62 Bokanmeldelser
- 63 Hva leser du nå, Elisabeth Heggernes?
- 64 Presentasjon av kandidatene til ledervalgene på NSF's landsmøte
- 70 Quiz og kryssord



Eneste kandidat til ledervervet. **64**



## Meninger

- 72 Forbundslederen
- 73 Lesermeninger
- 75 Minneord
- 76 Anlovs arrest, om menn og omsorg
- 77 Innspill: Sølvi Sæther om samhandlingsreformen
- 78 Kronikk: Jan-Erik Støstad om organisering
- 80 Tett på Frøya Marie Vinjar Eid
- 85 Stillingsannonser og kunngjøringer



Derfor valgte jeg sykepleie. **80**

Forsideillustrasjon: Edvard Munch: Puberteten, 1894-95. Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design. Sissel H. Vetter

**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 Leegaard. **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, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino. **Tlf. og e-postadresser på [www.sykepleien.no/kontakt](http://www.sykepleien.no/kontakt).** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511  
Repro og trykk: Color Print A/S





**Stress.** Ansatte i helsetjenesten opplever et kappløp mot klokka.

Kanskje kan de hente litt inspirasjon fra Reodor Felgen?

# Il Tempo Gigante II



Fakta

**Barth  
Tholens**

Ansvarlig redaktør  
i Sykepleien

Legene drukner i papirarbeid – har ikke tid til pasientene, lød overskriften på en avisartikkel om fastleger forleden. Kort tid etter kunne en tv-kanal melde at sykehusleger har det så travelt at de ikke har tid til «mat, drikke og toalettbesøk». En lege ved Oslo universitetssykehus ble sitert på at hun bruker ett og et halvt døgn på å hente seg inn igjen etter en av sine lange vakter.

**SNARVEIER.** Det går ikke særlig bedre for sykepleierne, den yrkesgruppen som kanskje jobber tettest opp til pasienten. I en undersøkelse som Aftenposten nylig fikk gjennomført, svarte flertallet (!) av sykepleierne i eldreomsorgen at de har for lite tid til hver bruker. De skulle gjerne brukt mer tid på å hjelpe de eldre under måltider, på toalettet eller på å ta institusjonsbeboerne med ut i frisk luft. Men tiden strekker ikke til. For å få unna jobben, tyr de ansatte til snarveier de neppe lærte om under utdanningen. Det fører til frustrasjon. De ble jo sykepleiere fordi de ville hjelpe mennesker og lindre pasientens fysiske og/eller psykiske plager. Så har de kommet til en hverdag der tempoet gjør at de må ignorere grunnleggende behov hos enkeltpasienter.

Da Sykepleien nylig intervjuet en forsker som etterlyste sykepleiere som kunne ta seg tid til å snakke med alvorlig syke pasienter om deres eksistensielle spørsmål, rant det over av oppgitte meldinger på Sykepleiens Facebook-side: Samtaler om eksistensielle spørsmål? Glem det! I en travel hverdag har vi ikke tid til sånt. Det får andre ta seg av, var budskapet.

**GODT RYKTE.** En aldri så liten trøst i all denne elendigheten er at pasientene selv overraskende nok er rimelig godt fornøyde med helsepersonellens innsats. Det viser brukerundersøkelser. Pasienter liker dårlig å måtte vente en time på venteværelset og kjempe om fastlegens knappe tid. Men når de til slutt kommer fram, er de likevel fornøyd med henne.

I eldreomsorgen er de fleste brukere naturlig nok sterkt plaget av den store gjennomstrømmingen av helsepersonell i heimen og på sykehjemmet. Men i undersøkelser av brukertilfredshet skårer sykepleierne skyhøyt. Få yrkesgrupper kan i det hele tatt konkurrere med sykepleiernes popularitet.

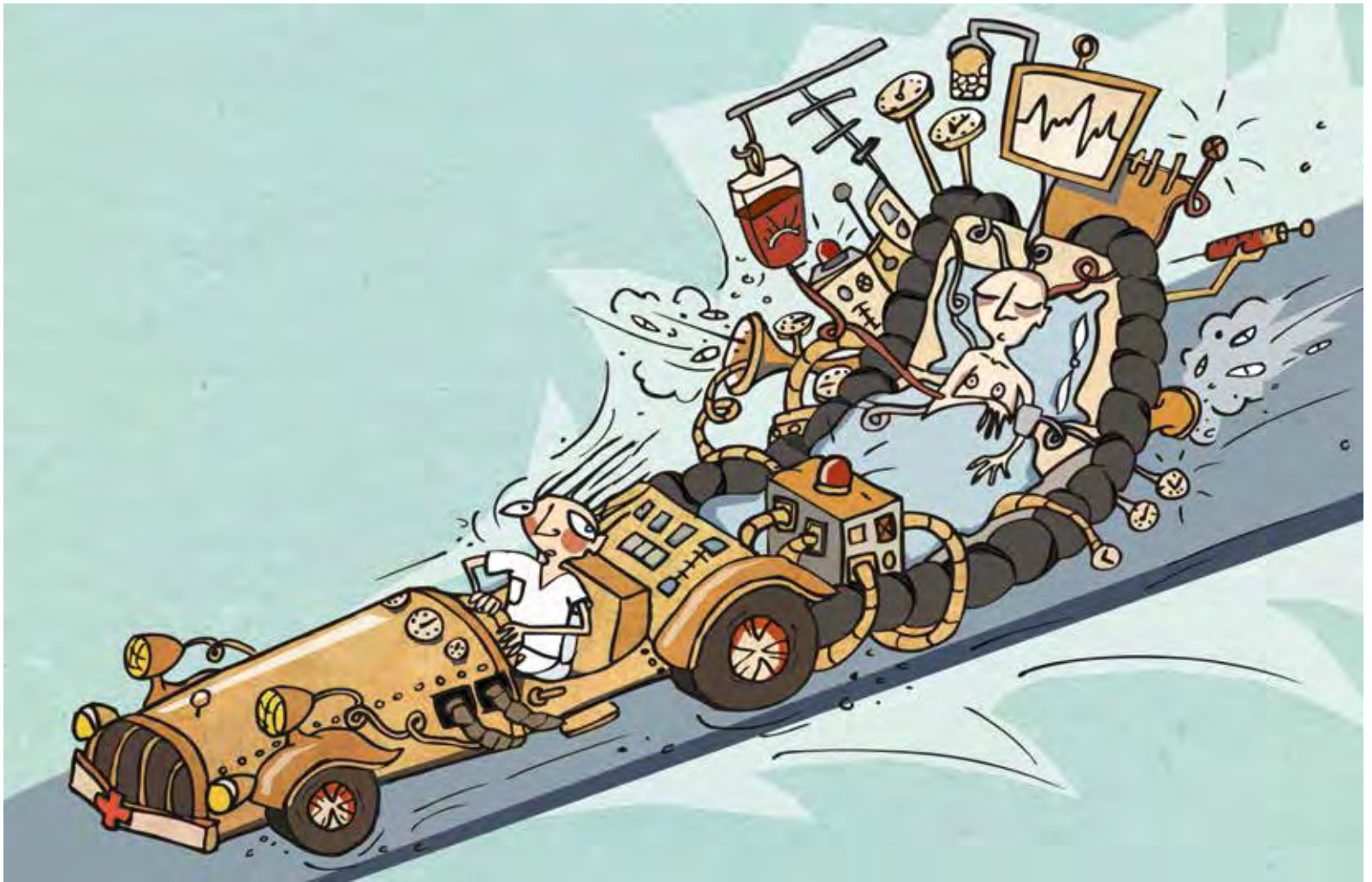
Pasienten vil bare ha flere av samme sorten: Ungdom med depresjoner eller bare med spørsmål om prevensjon «må bare ha» flere helsesøstre som hører på dem. Det trenges flere operasjonssykepleiere for å få unna køene. Og de som har sett de økende behovene som melder seg i landets sykehjem, skjønner at vi ikke kommer unna flere geriatriske sykepleiere.

Sykepleierne er altså ønsket og verdsatt. De er mer populære enn legene, og de får bra attest som varme, pasientnære personer. Likevel er sykepleiernes fortelling om seg selv forbausende ofte preget av nederlagsbetraktninger. I måling etter måling kommer det fram at de gjerne skulle gjort så mye mer, så mye bedre. Men enten er arbeidsdagen for kort, eller så er oppgavene for mange. I hvert fall er sykepleierne altfor få.

**RELATIVT.** Paradoksalt nok er forholdene i den norske helsetjenesten hakket bedre enn i mange land vi godt kan sammenlikne oss med. Svenske sykepleiere, som har krysset grensen i tusentall, oppgir at de opplever at de har betydelig mer tid til pasienten her enn de hadde hjemme i Sverige. Øst-Europeiske sykepleiere i Norge beskriver forholdene her som om vi allereide er i paradiset.

Men likevel er stress en faktor hos norske helsearbeidere som fortjener å bli tatt på største alvor. Når så mange oppgir at de opplever et urimelig høyt tidspress på jobben, står helsetjenesten i fare for å ha en bemanning som ikke yter optimalt. Forskning viser at stress overhodet ikke fremmer gode prestasjoner. Stress fører heller til dårlige prioriteringer i det daglige og virker negativt inn på arbeidsmiljøet. Koplek til den mye omtalte tidsklemma på hjemmebane, vil unyanserte krav om stadig høyere tempo i jobben bare forsterke den avmaktsfølelsen mange sliter med.

**KJERNEVERDI.** Den store interessen blant sykepleiere for kurs i mindfulness, yoga og meditasjon for tiden er nok ikke helt tilfeldig. De opplever at tid til pasienten – yrkets kanskje viktigste kjerneverdi – er blitt strøket fra repertoaret på mange arbeidsplasser. Det har bidratt til at de føler seg fanget i og del av et system som tar uetiske beslutninger. I et slikt system er det ikke bare pasientene som er ofrene.



Illustrasjon: Marie Rundereim

Å motarbeide stress og heise opp den faglige stoltheten til helsearbeidere er det første ledere i helsetjenesten burde prioritere. Dessverre svikter mange ledere på dette området, både toppledere og ledere på lavere nivåer. De er riktignok utstyrt med heftige visjoner om kvalitet og «pasienten i fokus». Men når det kommer til stykket er det logistikken som står mest i hodet på dem.

Da er det ikke annet å gjøre for sykepleiere enn å selv ta ansvaret for å utvikle strategier med sikte på å erobre tilbake tid som en kjerneverdi i all sykepleie. Dette høres motstrøms ut – og det er det også.

**PÅ FELGEN.** Her kan de kanskje hente litt inspirasjon fra Kjell Aukrusts herlige helnorske rollefigur Reodor Felgen i klassikeren «Flåklypa Grand Prix». Om vi, som et tankeeksperiment, hadde invitert sykkelreparatør Felgen til et avdelingsmøte der dere jobber, og hadde bedt ham om å komme med noen gode

råd i det rotteracet dere føler at dere har havnet i, hadde han kanskje dratt opp en pedaldrevet Powerpoint-presentasjon



## «Interessen for mindfulness er ikke tilfeldig.»

med innebygd muskelavslappingsmodulator som inneholdt følgende punkter:

- Tenk selv! Det er ikke forbudt å utfordre sjefen.
- Vær kompromissløs på kvalitet. Det er tross alt derfor du har studert.
- Ikke vær redd for ukonvensjonelle løsninger! Det behøver ikke å se pent ut, bare det virker!
- Bruk bremsen om nødvendig. Klag og skriv avvik.
- Gi bunn gass, men husk hvor målet er.

*barth.tholens@sykepleien.no*



16 dager  
Avreise fra Oslo  
den 25/2 2016  
Pris **28 998,-**



## Tatt av vinden med Charleston og Savannah

En rundreise i USAs sagnomsuste Sørstater, fra jazzfylte New Orleans til stilfulle Charleston

Opplev de fargerike sørstatene der den legendariske kjærlighetshistorien mellom Scarlett O'Hara og Rhett Butler utspilte seg! Vi tar deg med til historiske plantasjer og epokens grandiose bygninger, på båttur i sumpen og til Elvis' eget Graceland. Vi går i Martin Luther Kings fotspor, utforsker det hyggelige French Quarter i New Orleans og opplever sørstatselegansen i Charleston.

Og mens sørstatsjazzen vibrerer i luften nyter vi vår brunch og begir oss etterpå ut på Mississippielva i en gammeldags hjuldamper.

Kjenn historiens vingesus, bli en del av sørstatenes elegante omgivelser og kreolske gateliv, tramp takten til countrymusikk – bli forført av Tatt av vinden!

**Prisen inkluderer:** Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo–Atlanta t/r\*, utflukter og entréer ifølge program, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, frokost daglig, brunsj dag 8, lunsj dag 3, skatter og avgifter. \*Mulighet for å reise fra Stavanger og Bergen, med forbehold om ledige flyplasser, mot et tillegg fra kr 948,-

\*Mulighet for å reise fra Stavanger og Bergen, med forbehold om ledige flyplasser, mot et tillegg fra kr 948,-



### Julemarked i Reykjavik

Julestemning, spa, nordlys og geysirer

Miniferie i Islands livlige hovedstad når den er kledd i sine festligste julefarger! Island har mange hyggelige juletradisjoner, og på dette lille desember-besøket er du garantert å komme i solid julestemning – i tillegg til å få flotte naturopplevelser.

Du besøker det stemningsfulle julemarkedet i både Reykjavik og Hafnarfjörður, der boder selger kunsthåndverk, godterier og julepynt, og innimellom innkjøpene kan man varme seg på en kopp varm kakao eller dampende gløgg. Det kulinariske nivået er som kjent høyt i Island, og du får også smake forskjellige av landets spesialiteter og meske deg i en nydelig julebuffé.

Reisens varighet: 4 dager  
Avreise fra Oslo den 3/12 & 10/12 2015

Pris **5 998,-**

### Nyttår i Roma

Møt det nye året i antikkens Roma

Hils det nye året velkommen i Roma! Få en panorama-sightseeing gjennom byens spennende historiske høydepunkter og stift bekjentskap med noen av de mest kjente stedene som Spansketrappen, Trevi-fontenen, Pantheon og ikke minst Romas dagligstue, Piazza Navona. Vi bor sentralt i byen på Hotel Cicerone, som ligger i gåavstand til Peterskirken, og for de som ønsker det blir det også tid til å besøke den storslåtte kirken og til å titte litt i storbyens butikker før vi feirer det nye året med en storslått middag på en av Romas gode restauranter i gåavstand til både hotellet og Piazza Navona. Vin og sprudlende spumante er selvfølgelig inkludert i arrangementet

Reisens varighet: 5 dager  
Avreise fra Oslo den 29/12 2015

Pris **10 798,-**

Kulturrundreiser med reiseleder  
**albatros-travel.no | 21 98 45 45**

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Gjør bestillingen enklere!

Opplys reisekode

SP

**Albatros**

Reis med hjerte, hjerne & holdning



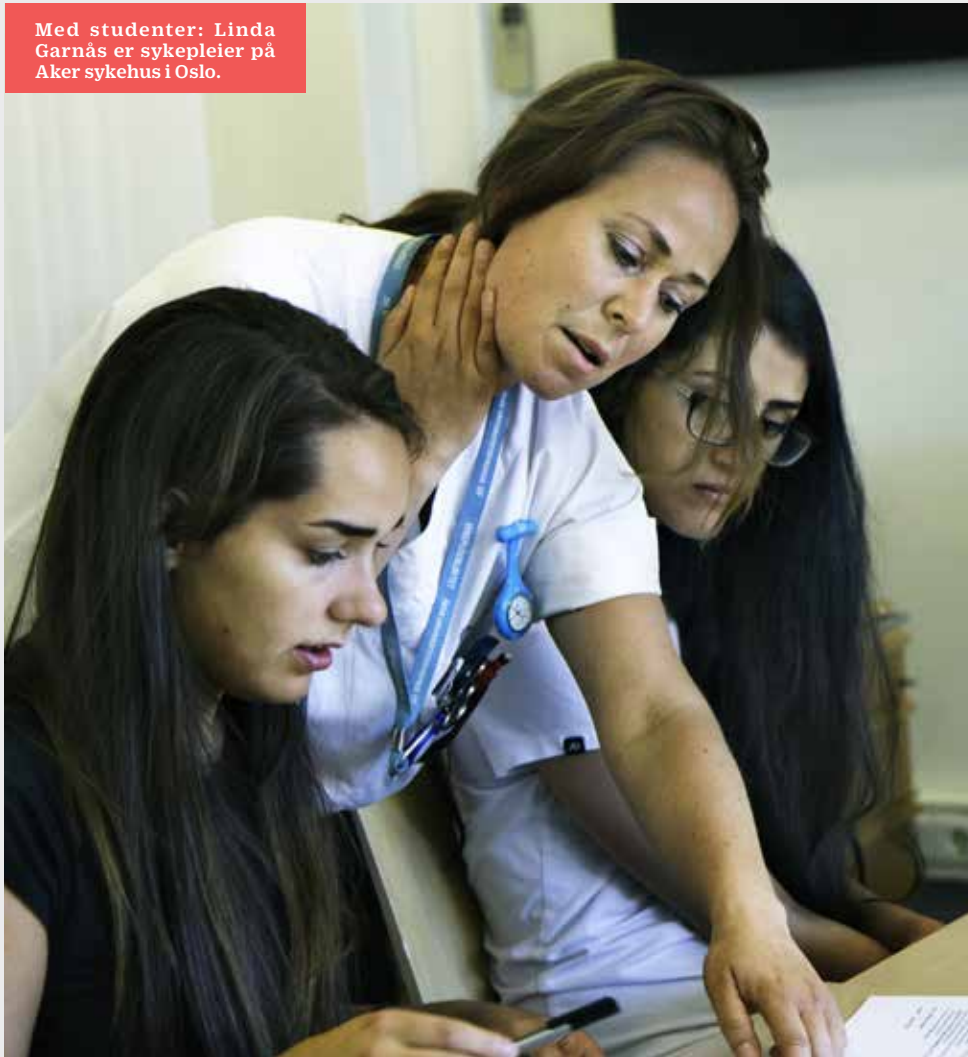


# Hva skjer

**Del 1 Sykepleien 09 | 2015**

Nyhet – Reportasje – Tema

Med studenter: Linda Garnås er sykepleier på Aker sykehus i Oslo.



## Praksisveilederen

**Motstand.** I 2008 fikk hun problemer som praksisstudent. Nå er hun selv blitt veileder. **14**



**Tema.** De skjøre jentene. **26**



«Jeg gleder meg veldig til hverdagen jeg får som sykepleier.»

Noshin Akhtar. **12**



**Identitet.** Lurer på hvilket kjønn de er. **22**



**Alvorlig:** Kunnskaps-senteret peker på fire forbedringsområder for å spare de nyfødte.

## 4 døde av B-streptokokkinfeksjon

**ALVORLIG:** De tre siste årene har Meldesentralen fått inn 18 meldinger som gjelder B-streptokokkinfeksjon hos nyfødte.

Fire barn døde og fem fikk betydelig skade. I ti tilfeller ble det registrert avvik fra retningslinjene. Avvikene førte til at ett barn døde, og fire barn fikk betydelig skade. Kun ni av barna kom fra det med ingen, eller moderat skade.

Kunnskapscenteret har laget et læringsnotat hvor de peker på fire forbedringsområder, som støttes av både Jordmorforbundet NSF og Barnesykepleierforbundet.

– Pasientforløp som får ned antall rammete nyfødte ved bedre oppfølging, kartlegging og behandling er vi enige i, sier leder av Barnesykepleierforbundet, Kirsti Egge Haugstad

til sykepleien.no

– Spesielt vil vi trekke fram at jordmorbeanningen må være på et forsvarlig nivå slik at alvorlige syke pasienter får den nødvendige behandlingen og oppfølgingen de har krav på, sier leder av Jordmorforbundet NSF, Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen, til sykepleien.no.

Kunnskapscenteret og sykepleien.no

## Reklamefinansierer rusforebygging

**Sverige.** Helsesentre i Jämtland/Härjedalen skal vise rus- og narkotikainformasjon som er reklamefinansiert. Annonseinntektene skal gå til narkotikaforebygging. Sveriges Radio Jämtland

## Godt å bli gammel i Norge

Ifølge Global AgeWatch Index, er Norge det nest beste landet å bli gammel i. Svenskene havner på en tredjeplass, Island tar 7.-plassen, mens danskene akkurat faller utenfor topp 10-lista med en 11.-plass. Finland er det nordiske landet som kommer dårligst ut med en 14.-plass.

helpage.org



## Veikart for fremtiden

Helsedirektoratet har sammen med KS laget verktøyet «Samveis veikart». Det er et verktøy som skal være enkelt for kommunen å ta i bruk når fremtidens tjenestetilbud skal planlegges. Metodikken som er brukt i verktøyet er generell og kan brukes i alle kommunale sektorer. Du finner verktøyet på [www.samveis.no](http://www.samveis.no) Helsedirektoratet



## Polio i Ukraina

WHO melder om to påviste tilfeller av en spesiell form for polio i Ukraina, og Folkehelseinstituttet ber helsepersonell om å følge ekstra nøye med på situasjonen. WHO starter vaksinasjonskampanje for å vaksinere 2 millioner barn under 5 år med tre vaksinedoser for å forhindre spredning.



Folkehelseinstituttet

## Fakta og Tall. Vaksinedekning

**93 %**

er vaksinert mot kikhoste

**94 %**

er vaksinert mot meslinger

**94 %**

er vaksinert mot kusma

**91 %**

er vaksinert mot pneumokokk

**91 %**

er vaksinert mot poliomyelitt

**94 %**

er vaksinert mot røde hunder

Tall fra Norgeshelsa for 2014



Planlegging: Folk kan ikke stole blindt på resultatet av AMH-analyse.

## Ikke planlegg med AMH-analyse

**FAMILIEDRØM:** Hormonlaboratoriet ved Oslo universitetssykehus (OUS) advarer kvinner mot å bruke AMH-analyse (Antimüllerhormon) for å planlegge familiedrømmen. Analysen måler enkelt sagt hvor mange egg som er igjen i eggstokkene.

– Analysemetoden har ikke god nok kvalitet til å brukes på denne måten ennå, sier seksjonsoverlege

ved Hormonlaboratoriet, Per Medbøe Thorsby, ifølge OUSs nettside.

OUS går ut med advarselen etter et VG-oppslag. Sykehuset sier folk ikke kan stole blindt på resultatet av testen.

– Dersom AMH nå brukes til planlegging av fremtidige barn, hos par uten ufrivillig barnløshet, med de svakheter testen har, så stiller vi oss uforstående til det, sier Thorsby.

Hormonlaboratoriet var det første laboratoriet som satte opp AMH-analysen i Norge. Analysen er ment å være et tilleggshjelpemiddel for utredning av ufrivillig barnløse.

– Både ved Hormonlaboratoriet ved OUS og internasjonalt er man bekymret for manglende standardisering av svar, sier Thorsby.

Oslo universitetssykehus

## Nikotin fremdeles populært

Nikotininntaket er omtrent uendret selv om tallet på norske røykere har gått ned. Snus og e-sigaretter har erstattet de «gamle» røykerne. Folkehelseinstituttets faktaark om nikotin viser at snusere som bruker mye og «sterk» snus kan få i seg betydelig mer nikotin enn en som røyker 20 sigaretter om dagen. E-sigaretter gir om lag samme nikotinmengde som vanlige sigaretter.

fhi.no

### Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





# Noshin Inayat Akhtar

## Hadde det godt på barnehjemmet

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Carl Martin Nordby**

Fakta

### Aktuell som

Sykepleierstudent med oppvekst på barnehjem og i fosterhjem.

Alder: 22 år

**Bakgrunn:** Da Noshin Inayat Akhtar var seks år, kom hun på Heggeli barnehjem i Oslo sammen med lillesøsteren sin. På Lørdagsrevyen 12. september fikk vi se henne komme tilbake til institusjonen hun bodde på i to år. Hun har gode minner. Hun vil fortelle sin historie for å vise at det ikke trenger å gå dårlig selv om du har vært et barnehjemsbarn. I høst begynte hun å utdanne seg til sykepleier på Høyskolen Diakonova i Oslo.

#### Hvordan var det å være på tv?

– Det var skummelt og spennende. Det var første gangen. Jeg har fått veldig mange fine tilbakemeldinger. Det var et fint innslag, synes jeg.

#### Du var redd og sulten da du kom på barnehjem. Hvordan gikk det?

– Etter de første ukene gikk det veldig fint. Jeg følte meg hjemme.

#### Hva var det første du spiste?

– Ti knekkebrød med syltetøy. Det hadde jeg aldri smakt før.

#### Hvorfor er du åpen om din fortid som barnehjemsbarn?

– Fordi jeg har lyst til å sette et positivt lys på det. Det kan ofte oppleves som at barnehjem ikke fins, for mange synes det er tabu å snakke om både barnehjem og barnevern. Jeg kjenner mange barnevernsbarn.

#### Hvorfor måtte du på barnehjem?

– På grunn av omsorgssvikt. Mama klarte ikke å ta vare på oss. Noen la merke til det.

#### Meldes det for lite om omsorgssvikt?

– Jeg kan nesten ikke uttale meg om det. Noen ganger meldes det kanskje for mye. I mitt tilfelle skulle det skjedd før. Det er nok veldig mye begge deler.

#### Etter to år på barnehjem kom du i et fosterhjem i Østfold?

– Ja, det gikk også veldig fint. Jeg trengte å komme ut av Oslo. Det var bra å komme i et nytt miljø og treffe nye mennesker.

#### Hvorfor vil du bli sykepleier?

– Åååhh, vanskelig å si. Jeg tror det er et yrke som blir veldig respektert. Nå er det ikke noe annet jeg heller kunne tenkt meg. Jeg fant det ut da jeg jobbet på sykehjem.

#### Noen tanker framover om yrket?

– Jeg har mange drømmer. Kanskje kan jeg åpne en egen hudpleieklinikk. Eller reise og jobbe frivillig. Det er bare to av drømmene.

#### Føler du deg pakistansk?

– Jeg rives mellom to identiteter, to kulturer. Jeg er vel en god blanding.

#### Hva synes du om barnevernet?

– Barnevern har ikke vært en positiv opplevelse for meg, men det fungerte veldig godt på barnehjemmet. De voksne var hyggelige, og jeg ble godt tatt vare på. Men det er de som ikke har hatt det så bra og. Tror jeg var et gulleksempel. Bra at det er debatt om barnevernet.

#### Er det stigmatiserende å være barnevernsbarn?

– På en måte. Vi blir sett annerledes på. Når jeg forteller det, ser folk forskrekket på meg med store øyne. Jeg sier fort «slapp av, det har gått bra!».

#### Du har fått erfaringer andre ikke har?

– Jeg ble selvstendig i tidlig alder. Jeg ser at andre med min bakgrunn blir det og. Etter at jeg flyttet for meg selv, har jeg klart meg bra.

#### Noe du vil si til sykepleierne?

– Bare at jeg gleder meg veldig til hverdagen jeg får som sykepleier. ●  
[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)





# Dømt til lønnsøkning

• Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

**LØNSSKAMP:** 265 islandske sykepleiere sa opp stillingene sine i sommer etter tvungen lønnsnemnd. Nå har en spesialdomstol bestemt at lønningene skal økes.

I juli måtte de islandske sykepleierne gi tapt etter å ha streiket i ti uker. De kjempet for høyere lønninger og bedre arbeidsvilkår som var blitt dårligere etter at den økonomiske krisen rammet landet i 2008. Til slutt ble streiken møtt med tvungen lønnsnemnd.

Skuffelsen var så stor at 311 helsearbeidere sa opp jobbene sine. På dagen! 265 av disse var sykepleiere.

Saken tok i august en ny og overraskende vending. En spesialdomstol besluttet å gi sykepleierne en lønnsøkning på nærmere 30 prosent.

**FIREÅRSPLAN.** Spesialdomstolen har bestemt at lønnsøkningen skal strekke seg over en 4-årsperiode.

I første omgang skal den gjelde fra mai i år, og da med en økning på 7,4 prosent. I 2016 skal lønningene øke med 6,5 prosent, 4,5 prosent i 2017 og fra og med 2018 vil lønningene øke med ytterligere tre prosent.

Avgjørelsen er spesiell, mener Norsk Sykepleierforbunds (NSF)

forbundsleder Eli Gunhild By. Hun har ingen motforestillinger. Tvert imot. Hun mener det er en god løsning og et tydelig signal som styrker sykepleieryrket på Island.

– Jeg kjenner ikke til lovverket på Island, men det er uten tvil en unik avgjørelse, rent juridisk. Jeg kjenner heller ikke til liknende tilfeller i Norge, hvor noen har overprøvd Rikslønnsnemndas kjennelse, sier By.

**TILBAKE I JOBB.** Island har om lag 4 000 sykepleiere, og det skaper utvilsomt krisetilstander når så mange som 265 sykepleiere sier opp jobbene sine og, i mange tilfeller, søker lykken i andre land.

Christer Magnusson som er redaktør i Tímarit hjúkrunarfræðinga – det islandske sykepleierforbundets magasin – forteller at 70 av de 265 sykepleierne som i utgangspunktet sa opp stillingene sine i juli, nå har valgt å trekke tilbake oppsigelsene sine.

– Men det er likevel en betydelig andel sykepleiere som ennå ikke har bestemt seg for hva de vil gjøre videre, eller som helt enkelt har fått nye jobber, sier han til Sykepleien. •  
tlg@sykepleien.no



# 30 år MED HVERDAG...



## ...OG FEST!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen. Har du en medarbeider som fortjener en slik heder?

**Ta kontakt!**



**NORGESVEL**  
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970    norgesvel@norgesvel.no    www.medaljen.no



# Ber studentene ta mer plass

**Lære sykepleie.** Få vet bedre enn Linda Garnås hvor sårbar man er som sykepleierstudent i praksis.

● Tekst og foto **Marit Fonn**

**D**a Linda Garnås hadde sykehuspraksis for sju år siden, gikk det galt. Hun hoppet av studiet og trodde hun aldri ville bli sykepleier. Men hun tok feil: Nå er det hun som har ansvaret for at studentene som kommer til urologen på Aker sykehus får god praksis.

I dag har åtte sykepleierstudenter møtt opp for å høre hva som venter dem når de snart skal ut i sin første sykehuspraksis.

– Det er veldig spesielt for meg å være her, sier Linda Garnås til dem.

For det var ikke gitt at Garnås skulle få autorisasjonen sin. Men den fikk hun i 2013.

– Jeg kom i en uheldig prosess i 2008 da jeg selv hadde praksis.

Som nybakt sykepleier fortalte hun sin historie i Sykepleien (06/2013). Nå ligger en kopi av artikkelen «Ord mot ord i praksis» i permen for

praksisstudentene.

– Jeg håper dere vil lese den og reflektere over den.

**HVA SKJEDDE?** Hva skjedde egentlig i 2008? Den «uheldige prosessen» startet da hun gikk med en annen sykepleier enn de faste praksisveilederne: Garnås ble bedt om å henge opp antibiotika til en av pasientene. Hun turte ikke si nei, selv om hun hadde sett at medisinen ikke ble dobbeltsjekket. Det viste seg at sykepleieren hadde forbyttet medisinen til to pasienter. Ingen ble skadet, men etterpå ble det ord mot ord om hva som hadde skjedd.

Garnås, som til da bare hadde fått gode tilbakemeldinger, opplevde at hun ble mistrodd både på sykehuset og på skolen. Hun ble til slutt anbefalt å søke permisjon. Det gjorde hun. Da



Faksimile fra Sykepleien 6/2013.

var selvtilliten på bunn.

Hun var i ferd med å gi opp. Men etter hvert tok hun opp igjen sykepleiestudiet på en ny skole og ble til slutt sykepleier. Siden januar 2013 har hun jobbet her på urologisk sengepost.

Hun begynte fort å veilede studenter i praksis,

Spesielt møte: Sykepleier Linda Garnås kommer ikke til å glemme hvor alene man kan føle seg som student. Her tar hun imot praksisstudenter på Aker sykehus i Oslo.



## Fakta

### Lindas praksistips

#### Til studentene:

Stol på intuisjonen i usikre situasjoner. **Våg å si nei!**

#### Til veilederne:

**Vær ydmyk!** Husk at du har vært student, men hold fast i rollen som veileder. Motiver studentene til å ønske å være sykepleier.

men i år er hun såkalt studentansvarlig. Hun skal følge opp både studenter og veiledere.

**ÅTTE UKER I PRAKSIS.** Studentene er lydhøre. I åtte uker – 240 timer – skal de være her:

– Det er så viktig at dere tør å ta plass i praksis. Stol på egen intuisjon og våg å si nei. Da unngår dere å havne i vanskelige situasjoner.

Det gjelder å slippe å måtte bevise sin uskyld. – Ikke vær redd for å bli upopulær selv om dere sier nei. Da blir dere mindre sårbare, sier Garnås til dem.

Hun drar fram permen med tittelen: «Turnus for studentene».

– En slik perm ligger i hyllen på hver avdeling. Skriv gjerne telefonnummeret deres i den, så vi lett kan få fatt i dere. Dokumenter i permen hva dere gjør.

– Skal vi skrive hver dag, spør én.

– Ja, og det er særlig viktig når man ikke går med veilederen sin. Da kan man gå tilbake og titte i notatene, og det er gull verdt for veilederne. Dere trenger ikke alltid skrive så mye. Men skriv

**«Jeg håper studentene har baller nok til å si nei.»** Linda Garnås, studentansvarlig

konkret: I dag har jeg lagt veneflon, eller jeg har skyldt et kateter, råder Garnås.

Kollega Anette Johnsen påpeker at skulle det oppstå tvil under evalueringen, kan dokumentasjonen vise hva





studenten faktisk har gjort. Hun minner om at også fravær skal føres i permten.

**STEINGRUPPEN.** Alvoret brer seg i rommet når Garnås og Johnsen beskriver pasientene sine.

På posten til Garnås er pasientene delt i to grupper. Den ene kalles steingruppen, for der har pasientene nyrestein eller blærestein. Den andre gruppen har blærekreftpasienter, som ofte har fått lagt inn stomi etter at de har fjernet blæren.

– Operasjonene er omfattende, og det kan derfor oppstå komplikasjoner. Da hender det at de kan ligge her i flere uker. Dere vil se at det er forskjell på de to gruppene, sier Garnås.

På Johnsens post er det blant annet pasienter som har blitt robotoperert på grunn av prostatakreft.

– De ligger inne én til to netter. Det er vel det man bestreber, kortere og kortere liggetid. Når

dere går av vakt, vil ofte pasienten deres være utskrevet når dere kommer tilbake, sier Johnsen.

De to sykepleierne forsikrer at studentene likevel skal bli kjent med pasientene de etter hvert skal ha ansvar for.

### «De må være forbilder for oss.» Millie Girardeau, student

– Er det bare planlagte operasjoner, spør en jente.

– Nei, vi har øyeblikkelig hjelp og. Noen kan for eksempel få uro-sepsis, så innimellom har vi ustabile pasienter, sier Johnsen.

Garnås opplyser at mandagen er en ypperlig dag å være i mottaket.

– Da får vi inn mange pasienter som skal

klargjøres til operasjon. Da får dere prøvd dere på å sette veneflon.

Studentene får vite at pasientene har ulike fargekoder som gjør det lett å skille dem: Blått for uro, rødt for endo, grønt for gastro.

**TILLIT TIL VEILEDERNE.** Andreårsstudent Kristoffer Drageset virker ikke spesielt nervøs for å slippes løs i praksis. Han har stor tiltro til veilederne:

– Jeg går ut fra at de ikke setter oss i gang med noe vi ikke kan.

Han er innstilt på å lære så mye kirurgisk sykepleie som mulig. Uvanlig nok er halvparten av sykepleierstudentene gutter denne gangen. Drageset går på Lovisenberg diakonale høgskole. Det samme gjør Millie Girardeau, som sitter ved siden av ham.

Hun gleder seg til praksisperioden:

– Å lese teori er bra, men det blir ikke det

Glad: Det Linda Garnås selv opplevde i praksis, kunne kostet henne yrket.  
– Tenk at jeg står her i dag.





samme som å gjøre det selv, påpeker hun.

Også Girardeau har tillit til veilederne:

– Jeg forventer at de er strenge, men på en fin måte. Og at vi får mer ansvar etter hvert.

Drageset: – Jeg håper de ser alt som jeg gjør galt. Jeg håper på å lære å bli en god sykepleier. Punktum.

Girardeau: – De må være forbilder for oss.

Drageset ønsker at veilederne pusher ham hvis han vegrer seg for å utføre noe han egentlig kan, men de må også sette ned foten for ham når det er rett.

Girardeau er enig:

– Ja, de må se forskjellen: Når de ser at jeg er redd, må de vite når de skal si «dette kan du» eller «nei, du er ikke klar ennå».

De åtte studentene har fått hver sine to veiledere. Linda Garnås vil steppe inn hvis noen av dem har fravær.

– Hvem hadde trodd for noen år siden at jeg

skulle stå her, sier hun.

Hennes dyrekjøpte erfaring med praksis sitter godt i.

– Det er ekstremt viktig at studentene føler seg

## «Jeg håper de ser alt som jeg gjør galt.»

### Kristoffer Drageset, student

ivaretatt og får høre hvor verdifulle de er. De er jo morgendagens sykepleiere.

Hun råder studentene til å stole på egen dømmekraft.

– De må ta sin plass i rommet, men samtidig være bevisst grensene for egen kompetanse. Jeg håper de har baller nok til å si nei hvis de føler seg usikre.

**SNAKKER OM FORVENTNINGER.** Studentene studerer turnuslistene de har fått utlevert. Nå skal de lære om kurver. Senere skal de bli vist skyllerommet, vaktrommet og garderoben.

Neste uke skal Garnås undervise om nyre og nyrestein, postoperativ sykepleie, overvektspasienter og blærekreft. Om et par dager skal studenter og veiledere ha et felles møte for å snakke om forventninger til hverandre.

– Forventningssamtalen er kjempeviktig, den legger grunnlag for deres praksis. Det er viktig at studentene vet hvor viktige de er og at vi vet hva studentene krever av oss. Alle skal få en kontinuerlig følelse av å bli fulgt opp, lover Garnås.

Hun har lyst til å fortsette å veilede studenter.

– God sykepleie handler om så mye: Om kroppsspråk, holdning, å velge ord med omhu. Det er et privilegium å være veileder, du lærer så mye. ●

marit.fonn@sykepleien.no



**Forventninger:** Millie Girardeau og Kristoffer Drageset har tiltro til at veilederne vil se både deres sterke og svake sider i praksis.



**Ivaretar:** Morgendagens sykepleiere må behandles pent, mener Linda Garnås. Her bistår hun Kristoffer Drageset, som skal ha praksis på urologen.

## Konfliktene er ofte personlig

**KAN SKJÆRE SEG:** – Det er ganske vanlig at det oppstår konflikter mellom studenter og praksisveiledere, sier Mia Andresen, studentleder i Norsk Sykepleierforbund.

– Man kan ofte lure på om uenighetene mer handler om personlige enn faglige forhold. Dette er et kjent problem. Maktforholdet er

litt udefinert. Vurderingen av praksis er jo subjektiv, og da kan det gå på studentens rettssikkerhet løs. Siden forholdet er så personavhengig, er det lærerveileder som avgjør om studenten skal bestå eller ikke, mens praksisveileder tar seg av den løpende evalueringen.

– Men også lærerne kan være

subjektive og forutinntatte?

– Ja, mange studenter opplever at de er evaluert på feil grunnlag. Vi har diskutert andre løsninger for vurderinger, men det er ganske ressurskrevende som det er allerede. Det er ikke lett å finne et system som er 100 prosent sikkert.

Andresen oppfordrer studentene

til å dokumentere selv.

– Les rammeplanen. Hvis du får et varsel, spør hvorfor. Ta uenigheter opp underveis med praksissted og lærerveileder. Søk om å bytte praksisveileder. Ikke la det gå for langt. Ikke vent til siste uken i praksis, noen gjør det og. ●

marit.fonn@sykepleien.no



**Skeptisk.** Regjeringen vil redusere politioppdrag for å bistå helsepersonell med transport av psykisk syke personer. Helsepersonell reagerer.

# – Trenger fortsatt politibistand

● Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

Regjeringen ber nå helseforetakene bedre tilbudet til transport av psykisk syke personer.

– Vi skal ha akuttjenester som er preget av verdighet for brukere og pårørende, skriver helseminister Bent Høie i det såkalte oppdragsdokumentet til helseforetakene, og påpeker at politi bare skal brukes når det er nødvendig for sikkerheten.

– **DET ER DET VI GJØR.** Ute i felten stiller helsearbeiderne seg uforstående til hvordan man skal kutte ned på polititransportene.

Hagegata 32 utgjør en av flere rødbrune mursteinsblokker midt i hjertet av Tøyen. Her finner vi Lovisenberg DPS. Første etasje huser psykiatrisk akutteam hvor de har holdt til siden oppstarten i 2010.

