



Kutter smerten

Selvskading. Hver femte ungdom oppgir at de har skadet seg selv med vilje. Bak kuttene ligger smerte, angst og tristhet. **26**

● **Hva skjer**
3 milliarder til alternativ behandling. **20**

● **Sykepleie**
Ta pasienten ut av offerrollen. **50**

● **Påfyll**
Lærer å håndtere tinnitus. **82**

● **Meninger**
Den varme dråpen i Middelhavet. **92**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,99 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,99 %.

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

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,06 %. Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 555 206. Prisene er per 04.01.2017 for nye lån og kan bli endret.



Hele Norge har nå kjernejournal.



I kjernejournal finner du viktige opplysninger om pasientene dine

- Pasientens fastlege og familie
- Legemidler
- Kritisk informasjon

Bruker du kjernejournal?

Les mer på ehelse.no/kjernejournal

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE



Fragmin[®]
dalteparinatrium

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³

Indikasjon for Fragmin:

- Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter



Bio-Oil® er et spesial hudpleieprodukt utviklet for å redusere synligheten av arr, strekkmerker og ujevn hudtone. Bio-Oil® inneholder naturlige oljer, vitaminer og den banebrytende formuleringen PurCellin Oil™. For ytterligere produktinformasjon og resultater av kliniske studier, vennligst se bio-oil.com. Bio-Oil® er det mest solgte arr-og strekkmerkeproduktet i 18 land.* Veil.pris 119kr/60ml.

*bio-oil.com



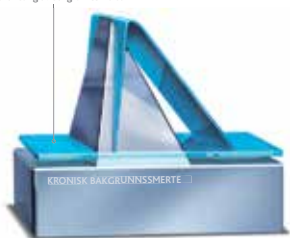
INSTANYL® NESESPRAY SOM ENDOSE OG FLERDOSE

RASK LINDRING AV GJENNOMBRUDDSSMERTER

BEHANDLING AV GJENNOMBRUDDSSMERTER

Karakteristikk av Instanyl®:

Behandling av bakgrunnsmerter



● Typisk episode av gjennombruddssmerter
● Behandling med Instanyl®

Smertelindring innen 10 min¹

Varighet ~ 56 min²

Kan være velegnet til pasienter med tørr munn og kvalme

Viktig å vite (se forsiktighetsregler):

Instanyl skal ikke brukes:

- ▶ hos opioidnaive pasienter
- ▶ ved alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer
- ▶ ved tidlig stråling i ansiktet
- ▶ ved tilbakevendende episoder med neseblødning

Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets slutfase ICPC/ICD - 90.

For ytterligere informasjon kontakt oss på Takedas informasjonstelefon: 800 800 30 eller send e-post til infonorge@takeda.no. Informasjon finnes også på Instanyl.no

Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Instanyl® er indisert for behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske kreftsmertner.

Sikkerhetsinformasjon til lege, farmasøyt og pasient er utarbeidet i samarbeid med Statens Legemiddelverk (Disse kan lastes ned fra Instanyl.no)

Referanser: 1) Preparatomtale InstanylR 21.11.2016 seksjon 5.1. 2) Christrup LL, Foster D, Popper LD et al. Pharmacokinetics, efficacy, and tolerability of fentanyl following intranasal versus intravenous administration in adults undergoing third molar extraction: a randomized, double-blind, double-dummy, two-way, crossover study. Clin Ther. 2008;30:469-81

NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneholder fentanylsirrat tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalenstdose av andre opioider i én uke eller lenger. **Dosering:** Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Voksne: Dosejustering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerterepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetitrering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Pasienter uten vedlikeholdsterapi med opioider, da det er økt risiko for respirasjonsdepresjon. Behandling av andre akutte smerter enn gjennombruddssmerter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning. **Forsiktighetsregler:** Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet hos pasienter med tidligere eller eksisterende bradykardi. Opioider kan forårsake hypotensjon, særlig hos pasienter med hypovolemi og skal derfor brukes med forsiktighet ved hypotensjon og/eller hypovolemi. Utvikling av serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av serotoninerge legemidler som SSRI og SNRI, samt legemidler som nedsetter serotoninmetabolismen (inkl. MAO-hemmere). Ved mistanke om serotoninerg syndrom skal fentanyl seponeres. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativ behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Pasienten skal rådes til ikke å kjøre eller bruke maskiner ved døsighet, svimmelhet, synsforstyrrelser eller andre bivirkninger som kan påvirke evne til å kjøre eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av fentanyl med et serotoninerg legemiddel, som SSRI, SNRI eller MAO-hemmer, kan øke risikoen for serotoninerg syndrom. Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP3A4-hemmere eller moderate CYP3A4-hemmere, kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av legemidler som inducerer 3A4-aktivitet kan redusere effekten av Instanyl. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til Cmax (Tmax) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativer eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaxantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister/antagonister anbefales ikke. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Amning:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Skal ikke brukes av ammende, og amning skal ikke gjenopptas før minst 5 dager etter siste administrering av fentanyl. **Fertilitet:** I dyrestudier nedsettes fertilitet hos både hanner og hunner ved sedative doser. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerte/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerte/kar: Hypotensjon. Hud: Smerter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. Ukjent: Gastrointestinale: Diaré. Neurologiske: Krampor. Luftveier: Perforasjon av neseseptum. Psykiske: Hallusinasjon. Øvrige: Tretthet, utilpasshet, ødem, fall, abstinensyndrom. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotensjon, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miose, krampor og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentagende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03 side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Opioidanalgetikum. Fenylpiperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som er en agonist med lav affinitet for - og -opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neseslimhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkelt doser på 50-200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjerte, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. Halveringstid: Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjenfinnes i feces, primært som metabolitter. **Pakninger og priser per 16.12.2015:** 50 µg/dose: 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 526,40. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 836,50. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1 611,70. 10 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3 162,10. 100 µg/dose: 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 559,70. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 892,00. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1 722,80. 40 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 3 384,30. 200 µg/dose: 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) 559,70. 10 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 892,00. 20 doser¹ (glassflaske m/dosepumpe) 1 722,80. **Refusjon:** ¹Se N02A B03_1 side. d. i Refusjonslisten.



Norges største prosedyrebibliotek heter ikke lenger **PPS**» Nå heter vi **VAR Healthcare**

Fortsatt prosedyrene du trenger – når du trenger dem.

Fortsatt samme innhold – men med nytt design
og avansert søkemotor for enda enklere bruk.

Fortsatt det samme kompetente teamet
– alltid i vekst og i utvikling.

NYHET!

Alle våre brukere skal nå ha
tilgang til VAR Healthcare
på varnett.no og gjennom
Norsk Helsenett /EPJ.



HEALTHCARE | By healthcare workers | varhealthcare.no

Innhold



03 | 2017 Sykepleien

Utgivelsesdato: 16. mars

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 16** Strengere krav for å bli sykepleier
- 19** I nyhetene: Tale Maria Krohn Engvik
- 20** Milliarder til alternativ behandling
- 26** Tema: Selvskading
- 36** Får livsviktig hjelp hos helsesenteret for papirløse
- 42** Myanmar: De ble hiv-smittet av sine menn
- 46** Kontakter undervektige som trener mye



Papirløs og helseløs. **36**



Sykepleie

- 50** Få pasienten ut av offerrollen
- 54** Skriver dagbok til respiratorpasienter
- 60** Sammendrag fra Sykepleien Forskning
- 62** De aller vanskeligste samtalene
- 64** Må samarbeide mer på tvers
- 68** Etikkk: Vanskelig å stoppe væske og ernæring
- 70** Kombinasjonsstillinger i praksisstudier
- 74** Min jobb: Dag Tommy Tomteberget



Vanskelig å snakke om. **62**



Påfyll

- 76** Småstoff om bøker
- 77** Liv laga
- 78** Laget film om søsterens mystiske død
- 80** Bokanmeldelser
- 81** I bokhylla mi: Tone Marie Roren
- 82** Fakta: Tinnitus
- 84** Quiz og kryssord

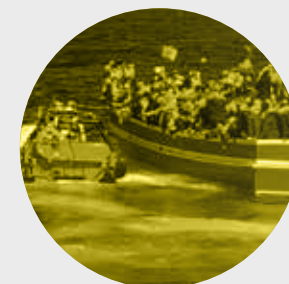


Tinnitus er ikke en sykdom. **82**



Meninger

- 86** Eli Gunhild By om y-veien
- 87** Marit Leegaard om høyskoler og universiteter
- 88** Maiken Juvik om en dag i akuttmottaket
- 91** Kari Bjerkli om utdanningen
- 92** Tett på Adelheid Skredlund
- 97** Stillingsannonser og kunngjøringer



Redder dem på havet. **92**

Forsidefoto: Marit Fonn

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

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Alle skal ikke alltid ha tilgang til all behandling det er mulig å gi.

Det bare ser sånn ut.

På vikende front



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Mange i Nordland er for tiden rasende på legen Mats Gilbert. Personer som får hjerteinfarkt i Nordland, må i dag fraktes helt til Tromsø for å få blokket ut sine årer. Men tiden det tar for å få såkalt PCI-behandling, er helt avgjørende for pasientens livskvalitet etter infarkt. Den lange reisetiden til Tromsø er derfor ikke gunstig. Nå ønsker Nordlandssykehuset i Bodø å bygge opp et eget senter for PCI-inngrep, som er blitt rene rutineoperasjoner i Tromsø.

URETTFERDIG 1

Men legene ved Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) – med Gilbert i spissen – sier nei. De mener at UNN trenger alle de hjertene de kan få fra hele Nord-Norge, Finnmark og Nordland inkludert, slik at de kan ha et godt grunnlag for å kunne drive forskning og dermed utvikle faget. Det budskapet blir ikke tatt nådig opp i Bodø. Gilbert er brått blitt Nord-Norges mest upopulære lege sør for Troms. Ledelsen ved Nordlandssykehuset, med god støtte fra leger, sykepleiere og politikere i Nordland, mener at det er urimelig at ikke innbyggere fra fylket skal ha tilgang til like god behandling for hjerteinfarkt som folk i Troms. Helse Nord måtte til slutt utsette et vedtak om saken, i håp om at gemyttene ville roe seg.

URETTFERDIG 2

Da styret i Møre og Romsdal i desember 2014 med fem stemmer mot fire bestemte seg for å bygge nytt sykehus på Hjelset i Molde, utløste det kraftige anklager om korrupsjon, feil ved saksbehandling og råttent politisk spill fra nabobyen Kristiansund. Der hadde man ønsket seg et sykehus midt mellom de to byene. Kristiansunderne mener at det blir helt feil at de i fremtiden må reise fem kvarter for å få behandling de i dag kan få i hjembyen, mens moldenserne knapt trenger å forlate Molde sentrum.

URETTFERDIG 3

Det har vært strid rundt sentraliseringstiltak helt siden de første akutt- og fødeavdelingene havnet i kryssilden mellom kuttekatte helsebyråkrater og lokale helsepatrioter. Konfliktene bunnet ofte i at det som var rett for noen, ble til urett mot andre. Som eksemplet i Nord-Norge viser, herjer konfliktene rundt lokalisering

fortsatt, men i dag er rett-mot-urett-debatten flyttet over på individnivå: Hvis du kan få, må også jeg kunne få.

Et godt eksempel er debatten rundt eggdonasjon. Kvinner med intakte egg kan få barn med sæd fra en donor. Betyr det at kvinner som ikke har det, er dømt til å bli barnløse? Det kan føles urimelig. Følelsen av urett forsterkes ved at ressurssterke damer uten gode egg, bare kan dra til utlandet for å få satt inn det som trengs for å få laget en baby. Så er du kvinne uten både egg, mann og penger, står du i fare for å bli «diskriminert», skal vi tro Arbeiderpartiets programkomité. Partiet vil gjerne likebehandle fruktbare kvinner med ufruktbare, og enslige med kvinner som lever i par. Ellers blir det jo urettferdig for noen.

URETTFERDIG 4

Det er lett å forstå kvinners lengsel etter barn, men følger vi likestillingslogikk helt ut, betyr det at også homofile menn som lever i parforhold må kunne regne med vår fulle støtte. De kan allerede adoptere barn, men må reise helt til Bombay eller Texas for å få et barn som de av helt naturlige årsaker ikke kan bære fram selv. Det strider visstnok ikke mot norsk lov at homofile par leier magen til en surrogatkvinne i utlandet, men da er de som ikke har penger til slike reiseprosjekter, ute å kjøre. Skal man få bukt med denne uretten, må man også tillate surrogati i Porsgrunn og Sandnessjøen. Men så langt har vi ikke kommet ennå.

URETTFERDIG 5

Kjønn og legning er to faktorer i prioriteringsdebattene der likebehandlingstrangen er særlig sterk. De siste ti årene har imidlertid retten til å få vite – og uretten om ikke å få vite – fått mer og mer oppmerksomhet. Det mest aktuelle eksemplet er at helseministeren nå vil tilby kvinner over 38 år, som har størst risiko for å føde et barn de kanskje ikke ønsker, en skånsom blodprøve som setter dem i stand til å velge det bort. Når vitenskapen har utviklet en ny prøve som innebærer mindre risiko enn den tradisjonelle fostervannsprøve, kan helseministeren vanskelig gå imot det, selv om det på sikt kan føre til at flere vil velge bort fostre med Downs syndrom. Her går kvinnens rett til å få vite foran samfunnets ønske om likebehandling av alle, uansett eventuelle kromosomfeil.



Illustrasjon: Marie Rundereim

DEMENS GARANTI

Å si nei, er politikernes tyngste bær. Finner forskere i Kina en metode som kan få kvinner til å føde barn som både er atletiske, musikalske, skoleflinke og sosialt vellykkete, kan du banne på at noen vil kreve å få innført en rettighetslov om nettopp det. Klarer leger å utvikle en pille som får oss til å leve i 110 år med demensgaranti, kan du være sikker på at det vil være et parti som vil kreve den på blå resept.

Når det umulige blir mulig, er det vanskelig å demme opp for krav om å få det. Det vet alle med uløste helsebehov. Politikere vil gjerne gi inntrykk av at de står fast på sine prinsipper, men det skjer som regel bare så lenge de ikke risikerer å måtte framstå som urettferdige overfor grupper som ser ut til å ha legitime behov. Konflikten om hvor de nordnorske infarktpasientene skal få blokket sine tette årer, viser i fullt alvor at det kan bli veldig stygt når alskens ordførere, direktører, avisredaktører og helsetopper barker sammen om samfunnets prioriteringer.

LEDETRÅD

Personlig og generelt mener jeg at politikerne ikke så lett må la seg presse av krav om likebehandling, men heller burde stå opp for de grunnleggende verdiene vi som samfunn har bestemt oss



«Utvikler leger en pille som får oss til å leve i 110 år med demensgaranti, vil noen kreve den på blåresept.»

for. De er tøft, men de kan trøste seg med at selv Gud, ifølge Bibelen, utstyrte verden med arter som livnærte seg av å spise hverandre. Det var ikke rettferdighet som var ledestråden i skaperverket, men at alt skulle henge i hop. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Legemiddel uten østrogen – mot hetetokter


Mange kvinner sliter med plager i overgangsalderen. Ikke alle kan eller ønsker å tilføre kroppen østrogen. Remifemin® er et reseptfritt legemiddel uten østrogen eller planteøstrogen mot plager i overgangsalderen.¹

Mer enn 15 kliniske studier med over 11 000 pasienter er utført de siste 15 årene.² Nesten 40 år som legemiddel på det europeiske markedet gir lang erfaring med effekt og sikkerhet.



**UTEN
østrogen**

- ✓ Uten østrogen/planteøstrogen¹
- ✓ Godt dokumentert effekt og sikkerhet²
- ✓ Fås uten resept

 Fås på alle apotek

Remifemin «Schaper & Brümmer»

F Middel mot overgangsalderplager.

ATC-nr: G02C X04

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, 2,5 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av rodstokk av klasseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. **Dosering:** 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** *Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (tretthet, appetittapp, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.* **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksisitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder Cimicifuga. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, perifert ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. Virkningsmekanisme: Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. Sist endret: 24.03.2015

Referanser: ¹Remifemin® preparatomtale, sist endret 16.12.2014; ²Beer & Neff, J Evid Based Complementary Altern Med 2013;860602



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 03 | 2017

Nyhet – Reportasje – Tema



FORLATT: Noen av kvinnene på NLD Aids Center i utkanten av millionbyen Yangon er utstøtt av familien. Foto: Christine Urdal



«Jeg prøver å lære dem å se små ting. Jeg kaller det «happy moments». Tale Maria Krohn Engvi, helsesøster. **19**



Alternativ behandling. Vil granske helsepårstander. **20**



Tema: Selvska-
ding. Hva kan sykepleiere gjøre? **26**

Høye hiv-tall

Myanmar. Landet topper hiv-statistikken i Sørøst-Asia. På NLD Aids Center får smittede tak over hodet. **42**



UTLYSNING: Modum kommune har litt ekstra krydder i stillingsannonser for å tiltrekke seg sykepleierstudenter til sommervikariater. Foto: Eivind Kopland/Modum kommune

Lokker sykepleierstudenter med gratis kino og losji

SOMMERJOBB: En hel smørbrødlisete med tilbud man sjelden ser i stillingsannonser skal skaffe Modum kommune bemanning til sommeren i år som i fjor.

Dette frister Modum kommune med i sin stillingsannonse når de

søker sykepleierstudenter til sommervikariater: Gratis losji og middag. Transport til og fra arbeidsstedet. Full turnus. Lønn tilsvarende årslønn på 380 000 kroner. Kino- og svømmehallbilletter. Gratis sykkelieie. Muligheter for fast jobb etter utdanning.

Det samme lokket kommunen med også i fjor, med suksess.

– Tilbakemeldingene var at studentene var veldig fornøyde og at de benyttet seg av tilbudene, sier Jeanette Jacobsen, sykepleier og leder for bemanningssentralen i Modum kommune.

Sykepleierstudent Ole Andreas Svendsen var en av dem som jobbet i Modum kommune i fjor, men det var ikke kino- og svømmehallbilletter som gjorde at han ble fristet til å søke.

– Det var det at jeg kunne få oppleve noe nytt borte fra der jeg bodde, og at det var tilrettelagt med kost og losji, sier Svendsen fra Porsgrunn som nå går andre året på sykepleierutdanningen.

Han kommer også tilbake i år.

– Det var veldig alright, og man ble tatt imot med åpne armer. I år var de veldig raske med å si at jeg kunne komme tilbake. Jeg fikk inntrykk av at jeg gjorde en god jobb, sier Svendsen.

Kilde: Sykepleien.no

Bekymring i skuffen

Helsetilsynet slår nå alarm etter at de har gjort tilsyn ved 57 barnevernstjenester. Barnevernets håndteringer av bekymringsmeldinger gjør at barn ikke får den hjelpen de har krav på.

«I dette tilsynet har vi blant annet sett at bekymringsmeldinger om alvorlige forhold ikke er undersøkt, men lagt i skuffen», skriver Helsetilsynet på sine nettsider.

Det svikter i hvordan meldinger blir tatt imot og vurdert.

Det svikter i vurderingen av om det skal iverksettes akutte tiltak.

Det svikter i vurderingen av meldinger med alvorlig innhold om vold, seksuelle overgrep og psykisk sykdom. Kilde: Helsetilsynet

Nå er det høysesong for hodelus

På nettsiden Luseradar.no som er en nasjonal, uoffisiell oversikt over lusespredning, kan folk se om det er stor fare for lusespredning i deres område.

– Mange oppfatter det å ha lus som stigmatiserende, men det er viktig å understreke at lus ikke har noe med renslighet å gjøre. De forekommer overalt, i alle typer familier, sier apoteker Inger Johanne Kjelsen til NTB.

En generasjon av syriske barn risikerer skader for livet

En undersøkelse Redd Barna har gjort blant 450 barn og voksne i Syria, viser at hvert fjerde barn sliter med selvmordstanker, selvskadning, rusmisbruk og depresjoner. I tillegg svarer to av tre barn at de har mistet en av sine nærmeste, fått hjemmet sitt lagt i ruiner i bombeangrep eller fått krigsrelaterte fysiske skader.

– 3 millioner syriske barn har levd hele livet sitt i krig. Dersom man skal forhindre at de psykiske plagene gir varig, uopprettelig skade, må de få hjelp øyeblikkelig, sier generalsekretær Tove R. Wang i Redd Barna. Kilde: NTB-AP

Kutter ventelister på dugnad

På to uker skal terapeuter fra hele landet avvikle ventelistene for angstbehandling ved OUS. Kilde: Dagens Medisin

Fakta & tall. Private helse- tjenester

14 mrd.

Offentlige helseforetak kjøpte spesialisthelsetjenester fra private for 14 milliarder kroner i 2015.

10 %

Det utgjør om lag 10 prosent av helseforetakenes driftsutgifter for 2015.

12,7 mrd.

Private sykehus og helseinstitusjoner hadde 12,7 milliarder kroner i samlede salgs- og driftsinntekter i 2015.

85 %

De private mottok 10,8 milliarder kroner i overføringer fra RHF og HF knyttet til levering av spesialisthelsetjenester i 2015. Det utgjør i gjennomsnitt 85 prosent av de privates totale inntekter.

Kilde: SSB



HUSK: Før du sier opp stillingen din må du undersøke om du fyller vilkårene for å ta ut den pensjonen du ønsker.

Nå må du selv søke pensjon fra KLP

PENSJONIST: Tidligere var det arbeidsgiver som søkte KLP om pensjon for ansatte. Nå er jobben overlatt til deg.

Slik gjør du:

Gå inn på klp.no og logg deg på «Min side». Når du har logget inn, velger du «søk pensjon» og hvilken type pensjon du ønsker. Etter at du har fylt inn nødvendige opplysninger, blir søknaden sendt arbeidsgiveren

din for godkjenning, før KLP kan behandle søknaden din. Hvis du ikke er ansatt hos arbeidsgiveren du søker pensjon fra lenger, går søknaden din direkte til KLP for behandling.