Psykiatriske sykepleiere, en lege, psykiater, og en nylig ansatt sosionom, sørger for at det akuttpsykiatriske behovet til innbyggerne i bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen ivaretas.

Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Tatiana Penzo, forteller at de har et godt samarbeid med politiet og har en egen kontaktperson ved Grønland politistasjon.

– Jeg ser imidlertid ikke noen opplagte løsninger som gjør at vi kan redusere bruken av politibistand, sier hun.

Årsaken er at akutteamet kun

tilkaller politiet når det ikke finnes andre løsninger.

– I de fleste tilfellene handler det om personer som nekter å møte til tvungen legeundersøkelse, sier Penzo.

**KAN IKKE BRUKE TVANG.** – Som helsepersonell inne på institusjon, kan vi bruke tvang når det er helt nødvendig. Det kan vi ikke gjøre utenfor institusjon. Vi har ingen myndighet til å ta oss inn i noens leilighet, sier hun.

En tvungen legeundersøkelse har bakgrunn i et vedtak som fattes av bydelsoverlegen ut fra en bekymringsmelding. Den kan ha kommet fra pårørende, fastlege, naboer eller andre.

«Jeg har opplevd at hele delta-teamet har dukker opp på stedet.»

Tatiana Penzo,  
Lovisenberg DPS

Også i tilfeller hvor akutteamet mistenker at en person kan være til fare for seg selv eller andre, tilkalles politiet for å trygge stedet.

– Vi melder inn vårt behov og møter politiet på stedet. Vi har da forsikret oss om at personen

det gjelder befinner seg hjemme. I hvert fall så langt det lar seg gjøre, sier Penzo.

Akutteamet prøver alltid med frivillighet før det er aktuelt å kople inn politiet.

– Ofte ringer vi til ambulanse først. For enkelte er det nok å se noen i uniform som forteller dem at de må bli med. Men når alt er prøvd ut uten resultat, må vi kople inn politiet. For eksempel i saker som dreier seg om vedtak om tvungen legeundersøkelse. Det er et juridisk vedtak som vi er pålagt å håndheve, sier Penzo.

– *Hvordan oppleves det å ha med politiet?*

– Stort sett er det greit. Jeg er faktisk overrasket over hvor flinke enkelte politimenn er i møte med ustabile personer, sier hun.

**STRESSENDE TRANSPORT I OSLO-RUSHET.** Selv om politiet må bistå, tar ikke politiet pasienten med i sine bilder. Det kan by på utfordringene når akutteamet havner i hovedstadens russtrafikk. Bilen akutteamet bruker er ikke utrykningskjøretøy. Dermed kan den ikke kjøre i kollektivfeltet eller parkere hvor den vil.

– Du kan selv tenke deg at du sitter fast i russtrafikken ved Carl Berner med en psykisk ustabil person i baksetet som blir mer og mer stresset. Personen begynner å

Fakta ●●●●

### Saken gjelder:

Regjeringen har i oppdragsdokumentet til helseforetakene bedt om at det gjennomføres prosjekter for å få ned bruken av politi når psykisk syke skal transporteres over en treårsperiode 2014–2016



Illustrasjonsfoto:Jrnn Cathrin Olsen/Scanpix

puste tungt, fikle med dørhåndtakene, mens du blir redd for at pasienten skal klare å hoppe ut av bilen, eller få panikk før du rekker frem til sykehuset. Når vi kommer frem, må vi kjøre rundt og lete etter parkering. Imens står politiet og venter på oss ved inngangsdøra. Det oppleves frustrerende til tider, forteller Tatiana Penzo.

Noen ganger har situasjonen blitt så stressende at Penzo har tenkt «søren heller» og kjørt i kollektivfelt og parkert ulovlig.

– Jeg får heller ta den bota hvis jeg blir stoppet, sier hun.

Hun mener det burde finnes en enkel løsning på akkurat slik problemer.

#### **SPELSTYRKEN DUKKET OPP.**

Når akutteamet får meldinger om personer de ikke kjenner fra før, hender det de ringer politiet for å høre om det er forhold de bør være klar over.

– Stort sett får vi vite det vi trenger, sier Penzo, selv om hun har opplevd at politiet har nektet å dele opplysninger.

Andre ganger får de beskjed om at de ikke skal nærme seg personen alene, men vente til politiet dukker opp.

– Jeg har opplevd at hele delteamet (politiets spesialtrente styrke red.anm.) har dukket opp på stedet. Det er en voldsom affære. Personlig synes jeg det er litt ubehagelig. I slike saker vet politiet noe om personen som ikke vi vet. De tar styringen og «trygger vei». Når det er gjort, overtar vi, sier hun.

#### **MERKER ØKNING I SAKER.**

Hilde Walsø, operasjonsleder ved Oslo politidistrikt, har tatt imot et stort antall forespørsler fra helsepersonell gjennom årene. Det har handlet om assistanse til psykisk syke og tvungent psykisk helsevern. Hun har jobbet i politiet siden 1980 og merker en økning i antall saker hvor politiet må bistå.

– Det har nok noe med at vi blir flere personer i denne byen, og at behandlingstilbudet er annerledes i dag enn i 1980, tror Walsø.

Hun mener samarbeidet



Tvang: – Som helsepersonell inne på institusjon, kan vi bruke tvang når det er helt nødvendig. Det kan vi ikke gjøre utenfor institusjon, sier Tatiana Penzo. Øystein Skaare er teamleder og klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie.

med helsevesenet fungerer bra. Spesielt rundt de planlagte bistandsoppdragene.

– Vi har blant annet jevnlig samarbeidsmøter med byens DPSer. I tillegg meldes det inn saker som forsøkes løst på lavest mulig nivå «der og da».

Oslopolitiet har laget et eget skjema. Her fyller helsepersonell ut nødvendig informasjon om bistandsoppdraget.

– Helsepersonell ringer oss så opp. Vi får pasientens personalia og vi diskuterer nødvendighetsbehovet, sier hun.

Å bare skrive «forhøyet voldsrisiko» i politiets skjema kan være litt for ullent.

– Det er bedre å være mer konkret. Beskriv gjerne hva som skjedde ved siste kontakt med pasienten. Da er det lettere å enes om nødvendighetsbehovet, oppfordrer Walsø.

**POLITIETS KRAV.** I tillegg til nødvendighetsbehovet, ønsker politiet

at helsepersonellet stiller med kjøretøy som er egnet til transport av pasienter.

– Vi ønsker ikke å stigmatisere pasienten ved å sette han/hun i en uniformert politibil dersom det er

for hvordan bistandsoppdragene skal håndteres.

– Det kan synes som om byens legevaktleger og fastleger ikke er like oppdatert, sier Walsø.

Hun sier videre at politiet frem-



## «Med «Psykebil» vil politiets tidsbruk vil kunne bli mindre.»

Hilde Walsø, politi

unødvendig, sier Walsø.

Det er derfor sjelden psykisk syke transporteres i politiets kjøretøy.

– Da må det for eksempel være snakk om at pasienten er så utagerende at politipersonellet må bruke mye makt for å få kontroll over pasienten og situasjonen.

I slike tilfeller er det også et krav at helsepersonell skal være med i politiets kjøretøy.

Walsø sier at personell fra byens DPSer er godt kjent med rutinene

deles opplever å få henvendelser fra legevaktleger og fastleger som bestiller polititransport av psykisk syke pasienter fra A til B, fordi de er av den oppfatning at dette er en oppgave politiet gjør.

**VIL HA «PSYKEBIL».** Walsø skulle ønske også Oslo fikk en egen psykiatrisk ambulanseløsning for denne type oppdrag. Det har de fått i Stavanger og Bergen. Ambulansene er ribbet for alt





➔ innhold bortsett fra sitteplass for pasient og helsepersonell, så pasienten ikke kan skade seg.

– En slik ambulans vil ikke nødvendigvis føre til færre oppdrag for oss, men politiets tidsbruk vil kunne bli mindre, siden politipersonell ofte må være med i det kjøretøy som transporterer pasienten.

Walsø sier det er ulike oppfatninger om tolkningen av loven når det gjelder om helsepersonell kan bruke tvang utenfor institusjon.

– Politidirektoratet har sendt en henvendelse til Helsedirektoratet hvor de ber om en oppklaring rundt dette. Det er viktig at vi har en felles oppfatning av gjeldende regelverk, nettopp for å unngå for mye diskusjon fram og tilbake om dette, når bistandsanmodningene drøftes, sier Walsø.

**NÅR DET IKKE VIRKER.** Selv om Walsø sier at samarbeidet mellom politi og helsevesenet stort sett går greit, er det selvsagt episoder som hun håper det blir færre av. Noen av dem gjelder pasienter som stikker av fra institusjon eller fra helsepersonell utenfor institusjon.

– Vi må kunne forvente at helsepersonell ikke bare lar pasienten forsvinne uten at de forsøker å ha observasjon på han/henne. En slik observasjon og fortløpende melding til politiet over telefon vil lettere føre politipatruljen dit pasienten befinner seg, slik at pasienten blir tilbakeført til institusjonen.

**VIL IKKE HA POLITI.** Mental Helse er imot bruk av politi ved transport av mennesker i dyp psykisk krise eller helseutfordring.

## «Mental Helse er imot bruk av politi.» Dagfinn Bjørgen

– Et viktig argument for oss er at helsepersonell bruker tid. ACT-modellen viser jo at man gjennom å bruke tid, slipper inn til brukere som er dårlige, sier leder i Mental helse, Dagfinn Bjørgen.

Mental helse har fått inn mange historier fra psykisk syke som er hentet av politi.

– Å hente personer i deres hjem med familie til stede, har vi mange historier på hvordan situasjonen går ut av kontroll fordi man skal gjøre dette raskt. Oppmøte med politi fordi personen er «kjent» fra før, eller oppleves aggressiv, gjør ofte situasjonen verre for pasienten og for pårørende, sier Bjørgen.

Han sier at det forventes at helsepersonell har kompetanse til å berolige og snakke med folk.

– Man må forvente at man også

bruker de timene som er nødvendig for å få en verdig innleggelse uten bruk av tvang eller unødig tvangsbruk, sier Bjørgen.

Mental helse mener at man kan bruke nødrett hvis situasjonen blir til fare for andre.

– Men våre medlemmers erfaring, og de vi har møtt, er at man ofte bruker politi for sikkerhets skyld fordi helsepersonell har en frykt, sier Bjørgen. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

### Fakta

#### Akutteamet ved DPS Lovisenberg

##### Det er en ambulant og stasjonær psykiatrisk vaktjeneste for:

- Bydel Gamle Oslo
- Bydel Grünerløkka
- Bydel St. Hanshaugen
- Teamet består av psykiater, lege, psykolog og spesialsykepleiere og en sosionom.

##### Akutteamets arbeidsoppgaver:

- Vurdering av psykisk helsetilstand
- Støtte og veiledning

- Oppfølging ved kriser
- Møter deg der du er
- Kan fungere som bindeledd mellom sykehus, DPS og bydel
- Mobiliserer og involverer nettverk
- Veileder og gir råd til familie, pårørende og samarbeidspartnere
- Vurdere behov for opphold ved Lovisenberg DPS Seksjon døgn eller sykehusinnleggelse
- Teamet tilbyr inntil 4 oppfølgende konsultasjoner etter førstegangsvurdering.

## 10 000 oppdrag i året

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

### UNDERSØKTE: Politiet regner med at de bruker 24 årsverk på å bistå helsepersonell ved transport av psykisk syke personer.

I 2014 ble det gjort en undersøkelse ved 24 politidistrikt (minus Oslo, Hordaland og Sunnmøre) som viste at det i 1. kvartal 2014, ble gjennomført 2 125 transportoppdrag med psykisk syke personer, som utgjorde rundt 9 600 arbeidstimer.

**ULIK PRAKSIS.** De 24 politidistriktene fikk spørsmål om hvilket

potensial som finnes for å frigjøre politikraft til kjerneoppgavene dersom helsevesenet overtar den delen av transport av psykisk syke.

Tilbakemeldingene var slik:

- Stor grad: 9 politidistrikter
- Middels grad: 9 politidistrikter
- Liten grad: 9 politidistrikter

### FUNGERER BEST I STORE BYER.

Undersøkelsen tyder på at samarbeidet mellom politi og helsevesen fungerer best i områder med stor befolkningstetthet. Politidistrikter

med mindre befolkningstetthet og større avstander mener derimot at potensialet for å frigjøre politikraft er middels eller stort. Særlig mener politidistrikter i Nord-Norge, som ofte bruk flytransporter med politiledsagelse, at dette i all hovedsak er transporter som kan utføres utelukkende av helsepersonell.

– Store politidistrikter som Oslo, Hordaland og Rogaland rapporterer om godt samarbeid og et lite potensial for å frigjøre politikraft,

skriver Knut Kværner fra politidirektoratet i et oppsummeringsbrev til Helsedepartementet.

**24 ÅRSVERK.** Basert på innrapporteringen vil politiet i 2014 gjennomføre cirka 10 000 oppdrag per år knyttet til transport og vakt hold på psykisk syke personer. Til dette arbeidet vil det benyttes rundt 44 000 arbeidstimer og utgjør om lag 24 årsverk, skriver Knut Kværner. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



**Opptakskrav.** Regjeringen sier ja til karakterkrav i norsk.

# Vil kreve karakteren tre i norsk

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

Regjeringen foreslår at søkere til sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) må ha karakteren tre i norsk for å komme inn.

I «Høringsbrev – forslag om endringer i forskrift om opptak til høyere utdanning» ønsker regjeringen å innføre spesielle opptakskrav til enkelte studier. Blant annet foreslås at søkere må ha tre i norsk (393 årstimer eller tilsvarende) hvis de ønsker å begynne på sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Dette skal tre i kraft fra og med opptaket høsten 2018.

**ØNSKE FRA HØGSKOLEN.** Begrunnelsen til HiOA for en forsøksordning med høyere karakterkrav er at studenter som tas opp, vil ha et bedre utgangspunkt for å fullføre studiet, fordi studiet krever evne til både muntlig og skriftlig kommunikasjon. Høgskolen forventer at kravet om tre i norsk vil sikre økt kvalitet og gjennomstrøming i studiet.

Kunnskapsdepartementet skriver i høringsbrevet at HiOA bør få innføre det nye karakterkravet som en prøveordning. Ordningen skal evalueres etter tre år.

**STØTTER FORSLAGET.** – NSF Student støtter forslaget. Men vi ønsker også økt karakterkrav i

matematikk og engelsk, sier studentleder Mia Andresen.

I «Studentpolitisk Plattform 2015–2016» heter det «at det skal etableres krav om karakteren 3 eller bedre i matte, norsk og engelsk».



**«Dette er et moderat krav.»**  
Mia Andresen

– Det er et moderat krav som vil sikre at kandidatene har et godt utgangspunkt for videre tilegnelse av kompetanse. Det er forsket på at studenter som kommer inn med høyere karakterer, også har større mulighet til å tilegne seg kunnskaper og opprettholde gode resultater. Sykepleie er et fag som krever svært gode kommunikasjonsevner, og språk er derfor viktig. Tilegnelse av pensum, tekster på norsk og engelsk og mye akademiske oppgaver preger studiet, sier Andresen.

I tillegg ønsker altså NSF Student økt karakterkrav i matematikk.

– Matematikk er viktig for forståelsen av medikamentregning, noe studentene har hatt problemer med

tidligere. Et godt matematisk grunnlag er også viktig for å sikre forståelse av de naturvitenskapelige fagene.

Andresen er ikke redd for at det blir for få kvalifiserte søkere til sykepleierutdanningen med økte karakterkrav.

– Det er en økning på 17 prosent til sykepleie i år, og det har ført til økt konkurranse. Minimumskravet er fortsatt moderat og vi mener det ikke vil påvirke inntaket negativt. Det vil fortsatt være nok søkere som er kvalifisert, ifølge studentlederen.

Hun mener imidlertid alle sykepleierhøgskolene burde hatt satte opptakskrav for å forebygge at man risikerer å få A- og B-skoler.

– Det skal uansett være rom for at studentene forbedrer seg underveis i studiet, og vi mener også at det skal være vanskelig å komme gjennom studiet. Oppfølging og evaluering underveis er sentralt uansett, sier Mia Andresen.

Fristen for å komme med merknader er 16. november 2015. NSF Student er en av høringsinstansene. • [bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

## Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår

Bedrer mulighetene for sårleging

Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil

og varmeisolerende

**Wima** produkter

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy



Les mer om Wima-labben på vår nettside: [www.wima.no](http://www.wima.no)



**Identitet.** Etter tv-serien «Født i feil kropp» har LHBT-helsestasjonen merket en tydelig økning i spørsmål om kjønn.

# Før lurte de på legning, nå lurer de på kjønn

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Ingun Wik får telefoner både fra foreldre, barnehageansatte og ungdom som ringer med spørsmål om kjønn og identitet.

– Det skjer daglig.

Wik er ledende helsesøster og sexologisk rådgiver på Helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transungdom (LHBT-helsestasjonen).

**HETERONORMATIV.** På venterommet kommer og går det damer med lett vaggende gange. Her, øverst på Grünerløkka i Oslo, ligger LHBT-helsestasjonen sammen med jordmortjenesten for gravide.

– Ikke helt ideelt, innrømmer Ingun Wik, som tar imot dem som ikke føler seg helt hjemme i det heteronormative samfunnet, eller utenfor den tradisjonelle gutt-jente-stereotypen.

**TILGJENGELIG.** – Tv-serien «Født i feil kropp» har vært en øyeåpner for mange, erfarer Ingun Wik.

Serien, laget av Petter Vennerød, portretterte mennesker født i det de selv definerer som feil kropp.

– Innad i transmiljøet har serien fått kritikk fordi den bare viser én variant av kjønnsopplevelse, påpeker Wik.

– Tittelen indikerer også at det er noe feil med kroppen, noe mange er kritiske til. De mener

det ikke er kroppen som er feil, men samfunnets forestillinger og normer rundt begrepet kropp og kjønn. Men det gode er at serien greide å gjøre problemstillingen tilgjengelig for folk flest. Den endret begrepsapparatet og fikk frem at kjønn sitter mer mellom ørene enn mellom beina.

**STOR VARIASJON.** Mange mener det naturlige er to kjønn.

– Men ser vi til naturen, sier Ingun Wik.

– Der er variasjonen stor. Det er ikke naturen som har delt oss inn i to kjønn, det er kulturen. Og med

«Serien greide å gjøre problemstillingen tilgjengelig for folk flest.» Ingun Wik

det har vi som samfunn begrenset et stort mangfold.

Hun understreker at det er mange avskyninger av kjønn og at overgangen kan være flytende. Ikke alle ønsker å ta stilling til om de er han eller hun.

Kristin Fridtun er en av dem. Hun har skrevet boken *Kjønn og ukjønn* og sier til Dagens Næringslivs magasin D2 at hun som ung ikke opplevde seg selv som kvinne, men ikke som mann

heller. «Jeg var hjemløs», sier hun. Hadde det eksistert en tredje kategori, «ymse», hadde hun plassert seg der.

**USIKRE.** De som henvender seg til LHBT-helsestasjonen er ungdom mellom 13 og 30 år. Det siste året har det vært en klar dreining fra spørsmål om legning til spørsmål om kjønn. Og de fleste som tar kontakt på vegne av seg selv er mellom 12 og 16. Men Wik får også henvendelser fra foreldre, helsesøstre og barnehageansatte.

– De lurer på hvordan de skal forholde seg, forteller hun.

– Dette er et ukjent felt og få har kompetanse. Dessverre blir mange møtt med at «dette snakker vi ikke om». De satser på at det «går over».

Det synes hun er en dårlig strategi.

– Espen Esther Pirelli Benestad snakker om at disse barna «forstyrrer». De forstyrrer vår oppfatning av hva kjønn er, og hvordan ting skal gjøres. Barn merker godt når de bryter normene for hva som betegnes som innenfor og utenfor. Men det er ikke barna, men samfunnet som er «forstyrrer». Ikke sjelden har ungdom som tar kontakt med oss vært innom psykiatrien fordi de har vært aggressive, deprimerte eller hatt sosial angst. Dessverre er det bare symptomene som har fått

Fakta ●●●●

## Kjønn

### Kjønnsidentitet

● Det kjønn man opplever at man har og identifiserer seg med.

### Kjønnsinkongruens

● Begrep som brukes om de som opplever at opplevd kjønn ikke passer med kjønn tildelt ved fødsel.

### Transperson

● Brukes som samlebegrep for ulike grupper som opplever kjønnsinkongruens. Ikke alle som opplever kjønnsinkongruens vil regnes for transpersoner eller å være transkjønnet.

Kilde: Rett til rett kjønn: Helse for alle, utredning fra regjeringen, vår 2015.

oppmerksomhet, ikke årsaken, sier Wik.

– Men mange av symptomene er bare naturlige reaksjoner på usikkerhet rundt egen kjønnsidentitet og brudd på samfunnets normer. Det beste ville være å åpne øynene for at det er et stort mangfold. Og at barnehageansatte, lærere, helsesøstre og helsepersonell tenker på at kjønnsidentitet, altså barnets subjektive opplevelse av eget kjønn, kan gi utfordringer dersom det er i konflikt med det kjønnnet de fikk tildelt ved fødsel.

**VET IKKE ANTALL.** Hvor mange som føler at opplevd kjønn ikke samsvarer med kjønn tildelt ved fødsel, er ikke kjent. Men en nederlandsk studie indikerer at én av tjue opplever usikkerhet eller ambivalens til egen kjønnsidentitet. Langt færre ønsket å gjøre noe med det, som å ta hormoner eller operere seg.

## «Se på de trange normene som et problem, ikke barnet som bryter dem.»

Ingun Wik

Forskning indikerer også at langt fra alle barn med det man kaller atypisk kjønnsatferd opplever kjønnsinnkongruens.

**LA DEM EKSPERIMENTERE.** Ingun Wik peker på at kjønnsidentiteten er en del av kjerneidentiteten, og at så små barn som to-til-fireåringer kan ha formening om hvilket kjønn de er.

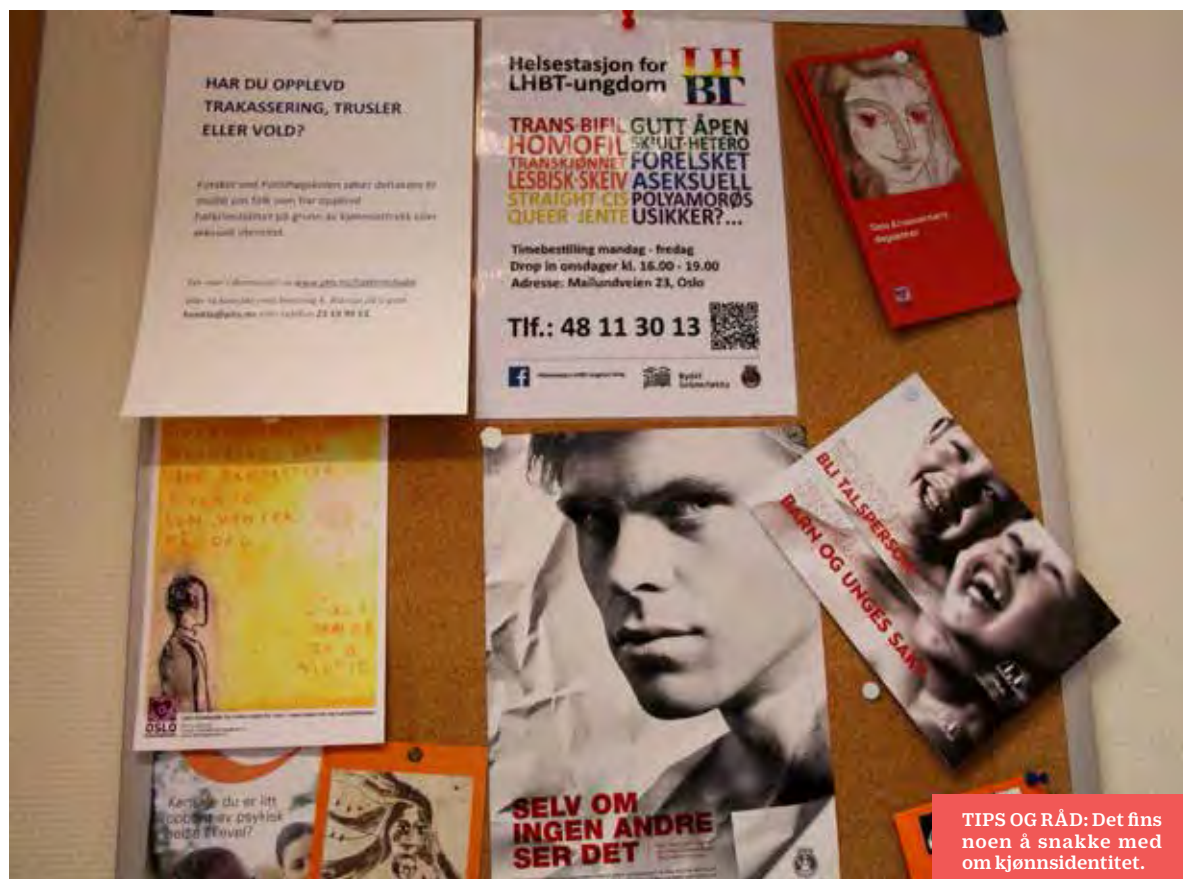
– Når man er så liten er ikke personligheten fastsatt, understreker hun.

– Mange prøver seg litt frem. La dem få lov til det. Og så tror jeg det vil bli bedre for alle om rammene for kjønn blir litt videre.

**ANSVAR SOM HJELPERE.** For hun har selv kjent på ubehaget ved det som



**GUTT, JENTE ELLER NOE MIDT I MELLOM:** Helsesøster og sexologisk rådgiver Ingun Wik tar gjerne praten.



**TIPS OG RÅD:** Det fins noen å snakke med om kjønnsidentitet.



→ er annerledes, eller det som forstyrrer.

– De følelsene er verken farlige eller feil. Men vi må tørre å utfordre oss selv og spørre hva som gjør at vi føler sånn. Se på de trange normene som et problem, ikke barnet som bryter dem, sier hun.

– Som hjelpere er det vårt ansvar også å ta imot det uvanlige.

Selv om samfunnet er blitt mer og mer tolerant, lar hun seg stadig fascinere av ut-sagen som: Flott jobb



MED PUPPER OG PENIS: Kosedyr som reflekterer mangfold, laget av I Do Diversity.

du gjør, men jeg håper ikke sønnen min kommer til deg.

– Den hører jeg ofte fra fedre, sier hun.

«Vi som samfunn har begrenset et stort mangfold.»

Ingun Wik

**POSITIVE ORD.** Hun peker også på at ordene som ofte blir brukt om de som ikke passer inn i de kjønnsnormative stereotypene ofte er negativt ladet.

– Det kalles avvik, å være unormal, diagnose, syndrom, tilstand. Hva med heller slike som Pirelli Benestad, som bruker ord som talent eller begavelse? Det vil skape en annen bevissthet rundt dette og gjøre det lettere å føle seg annerledes. ●

nina.hernes@sykepleien.no

## Overrasket over responsen

**SERIESKAPER:** – Jeg hadde håpet serien skulle vekke oppmerksomhet, men var uforberedt på at det skulle bli så voldsomt.

Det sier Petter Vennerød, som laget tv-serien «Født i feil kropp».

– Det er fantastisk å treffe foreldre som sier den reddet livet til datteren deres. Det er så sterkt at jeg nesten ikke greier å ta det inn.

Serien hadde i snitt over 500 000 seere og vant Gullruten for beste dokumentar- eller faktaserie.

– Du fikk kritikk for å utelate mangfoldet i kjønnsuttrykk?

– Ja, men jeg kunne ikke ta for meg alt. Vi har alle et kjønnsuttrykk og mangfoldet er enormt. Jeg valgte å konsentrere meg om de menneskene som opplever at de er født i feil kropp og å presentere deres historier. Bare blant dem er det en stor bredde, med mennesker fra 3 til 70 år. Jeg mente at det å fortelle deres

historie var viktig.

Nå er han i gang med opptak til ny sesong.

– Det hadde jeg ikke trodd, innrømmer han.

«Jeg mente at det å fortelle deres historie var viktig.»

Petter Vennerød

– Jeg hadde ikke trodd jeg ville ha interesse av å gå videre. Men dette er en tematikk som opptar meg og som jeg lærer noe av. Og jeg ser at vi ikke rakk å fortelle alt første gang.

Noen av dem som var med i sesong én er med videre, noen er nye.

– Jeg vil ikke si så mye om hva det handler om, men jeg skal ikke fortelle samme historie om igjen. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Ny sesong: Petter Vennerød vil fortelle flere historier.

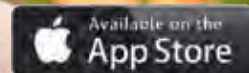


Sykepleien

# Høsten er lesetid

Les alle tidligere utgaver av Sykepleien i vår brukervennlige app, uten å være online. Det er enkelt å komme i gang!

Last ned appen nå!



 NestléHealthScience

Utviklet for optimal toleranse hos pasienter med  
**NEDSATT GASTRO-  
INTESTINAL FUNKSJON  
OG MALABSORPSJON**



[www.nestlehealthscience.no](http://www.nestlehealthscience.no)

Tema.  
De skjøre  
jentene

# Ungjenter

Skulle vært fag i skolen. **28**

Store kjønnsforskjeller. **32**

Fire om ungjentene. **34**

Har psykisk helse  
på timeplanen. **35**



«Hvis jeg er i en negativ sirkel med vanskelige tanker, setter jeg av ti minutter til skriving der og da, så jeg blir ferdig med det.»

Molly Hjorth Johansen

# i skvis

«Nå har jeg lært meg å slippe litt taket i venner, og vet at det hovedsakelig er meg som kan hjelpe meg selv.»

Emily Cottingham



**Psykisk uhelse.** I sommer kom en rapport som viser at depressive symptomer hos unge jenter er godt over dobbelt så vanlig hos jenter som hos gutter. Forskerne forstår ikke helt hvorfor. På Nøtterøy i Vestfold fikk Emily og Molly hjelp av helsesøster.

• Tekst og foto **Eivor Hofstad**





# Depresjonsmestring.

## «Skulle vært fag i skolen.» Emily Cottingham

• Tekst og foto **Eivor Hofstad**



**P**å Nøtterøy har helsesøstrene tatt Ungdata-tallene på alvor, der det blant annet viser seg at en stor andel unge sliter med depresjoner og stress (se tall fra den siste rapporten på side 32). De har siden 2013 tilbudt depresjonsmestringskurs for elever på ungdomsskolen og videregående. Det er flest jenter som kommer.

– På skolen er det mye snakk om mobbing, mens depresjon er litt glemt. Jeg skulle ønske vi hadde lært mer om hvordan man kan mestre vanskelige følelser, det er mye mer relevant for oss, sier tien-deklassingen Emily Cottingham fra Nøtterøy.

Hun er ei blid og åpen jente med trommestikker stikkende opp av skolesekken. Etterpå skal hun på øving med punkebandet Zero Productivity som snart skal delta i ungdommens kulturmønstring. Men de siste par årene har hun ikke alltid vært like blid. Ekstra tungt er det om høsten og vinteren.

**MAT OG MINDFULNESS.** Sammen med tredjeklassingen fra videregående, Molly Hjorth Johansen, er hun blant en håndfull ungdommer som de siste månedene før sommerferien brukte en ettermiddag i uka på et gruppebasert depresjonsmestringskurs i regi av to helsesøstre på Nøtterøy: Ida Sunneva Grotle og Marit Handeland.

– Jeg har problemer med sinnemestring og har vært mye lei meg etter noen episoder med venner som jeg føler har stukket av. Men etter å ha gått dette kurset har jeg forstått at jeg ikke er den

eneste som sliter med sinnet mitt, og jeg har blitt mye mer bevisst på hva jeg bruker energien min på, forklarer hun.

Kurset er et tilbud til ungdommer som føler seg nedstemt og moderat deprimert, ikke for de mest alvorlig deprimerte. Når Sykepleien kommer på besøk, har de sitt åttende av ti møter. Det skjer etter skolen og varer i to timer, så det hele starter med litt knekkebrød, frukt og te. Grotle drar det i gang med en liten mindfulness-øvelse. De slapper av, puster ut, lukker øynene og kjenner etter hvordan kroppen har det.

**BRYTER NEGATIVE TANKEMØNSTRE.** Deretter er det Handeland's tur til å foredra. I dag skal de repetere det de har lært, for kanskje å få noen nye aha-opplevelser. Hun reiser seg og tegner på flipoverark og peker på det hvite lerretet med power point-presentasjoner. Grafiske figurer skal gjøre det abstrakte lettere å forstå. Hun snakker om NAT (negative automatiske tanker) som kommer med lynets hastighet. Hun viser også et par apper de kan laste ned for å hjelpe til i tankesorteringsarbeidet. Da er det viktig å bli klar over hvilke tanker man kan klare seg uten (de røde negative tankene) og hvilke tanker som virker oppbyggende (de grønne positive tankene).

– Hvis du ligger og ikke får sove. Hva kan du gjøre da, spør Handeland.

– Jeg bruker å stå opp og kanskje ta litt vann, sier Johansen.

### Fakta

#### Tankeregulering

Teknikker for å bryte negative tankesirkler:

1. Skriv ned tanken og legg lappen vekk. Den kan hentes fram igjen når du ikke har det like vanskelig eller når du ersammen med en du stoler på.
2. Bruk en tenketank for å legge fra deg plagsomme tanker. Enten et fysisk sted, eller ved at du ser for deg at du legger dem vekk og låser dem inne, til du selv ønsker å hente dem fram igjen.
3. Sett av ti minutter til å skrive de negative tankene ned hver dag. Dette egner seg også dersom du ikke får sove eller våkner om natten. Etter hvert kan du skrive om mulige løsninger.
4. Noter vanskelige tanker på telefonen. Se over med jevne mellomrom og vurder tankene med selvhjelpstanke/spørsmål.
5. Stopp tanken ved å kommandere den til å stoppe eller rope «stopp!» inni deg. Effekten øker hvis du bruker en stoppbevegelse samtidig.
6. La alle negative tanker overstrømme deg. De kan ikke skade deg, de er bare tanker. Det er hvordan du forholder deg til dem som har betydning.
7. Oppsøk situasjoner der du opplever trøst og ro.
8. Gi deg selv ros. Overdriv gjerne.
9. Sett av tid til å tenke positivt, gjerne før du sovner. Hva er du takknemlig for? Har du gjort noe bra? Hva er det beste som har skjedd i dag?
10. Legg inn påminnere om gode tanker/tankebrudd på mobilen. Kilde: «Depresjonsmestring for ungdom», av Trygve A. Børve



Nye triks: Emily Cottingham (til venstre) og Molly Hjorth Johansen fra Nøtterøy har lært langt på vei å styre selv hva de skal føle.

– Ja, ikke oppsøk de vanskeligste tankene når du er alene. Hvis de kommer, kan du gjøre som Molly sa: Gjøre noe helt annet.

**PUSTER OG SKRIVER.** Emily Cottingham forteller at hun gjerne bruker pusteøvelser hvis hun merker hun blir urolig.

– Jeg liker å synge, og da er det ikke bra hvis stemmen hakker eller skjelver fordi jeg er nervøs. Da puster jeg inn med nesa og ut med munnen så jeg får tømt meg skikkelig for luft.

Handeland ber jentene se på tipsene i boka til hvordan de kan stoppe en negativ sirkel med vanskelige temaer og tanker.

Der står det ti råd.

– Hvilke bruker dere, spør hun.

– Jeg bruker gjerne å sette av ti minutter til

«Etter å ha gått dette kurset har jeg forstått at jeg ikke er den eneste som sliter med sinnet mitt.»

Molly Hjorth Johansen

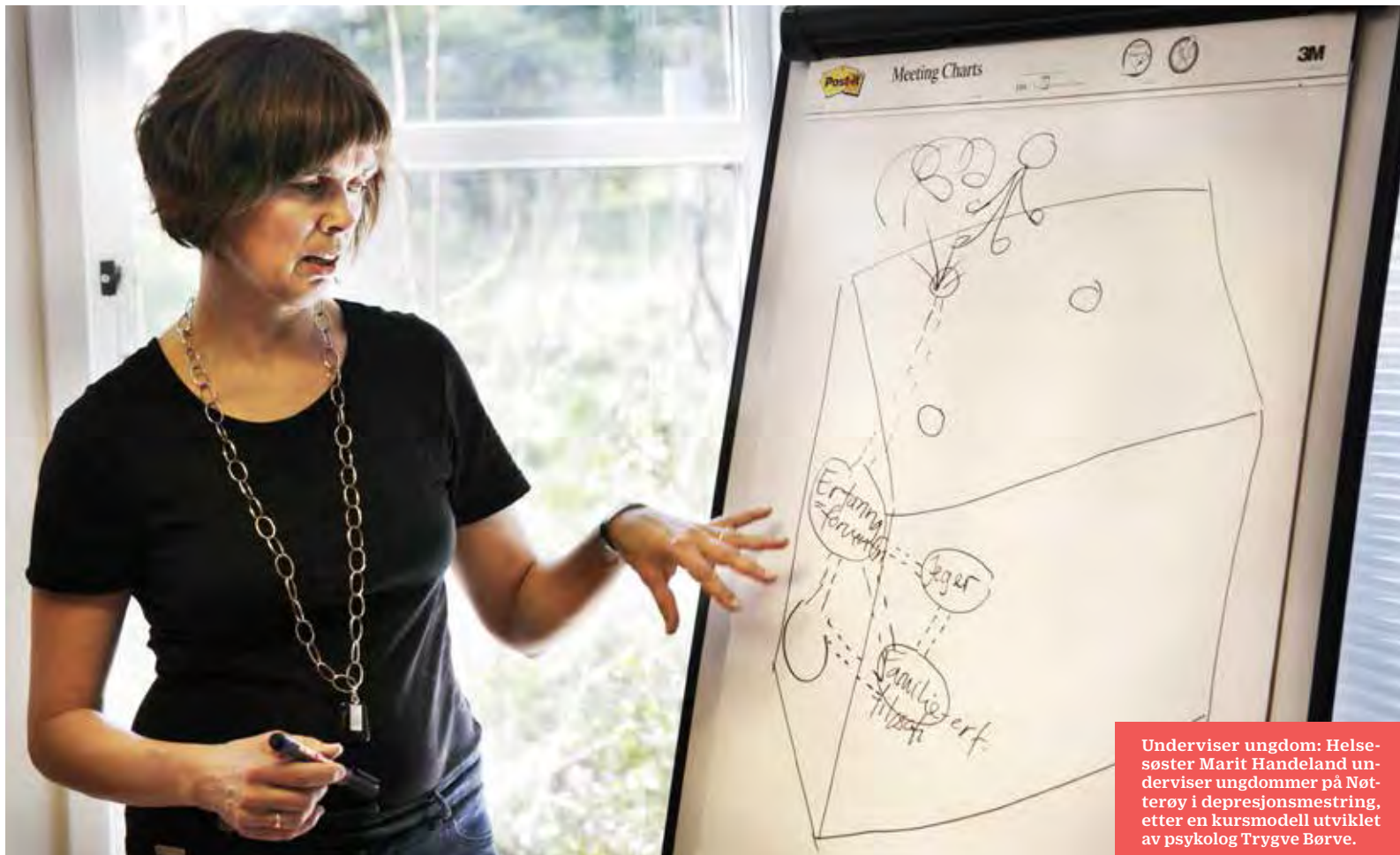
skrivning der og da, så blir jeg ferdig med det, svarer Molly Johansen.

Ingen av deltakerne blir spurt direkte. Det til-later ikke kursmetoden, som er utviklet av psykolog Trygve Børve fra Trondheim. Da blir det skummelt. Mange av dem som har erfaring med nedstemthet, sliter også med indre uro og angst.

**STRENG METODE.** Børve har gjort suksess med Kid-kursene for voksne (kurs i mestring av depresjon), som ifølge Handeland er fulltignet landet rundt. Ungdommene på Nøtterøy får en egen ungdomsvariant av Kid – et såkalt DU-kurs (depresjonsmestring for ungdom). Da får de blant annet en bok som består av teori og øvelser, delt inn i ti kapitler, ett for hvert møte. Selv har helse-søstrene vært på et intensivt og arbeidskrevende ukeskurs hos Børve for å lære seg DU-metoden.

Det store målet for ungdommene er å lære seg å forstå hvordan følelser knyttet til nedstemthet oppstår. Først da vil man kunne lære metoder for å motvirke og mestre nedstemthet.

– Det er en streng metode, mener Handeland.



Underviser ungdom: Helse-søster Marit Handeland underviser ungdommer på Nøtterøy i depresjonsmestring, etter en kursmodell utviklet av psykolog Trygve Børve.

Hun og Grotle er lojale mot formen. For eksempel skal deltakerne sitte ved langbord, og de må være fordelt mest mulig likt på begge sider av bordet. De skal alltid være to ledere. Foredragsholderen skal stå og gjerne bevege seg litt, mens co-piloten skal sitte. Når de stiller ungdommene spørsmål, skal det være av den reflekterende sorten, og kursholderne må gjerne by på seg selv, men ikke bruke eksempler fra eget liv.

– Akkurat det siste er en vanskelig balanse-gang, kan Handeland bekrefte.

Ellers bruker de gjerne rollespill, musikk og humor-filmsnutter fra YouTube for å illustrere det de vil frem til.

– De fleste liker kurset. Mange er overrasket over at de ikke må diskutere mer.

– Er det noe som ikke fungerer så bra?

– Jeg har fått et par telefoner fra bekymrede mødre som lurer på hva vi utsetter barna deres for. I begynnelsen kan vi sette i gang prosesser som gjør at noen kan virke mer deprimerede enn før. Derfor vil jeg involvere foreldrene mer gjennom et informasjonsmøte, forklarer Handeland.

**TANKEN KOMMER FØR FØLELSEN.** Molly Hjørth Johansen har hørt om det at følelsene er et signal på tankene vi har, da hun hadde psykologi på videregående. Emily Cottingham hadde ikke hørt om det før hun tok kurset.

– Men det er jo ganske naturlig, når man tenker seg om, sier hun.

– Hva har vært mest nyttig på kurset?

– Å lære å gjenkjenne negative tankemønstre, sier Johansen.

– At jeg har lært meg å «høre» hva jeg føler og å forstå at det ikke bare er meg som føler det slik, sier Cottingham.

Hun slenger sekken over skulderen for å gå på øving med bandet, men rekker en liten oppsummering først:

– Jeg har alltid vært høylytt og utadvendt og forventet mye av vennene mine. Ikke for å skryte, men jeg har alltid vært i godt humør og godt likt av vennene mine. Derfor var det overraskende for meg at jeg plutselig stupte i niende og tiende. Nå har jeg lært meg å slippe litt taket i venner, og vet at det hovedsakelig er meg som kan hjelpe meg

selv. Jeg håper det ordner seg når jeg kommer på videregående, for jeg vil jo ha venner!

**TRE KURS.** Til sammen har helsesøstre holdt tre DU-kurs for kommunens unge mellom 13 og 20 år, siden de startet i 2013.

– Noen skaller av ganske fort, andre faller av litt seinere fordi de synes de har lært nok, mens mellom fire og seks pleier å fullføre, forteller Marit Handeland.

Det er ikke alltid like lett å gjette hvem som kommer til å fullføre.

– Det har vært ganger jeg har vært sikker på at nå har vi mista en, men så har vedkommende kommet igjen og igjen. Jeg traff nettopp ei slik jente som gikk på det første kurset vårt i 2013. Hun fortalte at hun hadde hatt stor nytte av kurset, og det gikk mye bedre for henne nå.

– Hva tenker dere når dere får sånne tilbakemeldinger?

– Da får vi skikkelig guts. Sånn «Yess!

Vi har en meningsfull jobb!». •  
eivor.hafstad@sykepleien.no



**ÅRETS UNGDATA**  
Ungdata 2014 er basert på svar fra nær 110 000 skoleungdommer på 8.-10. trinn, fordelt på 260 kommuner, og nær 46 000 ungdommer i videregående opplæring.

### Depressive symptomer

En av fire jenter sliter fra tiende klasse med depressive plager. Bare hver fjortende gutt i samme alder sier det samme.

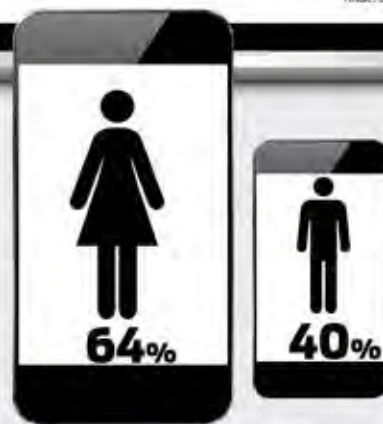
Mest vanlig er typiske stress-symptomer som at alt er et slit eller at de bekymrer seg for mye. Men noen har også søvn-problemer, følt seg ulykkelig, trist eller deprimert, stiv eller anspent eller følt håpløshet med tanke på framtida. Kilde: Ungdata 2014



### Sosiale medier og dataspill

64 prosent av jentene og 40 prosent av guttene er mer enn én time på sosiale medier hver dag. 10 prosent av jentene og 63 prosent av guttene spiller dataspill mer enn én time hver dag.

Kilde: Ungdata 2014



### Selvfølelsen koblet til utseendet

Det er tiendeklassingene som er minst fornøyd med seg selv. Så mange som hver tredje 15-16-årige jente er ikke fornøyd, mot nesten hver niende blant guttene.

For jentene henger selvfølelsen spesielt sammen med hvor fornøyd de er med utseendet sitt. Av de jentene som er misfornøyd med utseendet, er det bare 35 prosent som er fornøyd med seg selv. Av de guttene som er misfornøyd med utseendet, er 62 prosent fornøyd med seg selv. Kilde: Ungdata 2014



### Antidepressiva

Over 4000 unge jenter og i underkant av 2000 unge gutter tok antidepressive legemidler i 2013.

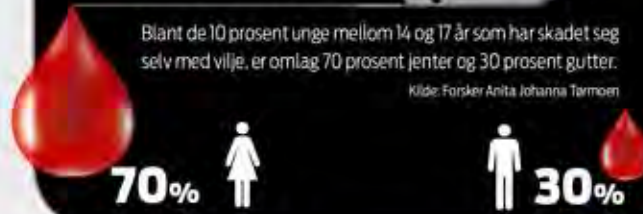


Kilde: Folkehelsesrapporten 2014

### Selvskading

Blant de 10 prosent unge mellom 14 og 17 år som har skadet seg selv med vilje, er omlag 70 prosent jenter og 30 prosent gutter.

Kilde: Forsker Anita Johanna Tarmo



### Fysiske plager

Fra tiende trinn og utover på videregående sliter en av fem jenter daglig med fysiske plager, mot cirka en av 13 gutter. Hodepine, magevondt og smerter i nakke, skuldre, ledd og muskulatur er mest utbredt. Kilde: Ungdata 2014



### Spiseforstyrrelser

Folkehelseinstituttet antar at ni av ti med anoreksi eller bulimi er jenter.



• Grafikk Sissel H. Vetter



# Store kjønnsforskjeller.

«Vi ser en urovekkende utvikling innen psykisk helse for jenter over tid.» Patrick Lie Andersen, forsker

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M Sundt**



I sommer kom den tredje Ungdata-rapporten fra Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA), siden starten i 2010. Den viser at norsk ungdom stort sett har det bra, med et stort MEN: Siden 2010 har det vært en økning for jentene og en nedgang for guttene på depressive symptomer.

**DOBLING I OSLO.** I Oslo har det vært en dobling av depressive plager for jentene siden 1996. For guttene var det først en svak økning fra 1996, men en nedgang siden 2012. Det viser Ung i Oslo-rapporten for 2015 som kom i september. Der er nesten hver tredje jente siste året på videregående plaget av depressive symptomer, mot en av åtte gutter. 40 prosent av oslojentene er plaget av at alt er et slit, og 40 prosent sier de bekymrer seg for mye.

– Vi ser en urovekkende utvikling innen psykisk helse for jenter over tid. Dette er det mest alarmende funnet i hele Ung i Oslo-rapporten, sier prosjektleder Patrick Lie Andersen.

Ved NOVA skal forskerne gå dypere inn i materialet og se på mulige årsaker til at det er slik for jentene. Arbeidet er planlagt ferdig til neste sommer.

**VESTLIG UTVIKLING.** Den siste Folkehelse-rapporten fra 2014 viser også liknende kjønnsforskjeller i egenrapporterte psykiske plager blant unge mellom 16 og 24 år. Det gjelder også bruken av antidepressiver, som har økt blant unge mellom 15–19

år. Over 4000 unge jenter og i underkant av 2000 unge gutter tok antidepressive legemidler i 2013.

Ved selvsykdom er det stor overrepresentasjon av jenter. Forsker Anita Johanna Tørmoen viste i 2013 at blant de 10 prosent unge mellom 14 og 17 år som har skadet seg selv med vilje, er om lag 70 pro-

«Funnene strider med hva man vanligvis har tenkt på som risikofaktorer til psykiske plager hos unge.» Anders Bakken, forsker



sent jenter og 30 prosent gutter. Guttene er derimot overrepresentert på selvmordsstatistikken.

Anoreksi og bulimi er en annen gjenganger hvor jentene er i flertall. Folkehelseinstituttet antar at ni av ti med disse to spiseforstyrrelsene er jenter.

Også i Sverige har de psykiske problemene økt siden 90-tallet, spesielt hos unge jenter fra 15–24 år, ifølge rapporten «Barn och unga 2013». 32 prosent av svenske unge jenter sliter med angst,

sammenliknet med 14 prosent av jevn gamle gutter, viser tall fra 2011.

– I litteraturen ser vi at hele den vestlige verden har hatt samme utvikling de siste 20–30 årene, sier prosjektleder for Ungdata, sosiolog og forsker Anders Bakken.

**FORSKEREN.** Bakken mener det er grunn til å være bekymret over at gapet mellom guttene og jentene øker:

– Det er et paradoks i det hele fordi funnene strider med hva man vanligvis har tenkt på som risikofaktorer til psykiske plager hos unge. Rusbruk er på vei ned, mobbing øker ikke, det er ikke flere familiebrudd og kommunikasjonen mellom unge og deres foreldre er bedre.

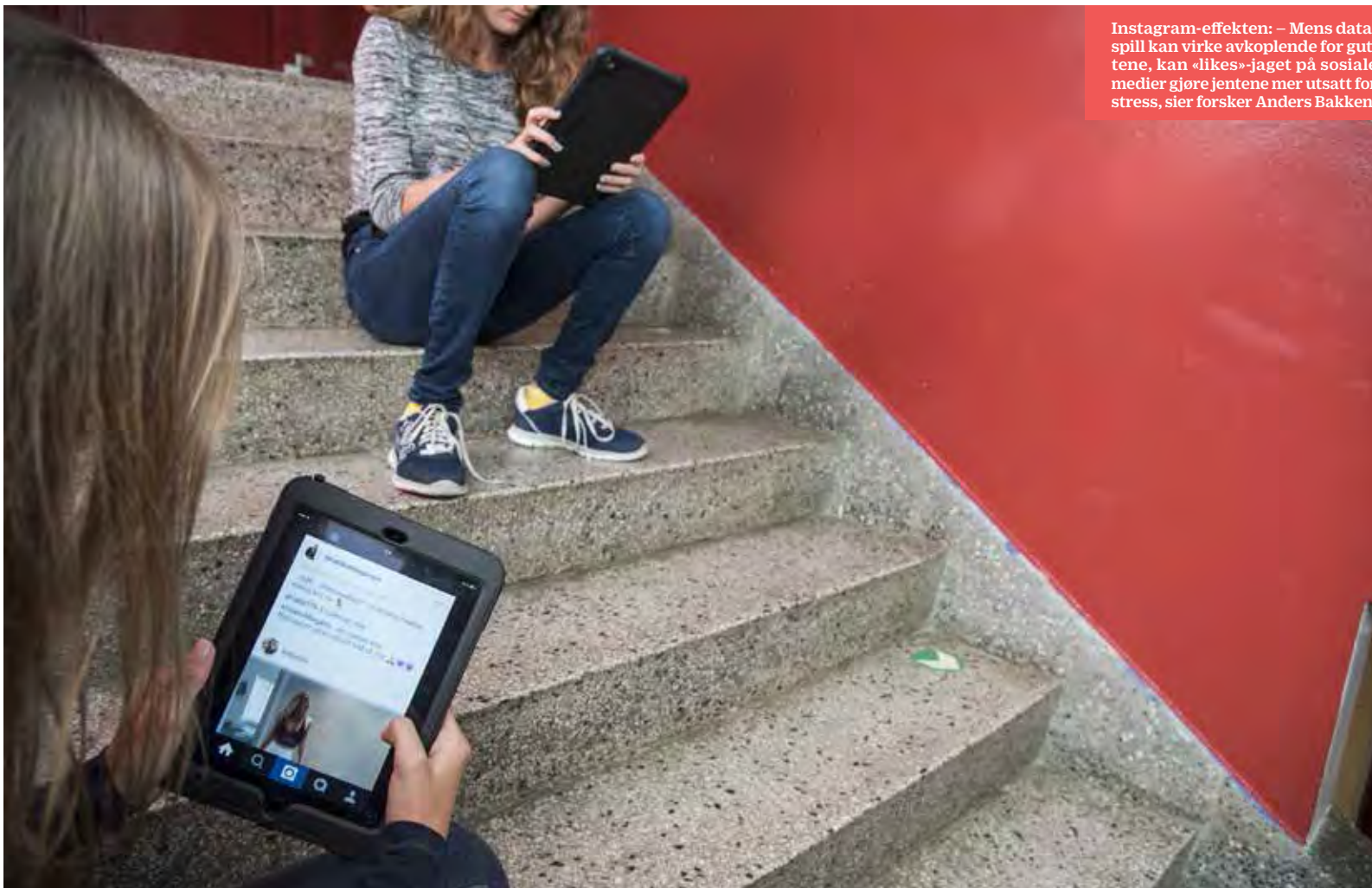
– Hvorfor er jentene mer utsatt, da?

– Jeg har to hypoteser: Det ene er den økte oppmerksomheten rundt skole. Høyere utdanning er en viktigere inngangsport til voksenlivet enn det var før. Vi vet at flere jenter tar høyere utdanning, de trenger derfor å lykkes med karakterene i større grad enn guttene.

– Det andre er de teknologiske endringene. Gutter spiller dataspill mens jentene er på sosiale medier. Dataspill gir guttene en avkopling, mens sosiale medier gjør jentene enda mer utsatt for stress ved at de hele tiden skal fremstå vellykkete, mener Bakken.

**PSYKOLOGEN.** Per Are Løkke, spesialist i klinisk





Instagram-effekten: – Mens data-spill kan virke avkoplende for guttene, kan «likes»-jaget på sosiale medier gjøre jentene mer utsatt for stress, sier forsker Anders Bakken.

barne- og ungdomspsykologi, advarer mot overflatiske tolkninger av selvrapporing.

– Jeg tror de unge guttene underrapporterer psykiske symptomer. De kopler seg av bak dataen og kjenner ikke etter hvordan de har det. De overvurderer seg selv, slik vi vet menn gjerne gjør når de blir spurt om hvor mye husarbeid de gjør. Det er ikke maskulint å være deppa eller engstelig, sier han.

Forsker Anders Bakken kan være med på at enkelte gutter underrapporterer, men mener det ikke forklarer endringene de ser over tid der flere jenter og færre gutter rapporterer om psykiske plager.

Psykolog Løkke medgir at den moderne jente-psyken er et firehodet monster av depresjon, selvskading, angst og anoreksi, med hyppige anfall av kontrollmani og vrangforestillinger.

Som mulige årsaker peker han på høyere prestasjonsidealer og en historisk samfunnsutvikling: Det er blitt vanskeligere å løsrive seg fra foreldrene fordi rollene i dag er så like foreldregenerasjonens roller.

– Da vil jentene som er opptatt av å være omsorgsfulle og relasjonelle slites mer enn guttene, fordi de i større grad kjenner ubehaget i kroppen når de er styrt av plikt og samvittighet. De har heller ikke noe språk for det ubehagelige som ligger i dem.

**GRÅTER HOS LÆREREN.** Per Samuelson har vært lærer siden 1989, de siste 14 årene på Nøtterøy videregående skole. Han opplevde aldri at jentene gråt når de fikk dårlige karakterer før. Det gjør han nå.

– Karakterjaget har blitt verre. Det har kommet de siste seks-syv årene. Noen gråter fordi de opplever karakteren urimelig, andre gråter fordi de er skuffet over seg selv. De stiller høye krav til seg selv og speiler seg i karakterene sine. Læringen har blitt mer instrumentell der det eneste som teller er karakterene, ikke hva du lærer, sier han.

Samuelson tror årsaken har å gjøre med New Public Management. Ideologien gjennomsyrrer mye av offentlig sektor, også helsetjenesten, som har fått innsatsstyrt finansiering.

– Konkurransenkenningen har fått fritt spillerom. Man prøver å få til individualisert tilpassa opplæring der lærerne må passe på at elevene setter seg mål – gjerne et karaktermål. Så blir skolen målt etter karakterene på elevene. Nei, det er et tankekors at BI har overtatt mye



→ av leder- og rektorutdanningen, sier Samuelsen, som også har representert partiet Rødt i kommunestyret.

– Merker du andre forandringer med elevene siden du ble lærer?

– Ja! De er generelt mindre politisk inter-



essert. De leser nesten ikke aviser eller lange tekster, bare nettaviser og sosiale medier. De får bare med seg fragmenter. Før var det mer trøkk i dem. De var antiautoritære og mer opprørske. Nå mener de det samme som eliten og foreldrene. De er veldig snille mot hverandre, det er lite mobbing. Men flere har blitt engsteligere for å legge ting fram for klassen. Det er flere som ber om å få slippe, fordi de har prestasjonsangst for karakteren. Ellers er det en veldig utseendefokusering. Jeg tror ikke det er mange som går med de samme klærne to dager på rad.

**FLERE GÅR TIL HELSESØSTER.** 40 prosent av jentene og 29 prosent av guttene i Ungdata sier de har oppsøkt helsesøster eller skolelege det siste året. Det stemmer godt med inntrykket til helsesøsterleder Kristin Sofie Waldum-Grevbo i Norsk Sykepleierforbund:

– Helsesøstre rapporterer at det generelt er flere som kommer til skolehelsetjenesten med psykiske plager. Samtidig er det flest jenter som oppsøker tjenesten, sier hun.

May Ullnæss har vært helsesøster ved Gjet-tum ungdomsskole i Bærum i 15 år, og er ikke i tvil om at det er mer psykiske plager nå, spesielt hos jentene.

– Det var ikke så mye tristhet før. Heller ikke mobiler. Det er blitt mer individuelle krav, presentasjoner og fremføringer på skolen. Til og med i musikk må de fremføre alene. I mat og helse har en liten gruppe ansvaret for en tre-tretters meny. Slikt kan være utfordrende for noen.

Hun ramser opp andre faktorer hun tenker umiddelbart som mulige årsaker: Karakterjag, perfeksjonisme, kroppsfokus, samfunnsutviklingen, media og forventninger fra foreldre. ● eivor.hofstad@sykepleien.no

## Hvordan kan vi få sterkere unge jenter?



1

### Kristin Thue

Redaktør i det feministiske nett-magasinet Under Arbeid

Jenter lærer at utseendet er det viktigste ved dem fra bleiestadiet. tenåringsjenter eksponeres for ti timer media hver dag, og kvinnefremstillingen i media er ofte objektiviserende og hyperseksualisert. Samtidig lever Madonna/skjøge-komplekset i beste velgående, jenter skal være sexy – ikke seksuelle. Vi må hjelpe jentene med å bryte barrierene samfunnet setter for hvem de kan være. Skjønnhet må ut, personlighet må inn. Hvorfor blir jenter deprimerede? Fordi det de gjør blir feil uansett. Kravene er uoppnåelige. Jenter kan ikke vinne.



2

### Per Are Løkke

Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Det handler blant annet om å få mer likestilling mellom kjønnene og at jentene må få lov til å være seg selv. Vi må understøtte den voldsomme kraften som ligger i det noen har kalt jenters relasjonelle individualisme. Her ligger fremtiden, men jenter må fremdeles lære seg å sette grenser mot andre og dermed våge å skuffe. De må også frigjøres av samfunnet fra sin plikt-moral og støttes til å satse alt på en interesse.



3

### Kristin Sofie Waldum-Grevbo

Leder av Landsgruppen for helsesøstre NSF

Opplevelsen av å skulle prestere er sterk i dag. Ved å være positivt nysgjerrig kan voksne komme i posisjon og bidra til å senke stressnivået gjennom felles undring og samtale. Helt konkret ved å være mer interessert i hvem ungdommene er, enn hvordan de presterer. Vennskap er også viktig for trivsel og gir styrke. Alle som er rundt elevene på skolen har derfor en viktig rolle med å legge til rette for et godt skolemiljø. Voksne kan tro at ungdom er uinteressert i kontakt. Det er de ikke, de er spennende samtalepartnere.



4

### May Elisabeth Ullnæss

Helsesøster ved Gjet-tum skole i Bærum

Vi må få dem til å senke skuldrene og lære dem at godt er godt nok. De må lære å tabbe seg ut og gi litt mer blaffen. Kanskje de trenger et bøllekurs? Vi bør kunne tilby noe spesielt til dem som skiller seg ut, de som vi stadig er bekymra for. De må begynne med å endre tankesettet sitt. Og så må foreldre slutte å gi penger for gode karakterer! Det er en dårlig løsning som bare legger mer press på de unge, spesielt jentene.

# Har psykisk helse på timeplanen

**BÆRUM:** I fjor lærte disse niendeklassingene å tenke «grønne» alternative tanker hvis livet går dem imot. I år skal de ha «jentesnakk» og bli tryggere på seg selv.

– Vanligvis får jeg rundt 50 likes på bildene mine på Instagram, forteller Martine Dieset som akkurat har begynt i niende klasse ved Gjetlum skole i Bærum.

– Hva ville du tenkt hvis det en dag bare var tre?

– Kanskje vennene mine er på hytta eller et sted uten internett-tilgang. Eller kanskje de er opptatte. Jeg ville ikke tenkt at ingen liker meg, sier niendeklassingen.

Hun har nemlig lært hvor destruktive de «røde» vonde tankene kan være, og hvor viktig det er å tenke alternative forklaringsmodeller (de grønne hjelpsomme tankene) til det som skjer. I fjor ble alle åttendeklassingene ved Gjetlum skole kurset i dette av helsesøster May Ullnæss.

## PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP.

Politikerne i Bærum har bestemt at alle femte- og åttendeklassinger i kommunen skal lære psykologisk førstehjelp, basert på skrinet utviklet av barnepsykologspesialist Solfrid Raknes. En sentral del er hjelpehånden med rød- og grøntanker.

– Jeg bruker hånden i samtale med elevene som et hjelpemiddel til å rydde når tanker og følelser blir vanskelige og uoversiktlige, sier Ullnæss og viser hånden hvor hver finger er et trinn i tankeprosessen:

Tommeltott - hva skjer?

Pekefinger - hvilken følelse får jeg?

Langfinger - hvilke rødtanker får jeg?

Ringfinger - hvilke grøntanker kan jeg komme på?

Lillefinger - hva kan jeg gjøre?

Håndflaten - Hvem kan hjelpe meg?

**FLERE OPPLÉGG.** Helsesøster Ullnæss skryter av at rektor Gunvor Alderslyst har satt psykisk helse så ettertrykkelig på dagsorden ved skolen, mens rektor på sin side

skryter av hvor flink Ullnæss er til å komme med opplegg som passer å integrere i undervisningen. Skolen har også en ung miljøterapeut, og både han og helsesøster Ullnæss er synlig til stede på skolen og samarbeider tett med lærerne.

I tillegg til psykologisk førstehjelp en time i åttende, er May Ullnæss også en sentral bidragsyter for at hele skolen en hel uke før jul får undervisning i «Alle har vi en psykisk helse». Videre har niendeklassene kjønnsdelte grupper med jentesnakk og guttesnakk en gang i uka mellom 8-12 ganger. 10-klassingene får opplæring i avslapningsøvelser og elever som har opplevd samlivsbrudd får egne samtalegrupper med seks møter per gruppe.

**TIMER FRA UDV-FAGET.** – Hvor tar dere disse timene fra?

– Vi har skrappt noen minutter fra ulike fag til en time i uka som kalles Gjetlum-tid. I tillegg har vi hentet en del fra UDV-faget. Det er jo et fag som handler om å bli kjent med seg

«Vi er en I-pad-skole og har åpnet for at elevene kan levere enkelte ting på film.»  
Gunvor Alderslyst, rektor

selv, sine styrker og interesser og lære seg å ta valg, noe som de også får gjennom undervisningen i psykisk helse, sier Alderslyst.

Ullnæss skulle ønsket seg enda mer målrettet innsats for de jentene som sliter mest i tiende.

– I tiende er det så mye som skjer. De skal løsrive seg, søke skole og stresser med karakterene. Alt kommer opp. Jeg har bedt om å få en psykologisk førstehjelpsgruppe for

dem, der de kan øve seg enda mer på å bruke de grønne tankene.

**FILMER SEG SELV.** Prestasjonskravene i norsk skole har blitt mer indvidorienterte. Fremføringer alene foran hele klassen er vanlig. Rektor forteller at de stadig diskuterer hvordan de kan få samlet opp nok grunnlag til å sette de to årlige karakterene uten at det blir for tilfeldig eller en for tung situasjon som elevene gruer seg til.

– Vi er en I-pad-skole og har åpnet for at elevene kan levere enkelte ting på film. For eksempel trenger

de ikke slå hjul foran hele klassen for å vise gymlæreren at de kan det. De kan få en venn eller foreldre til å filme seg mens de gjør det alene, sier Alderslyst.

– Merker du forskjell på elevene etter all denne satsningen på psykisk helse?

– Vanskelig å si, siden elevgruppene skiftes ut hele tiden. Men vi har fått et språk rundt følelser og tanker, og en bevissthet rundt hvor viktig det er å være i seg sjøl. Skolen skårer høyt på trivsel, men jeg skulle gjerne hatt en helsesøster til! ●

eivor.hofstad@sykepleien.no





# Øver på å jobbe i team

**På lag.** Nå er det obligatorisk for lege- og sykepleierstudenter å simulere teamarbeid sammen.

● Tekst og foto **Marit Fonn**

**K** vinnen i sengen ynker seg:  
– Åååh, jeg har så vondt.  
Hun har grunn til å klage, for hun er knivstukket i magen.

– Ikke gjør det!

Hun liker ikke at sykepleieren prøver å sette en maske over munnen hennes. Personalet gjør så godt de kan for å hjelpe pasienten. De ser ikke at hun har gjemt noe i den ene hånden sin.

Men pasienten er en dukke, stemmen tilhører en sykepleielærer i rommet ved siden av og helsepersonalet er studenter. De simulerer teamarbeid når det haster. Stedet er Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) i mai. Det er nå et obligatorisk dagskurs for både sykepleier- og legestudentene å øve seg på å kommunisere i akutte situasjoner.

**RAMLET FRA STIGEN.** I et annet rom er et annet team i aksjon.

– I need some painkillers!

En utenlandsk mann ligger på bakken og roper på smertestillende. Han er håndverker og har ramlet ned fra en stige. Mannen har allerede fått på seg nakkekrage, og et blødende sår på låret blir komprimert.

Akutteamet gir jernet for å redde ham, selv om mannen er av plast og ytringene hans kommer fra lærerens munn.

**«I need some painkillers!»**

Skadet håndverker

Det simuleres på løpende bånd her i sykepleierutdanningens nye og velutstyrte lokaler: Åtte grupper er i sving i dag, og de har fire øvelser hver. Hver dag hele uken er det nye grupper.

Når lege- og sykepleierstudentene snart blir profesjonelle, kommer de til å samarbeide tett. Men i utdanningen har de bare denne ene dagen til å øve sammen.

– De lærer først og fremst å samhandle. De får en forståelse av hvordan de skal ta imot pasienten sammen og for egen yrkesrolle, sier Kari Arntzen, som er høyskolelektor og har ansvar for sykepleierstudentene på simuleringskursene på HiOA.

Hun har stor tro på nytteverdien av felles trening.

– Ellers hadde vi ikke gjort det. Kurset er dyrt og avansert. Det har høy prioritet, forteller Arntzen.



Samhandler: Caroline Helmér (t.v.) simulerer undersøkende lege og klarer å snakke rolig med den utagerende pasienten. Sykepleierne har spesifikke oppgaver å utføre, noe som ikke er bare bare når det haster.

## Fakta



### Simuleringskurs

- Sisteårsstudenter i sykepleie og medisin simulerer sammen i akutte situasjoner.
- Et samarbeid mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).
- Kurset er obligatorisk. Det varer én dag med fire simuleringer og teori om kommunikasjon.
- Lærerne fra begge utdanningene er veiledere.
- Foregår en uke hvert semester i simulerings- og ferdighetsenheten på sykepleierutdanningen på HiOA. Opp mot 600 studenter og 50 lærere deltar årlig.
- Bygger på BEST (bedre og systematisk teamtrening).

Hun understreker at kurset dreier seg om ikke-tekniske ferdigheter. Før hver simulering får studentene teoriundervisning om ulike typer kommunikasjonsverktøy.

**PASIENTENS STEMME.** Kvinne dukken maser. Legen kjenner på buken. Må hun opereres straks? En sykepleier fikler med masken, en annen somler med å stikke veneflonen hun har fått beskjed om å sette. En tredje måler blodtrykket. Teamleder sier ikke så mye, men har et våkent blikk på de andre. Kurvefører noterer, også hun er stille.

- Jeg vil ikke ha den! roper pasienten.
- Fortsatt er det masken hun misliker.
- Du må ha den på, vi undersøker deg, sier legen rolig til den utagerende damen.
- Mens øvelsen pågår, går kamera. Bak et vindu

sitter høyskolelektor Carmen Louwerens og følger nøye med. Hun ynker seg, klager, svarer på spørsmål fra legen. Hun er pasientens stemme.

Så er teamet ferdig, og gjennomføringen skal evalueres. Filmopptaket av dem selv blir vist på en skjerm i samme rom. Dukkepasienten ligger fortsatt i sengen, nå helt taus.

Den undersøkende legen får ros for å ha snakket så rolig med pasienten.

– Vi må alltid forholde oss til pasienten, selv om man kan bli frustrert over stadige avbrytelser, sier Louwerens, som er tilbake i veilederrollen og snakker med sin vanlige stemme.

**DIKTET OPP FØDSELSDATOEN.** Sykepleieren som skulle sette veneflonen, innrømmer at hun ikke gjorde det på

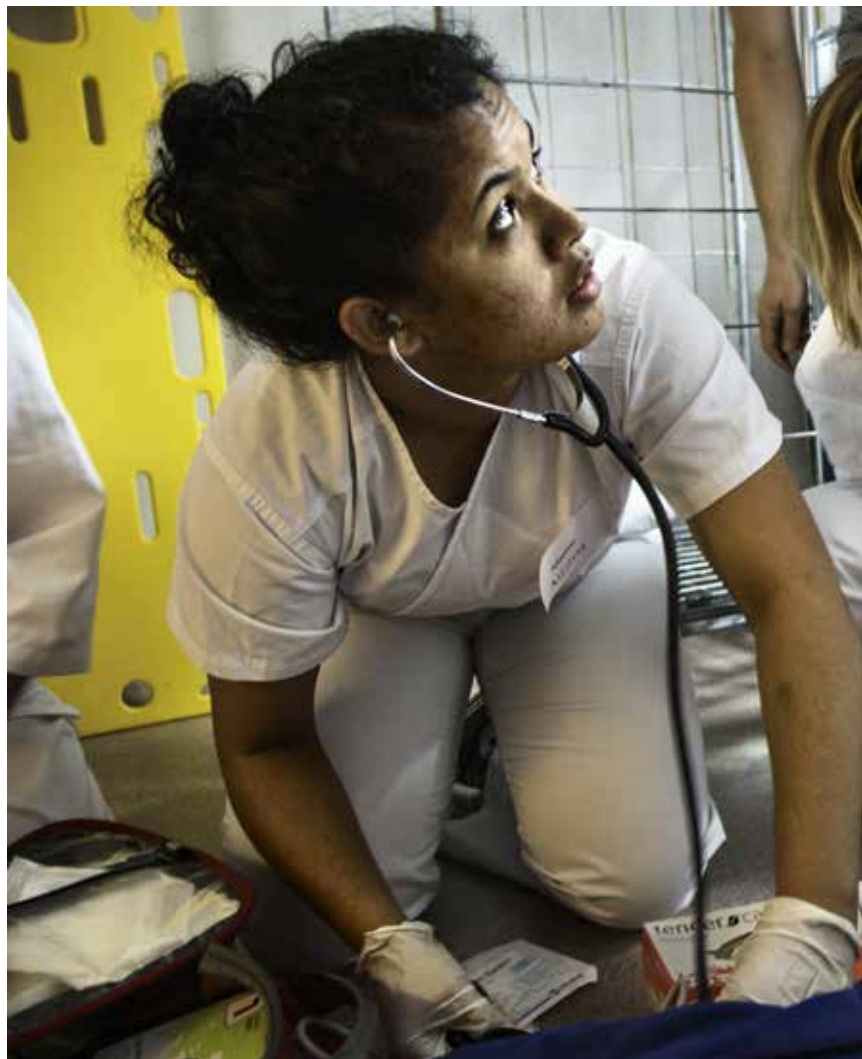




Skjult: Ingen oppdaget pillene pasienten hadde skjult i hånden. Det kunne gitt nyttig informasjon om pasienten, poengterer veileder Jo Inge Myhre.



Forbereder: Veilederne gjør klar den skadde håndverkeren, som altså er av plast, før studentene kommer.



→ ordentlig, for det var jo bare simulering. Lærerne mener hun burde gjort det. Poenget er å gjøre hele prosedyren for å få et reelt bilde av tidsbruken.

– Det jeg er ute etter, er at det haster litt, forklarer legelærer Jo Inge Myhre.

Lærerne vil at studentene skal handle som om det var blodig alvor.

– Var det nødvendig med maske når pasienten puster selv? spør legelæreren, og studentene skjønner at svaret er nei.

Sykepleielæreren spør: – Hvem er pasienten? En typisk lege- eller sykepleierstudent?

Studenten som var kurvefører tar hintet:

- Du tenker på det med narkotika?
- Ja, og hvis dere hadde lest journalen, ville dere funnet ut at pasienten er blandingsmisbruker

### «Kanskje kunne du hatt mer «hands on», men da ville du fått mindre oversikt.»

Jo Inge Myhre, lege og veileder

med hepatitt C. Sjekk alltid id-en, altså! Det høres banalt ut, men man må bare gjøre det. Så fort man hører «traume», går hanskene på, sier sykepleielæreren.

Hun spør videre:

- Hva heter pasienten? Når er hun født?
- Jeg kom ikke så langt. Jeg vet ikke om hun

heter Karoline eller Pauline. Og jeg fant på en fødselsdato, medgir kurvefører.

**CLOSED LOOP.** Studentene får et godt råd:

– Lytt til pasienten. Om knivstikkeren løp mot pasienten eller ikke, har betydning for skaden.

Legelæreren er opptatt av «closed loop», en metode som hindrer feil: Sier sykepleieren ved sengen «frie luftveier», skal den kurveførende sykepleieren bekrefte og si: «Frie luftveier notert!» Sier sykepleieren «puls er 129», skal kurvefører gjenta: «129 notert!». Moralen er: En beskjed er ikke gitt før den er bekreftet.

En legestudent hadde rollen som teamleder.

– Kanskje kunne du vært mer «hands on», men da ville du fått mindre oversikt. Ved å være mindre aktiv, som du var, fikk du mer oversikt.



På gaten: Sykepleierstudent Ajeitha Ulagananthan (t.v.) og medstudenten gjør alt for å redde den stakkars utenlandske pasienten som vil ha «painkillers».



Evaluering: Det var mye de ikke fikk med seg, erkjenner studentene. Veilederne Carmen Louwerens (som satt bak speilet og førte ordet for pasienten under simuleringen) og Jo Inge Myhre både påpeker og oppmuntrer.



## «Tunnelsynet de opplever på kurset, er enda verre i virkeligheten.»

Kari Arntzen, høyskolelektor

Det var lurt, sier han til legestudenten.

Han går bort til den knivstukne damen, løfter den høyre hånden hennes og viser det ingen av studentene oppdaget: En liten plastpose med piller. En slik observasjon rundt pasienten kunne gitt akutteamet relevant informasjon.

Studentene er overrasket over hvor mye de ikke fikk med seg. Men nå må de simulere samme scene en gang til, for Sykepleien trenger å filme dem. De er slitne og sultne, men etterpå er de glade: Det gikk mye bedre andre gangen!

**VERRE I VIRKELIGHETEN.** – Tunnelsynet de opplever på kurset, er enda verre i virkeligheten. Så det nytter å simulere, opplyser høyskolelektor Kari Arntzen.

Hun liker godt at studentene veiledes av

lærere fra begge utdanningene.

– Sykepleielæreren fungerer som rollemodell, studentene ser at det går an å samarbeide på like nivå på lærersiden.

For det er en kjensgjerning at studentene ofte går inn i de tradisjonelle rollene og tilpasser seg hierarkiet: Legestudentene er mest aktive, sykepleierstudentene har lett for å være mer forsiktige.

– På simuleringen får alle prøvd seg. Det er ikke farlig å gjøre feil. Farlig for stoltheten, kanskje, men ikke for pasienten.

Øvelsene skal være realistiske: Her må de håndtere alt fra buk- og hodeskade, til brudd og toraksskade. De jobber prehospitalt og på mottak. Ulykker kan skje på arbeid og i trafikken.

Kommunikasjonen innad i gruppene varierer:

– Mønsteret er at de blir mer aktive i løpet av

dagen. Hovedpoenget er å gjøre hverandre gode.

Arntzen har hørt fra sine studenter at de liker å lære hvordan legene tenker.

De synes det er mye bedre å simulere sammen med legestudentene enn bare med hverandre.

– Vi kan merke at sykepleiere i teamet ikke tør å si fra om egne observasjoner. I simuleringen oppdager de at deres vurderinger må fram for å få et helhetlig bilde av pasienten, sier Kari Arntzen. ●

[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)



Sykepleien APP  
og Sykepleien.no

### Se mer:

Se video av hvordan studentene øver, på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) og i Sykepleiens app.

## Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@perodvin  
Fridagen nærma sej!



@idasolfjeld  
Rooolig nattevakt



@idunandvik  
Du kan være sjuk, eg kan pleie!



@tereziitaa.  
I dag va eg en av de beryktede «grønn kledde» så spennanes og så lærerikt



@jannesolberg  
Ukens, om ikke viktigste, så mest prissatte, primærsykepleietiltak



@nango76  
Æ og min gode kollega på vernerunde i dag. Kjente litt på høydeskrekken, men det gikk bra



@skaajen  
Lørdagsvakt er unnagjort. God helg!



@gurorl  
Jeg er klar! Nok en jobbhelg i vente



@tuvatapetfjes  
That's how we roll

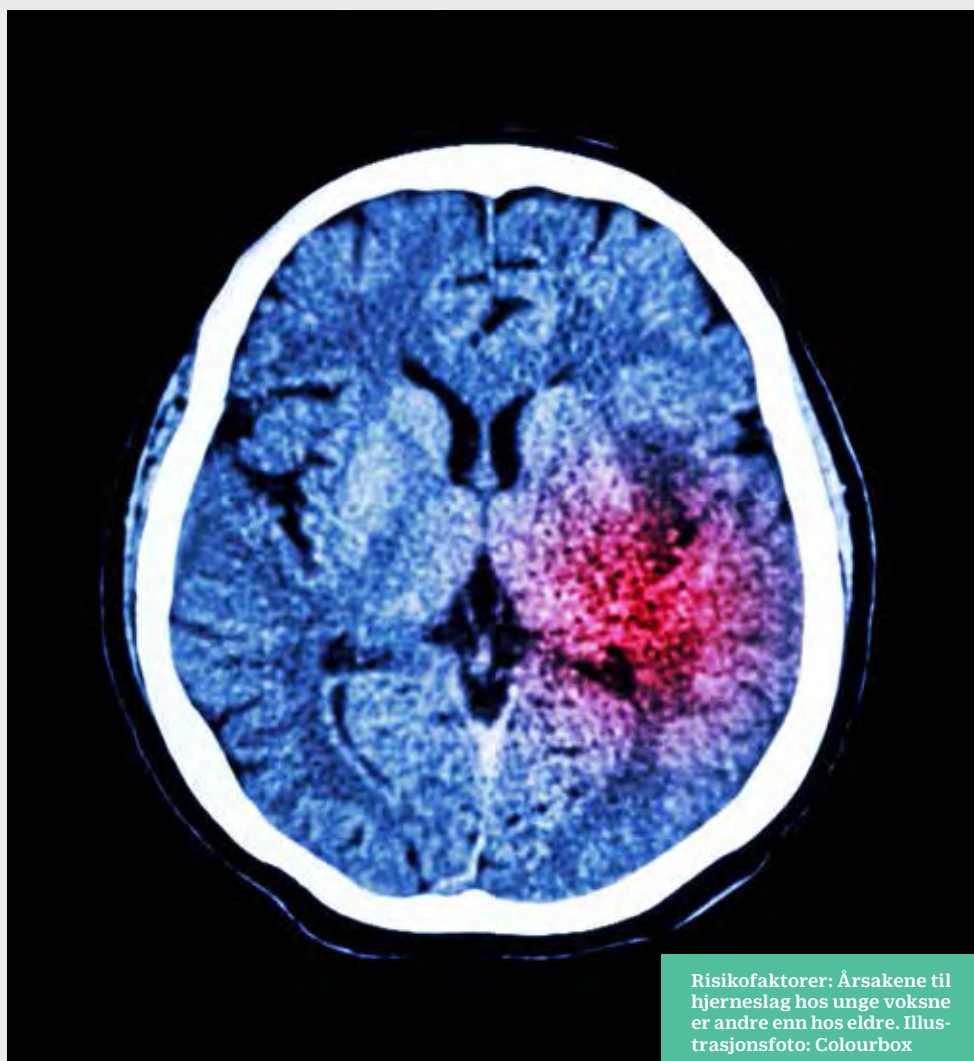




# Sykepleie

Del 2 Sykepleien 09 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Risikofaktorer: Årsakene til hjerneslag hos unge voksne er andre enn hos eldre. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Unge slagrammede

**Midt i livet.** Unge pasienter trenger en annen form for oppfølging enn eldre etter hjerneslaget. **42**



**Fagutvikling.** Sykepleie krever refleksjon. **46**



**Eldrepleie.** Åndelig omsorg i sykehjem. **56**



«Er det uetisk for en sykepleier å bli kjæreste med en tidligere pasient?»  
Elin Albrigtsen. **54**



**Forskerintervju.** Har forsket på deprimerte eldre. **48**



# UNGE SLAGPASIENTER FALLER UTENFOR

**Slagsykepleie.** Sykepleier har en viktig rolle i kartlegging, behandling og oppfølging av unge slagrammede.

## KARTLEGGINGSTUDIE

Artikkelen bygger på  
50 % praksis  
50 % teori



## DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55149



**Nadine Probst,** sykepleier, klinisk spesialist, slagenheten på Bærum sykehus.

**E**t hjerneslag inntreffer plutselig og ofte uten forvarsel. Selv om gjennomsnittsalderen ved hjerneslag er over 70 år, er det flere unge som opplever å få et hjerneslag.