Dette bør du huske på før du søker:

- * Du kan tidligst søke tre måneder før rett til pensjon foreligger.
- * Sjekk med arbeidsgiveren din om tidspunktet du har rett til pensjon fra.

* Finn frem kontonummeret du vil at pensjonen skal utbetales til før du fyller ut søknaden.

Hvis du ønsker å ta ut delvis pensjon må du avtale med arbeidsgiver hvor mye du skal jobbe ved siden av.

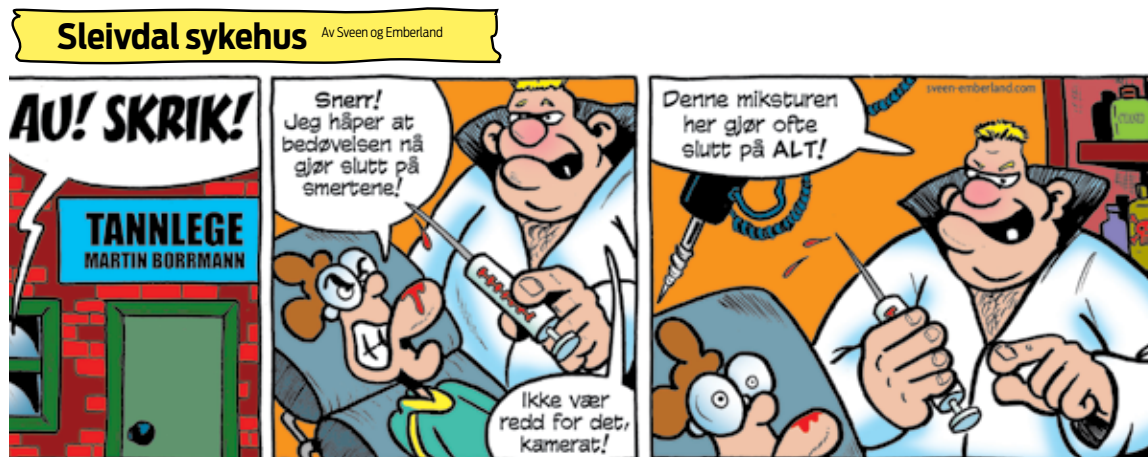
For å søke AFP trenger du inntektsopplysninger for året før du skal ta ut pensjon, og inntekt du kommer til å ha etter uttak av pensjonen.

Kilde: KLP

Vil ha slutt på brus og hverdagssnop

Barn og unge spiser mer sukker enn de bør, og de ligger dårligere an enn voksne, viser nye tall fra Helsedirektoratet. Halvparten i gruppen 9–13 år har et høyere sukkerinntak enn anbefalt. For voksne er tallet 20 prosent. 7. mars la helseminister Bent Høie frem Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold.

Kilde: Helsedirektoratet





Strengere krav for å bli sykepleier

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

POENG: Regjeringen krever at studenter har tre i matematikk og norsk for å komme inn på sykepleierutdanningen. I tillegg må søkere ha minimum 35 skolepoeng.

NSF Student har jobbet for å få opptakskrav for sykepleierutdanningen i mange år.

– Er dere fornøyde med forslaget?

– Ja! Dette kom litt uventet på meg, men dette er bare helt strålende, sier leder i NSF Student, Thea Martine Olsen.

TRE I NORSK OG MATTE

– Ved å få sterkere kandidater til sykepleierutdanningen, mener regjeringen at sykepleierutdanningen blir bedre. Sykepleierne vil dermed kunne levere tjenester av enda bedre kvalitet, sier kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen i en pressemelding.

– Vi skulle selvfølgelig også hatt krav om tre i engelsk, men dette er en veldig god begynnelse, sier Thea Martine Olsen.

Studentlederen tror det er viktig at utdanningen nå har fått opptakskrav. Ikke minst for å få økt gjennomføringsgraden.

– Det er på høy tid at det signaliseres at sykepleie er et fag som krever gode grunnkunnskaper, sier hun.

MATTE VIKTIG

– Vi har i dag store utfordringer med feilmedisinering i helse- og omsorgstjenesten. Karakterkrav i matematikk kan bidra til å styrke studentenes kompetanse på medikamenthåndtering. Riktig administrering av medisiner er avgjørende for pasientsikkerheten, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Gode norskkunnskaper er også viktig.

– Som sykepleier er det helt nødvendig at du kan kommunisere godt med pasienter, pårørende og kollegaer, sier Røe Isaksen.

KRAV OM 35 SKOLEPOENG

Regjeringen foreslår også å sette krav om at sykepleierstudentene må ha minimum 35 skolepoeng. Antall skolepoeng er karaktersnittet fra videregående skole multiplisert med ti, pluss eventuelle tilleggspoeng.

Kunnskapsministeren tror ikke skjerping av opptakskravene vil svekke rekrutteringen av nye sykepleiere i stor grad.

– Det var mange som søkte sykepleierutdanningen i 2016. Lære-

«Dette handler om kvalitet og pasientsikkerhet.»

Eli Gunhild By,
NSF-leder

stedene ville derfor i hovedsak ha fylt opp studieplassene med krav om karakteren tre i matematikk fra videregående. Om vi også innfører krav om norskarakter og 35 skolepoeng, kan det bli mer krevende å fylle alle studieplassene. Men jeg tror det vil gå seg til i takt med at søkerne får omstilt seg, sier Røe Isaksen.

SENDT UT PÅ HØRING

Regjeringen har nå sendt ut et forslag om de tre alternativene for skjerpete karakterkrav til sykepleierutdanningen på høring. Det nye karakterkravet er foreslått å gjelde fra studieåret 2018/2019. Regjeringen ønsker nå å få innspill til forslagene før den konkluderer. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

30 år i samme bedrift



stolthet og tradisjon går aldri av moten

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

Kreftsmarter.no

Nytt nettsted om lindring av kreftsmarter
Beregnet for pasienter og pårørende.

DINE KREFTSMERTER

Sliter du eller noen du er glad i med kreftsmarter?
På kreftsmarter.no kan du finne spørsmål og svar
skrevet av helsepersonell med lang erfaring innen
smertebehandling.

God informasjon kan gi større trygghet.

Informasjonen på kreftsmarter.no er i overensstemmelse med, og har link til,
retningslinjer fra «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen».


NO/INS/0816/0002/11964

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@raphaug

Å transportere en dårlig respiratorpasient er vel så ekstrem sport som man får det - men idag har jeg vertfall vært på intensivtransportkurs og lært hvordan man gjør det i teorien.



@lean_mean_nursing_machine

Making sure kids leave the urgent care department happy. Making balloon animals is one of my hidden nursing skills :)



@saarsand

Er så stolt og glad over å være trainee sykepleier på operasjon spesielt da jeg får være med og assistere på en hudtransplantasjon.



@camillaskoland

Mens vi venter ...



@intensivsykepleie

Intensivsykepleier besøker anestesi - og operasjonssykepleiere. Høy kompetanse!



@intensivsykepleie

Steril oppdekking av operasjonssykepleier.



@edoonna

Min nye hverdag.



@irenehoelmo

Godt mot, og 45 timer jobb igjen av uka.



@stianjulian

Saving your sorry ass.



Med daglige snutter på Snapchat når helsesøster Tale Maria Krohn Engvik ungdom i hele landet.

Helsesøsteren som snapper med ungdommen

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Du er blitt berømt som Snap-helsesøsteren?

– Etter at jeg var på Dagsrevyen en fredagskveld i februar, gikk jeg fra å være helsesøster på fire skoler til å bli hele Norges helsesista.

Helsesista?

– Jeg heter det på Snapchat. «Sista» er slang for søster. Alle kan legge meg til og følge meg. I januar hadde jeg et par hundre følgere. Nå ser 12 500 story-en hver dag.

Hvem er de?

– Unge, unge voksne, foreldre og andre helsesøstre. Organisasjonsfolk, politikere. Humor fenger mange.

Hva vil du formidle?

– Alt som angår ungdom. Psykisk helse og seksualitet. Hvordan vi er med hverandre. Ensomhet. Tabubelagte ting.

Som?

– Er det farlig å runke, spurte en. Da anonymiserte jeg ham og laget en story om det. Jeg bruker ord som de bruker.

Du er 37 og snakker som en ungdom?

– Ja, jeg kan tilpasse meg. Det er en bra egenskap for helsesøstre. Jeg kan sitte med beina i vinduskarmen og skravle med de unge, og så være tydelig i møter. Jeg prøver å tilpasse meg dem, det skal ikke være omvendt.

Hvorfor?

– De har ofte vært i konflikt med flere. Det skal de ikke være med meg. Det handler om kommunikasjon: Hva kan jeg gjøre annerledes så de ønsker å komme til meg.

Hva gjør du?

– Jeg kan gi råd til en som er ensom: «Kanskje du skjuler deg under hetten. Prøv å smile til noen, si hei.» Så får jeg høre: «Jeg smilte, det hjalp.» Jeg vil spre glede og vise at det går an å være litt crazy. Det går an å skape glede selv om du er deprimerert eller har kjærlighets sorg. Jeg prøver å lære dem å se små ting. Jeg kaller det «happy moments».

Du liker å leke?

– Ja, og å utfordre meg selv. Å gå alene på gaten



Fakta

Aktuell som

Helsesøster som bruker sosiale medier i jobben

Alder: 37 år

Bakgrunn: Helsesøster Tale Maria Krohn Engvik har vært på NRK Dagsrevyen, God morgen Norge i TV 2 og iflere nettaviser. Fordi hun bruker Snapchat i jobben som helsesøster. Hun jobber på fire videregående skole i bydel Nordre Aker i Oslo. Hun bruker ord som ståpikk og klamma, og viser snapper med gode råd og «happy moments» i et bankende kjøp på filmsnuttene som varer i noen sekunder.

og filme meg selv er ubehagelig, men jeg trener på det. Det forteller jeg på snappen.

Får du kred fra arbeidsgiver?

– Ja, jeg får støtte. Bydelsdirektøren er opptatt av innovasjon og å møte brukernes behov.

Før var du sykepleier på barneavdeling?

– Ja, på Ullevål. Jeg har alltid ønsket å være kreativ i jobben, det får jeg utløp for nå. Og jeg kommer inn på ungdom. De forteller om de innerste ting.

Fordi du sier «ståpikk» og «runke»?

– Snakker du om erigert penis, føler jeg det ikke angår meg, sa en gutt til meg.

Er dette noe for alle helsesøstre?

– Jeg ønsker å skape revolusjon. Ikke at andre må kopiere meg, – det er viktig å være seg selv.

Tar helsesøstre kontakt?

– Ja, de blir inspirert. Utdanningen, helseetaten, politikere – mange kontakter meg om dagen. De vil lære om hva jeg gjør.

Hvordan er du blitt sånn?

– Jeg har gått på Steinerskolen, da. Fått utvikle meg utafør boksen og følge egne veier. Jeg liker å skille meg ut.

På sykehuset også?

– Som sykepleier gikk jeg alltid med farge-sprakende sokker, med ulik farge på hver sokk. Barna så det. Jeg liker å overraske litt. ●

marit.fonn@sykepleien.no



De som oppsøker alternativ behandling, bruker stadig mer penger på det. Nå vil Forbrukerombudet granske bransjen.

Milliarder til alternativ behandling

• Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

I 2017 skal Forbrukerombudet se nærmere på hvordan alternative behandlingsformer blir markedsført.

Ombudet planlegger nå såkalte tilsynsaksjoner for å finne aktører som lover mer enn de har grunnlag for.

– Vi vil særlig se etter påstander om at alternativ behandling har effekt på alvorlige sykdommer og lidelser, sier forbrukerombud Elisabeth Lier Haugseth.

«EVIGHETSMASKINEN»

I de senere årene har Forbrukerombudet behandlet flere saker med påstander om at forskjellige former for alternativ behandling kan kurere alvorlige sykdommer, som for eksempel kreft.

– En aktør hevdet for eksempel å kunne kurere kreft ved hjelp av såkalt plasmateknologi. Det viste seg at dette ble presentert som en «evighetsmaskin som bruker en balanse av gravitasjon og magnetisme», sier hun.

Etter at ombudet tok tak i saken, bekreftet det aktuelle firmaet at de ville slutte med lovstridige påstander om virkning i markedsføringen.

Regelverket for markedsføring av alternativ behandling er tydelig når det gjelder slike påstander:

Ifølge forskriften om markedsføring av alternativ behandling av

sykdom skal det kun gis en nøktern og saklig beskrivelse av virksomheten og det skal ikke hevdes at behandlingsformer har virkning mot konkrete sykdommer eller lidelser.

– Nordmenn bruker veldig mye penger på alternativ behandling av forskjellige lidelser, dette er en stor økonomi som det er viktig å føre tilsyn med, sier hun.

TIDLIGERE AKSJONER

I 2014 hadde Forbrukerombudet og Statens helsetilsyn en kontrollaksjon mot 250 tilbydere av alternativ behandling. Den gang så de spesielt på akupunktur og healing.

Kontrollaksjonen avdekket påstander om effekt ved sykdommer som allergi og migrene, men også alvorlige sykdommer som ME, revmatisme, hiv og kreft.

– Vi prioriterte å gå videre med de alvorligste forholdene, og tok

opp sak med 20 av de kontrollerte virksomhetene, sier Lier Haugseth.

Hun presiserer at det ikke er ulovlig å tilby alternativ behandling, og at mange kan ha gode grunner til å oppsøke slik behandling.

– Men det er altså ikke lov til å hevde at pasienten blir kurert av behandlingen, sier hun.

FÆRRE BRUKER MER PENGER

Massasje, akupunktur og naprapati er oftest brukt ved besøk hos alternativ behandler utenfor helsevesenet.

Det viser en forsk rapport som er utarbeidet av forskningsdirektør Vinjar Fønnebo ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) ved Universitetet i Tromsø.

Rapporten bygger på en MMI-undersøkelse om nordmenns bruk av alternativ behandling, utført på oppdrag fra Nafkam. 1001 personer over 15 år deltok i telefonundersøkelsen. Tilsvarende undersøkelser er gjort i 2014 og 2012.

Ifølge rapporten brukte hver innbygger i snitt 708 kroner det siste året på å gå til alternativ behandler. Overført på hele befolkningen ble det brukt 3 milliarder kroner på alternative behandlere i fjor. Om man inkluderer kategoriene «urter og naturmidler» og «selvhjelpsteknikker», er det ifølge Fønnebo oppgitt at det er brukt i underkant av

Fakta ●●●●

Markedsføring

Fra forskriften:

En som tilbyr alternativ behandling, kan i sin markedsføring ikke benytte påstander om at en behandlingsform har virkning mot konkrete sykdommer eller lidelser eller på andre måter utforme markedsføringen slik at den gir dette inntrykk.

Kilde: Lovdata

Alternativ behandling:

Helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helse- og omsorgstjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Kilde: Lovdata: Lov om alternativ behandling

«Vi vil særlig se etter påstander om at alternativ behandling har effekt på alvorlige sykdommer.»

Elisabeth Lier Haugseth, forbrukerombud

4,2 milliarder kroner på dette. I 2014 var denne summen 3,9 milliarder kroner.

Han viser til at det samtidig er færre som har oppsøkt alternativ behandling, brukt urter og naturmidler og selvhjelpsteknikker, fra 40 prosent til 36 prosent.

– Det er altså en lavere andel som oppsøker og bruker alternativ behandling, men de som gjør det bruker mer penger, sier forskningsleder Vinjar Fønne ved Nafkam.

MEST MASSASJE

I undersøkelsen er det spurt om bruk av alternativ behandling, urter og naturmidler og bruk av selvhjelpsteknikker. I tillegg er det spurt om bruk av kosttilskudd.

I kategorien «Å gå til alternativ behandling» kunne de som svarte at de hadde oppsøkt alternativ behandling, velge blant de ni mest brukte behandlingsformene: Akupunktur, homøopati, soneterapi, healing, kinesologi, massasje, naprapati, osteopati, kopping samt «annet».

Ifølge Nafkam hadde rundt en av fire voksne nordmenn (24 prosent) oppsøkt alternativ behandling i 2016. Av disse hadde 76 prosent oppsøkt alternativ behandling utenfor helsevesenet.

16 prosent hadde mottatt alternativ behandling fra helsepersonell innenfor helsevesenet, mens 8 prosent hadde mottatt alternativ behandling både innenfor og utenfor helsevesenet.

URTER, SELVHJELPSTEKNIKKER OG KOSTTILSKUDD

11 prosent av de spurte i undersøkelsen oppga at de hadde brukt urter/naturmidler som egenbehandling. 15 prosent hadde brukt selvhjelpsteknikker som egenbehandling. Selvhjelpsteknikker ble definert som meditasjon, yoga, qi gong eller thai chi som ledd i egenbehandling, som teknikker man hadde tatt initiativ til selv, uten henvisning fra lege eller alternativ behandler.

66 prosent oppgir at de har brukt kosttilskudd.

I rapporten pekes det på at

oppsett bruk av kosttilskudd er høy, men at det er grunn til å tro at det hovedsakelig dreier seg om kosttilskudd som er brukt som et forebyggende eller styrkende tiltak, ikke som et «målrettet kurerende tiltak mot konkret sykdom». Kosttilskuddene er for eksempel tran, mineraler og vitaminer, brukt uten henvisning fra lege eller alternativ behandler.

I rapporten kommer det frem at 4 til 5 prosent mener bruken av alternativ behandling førte til en forverring av helsetilstanden. I rapporten heter det:

– Omregnet til antall personer i befolkningen 15 år eller eldre, representerer det vel 60.000 individer. Etter vårt syn tilsier dette at pasientsikkerhet fortsatt må tas høyst på alvor også innen dette feltet, sier Fønne.

Mellom 50 og 60 prosent rapporterte forbedring av helsesituasjonen etter bruk av alternativ behandling.

MER «FYSISK» BEHANDLING

– Bruken ser etter hvert ut til å konsentrere seg mer om «fysiske» behandlingsformer enn healing, kinesologi og liknende, sier informasjonssjef Ola Lillenes i Nafkam og Nifab (Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling).

Med fysiske behandlingsformer mener han for eksempel massasje, naprapati, soneterapi og akupunktur.

– For å si det litt enkelt: Det dreier seg om terapiformer der du oppsøker en terapeut som på ulike måter tar på deg. Vi vet jo at utbredelsen av smerter, muskel- og skjelettplager er høy, samt at dette er vanlige plager disse pasientene oppsøker alternativ behandling med, sier han.

Nafkam kjenner til cirka 200 ulike alternative behandlinger på det norske markedet.

– Grovt sagt er forskningsstatus at de mangler solid vitenskapelig støtte – både fordi mange ikke er forsket på enda, og at forskningen som er gjort viser liten eller ubetydelig effekt, eller at det trengs mer og bedre



ALTERNATIVT: 3 milliarder kroner betalte nordmenn til alternative behandlere i fjor, ifølge ny rapport. Illustrasjonsfoto: Colourbox

forskning før man kan si noe ene eller andre veien, sier Lillenes.

SYKEPLEIERE SPØR

– Får dere mange henvendelser fra sykepleiere?

– Ja, en stor andel er helsepersonell, hvorav mange er sykepleiere, sier han.

«Vårt inntrykk er at det alternative behandlingsfeltet er todelt.» Ola Lillenes

– Hva går disse henvendelsene på?

– Ofte er det spørsmål om egenbehandlingsprodukter som urter eller kosttilskudd, som pasienten bruker

eller vurderer å bruke. Det de ofte lurer på, er om det kan skape interaksjoner med medisin, eller gi bivirkninger når det brukes alene. Det er et vidt spekter av pasienter, fra kreftpasienter til eldre og demente.

– Vårt inntrykk er at det alternative behandlingsfeltet er todelt, sier Lillenes.

– På den ene siden er det behandlere som vil opptre profesjonelt, organiserer seg og ønsker å jobbe i tråd med lovverket. På den andre siden har vi de uorganiserte, som ofte er de som dukker opp i media og myndighetenes søkelys. Ut fra disse sakene virker det som at disse tror at lovverket på dette feltet ikke gjelder for dem, siden de verken er organisert i forbund eller registrert i Brønnøysundregistrene, sier han. ● aknbh@sykepleien.no

Neste side: Vanskelig å få pasientskadeerstatning.



Punkterte lunge, fikk erstatning

FOR DYPT: Norsk pasientskadeerstatning har hatt svært få saker hvor det er innvilget erstatning etter alternativ behandling.

Dersom det skjer feil i forbindelse med en alternativ behandling utenfor helsevesenet, utført av personer uten helsepersonellutdanning, har ikke pasienten krav på pasientskadeerstatning, sier kommunikasjonsrådgiver ved Norsk pasientskadeerstatning (NPE), Sahra Karlsen.

Men det er en glippe som likevel kan åpne for erstatning:

– Pasientskadeloven kan omfatte alternativ behandling dersom den blir gjort som en del av ordinær helsetjeneste, ifølge Karlsen.

MEST ALTERNATIV?

For eksempel kan en lege som utfører akupunktur som en integrert del av sin ordinære behandling, være omfattet av ordningen.

– Men dersom denne legen utelukkende eller i hovedsak gir alternativ behandling, omfattes dette vanligvis ikke av ordningen, sier Karlsen.

– Der kompetansen som

autorisert helsepersonell i liten grad benyttes i den alternative behandlingen, og der behandlingen markedsføres som alternativ, er det liten sjanse for å få pasientskadeerstatning, selv om det er en lege eller annet helsepersonell som utfører behandlingen. Om man er i tvil om man er omfattet, kan man be om å få en konkret vurdering fra NPE, sier hun.