**MIDT I LIVET.** De unge som rammes er ofte i utdanning eller jobb, har forsørgeransvar og er midt i et aktivt liv. Det er vist at de med flere kardiovaskulære risikofaktorer har høyere risiko for nytt slag og høyere dødelighet enn andre. Riktig diagnose, tidlig rehabilitering, igangsetting av forebyggende behandling og planlegging av videre rehabilitering skjer gjennom tverrfaglig samarbeid i slagenheten. Liggetiden etter et hjerneslag reduseres stadig, og det er derfor viktig at sykepleiere i slagenheten bidrar til god kunnskap om, kartlegging av og målrettede tiltak mot risikofaktorer.



**Anne Wergeland,** slagsykepleier og spesialsykepleier, Bærum sykehus

**UNGE RAMES.** Hvert år rammes over 15.000 mennesker i Norge av hjerneslag hvorav om lag 12 000 er førstegangsslag. Hjerneslag er, etter iskemiske hjertesykdommer og kreft, den tredje vanligste dødsårsaken i Norge og den hyppigste årsaken til funksjonshemming hos voksne (1). Dødeligheten i akutfasen er rundt 10 prosent. Blant dem som overlever har rundt to tredjedeler varig funksjonshemming



**Hege Ihle-Hansen,** dr. med. jobber og forsker på Bærum sykehus

mens over halvparten har preget kognisjon (2;3). Grunnet forventet økt levealder i befolkningen i de kommende år, forventes forekomsten av hjerneslag å øke (4). I tillegg ser vi en økning av unge med hjerneslag (5). Yngre defineres ofte som de under 50 år (6).

**SYMPTOMER.** Hjerneslag er en heterogen gruppe, og inkluderer cerebrale infarkter (rundt 80–85 prosent), intracerebrale blødninger (rundt 10–15 prosent) og subaraknoidalblødninger (rundt 5 prosent). De vanligste symptomene på et slag er halvsidige lammelser i ansikt, arm og/eller ben, balanseproblemer, nummenhet/endring i følesansen, taleforstyrrelser, synsforstyrrelse og kognitive problemer.

**RISIKOFAKTORER.** Kartlegging av vaskulære risikofaktorer og årsaken til slaget er viktig for riktig akuttbehandling, sekundærprofylakse, for å optimalisere rehabiliteringen og begrense nevrologisk følger tilstand (7). I slagenheten jobber vi teambasert og tverrfaglig. Alle yrkesgrupper, inkludert slagsykepleier, er involvert i kartlegging av risikofaktorer, tidlig rehabilitering, forebygging av komplikasjoner og planlegging av videre forebyggende behandling og rehabilitering. Modifiserbare risikofaktorer assosiert

med hjerneslag er høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet, røyking, diett med lavt innhold av frukt, grønt og fisk, diabetes, hyperkolesterolemi, høyt alkoholkonsum, depresjon og stress (7-10). Antall tradisjonelle risikofaktorer øker faren for nye slag og gir økt dødelighet etter hjerneslag hos unge (11;12). Det er imidlertid sjelden pasientene får langtidsoppfølging etter hjerneslaget. Det finnes få tilbud, og mange strever.

**ÅRSAKER.** Årsakene til hjerneslag hos unge voksne skiller seg noe fra årsakene hos eldre (11;13). Hos pasienter under 40 år er det særlig karotidisseksjon som er hyppig, mens det for de over 40 år er arteriosklerose, småkarsykdom og kardiale embolier som dominerer (11). Særlig hos yngre kan det via en åpentstående åpning mellom høyre og venstre hjerteforkamre (foramen ovale) komme små embolier/blodpropper fra dype vener i bena over i hjernens sirkulasjon, en såkalt paradoks embolisering (14). Høyt blodtrykk og diabetes er tradisjonelt sett oftere assosiert med småkarsykdom, mens røyking antas mest relatert til storkarsykdom (15).

Hos yngre er hjerneslag hyppigere hos kvinner enn hos menn. Dette antas å ha sammenheng med graviditet, fødsel, amming og p-piller. Andelen med atrieflimmer hos

## Fakta ●●●

### Hovedbudskap

Risikofaktorer ved hjerneslag hos unge og eldre pasienter er veldig forskjellige. Unge slagrammede er i en annen fase i livet og faller ofte litt ut av systemet etter utskrivelse fra slagenheten. Derfor er det ekstra viktig å få kartlagt årsaker, risikofaktorer og starter rask behandling, samt at man setter i gang god sekundærprofylakse. Informasjon, motivasjon til varig forandring og tett oppfølging av livstilomlegging etter utreise fra sykehuset er nødvendig og burde vektlegges mer.

### Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjerneslag
- Alkohol
- Blodtrykk
- Ernæring
- Livsstil

de under 50 år er forventet mindre enn 2 prosent (16). Hos yngre pasienter med hjerneinfarkt har imidlertid de fleste en eller flere av de kjente risikofaktorene (17).

**VÅR STUDIE.** Som ledd i et større forskningsprosjekt om risikofaktorer og kognitive endringer etter hjerneslag, kartla avdelingens slagsykepleiere risikofaktorer for hjerneslag hos yngre. Kunnskap om risikofaktorer er viktig både i utredning av mulige årsaker til hjerneslag og for igangsetting og oppfølging av best mulig forebyggende behandling.

Fra februar 2007 til juli 2008 ble pasienter med førstegangs hjerneslag eller TIA (transitorisk iskemisk angrep/drypp) innlagt i slagenheten på Bærum sykehus, Vestre Viken HF, inkludert i hovedstudien. Sykehuset har ansvaret for rundt 165 800 personer i Asker og Bærum kommunene.

**INKLUSJON.** Slagsykepleier i slagenheten vurderte alle pasienter for inklusjon i studien og deltok i informasjonen om prosjektet, inklusjonen og innhenting av sykdomsopplysninger. Videre bidro slagsykepleier til kartlegging av vaskulære risikofaktorer gjennom måling av vekt og høyde for beregning av body mass index (BMI) og måling av midje og hofte for beregning av midje-hofteforhold. De tok også opp pasientens forhold til røyking og kartla andre livsstilsfaktorer som stress, alkoholvaner, kost og trening. Høyt blodtrykk ble definert som behandlet blodtrykk før hjerneslaget og hyperlipidemi som total kolesterol >5,0 og/eller LDL >3,0 (18).

**MÅLINGER.** Slagsykepleiere målte nevrologiske utfall med National Institute of Health Stroke Scale dag 0–2 (19). Funksjon ble målt ved Barthel ADL-index dag 3 og ved utreise og modified Rankin Scale (mRS) (20;21). Dette ble brukt både som grunnlag for vurdering av slagets utvikling og alvorlighetsgrad, og for å planlegge videre rehabilitering og eventuelle behov for hjelp

og tilrettelegging. Diagnosen hjerneslag med subklassifisering etter årsak ble stilt av slaglege. Studien var godkjent av regional etisk komité (REK) og datatilsynet (NSD).

**RESULTAT.** Av de totalt 227 pasientene som ble inkludert i studien, var 15 yngre enn 50 år. Av disse hadde 10 (67 prosent) hjerneinfarkt, 3 (20 prosent) TIA og 2 (13 prosent) intracerebral blødning. Gjennomsnittsalderen blant de unge var 44,7 år, fra 25 til 50 år (SD 6,4), og 9 var kvinner. Bakgrunnsdata er vist i tabell 1.

Årsakene til slagsykdommen fordelte seg med 5 (33 prosent) med småkarsykdom, 2 (13 prosent) med karotidisdisseksjon, 1 (7 prosent) med kardioembolisk sykdom grunnet PFO og 7 (47 prosent) med ikke-

## «Dødeligheten i akuttfasen er rundt 10 prosent.»

klassifiserbar slagsykdom.

Risikofaktorer er også oppgitt i tabell 1. Andelen med behandlet høyt blodtrykk var 20 prosent, én hadde kjent hjertesykdom, mens 73 prosent hadde økt fettinnhold i blodet. Videre var nær halvparten dagligrøykere og to tredjedeler hadde BMI over 25. PFO ble påvist hos én, og én hadde diabetes. Ingen av de unge hadde atrieflimmer og ingen drakk alkohol daglig. De fleste var selvhjulpne (mRS = 2, Barthel ADL index 20) ved utreise.

**LIK FORDELING.** Hos de unge pasientene med hjerneslag var fordelingen av infarkt og blødning lik den vi så hos eldre pasienter med hjerneslag. Flere hadde småkarsykdom, og andelen pasienter med ikke-klassifiserbar slagmekanisme var høy. Dette er tall som overstemmer med tidligere studier (11).

Relativt få hadde kjent og ble behandlet for høyt blodtrykk før slaget. Et eventuelt ubehandlet høyt blodtrykk er vanskelig å avdekke i akuttfasen av et hjerneslag da

Tabell 1. Bakgrunnsdata for de unge pasientene med hjerneslag, n=15

N (%)	
<b>Demografiske data</b>	
Menn	6 (40)
Gjennomsnittsalder (SD)	44,7 (6,4)
Skolegang > 9år	14 (93)
<b>Fordeling av hjerneslag</b>	
Hjerneinfarkt	10 (67)
TIA	3 (20)
Hjerneblødning	2 (13)
<b>TOAST klassifikasjon</b>	
Småkarsykdom	5 (33)
Storkarsykdom	2 (13)
Kardioembolisk sykdom	1 (7)
Ikke klassifiserbar sykdom	7 (47)
<b>Risikofaktorer</b>	
Atrieflimmer	0
Behandlet hypertensjon	3 (20)
Diabetes mellitus	1 (7)
Hyperlipidemi	11 (73)
Røyking, daglig	7 (47)
Hjertesykdom	1 (7)
BMI >25	10 (67)
Alkohol, daglig	0
Arv	5 (33)
<b>Funksjonsvurdering ved utreise</b>	
NIHSS ≤ 4	13 (87)
Barthel 20	13 (87)
mRS ≤ 2	12 (80)
Hyperkolesterolemi=kolesterol>5,0 eller LDL>3; overvekt>25; arv=karsykdom hos mannlig slektninger<55 år og kvinnelige slektninger<60 år. Hjertesykdom=tidligere hjerteinfarkt eller kjent angina	

blodtrykket oftest er kompensatorisk forhøyet (22). Av andre kardiovaskulære risikofaktorer var det flere som røykte, hadde økt fettinnhold i blodet og forhøyet BMI. I vår populasjon var utdanningsnivået svært høyt, og det kan ha påvirket risikoprofilen. Andelen kvinner var høyere, men tallene er for små for å trekke konklusjoner vedrørende fordeling av risikofaktorer basert på kjønn.

**FOREBYGGING.** I Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet) anbefales gode leve-

vaner som et ledd i videre forebyggende behandling etter et hjerneslag (7). I dette ligger oppmuntring til regelmessig fysisk aktivitet, minimum 30 minutter daglig, røykestopp, sunn kost med innhold av frukt, grønt og fisk, med lite mettet fett og salt, å unngå overdrevent inntak av alkohol og å tilstrebe normal vekt. Det å endre livsstil etter et hjerneslag kan imidlertid være vanskelig (23). I slagenheten har sykepleiere en tradisjonell og viktig rolle i stell og pleie, vurdering av svelgfunksjon, tidlig mobilisering og forebygging av komplikasjoner (7).



Slagsykepleieren har med sin kunnskap om risikofaktorer og kjennskap til pasientens egne preferanser i tillegg en god mulighet til å gi individualiserte råd og motivere til livsstilsendring. I dette ligger ikke minst å formidle hvor viktig sunne levevaner er. Kartleggingen av risikofaktorer kan også i seg selv føre til at pasientene blir mer bevisste på nødvendige livsstilsendringer.

**ENDRET LIVSSTIL.** Våre pasienter ble tilbudt røykeavvenningskurs ved sykehuset og samtale med ernæringsfysiolog. Medikamentell forebyggende behandling ble igangsatt av slaglege. Videre ble rehabilitering planlagt i det tverrfaglige teamet sammen med slaglege, fysioterapeut og ergoterapeut. Slagsykepleier hadde her en viktig koordinerende rolle og kunne i tillegg bidra med spesifikk kunnskap om pasientens forventninger og muligheter. I tillegg er det viktig i dag, med kort liggetid i slagenheten, at alle yrkesgrupper sammen bidrar til skreddersydde og kunnskapsbaserte råd om endret livsstil for best mulig langtidsprognose.

**MANGE UTFORDRINGER.** Utfordringene for de unge når de kommer tilbake til hverdagen etter et hjerneslag, er mange. Flere erfarer at nedsatt motivasjon, utmattelse (fatigue) og depresjon bidrar til lavere livskvalitet (6). Det å få tid til trening og kostendringer er vanskelig ved siden av jobb, ektefelle, barn og sosiale aktiviteter. Hjerneslag medfører ofte motoriske, sensoriske og synlige eller usynlige kognitive endringer som igjen kan føre til endring i oppgaver og roller. Hjerneslaget kan dermed sies å ramme hele familien. Pårørende opplever ofte seg selv både som omsorgsperson, trener, motivator, trygghetsskaper, avløser og advokat (24). Sykepleiere i slagenheten har et ansvar for å ta med pårørende når hverdagen etter hjerne- slaget skal planlegges, og bør derfor se familien som en helhet (24;25). Det handler både om det å forstå alvoret, det å komme videre, å motivere og å opprettholde.

**SLAGSYKEPLEIERS ROLLE.** I akutfasen av et hjerneslag kan det være vanskelig å fange opp og huske all informasjon som gis. For å unngå unødvendig utrygghet og bekymringer hos pasient og pårørende, inviteres pårørende til informasjonsmøter med sykepleier og lege både under innleggelsen og ved utreise. Det er viktig med tidlig informasjon om hva som har hendt, behandling, veien videre og det å forme for varig livsstilsendring. Informasjonen må alltid gjentas.

Vanligvis holdes også nettverksmøte med representanter fra kommunen, pasient, pårørende og behandlere på sykehus for informasjonsutveksling, planlegging av den videre rehabiliteringen og oppfølging med tanke på risikofaktorer. Slagsykepleieren har da en viktig rolle som koordinator av all informasjonen som gis.

Mange unge som opplever et hjerneslag har få synlige utfall, er selvstendige i dagliglivets gjøremål og skrives direkte ut til hjemmet. Det er da ekstra viktig at pasienten er kjent med hvilke tilbud som finnes i kommunen, og hvor pasienten og pårørende kan søke råd. Det er også viktig at det legges en plan før utreise om hvordan livsstilsendringer og behandling av risikofaktorer skal følges opp.

**OPPFØLGING.** Skal motivasjonen til livsstilsomlegging vare, krever det god oppfølging og samarbeid mellom pasient og pårørende, hjemmesykepleien, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, fastlegen og eventuell slagpoliklinikk. Ved sammensatte utfall bør det lages en individuell plan for å sikre videre oppfølging og samarbeid mellom ulike behandlingsnivåer etter utskrivning (26). Vi slagsykepleiere ser at det er ønskelig med livsstilsrådgivere og undervisning via lærings- og mestringssentre og slagskoler. I tillegg kan mange ha nytte av oppfølging i frisklivssentraler. I litteraturen er det også nevnt ønske om rehabiliteringskoordinator som kontaktperson i kommunen til pasient/pårørende (27). Dette er nok noe som muligens er vanskelig å få til. ●

## REFERANSER:

1. Ellekjaer H, Selmer R. Stroke – similar incidence, better prognosis. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127:740-3.
2. Fjaertoft H, Indredavik B. Cost-estimates for stroke. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127:744-7.
3. Fure B. Depression, anxiety and other emotional symptoms after cerebral stroke. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127:1387-9.
4. Statens helsetilsyn. Scenario 2030, sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
5. Rosengren A, Jiang KW, Lappas G, Jern C, Toren K, Björck L. Twenty-four-year trends in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. Stroke 2013; 44: 2388-93.
6. Waje-Andreassen U, Thomassen L, Naess H. Poor prognosis for cerebral infarction in young age. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1688-9.
7. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
8. Kannel WB, McGee D, Gordon T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study. Am J Cardiol 1976; 38: 46-51.
9. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010; 376: 112-23.
10. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. Stroke 2011; 42: 227-76.
11. Naess H. Cerebral infarction in young adults. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 751-3.
12. Gjerde G, Naess H. Risk factor burden predicts long-term mortality after cerebral infarction. Acta Neurol Scand 2014; 129: 173-7.
13. Fromm A, Waje-Andreassen U, Thomassen L, Naess H. Comparison between Ischemic Stroke Patients <50 Years and >=50 Years Admitted to a Single Centre: The Bergen Stroke Study. Stroke Res Treat 2011; 2011:183256.
14. Overell JR, Bone I, Lees KR. Interatrial septal abnormalities and stroke: a meta-analysis of case-control studies. Neurology 2000; 55: 1172-9.
15. Bogousslavsky J, Van MG, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke. Stroke 1988; 19: 1083-92.
16. Tveit A. Atrieflimmer i Norge 2011. Del 1 av 2: Økning i forekomst og endringer i antitrombotisk behandling og frekvenskontroll. Hjerteforum 2011; 24(3): 10-4.
17. Putaala J, Haapaniemi E, Kaste M, Tattisumak T. How does number of risk factors affect prognosis in young patients with ischemic stroke? Stroke 2012; 43: 356-61.
18. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke 2006; 37: 577-617.
19. Meyer BC, Hemmen TM, Jackson CM, Lyden PD. Modified National Institutes of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials: prospective reliability and validity. Stroke 2002; 33: 1261-6.
20. MAHONEY FI, BARTHEL DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J 1965; 14: 61-5.
21. Sulter G, Steen C, De KJ. Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. Stroke 1999; 30: 1538-41.
22. Sandset EC, Bath PM, Boysen G, Jatuzis D, Korv J, Luders S, et al. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. Lancet 2011; 377: 741-50.
23. Lawrence M, Kerr S, Watson H, Paton G, Ellis G. An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. BMC Fam Pract 2010; 11: 97.
24. Kirkevold M, Ekern KS. Et slag rammer hele familien. I: Kirkevold M, Ekern KS, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2001: 130-49.
25. Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U. Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative hermeneutic phenomenological study. Nurs Res Pract 2012; 2012: 948791.
26. Individuell plan 2007-Veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet, 2007.
27. Vesterager D, Klemetsen R, Beiermann C, Eilertsen G. Lærere opp pårørende til slagrammete. Tidsskrift Sykepleien 2013; DOI-nummer 10.4220-sykepleien2012.0163

## FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til  
[torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)



# Marthe N. Pettersen

## Jobben gir meg bredere perspektiv

Fortalt til **Ellen Morland** • Foto **privat**

### Fakta

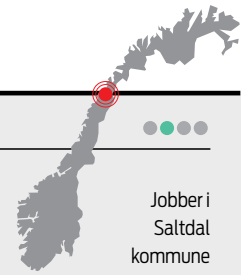
**Nyutdannet sykepleier i 2005**

### CV

**2010:** Jordmor, jobbet tre år på fødeavdelingen i Tromsø

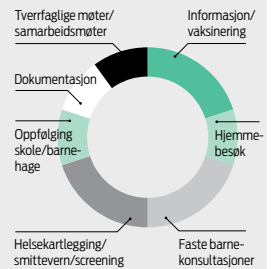
**2013-2014:** Rognan sykehjem, helsesøster i Fauske. Videreutdanning som helsesøster

**2015:** Flyktninghelsesøster, Rognan helsestasjon



Jobber i Saltedal kommune **67°N**

### Når jeg jobber driver jeg med ...



Jobben min som flyktninghelsesøster er kjempespennende! Jeg får innsikt i mange kulturer og blir kjent med mange forskjellige folk.

Jeg jobber med flyktninger som er bosatt, som altså ikke bor i asylmottaket lenger, mest familier. De får oppfølging i en femårsperiode. Jeg møter flyktningene allerede dagen etter at de har ankommet Saltdal. Kommunen har et asylmottak med 250 plasser. Det er mange fra Somalia og Eritrea som er kommet hit, og noen syrere, men vi venter at det nå kommer flere fra Syria. På helsestasjonen bistår vi med barnekontroller hos familier bosatt på mottaket.

Ved første møte handler det mest om å ønske velkommen og gi informasjon om alt man trenger å vite til å begynne med: hvordan helsevesenet fungerer, hvor er apoteket, legesenteret og så videre. Men jeg må også danne meg et bilde av flyktningenes bakgrunn og helse. Jeg prøver å avdekke hva slags situasjon de kommer fra og hva de har vært utsatt for.

Jeg ser at mange av barna blir godt integrert etter hvert. De får venner og blir med på fritidsaktiviteter. Jeg jobber med alle aldersgrupper, også de voksne, og har et tett samarbeid med smittevernet. Har de smitte med seg, som tuberkulose, hiv eller hepatitt, må det avdekkes fort.

Før jeg flyttet tilbake hit til mitt hjemsted, jobbet jeg flere år som jordmor i Tromsø. Jeg får bruk for mye av den kunnskapen i jobben, for eksempel rådgiving om prevensjon og familieplanlegging. Nå tar jeg etterutdanning som helsesøster i tillegg for at det jeg gjør skal ha best mulig kvalitet.

Spørsmålet om omskjæring er veldig komplisert. Jeg tar opp temaet og informerer om at det er straffbart. Så å si alle jentene fra disse landene er omskåret. Vi må prøve å få folk derfra til å endre tankegang, men det er en lang vei å gå. Vi foretar ikke underlivssjekk av jentene, kun hvis det oppstår problemer som infeksjoner og liknende.

Jobben gir meg et bredere perspektiv, noe som gir vekst både personlig og profesjonelt. ●

[ellen.morland@sykepleien.no](mailto:ellen.morland@sykepleien.no)



Se flere historier i Sykepleiens APP



Variasjoner: Det er flest flyktninger fra Eritrea og Somalia i på Rognan helsestasjon i Saltdal.



# GOD SYKEPLEIE KREVER REFLEKSJON

**Nødvendig.** For å dekke vår tids behov for sykepleie, bør det være forpliktende med refleksjonsgrupper i praksis.

**FAGDEBATT:**

Artikkelen bygger på  
**10 % praksis**  
 90 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.55151



**Elisabeth Heiervang Tennøe,**  
 høyskolelektor,  
 Diakonhjemmet  
 høyskole

**F**lorence Nightingale regnes som pioneren bak utviklingen av sykepleie som fag og yrke. Siden har mange sterke kvinner og menn bidratt til å utvikle faget sykepleie.

**STOLT YRKESGRUPPE.** På Facebook og andre sosiale medier ser vi aktiv markedsføring av vårt yrke. I dag omtales vi som en stolt yrkesgruppe. Vi er stolte av å arbeide for å fremme menneskeverdet. Målet vårt er å nå dem som lider. Vi ønsker å fremme en yrkeskompetanse som kan lindre lidelse hos enkeltmennesket. Omsorg og kjærlighet til våre medmennesker motiverer oss til pleie og behandling. Slik er sykepleie verdibasert og relasjonsorientert. Den faktiske virkelighet i klinikken med effektivitetspress og færre liggedøgn hos pasientene gir oss imidlertid store utfordringer.

Professor Per Nortvedt hevder at sykepleie historisk sett har vært ansett som sinnelagsetikk, (1). Videre heter det at etikk må læres, tilignes og omsettes i klinisk arbeid. Han understreker i denne sammenheng betydningen av å benytte refleksjonsgrupper. Etikk og moral vektet tradisjonelt høyt i vårt yrke. I et samfunn preget av press styrt av tid og økonomi blir etikk og moral viktig for å ivareta de sårbare menneskenes verdi.

**ANSVARsomRÅDE.** Sinnelaget hos en sykepleier med utbredt omsorgsinstinkt viser seg imidlertid å utfordres i utøvelse av sykepleie. Problemet oppstår, ifølge sykepleier Liv Bjørnhaug Johansen, når sykepleieren skal dekke alle behov som oppstår rundt pasienten (2). I en humoristisk tone foreslår hun at rørløseferdigheter og datatekniske ferdigheter også kan innlemmes i bachelorutdanningen. Vi trekker på smilebåndet, men oppfatter likevel en alvorlig undertone. Vi må være bevisste på hva som er hensiktsmessig sykepleie. Hvis ikke,

**«Vi er stolte av å arbeide for å fremme menneskeverdet.»**

kan resultatet bli en sykepleier som opplever at tidligere motivasjon og idealisme avtar og desillusjon og helsesvikt tiltar. Hva vil vi oppnå med vår pleie og behandling? Hva er vårt ansvarsområde?

**BAKGRUNN.** Rammeplanen for vår yrkesutdanning fra 2000 viser til et kunnskapssyn i sykepleie hvor erfaringsbasert og vitenskapelig basert kunnskap er likeverdige (3).

I dag ønsker vi en forskning som er praksisnær og praksisrelevant. Patricia Benner (4) understreker at en sykepleier aldri kan bli ekspert i sitt fag uten å reflektere over det hun gjør og de valg hun må ta. Hun mener videre at vår kunnskap må bygges på bakgrunn av en hermeneutisk-fenomenologisk teori, og mennesket må forstås ut ifra en historisk, kulturell og sosial sammenheng. Vi må vise situasjonsforståelse.

**PRIORITERING.** Vi må ikke bare lære sykepleie, men også å prioritere mellom alle behov fra pasienter og kollegaer. En nyutdannet sykepleier kom med raske skritt inn på vaktrommet og sa: «Jeg savner at vi ikke får tid til å reflektere over det vi gjør.» For meg som tilhører og delansvarlig for hans sykepleierutdanning gjorde dette sterkt inntrykk. Gir vi ikke våre unge sykepleiere mulighet til å integrere det de erfarer? Hvor lenge vil han holde ut uten å miste seg selv og den idealismen som drev ham inn i sykepleieryrket? Florence Nightingale opplevde også helsesvikt – antakelig grunnet stort arbeidspress. Akkurat her er hun ikke forbilledlig, – men fungerer mer som et skilt som varsler fare.

**REFLEKSJON.** Med økende press på sykepleierens ansvarsområde

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Artikkelen viser hvor viktig det blir å bruke refleksjonsgrupper for sykepleiere som arbeider i et verdi- og relasjonsorientert yrke. Det vil ivareta behov hos både pasient og sykepleier. Sykepleie som fag og yrke vil slik utvikle seg praksisrelevant.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Sykepleieteori
- Sykepleie
- Etikk
- Refleksjon



Samtaler: Gjennom refleksjonsgrupper kan vi ivareta både den nyutdannede og den mer erfarne sykepleiers behov for integrering av kunnskap. Illustrasjon: Colourbox

øker også behovet for refleksjonsgrupper: Vi må bevisstgjøre våre mål og handlinger, vite hvem vi er og hva vi står for. Å ivareta sykepleiernes behov på dette område vil også gi økt faglig bevissthet og virke helsefremmende. Selv har jeg erfart at refleksjonsgrupper i klinikken ikke bare ivaretar, men også inspirerer de ansatte.

**UTDANNING.** Tradisjonelt har vi hatt en utfordring i utdannelsen med å integrere teori og forskning inn i klinisk utøvd sykepleie. Problemstillingen har vært aktuell siden 1943 (5,6). Nasjonal og internasjonal forskning viser at denne didaktiske utfordringen fremdeles eksisterer (7–10). Ansvaret for utdannelsen ligger hos de enkelte sykepleierhøgskolene.

Flere forsøk har vært gjort på å brolegge gapet mellom teori og praksis (8,9,10). Rammepplan for

sykepleierutdanning (11) har gitt klare føringer for den kompetansen og de kvalifikasjoner som bør vektlegges i utdanningen. Læreren, men også veileder i klinisk praksis, har et ansvar for integrering av teori og praktiske ferdigheter hos studenten.

**VEILEDNING.** Lambert & Glacken hevder at en «Clinical education fasilitator» skal bidra til å redusere gapet mellom teori og praksis (12). Meningen er å kunne hjelpe studentene og personalet til å stille spørsmål, til å tenke kritisk, til å lære av erfaringer og til å ta høyde for forandringer og framgang i samfunnet som er i kontinuerlig endring.

Generelt viser forskning at studentene er avhengig av en relasjon til sin lærer og kliniske veileder for å utvikle best mulig kompetanse (12). Å få tilbakemelding på sin refleksjon, holdning og handling øker

tryggheten i sykepleierrollen: Identiteten som sykepleier utvikles. Når denne relasjonen ikke er til stede vil læring hindres. «Relationships and clinical supervisjon that are not supportive hinder the students in their learning process» (12).

**KONKLUSJON.** For å dekke vår tids behov for sykepleie bør det være helt naturlig og forpliktende å drifte refleksjonsgrupper. Kun slik kan vi ivareta både studenten, den nyutdannede og den mer erfarne sykepleiers behov for integrering av erfaringsbasert og vitenskaplig basert kunnskap. Som et produkt av slike fag og relasjonsorienterte grupper vil det komme faglige og relasjonelle problemstillinger fra klinikken som akademia kan forske videre på. Slik vil sykepleie som fag og yrke kunne utvikle seg praksisnært og praksisrelevant. ●

#### REFERANSER:

1. Nortvedt P. To misforståelser om kunnskap. *Sykepleien* 2015;5:58–9.
2. Johansen LB. Jack of all trades. *Sykepleien* 2015;5:67.
3. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet, 2000.
4. Benner P. *From novice to expert*. CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1984.
5. Higginson R. The theory-practice gap still exists in nursing education. *British Journal of Nursing* 2004; 13:68.
6. Gallagher P. How the metaphor of gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Education Today* 2004;24:263–8.
7. Christensen B. Den gode, profesjonelle samtalen–hvordan lærer sykepleierstudenten av og med hverandre? *Norsk Pedagogisk Tidsskrift* 2006;17:17–28.
8. Corlett J, Palfreyman JW, Staines HJ, Marr H. Factors influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment. *Nurse Education Today* 2003;23:183–190.
9. Maben J, Latter S, Clark J. The theory–practice gap: impact of professional–bureaucratic work conflict on newly–qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006;55(4):465–77.
10. Williamson GR. Lecturer practitioners in UK nursing and midwifery: what is the evidence? A systematic review of the research literature. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13:787–95.
11. Rammepplanen for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2008.
12. Lambert V, Glacken M. Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:664–73.

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)



# Elisabeth Severinsson

## Vil endre holdninger til depresjon hos eldre

● Tekst **Steinar Sund**

### Forskningsprosjekt.

Eldre med depresjoner blir ikke hørt, mener professor Elisabeth Severinsson.

Eldre i Norge har lav status i forhold til mange andre land. Det gjør at de lett faller utenfor og dermed er i en spesielt sårbar situasjon. I tillegg får eldre mennesker gjerne mer symptomer og fysiske plager jo eldre de blir. Dette mener professor Elisabeth Severinsson er bakgrunnen for at eldre ikke blir hørt som pasientgruppe.

Severinsson, som jobber ved Institutt for sykepleievitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, har ledet et fireårig forskningsprosjekt. Det ble foretatt individuelle intervjuer med personer over 65 år som alle hadde en diagnose på en depresjon.

Bare det å komme i kontakt med pasientene viste seg å være svært vanskelig, erfarte forskerne. På grunn av sin depresjon trakk de eldre seg unna og unngikk kontakt. Severinsson forklarer at dette er noe som ofte kjennetegner mennesker som er deprimerte. Mange av disse pasientene var veldig ensomme. De hadde få pårørende og nesten ikke noe nettverk. Mange av dem hadde selvmordstanker. Risikoen for selvmord blant eldre er økende, spesielt for menn over 70 år.

**MANGLER KOMPETANSE.** Forskerne gjennomførte også fokusgruppeintervjuer med profesjonelle team. En av konklusjonene er at mange i

kommunehelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å møte pasienter med symptomer på psykiske lidelser.

– Personale som jobber med eldre psykiatriske pasienter er ofte ikke utdannet, sier Severinsson.

**FØLGE ANBEFALINGER.** I Norge har vi gode planer som gjelder de eldre, både omsorgsplan og samhandlingsplan. WHO har også gode anbefalinger for hvordan man skal møte og behandle eldre, forklarer Severinsson.

– Her i Norge følger vi i liten grad behovsanbefalingene fra WHO. Det er et problem.



«Det bør jobbes mer tverrfaglig.»

Konklusjonen er at det trengs mange endringer på flere nivåer for at eldre deprimerte skal få dekket sine behov, blant annet store organisatoriske og strukturelle endringer. Severinsson mener helse- og omsorgssystemet må omorganiseres. Lovverket som angår eldres behov for helsetjenester må tydeliggjøres. Forskergruppen anbefaler blant annet å opprette tverrprofesjonelle team med et klart lederskap for å bedre samarbeidet rundt eldre deprimerte.

I tillegg vil hun ha bedre oppfølging etter utskrivning fra sykehus og økt bruk av dagsentre. Det er også nødvendig å kartlegge nettverkene til de eldre pasientene og bidra til økt støtte og hjelp til dem som sliter med psykiske lidelser.

Resultatene av forskernes arbeid vil ha betydning for utdanningen av helsepersonell, mener Severinsson. Forskerne mener at det bør jobbes mer tverrfaglig, særlig med teamutvikling. Det gjelder blant annet profesjonsutdanninger innen sykehussektoren, masterutdanninger og videreutdanninger som er relevante for arbeid med eldre. De som arbeider med pleie av eldre mennesker trenger mer veiledning og mer kunnskap om eldres behov.

**MER INVOLVERING.** Forskingen viser at eldre pasienter med psykiske lidelser ofte ikke blir involvert i beslutninger som angår dem. Pasienter føler seg trygge når pleierne involverer dem og tar dem på alvor. Når de ikke mottar viktig informasjon, føler de seg uvitende om sin egen pleie og behandling. Derfor anbefales det at pasientene involveres i beslutninger som gjelder dem selv. Det vil dessuten også gi økt pasientsikkerhet.

Dette kommer fram i en av de ferskeste artiklene i prosjektet som er gjengitt i tidskriftet «Open Journal of Nursing med tittelen Patients' Role in Their Own Safety – A Systematic Review of Patient Involvement in Safety». Her har Elisabeth Severinsson sammen med Anne Lise Holm gjennomgått mye av den forskningen som har blitt gjort når det gjelder pasientsikkerhet og involvering og fastslår at det er økende oppmerksomhet rundt pasientens rolle på dette området.

**IKKE UTENFOR.** Eldre har ofte dårlig hukommelse og glemmer kanskje at de har tatt medisinen de skal ta eller at de har ringt og ringer en gang til. Det betyr ikke at de skal holdes utenfor nødvendige tiltak, men at de skal være med å fatte beslutninger som gir mindre risiko for feil.





Alene: Deprimerte eldre trekker seg ofte tilbake. Særlig menn over 70 år har høyere risiko for selvmord. Illustrasjonsfoto: Colourbox

– Pasientene må være med og ta ansvar. Da må de ha mye informasjon, og god kommunikasjon er nødvendig. Det er gjerne her det brister, fastslår HBV-forskeren.

Språkbarrierer er en annen sak som kan bidra til at de eldre føler seg overkjørt og utenfor. Severinsson påpeker at det er viktig å hjelpe de eldre til å forstå informasjonen de mottar, og det er også viktig for personalet å forstå hvordan de eldre egentlig vil ha det. Det er ikke tilfredsstillende at pasienter opplever at personalet svarer for dem.

## «Pasientene må være med og ta ansvar.»

**STIKKER DYPERE.** Det er vanlig å skyldes på ressursmangel og prioriteringer innen eldreomsorgen, men Severinsson mener dette stikker dypere.

– Det handler aller mest om holdninger og mangel på kunnskap. De ansvarlige har ikke fått tilstrekkelig veiledning, sier hun.

Det er ifølge henne viktig å få i gang en dialog

på arbeidsplassen om hvordan man skal møte de eldre, om pasientenes rolle og om pasientsikkerhet. Hun mener sykepleierne har en spesiell rolle ettersom det gjerne er dem som har mest kunnskap om dette. Hun understreker at lederskap og holdninger til eldre er veldig viktig, og at sykepleierne derfor har muligheten til å lede personalgruppen mot et annet syn på eldre mennesker med psykiske lidelser.

– Det tar tid å endre holdninger, men sykepleierne kan i stor grad bidra til at det skjer. ●

[redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)



# TRENER SEG TIL HØYERE SIKKERHET

**Psykisk helse.** Ambulante akutteam trener for å bedre sikkerheten og unngå voldsepisoder.

**FAGPROSJEKT:**

Artikkelen bygger på  
50% praksis  
50% teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.55152



**Tatiana Penzo**, spes. sykepleier og klinisk spesialist, Akutteamet, Lovisenberg DPS

**S**ikkerhetsarbeid i akutteam er lite tematisert i faglitteraturen, til tross for satsing på ambulant virksomhet i psykisk helsevern de siste årene. Søk i relevante databaser viser at det er lite forskning på dette, noe også Helsedirektoratet bekrefter (1). En del teori om håndtering av aggresjon inne på avdeling er overførbar, likedan kunnskap om hensiktsmessig kommunikasjon i slike situasjoner (2,3). Forskning viser at stadig flere utsettes for vold og trusler på arbeidet, og ansatte i helse- og sosialsektoren topper oversikten over de mest utsatte bransjene (4). Det er derfor behov for å fokusere mer på temaet som vi mener vil gagne både pasient, arbeidstaker og arbeidsgiver.



**Øystein Skaare**, ledende spesialsykepleier og klinisk spesialist, Akutteamet, Lovisenberg DPS

Vår erfaring viser at vi må anta at en del av pasientene vi er i kontakt med bærer potensielt farlige gjenstander. Dette har vi sett flere ganger når vi har fulgt pasienter til innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling. Her har pasienten tømt lommer og bag, som har avdekket både økser, hammere, stikkvåpen med mer.

**BEDRE RUSTET MED TRENING.** I vårt arbeid i ambulant akutteam ved Lovisenberg DPS har vi erfart at økt kunnskap om sikkerhet og regelmessig trening øker vår opplevelse av trygghet og kvaliteten på kliniske vurderinger. Trygghet hos

sykepleierne påvirker pasienten positivt i situasjoner hvor pasientens voldshistorikk, pågående aggresjon eller truende stil preger situasjonen. Vi blir bedre rustet til å gjøre gode kliniske vurderinger og samtidig ivareta pasientens behov.

Vi trener på frigjøring, etisk forankrede kontrollgrep og enkle selvforsvarsteknikker for bedre å kunne hjelpe pasienter som har svekkete kontrollmekanismer og mye aggresjon. Sentralt i våre øvinger er simulering. Vi øver altså på mulige scenarioer som kan utspille seg i vårt arbeid inne på poliklinikken og hjemme hos pasienten. Dette gjør vi regelmessig, for å innarbeide rutiner som gir økt handlingskompetanse.

I denne artikkelen vil vi drøfte om kunnskap om aggresjon og vold i helse- og sosialsektoren, og samtidig jevnlig sikkerhets- og samhandlingstreninger, kan øke ansattes opplevelse av trygghet og evne til å mestre utfordrende og utagerende atferd. Vi vil dele våre erfaringer og kunnskap med andre og håper å inspirere til forskning og økt vektlegging av sikkerhet- og samhandlingstrening i andre ambulante akutteam i DPS-er.

**DAGLIG AKUTTE KRISER.** I Norge var det kartlagt 61 ambulante akutteam i 2012 (1). Vi kontaktet ambulante akutteam i de største

byene i Norge per telefon, og det viser seg at de fleste ikke har systematisk sikkerhets- og samhandlingstreninger.

Lovisenberg DPS dekker tre bydel; Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen – til sammen omtrent 130 000 mennesker som har sektortilhørighet til akutteamet. Typisk storbyproblematikk preger livet til mange av våre pasienter; sosioøkonomiske vansker, rusmisbruk og flyktningebakgrunn. Lovisenberg DPS har det høyeste antallet pasienter som er dømt til behandling i Norge.

Daglig møter vi mennesker i akutte kriser. Det kan være personer som tar kontakt med psykisk helsevern for første gang. Ofte vet vi lite om bakgrunnen deres, hvilket kan gjøre det vanskelig å ivareta vår egen sikkerhet. Vi har møtt pasienter med voldsom og truende atferd, blitt truet verbalt og med stikkvåpen eller knyttneve. I disse situasjonene har det vært en reell risiko for vår sikkerhet. I løpet av de årene vi har trent på samhandling har vi ikke hatt personalskade, til tross for mange potensielle utageringsepisoder, noen også med farlige gjenstander.

**HVA UTLØSER VOLDELIG ATFERD?** Voldelig atferd utløses vanligvis på grunn av følelser som frykt, forvirring og frustrasjon.

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Forskning viser at stadig flere utsettes for vold og trusler på arbeidet, og ansatte innen helse og sosial topper oversikten over de mest utsatte bransjene. Det er derfor behov for økt fokus på temaet som vi mener vil gagne både pasient, arbeidstaker og arbeidsgiver.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Vold
- Forebygging
- Psykiatri

Følelse av avmakt kan føre til at aggresjon oppstår når pasienter mener de ikke får dekket sine grunnleggende behov. Dette kan for eksempel være medisiner eller innleggelse i sykehus. Tidligere erfaringer med avvisning og krenkelser kan også gjøre at utfordrende atferd oppstår. For eksempel dersom de ikke blir møtt på en empatisk måte, eller kommunikasjonen opplever forvirrende og uforståelig.

Personer som har vokst opp i et miljø med mye aggresjon og vold, vil ha lettere for å ty til vold enn andre (5,6). Andre årsaker kan være hevnmotiv, rus eller abstinenser og interessekonflikter (4,7).

Det er viktig å understreke at det er en annen forståelse av psykotisk betinget aggresjon og redsel enn det vi kanskje kan kalle vold og trusler av mer instrumentell karakter, der handlingen kan forstås som en måte å kommunisere på. Hos de psykotiske pasientene er aggresjonen ofte motivert og drevet av vrangforestillinger og aspekter i pasientens indre. Ofte utløses en voldelig reaksjon av en ytre faktor og kan framstå som både overraskende og umotivert for omgivelsene (5,7).

Sykepleierens kommunikasjon og observasjonsevne, sammen med erfaringer og kunnskap, vil være avgjørende for å kunne forhindre en utagering og ta kontroll over situasjonen dersom den oppstår. Erfarne og trygge sykepleiere vil kunne skille mellom hvilke tiltak situasjonen krever. Eksempelvis vil det av og til være hensiktsmessig at det kommer flere helsearbeidere inn i rommet, mens det i andre situasjoner kan eskalere pasientens opplevelse av kaos og utrygghet.

**KOMMUNIKASJON I MØTE MED AGGRESJON.** Til tross for at erfarne sykepleiere er bevisst egne nonverbale signaler, og etter beste evne søker å formidle ro og kontroll, kan utryggheten likevel skinne igjennom i møte med aggresjon.

Utryggheten kan gi utslag som rødme på halsen eller i ansiktet, skjelvende undertoner i stemmen og famlende og utydelig tale. Dette kan pasienten tolke og oppfatte

som avvisning og kan føre til utagerende atferd (5,8). Vår kommunikasjon forandrer seg når vi er redde. Det er stor fare for misforståelser hvis vi ikke erkjenner denne redselen, slik at vi er med på å øke aggresjonsnivået hos pasienten.

Det er ikke alltid vi klarer å overbevise pasienten om vår egen trygghet selv om vi er aldri så bevisste på vår egen fremtoning og nonverbale signaler. I slike tilfeller kan det hjelpe å si noe om hvordan vi opplever situasjonen og komme med forslag til hvordan vi tror den kan løses. Dette kan redusere frustrasjon og behovet for utagering. Åpen, konkret og ærlig tale med vekt på situasjonen her og nå, vil kunne dempe konflikt og fremme trygghet. Å ha en lyttende og problemløsende tilnærming vil kunne styrke pasientens følelse av kontroll (9,10).

**IMPLEMENTERE SIKKERHET.** Trening og opplæring må være forankret i ledelsen, og man må sette av tid i arbeidshverdagen til å fokusere på sikkerhet. Ledelsen og vernetjenesten (HMS) både ønsket og stilte krav til at sikkerhet, samhandling - og simuleringstreninger (SST) skulle implementeres som en obligatorisk øvelse.

Man må også erkjenne at utagering kan skje på egen arbeidsplass. Videre er det viktig at den som skal kursere og jobbe med implementeringen har en genuin interesse for dette. Plikt og ansvar er forankret i arbeidsmiljøloven (11), og omfatter både den ansatte og arbeidsgiver. Vår personalgruppe opplevde sikkerhet- og samhandlingstreninger som nyttig og opplevde mestring av teknikker, kommunikasjon og observasjon, noe som økte interessen og innsatsen.

**HVORDAN VI TRENER.** Dette er måtene vi kan trene på:

*Simulering:* Simulering er en pedagogisk metode som i økende grad brukes i opplæring av helsepersonell. Dette er «learning by doing» og går ut på å trene på autentiske utageringssituasjoner i trygge omgivelser.

Forskning viser at metoden er

spesielt egnet til innlæring av ferdigheter med høye krav til kvalitet og sikkerhet, som beslutningstaking, teamarbeid og kommunikasjon. Metoden gir deltakerne en mulighet til kritisk refleksjon over egen og andres aktivitet i scenarioet som utspilles (12). Simulering har vist seg å være mer motiverende og effektiv enn mer tradisjonelle læremåter. Ved simulering viser det seg at mer enn 80 prosent husker det de har vært gjennom og øvd på. Dette kan skyldes at kunnskap skapt gjennom selvoplevd praksis med påfølgende diskusjon virker mer engasjerende og «mer levende» enn det man leser i en bok. Ved å benytte simulering oppnås læring av kunnskaper, ferdigheter og atferd (12).

## «I disse situasjonene har det vært en reell risiko for vår sikkerhet.»

*Å opptre med et tydelig og aggresjonsdempende kroppsspråk:* Vi har hendene synlig og foran oss. Det gir mulighet til raskt å forsvare seg hvis det er nødvendig, man kan løfte hendene og beskytte hodet og avverge mot slag og spark. Åpne håndflater holdt opp viser pasienten at du ønsker å roe ned situasjonen; «hvitt flagg» (5).

*Å lære å sondere rommet og posisjonere seg riktig i forhold til pasienten:* Dette kan ha betydning for hvordan utageringen utvikler seg. Dersom du står mindre enn en meter unna og står midt imot, er du mer utsatt. Pasienten kan oppfatte det som truende fordi hans eller hennes intimsone er brutt. Vær oppmerksom på at pasienter med psykose kan ha en annen oppfatning av intimsone (5). Det å snu ryggen til kan både signalisere avvisning og du kan miste kontakt og kontroll (5,7).

*Å snakke tydelig og enkelt:* Det er viktig å ha et enkelt språk. Og pasienten må gis tid til å gjenvinne

kontroll. Å gjenta et kort og enkelt budskap med en rolig, kontrollert og bestemt, men likevel mild stemme kan innvirke positivt på hvordan pasienten mottar det som blir sagt. Gi vedkommende alternativ og mulighet til å trekke seg ut av situasjonen (5,13).

*Å utløse alarm:* På trening gjennomgår vi hva man gjør når man kommer først til alarmsituasjonen – vi er alltid flere som løper på alarm og kan utnytte at vi er i overtall. Ved riktig samhandling vil det være trygghetsskapende for personale og pasient.

*Samhandlingstrening:* Alle lærer å takle verbal og fysisk utagering med metoder og teknikker som er forankret i at utagering skal håndteres på en etisk forsvarlig måte. Grunnleggende prinsipper er å ikke skade, ikke krenke, minst mulig inngripen og mest mulig pasientmedvirkning (5,8,14). Vi erfarer at sykepleiere i akutteam kan møte pasienter med utagerende atferd på en slik måte at vi ivaretar både pasientens verdighet og vår egen sikkerhet. For eksempel ved å lære grep som kan være effektive for å holde fast, ta kontroll og eventuelt føre ut aggressive personer uten å påføre smerte.

*Vi veksler på å trene teknikk og simulering:* Simuleringene kan være bygget på reelle hendelser. Personalet får utdelt roller som pasient, behandler og leder når alarmen utløses, for å sikre at hele personalgruppen har stått i alle rollene. Etter hvert scenario, som kan ta mellom fem og ti minutter, evaluerer vi systematisk situasjonen og hva som ble kommunisert eller ikke kommunisert, observert og om posisjoneringer og hvordan den enkelte i rollen opplevde situasjonen og innspill fra resten av gruppa. Av og til kan vi gjøre scenario en gang til – denne gangen vil vi da ha en regi på hele situasjonen. Hensikten er da å gjennomføre situasjonen som det vi anser som den mest hensiktsmessige håndtering i form av kommunikasjon og evt. inngripen.

Når vi har teknikk- trening går vi rolig og





mekanisk igjennom frigjøringsteknikker, holde-teknikker og øker intensiteten ettersom den enkelte er trygg på teknikkene. Etter hver trening rapporterer vi til seksjonsleder.

**AVSLUTNING.** I møte med pasienter som kan utagere kreves det at vi håndterer dette på en etisk forsvarlig måte. Vi må opprettholde respekten og skille handling fra person. Med grunnleggende prinsipper som ikke skade, ikke krenke, minst mulig inngripen og mest mulig pasientmedvirkning (5,9,11,15) mener vi at sykepleiere i akutteam kan møte pasienter med utagerende atferd på en slik måte at vi til tross for pasientens atferd vil evne å ivareta pasientens verdighet og samtidig ivareta egen sikkerhet.

Teorien vi har lagt til grunn viser at holdninger kan være avgjørende for om man oppnår en god dialog og i hvilken retning en potensiell utagering vil ta. Holdningen er en grunnleggende verdi i måten man håndterer utageringssituasjoner på, samtidig som at holdning i seg selv kan forebygge utageringer (5,8,10,12,13,16).

En aktivt lyttende stil anerkjenner og bekrefter pasienten. Dersom sykepleier er en dårlig lytter, vil hun ikke evne å identifisere pasientens situasjon og problemer, og dermed

ikke være i stand til å oppfatte signaler og tegn på at pasienten har økt utageringsrisiko (15).

Vår erfaring og påstand er at økt kunnskap om utfordrende atferd og vold og økt kompetanse gjennom regelmessig trening i sikkerhet- og samhandling i akutteam øker opplevelsen av egen trygghet. Vi tror også at dette er med på å sikre gode kliniske vurderinger. Økt trygghet hos sykepleierne påvirker pasienten positivt i situasjoner hvor pasientens voldshistorikk, pågående aggresjon eller underliggende truende stil preger situasjonen. Å møte personer med økt voldsrisiko på en rolig måte kan i seg selv virke aggresjonsdempende. Når vi er oppmerksomme på våre nonverbale signaler og kroppsspråket vårt, er vi forberedt og derfor nærværende nok til å roe ned en vanskelig situasjon. Med kunnskap om kommunikasjon, den bakenforliggende årsaken til aggresjon og forståelse av hva som kan påvirke aktiveringsnivået hos pasienten, vil vi være bedre rustet til å takle og tåle utageringssituasjoner. Vi kan ikke opparbeide oss slik erfaring gjennom teori alene. Det må erfares gjennom praksis. Ved hjelp av refleksiv praksis etter møte med aggressiv- og utagerende atferd evaluerer vi egne handlinger og holdninger, samt teamets måte

å samarbeide på, og er derfor i en konstant utvikling (8, 17). ●

## REFERANSER:

1. Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske sentre (DPS). IS- 2156. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
2. Mackay I, Paterson B, Casselles C. Implications for the Prevention of Aggressive Behavior Within Psychiatric Hospitals Drawn From Interpersonal Communication Theory. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005;12: 464-471.
3. Daffern M., Day A., Cookson A. Implications for the Prevention of Aggressive Behavior Within Psychiatric Hospitals Drawn From Interpersonal Communication Theory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2012; 56: 401-419.
4. Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging. Oslo: Direktoratet for arbeidsstilsynet: Arbeidsstilsynets publikasjoner, best.nr.597, 2009.
5. Krøvel B, Rund BR, Rør E. Vold og psykiatri – om forståelse og behandling. Otta: Tano Aschehoug, 1997.
6. Hanssen BP, Stakseng O, Stangeland A, Utheim R. Sikkerhet og omsorg. Møte med aggresjon og vold. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
7. Bråthen OA. Håndbok i konflikthåndtering: Forebygging av trakassering, trusler og vold. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2011.
8. McDonnell AA. Håndtering av aggressiv atferd med lavafektive tilnærminger. Oslo: Universitetsforlaget, 2013.
9. Borg M. Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget, 2007.
10. Jensen P, Ulleberg I. Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendag Akademisk, 2012.
11. Ot. prp. nr. 49. (2004 – 05). Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).
12. Molnes SI, Hunstad IK. Kan simulering forbedre studenter i praksis? *Psykisk helse og Rus* 2014; 1: 26-29.
13. Elvegård LK. Håndtering av utagering: Ansattes oppfatning og opplevelse. Trondheim: NTNU, Masteroppgave i sosialt arbeid, 2009.
14. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2007.
15. Skau GM. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Forlag AS., 2009.
16. Røkenes OH, Hanssen PH. *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
17. Miller S, Hubble M, Duncan B. *Supershrinks*. *Therapy Today* 2008; 3

## FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til  
[torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

## Fakta

### Sjekklister

For å være sikre på at vi gjør gode voldsrisikovurderinger har vi utarbeidet sjekklister i samarbeid med politiet, for vurderinger i akutteamets lokaler og når vi er på hjemmebesøk.

#### Sjekkliste hjemmebesøk:

- Vurder kontakt med politiet før avreise for info om voldshistorikk
- Mental beredskap – hva kan skje?/ «worst case scenario»
- Alltid til helsearbeidere
- Avstand til inngangsdør, går døren inn eller ut?/posisjonering
- Vurder pasienten før vi går inn, bruk tid, etabler kontakt – blikkontakt? Rus?

#### Påfallende atferd?

- Synlige hender – vi skal alltid se pasientens hender før vi går inn
- Er det flere i leiligheten? Husdyr? Kan de eventuelt forlate leiligheten
- Kan vi avtale at pasienten kommer til våre lokaler, skal hjemmebesøk avbrytes?
- Observere på vei inn – farlige gjenstander, vår retrettmulighet/exit
- Ikke lås døren
- Hold avstand til pasienten
- Når en farlig situasjon oppstår – forlat stedet raskest mulig, begge ut samtidig, få avstand til pasienten, møbler som skjold, mellom personal og pasient vurder rolig eller kommanderende stemme,

stå samlet (vanskeligere for pasienten å angripe to enn én) vurderer å ringe 112

- Ved transport. Vurderer egen bil, ambulanse eller politi
- Ved transport i egen bil – pasienten sammen med helsearbeider i baksetet. Pasienten bak passasjeret. Vurderer barneskrikning på/av

#### Sjekkliste; ved vurdering i akutteamets lokaler:

- Les gjennom tidligere journal, kontakte eventuelt politiet for informasjon om tidligere voldshistorikk
- Se over samtalerom for farlige eller løse gjenstander

- Alltid til helsearbeidere
- Alltid overfallsalarm
- Melde fra til kollegaer og vekter
- Vurder tilstand – rus, agitasjon, psykose, blikkontakt, kroppsspråk, mimikk
- Vurder ransaking (frivillig), samtykke
- Plastglass til vann
- Er det trygt nok å ta imot pasienten? Eventuelt vurderer bistand fra politiet/avise/utsette
- Tenk på plassering i rommet – retrettmulighet for pasient og personal
- Ved eskalering av aggresjon, vurderer å be pasienten forlate lokalet

# Oppdag Sykepleiens digitale verden



## Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin. Gå inn på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.

Skriv inn på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) i adressefeltet i din nettleser. Du kan komme direkte til ledige sykepleierstillinger ved å skrive [www.sykepleienjobb.no](http://www.sykepleienjobb.no) i adressefeltet.

## Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no), og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!

Det kan være lurt å bokmerke nettstedet [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no). På denne måten dukker det opp et ikon på hjemskjermen, slik at du slipper å skrive nettdressen hver gang. Dette gjør du enkelt i mobilens nettleser.

## Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



## Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien,

men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).

Basert på om du har en iPad eller Android nettbrett, går du inn i App Store eller Google play. Her søker du etter «Sykepleien» og kan laste ned appen.

Når du går inn på appen kommer du til Sykepleien-kiosken der alle utgavene ligger. Velg utgaven du ønsker å lese, last ned og nyt!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33  
(hverdager 08.00–15.45)

## Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.

Tast inn «Sykepleien» i søkefeltet når du er på Facebook, og du kommer automatisk til vår Facebook-side.

Klikk på «Like»-knappen for å følge med på våre oppdateringer. Du kan også besøke [facebook.com/Sykepleien](https://facebook.com/Sykepleien). En spennende verden venter deg!



**Sykepleien**



**Grenser.** Det er problematisk både juridisk og etisk å ha en profesjonell relasjon til personer man også har et privat forhold til.

# Profesjonell, personlig og privat



Fakta

**Elin Albrigtsen**

Enhetsleder, rehabiliteringstjenesten i Tromsø kommune og medlem av Rådet for sykepleietikk

Rådet for sykepleietikk har fått henvendelser fra sykepleiere som problematiserer hvor grensen går mellom det å være profesjonell, personlig og det å inngå i en privat relasjon til pasienter.

Sykepleieren har et ansvar for at behandlingen skal lykkes og at relasjonen til personen som har behov for sykepleie etableres på en profesjonell måte. Sykepleieren har taushetsplikt, og det er utfordrende at sykepleieren kjenner til helseforhold som ikke er naturlig å ha kjennskap til når det gjelder venner eller kjærester. Da kan det bli vanskelig å behandle alle pasienter likeverdig. Kanskje noen tror sykepleieren gjør valg som er påvirket av private relasjoner.

I Yrkesetiske retningslinjer pkt. 1.3 står det: «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig». Så hvor går grensen for hvor personlig sykepleieren kan være i sin relasjon til pasienter og pårørende, uten at en blir for privat og «forstyrrer» den profesjonelle yrkesutøvelsen?

Kjæreste med pasient. Det er kjent at det har forekommet at sykepleiere har inngått i private relasjoner til tidligere pasienter.

En relasjon mellom sykepleier og pasient er ikke jevnbyrdig; ofte kan pasienten være i en sårbar situasjon med behov for støtte og trøst, mens sykepleieren er i en maktposisjon både i form av kompetanse og ansvaret for pleie og behandling.

Samtidig er det jo slik at vennskapsbånd og følelser kan oppstå, også for sykepleiere. Er det rett å hindre mennesker en

## «En relasjon mellom sykepleier og pasient er ikke jevnbyrdig.»

fremtidig nær relasjon bare fordi den ene tilfeldigvis har vært pasient med et kort eller langvarig behov for hjelp, og den andre personen har vært sykepleier? Er det uetisk for en sykepleier å bli kjæreste med en tidligere pasient?

I Helsetilsynet har slike relasjoner blitt problematisert, og i enkelte saker har sykepleierens autorisasjon stått i fare.

**ET LITE LAND.** I Kommune-Norge har vi mange små bygder og samfunn der «alle kjenner alle», og sykepleiere kan oppleve det som et etisk dilemma når personer en kjenner godt blir ens pasient.

Jeg har selv tidligere jobbet som sykepleier i et hjemmetjenestedistrikt der jeg også bodde. Det hendte jeg møtte brukere av hjemmetjenesten som jeg også hadde en privat relasjon til, og ikke få ganger opplevde jeg at brukere ba meg hilse til felles bekjente. Som venn ville det vært naturlig, men som sykepleier var det vanskelig å vite hva jeg kunne si uten å risikerte å bryte taushetsplikten. For å unngå å komme i en vanskelig situasjon, endte det som oftest med at jeg lot være å overbringe hilsningen. Samtidig kunne alle i bygda se hvor hjemmetjenestens biler var parkert, og naboer visste godt at hjemmetjenesten besøkte den som bodde i akkurat det huset.

Det er etisk utfordrende å ha en profesjonell relasjon til personer man også har en privat relasjon til. Som sykepleier møter man personen i situasjoner der noe står på spill, og i senere møter kan personen blir påminnet sin sårbarhet, noe som kan bli så vanskelig at det skader vennskapsforholdet. I et større arbeidsmiljø kan man oftest unngå denne problemstillingen ved at andre fagpersoner følger opp den aktuelle pasienten, men problemet blir aldri helt borte. I helger, høytider, ferier og ved sykefravær, må kanskje sykepleieren hjelpe en nær bekjent i situasjoner hun eller han helst ville unngått. Det kan dreie seg om stell og pleie der sykepleieren beveger seg inn i pasientens intimsone, noe som kan føles ugreit for begge. Pinlige situasjoner kan oppstå, og pasienten kan føle seg utlevert. Hvordan kan slike situasjoner håndteres?

**PRIVATE OPPDRAG.** Som leder har jeg fått henvendelser fra helsepersonell som har blitt forespurt å hjelpe en pasient med tjenester som pasienten savner fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Det kan for eksempel være en pasient som har langtidsopphold på sykehjem, men som ikke har støttekontakt til fritidsaktiviteter fordi dette i utgangspunktet skal inngå som en del av tjenesten på sykehjemmet. Realiteten er imidlertid at ressursknapphet gjør at det sjelden er tilstrekkelig

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

● Telefon: 99 04 91 69 ● e-post: berit.daae.hustad@sykepleierforbundet.no

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleiens.2015.55137

helsepersonell på vakt på sykehjemmet til at en kan følge en pasient for eksempel på kino eller en annen kulturaktivitet. Ikke alle har pårørende som kan avhjelpe denne situasjonen, andre igjen har for store hjelpebehov til at det anses som forsvarlig.

Det har hendt at helsepersonell har blitt spurt om å gjøre slike oppdrag, på privat basis, fordi de kjenner pasientens behov og om nødvendig kan yte hjelpe. Det kan være snakk om toalettbesøk eller at pleieren kan betjene medisinskteknisk hjelp som oksygen og trakeotomi. Foreldre til funksjonshemmete barn har også forespurt helsepersonell om å være private avlastere. Det oppleves trygt å overlate barnet til en de vet har kunnskap og kjennskap fra en tidligere behandlingsrelasjon.

**MEN ER DETTE GREIT?** Kan en sykepleier benytte taushetsbelagte opplysninger i en privat relasjon til en person som tidligere har vært hans eller hennes pasient? Det er pasienten som eier sine opplysninger, og hvis pasienten ønsker det, er det da greit?

Dette er problematisk både juridisk og etisk. Å takke nei til en slik forespørsel med begrunnelsen at jeg som privatperson ikke kan dra nytte av kjennskap om taushetsbelagte opplysninger, kan fra pasientens og pårørendes side oppleves som firkantet.

Disse situasjonene viser at det er utfordrende å inngå i en profesjonell sykepleier-pasient relasjon til en person sykepleieren samtidig står i en personlig og privat relasjon til. Kanskje oppleves slike situasjoner enda mer utfordrende for pasienten eller kanskje ikke – kanskje kjennes det tvert imot trygt at en han kjenner godt, en god venn, nå skal ha et profesjonelt ansvar for pleie og behandling?

På flere og flere steder i helsetjenesten har man etablert etikkrefleksjonsgrupper, arenaer for en systematisk refleksjon over etiske problemer i arbeidshverdagen. Kanskje kan det være en god arena for en refleksjonsprosess over hvor man skal trekke grensene mellom profesjonell, personlig og privat i sykepleietjenesten? Hvordan er det på din arbeidsplass, har dere liknende utfordringer? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



# ÅNDELIG OMSORG ER EN DEL AV SYKEPLEIEN

**Viktig behov.** Mye tyder på at åndelig omsorg har trange vilkår i møte med pasientene.

**FAGARTIKKEL:**

Artikkelen bygger på  
50 % praksis  
50 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.55165



**Britt Moene Kuven**, høgskolelektor, Can. san., Haraldsplass Diakonale høgskole

**I** sykepleierutdanningene ved landets høyskoler har vi en forpliktelse til å undervise og ruste studenter til å møte pasientens åndelige behov. I praksis bør dette temaet være en del av den daglige rapporten på lik linje med fysiske, psykiske og sosiale behov. På den måten blir pasientens åndelige behov ikke en privat praksis for den enkelte helsearbeider, men derimot en del av helsepersonells profesjonelle omsorg.

inn i et landskap hvor pasientenes åndelige temaer drøftes (8). Samtidig er det mange sykepleiere som kjenner på at de bør ta mer initiativ til samtale om temaet med pasientene (7,8).

Våre erfaringer fra helsevesenet kan tyde på at åndelig omsorg har trange vilkår i møte med pasientene. Ikke bare fordi det ikke er tid og rom for samtaler om det åndelige, men kanskje like mye fordi vi ikke har et språk som fanger det opp.

**ULIK FORSTÅELSE.** Siden åndelig omsorg er et begrep som gir ulike assosiasjoner, og samtidig har få eksakte definisjoner har sykepleiere nødvendigvis ikke en felles forståelse av hva åndelig omsorg innebærer (6). Åndelighet kan beskrives på ulike måter og med ulike begreper. Lie (9) beskriver den åndelige og eksistensielle dimensjonen som en indre kraft som gir mening, hensikt og innhold til alle aspekter ved livet. Dette kan forstås som livslyst og vilje som er til stede hos alle mennesker, og som gir seg uttrykk i tillit. Tilliten kan være til seg selv, til mennesker, naturen eller til en kraft utenfor seg selv, eller til Gud.

Ueland (8) viser til at den åndelige dimensjonen er beskrevet på mange ulike måter i sykepleielitteraturen. Hun sammenfatter åndelighet som en indre kraft i

mennesket som søker etter mening og hensikt med livet, både i livet selv, lidelsen og døden. Åndelige og eksistensielle behov kan slik være knyttet til en religiøs tro, men det behøver ikke være en slik tilknytning. Den åndelige dimensjonen er uansett allmennmenneskelig og uavhengig av en religiøs tilknytning (8).

Stifoss-Hansen & Kallenberg forklarer åndelig omsorg som det å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser. Å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie, og assistere brukeren i hans eller hennes arbeid med eksistensielle spørsmål med utgangspunkt i hans eller hennes eget livssyn (11).

**ÅPENHET.** En åndelig trang er en del av det livet vi lever. For noen handler det om trostilhørighet eller religiøsitet, for andre kan det handle om hva som gir mening denne dagen, i nuet. Det er når livet blir ekstra sårbart at denne trangen blir ekstra fremtredende. Dette kan vi også kalle å snakke sant om livet. Men for å kunne snakke sant om livet trenger vi å utvikle et språk som gjør det lettere å sette ord på det åndelige.

Pasienter søker etter sykepleiere som de kan våge å snakke åpent med om eksistensielle temaer (12). De ønsker sykepleiere som

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Åndelig omsorg kan beskrives på ulike måter, for noen handler det om religiøsitet mens for andre kan det handle om hva som gir håp eller styrke. Når livet blir ekstra sårbart kan pasientens behov for å bli møtt med sine åndelige behov bli ekstra tydelig. Artikkelen omhandler hvordan sykepleiere kan ivareta åndelig omsorg i møte med pasienten.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Omsorg
- Livssyn
- Etikk



**Lisa Bjorvatn**, sykepleierstudent 3. studieår, Haraldsplass Diakonale høgskole

**NEGLISJERT I PRAKSIS.** Som lærer med 20 års erfaring fra studentveiledning i praksisstudier opplever jeg at temaet åndelig omsorg ikke blir snakket om i praksisfeltet. Det blir derimot ofte tema i refleksjonsgrupper med studenter. Mange studenter opplever at dette er et tema som neglisjeres i praksis.

Åndelig omsorg skal være en del av den helhetlige og profesjonelle omsorgen sykepleiere utøver i møte med pasienten, og er nedfelt i FNs menneskerettserklæringer (1) og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2). Pasienter selv gir uttrykk for at åndelige behov i helsevesenet blir lite etterspurt, og at de selv ikke tør å be om hjelp til å dekke sine åndelige behov (3-7). Sykepleiere uttaler gjerne at de selv har behov for et mer avklart ståsted før de tør bevege seg





Tegn på tro: Sykepleiere kan øve seg opp til å se etter åndelige og eksistensielle uttrykk i pasientens verden. Illustrasjonsfoto: Colourbox

er medmennesker, som er ekte og ærlige og kan møte dem uten å fordomme. Dette kan tyde på at sykepleiers væremåte og holdning til å ta opp eksistensielle spørsmål er viktigere enn at vi har de «riktige» svarene.

**MENNESKEVERD.** Som sykepleiere bør vi være i stand til å ivareta pasientens trang til åndelig omsorg, da dette både kan fremme helsen og bevare menneskeverdet (13). Ut fra yrkesetiske retningslinjer (2) skal vi ivareta pasientens rett til helhetlig omsorg, og åndelig

omsorg er derfor sykepleieres ansvarsområde (11). Gjennom erfaringer med mennesker i sårbare faser utvikler sykepleiere sin egen måte å møte pasientenes åndelige behov på. Likevel vil vi dele noen eksempler på spørsmålsformuleringer som kan være til hjelp: «Hva er viktig for deg, hvor finner du håp? «Hva trenger du?» og «Hva er ressursene dine?».

Noen ganger når vi stiller slike spørsmål, når vi åpner opp, når vi lytter til fortellingen fra pasienten, så forteller de kanskje noe som er så uventet at vi ikke finner ord. Vi

## «Åndelig omsorg skal være en del av den helhetlige og profesjonelle omsorgen sykepleiere utøver i møte med pasienten.»

vet rett og slett ikke hva vi skal si. Da må vi si nettopp det: «Nå vet jeg ikke hva jeg skal si». Og det er nok, for pasientene vet at en sykepleier ikke kan fikse alt. Og til tider trenger pasientene noe mer enn det vi kan gi dem. I slike møter har vi behov for å stå trygt selv. Da trenger vi et bevisst ståsted og innsikt i vår

egen kompetanse, og kunnskap om andre som pasienten kan få hjelp av.

**GJENSIDIGHET.** Relasjonen mellom sykepleier og pasient er en viktig del av åndelig omsorg. Dette understrekes også av Hovdenes (14) når hun skriver at selve møtet





mellom sykepleier og pasient fordrer at pasienten selv kan få definere sin virkelighet. Dersom det er sykepleieren som definerer pasientens virkelighet, vil det oppleves som et overgrep av pasienten. Sykepleier-pasient relasjonen må både være gjensidig og likeverdig som personer. Hovdenes uttrykker det slik: «Å tre inn i forholdet til pasienten er å motta ham åpent, uten å invadere og erobre hans livsrom, men motta ved å respektere hverandres grenser. Kvaliteter som empati, engasjement, ekthet, anerkjennelse, vitalitet, bekræftelse, åpen tillit, tydelighet, respekt og mangfold ivaretar dette» (14 s. 57).

**TEGN.** Det er heller sjelden at pasienten forteller om sine åndelige behov (3). Som sykepleiere kan vi øve oss opp til å se etter åndelige og eksistensielle uttrykk i pasientens verden. Hvordan det kommer til uttrykk for den enkelte pasient kan variere mye, men vi må se, og ikke bare det, vi må se etter (11). Kanskje kommer det til uttrykk som symboler, metaforer, stikkord, humor eller blikk, og sykepleieren blir den som fortolker og stiller spørsmål (15,16).

Situasjoner er ulike, men når sykepleieren er oppmerksom og har antennene ute vil der noen ganger dukke opp tegn fra pasienten på åndelige behov. Slike tegn kan være ulike, en mor som holder rundt sin datter, en venn som sitter ved

sengekanten, blikk, hender, bilder, noe på nattbordet, stillhet, musikk, bøker og så videre.

**HELHETLIG OMSORG.** Kvaliteten på helhetlig omsorg blir påvirket av flere forhold slik vi ser det. Politikere og ledere i helsetjenesten har en forpliktelse til å sikre faglig kvalitet i helsetjenesten. Likevel kan vi oppleve ledere som mener at sykepleiere ikke skal involvere seg i åndelige og eksistensielle spørsmål. Vi trenger en god sykepleieledelse som tar ansvar for at den helhetlige omsorgen kommer på dagsorden, og som både er positiv til og legger til rette for at pasientens åndelige trang både blir sett og forsøkt imøtekommet.

Videre har landets sykepleierutdanninger et stort ansvar for at fremtidens sykepleiere opparbeider kunnskap om og ferdigheter i å møte pasientens åndelige behov. Sammen med sykepleiefaglige veiledere i praksisfeltet og gode rollemodeller kan studenter utvikle trygghet, slik at mot til å våge å nærme seg temaet utvikles. For den enkelte sykepleier blir både bakgrunn, personlighet, mot, interesser og hvordan hun eller han reflekterer og arbeider med seg selv i møte med den enkelte pasient viktig.

**TRE ORD.** Så hvordan kan vi da møte pasienten og gi åndelig omsorg? Her blir tre små, men likevel viktige stikkord gjeldende:

Pasienten i sentrum. Det er dette vi som sykepleiere strever mot hver dag. Da blir det også viktig å stille seg åpen for å møte pasientens åndelige behov. Utfordringen fra oss er derfor klar: Ta pasientenes åndelighet på alvor. For hva er sykepleie om du ikke våger det? ●

## REFERANSER:

1. FNs 'menneskerettsklæring. <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> (20.11.14).
2. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/113944/NSF%20Yrkesetisk%20>. (20.11.14).
3. Tornøe K. Kan vi trøste hjertene?: hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov. Oslo: Tano forlag, 1996.
4. Magelssen M, Fredheim OMS. En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskr nor legeforen* 2011; 131:138–40.
5. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nursing* 2002; 39 (5): 500–9.
6. Ødbehr LS, Kvigne K, Danbolt L, Hauge S. Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie* 2012;14–20.
7. Rykkje L, Eriksson K, Råholm MB. A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal for Human Caring* 2011;15(4):40–53.
8. Ueland V. Kommunikativ kompetanse. Universitetet i Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Publikasjonsserie 28/1997.
9. Lie K. Eksistensiell og åndelig helseomsorg. En praktisk veileder. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS., 2002.
10. Ueland V. Lengsel – en kraft til helse. Åbo: Åbos akademis forlag, 2013.
11. Stifoss-Hansen H, Kallenberg K. Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
12. Yardley SJ, Walshe CE, Parr A. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine* 2009; 7, p. 601–2018 <http://search.proquest.com/docview/217823559/1F40590A0952426BPQ/1?accountid=166694>
13. Rykkje L, Eriksson K, Råholm MB. Spirituality and caring in old age and the significance of religion – a hermeneutical study from Norway. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2012; 27(2): 275–84.
14. Hovdenes GH. Det «åndelige» er det relasjonelle. *Sykepleien* 1999;11:56–9.
15. Kubler-Ross E. Døden er livsviktig. Oslo: Ex Libris Forlag, 1991.
16. Stansworth R. Recognizing spiritual needs in people who are dying. Oxford: University Press, 2004.

## FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

xwear.no

## Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:  
helse



# Påfyll

Del 3 Sykepleien 09 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



## Hvem skal lede NSF?

**Valg.** På landsmøtet i november vil flere kandidater kjempe om plassen i NSF's toppledelse. Sykepleien presenterer dem. **64**



### **Sykepleie på TV.**

I serien «Barneavdelingen» får sykepleiere vist frem faget. **60**



### **«Når den ekte postsekretæren dukker opp igjen, må jeg holde gledestårene tilbake.»**

Liv Bjørnhaug Johansen i Liv laga. **61**



**Quiz.** Hva vet du om anale temaer? **70**



**Bok.** Godt, men overflatisk om kommunikasjon og psykiatri. **62**



Dikt



**Legetime. Hospitalet 9.12.13**

«Hvem vet om livet er best, langt eller kort?» CLAES GILL

*Ablatio sinister (venstre) mammae plus aksilledisseksjon er hva kirurgen gjorde med min corpus forrige måned, i de timer tre, da jeg lå herlig sovende i salig ether-rus.*

*I dag på hospitalet. Året er på hell. Min medicus privatus kan fortelle at corpus meus melior est og ellers melde: Snart solen snur, så vale unge mann, lev vel, lev vel.*

*Hvem vet om livet er best kort eller langt? Jeg vet, for jeg skal ennå leve vel og lenge, og jeg har fortsatt mangt å gjøre før det stenger.*

*Og er jeg heldig, dukker søster Kari opp med dren og plaster for å stelle med den kranke og pleie såret i hans overkropp.*

Om forfatteren

**Jan Jakob Tønseth**

Jan Jakob Tønseth (1947) har publisert både romaner, noveller, poesi, gjendiktninger og essays. I 2013 ble han operert for brystkreft, og i *Muntre dødsdikt og andre dikt* skriver han seg gjennom sykdomserfaringene på rim og i stramme verseformer.



Filmes: Anette Wiersholm på jobb med kamera på slep. Foto: TvNorge

## – Fint å vise frem at barna blir friske

**TV-SERIE: – Sykehuset er egentlig veldig lukket, jeg synes det er bra å vise frem hva vi gjør.**

Det sier Anette Wiersholm, som jobber på barnekirurgen på Ullevål. Hun er én av mange sykepleiere som er med i dokumentarserien «Barneavdelingen» på TVNorge Fem. Serien går i høst og til våren.

– En kameramann fulgte meg en

hel dag, forteller Wiersholm.

– Det var uvant, men etter hvert tenkte jeg ikke på det. Når man jobber med barn er man vant til at foreldrene alltid er der, så sånn sett er jeg vant til at noen følger med på alt jeg gjør.

Denne dagen hadde hun ansvar for to gutter som skulle opereres.

– Det bra med denne serien er at

den viser at de fleste barn på sykehus blir friske igjen. Det vanlige for oss er at barna kommer inn, får hjelp og kan reise hjem igjen. Det som er bra med denne serien er at de har filmet barn med mange forskjellige diagnoser, både alvorlige og mindre alvorlige.

«Barneavdelingen» sendes utover høsten.

### Skrivestipend for fagbøker

Fagbokforlaget har skrivestipender for grunnleggende lærebøker i høyere utdanning. Hvert år deles det ut stipender på til sammen inntil 250 000 kroner.

Stipendene har to søknadsfrister i året, 1. mars og 1. oktober.

### Smitte gjennom munnen

*Matforgiftning – smitte gjennom mat og vann* er en ny bok blant annet for dem som jobber med helse. Per Einar Granum er redaktør, og boken tar blant annet for seg symptomer på mat- og vannbårne infeksjoner og forgiftninger og hvordan finne smittekildene.

### Forskningshåndbok på engelsk

Forskere ved Ullevål og Haukeland har vært med på å lage forskningshåndboken *Fra idé til publikasjon*, som kan lastes gratis ned fra nett. Nå er den også på engelsk.

Håndboken gir tips og veiledning til sykehuspersonell og forskere som har en idé de vil omsette til forskning.

## Bøker. 3 om talehjelp

### Innføring i ASK

**VERKTØY:** Kari-Anne B. Næss og Asgjerd Veia Karlsen har skrevet *God kommunikasjon med ASK-brukere* som en innføring i ASK (alternativ og supplerende kommunikasjon) og kommunikasjonsutvikling. Gjennom praksisfortellinger viser forfatterne både hvordan god kommunikasjon med ASK-brukere kan utfordres, og hvordan man kan lykkes. Målet er likeverdig deltakelse og selvstendig kommunikasjon for den talehemmede.



### Veien ut av språkløsheten

**BRUKERERFARING:** Martin Pistorius fikk som 12-åring et ukjent neurologisk syndrom som fratok ham både muskelfraft og taleevne. Uten kommunikasjonssevne ble han antatt å være kognitivt redusert. Etter tolv år får en terapeut ham testet med talemaskin, og langsomt lærte han seg å kommunisere via datamaskiner. Selvbiografien *Da jeg var usynlig* er en rystende historie om livet som språkløs pleiepasient og veien videre.