AKUPUNKTURNÅL PUNKTERTE LUNGE

NPE opplyser at de har hatt svært få saker hvor det er innvilget

erstatning etter alternativ behandling, men viser til ett eksempel hvor en kvinne endte med å få erstatning:

Kvinnen oppsøkte fysioterapeut på grunn av smerter i skulderen. Der fikk hun nålbehandling i muskler på begge sider av skulderen. Dagen etter dro hun til legevakten på grunn av tung pust. Der ble det konstatert at den høyre lungen var punktert etter nålbehandlingen. Kvinnen fikk medhold og rett til pasientskadeerstatning. ●

aknbh@sykepleien.no



NÅR ET SÅR ER INFISERT,
ER DET FOR SENT Å FOREBYGGE

Det er da det
virkelig
begynner
å koste.



SORBACT® INFEKSJONSFOREBYGGENDE^{1,2} BANDASJE ALLEREDE FRA STARTEN

Et infisert sår kan føre til forsinket tilheling med lengere behandlingstid og kostnader, samt tid borte fra jobb og familie. Sorbact® kan brukes for å forebygge sårinfeksjoner ved naturlig å redusere den mikrobielle belastningen i sår. Gjennom den unike Sorbact®-teknologien bindes bakterier og sopp irreversibelt til kontaktflaten og fjernes når bandasjen byttes. Sorbact® er også godt egnet til behandling av allerede infiserte og vanskelig tilhelende sår.³

Les mer om våre forskjellige Sorbact®-bandasjer, deriblant den nye Sorbact® Superabsorbent for kraftig til svært kraftig væskende sår på abigo.no.

NYHET!



SORBACT®
SUPERABSORBENT

Referanser: 1. Skinner R, Hampton S. The diabetic foot: managing infection using Cutimed Sorbact dressings. Br J Nurs. 2010 Jun 10;23(19):11530-5. 2. Data on file. 3. Von Hallern B. Treatment of over 1500 critically contaminated and infected wounds by using hydrophobic dressings thus reducing the use of systemic antibiotics and antiseptics. EWMA 2007;P 108.



ABIGO Medical AS · Eidsbergveien 43 · 1811 ASKIM · Tel: 911 36 332 · abigo.no



Nok en sykepleier får prestisjestipend

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

MULIGHETER: For andre år på rad har en norsk sykepleier blitt tildelt det prestisjetunge, amerikanske Harkness-stipendet.

– Jeg er kjempeglad! Dette gir Universitetet i Stavanger og meg et hav av muligheter for å forskne, innlede spennende samarbeid og bli inspirert.

Det sier professor Marianne Storm ved nevnte universitet, som nylig ble tildelt Harkness Fellowship in Health Care and Practice.

Dette regnes som et av verdens mest prestisjetunge

stipendprogrammer innen helse, og mottakerne er unge forskere fra Norge, Australia, Canada, Tyskland, Nederland, New Zealand, Sveits og Storbritannia.

Kun én nordmann får stipendet

«Det er helt fantastisk og nesten mot alle odds.»

Marianne Storm

hvert år, og Storm er den andre norske sykepleieren på rad, etter at Birgitte Graverholt ble Harkness Fellow i fjor.

– Det er helt fantastisk og nesten mot alle odds, sier Storm.

– Jeg synes det er flott med to vestlandsdamer, på rad. Det er en anerkjennelse av forskningsmiljø og kompetanse.

Stipendet, som finansieres gjennom The Commonwealth's Fund, gir mottakerne ett års opphold, med familie, i USA. I USA vil Storm få oppfølging fra en personlig

mentor og mulighet for internasjonal nettverksbygging og deltakelse på viktige konferanser.

Storm har doktorgrad i ledelse fra Universitetet i Stavanger og en cand. san.-grad i helsefag med fordypning i helsefremming/helsepsykologi fra Universitet i Bergen, samt mellomfag i psykologi og en bachelor i sykepleie.

Hun har nå skissert et prosjekt som skal undersøke kvalitet i helse-tjenesten for personer med psykiske lidelser som overføres mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. •

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels™**



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjermmer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no



THE
DOCTOR
RECOMMENDS®



XWEAR.NO

Ofev

Boehringer Ingelheim
Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer.
ATC-nr.: L01X E31

KAPSLER, myke 100 mg og 150 mg: Hver kapsel inneholder: Nintedanib (som esilat) 100 mg, resp. 150 mg, soyalecitin, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult, rødt og sort jernoksid (E 172).¹

Indikasjoner: Behandling av idiopatisk lungefibrose (IPF) hos voksne.

Dosering: Behandling skal initieres av lege med erfaring innen diagnoser og behandling av IPF.

Voksne: Anbefalt dose 150 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Anbefalt daglig dose må ikke overskrides. Bivirkninger håndteres ved symptomatisk behandling, dosereduksjon og midlertidig behandlingsavbrudd, inntil aktuell bivirkning tillater fortsatt behandling. Behandling kan gjenopptas med full eller redusert dose på 100 mg 2 ganger daglig. Dersom redusert dose ikke tolereres, bør behandlingen seponeres. Ved avbrudd pga. økt ASAT/ALAT >3 øvre normalnivå, kan behandlingen gjenopptas med redusert dose (100 mg 2 ganger daglig) når transaminaseverdiene har returnert til utgangsnivået. Denne dosen kan etter hvert økes til full dose. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Nedsatt leverfunksjon: Anbefalt dose ved lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A) er 100 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Behandlingsavbrudd eller seponering bør vurderes for håndtering av bivirkninger. Anbefales ikke ved moderat og alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B og C). **Nedsatt nyrefunksjon:** Justering av startdosen er unødvendig ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ingen data ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} <30 ml/minutt). **Barn og ungdom:** Ingen data. **Eldre:** Ingen justering av innledende dose kreves.

Administrering: Bør tas til samme tid hver dag. Skal tas med mat, dvs. under eller straks før eller etter et måltid. Skal svelges hele med vann. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.

Forsiktighetsregler: **Gastrointestinale sykdommer:** Første tegn på diaré bør behandles med hydrering og anti-diarrøika, som loperamid. Støttebehandling med antiemetika bør gis ved kvalme og oppkast. Behandlingsavbrudd eller dosereduksjon kan være nødvendig. Behandlingen kan gjenopptas med redusert eller full dose. Ved vedvarende, alvorlige symptomer bør behandlingen seponeres. **Lever:** Transaminase- og bilirubin-

nivåer skal måles før behandlingsoppstart og overvåkes under behandling. Behandlingsavbrudd, dosereduksjon eller seponering kan være nødvendig ved økte leverenzymnivåer. Behandlingen skal seponeres permanent ved kliniske tegn eller symptomer på leverskade. **Blødning:** VEGFR-hemming kan være assosiert med økt blødningsrisiko. Pasienter med kjent risiko for blødning, inkl. koronarsykdom. Behandlingsavbrudd bør vurderes ved tegn eller symptomer på akutt myokardiskemi. **Gastrointestinal perforasjon:** Kan gi økt risiko for gastrointestinal perforasjon, og behandling bør seponeres permanent ved en slik utvikling. **Hypertensjon:** Kan øke blodtrykket. Blodtrykk skal måles jevnlig og som klinisk indisert. **Sårtilheling:** Kan svekke sårtilheling. Ved perioperativt avbrudd kan behandling gjenopptas etter klinisk vurdering av adekvat sårtilheling. **Soya:** Inneholder soya. Peanøttallergikere kan ha økt risiko for alvorlige allergiske reaksjoner på soyapreparater.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Nintedanib er et P-gp-substrat. Samtidig bruk av potente P-gp-hemmere kan øke nintedanibeksponeeringen. Pasienten bør overvåkes nøye, og behandling av bivirkninger kan kreve avbrudd, dosereduksjon eller seponering av nintedanib. Potente P-gp-induktører kan redusere nintedanibeksponeeringen. Valg av alternativt legemiddel med ingen eller minimale P-gp-induserende egenskaper, bør overveies.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Kan gi fosterskade. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet. Data fra gravide mangler. Graviditetstest bør utføres før behandling. Skal ikke brukes under graviditet. Hensiktsmessig prevensjon bør brukes under behandling og i minst 3 måneder etter siste dose. Barriereprevensjon bør brukes som tilleggsprevensjon. **Amming:** Små mengder utskilles i melk hos rotter. Risiko for diende spedbarn kan ikke utelukkes, og amming skal frarådes. **Fertilitet:** Ingen tegn på nedsatt mannlig fertilitet basert på prekliniske data. Ingen data for effekt på kvinnelig fertilitet.

Bivirkninger: Bivirkninger: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, abdominalsmerter. Lever/galle: Økte leverenzymmer. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Blødning. Lever/galle: Økt ALAT, ASAT og GGt. Stoffskifte/ernæ-

ring: Vekttap, nedsatt appetitt. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hjerne/kar: Hypertensjon. Lever/galle: Hyperbilirubinemi, økt ALP. Ukjent frekvens: Lever/galle: Legemiddelindusert leverskade.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Økte leverenzymmer og gastrointestinale symptomer. **Behandling:** Behandling bør avbrytes, og støttebehandling igangsettes ved behov. Se Giftinformasjonens anbefalinger for proteinkinasehemmere L01X E side c.

Egenskaper: **Virkningsmekanisme:** Hemmer aktivering av FGFR- og PDGFR-nedstrømsignaler som er særlig involvert i proliferasjon, migrasjon og differensiering av lungefibroblaster/myofibroblaster. **Absorpsjon:** T_{max} ca. 2-4 timer under ikke-fastende forhold. Steady state nås senest 1 uke etter doseringsstart. Systemisk eksponering øker med ca. 20% når gitt samtidig med mat, sammenlignet med faste. **Proteinbinding:** Ca. 98% in vitro, i stor grad til serumalbumin. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2} ca. 10-15 timer. **Metabolisme:** Primært ved hydrolytisk esterasespaltning, deretter glukuronidering vha. UGT-enzymmer. **Utskillelse:** Hovedsakelig via feces/galle (93,4%). Fullstendig utskilt etter 4 dager.

Sist endret: 19.01.2017
(priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)
Basert på SPC godkjent av SLV: 02.09.2016
Ofev, KAPSLER, myke:

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon ¹ Byttegruppe	Pris (kr) ²	R.gr. ³
100 mg	60 stk. (blister) 197927	-	14125,00	C
150 mg	60 stk. (blister) 484271	-	28206,90	C

- Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell størrelse, se HELFO.
- Pakninger som selges uten resept er angitt med stjerne * i kolonnen Pris. Det er fri prisfastsettelse for pakninger som selges uten resept, og maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.
- Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

OFEV® (NINTEDANIB) ER INDISERT HOS VOKSNE TIL BEHANDLING AV IDIOPATISK LUNGEFIBROSE (IPF).¹

Hvis du ønsker ytterligere opplysninger om OFEV® gå til ofev.no

TEGN OG SYMPTOMER PÅ IPF:

BLI MISTENKSOM

Pasienter med IPF kan ha uspesifikke symptomer^{2,3}



Uforklart, kronisk belastningsdypné



Tørrhoste

GJØR EN UNDERSØKELSE

En fysisk undersøkelse og innledende prøver kan gi kliniske indikasjoner som bidrar til å diagnostisere IPF^{3,4}



Knatrelyder basalt i lungene ved auskultasjon



Restriktivt respirasjonsmønster ved lungefunksjonstester



Urglassnegler

SETT DIAGNOSE

En utredning hos lungespesialist er nødvendig for diagnostisering av IPF. Utelukkelse av andre kjente årsaker til en interstitial lungesykdom (ILD) er nødvendig⁴



En detaljert anamnese kan bidra til å utelukke ILD-er med kjent årsak.



Et mønster for vanlig interstitiell pneumoni (UIP), som kan karakteriseres av bikakemønster på HRCT, er påkrevd for diagnose.



Funn av UIP-endringer på lungebiopsi kan være nødvendig for diagnose hvis HRCT-resultatene er uklare.

Referanser: 1. OFEV® Preparatomtale (SPC , pkt 4.2). Oppdatert 09.01.2017. 2. Lamas DJ, Kawut SM, Bagiella E, et al. Delayed access and survival in idiopathic pulmonary fibrosis: a cohort study. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184(7):842-847. 3. Kekevan, A., M.E. Gershwin, and C. Chang. Diagnosis and classification of idiopathic pulmonary fibrosis. Autoimmun Rev. 2014. 13(4-5): p. 508-12. 4. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al; on behalf of the ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183(6):788-824.

Tema.
Selvskading.

– Jeg ble ekspert i
å skjule sårene. **28**

– Det går ikke over
av seg selv. **32**

– Jeg skammet meg hver eneste gang,
forteller sykepleierstudent Oddveig Andersen.

• Tekst og foto **Marit Fonn**

FRYKTLØS: – Jeg har gjennomgått så mye at jeg ikke lenger er redd de utfordringene jeg møter, sier Oddveig Andersen.

A close-up photograph of a person's arm, showing a tattoo in a cursive script that reads "careless". The tattoo is dark and well-defined against the skin. The background is dark and out of focus.

careless

Skadet seg for
å lette på trykket



Oddveig Andersen har opplevd både livreddende og ekstremt dårlig sykepleie.

– Jeg ble ekspert i å skjule sårene

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Første gang var med blyantspissere. Hun skrudde den opp. Pillet ut det lille bladet. Snittet i huden på armen. Små overflaterisp. Hun var så vidt tenåring.

Hvordan finner et barn ut at det skal skade seg selv? Oddveig Andersen vet det fortsatt ikke.

– Alle spør sånn: «Foreldrene dine da? Stoppet de deg ikke?» Jeg har verdens beste foreldre. De kunne ikke ha hindret det. Jeg ble ekspert på å skjule det. Jeg tror det er vanlig.

– *Fungerte kuttingen?*

– Det lindret vonde tanker. Jeg kunne ikke uttrykke følelser.

VISSTE DET VAR FEIL

Nå er Oddveig 30 år og sykepleierstudent på andre året. Hjemme i leiligheten i Haugesund har hun fyrt opp i peisen. Ute stormer og regner det.

Hun har allerede fortalt sin historie til kullet sitt.

– Jeg kunne ikke ha gjort det i første semester. Jeg var redd de ville ta avstand fra meg før de kjente meg, psykiatri er jo forbundet med mye tabu. Men det bør være like greit å fortelle at man har vært innlagt i psykiatrien som at man har vært på sykehus fordi man har brukket noe.

Oddveig Andersen skjuler ikke arrene sine. Hun går gjerne med kortermet T-skjorte på sommerstid.

Medstudentene hadde mange spørsmål.

– *Hva lurte de på?*

– Hvorfor jeg skadet meg mens jeg var i behandling, selv om jeg visste at det var feil. Jeg sa det var min måte å mestre følelser på. En overlevelsesstrategi. Fortalte at jeg skammet meg etterpå, følte meg mislykket.

– De spurte om jeg alltid skammet meg. Eller om jeg gjorde det på trass; «haha, jeg klarte det, selv om jeg er innlagt». For min del føltes det utelukkende som et nederlag: Jeg greide ikke å takle det normalt denne gangen heller.

TANKEKJØR OG ANGST

Det var harmløst til å begynne med.

– *Du skadet deg bare lite grann?*

– Ja.

Hun har fortsatt lett for å si: «Det går fint.»

– Men da jeg var yngre, holdt jeg alltid alt inni meg. Og jeg hadde høye krav til meg selv.

På videregående var det lite selvskading. Men på folkehøyskole ble det noen nye sår. «Ka e det der på armen din?» sa en medelev. «Å, herregud, er du en av de, du.»

– Det var første gang jeg ble møtt dømmende.

Hun begynte på lærerstudiet på Stord. Det ble feil:

«Ka e det der på armen din?»

Medelev

Fakta

Til sykepleiere fra Oddveig:

- Ikke jobb på legevakt hvis du ikke klarer å stoppe legen som syr uten å bedøve.
- Ikke vær i psykiatrien hvis du ikke orker å stå i det.
- Ikke velg sykepleien fordi oljen går dårlig.
- Stå fjellstøtt med pasienten.

– Jeg mestret det ikke. Jeg likte jo verken matte eller religion. Skulle jeg stå der uengasjert foran klassen?

Nå tok selvskadingen seg virkelig opp.

– *Med blyantspiss?*

– Jeg brukte kniv. Kjøpte en tapetkniv og tok ut bladet.

Hun sov lite, hadde tankekjør. Hun isolerte seg. Hadde angst, men klarte ikke sette ord på det. Hun holdt ut første skoleåret, men tok ikke alle eksamenene. Framtidsplanene gikk i vasken. «Alt er ødelagt. Hva blir det av livet mitt nå?» kvernet det.

Hun så seg selv stå nede i en hule. Oppe i dagslyset var det folk som prøvde å få henne opp. De klarte det ikke. Hun hadde noen korte innleggelseser.

SYDDE UTEN BEDØVELSE

– Jeg kjente ikke den fysiske smerten da jeg skar. Det var deilig fordi det lettet trykket inni.

Hun ble en kjenning på legevakten. Det var nedtur hver gang å ta den telefonen: «Det er meg, jeg må sys. Har kuttet meg. Hvordan? Har gjort det sjøl.»

Noen besøk var verre enn andre: Sykepleieren i skranken var hyggelig. Men innenfor tok en lege og en ukjent sykepleier imot. Legen begynte å sy.

«Skal du ikke bedøve?» spurte Oddveig.

«Nei, for du vil jo ha det vondt.»

«Jeg tror jeg besvimer.»

«Bra, for da kan jeg bli fort ferdig.»

Sykepleieren sa ingenting. I ettertid er det henne Oddveig reagerer mest på.

– Du har makt som helsepersonell. Du skal ikke utsette noen for skade, men være der for pasientene.

I nesten et år var hun innlagt på distriktpspsykiatrisk senter. Hun skjønnte ikke hva hun hadde der å gjøre. Da hun ble utskrevet, ble det verre.

– Jeg måtte sy masse.

SMUGLET KNIVBLAD INN PÅ SYKEHUSET

Valen sykehus ble et alternativ. Hun vegret seg, sykehuset hadde et rykte: «Det er hull i gjerdet på Valen», sa folk når noen oppførte seg annerledes. Skulle hun dit?

På et tidspunkt var hun klar.

– Så det ble frivillig innleggelse. Men egentlig frivillig tvang, jeg kunne ikke så mye om de der paragrafene.

Hun ble på akuttposten i ni måneder.

– Der knyttet jeg meg til personalet. Endelig var det trygt, selv om det var gjennomstrøm av pasienter.

Hun fikk medisiner, noen til hjelp, noen ikke. Epilepsimedisinen gjorde at Oddveig ikke var Oddveig.

– Jeg fikk dem fordi jeg hadde veldig dårlig impuls kontroll.

– Skadet du andre?

– Nei, nei. Jeg sa ting før jeg tenkte. Rett ut. Det gjør jeg egentlig fortsatt. Andre oppfatter meg forferdelig direkte.

Hun fortsatte å skade seg selv om hun var innlagt.

– Jeg var kreativ av en annen verden. Det verste som kunne skje var å miste muligheten til å skade meg. Jeg så ikke hvordan jeg skulle leve med det.

På permisjon delte hun tapetknivbladet i to, puttet den ene delen i en sigarettpakke. Ingen sjekket 20-pakningen. Eller hun teipet knivbladet på kroppen.

– De gikk gjennom tingene mine, men jeg var alene da jeg måtte skifte klær.

På tur plukket hun opp et glassskår når personalet ikke så det. Hun



INTEGRERT: Tatoveringen er av mormor, som døde før Oddveig ble født. De to har samme navn. – Arrene er en del av meg, sier hun.



SER FRAM: Oddveig Andersen traff sykepleiere som aldri ga opp. – Jeg er dem evig takknemlig, sier hun. Nå skal hun selv bli sykepleier.

➔ skrudde ut lyspæren i lampen på rommet. Etter hvert fikk hun ikke ha pære i lampen lenger.

SØKTE IKKE SMERTE

– Var skadingen en avhengighet?

– Ikke som en vanedannende avhengighet. Ikke lengtet jeg etter smerte. Det ga ingen glede, det var kun for å lette på trykket. Jeg overlevde sånn. Det høres fælt ut når jeg snakker om det nå. I dag kan jeg ikke forstå at jeg har vært der.

En natt hun hadde skadet seg på Valen, måtte hun bli sydd på sykehuset. Da sykepleieren som var på vakt fikk vite det, sa hun: «Her får du all den hjelpen du trenger, og du skader deg likevel. Jeg er så skuffa over deg, Oddveig».

– Men jeg var jo så skuffa over meg selv. Jeg visste jo godt at det ikke skulle skje. Hun straffet meg med enda mer skyldfølelse, det ble dobbel straff. Det er ekstremt dårlig sykepleie.

Hun hadde fire primærkontakter på Valen: Tre kvinnelige sykepleiere og en mannlig helsefagarbeider.

Nå kaller hun dem unike, den gangen skjelte

hun dem ut. Ba dem dra til et visst sted. Ble provosert fordi de ikke skjønte at det var best at hun var død.

– Huff. Jeg var ikke noe hyggelig. Men de ga seg aldri.

De satte seg på gulvet sammen med henne. Var der uansett.

Helsefagarbeideren klarte å lokke ut den tverre pasienten:

«Jeg kjente ikke fysisk smerte.»

Oddveig Andersen

– Han hadde masse humør. «Kom an Oddveig, vi tar en tur ut!» Det var det siste jeg hadde lyst til. Men jeg ble med. Det ble et avbrekk. Det gjorde at jeg ikke skadet meg den dagen.

LIVREDDENDE SYKEPLEIE

En gang stakk hun av. Hun var lei av å bli kontrollert. Hun satte seg på en buss og slo av telefonen.

Etter mange timer slo hun den på. Da var kontaktsykepleieren på tråden med en gang. Litt sint, men mest bekymret.

«Herlighet», tenkte Oddveig, «det er fem timer siden hun var ferdig på vakt og hun er fortsatt på jobb fordi hun er redd for meg.»

Neste dag var Oddveig tilbake. Nå var hun sikker på at sykepleieren ville være sint. Hun hadde jo jobbet hele dagen og ikke kommet seg hjem til familien fordi Oddveig hadde rømt.