### Den tauses stemme

**LOCKED-IN:** Jean-Dominique Bauby var 42 år og redaktør i franske Elle da et hjerneslag etterlot ham med locked-in-syndrom, ute av stand til å bevege annet enn høyre øye. Med en tålmodig logoped lærte han seg å kommunisere ved å blunke med øyet mens hun leste opp bokstaver. Slik skrev han *Dykkerdrakt og sommerfugl* om livet innesperret i egen kropp og tankens frihet, tross alt. Boken ble filmatisert i 2007.



## Påfyll. Petit



Liv laga



### Liv Bjørnhaug Johansen

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

## Multitaskingens dronninger

**En gang iblant må dessverre selv postsekretærer spise, og da hender det at jeg, om jeg skulle være så uheldig å stå i nærheten, blir spurt pent om «jeg ikke kan være så snill å avløse litt». Og selv om min veloppdragne munn straks sier «ja», er jeg ganske sikker på at øynene mine sier «NEI!». Men dem er det jo ingen som hører på, så før jeg vet ordet av det sitter jeg der bak skranken.**

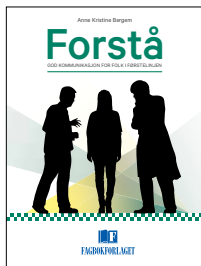
Det første minuttet kjennes det fint. God, varm kontorstol. Fin skranke. Man føler seg som en viktig person, et sentralt ledd i en kompleks organisasjon. En som har kontroll og oversikt.

Men den følelsen varer dessverre sjelden lenge for min del. For så kommer en lege og ber meg bestille en for meg ukjent sendeprobe på spinalvæske som absolutt ikke skal ligge for lenge før det sendes avgårde. Og mens jeg fikler med det, kommer det en pårørende og stiller seg opp ved skranken med et bekymret og utålmodig uttrykk. Og så kommer en portør og sier at pasient X, som har MR om to minutter, ikke er å finne, og jeg forsøker å finne telefonnummeret hans i DIPS, men før jeg har løftet av røret, ringer telefonen og det er en mann med rar dialekt som snakker veldig lavt og forteller at han var innlagt på avdelingen en tid tilbake, og han beskriver noen urovekkende symptomer og spør etter en lege som ikke lenger jobber her, som hadde sagt at han bare

kunne ringe om det var noe. Når du ber ham kontakte fastlegen sin, begynner han å gråte.

Og nå kommer alle sykepleiestudentene tilbake fra lunsj, og siden de ikke vet hvor de skal gjøre av seg, blir de stående ved skranken og skravle så det blir enda vanskeligere å høre hva den gråtende mannen sier. Og nå er legen blitt utålmodig og skriver noe uleselig på en lapp og skyver prøvene over til meg og sier «Dette fikser du, ikke sant?» og går før han rekker å se at jeg rister på hodet. Og akkurat når jeg har sendt sykepleiestudentene på leting etter pasient X, kommer det to ambulansfolk med en ny pasient som bør inn på et rom med det samme da han er lyssky og smittefarlig, og bak dem igjen kommer en svært ustø, eldre mann i nettingtruse og åpen pasientskjorte som roper at han vil hjem, og telefonen ringer og ringer og ringer og rekken av folk som venter vokser og vokser og nye oppgaver spretter opp raskere enn jeg rekker å delegere, og når den ekte postsekretæren dukker opp igjen, må jeg holde gledestårene tilbake.

Kjære postsekretærer! Ikke vet jeg hva det er dere gjør for å mestre dette spetakkelet, om det er yoga, transcendental meditasjon eller sentralstimulerende stoffer, men vit dette: Blir dere lei av sykehuslivet, venter det en lukrativ karriere som stressmestringscoach for politikere og næringslivstopper. ●



Fakta

**Forstå.**

Av Anne Kristine Bergem  
Bergem  
Fagbokforlaget, 2015  
ISBN 978-82-450-1581-2

Anmelder: Elisabeth Heggernes, sykepleier og litteraturviter

## Godt, men overflatisk om kommunikasjon og psykiatri

**ANMELDELSE:** For å kunne gi god hjelp i akutte situasjoner, er god kommunikasjon mellom hjelperen og den som er i en sårbar situasjon viktig. *Forstå* er en kortfattet introduksjonsbok som er ment både å gi en praktisk innføring i kommunikasjon for hjelpere i førstelinjen, og å være utgangspunkt for refleksjon over egen praksis.

Forfatter Anne Kristine Bergem er spesialist i psykiatri og har lang erfaring fra psykisk helsevern. Hun gir gode forklaringer på begreper og diagnoser fra psykiatrien.

Etter en innføring i begreper innen kommunikasjon følger en oversikt over personlighetsutvikling, en kort

gjennomgang av ulike psykiatriske tilstander og utfordringene disse gir for kommunikasjonen, og sist litt om spesielle utfordringer ved fare for vold og selvmord.

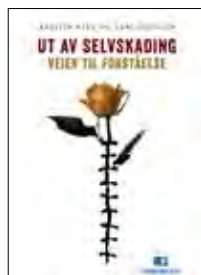
Boken er godt skrevet med et fortellende språk, og stoffet blir levende ved konkrete eksempler og pasienthistorier. Gjennom eksemplene viser Bergem en form for åpen og direkte samtale som er nyttig å beherske, og som kan hjelpe å unngå negative reaksjoner som vold og aggresjon.

Problemet er at boken virker mer rettet mot en nybegynner som ikke har arbeidet med pasienter før enn mot fagpersoner med fartstid i førstelinjetjenesten. Den første delen er litt

vel grundig i forklaringen av elementære begreper. Andre store utfordringer, som ulik kulturell bakgrunn og språk, blir kort og relativt overflatisk behandlet. Krisereaksjoner er ikke nevnt.

I den siste delen er hovedvekten på psykiatri. For flere av diagnosene sammenfaller tiltakene for hvordan opprette god kommunikasjon, samtidig som løsningene virker lettvinne, som når anbefalingene for både pasienter med delir og maniske episoder er at de trenger søvn, ro og hvile.

Både som innføring i kommunikasjon og i psykiatriske lidelser blir det vel lite dybde i stoffet, selv om boken har mange nye og interessante vinklinger på temaet. ●



Fakta

**Ut av selvskading.**

Av Kristin Ribe og Lars Mehlum  
ISBN: 978-82-450-1459-4  
Fagbokforlaget, 2015

Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier og rosen-terapeut

## Håp for selvskaderne

**ANMELDELSE:** Det er en myte at barn og unge som skader seg selv, gjør det for å få oppmerksomhet og omsorg. Erfaring viser at de som selvskader, hovedsakelig gjør det fordi den indre uroen og angsten er så sterk at det å kjenne på fysisk smerte og se blod renne døyver de vanskelige følelsene. Nær hver femte ungdom har en eller flere ganger skadet seg selv med vilje, og for mange blir dette et problem som varer over mange år.

Forfatter Kristin Ribe har sammen med professor dr.med. Lars Mehlum skrevet en til tider rystende og samtidig opplysende og viktig bok om dette alvorlige samfunnsproblemet,

som i noen tilfeller fører til selvmord. Kristin Ribe skadet seg selv i 13 år og forsøkte flere ganger å ta sitt eget liv. Gjennom nær kontakt med psykolog og miljøterapeuter på Østmarka ved Trondheim, klarte hun etter mange års behandling og gjentatte innleggelse, å slutte å skade seg selv. Hun har holdt en rekke foredrag om sine erfaringer og skrevet essays, og i boka gjengis noen av dem. For henne ble det å kutte seg en måte å vise hvem hun var, siden hun ikke klarte å uttrykke det med ord eller følelser.

Lars Mehlums bidrag er basert på faglige erfaringer og forskning. Han anbefaler at det utarbeides en

sikkerhetsplan pasienten kan benytte seg av når de vanskelige følelsene kommer, der hun identifiserer tanker, situasjoner eller følelser som kan lede til selvskading. Videre bør pasienten lære distraksjonsteknikker for å mestre å holde ut de vanskelige følelsene. Mehlum skisserer også ulike behandlingsteknikker, som dialektisk atferdsterapi, der en kort variant på fire måneders varighet har vist gode resultater.

Ut av selvskading er en viktig og nyttig bok som viser at det finnes håp. Kristin Ribes essays gir på en ærlig, nesten brutal måte, innsikt i et plaget sinn, mens Lars Mehlums bidrag er erfaringsbaserte og konkrete. ●

Hva  
leser du  
nå?

Elisabeth  
Heggernes

## Alltid en halv- lest roman på nattbordet

**LITTERATUR:** – Akkurat nå holder jeg på med *At home* av Bill Bryson, hvor han tar for seg hjemmets historie, med små og store fakta om alt fra hvordan vi fikk lys i huset før elektrisiteten til hvorfor de enkelte rommene er konstruert som de er. I tillegg leser jeg *I skumringen synger svarttrosten*, en fin og bitersøt roman av Linda Olsson om tre relativt skakkjorte mennesker som blir involvert i hverandres liv.

Heggernes leser mye, både romaner og sakprosa og faglitteratur, og har alltid en eller flere halvleste romaner på nattbordet. Lesingen har også betydning for henne som sykepleier, forteller hun.

– Flere romaner og selvbiografiske bøker har vært viktige for å bedre forstå pasienter og pårørende. Et eksempel er Dea Trier Mørchs *Vinterbarn*, som handler om mødre med kompliserte svangerskap og fødsler, og som gjorde sterkt inntrykk da jeg var fersk sykepleier på nyfødtintensiv. ●

*LiuBjornhaug.Johansen@sykepleien.no*



Yrke: Litteraturviter og sykepleier  
Alder: 42

## Basiskunnskap i ordrik innpakning

**ANMELDELSE:** Denne fagboken er ment å gi en bred innføring i hva som kjennetegner rehabiliterings-sykepleie og hvor den utøves, og det er et ordrikt trekløver vi har med å gjøre. Noen oppvisning i språklig presisjon er dette ikke.

Boken er på sitt beste når det tas i bruk konkrete eksempler på hvordan pasienten, som for øvrig omtales som henholdsvis pasient/borger/ bruker/ person, imøtekommes mest konstruktivt. Fremheves som informativt bør også kapittel 8 om utviklingen i rehabiliteringsfelt. I samme kapittel finner vi delen med undertittelen «Sykepleien og samhandling». Her følger et par sider om temaet som beskriver dagens situasjon greit og tydelig, og her flyter også språket godt.

Dessverre faller vi snart ned på lange knotete setninger. Kanskje er det slik det må gå når sykepleiere med akademisk videreutdanning skriver i flokk. Det er lov å uttrykke seg lettfattelig selv om man vil fremstå som akademisk. Man blir for eksempel ikke «enige», på godt norsk, man «kommer frem til konsensus». Og det forekommer altfor ofte setninger over åtte linjer med fire-fem komma. Da faller leseren lett av lasset. Kanskje også forfatterne selv, for her er en del gjentakelser og generelle vendinger. Boken kunne vært kortet ned og blitt vel så god.

Kapittel 4 om «Optimal tilstand av

helse og velbefinnende» er blant de mest velformulerte. Her går en av forfatterne rett på sak. Språket er mindre tørt, med søkelys på varhet og følsomhet, selvfølgelig i kombinasjon med profesjonalitet. Også den gjennomgående interessen for pasientens opplevelse av verdighet, og hvordan rehabiliteringssykepleieren kan bidra til å bevare denne, hever bokens nivå.

Når det gjelder utviklingen i rehabiliteringsfeltet nevnes også HVPU-reformen fra 1991. Når den først nevnes, burde man kostet på seg å fortelle om hvor omstridt den var, og hvor ulikt den slo ut for hver enkelt. For noen var den en velsignelse, for andre en forbannelse.

Boken er først og fremst rettet mot studenter i grunnutdanningen. På vaseseddelen står det at den også er vel egnet for helsearbeidere som arbeider med rehabilitering. Her er jeg i tvil, da mye av stoffet oppleves som innlysende og selvsagt. Jeg har selv forholdsvis nylig arbeidet innen rehabilitering, og jeg er ikke overbevist om at jeg hadde utført en bedre jobb om jeg hadde hatt denne boken som ballast. Selv fikk jeg mest utbytte av delen som hadde administrative og byråkratiske innslag. Det er vel så enkelt som at det er mest å hente der man har minst kunnskap. Mine innvendinger mot boken er først og fremst rettet mot forlaget som burde ha slått ned på setningsoppbygningen. ●



Fakta

### Sykepleie og rehabilitering

Av Grace Inga  
Romsland, Birgitte  
Dahl, Åshild Slettebø  
239 sider  
Gyldendal Akademiske,  
2015  
ISBN 978 – 82 – 05 –  
43639 – 8

Anmelder: Inger Frogg  
Jørgensen

**«Rehabilitering handler om respekt og omsorg, men også om å utfordre og stille krav [...]»** Romsland, Dahl og Slettebø i *Sykepleie og rehabilitering*



**Valg i november.** Dagens tre NSF-ledere stiller til gjenvalg. To menn utfordrer nå nestlederne. Totalt skal 45 sykepleiere velges på landsmøtet.

# Hvem blir valgt?

● Tekst **Marit Fonn og Eivor Hofstad**

I fire år har Norsk Sykepleierforbund (NSF) hatt tre kvinner på toppen: Eli Gunhild By som leder, Solveig Bratseth som nestleder og Karen Bjørø som 2. nestleder. Alle stiller til gjenvalg.

Nå utfordrer to menn de to nestlederne. Og nåværende 2. nestleder vil stige i gradene og utfordrer nestlederen. Men forbundsleder By har ingen motkandidater.

Det er 45 verv som skal besettes på landsmøtet i november, inkludert vararepresentanter.

Her er de fem som vil til troikatoppen i NSF:

**UTEN MOTKANDIDAT.** På landsmøtet i november har By ingen motkandidater. **Eli Gunhild By** (52) stiller til gjenvalg som leder etter fire år på toppen i NSF. By, som er oppvokst i Trondheim, har tidligere vært fylkesleder i Oslo. Det meste av sin sykepleiepraksis har hun fra Radiumhospitalet med kreftpasienter.

– Eli Gunhild er en person som lytter til de rundt seg, og kan se flere sider av en sak. Hun er løsningsorientert og diplomatisk, men kan være knalltøff når det er behov for det, skriver forslagsstiller NSF Oslo.

## «Jeg er inkluderende.»

Eli Gunhild By

### – Hvorfor skal landsmøtet velge deg?

– Fordi jeg etter hvert har bred politisk erfaring. Dessuten har jeg opparbeidet meg et godt nettverk. Jeg kan tenke strategisk og overordnet. Det er viktig å fortsette det gode politiske arbeidet vi har startet på – både eksternt og internt. Motivasjonen for å stille til valg på nytt er at jeg vil påvirke slik at NSF står fram som en tydelig organisasjon

for politikerne – og ikke minst for medlemmene.

### – Hva er din hjertesak?

– At bemanning og kompetanse må henge sammen. Arbeidstid er både et interesse- og fagpolitisk felt. Når jeg forhandler om lønn, bruker jeg faglige argumenter. Når jeg snakker om faget, er jeg tydelig på at kompetansen må verdsettes. Og det handler om lønn.

### – Beskriv deg selv med tre ord.

– Jeg er engasjert, inkluderende og strategisk. Ellers har «respekt» alltid vært et viktig ord for meg.

### – Hva vil du gjøre for medlemmene?

– Jeg har lyst til å fortsette det gode arbeidet med å løfte sykepleiernes status. Jeg møter mye makt og maktmisbruk i denne jobben her. Det gjelder å omsette dette til noe positivt for sykepleierne og sørge for mer makt til dem.

**FORSVARER SIN POST.** **Solveig Bratseth** (57) har vært nestleder i fire år og stiller til gjenvalg. Hun har vært medlem i forbundsstyret i sju år før det. Bratseth er opprinnelig fra Sunnmøre, men har bodd i Trondheim siden 1987. Hun har permisjon fra jobben som seniorrådgiver i NAV i Sør-Trøndelag. I tre perioder har hun sittet i Trondheim bystyre for KrF og to perioder som 1. vararepresentant på Stortinget.

– Hun har arbeidet godt i sitt brede politiske nettverk og har profilert NSF på en fremragende måte i media, skriver fylkesstyret i Sør-Trøndelag, som har foreslått henne.

### – Hvorfor skal landsmøtet velge deg?

– Fordi jeg har bred politisk erfaring, både partipolitisk og faglig. Jeg har vært del av forbundsstyret i 11 år. Jeg mener det er viktig med kontinuitet i ledelsen. Jeg har også vært nestleder i Unio og i KS-utvalget i Unio. Det er viktig at den som sitter

i NSF-ledelsen har erfaring og god kjennskap både til Unio og KS. Jeg har også et stort politisk nettverk, både nasjonalt og lokalt, og det er en stor fordel for NSF. Jeg ser meg selv som den i ledelsen som best oversetter fagtermene til politisk språk.

### – Hva er din hjertesak?

– Verdssetting av sykepleiekompetanse. Og utdanning: Vi må ha en grunnutdanning som gjør

## «Jeg er strategisk.» Solveig Bratseth

nyutdannete i stand til å utføre oppgavene sine – og en videreutdanning som sørger for sykepleiere som er eksperter på pasientenes behov og som kan utvikle tjenesten. Sykepleieforskning må få en høyere prioritet. Dessuten bør ledere av sykepleietjenesten være sykepleiere, fra topp til de pasientnære tjenestene.

### – Beskriv deg selv med tre ord.

– Tydelig. Ærlig. Og strategisk.

### – Hva vil du gjøre for medlemmene?

– Bygge en organisasjon som har makt og innflytelse på viktige områder: Lønn for kompetanse, og arbeidsforhold som gjør det mulig for sykepleierne å holde yrkesløpet ut. Vi har mye god politikk, men vi må bli bedre til å formidle den til de rette personer så den blir forstått. Ordførere kan være kjempeviktige. Tillitsvalgte kan gjøre godt påvirkningsarbeid i kommunene, der mer av helsetjenestene utføres. Der sitter viktige beslutningstakere, både politikere og arbeidsgivere. Å nå fram til dem kan bli avgjørende for hvilken sykepleiekompetanse vi skal ha i helsetjenesten framover.

**SIKTER OPPOVER.** **Karen Bjørø** (64) har vært 2. nestleder i én periode. Nå stiller hun til gjenvalg,



## Stiller til gjenvalg som forbundsleder.

Ingen motkandidater



Eli Gunhild By.  
Nåværende forbundsleder.

## Stiller til gjenvalg som nestledere.

2 utfordrere (se neste side).



Karen Bjøro.  
Nåværende 2. nestleder, stiller til gjenvalg, og utfordrer som nestleder.



Solveig Kopperstad Bratseth.  
Nåværende nestleder, stiller til gjenvalg.

og er også kandidat som nestleder.

Bjøro, som er amerikansk, er både intensiv- og geriatrisk sykepleier, og hun har lederutdanning og doktorgrad om smertebehandling.

– Jeg er en innvandrerkvinn som har slått rot i Norge, skriver hun.

Hun er foreslått av fylkesstyret i Buskerud, Norsk selskap for sykepleieforskning NSF og Tor Engevik på vegne av faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens.

– Karen har som den eneste i NSF's ledelsebakgrunn fra forskning og utforming av forskningspolitikk i det kliniske felt, skriver Engevik.

### – **Hvorfor skal landsmøtet velge deg?**

– Jeg har bred erfaring fra arbeidet med å utvikle kvalitet og pasientsikkerhet i sykepleiernes praksisfelt, både som fagutvikler, leder, lærer og forsker. Som annen nestleder i forbundsledelsen har jeg bidratt til strategiutvikling og beslutninger som er godt faglig begrunnet. Arbeidet med å gjennomføre er i full gang, og vi begynner å se resultater. Jeg er sterkt motivert for å fortsette i NSF's ledelse og bidra videre med min kompetanse. Sykepleiernes deltakelse på internasjonale

## «Jeg er internasjonal.»

Karen Bjøro

arenaer er en forutsetning for å nå nasjonale mål. Jeg har internasjonal bakgrunn, har bygget opp et stort kontaktnettverk og bidratt til at NSF blir etterspurt på den internasjonale arena.

### – **Hva er din hjertesak?**

– Kvalitet og pasientsikkerhet i sykepleie. Pasientenes behov er i endring, og det stiller nye krav for å sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. Sykepleierne har fått større ansvar, og nå må vi også få større myndighet til å gjøre jobben. Ledelse av eget fag er en forutsetning for å utvikle en sykepleietjeneste som ivaretar kravene til kvalitet og pasientsikkerhet. Et viktig mål er at sykepleierne er representert der beslutninger gjøres.

### – **Beskriv deg selv med tre ord.**

– Internasjonal. Faglig. Tydelig.

### – **Hva vil du gjøre for medlemmene?**

– Jeg vil bidra til at medlemmene og tillitsvalgte informeres og involveres, og at medlemmenes syn blir aktivt etterspurt. De skal oppleve at de har en organisasjon som er til for dem. Jeg vil styrke tillitsvalgte på alle nivå med nødvendig kompetanse. De skal få opplæring og inspirasjon til å jobbe for NSF's politikk og medlemmer. Jeg vil fortsette å synliggjøre sykepleiere som kunnskapsarbeidere med høy kompetanse. De gjør en livsviktig jobb. Jeg vil bidra til å utvikle sykepleiere som er tydelige, modige og stolte.



→ **UTFORDRER NESTLEDERNE.** Oddgeir Lunde (57) stiller til valg som nestleder og 2. nestleder. Han har vært fylkesleder i Sogn og Fjordane i 16 år.

– Jeg er som en vaktmester, og gjør alt: Holder taler, elsker å undervise og kjenner praksis, sier han.



Foto: NSF

Oddgeir Lunde.  
Nåværende fylkesleder,  
ønsker å bli nestleder.

– Lunde har vært tydelig på viktigheten av å ha en lokal og kompetent organisasjon nær medlemmene, skriver forslagsstiller NSF Sogn og Fjordane.

– **Hvorfor skal landsmøtet velge deg?**

– Jeg har både samfunns-, interesse- og fagpolitisk erfaring. Jeg har praksis som sykepleier og leder både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og fra høyskolen, der jeg har hatt permisjon siden 1999. Jeg vil påvirke for å få ressurser så

## «Jeg er uredd.» Oddgeir Lunde

sykepleierne får handlings- og holdningskompetanse. Jeg har god forståelse av NSF's ressurser, og vet hvor viktig det er å balansere dem mellom fylkes- og hovedkontor til medlemmenes beste.

– **Hva er din hjertesak?**

– Jeg har ikke bare én: Gode rammevilkår så sykepleierne kan utøve yrket. Likelønn. Nok bemanning, ikke jobbe oftere enn hver tredje helg. Gode vilkår for studenter i praksis. Utdanningen må være så god at sykepleierne kan utføre sitt samfunnsoppdrag, for eksempel med å gjennomføre samhandlingsreformen. I dag er det ikke nok kompetanse, særlig i kommunene, fordi pasientene blir skrevet tidlig ut av sykehuset som ikke har senger nok. Det bør være videreutdanning, mastergradsløp og phd-løp for sykepleiere i hvert fylke. Vi må få på plass en tariffavtale om 100 prosent lønn under utdanning også i kommunene.

– **Beskriv deg selv med tre ord.**

– Raus. Ærlig. Uredd. Jeg er ikke laget slik at jeg

uttaler meg strategisk – jeg uttaler meg politisk. Så får det bære eller briste.

– **Hva vil du gjøre for medlemmene?**

– Påvirke for å få best mulig rammevilkår for yrkesutøvelsen. Jobbe for lønn på linje med høyskole- og universitetsutdannede på samme nivå og lengde.

**UTFORDRER BJØRO OG LUNDE.** Sigbjørn Flatland (36) stiller til valg som 2. nestleder. Han har vært intensivsykepleier på Oslo universitetssykehus siden 2009 og aktiv i faggruppen nesten like lenge, de tre siste årene som leder. Han har også vært hovedtillitsvalgt.

– Som leder for faggruppen har Flatland markert seg som en god formidler av hva sykepleie er, skriver forslagsstiller NSF Østfold.



Foto: Marit Bonn

Sigbjørn Flatland.  
Nå: intensivsykepleier på Ullevål,  
ønsker å bli 2. nestleder.

Også NSF Oslo og Sentralt fagforum har fore slått ham.

– **Hvorfor skal landsmøtet velge deg?**

– Det er en fordel at forbundsstyret er bredt representert. En ledertrio må være sammensatt med folk som kan samarbeide, men samtidig kunne utfordre hverandre. Jeg jobber som kliniker i dag, samtidig som jeg kjenner godt til NSF som faggruppelider. Jeg har et stort engasjement, og mener jeg er god til å formidle og overbevise fordi jeg tror på det jeg jobber for.

– **Hva er din hjertesak?**

– Vår utdanning og kunnskap er grunnet for en god sykepleiertjeneste. Det er dette som gir oss

## «Jeg er kritisk.» Sigbjørn Flatland

den unike styrken i pasientbehandlingen. Vi er til stede med hundre tusen fagfolk som observerer, vurderer og iverksetter tiltak både i helsefremmende arbeid og i behandling av sykdom. Å formidle vår kunnskap og kompetanse, og hvor vesentlig den er,

## Fakta

### Landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund (NSF):

- Holdes hvert fjerde år.
- Det neste skal være på Gardermoen 9. til 13. november 2015.
- I år møter 162 delegater. De er valgt i fylkene, og antallet er fordelt etter medlemstallene i fylkene.
- Behandler prinsipielle saker som vedrører NSF's funksjon, arbeidsform og struktur.
- Er den øverste myndighet i NSF.
- Vedtar budsjetttrammer og strategiske prioriteringer for de neste fire år, og fastlegger forbundets overordnede prinsipper og politikk.
- Vedtar også innsatsområder for kommende periode.
- Velger sykepleiere til 45 verv – fra forbundsleder til sjettede varamedlem i nominasjonskomiteen.

### Forbundsstyret:

- Er NSF's høyeste myndighet mellom landsmøtene. Styret står ansvarlig for sine avgjørelser overfor landsmøtet.
- Skal effektivere landsmøtet vedtak, og ta initiativ i saker som er av betydning for sykepleien og sykepleieryrket.
- Bestemmer hvordan organisasjonen inntekter skal brukes i tråd med landsmøtet vedtak.
- Forbundsstyret består av forbundsleder, nestleder, 2. nestleder, seks medlemmer og seks varamedlemmer. I tillegg er studentleder med i styret med stemmerett. Dessuten møter leder av sentralt fagforum med uttale- og forslagsrett.
- Møter en gang i måneden.

er noe av det viktigste Sykepleierforbundet gjør.

– **Beskriv deg selv med tre ord.**

– Engasjert, kritisk og reflektert.

– **Hva vil du gjøre for medlemmene?**

– Jeg ønsker å fremme Sykepleierforbundet som en organisasjon som medlemmene kan være stolte av. Vi skal være et forbund med en tydelig agenda, og som kan komme med løsninger og gode ideer. Med faglige argumenter og ved å vise vår kompetanse, skal vi arbeide for at medlemmene våre sikres gode lønns- og arbeidsvilkår.

## Kandidater til forbundsstyret.

Det skal velges seks medlemmer og seks varamedlemmer. Disse er på gjenvalg:



**Kai Øivind Brenden**  
Fylke: Akershus  
Alder: 39

**Stilling:** Sykepleier ved Medisinsk klinikk, Akershus universitetssykehus. Vært med i forbundsstyret siden 2011, og er også ansattrepresentant og foretakstillitsvalgt ved Ahus.

**Foreslått av:** NSF Akershus

**Forslagsstiller sier:** Han har politiske egenskaper og kan tenke overordnet og strategisk. Har tidligere vært med i kommunepolitikken for Høyre. Godt forberedt til møter og lojal mot vedtak. Er tydelig i konflikter med arbeidsgiver. Samarbeider godt og er konstruktiv i diskusjoner.



**Rigmor Føske Johnsen**  
Fylke: Vestfold  
Alder: 65

**Stilling:** Pensjonert og vikar som praksislærer ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Er også student ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i geriatrisk vurderingskompetanse. Vært med i forbundsstyret siden 2004 og er også vara for styreleder Karen Bjøro i International Competence Center Tanga AS. I tillegg er hun styreleder i St. Olavs Borettslag.

**Foreslått av:** NSF Vestfold

**Forslagsstiller sier:** Meget dyktig styremedlem, stor grad av legitimitet. Kunnskapsrik, engasjert, hardt arbeidende, alltid forberedt og evner å se hele organisasjonen. Hun har et bredt interessefelt som omfatter det meste av det NSF arbeider med.



**Toril O. Fjørtoft**  
Fylke: Sogn og Fjordane  
Alder: 61

**Stilling:** Lektor ved Høgskulen i Sogn og Fjordane hvor hun også er tillitsvalgt. Vært med i forbundsstyret siden 2011 og er også styremedlem i NSF Sogn og Fjordane.

**Foreslått av:** Oddgeir Lunde

**Forslagsstiller sier:** Hun har kunnskap om utdanning og høyskolesektoren. Videre representerer hun kontinuitet i forbundsstyret.



**Anne Margrethe Haukås**  
Fylke: Rogaland  
Alder: 39

**Stilling:** Leder for akuttjenesten og helsesøstertjenesten i Karmøy kommune. Vært med i forbundsstyret siden 2011.

**Foreslått av:** NSF Rogaland

**Forslagsstiller sier:** Hun er en dyktig og fremoverlent NSF-politiker. Uredd og konstruktiv med bred arbeidserfaring fra både sykehus og kommune.



**Hilde Skauen Ranum**  
Fylke: Østfold  
Alder: 49

**Stilling:** Sjefsykepleier i etat for medisinske tjenester, Fredrikstad kommune. Vært med i forbundsstyret siden 2011

**Foreslått av:** NSF Østfold

**Forslagsstiller sier:** Hun har lang erfaring som HTV i kommunen og representant i NSF's fylkesstyre. Kjenner både kommunen og NSF godt.





## Kandidater til forbundsstyret.

Disse er nykommere:



**Torbjørn Solberg**  
Fylke: Sør-Trøndelag  
Alder: 52

**Stilling:** Frikjøpt tillitsvalgt i Trondheim kommune. Er også leder i

Flatås idrettslag og styremedlem i Flatås natravn.

**Foreslått av:** Bente Soltvedt Leversen, Tor Erlend Nordhuus, Anja Gitter, Anita Karin Torgersen, Jostein Storsæter, HTV Trondheim kommune, HTV Karmøy kommune

**Forslagsstiller sier:** Han har politisk teft. Er tydelig, modig, synlig og engasjert. Har lang og bred organisasjonserfaring innenfor NSF, politikk (SV), media og idrett. Han vil løfte fram erfaringer fra grunnplanen på kommunenivå som vil være med på å utvikle NSF som organisasjon.



**Lill Karin Kråkøy**  
Fylke: Finnmark  
Alder: 47

**Stilling:** Intensivsykepleier ved akuttmedisinsk klinikk ved Finnmarksykehuset, Hammerfest. Er også nestleder i NSF Finnmark og hovedtillitsvalgt ved sykehuset.

**Foreslått av:** Finnmarkssykehusets FTV og HTV

**Forslagsstiller sier:** Viser stort engasjement og har svært god innsikt i NSF som organisasjon. Hun har hatt mange verv i NSF og har gjennomført arbeidslivsstudiet i Bergen i 2009. Hun er godt kjent med nordnorske forhold, og de spesielle utfordringer det medfører å leve her.



**Kirsten Brubakk**  
Fylke: Østfold  
Alder: 49

**Stilling:** Konserntillitsvalgt for Unio i Helse Sør- Øst.

**Foreslått av:** NSF Østfold

**Forslagsstiller sier:** Hun har solid erfaring med styrearbeid. Det kan også være nyttig for NSF's forbundsstyre. Hun har gjennom mange år frontet NSF's politikk og fremmet sykepleie. Hun er uredde og har et stort nettverk.



**Lill Sverresdatter Larsen**  
Fylke: Troms  
Alder: 36

**Stilling:** Stipendiat ved Universitetet i Tromsø, tidligere blant annet prosjektleder for NSF's 100-årsjubileum. Er også styremedlem i Heksekunst AS

**Foreslått av:** NSF Troms

**Forslagsstiller sier:** Et reelt kindereg; kunnskapsrik, nytenkende og med stor arbeidskapasitet. Både visjonær og i stand til å gjøre ideer om til konkrete. En diamant i vår organisasjon - sterk, solid og verdifull.



**Malin Bergseth**  
Fylke: Oppland  
Alder: 35

**Stilling:** Sykepleier i Gran kommune hvor hun også er hovedtillitsvalgt.

**Foreslått av:** Fylkesleder i NSF Oppland

**Forslagsstiller sier:** Hun er målbevisst og politisk engasjert, noe som resulterer i både leserbrev og kontakt med kommunepolitikere. Er tydelig og modig. Stiller spørsmål og «går foran». Samtidig evner hun å lytte og spørre etter råd.

## Lederkamp i etikkrådet

**DET ER TO LEDERKANDIDATER** til Rådet for sykepleieetikk. Berit Daae Hustad i Oslo har ledet rådet de siste fire årene og vil gjerne fortsette.

Elisabeth Sveen Kjølrsrud (64) fra Aust-Agder utfordrer Hustad. Kjølrsrud har tidligere vært medlem av etikkrådet i en periode.



**Berit Daae Hustad.**

– Berit blir ofte kontaktet og lar seg intervjuet i forbindelse med etiske problemstillinger, og hun står støtt i kontroversielle saker. Hun oppfatter situa-

Som anestesisykepleier har **Berit Daae Hustad** (63) mest erfaring fra akuttmedisin. Hun har hovedfag helsefag, der oppgaven handlet om etiske dilemmaer i akuttmedisin. Hun har vært høyskolelektor i 15 år, og har permisjon fra Høgskolen i Vestfold, der hun har undervist om etikk.

Forslagsstiller NSF Vestfold viser til at etikkrådet behandler flere saker enn før og er blitt mer synlig, blant annet i Sykepleien:

sjoner raskt, er direkte og har gode faglige begrunnelser for sine synspunkter, skriver forslagsstiller NSF Vestfold.

Også NSF's fylkesstyre i Sogn og Fjordane vil ha Hustad som leder.



**Elisabeth Sveen Kjølrsrud.**

opptatt av hvordan det er å være sykepleier i et styresett preget av effektivisering og stoppeklokke.

– Hun har god kunnskap om profesjonsetikk og mestrer meget godt å skrive. Hun håndterer også media, skriver forslagsstiller Aust-Agder fylkesstyre.

**Elisabeth Sveen Kjølrsrud** (64) er psykiatrisk sykepleier og tok doktorgraden i 2013 om profesjonsetiske utfordringer i helseforetaket. Hun har vært politiker for KrF i Grimstad i ni år og har vært med i fylkestinget i siste valgperiode.

For tiden har hun eget foretak og driver med veiledning, arrangerer kurs og holder foredrag. Hun skriver kronikker og holder på å skrive bok. Hun er særlig opptatt av hvordan det er å være sykepleier i et styresett preget av effektivisering og stoppeklokke.



**Silje Naustvik**  
Fylke: Hedmark  
Alder: 31

**Stilling:** Sykepleier ved Presterudsenteret i Hamar kommune. Er også

masterstudent i styring og ledelse ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

**Foreslått av:** NSF Hedmark og NSF Oslo

**Forslagsstiller sier:** Hun var erfaren politiker (SV) i Hedmark da hun i 2011 ble fylkesleder i Oslo. Ledet forhandlingsutvalget ved to tariffoppgjør som nestleder i Unio, Oslo kommune. Hun har politisk teft, ser raskt dilemmaer og problemstillinger det er viktig å ta fatt i. Uredd og taktisk.



**Marianne Sæhle**  
Fylke: Hordaland  
Alder: 49

**Stilling:** Psykiatrisk sykepleier ved divisjon for psykisk helsevern i Hel-

se Bergen. Er også engasjert politisk i SV.

**Foreslått av:** NSF Hordaland

**Forslagsstiller sier:** Hun har lang og bred erfaring fra styrearbeid innen sykepleie og politikk. Hun er tydelig og ryddig samt glad og interessert i organisasjonsarbeid. Lett å samarbeide med og svært positiv.



**Siri Elisabeth Meyer**  
Fylke: Buskerud  
Alder: 54

**Stilling:** Lektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Er også

styremedlem hos NSF Buskerud og NSF Faggruppe for geriatri og demens i Buskerud.

**Foreslått av:** NSF Buskerud

**Forslagsstiller sier:** Hun har lang tillitsvalgt- og styreeerfaring fra NSF. Kommer lett i kontakt med folk, er glad i diskusjoner og faglig engasjement. Er veldig opptatt av kommunehelsetjenesten, kvalitet og faglig forsvarlighet. Er ærlig, direkte og velformulert. Tenker overordnet og politisk.



**Stian Østbakken Ravn Aasoldsen**  
Fylke: Telemark  
Alder: 31

**Stilling:** Sykepleier Sykehuset Telemark. Er også nestleder i NSF Telemark.

**Foreslått av:** NSF Telemark

**Forslagsstiller sier:** Han vil kunne representere de nyutdannede sykepleierne i forbundsstyret. Han er ung og dynamisk, stødig og reflektert. Han kjenner organisasjonen godt og er flink til å omsette NSF's politikk fra teori til praksis.



**Ingunn Karlsen**  
Fylke: Troms  
Alder: 57

**Stilling:** Lektor ved Nordkjosbotn videregående skole. Er også tillitsvalgt

ved skolen og meddommer i Troms tingrett.

**Foreslått av:** NSF Troms

**Forslagsstiller sier:** Hun er en jordnær fagperson og har et godt innblikk i hva som kreves av sykepleiere i distriktstjeneste. Hun har lang erfaring som sykepleier, leder og lærer og er opptatt av å løfte kompetansen hos sykepleiere i små og store kommuner.

**Mer informasjon om kandidatene, landsmøtet og valgene finner du under fanen Landsmøte 2015 på [www.nsf.no](http://www.nsf.no)**



**Medlemskandidater til etikkrådet:**

Elin Albrigtsen, Troms (gjenvalg)  
Berit Støre Brinchmann, Nordland (gjenvalg)  
Arne Okkenhaug, Nord-Trøndelag  
Berit Liland, Akershus  
Ranveig Lie, Akershus  
Gro Irene Lund, Østfold  
Håkon Johansen, Østfold  
Ragnhild Bjørke  
Dybdahl, Østfold  
Ida Høyby, Hedmark

Ingjerd Hvatum, Oslo  
Ingrid Charlotte Iversen, Møre og Romsdal  
Lillyanne  
Blindheim-Rødal, Møre og Romsdal  
Kristin Gjerdingen Haugen, Oppland  
Lise Gram Dokka, Telemark  
Randi Holgersen, Vest-Agder  
Solveig Berit Ask, Buskerud  
Terje Årsvoll Olsen, Hordaland

**Kandidater til kontrollutvalget:**

**Leder:** Tord Kjesbu, Oslo  
**Medlemmer:** Bjørg Synøve Nikolaisen, Vest-Agder  
Bodil Runde, Nord-Trøndelag (har vært medlem tidligere)  
Brit Bø, Rogaland  
Espen Bjørkenes, Buskerud  
Jan-Thore Lockertsen, Troms  
Ragnhild Maalen

Bugge, Møre og Romsdal (nåværende varamedlem)  
Stein Åsmund Teppen, Akershus  
Therese Heggedal, Oslo  
Tom Rune Bratlien, Oppland

**Kandidater til nominasjonskomiteen:**

**Leder:** Irene Kronkvist, Buskerud, stiller til gjenvalg.  
**Medlemmer:**

Anne Berit Lund, Sør-Trøndelag  
Bjørge Ø. Teige Henriksen, Møre og Romsdal  
Edit Margrete Blåsternes, Hordaland  
Gunhild Grythe, Oppland (gjenvalg)  
Hanne Marit Bergland, Troms  
Heidi Helene Stykket, Aust-Agder (nåværende forbundsstyremedlem)  
Karin Solfeldt,

Oslo (nåværende 2. vara)  
Kirsten Helen Harstad, Rogaland (gjenvalg)  
Line Spiten, Buskerud  
Rita Heidi Standal, Østfold (nåværende 1. vara)  
Sigrunn Øygarden Gundersen, Telemark (gjenvalg)  
Turid Gudim Aune, Finnmark (gjenvalg)



## Quiz

**Er du en kompetent sykepleier?** Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

### 1 Hva er forskjellen mellom å være obstipert og konstipert?

- A Konstipasjon er en mer alvorlig forstoppelse enn obstipasjon
- B Det er ingen forskjell
- C Obstipasjon er en mer alvorlig forstoppelse enn konstipasjon

### 2 Når er det anale stadiet i barns utvikling, ifølge Freud?

- A Ved 1-1,5 års alder
- B Fra 1,5 til 3 års alder
- C Fra 3-4,5 års alder

### 3 Hva betyr det greske ordet analgesi?

- A Gåsens endetarmsåpning, av anal og gesi (gås)
- B Bortfall av smerte, av an (ingen) og algesis (smerte)
- C Deilig nesten-død

### 4 Hvilken form har en analplugg?

- A Tulipanformet
- B Roseformet
- C Rakettformet

### 5 Hva er britisk medisinsk terminologi for avføring?

- A Faeces
- B Manure
- C Cables

### 6 Hva er den medisinske betegnelsen på å bæsje?

- A Ekskrement-urinasjon
- B Avføringspartum
- C Defekasjon

### 7 Hva kan hjelpe mot analkløe?

- A Zalo
- B Eddik
- C Chili

### 8 Hvilket virus kan gi analkreft?

- A HPV
- B HIV
- C ECHO-virus

### 9 Hva heter muskelsammen- trekningene som transporterer tarminnholdet?

- A Peristaltikk
- B Tarmticks
- C Dystonia musculorum

### 10 Hvor mange prosent utgjør bakterier av avføringen?

- A 5%
- B 20%
- C 40%



**Forstoppelse: Er han obstipert eller konstipert, mon tro?**

- ☺ 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, 2B, 3B, 4A, 5A, 6C, 7C, 8A, 9A, 10B

## Randis hypokonderkryssord

😊	VEKS- TENE	▼	RUS- MIDDEL	SKADE	LEVE- RUMPE	▼	NED- BØR	GNUK- KET	DRIKK- KEN	😊	MØBEL	ER FASE	▼	OM- RÅDE	▼	VEKK DÅRLIG	▼	DYR	DØGN- DEL	LIDEL- SEN
HØST- EN	▼			▼	▼		▼	▼	▼		▼	▼				▼		▼	▼	▼
PLATE	▶		ORG.	▶		LIK	▶			VAS- KET	▶			FERSK	▶		HAT EIME	▶		
UVENN		NEST	SKUE- SP.		PREP.	SLUM FUG- LEN	▶					NESTE	▶		LAND	▶				
▶		▼	▼							TALL DRIKK	▶		RASKE	DOVEN	▼	PARTI SKRED	▶			
GRYN	▶				BRUK- KET	▶		SPISE	▶			MÅNED		RING DRIKK	▶					
EIMER	▶				LANG	PS		FASE	▶		FÅ	▶					MANN- NAVN	▶		
NÅ	▶		ØKER INTERJ.	▶	▼	▼		EIE	ELV	GLO	SÅR REKLAME	▶			RUND- SNU FLIRE	▶				
▶		DYR	▶					SYKE- HUS	▶	▼	▼	▼								
GØY	RO	▶				KJAS- ER	▶					SOLO	▶			ANGST	▶			

Se løsning på kryssord side 73.



# Meninger

Del 4 Sykepleien 09 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett

Ferdig! Frøya Marie Vinjar Eid fra Gjøvik fullførte Bachelor ved Lovisenberg diakonale høyskole i Oslo.



## Valgte sykepleien

**Fersk.** Kjærlighet til dyr og fascinasjon for blod og sprøyter var med på å forme Frøyas yrkesvalg. **80**



**Klar til kamp.** NSF forbereder lønnsoppgjøret. **72**



**«Systematisk kompetansebygging er en investering, ingen utgift.»** Sølvi Sæther. **77**



**Menn.** Mange setter pris på omsorg fra menn. **76**



**Vil ha råd.** Vi i forbundsledelsen har startet opp vår reise rundt om i landet, for å få gode råd om hva vi skal prioritere i det neste lønnsoppgjøret.

# Høstens vakreste reise



Fakta

**Eli  
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk  
Sykepleierforbund

**P**å tariffkonferansene er vi så heldige å få møte engasjerte tillitsvalgte fra alle kommuner, helseforetak, høyskoler og universitet som bringer videre de krav som medlemmene har uttrykt. For NSF er det viktig at lønnskravene vi fremmer er forankret blant medlemmene, så har vi makt og tyngde bak kravene når vi møter til forhandlingene.

**FORBEREDER FORHANDLINGER.** Det er fortsatt en stund til forhandlingene starter, men vi skal være forberedt. Vi skal være like forberedt til forhandlingene som pasientene forventer at vi som sykepleiere er når de trilles inn på operasjonsbordet. Vi skal ha medlemmene i ryggen når vi møter arbeidsgiverne i Spekter, KS, Stat, Oslo kommune, Virke, NHO og KA. Rådene vi får fra tariffkonferansene er grunnlaget for de kravene vi fremmer.

Eksempler på at det er sykepleiermangel og mangel på spesialiserte sykepleiere får vi fra hele landet. KS har selv sagt at de har store vansker med å rekruttere nok sykepleiere til å ivareta kommunehelsetjenesten. Sykehusene har forstått at de selv må gjøre grep for å sikre at de har nok spesialiserte sykepleiere, ved å betale for videreutdanning. Er dette nok?

Regjeringen og Stortinget har høye ambisjoner for fremtidens

Hvordan skal vi så få dekket dette behovet? Statsminister Erna Solberg lanserte på en debatt som NSF arrangerte et løfte om at 15 000 flere sykepleiere i kommunen får videreutdanning innen 2020. NSF skal påse at regjeringen følger opp dette i statsbudsjettet.

Helseminister Bent Høie har i et brev til Stortinget skrevet at dette er et politisk standpunkt som Erna Solberg har fremført på vegne av Høyre i valgkampen, og at «regjeringen vil fremme forslag vedrørende grunn- og videreutdanning for ansatte i omsorgssektoren for Stortinget på egnet måte.» Dette høres langt mindre forpliktende ut enn da statsministeren lovet 1,8 milliarder med øremerkete midler.

Som dere forstår, vår kompetanse er og blir etterspurt. Det er vi som er der ved livets start, det er vi som er der for å skape trygghet under behandlingen, det er vi som redder liv og det er vi som gir lindrende behandling. Det er vi som er eksperter, og vår ekspertkompetanse skal verdsettes. Vi skal ha en lønn og arbeidsvilkår som gjør det attraktivt å bli sykepleier, og det skal være attraktivt å forbli sykepleier.

**DET BLIR KAMP.** Vi vet at det vil bli en kamp for å nå vårt mål om en rettferdig lønn – en lønn på samme nivå som i mannsdominerte yrker i privat sektor. Derfor er vår høsttur viktig. For når vi går inn i forhandlinger, så vet vi også at vi har medlemmene i ryggen. Vår jobb er å synliggjøre den kompetansen dere innehar. Vår jobb er å få arbeidsgiverne til å sette riktig pris på den jobben dere gjør.

Prisen som dere tilbys i dag er ikke god nok, og derfor skal vi kjempe videre. ●

## «Vi skal ha en lønn og arbeidsvilkår som gjør det attraktivt å bli sykepleier.»

helsevesen. Vi har innført samhandlingsreformen, som gir kommunene nye utfordringer i pasientbehandlingen. Det er økt kompleksitet i de sykepleierfaglige oppgavene som følge av reformen, da kommunene nå har overtatt ansvaret for pasienter som tidligere ville blitt på sykehusene. Dette har medført at det er og blir stor etterspørsel etter spesialiserte sykepleiere også i kommunene.

**NYE KRAV.** For spesialisthelsetjenesten medfører også denne reformen nye og endrete krav. Det er kortere liggetid og mer poliklinisk behandling. Sykepleiernes kompetanse blir viktigere, og det blir et økt krav om spesialisering. Vi vil derfor trenge flere spesialiserte sykepleiere i fremtiden også her.



Fakta

### Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.





# Å gjøre «varslere» til «personalsak»

**ÅPENT BREV TIL NSF:** Jeg reagerte sterkt da jeg leste om avdelingsoverlegen på medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus som fikk betale dyrt (ble en «personalsak») fordi han «varslet» om at planlagte endringer (innsparinger) helt klart ville gå utover pasientsikkerheten og kvaliteten på pasientbehandlingen ved sykehuset. Til tross for at overlegen får massiv støtte fra sine kollegaer, fagmiljøet generelt og ikke minst fra legeforeningen, støtter tillitsvalgte i Sykepleierforbundet og Fagforbundet ledelsen i denne saken.

Jeg ser mange paralleller i forhold til egen opplevelse som siste stedlige leder på Rjukan sykehus. Jeg ble også gjort om til en «personalsak» fordi jeg varslet om at foreslåtte nedskjæringer og fjerning av viktige funksjoner, ikke ville skape et «fremtidsrettet og robust» sykehus på Rjukan, som ledelsen i Sykehuset i Telemark HF (STHF) uttalte, men tvert imot gå mot en styrt nedleggelse. Ved å fjerne lokal ledelse kunne man ansette midlertidige eksterne ledere med hele sin lojalitet til ledelsen og ikke til sykehuset og pasientene.

På Rjukan viste det seg dessverre at jeg hadde så altfor rett i mine påstander. Et fantastisk sykehus som skåret i toppsjiktet på alle nasjonale kvalitetsparametere, ble lagt ned på en svært brutal måte, og med de alvorlige konsekvensene det har for befolkningen i vårt nedslagsfelt. Avgjørelsen om nedleggelse har blitt gjort med faktafeil og helt klare løgner med helseministerens og Stortingets velsignelse.

Ved å gjøre en person om til en «personalsak», skapes en avstand og usikkerhet rundt vedkommende som gjør det temmelig ubehagelig og ikke minst ensomt å være «varsler». Jeg vil si det såpass sterkt at etter å ha blitt gjort om til en

«personalsak» ble livet aldri helt som før.

Jeg opplevde å miste jobben etter 27 år fordi jeg varslet om endringer som ville skade sykehuset og pasientene, noe jeg mente var min plikt som leder og sykepleier. I en periode hadde jeg juridisk assistanse fra NSF, men da det stormet som verst ønsket ikke forbundet å støtte meg gjennom en rettssak. Opplevde nærmest at forbundet og foretaksledelsen satt på samme side av bordet og jeg alene på den andre.

Jeg sendte flere brev og mailer til forbundsledelsen i 2012, og ba om et møte for å fortelle om hva det hadde kostet meg å forsøke å være «tydelig, stolt og modig», som er NSF sine kjerneverdier. Jeg fikk ingen tilbakemelding fra NSF, heller ikke på forespørsler om bekreftelse på at de hadde mottatt mine brev/ mailer.

Jeg engasjerte egen advokat, og fikk en slags jobb på sykehuset, med redusert lønn og uklare, midlertidige arbeidsoppgaver. At mitt forbund sviktet i denne saken gjorde at jeg ikke hadde økonomi og krefter til å stå løpet ut, og jeg føler fortsatt at jeg «solgte sjela mi» ved å finne meg i den behandlingen jeg ble utsatt for. Jeg forsøkte via min advokat på å få dekket utgiftene til denne saken fra NSF, men opplevde et forbund som nærmest var fornærmet for at jeg ikke godtok deres råd om å akseptere en oppsigelse.

Jeg opplevde også at ved å avvise min sak ga NSF sin indirekte støtte til foretaksledelsen som gjorde at jeg ble totalt uten beskyttelse og nærmest «fritt vilt». Ved å ikke ta innover seg hvor rått og brutalt foretaksledelsen i landets helseforetak utøver makt, er NSF med på å støtte en ledelseskultur i helsevesenet som styres av frykt for represalier og som ikke setter pasienten i fokus. Det rapporteres fra hele landet at foretakene/styrene starter såkalte «utviklingsprosjekter»

på sykehusene («avviklingsprosjekt» for Rjukan og Kragerø sykehus), hvor fasiten er lagt på forhånd, og prosessen kun er et spill for galleriet. Om foretaksmodellen fortsetter, vil mange andre sykehus bli utsatt for samme behandling, med de alvorlige konsekvensene dette fører til.

Jeg har vært medlem av NSF i 30 år og betalt min kontingent i alle disse årene, og tok det derfor som en selvfølge at det er forsikringen min om jeg på noe tidspunkt skulle få behov for juridisk eller annen type bistand. Slik er det nødvendigvis ikke. Jeg satt igjen med ca. 200 000 kroner i advokatutgifter, en utrygg arbeidssituasjon, i tillegg til dårligere lønnsbetingelser. For meg og ikke minst for min familie har dette vært en enorm påkjenning gjennom flere år.

Jeg velger derfor å skrive et åpent brev til NSF denne gangen, siden jeg ikke har fått noen respons på tidligere henvendelser. Vil tro at det er mange andre medlemmer som også er spent på svaret fra forbundet.

Når man ikke engang får støtte fra eget forbund, er det nærmest umulig å «varsle» om kritikkverdige forhold ved sykehusene. I neste omgang er det pasientene som taper og fagpersoner skremmes til taushet. Det oppleves som kontakten foretakstillitsvalgte har til ledelsen er mye tettere enn kontakten med egne medlemmer. Utviklingen de siste årene viser at tillitsvalgte i større grad er en del av ledelseskulturen/frykkulturen på bekostning av å være medlemmenes talerør. Kanskje koster det for mye også for tillitsvalgte å tale ledelsen imot på grunn av egen karriere. De blir nærmest gisler siden ledelsen kan informere om at tillitsvalgte er delaktige i avgjørelser som skal fattes, selv om dette ikke er til pasientenes eller medlemmenes beste.

Jeg reiste 4 uker til Sicilia sommeren 2012 og skrev boka «Personalsaken», som omhandler hele prosessen i det jeg opplevde som en styrt nedleggelse av Rjukan sykehus. Boka ble gitt ut samtidig som sykehusdirektør Bess Frøyshov kom til Rjukan 11. desember 2013 for å informere om at Rjukan sykehus skulle legges ned.

Selv om foretakene ved styreledere/direktører forsøker å tåkelegge represaliene «varsler» blir utsatt for, er dette noe vi i helsevesenet er godt kjent med, men det er ofte vanskelig å bevise. Dette er grunnen til at jeg skrev boka for å vise sammenhengen mellom «varsling» og hevnaaksjoner, blant annet ved å gjøre ansvarlige fagpersoner om til «personalsaker».

**Åsne Linnerud**, tidligere lokal stedlig leder på Rjukan sykehus, forfatter av boka «Personalsaken»

Løsning på kryssord i nr. 8/2015 (se side 70)



Sykepleien.no

**Hva mener du?**

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



## «Å leke Gud»?

**EUTANASI:** I kronikken «Profesjonell plikt til å ta liv» i Sykepleien nr. 7/2015 drøfter Kristian Imingen Skjelett temaet Eutanasi.

Han stiller spørsmål et «Blir det ikke det samme som å leke Gud, altså leke med andres liv og helse?».

Jeg har selv jobbet over 30 år i helsevesenet. Jeg har inntrykk av at det naturlige i livet av og til blir oversett. Takke være forskning og medisinsk teknikk er vi i stand til å forlenge lidelser. Er det ikke også en form for «å leke Gud»? Hvorfor får vi ikke lov til å dø når fremtiden er utsiktsløs?

Her er noen fakta:

Eutanasi og loven: Ved eutanasi gir legen en dødelig medisin til pasienten for å ende en ubærlig og utsiktsløs lidelse. Også hjelp ved selvdøding faller under dette lovverket. Pasienten tar da selv den dødelige medisinen.

Eutanasi er kun mulig når pasienten søker om det selv.

Pasienten må selv skrive en søknad. Her må det komme fram under hvilke omstendigheter vedkommende ønsker at legen skal hjelpe med å avslutte livet.

Legen er ikke forpliktet til å hjelpe sin pasient

En lege er ikke forpliktet til å utføre eutanasi

selv om pasienten har skrevet en søknad. Å gi hjelp til livets slutt er ingen plikt for en lege. Iblant kan ønsket i søknaden stride imot reglene for diverse yrkesgrupper.

Hvis legen selv ikke ønsker å utføre eutanasi må han ta en prat om det med pasienten. I denne samtalen må legen være tydelig og ærlig og drøfte hvilke muligheter som finnes. Kanskje kan han gi optimal palliativ omsorg eller henvise til en annen lege.

*Grundighetskrav i lov om eutanasi*

I det nederlandske lovverket står beskrevet at en lege får lov til å medvirke til livets slutt eller hjelp til selvdøding. Han er da forpliktet til å følge alle grundighetskrav. Lovverket beskriver også hvordan handlingene til legen må meldes og bedømmes.

Grundighetskrav:

- Legen må være overbevist om at søknaden fra pasienten er frivillig og veloverveidd.
- Det er snakk om utsiktsløs og uhensiktsmessig (jeg kaller det for ubærlig) lidelse for pasienten.
- Legen har informert pasienten om sin situasjon og framtidsperspektiv.
- Legen og pasienten er enig om at det ikke finnes en annen utvei.
- Legen har rådført minst én uavhengig lege som

også har sett pasienten. Denne legen må også skrive sin vurdering om situasjonen på basis av grundighetskrav.

- Legen skal utføre handlingen på en forsvarlig måte i tråd med kravet.

Legen må melde fra om eutanasi til myndighetene.

Regionale testkommisjoner vurderer leger som utfører eutanasi. De kontrollerer om legene har fulgt grundighetskravene. Slike kommisjoner består av minst en lege, en jurist og en etiker.

Årlig blir det gitt ut en oversikt over:

- Hvor mange tilfeller som har funnet sted
- Bedømmelser og avveininger som legene måtte ta.

*Straff ved overtredelse av eutanasiloven*

Det er straffbart hvis legen ikke overholder retningslinjene. Maks fengselsstraff er 12 år.

- Hjelp til selvdøding kan føre til en fengselsstraff opptil 3 år.

Denne prosessen har tatt tid også i Nederland. Jeg håper at denne info gir ett bredere perspektiv.

**Av personlige grunner ønsker innsenderen å være anonym. (Redaksjonen har innsenderens navn.)**

### Siden sist

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)



Nr. 5 | 2015

## Ikke nysgjerrig nok professor

**ALTERNATIV:** I «Min jobb» i Sykepleien nr. 5–2015 forteller professor Lars-Petter Jelness-Jørgensen om hvor krevende det er å være professor. Det krever både faglig og personlig kompetanse. Dessuten er det heller ikke noen 8–16-jobb. Jeg synes jeg kan lese «stakkars-meg-syndromet» mellom linjene som er så utypisk for sykepleiere. Men i motsetning til de fleste sykepleiere, hvor mange går skift, har vel de fleste professorer stor valgfrihet når det gjelder arbeidstid, og om de arbeider i overkant eller i underkant av 37,5 timer i uken.

Ingen er vel uenig i at evidensbasert forskning skal ligge til grunn for klinisk praksis. Men det ser ut for meg at han mener at det er det samme som naturvitenskapelig forskning. Da vil det neppe være rom for forskning som bygger på en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsforståelse. Men hvordan måler man sykepleierens bankende hjerte og varme henders innvirkning på pasienten?

Han kommer med en ikke evidensbasert påstand om at sykepleiere lefler med alternativ medisin som ikke er testet og begrunnet vitenskapelig. Det er både historieløst og uttrykk for en etnosentrisk holdning overfor sine forskningskolleger i Europa, Australia, Amerika og Asia. Flere av dem kan vise til, både gjennom RCT og andre typer

forskning, at flere store medisinske system som akupunktur, antroposofisk medisin, homøopati, ayurvedisk medisin, har effekt.

**Thore K. Aalberg**, cand.polit., homøopat og mangeårig leder av Norsk Homøopatisk Pasientforening

Nr. 8 | 2015

## Åndelige sykepleiere

**NY DIMENSJON:** Liv Skomakerstuen Ødbehr sier i intervju i Sykepleien nr. 8–2015 at hun «vil ha åndelige sykepleiere».

# Feriemodus

**PASSORD:** Jeg har hatt en lang og innholdsrik ferie. Og jeg har oppdaget at ferie (med en to-åring) ikke er hva ferie en gang var. Men, jeg har sluppet av, og gjort noe annet enn å jobbe, i fire uker. Enkelte dager har jeg sovet helt til klokken halv ni. Men utvilt eller ikke; Så dypt og inderlig har jeg sluppet av, at de fleste passord jeg bruker i jobbsammenheng er glemt. Og når it-support klokken 22 mandag kveld sa at jeg måtte få et nytt passord av sjefen min, måtte jeg bare nevne at jeg trodde hun kanskje hadde lagt seg. It-support-mannen lagde et nytt passord til meg, bestående av store og små bokstaver og tall i en fullstendig ulogisk sammensetning.

Men ja. Så var det Alvoret da. Alvoret som traff meg midt i magen, på høstens første vakt. Alvoret i sykdommen til hun som er noen år yngre enn meg, og som skal dø.

Alvoret i sykdommen til henne som ikke lenger er våken. Den nattevåkende ektemannen syr sammen livshistorien til henne jeg nettopp har møtt. Han forteller med kjærlighet i stemmen, fragmenter fra nesten 70 år sammen med henne. Jeg lytter. Jeg får ikke stoppet sykdommen. Men jeg har kommet sakte, men sikkert ut av feriemodus. Og erkjent at jeg kan være tilstede, og kanskje gjøre enn forskjell for noen, ved å høre på og lytte til. Erkjent at jeg har gjort noe viktig for familien min og meg selv, ved å glemme passordet. Skape minner jeg håper jeg kan få fortelle om med kjærlighet i stemmen. Tilstedeværelse. Lytte. Være stille sammen med. Kanskje i noen sammenhenger den viktigste delen av det å være sykepleier?

**Silje Marita Strand**, sykepleier ved Haukeland universitetssjukehus

Jeg deler hennes erfaring med at det virker som om det er fremmed for sykepleiere å utøve åndelig omsorg, og at det kan være skamfullt selv å snakke om det. En erfaring jeg selv har høstet etter mange år som sykepleier på sykehjem, og som foredragsholder om temaet.

Jeg tror mange sykepleiere mangler beredskap for å utøve denne delen av vår oppgave som helhetlige omsorgsarbeidere. Ikke minst på sykehjem hvor samtaler rundt liv og død ofte er fraværende, et tema som burde være naturlig nettopp der.

Vi vet at 70–80 prosent av beboere på sykehjem er demente i varierende grad, og at deres behov for åndelig omsorg selvfølgelig er lik alle andres.

Etter at jeg selv begynte å snakke

om tro og tvil, liv og død, og å synge salmer, og å be med dem som ønsket det, har jeg fått en ny dimensjon i utøvelsen av yrket. Jeg begynte med å reflektere over mitt eget ståsted når det gjaldt eksistensielle spørsmål. Etter hvert laget jeg meg en perm hvor jeg hadde skriftsteder, salmer osv. i til bruk i forskjellige situasjoner.

Det handler om å tørre å by på seg selv, ha mot til å stå i det som kan være utfordrende samtaler, som krever mer av oss enn snakk om «vær og vind». Og åpenhet overfor kollegaer, stå for det du tror på som kan gi trøst og lindring til andres smerte.

**Laila Magnussen**, spesialsykepleier OUS, Ullevål

## Minneord Inger Kroksnes



**1931-2015:** Inger Kroksnes døde uventet 13. juli, mens hun var hjemme i Vadheim. Et langt og rikt liv er nå avsluttet – savnet og tomrommet blir stort.

Inger ble født i mai 1931 i Vadheim i Sogn. Etter realskolen i Høyanger reiste hun til Oslo og utdannet seg til sykepleier på Ullevål og tok senere videreutdanning ved Norges Høyere Sykepleierskole. Yrkeserfaringen strekker seg over 50 år og spenner vidt: Fra Ullevål og Aker sykehus, Söderby sjukhus i Sverige og Sentralsykehuset i Trondheim (hhv tuberkulose og polio) til Norsk Sykepleierforbund og Akershus fylkeskommune. Hun underviste på ulike skoler og sykehus, og var medforfatter i Norges første lærebok i geriatri.

Inger må ha vært den ideelle sykepleier, hadde kunnskap, så detaljene, skilte mellom vesentlig og uvesentlig. En alvorlig syk venninne sa: Inger var der når jeg trengte det mest.

Inger var kunnskapsrik og holdt seg godt oppdatert på alle felt i samfunnet. Det var alltid givende å diskutere med henne – også politikk! Hun var lett på foten og rask i hodet, vital, morsom og interessert. Hun var utadventd og sosial, kirkekaffen og juletreffester hadde i henne en sterk støttespiller.

Inger var opptatt av ressursbruk. Hun kastet aldri mat og elsket å høste inn markens grøde. I Vadheim fikk ingen bær råtne på rot! Hun var en svoren gjenbruker av klær, jo eldre jo bedre. Sjøpelsanking må ikke glemmes. Inger var sin egen Rusken-general og gikk løs på nærområdet med hansker og svart sekk.

Inger Kroksnes levde sitt liv til fulle. Hun gjorde det hun ønsket å gjøre, ofret seg ikke for noen, dermed var det også lett å ta imot. Inger var virkelig en *sanker* på denne jord. Hun døde «med støvle på» – mens hun forberedte årets grøde. Det er ingen uverdige måte å avslutte et langt, rikt liv på.

**Sunniva Jakhelln og Bjørg Stavnem**



**Mangleware.** Om lag ti prosent av ansatte i omsorgssektoren menn. Det er altfor lite.

# Mannlig omsorg



Fakta

## Anlov P. Mathiesen

Stilling: Politisk rådgiver i Mental Helse og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

Omsorg knyttes tradisjonelt til kvinnerollen. Både i den offentlige og private sfære forventes kvinnen å ta seg av og bry seg, noe det kan være mange årsaker til. Men i en tid der behovet for eldrepleie står foran en eksplosjon og mannens rolle er i rask endring, er kjønnsbalansen ikke lenger bare underlig, men uheldig. Kun ti prosent av norske sykepleierstudenter er menn, mens ennå færre arbeider som sykepleiere, kun sju prosent.

Ifølge en studie ved UIO (Solbække m.fl. 2012) er det langt flere mannlige sykepleiere i Italia enn i Norge. En fjerdedel av italienske sykepleiere er menn, og forskerne forklarer det blant annet med en høyere status for yrket, og at det er vanligere for sykepleiere å være selvstendig næringsdrivende.

**VARIASJON I HVERDAGEN.** Man behøver ikke skape et problem der det ikke finnes et, og isolert sett er det ikke noe som helst galt i at enkelte yrker er dominert av det ene eller annet kjønn. Men yrker utøves på ingen måte i et vakuum, det praktiseres tvert imot med og blant mennesker, i en variert og dynamisk hverdag.

Som tidligere pleieassistent og hjemmehjelp har jeg selv kjent på fordelene ved å være mann blant kvinnelige pleiere. Påfallende mange pasienter setter stor pris på å også kunne treffe menn i hverdagen. Det er liten tvil om at pasienter har forventninger og

identitet knyttet til omsorgsrollen. Det er dog lite som tyder på at menn som velger omsorgsyrker skiller seg fra andre menn. En doktoravhandling fra HiOA (Karlsen 2012) fant at menn i større grad forventer å stige i gradene og bli ledere, mens kvinner i større grad vektlegger muligheten for å jobbe deltid.

**YRKETS PROFIL MÅ JUSTERES.** Andelen menn i omsorgsutdanning øker noe, men kun marginalt. For å tiltrekke seg nye søkere må selve yrkets profil justeres, men det er ingen enkel oppgave på kort sikt. All populærkultur og dagspresse bygger opp under inntrykket av den kvinnelige omsorgsarbeideren: Kjønnsmonter av godt gammelt merke, der overlegen og kirurgen er menn, mens fotfolket består av kvinner. Det kan være at selve utdanningen i større grad må tilpasses begge kjønn. Et annet virkemiddel kan være å gjeninnføre den gode, gamle siviltjenesten. Omforme den til et omsorgsår der alle må bruke et arbeidssemester til arbeid innen helse og omsorg. Det vil gi mange unge mennesker verdifulle erfaringer med helsevesenet, både i barnehager, sykehus, institusjoner og eldreentre. En slik ordning kan bidra til at mange menn får en annen tilnærming til omsorgsarbeid generelt. For mangelen på menn handler også om identitet.

Det finnes ikke noen biologiske betingelser som tilsier at menn ikke kan yte omsorg. Eller at de ikke kan trives i rollen. Som studien om italienske sykepleiere antyder, kan vår tilnærming til pleieyrkene spores tilbake til nedarvede forestillinger om kjønnsroller. Det er ikke noe galt med kvinnelige sykepleiere. Men omsorgen vil bli bedre med en bedre balanse. ●

Kilder: Forskning.no, Khrono.no, Sykepleien.no, KS. Litteratur: Solbække, K. N., Fransson, E. og Heggen, K. (2012). Mannen og kallet. Sykepleien forskning 7(4) s. 316-322. Karlsen, H. (2012). Not so unconventional after all: a quantitative study of men in care-oriented study programmes and professional occupations in Norway. Oslo: Oslo and Akerhus university College.

## «Lite tyder på at menn som velger omsorgsyrker skiller seg fra andre menn.»

ønsker til sine pleiere, både til kjønn, alder og personlighet. For mange kan det være en stor glede å motta omsorg eller menneskelig kontakt fra en mann, særlig hvis hverdagen gjennom flere år stort sett består av kvinnelige pleiere.

**MENN VIL STIGE I GRADENE.** Den norske mannen søker i større grad mot ledelse, karriereprogresjon og høy lønn. Derfor bør en målsetting om å øke tilfanget av menn innebære både omorganisering av utøvelsen av faget og arbeid med holdninger og



Fakta

## Fast skribent

Anlov P. Mathiesen  
er fast skribent i Sykepleien.



**Erfaring.** Har samhandlingsreformen ført til en endring til det beste for pasienten og samfunnet?

# Kommunene svikter på kompetanse

**I**nnføring av samhandlingsreformen hadde som hensikt å koordinere tjenestene og samhandlingen mellom sykehusene og kommunenes helse- og omsorgstjenester, styrke forebygging og med det bli bedre i stand til å møte fremtidens utfordringer knyttet til flere eldre og endret sykdomsbilde. Har det skjedd?

Telemarksforskning har etter oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund nå kommet med rapporten «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiernes erfaringer.» Noen av hovedfunnene er at reformen har gitt økt arbeidsmengde i de kommunale tjenestene i form av flere og sykere pasienter, større gjennomstrømming av pasienter mellom ulike kommunale tilbud, og mellom kommunetilbudet og helseforetaket. Dette fører igjen til økt administrasjon og dokumentasjon. Oppgavene har blitt langt mer komplekse; mer kompliserte medisinske prosedyrer, langt større krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring.

Kompleksiteten og den økte arbeidsmengden har kommet før kommunene har vært i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Dette gjør at kommunene hele tiden er på etterskudd i å møte de økte kravene. Kompetansebygging foregår i stor grad i form

av kurs og ad-hoc-opplæring, og i mindre grad i form av systematisk opplæring av sykepleiespesialister.

**SYSTEMATIKK.** Helse Nord-Trøndelag har siden midt på 1970-tallet systematisk drevet opplæring av spesialsykepleiere, først som sykehusintern opplæring, deretter via Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST).

Hele denne tiden har sykepleierne vært ansatt med lønn og arbeidssosiale rettigheter med påfølgende bindingstid. Det ble den gang satt av åtte stillinger øremerket spesialsykepleierelever. I 2002 ba den tidligere eier, Nord-Trøndelag fylkeskommune ved assisterende fylkeshelsesjef Tor Lånkan, innstendig helseforetaket fortsette den systematiske utdanningen av spesialsykepleiere som har, satt sykehusene i Nord-Trøndelag i en særstilling ved at det (nesten) ikke var mangel på spesialsykepleiere, noe resten av landet ikke har opplevd.

Den samlede kompetanse har i tillegg til å kunne yte svært gode pleietjenester vært attraktivt

» **«Sykepleiernes kunnskap er livsviktig! Sats på kompetanse.»**

i rekruttering av annen spesialistkompetanse ved sykehusene. I 2015 kom lønn og arbeidssosiale rettigheter under spesialutdanning for første gang inn i Spekters tariff, slik at dette er gjort gjeldende på landsbasis.

**OGSÅ FOR KOMMUNENE.** Denne systematiske opplæringen og oppbyggingen av kompetanse er noe kommunene burde ta lærdom av. I helseforetaket har det virket, i kommunen vil det også gi stor effekt. Systematisk kompetansebygging for sykepleiere innen spesialsykepleie eller master i fagområder, som både pasienten og kommunen har behov for, er en investering, ingen utgift.

Kompetansebygging må også skje for helsefagarbeideren og de ufaglærte med ansettelsesforhold i kommunen. Systematisk kompetanseoppbygging, verdsetting av den kompetansen de ansatte allerede har og turnuser som gir mulighet for faglig drøftinger og sterkere fagmiljø vil sette kommunene i bedre stand til å ivareta den komplekse pasient som nå kommer tilbake fra spesialisthelsetjenesten langt tidligere enn før. Pasienten vil få et styrket tilbud, de ansatte vil få en bedre arbeidshverdag og kommunen vil få gode helse- og omsorgstjenester.

Sats på kompetanse. Sykepleiernes kunnskap er livsviktig! ●



Fakta

**Sølvi Sæther**

Fungerende fylkesleder, NSF Nord-Trøndelag



**Den fjerde vei.** Det er behov for en ny og tydeligere retning for framtidens velferdstjenester.

# Velferd i pakt med våre verdier



Fakta

**Jan-Erik Støstad**

Forfatter

For å skape større engasjement hos de ansatte, bidra til mindre kvalitetsforskjeller og gi brukere og pårørende økt trygghet, trengs en ny retning for velferdstjenestene. Den bør bygge på den norske modellens verdier, og den må styrke, ikke svekke, profesjonsnormene.

Markeder virker godt hvis bedriftenes innsats for lønnsomhet går hånd i hånd med det som er best for brukerne og samfunnet. Når kundene betaler selv og vet hva de betaler for, kan kommersiell konkurranse om profitt og markedsandeler bidra til effektiv produksjon og innovasjon.

**KOMPLEKSE BASISTJENESTER.** Dessverre er det sjelden slik for velferdstjenester som helse, omsorg og skole. Her vil innsats for lønnsomhet delvis kunne stå i direkte motstrid til brukernes og samfunnets beste. Vi kan si at kommersielle velferdselskaper, for eksempel et sykehjemskonsern, nok vil presses til effektivitet, men at dette er bedriftsøkonomisk effektivitet, ikke samfunnsøkonomisk kvalitet og effektivitet for brukerne og fellesskapet. Slik blir det fordi et kommersielt sykehjem vil ha høy lønnsomhet som overordnet mål, mens offentlige og ideelle sykehjem vil ha som mål å yte best mulig omsorg og pleie (innenfor tilgjengelige ressurser).

Å styre kommersielle velferdsselskaper godt vil være svært vanskelig. Det skyldes ikke minst at tilbyderne i velferden har profesjonalitet og erfaring som gir dem et stort kunnskaps- og overblikk i forhold både til brukerne og til styrende politiske myndigheter.

## «Sterke økonomiske insentiver svekker den etiske og profesjonelle standarden.»

Dette følger igjen av at de oftest er komplekse, at de dekker basisbehov og at brukerne gjerne er sårbare. Omsorg på sykehjem er faktisk milevis unna de fleste vanlige, private varer og tjenester som vi forholdsvis enkelt kan velge mellom i markedet.

Det er også velferdstjenestenes særtrekk, at de er komplekse basistjenester for sårbare brukere, som gjør at de ansattes holdninger og normer er så sentrale for kvalitet og kostnader. Når de er såpass «uhåndterbare» og vanskelig målbare, vil ledelsens og de ansattes skjønn i praksis få stor betydning. Da blir det avgjørende om det råder en lønnsomhetskultur eller en brukerorientert kultur i velferden.

**MARKEDSVEIEN.** En mulig framtidig retning for velferden er den såkalte «markedsveien». Den betyr å konkurranseutsette stadig mer av velferden i form av anbud og «pengene følger brukeren». «Pengene følger brukeren»-prinsippet betyr at det offentlige beholder et overordnet styringsansvar, setter krav til kvalitet og betaler helt eller delvis. Brukerne skal kunne velge institusjon. Prisene er regulerte, med tak på eventuell egenandel. Økonomer snakker gjerne om et «kvasimarked».

Selv med såpass stort offentlig ansvar vil omfattende konkurranseutsetting innebære en kraftig dreining mot markedskultur innenfor norsk velferd. Det er fordi sykehusene, sykehjemmene og skolene da:

- kan være kommersielle konserner, også utenlandske og investorbaserte, med bedriftskultur preget av krav til lønnsomhet
- får penger via kompliserte stykkprisordninger
- konkurrerer om de lønnsomme brukerne

Vi må regne med økende ulikheter i tilbud og kvalitet. Ulikhet vil skapes av at de mer ressurssterke og friske blant brukerne kan være mer oppegående og pågående som velferdskunder.

En vel så viktig årsak til økte ulikheter kan være iboende svakheter ved stykkprisordninger for så skjønnspregete tjenester. For eksempel vil en enkelt stykkpris i helsesektoren favne forskjellige behandlinger og pasienter, og være et slags gjennomsnitt. Dermed vil de faktiske kostnadene for de fleste pasientene enten være høyere eller lavere enn stykkprisen.

Da blir noen brukere lønnsomme, mens noen blir ulønnsomme. Noen brukere blir attraktive, mens noen kan bli forsøkt valgt bort.

I verste fall er den 90-årig demente sykehjemsbeboeren

uten aktive pårørende uheldig med en altfor lav stykkprissats – samtidig som selskapet må kutte kostnader etter beskjed fra hovedkvarteret i London. Hva skjer da?

Stadig mer finmaskete og bedre stykkprissystemer kan avhjelpe problemet, men bringer med seg designutgifter, kontrollbyråkrati og interne oppfølgingskostnader. Slike kostnader vil, sammen med finansiering av reklame, kundekonsulenter og advokater, til slutt belastes deg og meg.

I tillegg vil regulerte priser bety at køene ikke vil forsvinne. «Fritt brukervalg» er en illusjon hvis man «bare» har kvasimarkeder. I vanlige markeder er det jo fleksible priser som sikrer at det ikke blir køer og at man har reelt «fritt brukervalg» (men hvor lomdeboka bestemmer). Når politisk drevne forventninger om fritt brukervalg ikke kan tilfredsstilles, åpner det veien for misnøye og fare for at økende deler av velferden privatiseres – det vil si at egenandelene økes og man betaler mer av egen lomme.

**NPM-VEIEN.** En annen framtidvei for velferden vil være å satse videre på såkalt New Public Management (NPM). NPM-veien innebærer grovt sett å etablere markedsliknende ordninger internt i offentlig sektor, med blant annet små enheter, mer rapportering og økt bruk av resultatlønn.

Innslaget av NPM i dagens norske velferd er vanskelig å anslå. Inntoget har kanskje vært mest synlig i sykehussektoren, men de siste årene virker det som om denne typen markedstenkning har fått delvis innpass også i sykehjemmene og skolene.

Mange, men kanskje særlig på den politiske høyresiden, hadde for noen år siden stor tro på langt bedre og mer effektiv velferd gjennom velferdsmarkeder eller New Public Management. Men det er vanskelig å si at de høye forventningene har slått til.

I Norge har vi ikke veldig brede erfaringer med markedsveien, og erfaringene er uansett vanskelige å systematisere (noe som også skyldes velferdstjenestenes særtrekk, som gjør kvalitet så vanskelige å måle).

Likevel vil nok de fleste være enig med den danske økonomiprofessoren Peter Birch Sørensen, medlem av den norske produktivitetskommissjonen, som skriver at det er «en økende erkjennelse at mange av de NPM-inspirerte reformene ikke har levd opp i praksis til de opprinnelige håpene og forventningene». Mange viser også til uheldige sider ved bruk av velferdsmarkeder i Sverige.

**TRADISJONSVEIEN.** Men jeg tror heller ikke at framtidens velferd ligger i fortida. Vi bør ikke gå tilbake til 70- og 80-tallets organisering av sykehus, sykehjem og skoler. Problemet den gang var ikke minst at åpenheten om kvalitet var liten og mange både brukere og ansatte nok opplevde å ikke bli tatt nok på alvor. Vi har ikke gode sammenlikninger, men det er fare for at forskjellene i kvalitet og effektivitet var langt større den gang enn det vi trodde.

**EN FJERDE VEI.** Hvis verken markedsveien, NPM-veien eller tradisjonsveien er gode plattformer for framtidens velferd, trenger vi et alternativ, en fjerde vei. Å utvikle den er selvsagt en uhyre krevende oppgave. Jeg mener likevel vi må starte den jobben. I boka «En fjerde vei for velferden – På sporet av framtidens helse, omsorg og skole» (Gyldendal 2015) kommer jeg med et konkret innspill. Ikke fordi jeg mener å ha fasiten, men

fordi et konkret innspill gir bedre muligheter til en reell diskusjon.