– Men så fikk jeg verdens beste klem. Hun var ikke sur, bare glad for at jeg var trygt tilbake.

Oddveig kaller det livreddende sykepleie.

– Hun brydde seg. Istedenfor å være sint, som i og for seg kunne vært fortjent, så viste hun meg kjærighet. Hun fulgte ikke bare prosedyrehåndboken. Hun viste at jeg var verdt noe, til tross for at min handling ikke var så veldig bra for progresjonen i behandlingen ...

Oddveig Andersen mener det jobber mange i psykiatrien som ikke burde være der.

– Noen pleiere forventet takknemlighet fordi de var på jobb. De ble fort hissige. Men sykepleie er å gi, så kan man heller være glad hvis noen takker

deg. Man må ville det litt ekstra for å kunne gi god pleie i psykiatrien.

– Som sykepleier, spesielt i psykiatrien, kan du påvirke. Så mye at det kan bety hele forskjellen for pasienten.

BLE PRESSET

Sakte gikk det framover på Valen sykehus. Hun stolte på psykiateren sin. Hun lærte å gjenkjenne følelser. De fire pleierne fikk henne til å tro at det kunne gå bra. Bare hun tok de små skrittene.

På Stord hadde hun sluppet unna med «jeg vet ikke». Her ble hun presset til å bli kjent meg selv. Siden hun var på frivillig tvang, kunne hun ikke bare dra. Hun måtte stå i det. De gangene alt så svart ut, ble hun fotfulgt dag og natt.

– De tok grep når jeg mistet det.

Andre pasienter kom og dro, noen var innlagt flere ganger. En dame var tre-fire dager innlagt, så ut. Det gikk en stund, så var hun tilbake. Og ut igjen.

– «Oj shit», tenkte jeg, jeg så meg selv. «Er det meg om tjue år? Nå må det snu.»

Ikke lenge etter var hun utskrevet. Gradvis ble livet lysere. Hun kunne legge planer.

Hun utdannet seg til personlig trener og tok bachelor i ernæring. Men det var skjær i sjøen. Etter en praksisperiode i Tanzania ble hun febersyk. Hun fryktet det var malaria og dro til legevakten.

– Jeg hadde ingen ferske arr på kroppen. Legen, en godt voksen mann, ville måle blodtrykket. Da sa han: «Å, du er sånn, du. Jeg ser jo hva du gjør.»

Jeg reiste meg og gikk, ble redd jeg skulle bli tvangsinnlagt. Skal dette forfølge meg, tenkte jeg.

En annen gang gikk det bedre da blodtrykket skulle måles. Klok av skade viste hun fram arrene sine.

«De bryr ikke jeg meg om», sa legen. Oddveig ble overrasket, for hun ble ikke dømt.

Men i dag er det fortsatt vanskelig å gå på legevakt. Hun foretrekker fastlegen sin.

GÅR RUNDT GRØTEN

Høsten 2015 begynte hun på sykepleierstudiet. Hun har jobbet på sykehjem siden hun var 18 år og har vakter på sykehuset. Hun syns både studenter og ansatte ofte går om grøten når de snakker til pasientene.

– Jeg tror jeg stiller spørsmål som ikke alle andre tør.

– Er det fare for at du overfører egne erfaringer på pasientene?

– Jeg forteller ikke om meg selv når jeg er på jobb.

En gang på vakt var det en pasient som spiste så lite.

– Det ble snakket voldsomt om det på personalrommet. De kunne jo spurt pasienten: «Vi ser at du spiser lite, vi er bekymret, for du trenger næring etter operasjonen, er det noe vi bør vite?»

Ingen gjorde det. Da gikk hun selv. Det viste seg at pasienten hadde bestilt pizza, hun likte ikke sykehusmaten.

KAN ØSE HVERANDRE OPP

– Noen mener selvskading kan bli en mote blant unge jenter?

– Jeg har ikke opplevd at man lærer hverandre opp. Sånn lett selvskading har jeg ikke kjennskap til. De jeg kjenner er i psykiatrien. De har samme strategi som jeg hadde, det handler om å takle følelser.

Men hun fraråder å la fire innlagte jenter som selvskader bo på samme avdeling:

– Jeg tror de kan øse hverandre opp ved å fortelle historier om hva de har gjort.

«Jeg er så skuffa over deg, Oddveig.» En sykepleier

Hun reagerer når noen sier: «Vi fikk inn igjen hun der selvskaderen.»

– Det er en person med en historie som kommer. Det verste jeg hører er «du gjorde det bare for å få oppmerksomhet».

– Hvorfor tror du mange tror det?

– Fordi selvskading er vanskelig å forstå. Vanskelig for dem som ikke har vært der. Jeg synes det selv også. Det er jo ekstremt.

Behandling kan ta sin tid:

– I somatikken forventer man ofte bedring, for eksempel etter en ortopedisk operasjon. Men i psykiatrien kommer pasientene tilbake. Og tilbake. Å bli frisk tar kanskje like lang tid som sykdomsperioden varte. Ikke tro at selvskadingen er over fordi du er i behandling, slik det også er med rus og spiseforstyrrelser.

Oddveig føler seg heldig.

– Det er ingen selvfølge at jeg er frisk. Jeg tenker på medpasientene mine: En gutt er død. Noen er fortsatt syke. Noen er rusmisbrukere. Noen går det helt fint med.

– Er du redd for tilbakefall?

– Man skal aldri si aldri, jeg har vært veldig syk. Når noe står på i dag, kan jeg tenke: Begynner jeg å bli dårlig? Men så har jeg bare en stressa periode. Og nå har jeg verktøy. Jeg kan oppsøke hjelp. Jeg har en god fastlege som jeg kan komme fort til. Og nå kan jeg kjenne om jeg er fortvilet, sint eller trist. Jeg kan sette ord på følelsene.

– Hva syns familien?

– Det er jo kjipt å ha et familiemedlem som er så syk. Du er dårlig til å ta imot hjelp når du er syk. Jeg trodde at jeg ville gjøre dem en tjeneste hvis jeg døde.

Fakta

Selvskading

- Selvskading er skade en person har påført seg med vilje, men uten intensjon om å dø.
- Det kan være kutting, brenning, overdosering, forgiftning – fra overflatiske småskader til livstruende skader.
- 18 prosent unge og 4 prosent voksne oppgir at de har skadet seg selv med vilje.
- Forekomsten er høyest blant kvinner i tenårene.
- Problemer med å mestre ubehagelige følelser, som angst og tristhet, er vanlig blant dem som selvskader.
- Kan være en effektiv mestringsmåte på kort sikt, men problematisk på lang sikt.

Kilde: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



To ganger prøvde hun.

– Jeg har alltid hatt gode venner, og familien støtter meg. Det er jeg takknemlig for. Psykisk sykdom er jo skremmende for mange.

INGEN SPØR OM ARRENE

Oddveig har blitt sydd med over tusen sting.

– Jeg har jobbet på sykehus i to år, ennå har ingen pasienter spurt meg om arrene. Men en kollega spurte hva som hadde skjedd. Da måtte jeg takke henne.

– Er det bra å spørre?

– Ja, man ser jo om det er gamle arr eller nye sår.

– Ønsker du arrene vekk?

– Nei. De er en del av meg. De har aldri vært noe av problemet. Jeg tror jeg har god evne til å sette meg inn i andres situasjon. Jeg vet hvordan det er å ha det vanskelig. Jeg ville valgt samme liv om igjen. For nå er det verdt det.

Vedkubben har brent ned. Himmelen har lysnet og stormen har stilnet. Oddveig tar på seg en solgul regnfrakk. Klar for all slags vær. ●
marit.fonn@sykepleien.no



HELVETE: Noen har selvskadet tusenvis av ganger, kanskje flere ganger om dagen. Det er et helvete for dem, forteller Lars Mehlum, som har behandlet mange.



– Det går ikke over av seg selv

SNAKK OM DET: **Altfor mange ignorerer selvskading, sier professor.**

– Hva må sykepleierne vite om selvskading?

– At det ikke er et normalt fenomen. Først og fremst er det et uttrykk for manglende evne til å regulere følelser og relasjoner konstruktivt, sier Lars Mehlum, professor og leder for Nasjonalt

senter for selvmordsforskning og -forebygging.

– Altfor mange tror selvskading vil gå over av seg selv. Derfor

«Effekten er kortvarig.»
Lars Mehlum,
professor

ignorerer de det. Noen mener det er best ikke å gi det oppmerksomhet og synes det er farlig å snakke om, for da blir skadingen verre. Dette er feil.

Selv om det å skade seg selv kan lette vonde følelser på kort sikt, fører det til alvorlige problemer på lengre sikt, påpeker han.

– De som selvskader er ofte unge. Det er veldig viktig å ta tak tidlig, i

stedet for å tro at det går over av seg selv.

MÅ SKILLE SELVSKADING OG SELVMORDSFORSØK

Det som kalles «villet egenskade» inkluderer både skader utført med ønske om å dø, og skader uten et slikt ønske.

– Dette er et viktig klinisk skille. Blander vi disse to formene

sammen, står vi i fare både for å overbehandle og underbehandle.

Hvis en som har skadet seg for å dempe vonde følelser, blir behandlet for selvmordsforsøk, kan det bli verre. Og motsatt: Behandles selvmordsforsøk som selvsykdom, risikerer man å gi mangelfull hjelp, og det kan ende med død.

Mehlum nyanserer:

– Samme person kan ha ett tilfelle av selvmordsforsøk og ett av selvsykdom. 5 prosent rapporterer at de har gjort begge deler. Dette er en risikoutsatt gruppe, som ofte også sliter med rus, depresjon og familieproblemer.

De mangler evne til å roe seg ned og trøste seg selv:

– De fleste har lært at vonde følelser oftest går over eller blir bedre om en time eller tre, eller i morgen. De som ikke har erfart dette, har ofte vansker med å holde ut de vonde følelsene.

BLIR LETT HEKTET

Personer som har problemer med å regulere følelser når de opplever sterke emosjoner, kan ha en slående effekt av å kutte seg:

– For dem som er disponert for det, er det som med stoff; lett å bli hektet. Men effekten er kortvarig. Den må vedlikeholdes, kanskje med sterkere doser. Noen har selvskadet tusenvis av ganger, kanskje flere ganger om dagen. Det er et helvete for dem. De vet at det blir verre, men klarer ikke å stoppe.

Mehlum har behandlet mange og forstår fenomenet mer og mer:

– Vi har alle ulike strategier for å roe oss. Vi vet hvor vanskelig det kan være. Ingen har bare konstruktive metoder, ikke jeg heller. Men normalt bruker vi enkle midler for å få ro. Hjemme har vi lært å telle til ti. Og å sammenlikne; det kunne vært verre. Ganske banale metoder. Men mange unge har verken lært det hjemme eller på skolen.

– De har ikke lært seg reguleringsmekanismer som å finne en aktivitet, en annen tanke, snakke med noen, sier Mehlum.

– Vonde følelser er jo en del av

livet. Å akseptere at følelser kommer og går er en regulering i seg selv. I behandling lærer vi bort grunnleggende ferdigheter i å regulere følelser. De får verktøy til å klare det som de ikke klarte før.

– MÅ MOTIVERE TIL BEHANDLING

– Personer som selvsykdom er verken hjelpeløse eller håpløse. Dette kan sykepleierne hjelpe dem til å se. Si for eksempel: «Dette høres kjipt ut, men det er håp.» Behandling er ikke bare å grave i fortiden og i følelser. I løpet av noen måneder kan man finne måter å leve på med så vonde ting. Å motivere til behandling er kjempeviktig.

Motivasjon skapes sammen med pasienten:

– Vi behandlere må lene oss fram. Si at «jeg har tro på at hvis du sier ja til behandling, så vil du få det bedre». Men si det med varme og entusiasme, man må selge behandlingen. Det er vel ikke bare de som selger uviktige ting som kan bruke salgsstrategier?

– *Hva skal du se etter? Arr på armen?*

– Ja det, og sår du ikke får forklart. Helsesøstre begynner å bli gode. Hvis en jente går med lange ermer når det er veldig varmt, og det ikke er av kulturelle grunner, så undersøk hva det handler om: «Jeg må bare spørre, for jeg begynner å lure, er det en grunn til at du kler deg sånn?» Spør heller en gang for mye. Hvis det ikke er slik du frykter, kan du si: «Ja ja, det var da enda godt.»

– *Man skal være trygg for å ta opp sånt?*

– Ja, men det kan man trene på. Stå foran speilet og øv på å bruke ord og formuleringer som gjør det lettere å snakke om kutting og sår. Så går det nok greit.

– *Mange er møtt nedlatende. Oddveig fikk høre at sykepleieren var skuffet over henne da hun skadet seg?*

– Heldigvis har dette bedret seg. Men noen har fordommer, dessverre. De føler at pasientene kaster bort tiden deres. Men å bruke sinne eller irritasjon er det dummeste du

gjør. Det har null effekt. Det er gift i en terapeutisk situasjon. Du risikerer at pasienten ikke kommer tilbake.

KAN SPREKKE

I behandling avtaler man gjerne et mål om at pasienten skal la være å skade seg. Så skjer det likevel. Ikke dømt, råder Mehlum:

– Men vær nøktern. Gi ikke masse støtte og varme uten videre, for



«Selvsykdom er absolutt smittsomt.»

Lars Mehlum, professor

da kan risikoen øke for at det skjer igjen. Se heller sammen på hva som skjedde. Legg en plan for å hindre nye skader.

– *Hvor vanlig er det å skade seg under behandling?*

– Det skjer ofte i starten, men stopper vanligvis fort. Så kan man sprekke. Da er det å ta fatt igjen. Det er som å slutte å røyke, det tar gjerne tre-fire forsøk før man klarer det.

– *Må de love å slutte?*

– Nei, men det er vanlig å inngå avtale om å arbeide hardt for det. Motivasjonen må komme både utenfra og innenfra.

– *Er selvsykdom et motefenomen?*

– Det er absolutt smittsomt. Å gå i detaljer i et fagblad er ok, men ikke på en skole. I rusforebyggende arbeid viste man i en periode fram alle rusredskaper. Det har man sluttet med.

– *Hvor får man ideen om å skade seg fra?*

– Noen kommer på det fordi noen i miljøet har gjort det. Det kan være nokså brutalt. Noen kan si: «Har du kjærlighetssorg? Har du prøvd å kutte deg, det hjelper.» En jente hadde et glasskår mens hun satt i skolegården. Hun begynte tilfeldigvis å blø, og merket effekt. Hun fortsatte, fordi det hjalp. Det er utallige varianter.

– *Er det stadig flere som selvsykdom?*

– Det vet vi ikke, men det er

ganske vanlig blant tenåringer i vår tid. Selvsykdom har mye til felles med å kaste opp eller å russe seg for å regulere følelser. Det hjelper umiddelbart. På lang sikt en dårlig idé.

Mehlum tror de unge er mer utsatt enn før.

– De blir tidligere eksponert for følelsesmessige utfordringer. Det gjelder relasjoner, kjærlighet og sex – de debuterer jo himla mye tidlig.

– De blir tidligere eksponert for følelsesmessige utfordringer. Det gjelder relasjoner, kjærlighet og sex – de debuterer jo himla mye tidlig. Familier kan gå i stykker. Ungdommer dropper ut av skolen. Verden er åpnere med sosiale medier. De unge blir eksponert for interpersonlige forhold som kan kreve mer enn hjernen og psykologien deres er utviklet for.

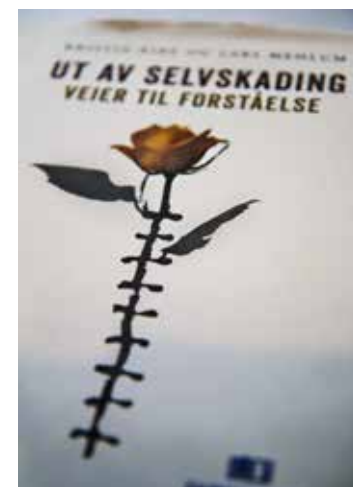
– *Kan de bli helt friske?*

– De kan bli mye bedre av behandling. Kanskje helt friske.

– *Hva med fare for tilbakefall?*

– Våre studier viser at to år etter behandlingsslutt er det veldig lite av det. Hvordan det er etter ti år, har vi ikke tall på. Men vi har planlagt en slik studie, sier Lars Mehlum. ●

marit.fonn@sykepleien.no



LES: Lars Mehlum er en av to forfattere i boken *Ut av selvsykdom. Den er anmeldt på sykepleien.no.*

RISSKOV BILFERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Inkludert
halvpensjon

Vår
bestselger!



Østlandet | Rjukan

Opplev høyfjellet

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

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

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



SPAR ^{OPP} ^{TIL} 1.171,-

Fra bare

979,-

Ank. 16/03 - 29/09-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Skjærgårdsidyll
Langesund

Halvpensjon
inkludert



Østlandet | Langesund

Ferie ved havet

Quality Hotel Skjærgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x hovedretter
- Inngang til Badeparken
- Gratis internett og parkering

SPAR ^{OPP} ^{TIL} 955,-

Fra bare

979,-

Ank. 16/03 - 29/09-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Bestselger
til minipris
Book nå!

Halvpensjon
inkludert

Nordjylland | Dronninglund

Miniferie i Dronninglund

Dronninglund Hotel ★★★

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

SPAR ^{OPP} ^{TIL} 515,-

Fra bare

769,-

Ank. 16/03 - 31/01-18 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



POPULÆRT
4-stjerners hotell

BESTSELGER!!
i Sverige



Vestkysten | Uddevalla

Sentralt i Uddevalla

Best Western Hotel Carla ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x middagsbuffé 2. dag
- Relaxavdeling m fitness & badstu
- Gratis internett

SPAR ^{OPP} ^{TIL} 985,-

Fra bare

749,-

Ank. 16/03 - 29/06-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Prisbelønnet
spahotell

Halvpensjon
& wellness
Slå til nå!

Østlandet | Norefjell

Wellness på Norefjell

Norefjell Ski & Spa ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Fri bruk av Bøeseter Bad og Trening
- Gratis internett og parkering

SPAR ^{OPP} ^{TIL} 521,-

Fra bare

1.599,-

Ank. 24/04 - 15/11-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no ➔ 32 82 90 00 ➔

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-
Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

RISSKOV
BILFERIE

Bleieutslett



Bleiebrukere blir lett røde og irriterte på rumpa.
Inotyol® er et effektivt legemiddel til bruk ved for eksempel bleieutslett.

Bleieutslett



Bleiebarn blir lett røde og irriterte på rumpa.
Inotyol® er et effektivt legemiddel til bruk ved for eksempel bleieutslett.

Rengjør hudområdet før bruk. Påsmøres i tykt lag en til flere ganger daglig. Må ikke brukes på væskende eller infiserte sår. Inneholder ullfett (lanolin) som i sjeldne tilfeller kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontakteksem).

Finnes reseptfritt på apotek. Les pakningsvedlegget nøye.

INO-2016-0002



– Jeg tror ikke jeg hadde vært i live uten helsesenteret

Papirløse «Musa» sover på gulvet hos venner og får ikke et øre fra den norske stat. Ni av ti papirløse migranter har så dårlig psykisk helse at de kunne trenge behandling.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Jeg er deprimert og forvirret og tar sovepiller hver kveld, sier somalieren.

Han vil kalle seg «Musa» for Sykepleiens lesere.

Musa er en av de 15–20 personene uten oppholdstillatelse i Norge som har tatt turen innom helsesenteret for papirløse migranter denne torsdagen i februar i Oslo. Sykepleien er på venteværrelset for å høre om noen vil fortelle om hvordan de lever.

ELENDIGE LEVEKÅR

I en norsk studie har Trine Myhrvold vist at levekårene til papirløse migranter er så marginale at deres dag-til-dag-eksistens er truet. Det går igjen ut over den psykiske helsen.

– Forholdene til papirløse ser ut til å bli verre i stedet for bedre. Behovet for humanitær

assistanse, inkludert helsehjelp, er betydelig, fordi rettighetene deres ikke ivaretas i det norske samfunnet. Sykepleiere må vite hvor dårlig levekårene deres er når de møter dem. De trenger kunnskap om frivillige tiltak, som for eksempel helsesenter for papirløse, sier Myhrvold.

Hun er sykepleier og førstelektor ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og har jobbet i flere år som frivillig på helsesenteret for papirløse migranter i Oslo.

BOR HOS VENNER

På helsesenterets venterom er det kun Musa som vil snakke med Sykepleien. Han er tynn, kledd i rød caps, grønn vattert jakke og et svart skjerf surret rundt halsen, denne første gangen vi møter ham.

Hosten høres surklele ut. I underkjeven mangler minst fire tenner.

Han er alvorlig og forklarer på engelsk med korte setninger.

– Jeg tror ikke jeg hadde vært i live hvis ikke helsesenteret hadde eksistert. Jeg har vært her mye og kommer når jeg føler meg syk. De er en del av livet mitt. Det er her jeg får sovepiller.

Musa sover på en madrass på gulvet hos somaliske venner.

– Jeg blir sliten av aldri å vite hvor lenge jeg kan bo et sted. Livet er vanskelig når du ikke har et hjem, sier han.

Fem-seks av vennene jobber og gir ham litt penger, cirka 6 000 kroner i måneden. Han får ikke ett øre av den norske stat.

– Jeg betaler vennene mine 2 700 i husleie og



DOBBEL - JUBILANT:
«Musa» blir 60 år i mars. I 20 av dem har han vært i Norge. Men det blir neppe noen heidundrende feiring.

passer på å fylle på 200 om gangen på Ruter-kortet mitt så jeg ikke blir tatt i kontroll. Jeg må alltid passe på at alt er trygt.

87 PROSENT PLAGES

Myhrvolds studie av papirløses psykiske helse og levekår ble publisert i Journal of Clinical Nursing før jul. Medforfatter er Milada Cvancarova Småstuen. Myhrvold intervjuet 90 voksne papirløse om deres levekår og psykiske helse i 2013. 57 prosent var menn, de fleste var fra Mongolia, etterfulgt av Etiopia, Afghanistan og Iran.