En videre utvikling av framtidens politikk for velferdstjenestene må skje i samarbeid mellom de ansatte og deres organisasjoner, arbeidsgiverorganisasjonene, forskere og brukere. Politikerne må inn, og kanskje kan arbeidene med partiprogrammene fram mot stortingsvalget 2017 være viktige verksteder som kan bidra til gode løsninger.

Fordi normene er så sentrale i velferden, blir det desto viktigere at vi politisk setter opp tydeligere forventninger til virksomhetskulturen. Som et bidrag til en fjerde vei foreslår jeg et veikart i fem punkter for disse forventningene.

For det første er det behov for større tillit til fag og fagfolk. De ansatte må gis nok handlingsrom og møtes med respekt

## «De ansatte må gis nok handlingsrom og møtes med respekt for faglighet.»

for faglighet. Samtidig må de sammen med sine organisasjoner forventes å være pådrivere for løpende forbedringer, ny teknologi og god ressursbruk.

For det andre bør vi ha en velferd hvor det er åpenhet om kvalitet. Institusjonene må være åpne for reelle diskusjoner om kvalitet, innovasjon og kostnader, og samarbeide med uavhengig ekspertise, offentlige tilsyn og i nettverk av fagfolk.

For det tredje må vi utvikle medspillet mellom ansatte og brukere/pårørende. Her er det trolig et stort potensiale. Det er klart for alle at brukernes evne og vilje, og hvordan det tilrettelegges for medvirkning og dialog, har stor betydning for kvaliteten i de fleste velferdstilbudene.

For det fjerde er det nødvendig at god service ses på som et fundament for kvalitet i velferden. Brukerne og de pårørende og deres behov for informasjon, forutsigbarhet og dialog må få større oppmerksomhet i mange virksomheter.

For det femte må vi satse på en offensiv brukerkultur, ikke en lønnsomhetskultur. Jeg mener velferdstjenestenes natur tilsier at de bør preges av en endringsvillig, ikke-kommersiell og brukerorientert kultur, bygget på den norske modellens fellesskapsverdier.

Veikartet må støttes opp av avklaringer for de krevende spørsmålene om eierskap, konkurranse, brukervalg og finansiering. Beste praksis må spres bedre, og vi må utforme spesifikke tiltak. I tillegg bør en fjerde vei ha et navn, og jeg lufter i boka «samskapsmodell». Det gir assosiasjoner til samarbeid og fellesskap, men først og fremst om essensen i framtidens velferd slik jeg ser det: Den må skapes sammen.

**PROFESJONSNORMENE.** I motsetning til markedsveien og New Public Management må et grunnleggende utgangspunkt for en ny retning for velferden være å hegne om de gode profesjonsnormene. Faren er at sterke økonomiske insentiver i sykehusene, sykehjemmene og skolene over tid svekker den etiske og profesjonelle standarden som vi alle er avhengig av.

I dag er velferden en uklar hybrid av markedsveien, NPM- og tradisjonsveien. Vi trenger et tydeligere alternativ som kan gi tro på framtidens felles velferd, enten vi er ansatte, brukere, pårørende eller velgere. ●



## Frøya Marie Vinjar Eid

**Hvorfor:** Norge har behov for at mange velger sykepleieryrket i fremtiden. Frøya er blant dem som allerede har gjort det.

**Stilling:** Trainee i sykepleie ved Bærum sykehus.

**Utdanning:** Bachelor i sykepleie ved Lovisenberg diakonale høgskole.

**Alder:** 26 år.

# Jenta som ble sykepleier

**Yrkesvalg.** I sommer ble Frøya Marie Vinjar Eid sykepleier. Hvordan gikk det til? Alle har sin historie. Her er én av dem.

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**



Klar: Sykepleier Frøya Marie Vinjar Eid har aldri vært i tvil om at hun valgte riktig yrke.







**L**ørdag 22. april 1989 topper Madonna hitlistene i USA med «Like a Prayer». Berlinmuren står støtt – enn så lenge. I Norge styrer Gro sin andre regjering, og på Gjøvik sykehus kommer ei lita jente til verden.

Foreldrene hadde tenkt å kalle henne bare Frøya, men far-mor mente det var et navn for kyr og hunder. Mellomnavnet Marie ble lagt til, så kunne jenta velge selv hva hun ville bruke.

Drøyt 26 år senere står jenta – nå en ung kvinne – smilende og bunadskledd mellom mamma Eli og pappa Arve utenfor Lovisenberg diakonale høgskole i Oslo. Dagen er endelig kommet. Veien har vært lang, men 16. juni i år fikk Frøya Marie Vinjar Eid sin autorisasjon som sykepleier. 24. august startet hun yrkeslivet for alvor, som trainee på Bærum sykehus.

Hvorfor gikk det slik? Hvorfor ble nettopp hun sykepleier?  
– Vil du ha den lange eller den korte versjonen? spør Frøya.

**VALGENE VI TAR.** Det er grundig fastslått at Norge vil trenge langt flere sykepleiere i årene som kommer. Da kan det jo være interessant å se på hva som er utslagsgivende for dem som faktisk velger å bli det.

Det er dem som kan peke på én bestemt hendelse eller faktor som var avgjørende for deres valg av utdanning og yrke. For andre er det en vrimmel av variabler og tilfeldigheter som styrte livsveien.

## «Man bør uansett ha en indre motivasjon for å velge dette yrket.»

I en undersøkelse Respons analyse foretok blant 500 norske ungdommer i 2014, oppga 78 prosent interesse for faget som én av årsakene til deres valg av utdanning. Gode muligheter for jobb kom på andreplass med 49 prosent, mens 30 prosent oppga gode evner eller karakterer i faget.

Det heter seg ellers at eplet ikke faller langt fra stammen. Det stemmer, men mest for visse yrkesgrupper, ifølge en studie gjennomført av professor Håvard Helland og kollega Øyvind Wiborg i fjor. Da disse forskerne så på utdanningsvalget til alle som var født i Norge mellom 1955 og 1978, viste det seg at eplet falt kortest når «stammen» var lege, jurist, sivilingeniør eller tannlege. Til Forskning.no påpeker de at dette til dels er yrker der det kan lønne seg for mange å overta foreldrenes praksis. Barna kan dessuten nyte godt av nettverk og lettere få jobb i foreldrenes firma, faktorer som i mindre grad må kunne sies å spille inn for barn av sykepleiere.

**STUDENTENES MOTIVASJON.** Når det gjelder motivasjonen til de som velger å bli sykepleiere, står visse fordommer og gamle sannheter for fall.

Et ønske om å yte omsorg har nok lenge blitt betraktet som en dominerende motivasjon, men ifølge professor Bente

Abrahamsen ved Senter for profesjonsstudier på Høgskolen i Oslo og Akershus, er dette ikke lenger det eneste typiske. Studier viser at også karrieremuligheter, lønnsbetingelser og sågar «action» oppgis som vesentlige motiver som har styrt studievalget til fremtidens sykepleiere. Det forklarer Abrahamsen i sitt bidrag til boka «Engasjement og læring».

En studie Abrahamsen selv gjennomførte i 2006 sammen med Marianne Dæhlen, indikerer at vår tids kvinnelige sykepleierstudenter kan deles inn i to like store hovedgrupper: «de ensidig hjelpemotiverte og de som er både inntekts- og hjelpemotiverte». Et noe kanskje overraskende funn i sistnevnte undersøkelse, er at kvinnene som valgte sykepleie, vektla gode inntektsmuligheter like sterkt som medisinstudentene.

For Frøya Marie Vinjar Eid spilte derimot lønn og den slags en forsvinnende liten rolle i valget.

– Jeg mener jo at lønna er for lav. Dessverre er nok slikt en viktig faktor for mange, men selv om sykepleierlønna skulle stige kraftig, håper jeg ikke det er det som blir avgjørende for folk. Jeg mener man uansett bør ha en indre motivasjon for å velge dette yrket.

**KATT OG KANINER.** Vi treffer den ferske sykepleieren en varm sommerdag på en kafé i Oslo.

Det er gått noen uker siden hun var ferdig med studiet. Det er fremdeles noen uker til hun starter opp på Bærum sykehus. Det er tid til litt ettertanke om hvorfor det ble nettopp sykepleier av henne.

Hun har uansett ikke fulgt i foreldrenes fotspor. Moren er utdannet aktivitetør og var hjemmeværende frem til Frøya var åtte og foreldrene skilte lag. Da begynte moren som SFO-lærer. Faren, som er utdannet ingeniør og økonom, driver sitt eget eiendomsselskap.

– Jeg kjenner ikke til at noen i slekten har vært sykepleiere, og ingen av mine nære barndomsvenninner valgte samme vei heller, forteller Frøya.

**TRYGG OPPVEKST.** Hun var en etterlengtet attpåklatt. Vokste opp i utkanten av Gjøvik – i enebolig rett ved skolen med storebrødrene Andreas og Christian, henholdsvis åtte og ti år eldre.

– Det var en trygg oppvekst med godt miljø, sier Frøya i dag.

Mamma Eli forteller om ei knalltøff, lita prinsesse. Om ei jente som på den ene siden var veldig «jente» – som lekte med dukker og var glad i dyr – og samtidig hadde bein i nesa så det holdt.

– Jeg synes hun var veldig grei og snill som liten, men det kan nok ha å gjøre med at jeg hadde øvet meg på to gutter først, sier moren.

– Da er du vant til at det er litt røft.

**BLEIESKIFTENDE BRØDRE.** Veslejenta vokste opp omgitt av omsorg. Brødrene stilte opp og tok vare på henne fra starten av.



**Starten:** Denne vesle jenta, født 22. april 1989, skulle vokse opp til å bli sykepleier. Foto: Privat



**Dyregod:** Omsorg for dyr preget oppveksten til Frøya, som tidlig var med på lamming. Foto: Privat



**Ferdig:** I juni fikk Frøya sin autorisasjon. Mamma Eli og pappa Arve var med. Foto: Privat

– Hun var neppe mer enn et par uker gammel da Christian skiftet bleie på henne første gang, minnes Eli.

I ettertid tror hun nok dette kan ha bidratt til at datteren til slutt valgte som hun gjorde.

– Jeg tenker vel noen ganger at dersom du har vokst opp med mye omsorg, så har du erfart hva dette betyr. Jeg hadde selv mor og mormor som var utpregete omsorgsmennesker, og Frøya har fått empati inn med morsmelken.

Eli forteller ellers om en familie der alle er veldig glade i dyr, men at Frøya tar kaka.

– Hun var ikke store jenta da hun tok fullt ansvar for hesten Black Forrest Princess, som bestefaren hadde kjøpt. Hun dro opp i stallen rett etter skolen – møkka og ordna.

Allerede som toåring fikk Frøya ansvar for sitt første kjæledyr; en kanin. Den første hunden kom da hun var to eller tre. Siden har både hest, katt, skilpadde og tarantella fått plass under hennes beskyttende vinger.

– Jeg tror nok det kan ha påvirket meg. Det er mye ansvar å være sykepleier, og jeg har vært vant til å få ansvar for andre fra svært tidlig alder, sier Frøya i dag.

**BLOD OG GØRR.** Hun minnes ellers en tidlig fascinasjon for ting som kan få andre til tvert å droppe tanken om et yrkesliv innen helsevesenet.

– Alt som har med operasjoner, blod, sprøyter og så videre har alltid fascinert meg, forteller hun.

– Jeg har sett mye på sykehusserier og -dokumentarer, for å si det slik.

## «Det var sykepleierne som virkelig tok vare på meg.»

Frøya erindrer spesielt én gang da storebror Christian skadet seg og fikk sår oppover hele armen. Selv var hun 13 år og ble med på sykehuset.

– Jeg husker at jeg synes det var så spennende å se på da sykepleierne behandlet såret.

– Ellers var jeg mye med på lamming på gården til mine besteforeldre, og lærte da at blod og gørr ikke nødvendigvis var så farlig.





**SYKDOMMEN.** Det er derimot verken dyrene eller fascinasjonen for sårpleie Frøya trekker frem da vi spør hvorfor hun til slutt valgte sykepleiestudiet. Beslutningen kom i kjølvannet av en lang og tøff sykdomsperiode.

Gjennom det meste av ungdomstiden kjempet Frøya Marie en hard kamp mot spiseforstyrrelser. Det ble mange møter med flinke leger og psykologer, forteller hun, men det var en annen yrkesgruppe som imponerte den unge piken mest.

– Det var sykepleierne som virkelig tok vare på meg.

Frøya forteller engasjert om hvilket inntrykk det gjorde å se hva sykepleiere faktisk bidro med.

– Yrket er så mye mer mangfoldig enn mange tror!

Der og da satte hun seg to mål:

– Jeg skulle bli frisk, og jeg skulle bli sykepleier.

Begge deler skulle ta sin tid.

**KAMP FOR Å KOMME INN.** Det var nemlig ingen selvfølge at Frøya skulle få oppfylt drømmen om å bli sykepleier.

På grunn av sykdommen, hadde hun ikke fått fullført videregående, og for å få generell studiekompetanse måtte hun ta opp flere fag.

Etter først å ha fått avslag, kom Frøya Marie til slutt inn på spesielt grunnlag og startet opp studiet høsten 2012. Da var hun 23 år gammel.

– For meg ga motstanden en voldsom motivasjon for å vise at jeg virkelig fortjente plassen, forteller hun.

**MANGE HOPPER AV.** Norge vil som nevnt, trenge mange flere sykepleiere i årene fremover, men vil nok unge velge yrket?

På ett vis ser det positivt ut. Rekordmange søker seg til sykepleieutdanningen, og ved samordna opptak var det i år en økning på over 17 prosent sammenliknet med året før. Samtidig er frafallet høyt. Rundt 60 prosent fullfører på normal tid, og antallet ferdig uteksaminerte sykepleiere har stått nærmest på stedet hvil de siste ti årene. Det er med andre ord ikke nok at mange søker seg til studiet. Vel så viktig er det at de som velger

## «Jeg skulle bli frisk, og jeg skulle bli sykepleier.»

det, vet hva de går til. Samtidig kan det tenkes at mange kunne ha vurdert sykepleie, dersom kunnskapen om hva studiet og yrket faktisk gikk ut på, var mer i samsvar med virkeligheten.

Frøya tror mange unge undervurderer studiet og hvor omfattende faget er.

– Selv har jeg ikke et øyeblikk vært i tvil om at jeg har valgt riktig, men jeg opplevde at mange medstudenter hoppet av underveis. Jeg tror det bidrar at fremstillingen av sykepleieryrket i media ofte begrenser det til omsorgsrollen, men det er så mye mer som er viktig!



**KLISJEEN OM SYKEPLEIERE.** I forbindelse med Sykepleiens temanummer i sommer om fremtidens varslete sykepleiemangel, spurte vi 73 niendeklassinger hva de ville bli.

Kun to av dem hadde «sykepleier» på sin topp fem-liste over prioriterte yrker. Til sammenlikning hadde elleve elever krysset av for «skuespiller», ti for «toppidrettsutøver», åtte for «klesdesigner» og sju for «fotomodell».

– Jeg klarer ikke å se blod, forklarte én.

– Jeg liker å hjelpe andre, men ikke på den måten sykepleiere gjør, svarte en annen.

– Klisjeen er vel at det handler om å tørke gamle mennesker bak, men sykepleie handler om kommunikasjon, samfunnsansvar, anatomi, psykologi, ernæring, etikk, jus og mye, mye mer, påpeker Frøya.

Det som overrasket henne selv mest i løpet av studiene, var hvor mange og viktige roller sykepleiere spiller gjennom et pasientforløp.

– Jeg ble dessuten forbløffet over hvor vesentlig det er med god kommunikasjon på alle plan, også hvor interessant helsepolitikk kan være, ler hun.

**FLERE MENN.** En tilsynelatende evig utfordring for sykepleiestanden, er å friste flere menn inn i yrket. Fordelingen har lenge vært rundt ni til én i kvinnenes «favør», noe Frøya tror kan skyldes utbredte misforståelser om hva yrket i realiteten går ut på.

– Sykepleie blir gjerne sett på som et kvinneyrke, og mange forbinder det kun med omsorgsbiten. Jeg tror vektlegging av det aspektet er feil markedsføring. Ikke minst om man virkelig ønsker flere menn.

Ifølge Frøya er sykepleie et fag der det trengs masse tøffe karer til ulike oppgaver, og hennes oppfordring til både gutter og jenter som måtte befinne seg i tenkeboksen er klar:

– Velg sykepleie! Det er et fantastisk og spennende yrke! ●

[ingvald.bergsagel@sykepleien.no](mailto:ingvald.bergsagel@sykepleien.no)

# JOB

**Sykepleien 09 | 2015**

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger  
på nett: [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no)

## Attendo

*Attendo er en av Nordens største bedrifter innen pleie og omsorg. Vår visjon "Å styrke individet" tar utgangspunkt i at alle våre brukere skal ha mulighet til å leve sitt liv ut fra egne ønsker og behov. Våre tjenester skal bygge opp under dette ved å etterleve verdiene Kompetanse, Engasjement og Omtanke*

**Attendo tok over driften av Romsås sykehjem 1. september, og søker derfor:**

### ENGASJERTE SYKEPLEIERE, GJERNE MED VIDEREUTDANNING

Vi har faste stillinger 50 – 100 % i turnus dag/aften/ helg, helgestillinger, samt nyopprettet stilling på natt for å øke sykepleierdekningen.

Se full utlysning på [www.sykepleienjobb.no](http://www.sykepleienjobb.no)

**Interessert?** Kontakt daglig leder Anne-Lise Skjæveland, tlf. 91173592, mail [anne-lise.skjaeveland@attendo.no](mailto:anne-lise.skjaeveland@attendo.no)

Søknader behandles fortløpende.



*Lovisenberg diakonale høyskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo, i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.*

## To ledige stillinger i bacheloravdelingen

### Vi lyser ut

- 1 fast stilling i 100% med tilfredelse snarest mulig
  - 1 vikariat i 100% for perioden 04.01.2016 – 30.04.2017
- LDH skal utdanne sykepleiere som tilfredsstiller helsetjenestens behov, krav og forventninger til å løse dagens og morgendagens utfordringer

### Noen ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Undervisning, veiledning, samt eksamensarbeid og evaluering knyttet til studieprogrammet
- Aktiv deltakelse i videreutvikling og kvalitetssikring av LDHs utdanningstilbud
- Samarbeid med praksisfeltet om kvalitet i kliniske studier

**Søknadsfrist 12. oktober 2015.**

Se fullstendig utlysning på [ldh.no/stillinger](http://ldh.no/stillinger)





Tranøy kommune i Troms – lengst sør på Senja, kjent for sitt allsidige kulturliv, friluftsliv, gode og trivelige oppvekstvilkår for barn og unge. Gode kommunikasjoner gir kort reisetid til Finnsnes, Tromsø, Harstad og Bardufoss flyplass.

Tranøy kommune har ledig flg. stillinger innen pleie- og omsorg:

## SYKEPLEIERE

### Tranøy sykehjem

- 100 % fast stilling for snarest mulig tiltredelse
- 100 % midlertidig stilling for ett år for snarest mulig tiltredelse

### Hjemmetjenesten i Tranøy

- 3 x 100 % midlertidige stillinger for ett år for snarest mulig tiltredelse
- 50 % midlertidig stilling for ett år for snarest mulig tiltredelse

Nærmere opplysninger vedrørende hjemmetjenesten kontakt virksomhetsleder Marjo Hytonen, tlf 77 87 41 18 eller tlf. 975 43 089, vedrørende sykehjemmet kontakt Lisbeth Solbø, tlf. 991 57 775.

**Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.**

Søknad bes sendt elektronisk via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no) – Søknadsfrist: 1. oktober 2015. Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

jobbnorge.no

## HELSESØSTER

- 100 % midlertidig stilling for snarest mulig tiltredelse i inntil ett år – arbeidssted Hjemmetjenesten i Tranøy. Det må påregnes arbeid i hjemmetjenesten dersom ledig kapasitet på helsestasjon

**Vi tilbyr en spennende jobb, lønn etter avtale og hjelp til å skaffe bolig.**



Rakkestad kommune

## SYKEPLEIER

3 x 100 % fast stilling

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finnes under ledige stillinger på [www.rakkestad.kommune.no](http://www.rakkestad.kommune.no).

Kontakt enhetsleder Susann Helene Syversen, mobilnummer 95024436 e-post [SusannHelene.Syversen@rakkestad.kommune.no](mailto:SusannHelene.Syversen@rakkestad.kommune.no) for spørsmål om stillingene.

**Søknadsfrist 11. oktober 2015.**



## BackUp Helsepersonell

Et kompetanseorientert bemanningsbyrå der arbeidsgiveransvaret har høyeste prioritet. Vi forvalter arbeidstakers kompetanse og rettigheter etter Best Practice-prinsippet.

# Vi trenger deg

- bli en del av BackUp Helse du også

## Leverandør til sykehus i Oslo/Sør-Norge

### Vi søker:

- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Sykepleierstudenter

### Vi tilbyr:

- Fast ansettelse (vikar)
- God lønn – minimum iht. tariff
- Lønnsutbetaling hver 14. dag

Vervebonus – kr. 3.000,- pr. sykepleier \*

## BackUp Helse - Beredskapspool

Ekstravakter til primær- og spesialisthelsetjenesten. Kortere og lengre oppdrag – Du bestemmer selv din periode.

\* Kontakt oss for mer info om betingelser!



Tlf. +47 22 17 22 17  
post@backup-helse.no  
24/7 Service

[www.backup-helse.no](http://www.backup-helse.no)

**BackUp**<sup>®</sup>  
Helsepersonell

- ALLTID DER -



Gol kommune

## Sjukepleiar ved Gol Helsetun

Vi har ledig:

100 % fast stilling

100 % vikariat for fødselspermisjon fram til 31.07. 2016

100 % vikariat for fødselspermisjon fram til 31.12.2016

**Søknadsfrist 08.10.2015**

For fullstendig utlysning og innsending av elektronisk søknad, sjå Gol kommune si heimeside [www.gol.kommune.no](http://www.gol.kommune.no) – Ledige stillingar



*HØGSKOLEN I BERGEN (HiB) er en av de største høgskolene i landet med omlag 7300 studenter og 750 tilsatte. Vi tilbyr profesjonsutdanninger på bachelor- og mastergradsnivå innenfor lærerutdanning, helse- og sosialfag, ingeniørutdanning samt økonomisk-administrative fag. Høgskolens profesjonsutviklende forskning legger grunnlaget for utvikling av egne doktorgradsutdanninger, og på sikt har vi som mål å oppnå universitetsstatus. Høgskolen holder til på ny campus på Kronstad og i Møllendalsveien.*

## Førsteamanuensis/førstelektor psykisk helsevern

Ved Avdeling for Helse- og sosialfag, Institutt for sykepleiefag er det ledig en 100 % fast stilling som førsteamanuensis / førstelektor innen psykisk helsevern. Den som tilsettes skal undervise, veilede og forskne innenfor relevante sykepleiefaglige emner knyttet til instituttets studieprogram og innenfor avdelingens forskningsprofiler. Vi søker en initiativrik og resultatorientert medarbeider med gode samarbeids- og formidlingsevner.

Søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på: [www.hib.no/ledige-stillinger/](http://www.hib.no/ledige-stillinger/)

**Kontaktperson:** Instituttleder Sissel Tollefsen tlf: 55 58 55 22.  
**Søknadsfrist: 11. oktober 2015**



## Høgskoleutdannelse for sykepleiere innen



# hudpleie og kosmetisk dermatologi

Senzie Akademiet er den eneste kosmetisk dermatologiske hudpleieskolen i Norden med høgskolestudier. I samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold tilbyr vi videreutdanning for sykepleiere, med studiestart vår og høst. Alle studier har mulighet for finansiering via Lånekassen.

Vi har delt studietilbudet vårt inn i 2 studier:

- 1. Kosmetisk dermatologisk sykepleier:** 30 stp., 2 semestre = Hudpleier for sykepleiere + Kosmetisk dermatologisk hudbehandling
- 2. Senzie Kandidat:** 70 stp., 4 semestre = Hudpleier for sykepleiere + Kosmetisk dermatologisk hudbehandling + Ledelse og drift av helse- og velværeklinikker

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi, blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og Dr. Kieren Bong fra Skottland.

### Dr. Kieren Bong - anerkjent hudlege med på Senzie-laget!

Vi har i flere semestre benyttet Dr. Kieren Bong som foreleser på våre studier. I tillegg til å fortsette som foreleser hos oss, har han nå gått inn i rollen som Medical Director i Senzie Akademiet.

- Dette vil være med på å høyne kvaliteten ytterligere på vårt studietilbud, sier daglig leder Vibeke Sundene.

**senzie**  
akademiet

Les mer på [www.senzie.no](http://www.senzie.no)  
Kontakt oss på tlf 911 007 99



Kull 14 starter opp 21.-22. januar 2016

**Søknadsfrist: 1.november 2015**

#### Kropp og selvfølelse

Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser

Helse Sør-Øst. Regional seksjon for spiseforstyrrelser,  
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høgskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over tre semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning. Disse blir fordelt på 11 seminardager og 6 veiledningsdager. Kursbevis utstedes etter 80 % oppmøte på forelesningene og 100 % oppmøte på veiledning. Veilederne har lang erfaring innen behandling av spiseforstyrrelser og har veilederkompetanse. Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Fullstendig program vil foreligge i løpet av høsten 2015 på våre hjemmesider [www.rasp.no](http://www.rasp.no)  
Se "undervisningstilbud". Oppstartsseminar på Thon Ullevål Stadion hotell 21. og 22. januar 2016, med en overnatting. Øvrige seminardager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus.

Utdanningen dekkes av midler via Helse Sør-Øst, og gjennomføres derfor uten kursavgift. Arbeidsgiver må imidlertid dekke reisekostnader. Det er ingen eksamen eller vektallsystem. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning. Det vil bli søkt om godkjenning hos de respektive foreninger og forbund.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull henvises vår nettside [www.rasp.no](http://www.rasp.no), Du finner utlysningen i nettverkskalenderen og under **undervisningstilbud** på [www.rasp.no](http://www.rasp.no).

#### Kontaktpersoner:

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf 23 01 62 24,  
e-post: [eliaha@ous-hf.no](mailto:eliaha@ous-hf.no) eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48,  
e-post: [uxske@ous-hf.no](mailto:uxske@ous-hf.no)



# www.vt-medical.com AKTROMMET

## HELSEARBEIDERE SE HER!

Kjøp utstyr som gjør din jobb enklere!

Vi leverer det **meste** av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner.

Besøk [www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no).



[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)  
[post@vaktrommet.no](mailto:post@vaktrommet.no)  
tel: 926 97 497

Nye Clogs i butikken!

Vi lager alle typer skilt!





## Seminar om bruk av dans i helse og omsorg

Hvordan kan du bruke dans og rytmisk trening for å bidra til bedre liv og helse for utsatte grupper? Seminaret passer for ansatte i helse- og omsorgssektoren, utøvende i dansmiljøer, ansatte i kulturskolene, ansatte og studenter i universitet- og høyskolesektoren og andre interesserte.

**Torsdag 15. oktober kl. 10.00-15.40**  
**Radisson Blu Hotel**  
**Trondheim Airport Værnes**

**Påmelding innen 1. oktober**  
**For mer informasjon, program og påmelding:**  
[www.kulturoghelse.no](http://www.kulturoghelse.no)

Vil du lære mer om miljøbehandling med musikk og sang i daglig pleie- og omsorgsarbeid?  
 Nytt nasjonalt opplæringsprogram starter januar 2016. [www.kulturoghelse.no](http://www.kulturoghelse.no)



**Kultur, helse & omsorg**  
 NASJONALT KOMPETANSESENTER



## MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BERGEN  
 NARVIK - TROMSØ - ALTA  
[mediyoga.no](http://mediyoga.no) +46 85 40 882 80



UNIK TVERRFAGLIG UTDANNING MED FOKUS PÅ  
 ELDREOMSORG, DEMENS OG PALLIASJON

## OMSORG VED LIVETS SLUTT – EN VERDIG ALDERDOM

Skaff deg kompetanse og trygghet og bli en viktig ressursperson. Våre deltakere vil i løpet av studiet få faglig støtte til å utvikle prosjekt på egen arbeidsplass. Målgruppen er fagpersonale som arbeider med sårbare gamle.

1 deltager kr. 6.000,-  
 2 deltagere kr. 10.000,-  
 Ytterligere deltagere kr. 4.000,- per person.  
 Studiet er for øvrig finansiert av Helsedirektoratet og Fagforbundet.

Utdanningen er ettårig, fordelt på 3 samlinger, totalt 9 dager.

### OPPSTART KULL 17:

26. januar 2016  
 Se [verdighetsenteret.no](http://verdighetsenteret.no)  
 for mer informasjon.

Ta gjerne kontakt:  
 Siw-Anita Lien tlf: 55 39 77 48  
[sal@verdighetsenteret.no](mailto:sal@verdighetsenteret.no)



**Verdighetsenteret**  
 OMSORG FOR GAMLE

# SYKEPLEIERKONGRESSSEN

# 2016

## 27.-28. september

Ett år igjen  
**SETT AV  
 DAGENE!**

Norsk Sykepleierforbund har gleden av å invitere til Den 10. Sykepleierkongressen i kongressenteret The Qube, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport.

Mer informasjon kommer i november på [www.nsf.no](http://www.nsf.no).  
**Følg med!**



**Pneumovax** «Sanofi Pasteur MSD»  
Pneumokokkpolysakkaridvaksine.  
ATC-nr.: J07A L01

C

**INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning:** 0,5 ml *inh.*: 25 µg av hver av pneumokokkserotypene: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F og 33F. Fenol, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokkserotypene som inngår i vaksinen. Vaksinen anbefales for personer >2 år, som har økt risiko for morbiditet og mortalitet som følge av pneumokokkinfeksjon. Personer i risikogrupper som bør vaksineres, fastsettes på grunnlag av offisielle retningslinjer. Vaksinen forebygger ikke akutt betennelse i mellomøret, bihulebetennelse og andre vanlige øvre luftveisinfeksjoner. **Dosering: Primær Vaksinering: Voksne og barn >2 år:** 1 dose à 0,5 ml. Anbefales ikke til barn <2 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert og antistoffresponsen kan være dårlig. **Revaksinering:** 1 dose à 0,5 ml. Tidsintervall og behovet for revaksinering bør avgjøres på grunnlag av offisielle retningslinjer. Revaksinering med <3 års mellomrom frarådes pga. økt fare for bivirkninger. Friske voksne og barn bør ikke revaksineres rutinemessig. **Voksne:** Revaksinering anbefales ved økt risiko for alvorlig pneumokokkinfeksjon, >5 år siden forrige pneumokokkvaksinering, eller ved raskt synkende pneumokokkantistoffnivåer. Revaksinering etter 3 år kan vurderes for personer i høyrisikogrupper for fatal pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten milt). **Barn: 2-10 år:** Revaksinering etter 3 år bør vurderes ved høy risiko for pneumokokkinfeksjon (f.eks. barn med nefrotisk syndrom, sigdcelleanemi eller barn uten milt). **≥10 år:** Revaksinering kan vurderes som for voksne. **Spesielle pasientgrupper:** Vaksinen bør om mulig gis minst 2 uker før planlagt splenektomi eller igangsetting av kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling. Hos personer i behandling med kjemo- eller stråleterapi, må vaksinering unngås. Etter fullføring av kjemo- og/eller stråleterapi for neoplastisk sykdom, oppnås muligens ikke tilstrekkelig immunrespons ved vaksinering og vaksinen må derfor ikke gis før minst 3 måneder etter fullført behandling. Ved intensiv eller forlenget behandling, kan det være nødvendig å øke denne tiden. Personer med asymptomatisk eller symptomatisk hiv-infeksjon må vaksineres så snart som mulig etter bekreftet diagnose. **Administrering:** Injiseres s.c. eller i.m. Vaksinen må ikke injiseres intravaskulært eller intradermalt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinering må utsettes ved akutt infeksjon med feber, annen aktiv infeksjon eller når systemisk reaksjon vil utgjøre betydelig risiko, med mindre ev. utsettelse innebærer en enda større risiko. Ved vaksinering av pasienter med nedsatt immunreaksjon er det mulig at forventet antistoffrespons ikke oppnås etter 1. eller 2. dose. Det er derfor mulig at slike pasienter ikke er like godt beskyttet mot pneumokokksykdom som immunkompetente personer. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. For pasienter som får immunsuppressiv behandling, vil den nødvendige tiden for å gjenopprette immunresponsen variere iht. sykdom og behandlingsform. Det er observert betydelig bedring i antistoffresponsen hos noen pasienter i løpet av 2 år etter fullført kjemoterapi eller annen immunsuppressiv behandling (med eller uten stråling), særlig når intervallet mellom behandlingsslutt og vaksinering økes. Egnert utstyr til behandling av en ev. akutt anafylaktisk reaksjon, inkl. adrenalin, bør være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk. Nødvendig forebyggende antibiotikabehandling mot pneumokokkinfeksjon må ikke stoppes etter vaksinering. Pasienter som er spesielt utsatte for alvorlig pneumokokkinfeksjon (f.eks. personer uten milt eller personer som har fått immunsuppressiv behandling), må i tillegg få informasjon om at det kan være nødvendig med tidlig antimikrobiell behandling ved alvorlig og plutselig febersykdom. Pneumokokkvaksinen er muligens ikke effektiv for forebygging av infeksjoner som skyldes basalt kraniebrudd eller ekstern kontakt med cerebrospinalvæske. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07A L01. Kan gis samtidig med influensavaksine, men i separate sprøyter og på forskjellige injeksjonssteder. Immunogenisitet for Zostavax kan reduseres, og skal derfor ikke brukes samtidig. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ukjent om vaksinen forårsaker fosterskader eller har innvirkning på reproduksjonsevnen når den gis til gravide. Vaksinen må bare gis til gravide hvis absolutt nødvendig (potensiell fordel må veies opp mot potensiell fare for fosteret). *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Vaksinen må gis med forsiktighet til ammende. *Fertilitet:* Ikke evaluert. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet i form av smerte, ømhet, erytem, varme, hevelse og lokal indurasjon og feber (≤38,8°C). *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymf: Hemolytisk anemi hos pasienter som har hatt andre hematologiske sykdommer, leukocytose, lymfadenitt, lymfadenopati, trombocytopeni hos pasienter med stabilisert idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hud: Utslett, urticaria. Immunsystemet: Anafylaktoide reaksjoner, angionevrotisk ødem, serumsykdom. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artritt, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, hodepine, parestesi, radikulonevropati, feberkramper. Undersøkelser: Økt CRP. Øvrige: Cellulittlignende reaksjoner rundt injeksjonsstedet kort tid etter vaksinering, asteni, feber, illebefinnende, nedsatt bevegelse i lemmer og perifer ødem i den injiserte ekstremiteten, frysninger. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Rensede pneumokokkapselpolysakkaridantigener isolert fra de 23 vanligste serotyper av Streptococcus pneumoniae, som forårsaker ca. 90% av invasive pneumokokkinfeksjoner. *Virkningsmekanisme:* 85-95% av vaksinerte utvikler antistoffer mot alle de 23 antigenene. Beskyttende antistoffnivå vises vanligvis 3. uke etter vaksinering. Ukjent hvor lenge vaksinen beskyttende virkning varer. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. **Andre opplysninger:** Må ikke blandes med andre vaksiner/legemidler. **Sist endret:** 06.03.2013 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 16.01.2013 **Priser per september 2015:** 0,5 ml (hettegl.) kr 203,40



**Vaxigrip** «Sanofi Pasteur MSD»  
Influensavaksine (splittvirus, inaktivert).  
ATC-nr.: J07B B02

C

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** 0,5 ml *inh.*: Splittet influensavirus, inaktivert, inneholdende antigener tilsv. type A (H1N1 (pdm09-avledet stamme NYMC X-179A), H3N2 (avledet stamme NYMC X-223A)) og/eller type B, 15 µg hemagglutinin pr. stamme, natriumklorid, kaliumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot influensa, spesielt ved økt risiko for assosierte komplikasjoner, til voksne og barn ≥6 måneder. Vaksinering skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering: Voksne og barn ≥36 måneder:** 0,5 ml. **Barn ≥6-35 måneder:** Kliniske data er begrenset. Doser på 0,25 ml og 0,5 ml har vært brukt. Dosen skal være i samsvar med nasjonale anbefalinger. Barn som ikke tidligere er vaksinert, bør gis en ny dose etter et intervall på minst 4 uker. **Barn <6 måneder:** Ingen data foreligger. **Tilberedning/Håndtering:** Vaksinen bør ha romtemperatur ved bruk. Ristes før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler da uforlikeligheter ikke er undersøkt. **Administrering:** Injiseres i.m. eller dypt s.c. Må ikke gis intravaskulært. Ved dosering av 0,25 ml til barn, skal stempelproppen skyves nøyaktig til kanten av merket, slik at halvparten av volumet fjernes og gjenværende volum skal injiseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene eller egg (ovalbumin, hønseproteiner), neomycin, formaldehyd og octoxynol-9 (spor kan finnes i vaksinen). Vaksinering skal utsettes ved febersykdom eller akutt infeksjon. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Antistoffresponsen hos pasienter med endogen eller iatrogen immunsuppressjon kan være utilstrekkelig. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B B02. Kan gis samtidig med andre vaksiner. Vaksinasjonene bør i så tilfelle gis på separate injeksjonssteder (i hver sin ekstremitet). Ev. bivirkninger kan bli forsterket ved samtidig administrering av andre vaksiner. Immunologisk respons kan bli redusert hos pasienter som behandles med immunsuppressiver. Midlertidige falske positive resultater i serologiske tester med bruk av ELISA-metoden for å finne antistoffer mot hiv-1, hepatitt C og spesielt HTLV1, er blitt observert etter influensavaksinasjon. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Inaktivert vaksine kan gis i alle stadier av graviditeten, og ingen skadelige effekter forventes på foster eller mor. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Manglende data. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hud: Svetting. Nevrologiske: Hodepine. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Øvrige: Feber, malaise, skjelving, utmattelse, lokale reaksjoner på injeksjonsstedet (rødhet, hevelse, smerte, ekkymose, indurasjon). Disse reaksjonene forsvinner vanligvis innen 1-2 dager uten behandling. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymf: Forbigående trombocytopeni, forbigående lymfadenopati. Hjerne/kar: Vaskulitt, i sjeldne tilfeller forbundet med forbigående nyrepåvirkning. Hud: Generelle hudreaksjoner inkl. pruritt, urticaria eller uspesifisert utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner, som i sjeldne tilfeller fører til sjokk, angioødem. Nevrologiske: Nevralgi, parestesi, feberkramper, nevrologiske sykdommer (f.eks. encefalomyelitt, nevritt og Guillain-Barrés syndrom). **Egenskaper:** *Klassifisering:* Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktete hønseegg. Vaksinen sammensetting av virusstammer er i samsvar med WHO's anbefalinger for den aktuelle influensasessong. *Virkningsmekanisme:* Beskyttende antistoffnivå oppnås vanligvis innen 2-3 uker. Immunitets varighet etter vaksinasjon varierer, men er vanligvis 6-12 måneder. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Sist endret:** 10.11.2014 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 04.07.2014. **Priser per september 2015:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/kanyle) kr 103,60

Sanofi Pasteur MSD, Box 458 Brakerøya, N-3002 Drammen  
Telefon: 67 50 50 20, [www.spmsd.com](http://www.spmsd.com)

NO000190



# Noen kan trenge mer enn en vinterjakke!

- Personer over 65 år
- Pasienter med kronisk hjerte- og karsykdom
- Gravide i 2. og 3. trimester

For disse kan influensa være en alvorlig sykdom\*  
Husk å tilby influensavaksinen

Obs! Folkehelseinstituttet anbefaler at personer over 65 år også vaksineres med PPV23 (Pneumovax®).<sup>1</sup>

\* se full liste over risikopasienter som bør tilbys vaksine på: [www.fhi.no/artikler/?id=83024](http://www.fhi.no/artikler/?id=83024)

<sup>1</sup> Folkehelseinstituttet: [www.fhi.no/artikler/?id=68701](http://www.fhi.no/artikler/?id=68701) (18.9.2015)



# NÅ KAN DU DELE DATAUTSTYR UTEN Å OVERFØRE SMITTE!

Antibac har utviklet to ulike spesialtilpassede våtservietter for desinfisering av keyboard og touchscreen.

**NYHETER**  
FRA  
MARKEDSLEDEREN  
ANTIBAC

- Myk og fleksibel
- Kommer lett til overalt
- Enkel og effektiv

- Papirkvalitet
- Etterlater ingen striper
- Fjerner fett og smuss

- Desinfiserer - dokumentert effekt
- Enkeltpakket i praktisk displaykartong
- Spesialtilpasset elektronisk utstyr
- Store og effektive servietter



 **antibac**<sup>®</sup>