Nesten ni av ti hadde så omfattende psykiske plager at de kunne trenge en diagnostisk evaluering og psykisk helsehjelp.

Drøyt halvparten av respondentene flyktet fra krig og forfølgelse, noe som ser ut til å ha

sterkest sammenheng med psykiske plager. Funnene samsvarer med annen forskning innenfor flyktningfeltet.

FLYKTET FRA SOMALIA

Musa ble født i mars 1957. Han bodde nord i Somalia i byen Hargeisa i den tidligere britiske kolonien som kalles Somaliland. Der hadde han en liten butikk hvor han solgte reservedeler til biler og elektriske artikler. Han flyktet fra Somalia til Etiopia i 1991, det samme året som borgerkrigen brøt løs.

– Det var massiv bombing i byen, forteller han.

Kona valgte å bli igjen. Han kom til Vadsø i 1997 og ble der i et år før han fikk godkjent asylsøknaden og ble bosatt i Oslo. Der fikk han jobb: Han vasket hos Telenor på dagen og jobbet hos

Vaktmesterkompaniet på Ellingsrud på ettermiddagen. Siden han hadde to års utdanning ved et teknisk institutt innen bygg og anlegg, fikk han prøve seg i to måneder hos Siemens via Manpower. Der var han hos tavleverkstedet for divisjon industri og skip og trivdes godt.

BEHOV FOR BEDRE HELSEHJELP

Tidligere studier har vist at papirløses sårbarhet overfor vold, frykt og utilfredsstillende levekår øker risikoen for depresjon, angst og søvnproblemer. Likevel har ikke papirløse adgang til det ordinære helseapparatet, kun til akutt nødhjelp.

Dette fikk Norge kritikk for av FN i 2013. Med utgangspunkt i FN-rapporten signerte blant annet Norsk Sykepleierforbund, Den norske jordmorforening og Den





→ norske legeforening et opprop om rett til helsehjelp for papirløse i 2015.

Trine Myhrvold mener også at Norge bør kunne gi bedre helsehjelp.

– Det kan jo tenkes at det er et problem å få nok kroner til det?

– Det er viktig å diskutere hvor omfattende ansvaret til velferdsstaten Norge bør være. Men helsepersonells forpliktelse springer ut av pasientenes behov for hjelp uavhengig av status. Uten en slik forpliktende holdning risikerer vi at omsorgen mister en verdi i seg selv, sier hun.

FENGSEL I 2000

Musa sier han vil forklare helt ærlig hva som skjedde med ham i 2000 da han hadde vært i Syria for å møte kona. Hun hadde da bodd to år i Syria og planla å komme til Norge.

På veien stoppet han hos noen venner i Sverige. De oppbevarte og brukte khat, som er et mildt narkotisk stoff. Så kom politiet og arresterte dem som var til stede: Musa og en av vennene. Det endte med åtte måneder i svensk fengsel.

– Jeg ble mistenkt for å smugle khat, men det var en misforståelse. Kona mi krevde skilsmisse. Nå bor hun i USA med en annen somalisk mann.

Han henter fram mobiltelefonen og blar lenge i arkivet. Fingrene er tørre og sprukne. Noen av neglene er tykke og ruglete som de kan bli av neglesopp.

– Se her. Ett års bryllupsdag.

Et matt smil kommer over ham. Mobilbildet viser to glade mennesker i 30-årene. Hun har ikke hijab, det krøllete skulderlange håret henger fritt. Han har fyldige kinn. Begge er kledd i hvitt og sitter i en stor sofa hjemme i det som en gang var leiligheten deres.

FAMILIE OG JOBB BEDRER IKKE PSYKISK HELSE

Normalt fungerer jobb og familie som buffere mot psykiske plager. For papirløse migranter ser det imidlertid ut til at jobb og familie ikke reduserer omfanget av psykiske plager.

– Grunnen er antakelig at papirløse blir utnyttet i stor grad i arbeidslivet, noe som samsvarer med internasjonale studier. De jobber særlig innen bilvask, renhold og restaurantbransjen. Lønnen er nede i 20–30 kroner timen. Arbeidstiden er gjer-



«Forholdene til papirløse ser ut til å bli verre i

stedet for bedre.» Trine Myhrvold, sykepleier

ne 12–14 timer i døgnet. De som har familie, har ytterligere ansvar og bekymringer, sier Myhrvold.

I studiens konklusjon skriver forskerne at det store omfanget av psykiske vansker indikerer et behov for evaluering av de papirløses psykiske helse.

– Vi ser også et behov for en tverrfaglig og dynamisk tilnærming til psykisk helsetilbud. De papirløse trenger et minimum av psykisk og materiell støtte som sikrer basisbehovet, slik som bosted, mat og tilgang til helsetjenester og sosial velferd, sier Myhrvold.

BLE SLÅTT BEVISSTLØS

Da Musa kom til Norge igjen etter soningen i

Sverige, ble han papirløs, eller hjemløs, som han sier selv. Han måtte bo hos venner.

– UDI tok passet mitt da jeg kom tilbake. De sa de måtte det fordi jeg hadde vært mer enn seks måneder i fengsel.

UDI sier til Sykepleien at det ikke finnes en slik regel. Muligens var oppholdstillatelsen gått ut mens han var i fengsel. Har man ikke søkt om ny innen seks måneder etter at oppholdstillatelsen er gått ut, ses søknaden som en ny søknad. Vi spør Musa om det kan være slik, men han står på sitt.

I 2003 var han på en somalisk kafé i Oslo. En mann som var psykisk ustabil kom inn i kafeen, og de som var der jaget ham ut. Mannen kom tilbake med et slagvåpen og slo Musa i hodet så han ble bevisstløs. Musa viser arret i hodet etter hendelsen.

– Jeg lå på Ullevål i en og en halv måned. Da jeg kom ut, fikk jeg en leilighet på Sagene.

FORSØKT TVANGSRETURNERT

En morgen i 2008 kom politiet og banket på døren hans.

– De ville sende meg til Somalia og tok meg til Trandum hvor jeg var i 15 dager. Så fulgte fem politifolk meg og to andre somaliere på flyet ned til Nairobi i Kenya.

Trandum er politiets utlendingsinternat hvor personer som ikke har lovlig opphold i landet bor.

I Nairobi fikk de beskjed om at Somalia ikke ville ta imot noen av de tre somaliene.

– Vi var på flyplassen i åtte timer før vi returnerte til Norge. Så var jeg på Trandum i nesten 10 dager før min advokat sa til meg at jeg kunne gå hjem. Jeg fortsatte å bo i leiligheten på Sagene til 2013. Da sendte politiet meg beskjed om at jeg måtte ut. Siden har jeg vært hjemløs.

Fakta

Papirløs

Å være papirløs, vil si at man oppholder seg ulovlig i landet. I 2006 anslo Statistisk sentralbyrå at det bodde om lag 18 000 utlendinger uten lovlig opphold i Norge, med en usikkerhet fra 10 000 til 32 000 personer.

I en rapport fra Research i 2014 fra Oxford, anslår forskerne at det i 2010 bodde 18 100 utlendinger ulovlig i Norge, men usikkerheten strekker seg mellom 18 100 og 56 000 utlendinger.

Det går et skille mellom dem som det er mulig for norske myndigheter å returnere, og dem som ikke er det, de såkalte ureturnerbare. Av de ureturnerbare finnes det også to kategorier: De som hjemlandet ikke vil ta imot hvis de returneres med tvang (den største gruppen), og de som ikke kan reise til hjemlandet selv om de ønsker det.

Kilde: UDI og NOAS



MINNE: Musa leter fram bildet av ham og kona da de feiret ett års bryllupsdag i 1991 hjemme i Somaliland, den tidligere britiske kolonien nord i Somalia.

Kommunikasjonsrådgiver Linda Hafstad hos Politiets utlendingsenhet kan ikke uttale seg om denne saken, men sier på generelt grunnlag at alle som ikke har lovlig opphold i landet plikter å returnere frivillig, og at de aller fleste land tar imot frivillige returnerer.

NYE TAKTER FRA UNE

Musas høyeste ønske er å få en jobb i Norge.

– Jeg kan godt ta en vaskejobb, gjerne her på helsesenteret, men det er vanskelig siden jeg er både papirløs og syk.

Han finner fram en konvolutt med et skjema han har fylt ut om helsetilstanden sin. Utlendingsnemnda (UNE) har etterspurt det hos advokaten hans. Nå skal han videre til møte med advokaten for å gi ham papiret.

– Det virker som om UNE vil hjelpe meg siden de aldri har spurt om helsa mi før. Det har alltid bare vært avslag, avslag, avslag.

NYE TENNER

Neste gang Sykepleien møter Musa for å gå gjennom historien hans og sjekke eventuelle misforståelser, er vi på kafé. Denne gangen har han blå jakke og hoster ikke lenger.

– Blir det en skikkelig jubileumsfest i år?

– Jeg må vel by på kaffe til vennene mine.

Han skal videre til tannlegen. For et års tid siden fikk han tannlege gjennom helsesenteret for papirløse. I dag blir det fjerde besøk.

– Jeg har ikke vært hos tannlege siden jeg bodde i Somalia, og nå skal jeg få nye tenner her, sier han og peker på tomrommene i nedre kjeve.

– Da blir det nytt glis til 60-årsdagen?

– Kanskje det.

Musa spanderer et smil. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta

Helsesenter for papirløse migranter

- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Oslo Røde Kors driver et helsesenter for papirløse migranter.
- Det tilbyr helsehjelp fra sykepleier, lege, psykolog, jordmor, tannlege og fysioterapeut.
- All helsehjelp er gratis.
- Helsepersonellet er frivillige.
- Pasientgruppene er hovedsakelig fra Afghanistan, Iran, Irak, Etiopia, Mongolia, Romania, Eritrea, Nigeria og Somalia.
- Problematikk som går igjen er psykiske problemer, muskel-skjelettproblemer, problemer med fordøyelsessystemet og reproduktiv helse.

Kilde: Frode Eick, daglig leder for helsesenter for papirløse migranter

SABO

- når du vil merkes!

God påske!

Nye skilt med påskemotiv



Bestilles i nettbutikken
www.sabo.no

Nyhet

weifa®

Zonat® (doksylamin)

- Reduserer innsovningstiden effektivt¹
- Øker søvnkvaliteten¹
- Øker søvnvarigheten¹



Reseptgruppe C

Til kortvarig behandling av forbigående søvnvansker hos voksne over 18 år

Enkel å bruke: 1 tablett 12,5 mg eller 25 mg
30 minutter før leggetid

Forsiktighet bør utvises hos pasienter ved mild til moderat nedsatt lever- og nyrefunksjon, epilepsi, hjertesvikt, alder over 65 år. Zonat® er ikke anbefalt til bruk i perioder lengre enn 7 dager, med mindre det vurderes nødvendig av behandlede lege. Maksimal døgndose er 25 mg.²

Referanser

1. Godkjent preparatomtale av 25.02.2016, avsnitt 5.1.
2. Godkjent preparatomtale av 25.02.2016, avsnitt 4.1 og 4.4.



Zonat®
doksylamin

Zonat «Weifa»

C Antihistamin. Hypnotikum. Sedativum.

TABLETTER, filmdrasjerte 12,5 mg og 25 mg: Hver tablett inneholder Doksylaminhydrogensuksinat 12,5 mg, resp. 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 12,5 mg: Titandioksid (E 171), kochenillerød A (E 124), 25 mg: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Kortvarig symptomatisk behandling av forbigående insomnia (søvnvansker) hos voksne >18 år. **Dosering: Voksne >18 år:** 1-2 tabletter à 12,5 mg eller 1 tablett à 25 mg daglig, 30 minutter før leggetid. Ved tilfeller av dosighet i løpet av dagen, bør dosen reduseres fra 25 mg til 12,5 mg, eller dosen bør tas tidligere på kvelden for å være sikker på at det har gått minst 8 timer for oppvåkning. Maks. døgndose er 25 mg. Kortvarig behandling anbefales. Skal ikke administreres i >7 dager, med mindre det vurderes som nødvendig av behandlede lege. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever-/nyrefunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig nedsatt nyre-/leverfunksjon, samt terminal nyresvikt, og bør unngås ved moderat nedsatt nyre-/leverfunksjon. **Dosereduksjon til maks. 12,5 mg daglig anbefales ved lett nedsatt nyre-/leverfunksjon. Barn og ungdom <18 år:** Ikke anbefalt. **Eldre:** Dosejustering vurderes for eldre >65 år, som er mer utsatt for andre tilstander. Startdose bør være 1 tablett à 12,5 mg 30 minutter før leggetid. Dosen kan økes til 25 mg dersom 12,5 mg ikke gir optimal effekt. Ved bivirkninger bør maks. dose være 12,5 mg daglig. **Administrering:** Bør tas 30 minutter før leggetid med tilstrekkelig mengde væske. Kan tas med eller uten mat. Skal ikke tas samtidig med alkohol. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre antihistaminer; mulighet for kryssreaksjoner med andre antihistaminer må tas i betraktning. Astma, kronisk bronkitt, lungeemfysem, glaukom, prostatahypertrofi, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, alvorlig nedsatt nyre- og leverfunksjon. Samtidig bruk av MAO-hemmere, sterke CYP-hemmere, SSRI (fluoksetin, fluoksamin, paroksetin), makrolider (klaritromycin, erytromycin, telitromycin), antiarytmika (amiodaron), antivirale proteasehemmere (indinavir, ritonavir, telaprevir) og antimykotika i azolgruppen (flukonazol, ketokonazol, itraconazol, vorikonazol), terbinafin, kinidin, nefazodon, bupropion og gemfibrozil. **Amning:** Zonat 12,5 mg inneholder kochenillerød A som kan forårsake allergiske reaksjoner. Det kan gi astma, spesielt ved allergi mot acetylsalisylsyre. Forsiktighet utvises ved lett til moderat nedsatt nyre- og leverfunksjon, epilepsi, hjertesvikt, arteriell hypertensjon, og ved forlenget QT-intervall. Doksylamin kan maskere den ototoksiske effekten av enkelte legemidler (bl.a. parenterale aminoglykosider, karboplatin, cisplatin, klorokin og erytromycin). Doksylamin kan gi tilleggseffekt på CNS ved samtidig inntak med alkohol, hypnotika, beroligende midler og andre legemidler som har CNS-døpende effekt. Forsiktighet utvises hos pasienter >65 år pga. økt risiko for bivirkninger, samt økt risiko for fall. Kan gi antikolinerge effekter (munntørhet, forstoppelse, urinretensjon og tåkesyn, men kan også øke søvnighet på dagtid og svimmelhet/vertigo, nedsatt svetting som kan gi dehydrering og hetslag). Forsiktighet bør utvises ved hypokalemi eller andre elektrolyttforstyrrelser og ved urinretensjon. Grapefruktjuice bør unngås. Legemidler med smalt terapeutisk vindu bør ikke brukes samtidig. Gjentatt bruk av hypnotika/sedativer kan gi nedsatt effekt, men dette er ikke beskrevet for doksylamin. **Biljøring/betjening av maskiner:** Doksylamin inducerer søvn som gir nedsatt årvåkenhet og reaksjonsevne. Biljøring eller bruk av maskiner bør unngås under behandling, og i minst de første 2 dagene av behandlingen. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av alkohol skal unngås. Antihistaminer forårsaker tilleggseffekter i kombinasjon med både alkohol og med andre CNS-døpende midler. Antihypertensive legemidler med effekt på CNS kan forsterke den sedative effekten. Samtidig bruk av adrenalin til behandling av hypotensjon bør unngås, da adrenalin kan inducere et større blodtrykkfall i slike tilfeller. Samtidig bruk av andre legemidler som forlenger QT-intervallet bør helst unngås. Samtidig bruk av legemidler som forårsaker elektrolyttforstyrrelser som hypokalemi eller hypomagnesiemi bør helst unngås. Sterke CYP-hemmere bør ikke brukes samtidig, da enzymer som inngår i metabolismen av doksylamin er ukjent. Den antikolinerge effekten kan forsterkes ved samtidig administrering av andre antikolinerge legemidler. Samtidig bruk av antihistaminer som brukes på huden, spasmolytika og skopolamin bør vurderes nøye. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen teratogene effekter er vist hos mennesker. Utilitrekkelige data. **Farmakologiske effekter** på fosteret kan ikke utelukkes. Anbefales ikke under graviditet. **Amning:** Doksylamin utskilles i morsmelk. Kontraindisert ved amning. **Fertilitet:** Utilitrekkelige humane data. **Dyrestudier** viser ingen effekter på fertilitet, selv ved doser høyere enn anbefalt. **Bivirkninger:** Bivirkningene er generelt milde og forbigående, og hyppigere de første behandlingdagene. **Svært vanlige (≥1/10):** Neurologiske: Somnolens. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse, luftveier: Økt bronkial sekresjon. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Øre: Svimmelhet (vertigo). Øye: Tåkesyn. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré. Hjerter/kar: Ortostatisk hypotensjon. Hud: Hudutslett. Øre: Tinnitus. Øye: Diplopi. Øvrige: Asteri, perifer ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Hemolytisk anemi, trombocytopeni, leukopeni, agranulocytose. Neurologiske: Tremor, krampeanfoll. Psykiske: Rastløshet (spesielt hos eldre). **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Øvrige: Malaise (generell følelse av uvelhet). **Overdosering/Forgiftning:** Overdose er sjeldent livstruende. Fullstendig bedring sees vanligvis innen 24-48 timer. **Symptomer:** Dosighet, stimulering eller hemming av CNS, antikolinerge effekt2 Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldeskjema for mydriasis, feber, munntørhet, redusert intestinal motilitet, rødme, takykardi, hypertensjon, kvalme, oppkast, rastløshet, endret ganglag, svimmelhet, iritabilitet, sedasjon, arytmi, forvirring, hallusinasjoner, delirium, psykose, hypotensjon, krampeanfoll, respirasjonsdepresjon, tap av bevissthet, koma og død. En alvorlig komplikasjon er rabdomyolyse, som gir nyresvikt. Dosene som gir rabdomyolyse og død er hhv. 13 mg/kg og 25 mg/kg, som er nesten 100 ganger terapeutisk dose. **Behandling:** Symptomatisk, som induksjon av oppkast, ventrikkel skylning (pumping), vasokonstringerende behandling av hypotensjon (f.eks. noradrenalin eller fenylefrin). Rabdomyolyse må behandles tidlig med aggressiv hydrering og alkalisering av urin for å minimere nyreskader. Fastsattelse av kreatininfosfokinase (CPK)-aktivitet for systemisk evaluering er nødvendig. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Potent hypnotisk og sedativ effekt, samt antiemetisk og antikolinerg aktivitet. Kompetitiv, reversibel og uspesifikk antagonistisk virkning på H1-reseptorer. Passerer blod-hjerne-barrieren og virker på H1-reseptorer i CNS, og gir sedativ effekt. Den sedative effekten kan også skyldes antagonisme av de muskarinerge og serotoninerge reseptorer. Innsøvningsstiden reduseres, og søvnkvalitet og søvnvarighet øker. Søvninduserende effekt oppnås i løpet av 30 minutter og er maksimal 1-3 timer etter administrering. Ved administrering ved leggetid, kan dosighet på dagtid forekomme pga. lang halveringstid. **Absorpsjon:** T_{max} 2-3 timer. **Proteinbinding:** Lav plasmaproteinbinding (24% til humant albumin). **Fordeling:** Rask distribusjon i vev. Passerer blod-hjerne-barrieren. **Halveringstid:** Ca. 10-13 timer hos unge voksne. Hos eldre kan 1/2 øke til 12-16 timer. **Metabolisme:** Ikke avklart. Utskillelse: Hovedsakelig via urin (ca. 60% uendret). **Pakninger og priser:** 12,5 mg: 14 stk. (blister) kr. 118,80. 25 mg: 14 stk. (blister) kr. 153,80 **Sist endret:** 25.02.2016



Da jeg begynte på lederutdanning på BI, forsto jeg at vi alle har våre måter å lede på – og at de fleste er like usikre som meg. Jeg lærte å våge og vise svakheter. Det ga meg en helt ny ro, og en evne til å stole på meg selv – og dermed også kollegaene mine.

HILDE HELLAND

Daglig leder, Manglerudhjemmet

Lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
Høsten 2017
bi.no/helse

Bachelor i Helseledelse

Denne bachelorgraden er utviklet spesielt for deg som jobber i helsesektoren og ønsker kompetanse innen ledelse. Ved hjelp av teorier og praktiske verktøy vil du bli mer bevisst på å være en god leder.

Løpende opptak til studiestart.

Helseledelse – Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Dette masterprogrammet bidrar til å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon. To klasser i Oslo og Lakselv/Tromsø.

Dekkes av Helsedirektoratet – Søknadsfrist 15. april for Oslo. 17. mai for Lakselv/Tromsø.



De ble smittet av sine menn

Myanmar står overfor en alvorlig hiv-epidemi. Mens resten av verden kan notere seg en nedgang i antall hiv-smittete, har antallet skutt i været i dette krigsherjete landet.

Tekst **Toril Risholm** • Foto **Signe Christine Urdal**

Den 21 år gamle studenten, Soe Moe Phye, har imidlertid bestemt seg. Han skal ikke bli en del av denne statistikken. Han så nemlig sin egen far dø av aids for fire år siden etter en lang og smertefull døds kamp.

Dessuten har han eneansvaret for sin hiv-syke mor, 52 år gamle Mya Mya Ave. Hun ble smittet av sin egen mann.

– Jeg ble sint da jeg oppdaget at mannen min hadde smittet meg. Han jobbet på en av elvebåtene og var borte i lange perioder. Han fortalte ikke hvordan han ble smittet, og jeg spurte heller ikke. Nå er raseriet over. Jeg har forsonet meg med sykdommen, forteller hun.

I PARTIETS EIE

Det er tredje gang Soe Moe Phye følger moren til

behandling ved NLD Aids Center i utkanten av millionbyen Yangon. Hun er allerede tydelig preget av sykdommen – er svimmel og sliter med en sterk hodepine. Likevel er hun heldig som har fått én av de 200 plassene på Myanmar's eneste aids-senter – et land som har flere hundre tusen hiv- og aids-smittete.

Senteret drives av fredsprisvinneren Aung San Suu Kyis eget parti, NLD – National League for Democracy. Det er også hun som er senterets høye beskytter.

SJEFEN SELV ER HIV-SMITTET

Det er tidlig morgen i Yangon. U Thein Htay, som er leder for NLD Aids Center, sitter inne på kontoret. Det er allerede en kø av folk som venter på å få utlevert medisinene sine. Han er 77 år, men ser

yngre og sunnere ut enn de fleste pasientene som står utenfor i den brennende sola. Men han er én av dem – en hiv-smittet.

– Jeg ble smittet for flere år siden. Jeg må bruke de samme medisinene som mine egne pasienter, sier han.

Pasientene kommer fra hele landet. De kan bo gratis i to måneder ved senteret mens de er under behandling ved nærmeste sykehus som har det overordnede medisinske ansvaret. Senteret deler ut og injiserer medisiner, måler blodtrykk og påser at pasientene følger det medisinske opplegget. I tillegg gir de informasjon, råd og hjelp om hvordan de skal mestre hverdagen og unngå å smitte andre.

EI VAKKER KVINNE

– Dette er meg – før jeg ble syk.

SMITTET AV SINE MENN: Alle tre ble smittet av sine ektemenn som nå er døde av aids. Fra venstre: San Ni (35), Ma Tin Ngwe (40) og Khin Htwe (41).



41 år gamle Khin Htwe rekker fram mobiltelefonen. Den viser ei vakker og selvsikker kvinne som ler mot fotografen. Hun står og holder armen rundt en mann – ektemannen. Det var han som smittet henne.

– Se så tykk og rund jeg var.

Nå ligger hun avmagret på sivmatta si på gulvet. Sykdommen har herjet kroppen i lang tid. Hun orker knapt å røre seg. Likevel smiler hun takknemlig. Her, under bildet av landsfaderen, Aung San, far til nobelprisvinneren Aung San Suu Kyi, føler hun seg endelig trygg. Hun har ikke lenger noe håp om å bli frisk. Men her møter hun omsorg og får medisiner og livsforlengende behandling.

Hun fikk påvist hiv for 10 år siden etter at mannen hennes hadde blitt testet og funnet hiv-positiv. Men det skulle gå tre-fire år før hun selv fikk komme under behandling – som hun, av uvitenhet, valgte å avbryte etter kort tid da hun begynte å føle seg bedre.

– Jeg fikk ingen informasjon. Jeg ante ikke hvilken risiko jeg tok.

I fjor sommer utviklet sykdommen seg dramatisk etter et malariaanfall. Hun fikk store problemer med å svelge. Klarte ikke å ta til seg mat. Sykdommen hadde slått til – mye verre enn før. Nå har hun ikke lenger krefter igjen. Men et svakt smil blaffer over ansiktet idet hun rekke oss mobilen med bilde av datteren på 16 år. Hun har ikke hiv. Hun testet negativt.

DIKTATURETS SVIK

NLD Aids Center ble etablert i 2002 og er det eneste i sitt slag i Myanmar. Det gir en smertelig påminnelse om en hiv- og aidsepidemi som har fått vokse seg stor under 30 år med diktatur og borgerkrig.

Myanmar er ett av de hardest hiv-rammete landene i hele det sørøstlige Asia. Ifølge tall fra WHO, Verdens helseorganisasjon, er det over 210 000 hiv-smittede i landet. Internasjonale hjelpeorganisasjoner og landets egne opposisjonspolitikere frykter imidlertid at tallet kan være det firedobbelte – over 800 000.

Men etter det første frie valget i 2015 har optimismen blusset opp – også blant de hiv- og aidssyke. Aung San Suu Kyis parti NLD vant valget. I det nye parlamentet sitter blant annet Phyu Phyu Thin, en utrettelig forkjemper for hiv-pasientene rettigheter. Allerede på 1990-tallet gikk hun ut på barriadene og anklaget militærjuntaen for ikke bare å neglisjere den enorme hivepidemien i landet, men også for å skjule den. Juntaen svarte med å fengsle og trakassere henne.

I dag sitter hun i det nye parlamentet og er en nær alliert av Aung San Suu Kyi. Målet deres er at 90 prosent





«**Dette er meg – før jeg ble syk. Se så tykk**

og rund jeg var.» Khin Htwe, 41 år gl. kvinne

«**Familien min kastet meg ut da jeg testet positivt.»**

Mae Joe Joe Aye, 32 år gl. kvinne



«**Nå er raseriet over. Jeg har forsonet meg med sykdommen.»**

Mya Mya Ave, 52 år gl. kvinne



av alle hiv-pasienter skal ha tilgang på livsnødvendige medisiner som blant annet ART-antiretroviral terapi. I dag har knapt 25 prosent slik tilgang.

MIRAKELBABYEN

Hein Thet på 11 måneder krabber rundt på det nakne gulvet – totalt uvitende om at han er et lite mirakel i Myanmar.

For han er frisk som en fisk til tross for at begge foreldrene hans er hiv-smittet, og det er ingen selvfølge i dette krigsherjete landet. Moren hans, San Dar Aung, følger ham stolt med øyne. De er nemlig blant de få heldige som har fått plass på senteret.

– Jeg fikk påvist hiv for 11 år siden. Det var mannen min som smittet meg. Men vi var så heldige å få komme til dette senteret hvor vi fikk behandling og medisiner som skal holde viruset i sjakk og forhindre at vi utvikler aids. Nå lever vi et ganske normalt liv. Men da jeg ble gravid, ble jeg veldig redd. Jeg tenkte at nå ville barnet mitt bli smittet, og jeg kontaktet sentret i panikk. Men de beroliget meg. De skulle følge meg opp medisinsk. Dette skulle gå bra, sa de. Og da fødselen nærmet seg, tok de keisersnitt for å minske risikoen ytterligere for smitte.

Hun trekker sønnen inntil seg. De andre kvinnene kommer og setter seg rundt oss. Vil ta del i mirakelhistorien om det friske barnet. For flere av dem var ikke like heldig. De kom for seint under behandling. Barna deres ble hivsmittet under graviditeten eller fødselen.

DØENDE AV AIDS

Egentlig skulle 32 år gamle Mae Joe Joe Aye ha forlatt senteret. Hun er så langt ferdigbehandlet, men fattig og hjemløs. Derfor får hun bli – inntil videre.

– Jeg har ingen steder å dra. Familien min kastet meg ut da jeg testet positivt for seks

måneder siden. De skammet seg og var redd for å bli smittet, forteller hun. Datteren på åtte år bor hos slektninger.

– Jeg savner henne, sier hun.

Hun reiser seg og tørker svetten av den unge kvinnen som ligger på sivmatta ved siden av henne. Det er San San Pa på 27 år. Livet går mot slutten. Hun har langt framskridende aids og klarer knapt å ta til seg næring. Ligger for det meste i en døs.

Det er ingen sykepleier i rommet. Det er ingen sykehuskokker på kjøkkenet eller renholdspersonale i gangene i den svære villaen. Det er pasientene selv som hjelper hverandre, som koker maten og holder rent.

– Det er en del av filosofien vår. Det er god medisin i å hjelpe andre. Det skaper samhold og holder tankene vekke fra egen elendighet. Dessuten har vi ikke råd til ansettelser, sier senterlederen.

SKAMMEN

Også andre kvinner forteller at de ble isolert og jaget vekk fra landsbyene sine da det ble oppdaget at de hadde hiv. Og lederen, U Thein Htay, kan bekrefte at mange hiv-smittede fortsatt blir isolert og stigmatisert 35 år etter at verden fikk øynene opp for sykdommen for første gang.

– Det er fordi mange fortsatt forbinder hiv og aids med dårlig moral og skjørlevnet. De vet ikke nok om hvordan hiv smitter fordi sex er et tabubelagt emne i Myanmar som få eller ingen snakker høyt om.

Det fikk han selv merke da han fikk sykdommen.

– Jeg kommer fra en såkalt ressurssterk familie. Jeg hadde en god jobb, kone og barn. Jeg valgte å forlate familien for å skåne dem fra stigmatisering og baksnakking. Nå er det over åtte år siden jeg så dem sist. ●

redaksjonen@sykepleien.no



MEDISINSKAPET: Det fins håp i medisiner.



SELV SMITTET: Lederen, U Thein Htay, foran NLD Aids Center i utkanten av millionbyen Yangon.

Fakta



Myanmar (tidl. Burma)

- Republikk i Sørøst-Asia, med 53,4 mill. innbyggere
- Ledes siden 2015 av Aung San Suu Kyi, fredsprisvinner i 1991
- Ifølge WHO, Verdens helseorganisasjon, er det over 210 000 hiv-smittede i landet, som gjør det til ett av de hardest hiv-rammete landene i det sørøstlige Asia.

Kilde: Store norske leksikon



FERDIG BEHANDLET: 32 år gamle Mae Joe Joe Aye har fått en egen krok som hun har gjort til sitt hjem. Hun er ferdigbehandlet for denne gang, men fordi hun ikke har noen plass å bo, får hun være der litt lenger.



– Er vi bekymret for spiseforstyrrelser, ber vi gjerne om en samtale. Noen blir sinte, andre takknemlig, sier Fredrik Øren Refsnes, direktør for studentenes treningskjede i Oslo.

Kontakter undervektige som trener veldig mye

• Tekst og foto Marit Fonn

Sykepleierstudent Helene Utheim har sett anorektikere trene hardt og lenge på hennes treningssenter, som er Athletica Domus.

– Som sykepleierstudent og tidligere spiseforstyrret føler jeg at det er min plikt å si fra, sier Utheim.

Hun frykter at sykdommen kan føre til skade på organer, forverret psykisk helse eller død, og synes treningssentrene har et ansvar for å følge med på medlemmenes helsetilstand. Hun har meldt fra til treningssenteret.

– Både ansatte og medlemmer melder innimellom sin bekymring om spiseforstyrrelser blant dem som trener hos oss, bekrefter Fredrik Øren Refsnes, direktør i SiO Athletica som er treningskjeden i Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO).

– De fleste bekymringsmeldingene gjelder dem som går raskt ned i vekt og trener ekstra mye, sier Refsnes.

Helene Utheim trener nå styrke fire gager i uken.

– Før sto jeg opp halv seks for å løpe, og så trente jeg styrke.

Athletica består av fem treningssentre i Oslo. Domus er ett av dem. Athletica har 24 000 medlemmer, 80 prosent av dem er studenter.

KAN BLI MØTT MED SINNE

Refsnes forteller at noen av de ansatte har gått på kurs hos

Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), en interesseorganisasjon for dem som har eller har hatt en spiseforstyrrelse, og for pårørende.

– De som er kurset, er trent til å ta kontakt med dem man bekymrer seg for. De ber gjerne om en samtale. Da kan de bli møtt med sinne og frustrasjon av noen. Andre blir takknemlig, forteller Refsnes.

Det er de som er undervektig som er mest synlig.

– Vi vet at det er vanskelig å identifisere andre typer spiseforstyrrelser, sier Refsnes.

– *Hvordan klarer dere å følge med på så mange medlemmer?*

VIL IKKE NEKTE DEM Å TRENE

– Får vi melding, merker vi oss dem. Går de til faste timer, er det enklere å følge med på en utvikling. Noen av dem vi får melding om er allerede i et behandlingsopplegg, sier Refsnes.

– Noen har legeattest på at de kan trene styrke, men skal unngå kondisjonstrening.

– *Nekter dere noen å trene?*

– Det prøver vi å unngå. Vi vil heller kunne følge dem opp, ellers finner de fort en annen plass å trene. Da vil det gå tid før andre vil kunne følge dem opp.

Refsnes påpeker at medlemmene selv skal vite at de har god nok helse til å trene.

«Medlemmet er selv ansvarlig for



BEKYMRET: Helene Utheim liker å trene, men ser stadig anorektikere som trener for mye.

å være helsemessig skikket til å benytte sentrene, og all trening hos SiO Athletica skjer på eget ansvar», står det i medlemsvilkårene.

– *Er dere forberedt hvis en med anoreksi får hjertestans?*

– Alle treningsstedene har hjertestarter, og de ansatte må jevnlig gå på kurs i livredning.

Noen av de personlige trenerne (PT) er også ernæringsfysiologer, opplyser Refsnes.

– Medlemmene kan bruke PT-klipp og få en time med kostholdsveiledning.

Der kan vektregulering, kosttilskudd og spiseproblematikk være tema, står det på nettsiden. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Fakta

Spiseforstyrrelse

Et felles begrep for flere ulike psykiske helseplager som handler om hvordan du forholder deg til mat. Anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse er de mest vanlige. Det kan være vanskelig å skille mellom en spiseforstyrrelse og det å være svært opptatt av kropp, utseende og kosthold. Når spisemønstret og tankene om dette blir ødeleggende for livet du ønsker å leve, kalles det en spiseforstyrrelse.

Kilde: Rådet for psykisk helse



Demper uro – letter innsovning

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

Toleranseutvikling eller abstinens etter seponering er ikke rapportert som bivirkninger ved bruk av Sedix^{TM2,3}. Det er heller ikke rapportert sløvhet eller residualeffekter (hangover)³. Dette gjør at pasienter som behandles med SedixTM også kan fungere godt på dagtid.



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

Fås på apotek og på www.pulsapotek.no

Sedix «Tilman»

F Plantebasert sedativum. Beroligende.

ATC-nr.: N05C M

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tablettar morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tablettar om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Samtidig bruk av syntetiske sedativer** (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakninger og priser:** 28 stk. (blister) 156375.
 Sist endret: 08.02.2017

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



DET NYE HELSEHUSET REISER SEG

Vil du skape helsehistorie? | Vi søker leder og avdelingsledere



Det nye helsehuset i Tromsø er snart klart. Helsehuset skal tilby tjenester både før og etter sykehusbehandling. Nå søker vi **enhetsleder** og fem **avdelingsledere** for lindrende, øyeblikkelig hjelp døgnopphold, rehabilitering, korttid og forsterket kortidsavdeling.

tromso.kommune.no/helsehuset



GAVEN SOM REDDER LIV

En gave til Leger Uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup, bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **08898**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no
Kontonummer: 5005 06 36728.

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



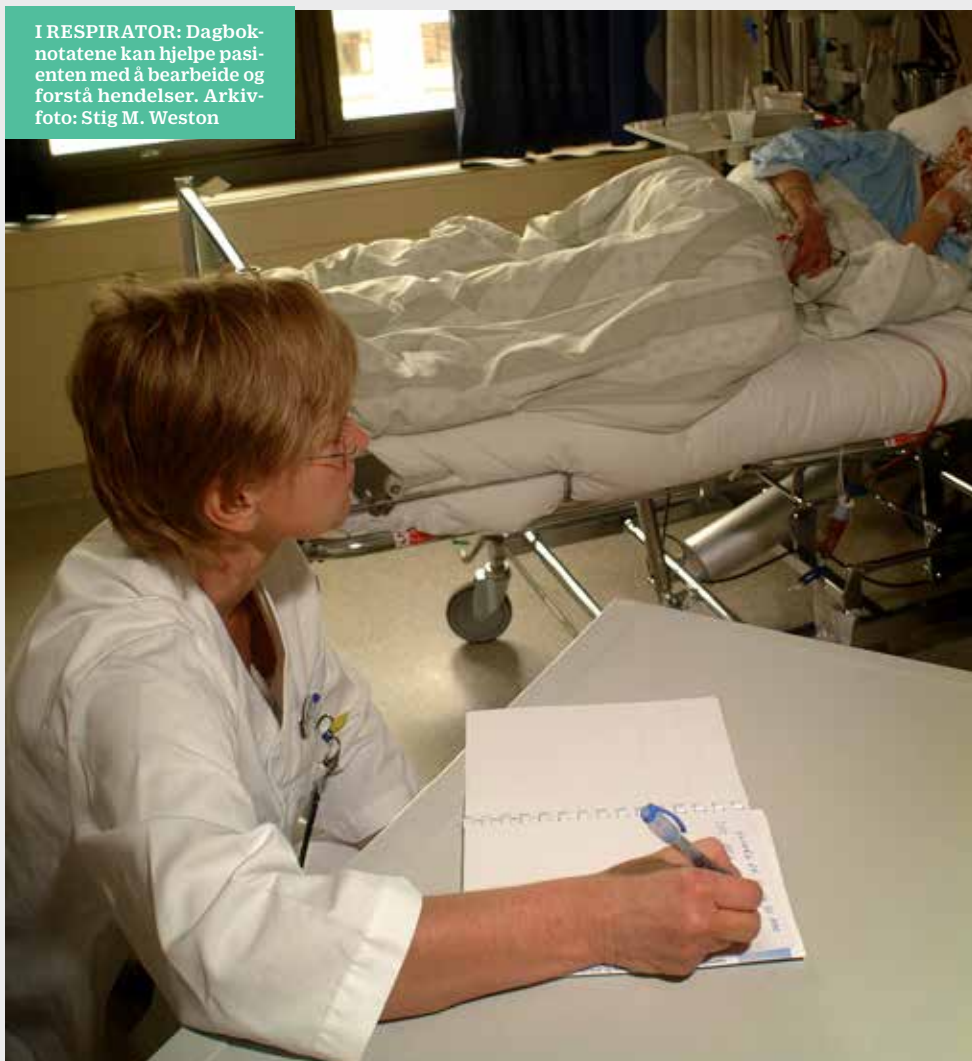


Sykepleie

Del 2 Sykepleien 03 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju

I RESPIRATOR: Dagboknotatene kan hjelpe pasienten med å bearbeide og forstå hendelser. Arkivfoto: Stig M. Weston



Husker ikke

Intensivbehandling. Dagbøker erstatter pasientens hukommelse. **54**



Fremtidens behov. Mer tverrfaglig samarbeid. **64**



«Det beste med jobben er å bidra til at veteraner får det bedre.»
Dag Tommy Tomteberget. **74**



Praksisstudier. Vellykket stillingskombinasjon. **70**



FÅ PASIENTEN UT AV OFFERROLLEN

Grenseløs empati fra sykepleiere kan gjøre personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse sykere.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
 60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60660



Kathrine Benedikte Larsen
 Psykiatrisk sykepleier

Jeg har marinert meg i egen selvmedlidenhet. På mange måter har det vært behagelig idet man alltid har en unnskyldning om man blir kritisert for sin atferd. Det var alltid jeg som hadde det verst. Da jeg endelig ble innlagt, fikk jeg bekreftelse på at jeg var mye sykere enn alle andre jeg kjente, og dette ble identiteten jeg trodde jeg søkte etter. Her fikk alle mine mønstre den perfekte grobunn til å blomstre. Som evig offer. Der opplevde jeg terapeuter som gråt da jeg fortalte om mine traumer, og de fortalte om hvor sterkt de ønsket å hjelpe denne lille jenta. En drøm ble til virkelighet. Selv om jeg ikke visste det da, så brukte jeg min oppvekst for alt det var verdt.» Slik beskriver en pasient det å ha emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF) (1).

Pasienter med UPF kan ofte gi uttrykk for at de er «det evige offeret» og konstant utsatt for andres ondskap (2–4). Samtidig lar andre mennesker seg ofte fengsle eller fascinere av denne offerrollen, da det er lett å bli fanget inn og føle at man forstår pasienten. I ytterste konsekvens kan det føre til at andre må betale for pasientens manglende autonomi (4–6).

Wilhelmsen (1) hevder at man noen ganger kan gjøre pasienten en bjørnetjeneste med grenseløs

ikke-konfronterende empati og «stakkarsliggjøring», noe som forsterker offerrollen – og dermed lidelsen. Budskapet i denne artikkelen er at å frata disse pasientene ansvar og dermed forsterke offerrollen, virker mot sin hensikt, noe som har bred støtte i litteraturen (1, 3–7).

OFFERROLLEN

Dupont, gjengitt av Gabbard og Wilkinson (6), omtalte tidlig offerrollen som et drama med fire hovedpersoner: et offer, en krenker, en idealisert frelser og en uengasjert mor. Rollen som offer formes i barndommen og danner grunnlag for pasientens problematiske livsførsel senere i livet. Rollen kan likne på barnets hjelpeløshet, idet pasienten gjerne vil fraskrive seg ansvar for eget liv (1). Tendensen til å gi andre ansvaret for å holde seg i live, er et atferdsaspekt som blir karakterisert som et av de mest uheldige trekkene hos mennesker med UPF (4).

Fremstillingen av seg selv som offer kan ifølge Gabbard og Wilkinson (6) ha å gjøre med at pasienten verken kan ta ansvar for eller evner å se konsekvensene av sine handlinger og valg. Pasientene har også ofte en tendens til å bebreide seg selv ved å anta at de er dårlige mennesker.

I tillegg kan pasientene se

verden på en negativ og ondartet måte. De har gjerne ikke opplevd klare grenser som har blitt håndhevet av kjærlige foreldre. De har opplevd, og opplever, at uansett hva de gjør, blir det ikke bedre. På mange måter er de fanget i en felle der ingenting kan endre deres skjebne (6). Dermed kan de drives av en stadig søken etter den eller det som skal lindre tomheten eller angsten, og som kan gi dem det perfekte livet (4, 6). En slik person er et idealisert overmenneske, som dessverre ikke finnes (3).

For en tid tilbake, som fersk sykepleier, hadde jeg store ambisjoner om å utøve omsorg på best mulig måte. Jeg begynte å jobbe på akuttpsykiatrisk avdeling, og kan selv ha bidratt til å støtte opp under offerrollen til UPF-pasientene. Jeg syntes så synd på dem. Og det var synd på dem, men jeg visste bare ikke at jeg ikke skulle overøse dem med betingelsesløs omsorg og pleie slik jeg hadde lært. «Jammen dette er jo stakkars syke mennesker», svarte jeg, og holdt den selvskadende jenta varsomt i hånden mens jeg trøstet henne. Skulle jeg ikke utøve sykepleie slik jeg hadde lært? Det var bare det at jo mer jeg ga av meg selv, jo mer ville de ofte ha. Jeg lærte heldigvis raskt at det var feil vei å gå å kaste meg ut i selvsavløringer eller å «gi alt» på den aktuelle vekten

Fakta ●●●

Sammen- drag

Pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse tar gjerne på seg offerrollen. Grenseløs empati, stakkarsliggjøring og fritak fra ansvar for eget liv forsterker denne offerrollen og virker mot sin hensikt.

Stikkord

- Psykisk lidelse
- Psykiatrisk pasient
- Sykepleie-pasientforhold

LAVT SELVBILDE: Pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har ofte en tendens til å bebreide seg selv ved å anta at de er dårlige mennesker. Illustrasjonsfoto: NTB Scanpix



for å unngå selvskading de få time-
ne vakten varte.

ANSVAR VERSUS REGRESJON

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (8) «fremmer sykepleieren pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser». Norges offentlige utredninger (9) fremhever at ansvarliggjøring for og bistand til å ta ansvar for eget liv er sentralt hos pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Som nevnt innledningsvis kan UPF-pasienter i offerrollen fraskrive seg ansvar eller gjøre seg avhengig av sykepleieren. Ofte er det viktig for dem å få menneskene rundt seg til å ta del i sin egen lidelse og ulykke (1, 2, 4, 6). Samtidig kan sykepleierne føle at pasientene er berettiget til å få ekstra pleie og medfølelse. Pasientene kan hevde at de har krav på kompensasjon i

nåtiden for de overgrepene de ble utsatt for i fortiden (6). Pasientene kan føle at alt er urettferdig, og de kan være utilgivelige overfor dem de mener har gjort dem ille. Ofte har de hjerteskjærende historier å fortelle. De vil gjerne tas hånd om som et lite barn, men ikke bli korrigeret.

UPF-pasientenes atferd, for eksempel når de truer med selvmord, hindrer ofte autonomien, fordi ansvaret for eget liv overlates til andre (1, 4, 5). Faren er da regresjon, som vil si å gå tilbake til tidligere utviklingsstadier (10). Regresjon er menneskelig, men for personer med UPF stimuleres denne funksjonen lett, noe som er enkelt å forstå når man kjenner til bakgrunnen deres, som ofte er traumatisk (5). Med en uendelig tålmodig sykepleier trenger ikke pasienten forholde seg til de

virkelige problemene i den virkelige verden (3).

Ifølge Evang (5) bør varselampen lyse hvis sykepleieren er på vei inn i denne «frelserrollen» og opptrer som den forelderrollen pasienten

«Ofte har pasientene hjerteskjærende historier å fortelle.»

aldri fikk. Paris (4) understreker at dette er uprofesjonelt og farlig, i og med at man kun har én mulighet til å være barn. Å gå tilbake til det stadiet som voksen er svært uheldig for personen.

I forlengelsen av dette påpeker

Kåver og Nilsonne at ubetinget og kontinuerlig medfølelse ikke eksisterer i noen relasjon og er helt unaturlig (11). Vi må derfor være bevisste på at pasienten en dag skal klare seg alene – bli autonom, bli et subjekt og ikke et offer.

MÅ STILLE KRAV

Konsekvensene av overinvolvering kan være at pasienten ikke får den hjelpen vedkommende virkelig trenger, og dermed blir enda mer hjelpeløs og avhengig (12). Som et paradoks kan de som ønsker mest å forandre pasienten og går inn i det med kropp og sjel, faktisk ha minst sannsynlighet for å hjelpe vedkommende med å bli frisk (4, 6). Nilson og Silfving understreker at hvis UPF-pasientene behandles som voksne mennesker, og sykepleieren stiller adekvate spørsmål og





krever logisk resonnement, vil man kunne bidra til å ansvarliggjøre pasienten, samtidig som man fungerer som en positiv rollemodell (3).

Kåver og Nilsonne (11) støtter dette synet og hevder at man ikke bare skal trøste, forstå og betrakte pasienten som skjør og stakkarslig, men som kompetent ved å konfrontere og lede vedkommende til forandring. Hvis ikke kan man støtte et feilaktig bilde av den virkelige verden og underbygge offerrollen.

Akuttpsykiatriske avdelinger kan virke forsterkende på offerrollen da mange pleiere og mange aktiviteter stimulerer fantasien om idealisert omsorg (5). Pasientene kan dermed få «sekundærgevinst» ved å være innlagt, noe man prøver å unngå fordi det kan være regresjonsfremmende. I tillegg kan pasientene kreve umiddelbar behovstilfredsstillelse i avdelingen, noe som kan henge sammen med forestillingen om at mor og barn danner en allmektig enhet som barnet kontrollerer (5).

Slik tilfredsstillelse er både urealistisk og kontraindisert i avdelingen, og fremmer derfor ofte skuffelse og raseri. Trassig taushet og selvmordstrusler forekommer ofte som følge av dette, noe som igjen gjerne fører til flere restriktive tiltak, slik som kontinuerlig tilsyn, beltelegging og skjerming. Slik blir pasientene frarøvet sin autonomi og sitt ansvar, som er en uheldig utvikling og som fører dem inn i onde sirkler (4). Det er lett å omplassere skylden hvis tiltak ikke fører frem. «Vi får skjærme henne, det er det eneste som hjelper.» (13)

BØR IKKE OVERBESKYTTES

Noen ganger vegrer sykepleierne å gi UPF-pasientene mer ansvar fordi de er reddet for at ting skal gå galt på avdelingen, som for eksempel selvskadning, selvmordsforsøk med mer. Samtidig påpekes det at å «pakke pasientene inn i bomull» heller ikke er løsningen (15). Dette kan gjenkjennes i praksis, hvor man for eksempel kan skjærme pasienten eller «strippe» rommet og dermed sørge for at pasienten ikke finner noe å skade seg

med. Istedenfor å gi pasienten ansvar, tar vi det fra vedkommende, noe som opprettholder den onde sirkelen (15). Innleggelse blir da et toegget sverd: Det som skal være en sikkerhet, blir det motsatte. Dermed får pasienten vanskeligheter med å klare seg alene når den tid kommer, noe som jo er målet.

Paris hevder langt på vei at det å overta pasientens ansvar for eget liv samt fokusere overdrevent på sikkerhet i akuttpsykiatrien i det lange løp, overhodet ikke er bra for pasienten. Han mener at risiko må kunne tolereres og at innleggelse helst ikke bør forekomme, da man står i fare for å stenge disse menneskene ute fra alt som er meningsfylt (4).

Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i Norge (16) henviser til samme resonnement i sine anbefalinger om at kronisk suicidale pasienter ikke bør legges inn i akuttpsykiatrien. Vi kan altså redde pasienten ved «ikke å redde» vedkommende (11).

MÅ FÅ MER ANSVAR

Hummelvoll (17) understreker at det blir sykepleierens vedvarende oppgave å oppmuntre og støtte pasienten når vedkommende blir mer selvstendig. Ved å gjenta for pasienten at hun eller han har valg, alternativer og ansvar, kan sykepleierne formidle håp og optimisme. En grunnholdning kan være å tro på og forvente at bedring vil skje. En slik innstilling krever tålmodighet, og det er viktig med en åpen og undrende holdning fremfor en dømmende (17).

I praksis kan det dreie seg om at pasientene får ansvaret for å velge hva de vil gjøre, enten det dreier seg om å delta på aktiviteter eller annet. Videre kan sykepleieren fremme denne evnen til selvstendighet ved å la pasienten utføre ting på egen hånd, som å ta nødvendige telefoner eller fylle ut søknader. På den måten kan man verne om de ressursene pasienten allerede innehar. Når pasienten klarer å utføre noe som er positivt for seg selv, er det viktig å rose vedkommende (5).

På den andre siden hevder Anstorp (12) at det akuttpsykiatriske personalet ofte fokuserer overdrevent på ansvaret for eget liv, noe som kan forsterke redsel og usikkerhet hos pasientene. Hun understreker at dersom UPF-pasientene hadde hatt mulighet til å takle ting på en selvstendig måte, hadde de gjort det.

VEGRER SEG FOR ANSVAR

Man kan også stille spørsmål ved hvorvidt det er behagelig for pasienten å slippe å ta ansvar. Erfaringsmessig kan det ofte oppfattes slik, noe som er forståelig. Avdelingen rammer pasientene

inn i strukturer og regler og tar avgjørelser over hodet på dem for å sørge for at de i hvert fall holdes i live mens de er innlagt. Da kan det kanskje føles ekstra vanskelig å slippe ut i den store verden igjen

alene, og med hele ansvaret hvilende på egne skuldre. Noen kan av den grunn lengte tilbake til ansvarsfraskrivelsen.

Evang (5) hevder at pasientene vegrer seg for ansvar på grunn av dårlig utviklete egoer, funksjoner og dermed manglende evne til selvstendighet. Ekte selvstendighet er frihet til å bruke seg selv til fulle (5). Sykepleieren bør derfor være sannferdig, synlig og forutsigbar. Det nytter ikke å late som om man bryr seg; man må vise ekte interesse og troverdighet (5). For pasienten er det derfor avgjørende å se at noen holder ut med vedkommende, er overbærende med affektene og kan gjøre følelsene mindre uutholdelige (6).

Nilson og Silfving (3) understreker at det alltid bør være atferden som skal konfronteres, aldri personligheten. Kunsten er å forklare hva som aksepteres og forventes på en saklig måte uten å være nedvurderende eller anklagende. De legger vekt på at sykepleierne må tørre å være nærværende uten samtidig å bli for personlig berørte,

«Jeg kan selv ha bidratt til å støtte opp under offerrollen til pasientene.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

men alltid med bekreftende og respektfull undertone (3).

SE SAMMENHENGEN

Antonovsky (18) fremhever det å se pasienten som en helhet og noe mer enn delobjekter. Mestring i hverdagen beskrives som «opplevelse av sammenheng», eller salutogenese, der det fokuseres på det friske og det som kan utvikles hos mennesket. Han fant tre kjennetegn hos mennesker som har lyktes i å utvikle en positiv grunnholdning til tross for store påkjenninger: forståelse, håndterbarhet og opplevelse av mening. Sammenfattet kan disse tre aspektene forstås som opplevelse av sammenheng (18).

I tråd med Antonovsky fremhever Paris (4) at UPF-pasientene bør strebe etter å finne noe meningsfylt i tilværelsen for å kunne komme seg videre. Men kanskje er det nettopp slik at disse menneskene ofte ikke har noe meningsfylt å gå til? Det å bli frisk betyr ikke mye om man ikke har et liv å gå tilbake til (4). Kanskje bør man lete etter elementer i pasienten som er friske og sunne, for de finnes alltid.

Paris (4) understreker også viktigheten av å appellere til pasientens friske sider. Hvis sykepleieren viser pasienten at noe friskt finnes, og at de har tro på det, kan det føles meningsfylt. Salutogenesen kan i tillegg også bidra til at pasienten forstår sammenheng i sitt eget liv og hvorfor ting har blitt som de er. Erfaringsmessig fokuserer ofte pasienter med UPF på alt som har gått galt i livet. Det er vanskelig å se fremover om de dveler for mye ved det vonde, eller om de bruker fortiden sin som «hvilepute» og gir den skylden for at de aldri kommer seg videre.

Dette synet støttes av Paris (4), som understreker at her og nå-situasjonen er viktigere enn å jobbe seg gjennom barndomstraumer. I forlengelsen av dette hevder Wilhelmsen (1) at hvis man er offer for traumer eller er bitter og ikke vil ta ansvar, kan man bli offer for et nytt overgrep, denne gangen fra seg selv.

KONKLUSJON

Denne artikkelen har vist at det å frata ansvar og forsterke UPF-pasientens offerrolle er en uhen-siktsmessig strategi som kan opprettholde og forverre pasientens infantile forventninger og regresjonstendens. Det er derfor viktig å holde fast ved de rammene avdelingen har samt stille krav om ansvarlighet og fremme selvstendighet for UPF-pasientene. Det finnes også holdepunkter for å hevde at det er mer hensiktsmessig for disse pasientene å fokusere på nåtiden og fremtiden enn å leve i fortiden. ●

REFERANSER:

1. Wilhelmsen I. Det er ikke mer synd på deg enn andre. – En bok om ansvar og frigjøring. Stavanger: Hertervig Forlag. 2012.
2. Moskowitz R. Lost in the mirror. An inside look at Borderline Personality Disorder. Maryland: Taylor Trade Publishing. 2001.
3. Nilsson G, Silfvig T. Farlige relasjoner – om borderline. København: Nordisk Forlag. 2002.
4. Paris J. Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient. Lawrence Erlbaum Associates Inc. 2007.
5. Evang A. Utvikling, personlighet og borderline. Oslo: Cap-pelen Damm. 2012.
6. Gabbard GO, Wilkinson SM. Borderline behandling og mod-overføring. København: Hans Reitzels Forlag. 1996.
7. Henriksen JO, Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
8. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler. Kap. 2.2.4. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NFS-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>. (Nedlastet 03.02.2017).
9. Norges offentlige utredninger (NOU) (2011): 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balanseringen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>. (Nedlastet 03.02.2017).
10. Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
11. Kåver A, Nilsson Å. Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2009.
12. Anstorp T, Benum K, Jakobsen M. Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integring av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. 2012.
13. Bøe TD, Thomassen A. Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk. Oslo: Universitetsforlaget. 2010.
14. Stroud J, Parsons R. Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. Personality and Mental Health 2013;7:242–53.
15. Larsen, K. «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!!!» Motoverføring og suicidalitet.
16. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Tilgjengelig fra fra: <https://helseidrektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern>. (Nedlastet 14.02.2017).
17. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2012.
18. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Tilgjengelig fra: <https://www.sizeanddiversityandhealth.org/images/uploaded/Health%20Promot%20Int.-1996-ANTONOVSKY-II-8-1.pdf>. (Nedlastet 14.02.2017).

De kjente og kjære.....



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



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



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

De ukjente og fremtidens kjære.....



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



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

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

ditt naturlige valg
NATUR
import

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



SKRIVER DAGBOK TIL RESPIRATORPASIENTER

Gjennom dagboknotater får sykepleiere bedre innsikt i sin egen sykepleieutøvelse og mer empati for pasienten.

EVALUERINGSSTUDIE:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60967

Nina Fålnun
 Fag- og forskningssykepleier, intensivsykepleier og førstelektor, Haukeland universitetssjukehus og Høgskolen i Bergen

Kjersti Oterhals
 Fag- og forskningssykepleier, intensivsykepleier og førsteamanuensis, Haukeland universitetssjukehus og Høgskolen i Bergen

Marianne S. Holm
 Intensivsykepleier og fagutviklingsykepleier, Rikshospitalet, Oslo universitetssjukehus

Ann-Cathrin Melby
 Intensivsykepleier, Haukeland universitetssjukehus

Tone M. Norekvål
 fag- og forskningssykepleier og professor, Haukeland universitetssjukehus, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen

Intensivbehandling er krevende for pasienter, pårørende og helsepersonell. Ved langvarig respiratorbehandling er utfallet ofte usikkert, med både fysiske og psykiske senskader (1). Studier har vist at disse pasientene i ettertid opplever både hukommessvikt og uvirkelige minner fra intensivoppholdet (2, 3), angst og depresjon (4, 5), posttraumatiske stressreaksjoner (PTSD) (6) samt redusert helserelatert livskvalitet (7).

DAGBOK SOM INTERVENSJON

Det er ikke publisert noen randomiserte kliniske studier med dagbok som intervensjon som kan vise til signifikant reduksjon av PTSD, angst eller depresjon sammenliknet med pasienter som ikke fikk tilbud om dagbok (8). På den annen side er det heller ikke vist at å få overlevert dagboken etter utskrivelse fra sykehuset er til skade for pasienter og familiemedlemmer (8), selv om fotografier i dagboken må brukes med varsomhet da de kan gi sterke følelsesmessige reaksjoner hos enkelte (3).

Dagbok er en intervensjon der sykepleiere tar utgangspunkt i pasientens reaksjon på sykdom og behandling og formidler denne i form av daglige notater i dagboken. Denne tilnærmingen kan bidra til at pasienten får bedre forståelse for sitt

sykdomsforløp på intensivavdelingen. I dagboken beskrives daglige hendelser, miljøet rundt pasientsengen, pasientbehandling, tanker og følelser relatert til situasjonen samt sykepleieiltak (9). Fra 2011 er dagbok anbefalt å være en del av norske pasienters journal (10).

VARIASJON I OPPFØLGING

Oppfølgingen av pasienter etter intensivbehandling varierer. I skandinaviske land begrenses oppfølgingen som oftest til en samtale to til tre måneder etter utskrivelse fra sykehuset, der gjennomgang av dagbok er hovedtemaet for samtalen (3).

Andre land, som England, tilbyr poliklinisk oppfølging og rehabiliteringsprogram (11). Variasjonen i oppfølgingstilbud til intensivpasientene er altså stor. Også på dette området foreligger det lite kunnskap om effekten og nytten av ulike tilbud, selv om det er vist at pasient og pårørende kan ha nytte av å delta på oppfølgingssamtale sammen (12).

STUDIER OM DAGBOK

Til tross for manglende kunnskap om effekten av dagbok og oppfølgingssamtale, finnes det kvalitative studier der både sykepleiere og pasienter uttrykker stor tilfredshet med tilbudet. Engasjementet hos

sykepleiere som skriver dagbok, er forankret i positive tilbakemeldinger fra takknemlige pasienter og pårørende (3, 13–15). Sykepleiere som skriver dagbok, kan få innsikt i pasientenes opplevelse av intensivbehandling, noe som kan bidra til å videreutvikle sykepleien til pasientgruppen (9).

Knappt halvparten av norske intensivenheter for voksne har opprettet dagbok som pasienttilbud (14). Vi har ikke funnet studier som har vurdert sykepleieres erfaringer med å skrive dagbok innenfor en enkelt intensivhet. Hensikten med denne studien er derfor å beskrive hva som fremmer og hemmer skriving av dagbok. Vi ønsker også å beskrive dagbokaktiviteten ved en medisinsk intensivhet på to ulike måletidspunkter: 2007 og 2015.

STUDIENS METODE

Vi gjennomførte studien som en evalueringsstudie. Både kvantitative og kvalitative data ble samlet inn. Vi inviterte alle sykepleiere med hovedstilling ved Medisinsk intensiv og overvåkning (MIO) ved Haukeland universitetssjukehus i 2007 og 2015 til å delta. Vi utarbeidet et spørreskjema spesielt designet for denne studien. Samme skjemaet ble benyttet både i 2007 og 2015.

Skjemaet besto av ni spørsmål

Fakta ●●●

Sammen- drag

Ved mange norske intensivavdelinger skrives det dagbok til pasienter som behandles med respirator. Dagboken kan gi pasientene innsikt i et behandlingsforløp som de fleste har få og uklare minner fra. Refleksjoner gjort av sykepleier i form av dagboknotat kan bidra til å videreutvikle omsorgstilbudet til pasientgruppen som helhet.

Stikkord

- Intensivpasienter
- Respirator
- Dagbok



PERSONLIGE MINNER: Sykepleiere skriver dagbok for å gi pasient og pårørende noe ekstra. Arkivfoto: Stig M. Weston

knyttet til demografiske variabler, dagbokaktivitet og tidsbruk, der spørsmålene hadde to til fire faste svaralternativer. I tillegg stilte vi to åpne spørsmål for å kartlegge individuelle holdninger til det å skrive dagbok: «I hvilke sammenhenger kan det være nyttig eller givende for deg å skrive dagbok?» og «Opplever du at det er situasjoner der det er vanskelig å skrive dagbok?».

I 2007 la vi spørreskjemaet i posthyllen til hver enkelt sykepleier. De besvarte skjemaet anonymt og la det i egen konvolutt på vaktrommet. Vi purret ved hjelp av muntlig informasjon på avdelingsmøter og skriftlig oppslag på vaktrommet.

I 2015 ble spørreskjemaet sendt ut og besvart ved hjelp av det elektroniske datainnsamlingsverktøyet Corporate Surveyor (CS). Alle

svar ble anonymisert og mottatt i egen SPSS-fil fra Fagsenter for pasientrapporterte data, Haukeland universitetssjukehus. De som ikke svarte, ble purret én gang via CS. På begge måletidspunktene formidlet vi informasjon om studien både skriftlig og muntlig før oppstart.

Virksomhetsdata knyttet til antall dagbøker, oppfølgingssamtaler, pasienter som mottok dagbok, og nye respiratorpasienter i perioden 2007 til 2015 hentet vi fra årsrapporter og Seksjon for helsestenesteutvikling, Haukeland universitetssjukehus.

Vi benyttet både kvantitative og kvalitative analyser. Kartleggingen av selvrapportert praksis er presentert med frekvens og prosentandeler. Vi analyserte tekstene fra de to åpne spørsmålene ved hjelp av anbefalte trinn i Graneheim og

Lundmans (16) innholdsanalyse. Alle skriftlige utsagn ble forkortet til meningsbærende enheter, sor-

«De fleste brukte fem til femten minutter på hvert dagboknotat.»

tert og kodet i subkategorier og kategorier som vist i tabell 3 og 4 senere i teksten. Personvernombudet i Helse Bergen vurderte studien til ikke å være meldepliktig.

STUDIENS FUNN

Henholdsvis 84 prosent (2007) og 67 prosent (2015) av alle aktuelle deltakere besvarte

spørreskjemaet. Alderssammensetningen endret seg, slik at det var langt flere sykepleiere over 50 år i 2015. Det samme gjaldt arbeidserfaring, med flere nyansatte og flere med over ti års yrkeserfaring fra intensivenheten (tabell 1 neste side).

De fleste brukte fem til femten minutter på hvert dagboknotat. Dette notatet ble hovedsakelig skrevet på aften- og nattevakt (figur 1 og 2 side 57). Henholdsvis 73 og 83 prosent av sykepleierne tok initiativ til å starte med å skrive dagbok, mens 25 prosent sluttet å skrive når pasienten ble ekstubert. Vi gjennomførte henholdsvis elleve og tolv oppfølgingssamtaler de to årene studien ble utført.

I 2007 rapporterte nesten alle sykepleierne (98 prosent) at de hadde deltatt i oppfølgings-samtale i løpet av sin tid ved avdelingen, mens 58



Tabell 1. Karakteristika ved dagbokskrivere

	2007 N = 46 n (%)	2015 N = 41 n (%)
Alder		
<30 år	2 (4,3)	2 (4,9)
30–40 år	21 (45,7)	9 (22,0)
40–50 år	17 (37,0)	13 (31,7)
50–60 år	3 (6,5)	16 (39,0)
>60 år	0	1 (2,4)
Ikke svart	3 (6,5)	0
Arbeidserfaring MIO*		
0–2 år	8 (17,4)	11 (26,8)
2–5 år	11 (23,9)	5 (12,2)
5–10 år	20 (43,5)	6 (14,6)
>10 år	5 (10,9)	19 (46,3)
Ikke svart	2 (4,3)	0
Stillingsprosent		
100 %	27 (58,7)	26 (63,4)
75–99 %	16 (34,8)	14 (34,1)
60–74 %	0	1 (2,4)
<50 %	2 (4,3)	0
Ikke svart	1 (2,2)	0
Utdanning		
Sykepleier	8 (17,4)	6 (14,6)
Spesialsykepleier	36 (78,3)	35 (85,4)
Ikke svart	2 (4,3)	0

*MIO = Medisinsk intensiv og overvaking

Tabell 2. Dagbokaktivitet

	2007 N = 46 n (%)	2015 N = 41 n (%)
Tar du initiativ til oppstart av ny dagbok?		
Ofte	6 (13,0)	4 (9,8)
Av og til	29 (63,0)	30 (73,2)
Aldri	11 (23,9)	7 (17,1)
Slutter du å skrive dagbok når pasienten ekstuberes eller våkner?		
Ja	12 (26,1)	10 (24,4)
Nei	30 (65,2)	27 (65,9)
Ikke svart	4 (8,7)	4 (9,8)
Har du deltatt på oppfølgingsamtale?		
Ja	45 (97,8)	24 (58,5)
Nei	1 (2,2)	17 (41,5)

«Pasienten formidler at dagboken er verdifull i ettertid.»

prosent hadde deltatt i 2015 (tabell 2). I perioden 2007 til 2015 skrev sykepleierne dagbok til 21 prosent av alle nye respiratorpasienter. Henholdsvis 31 (67 prosent) og 20 (49 prosent) sykepleiere besvarte minst ett av de åpne spørsmålene. Vi analyserte tekstene fra de åpne spørsmålene fra 2007 og 2015 samlet.

ANALYSESPØRSMÅL 1

I analyseprosessen fremkom det sju subkategorier som var relatert til tre kategorier fra besvarelse-

sene på spørsmålet

«Når kan det være givende eller nyttig for deg å skrive dagbok?»

De tre kategoriene er som følger (tabell 3 side 58):

Opplevelse av økt sammenheng i pasientomsorgen

Tydeliggjøring av pasientfokus
Styrker motivasjon og opplevelse av mening

PASIENTOMSORG

Når det gjelder kategorien «Opplevelse av økt sammenheng i pasientomsorgen», opplevde sykepleierne at det å skrive dagbok gir innsikt i egen sykepleieutøvelse og egne holdninger: «Ved å skrive må vi forenkle, gjøre forståelig og kanskje begrunne de ulike aktivitetene en intensivsykepleier gjør og det en intensivbehandling medfører.» Skrivningen kan også bidra til økt innlevelse i pasientens situasjon.

Dagboken hjelper sykepleierne til å reflektere over egne holdninger til pasienten. Skrivningen gir tid til refleksjon og oppsummering, og oppleves som nyttig da man må samle tankene og kjenne på hva pasienten gjennomgår: «Jeg får anledning til å tenke over hva som er viktig for pasienten å få vite om intensivoppholdet i ettertid.»

Sykepleierne synes det er godt å få anledning til å oppsummere den enkelte vekten. De setter også pris på å tydeliggjøre for pasienten i dagboknotatet hvilke tiltak som har blitt iverksatt, hvordan

pasienten responderer på disse tiltakene og hvilke personer som har vært innom rommet.

PASIENTFOKUS

For kategorien «Tydeliggjøring av pasientfokus» opplevde sykepleierne at det å skrive dagbok bidrar til økt empati og innlevelse. De hevder at skrivingen gir dem et mer personlig forhold til pasienten og at de blir mer bevisste på hvordan de møter vedkommende: «Det blir en øvelse i å se pasienten med litt andre øyne enn de profesjonelle.» Sykepleierne opplever også at de ved å skrive dagbok ivaretar og utfyller pasientens minner og opplevelser fra intensivbehandlingen.

Gjennom dagboknotatene kan de gi pasienten fakta fra en tid med få personlige minner og dermed hjelpe vedkommende med å bearbeide og forstå hendelser under og etter respiratorbehandlingen: «Jeg beskriver gjerne både prosedyrer og hvordan jeg oppfatter pasienten og hva jeg observerer.»

De skriver ikke nødvendigvis for sin egen del, de skriver for å gi pasient og pårørende noe ekstra. Nytteverdien for sykepleierne ligger i opplevelsen av å gi den enkelte pasient noe utover ordinær pasientomsorg, noe de tror og håper vil være nyttig for pasienten. Hvis flere sykepleiere bidrar med notater i dagboken, oppleves det som en ekstra motivasjon for videre skriving.

MOTIVASJON OG MENING

Når det gjelder den siste kategorien, «Styrker motivasjon og opplevelse av mening», hevdet sykepleierne at det er motiverende med positive tilbakemeldinger under oppfølgings samtalen. Pasienten formidler at dagboken er verdifull i ettertid: «Pasientene sier det ligger mye omsorg i dagboken, at vi bryr oss om det som skjer også etter at de har vært hos oss.» Noen formidler at tidligere forskning er en motivasjonsfaktor, da det er vist at dagboken kan hjelpe pasienten til å bearbeide opplevelser under intensivoppholdet.

De skriver best når de har kjent pasienten over tid, og når det er en positiv utvikling. Det er mest meningsfylt å skrive når pasienten er kjent, og når det er håp om bedring. Samtidig formidler sykepleierne at dagboken er vel så viktig for pasienter som er kritisk skadde og bevisstløse over lengre tid: «Når forløp svinger og ved langvarig behandling der pasienten sover eller er uklar, er det viktig å skrive dagbok.»

ANALYSESPØRSMÅL 2

Da vi analyserte svarene på spørsmålet «Opplever du situasjoner der det er vanskelig å skrive dagbok?», fremkom det seks subkategorier relatert til tre kategorier. De tre kategoriene er som følger (tabell 4 side 59):

Mangel på tid til refleksjon og skriving
Liten kontinuitet i pasientoppfølging
Opplevelse av mangel på motivasjon og mening når pasienten er terminal og pårørende er krevende.

MANGEL PÅ TID

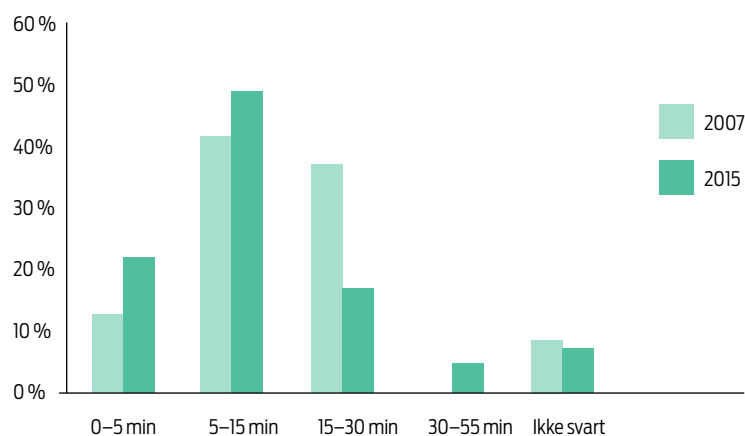
Den første kategorien er «Mangel på tid til refleksjon og til å skrive». Det er mye å skrive for den som starter opp. Skriveprosessen er tidkrevende, og spesielt innlednings- og avslutningsnotat er utfordrende. Det kan være vanskelig å finne de rette formuleringene: «Jeg må bruke litt tid til å kladde, så det kan være vanskelig å få nok tid til å skrive det jeg vil.»

På travle vakter må sykepleieren ofte arbeide overtid for å få ferdigstilt notatet. Det er mange oppgaver som skal ivaretas under en intensivbehandling, og sykepleierne prioriterer pasientoppfølging på travle vakter: «Når det er travelt blir dagbok bortprioritert, pasientbehandlingen kommer først.»

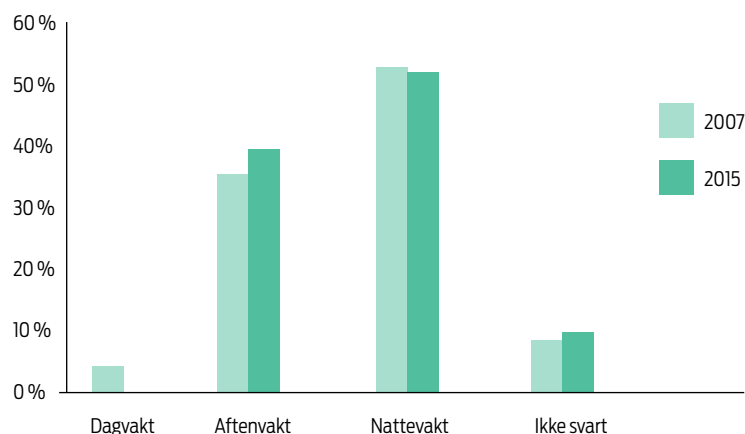
LITEN KONTINUITET

Når det gjelder kategorien «Liten kontinuitet i skriving og pasientoppfølging», kommer det frem at det tar tid å bli kjent med både pasient og pårørende. Før denne kontakten er opprettet, kan det være utfordrende å komme i gang med

Figur 1. Tidsbruk ved skriving av dagboknotat



Figur 2. Tidspunkt på døgnet som er best egnet til å skrive dagbok



skrivningen: «Jeg synes det er vanskelig å komme i gang når jeg verken har møtt pasienten eller familien hans.»

Det oppleves som demotiverende når få andre skriver, spesielt i de tilfellene der de tenker at kollegaer har hatt både tid og anledning: «Jeg synes det er vanskelig å komme i gang når pasienten har lagt [sic] flere dager i avdelingen uten at noen andre har startet med dagbok.»

Sykepleierne foreslår at dagboknotat registreres i intensivkurven. I en stor personalgruppe vil det til enhver tid være mange nyansatte og vikarer. Manglende kompetanse og erfaring kan være årsak til at det skrives få dagbøker.

MANGEL PÅ MOTIVASJON

Den tredje kategorien er «Opplevelse av mangel på motivasjon og mening når pasienten er terminal og pårørende er krevende». Det oppleves som vanskelig å skrive notat ved dårlig prognose og når behandlingen avsluttes: «Det virker litt meningsløst når det er klart at pasienten med stor sannsynlighet ikke vil overleve.»

Sykepleiere opplever at det er vanskelig å finne noe positivt å skrive om i denne fasen. Det er også utfordrende å skrive ved krevende pasient- og pårørendeatferd: når pasienten er utagerende, når pårørende krever mye oppmerksomhet og når det er konflikter i pasientens familie.



Tabell 3. Faktorer som fremmer skrivning av dagbok

Sitat	Subkategori	Kategori
Ved å skrive må vi forenkle, gjøre forståelig og begrunne de ulike aktivitetene en intensivsykepleier gjør og en intensivbehandling medfører.	Innsikt i egen sykepleieutøvelse og egne holdninger	Opplevelse av økt sammenheng i pasientomsorgen
Jeg får anledning til å tenke over hva som er viktig for pasienten å få vite noe om i ettertid.	Tid til refleksjon og oppsummering	
Dagboken er med på å holde pasientfokus og empatien levende.	Bidrar til økt empati og innlevelse	Tydeliggjøring av pasientfokus
Dagbok kan hjelpe pasienten til å huske og forstå deler av sykehusoppholdet og behandlingen bedre.	Bidrar til å utfylle pasientens minner fra intensivbehandlingen	
Nytteverdien for meg er at jeg føler at jeg gjør noe ekstra for pasienten.	Skriver for å gi pasient og pårørende noe ekstra	
Jeg opplever det motiverende når pårørende og pasient kan ha nytte av dagboken i ettertid og at jeg får være med på oppfølgingsamtale.	Motiverende med positive tilbakemeldinger ved oppfølgingsamtale	Styrker motivasjon og opplevelse av mening
Det er nyttig med dagbokskrivning når det er håp.	Meningsfullt å skrive når pasienten er kjent og det er håp om bedring	

DISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke hva som fremmer og hemmer skriveprosessen samt å kartlegge volum, aktivitet og tidsbruk relatert til benyttelse av dagbok ved respiratorbehandling. Sykepleiere ved denne avdelingen skrev de første dagbøkene i oktober 2003 (17). Dagbok har altså en lang tradisjon og er en godt innarbeidet aktivitet. Til tross for dette er et hovedfunn i studien at en stor andel av sykepleierne kun av og til tar initiativ til oppstart av dagbok, selv om tidsbruken er begrenset. Dermed er det knapt en fjerdedel av pasientene som mottar dette tilbudet.

Sykepleiere som skriver dagbok, opplever at det er en sammenheng i pasientomsorgen, at pasientfokus tydeliggjøres og at motivasjonen og opplevelsen av mening styrkes. Mangel på tid til refleksjon og skrivning, liten kontinuitet i skrivning og pasientoppfølging samt terminale pasienter og krevende pårørende reduserer motivasjonen til å skrive.

SKRIVING GIR INNSIKT

Sykepleierne opplever at det å skrive dagbok bidrar til både å tydeliggjøre sykepleiepraksis og styrke pasientfokus. Også i tidligere studier er det funnet at sykepleiere øker sin varhet overfor pasientens

nonverbale uttrykksform ved å skrive dagbok (10). Skrivningen gir større innsikt i pasientens fysiske reaksjoner og tydeliggjør hvordan sykepleieren møter disse reaksjonene (9, 18).

Skrivningen gir også utfordringer på et mer personlig plan ved at sykepleierne blir mer bevisste på hvordan de ser og møter pasienten. De legger ned mye arbeid i notatets utforming og innhold, da dette utfyller eller erstatter pasientens hukommelse gjennom intensivbehandling. En innvending mot dagboknotatene er at de ofte beskriver sykepleierens handlinger heller enn pasientens reaksjoner på dem (19). I denne studien er det vist at sykepleiere beskriver begge disse aspektene.

Å skrive dagbok oppfattes som særlig motiverende når sykepleieren får tilbakemelding fra pasienten og de pårørende under oppfølgingsamtale om at det ligger mye god omsorg i dagboken. Det er også tidligere vist at pasientene formidler at de får større innsikt i den tiden med respiratorbehandling som de selv ikke kan huske, ved å delta på oppfølgingsamtale (3, 13). Det er derfor bekymringsfullt at antall sykepleiere som har deltatt i denne samtalen, er redusert med over 40 prosent fra 2007 til 2015 (tabell 1).

BEDRER KOMMUNIKASJONEN

Etter både nasjonale og lokale retningslinjer skrives dagbok til pasienter som forventes å ha behov for respiratorbehandling i mer enn 48 timer, og som har en prognose som tilsier at de kan få nytte av dagboken etter intensivbehandling (10). Sykepleierne i denne studien er mest motivert til å skrive når de har kjent pasienten over tid og når det er håp om bedring. De sier også at det er viktig å skrive dagbok ved kompliserte og langvarige forløp.

Dagboknotat kan bidra til bedre kommunikasjon med pasienter

«Det kan være vanskelig å finne de rette formuleringene.»

som blir trakeostomert i forløpet og som har problemer med å uttrykke seg verbalt, da sykepleier kan bruke historier i dagboken som samtaleverktøy.

TIDKREVENDE Å SKRIVE

Skriveprosessen er tidkrevende og nedprioriteres på travle vakter. I en tidligere studie er det vist at tiden som går med til å skrive, er tretten minutter på første notat, deretter tre til seks minutter på oppfølgingsnotatet (20). I denne studien bruker de fleste mellom fem og femten minutter på å skrive dagboknotat. Tidsbruket i seg selv er ikke høy. Det er det uforutsigbare pasientforløpet, gjerne med kritiske hendelser, som legger beslag på sykepleiernes oppmerksomhet.

Uforutsigbarhet og travelhet er imidlertid en del av intensivsykepleiernes hverdag, og dagbokens betydning for videre pasientforløp bør fremheves i personalgruppen (14). Det tar også tid å opprette en relasjon til pasienten og vedkommendes familie. Denne relasjonen er en viktig motivasjonsfaktor til å skrive notat. En annen viktig faktor er opplevelsen av å skrive i fellesskap med kollegaer. Det kan være demotiverende hvis få tar initiativ til å opprette dagbok og kontinuerlig skrivingen.

Som regel er det opp til den enkelte sykepleieren å vurdere om og når de skal starte opp med dagbok (21, 22). Primærmålgruppen for dagbok er pasienter som behandles med respirator over lengre tid. I nasjonale anbefalinger for skriving av dagbok utvides tilbudet til også å gjelde våkne pasienter som behandles med noninvasiv respirasjonsstøtte (10, 19). Dette kan synes ambisiøst når vi vet at det skrives dagbok til kun en fjerdedel av pasientene som behandles med respirator.

Pasientgruppen er uansett heterogen og gir dermed utfordringer når det gjelder vurdering av behandlingsvarighet og prognose. En fjerdedel av sykepleierne avslutter dagboknotatene når pasienten kan puste selv. Mange slutter også

å skrive når behandlingen avsluttes og pasienten er døende.

I de nasjonale anbefalingene for bruk av dagbok er det ikke retningslinjer for når dagbok-

«Det oppleves som vanskelig å skrive notat ved dårlig prognose.»

skriving bør avsluttes. Imidlertid anbefales det at nærmeste pårørende får tilbud om dagbok etter dødsfall dersom det ikke foreligger særlige grunner for ikke å gjøre dette (15). Før målgruppen for dagbok utvides, bør det foreligge mer forskning på sykepleiernes opplevelse av kapasitet og motivasjon.

KONKLUSJON

Studien viser at kun en fjerdedel av pasientene som i henhold til lokale og nasjonale retningslinjer skal få tilbud om dagbok, faktisk får det. Enda færre får tilbud om oppfølgingsamtale. Sykepleiere som skriver dagbok, opplever at skrivingen gir innsikt i egen sykepleieutøvelse, styrker forholdet til pasienten og er verdifull for pasientens rehabilitering.

Tid er imidlertid en begrenset faktor for mange. De opplever at tid til å skrive kan gå på bekostning av tid til å ivareta pasientomsorgen. For å styrke motivasjonen til å skrive dagbok bør ansvarlig sykepleier delta i oppfølgingsamtale. Det er behov for videre forskning på hvilke pasientgrupper som kan ha mest nytte av tilbudet og hva som skal til for å øke sykepleiernes motivasjon til å skrive dagbok. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

Tabell 4. Faktorer som fremmer skriving av dagbok

Sitat	Subkategori	Kategori
Dersom det ikke er skrevet kontinuerlig er det mye å skrive for den som starter.	Skriveprosessen er tidkrevende	Mangel på tid til refleksjon og skriving
Det er mange oppgaver når pasienten ankommer avdelingen, det kan være vanskelig å få tid til å skrive.	Prioriterer pasientoppfølging på travle vakter	
Vanskelig å motivere seg til å skrive når ingen andre skriver – selv om de har både tid og anledning.	Demotiverende når få andre skriver	Liten kontinuitet i skriving og pasientoppfølging
Det er ofte lite kontinuitet i personalet og mange er ganske nye.	Manglende kompetanse og erfaring	
Det virker litt meningsløst når det klart at pasienten med stor sannsynlighet ikke vil overleve og pasienten ikke våkner.	Opplevelse av meningsløshet ved dårlig prognose	Opplevelse av mangel på motivasjon og mening ved terminale pasienter og krevende pårørende
Det er vanskelig å skrive når pasienten har utagerende atferd og det er konflikter i familien.	Utfordrende pasient- og pårørendeatferd	

REFERANSER:

- Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD, Brummel NE et al. Depression, post-traumatic stress disorder and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med* 2016;2(5):369–79.
- Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients – a 2 months follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:671–8.
- Storli SL, Lind R. The meaning of follow-up in intensive care: patients perspective. *Scand J Caring Sci* 2009;23:45–56.
- Knowles RE, Tarrier N. Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Crit Care Med* 2009;37(1):184–91.
- Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Med* 2005;35(5):796–809.
- Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(5):421–34.
- Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Herridge MS, Needham DM. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Med* 2005;31(5):611–20.
- Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J et al. Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: A Cochrane Systematic Review. *Int J Nurs Stud* 2015;52(7):1243–53.
- Roulin MJ, Hurst S, Spirig R. Diaries written for ICU patients. *Qual Health Res* 2007;17(7):893–901.
- Storli SL, Eskerud RS, Gjengedal E, Holme AN, Synnevgå H. Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger. 2011. Tilgjengelig fra: www.nsf.no/vis-artikkel/795416/17036/Nasjonale-anbefalinger-for-bruk-av-dagbok. (Nedlastet 19.02.2017).
- Griffiths JA, Barber VS, Cuthbertson BH, Young JD. A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia* 2006;61(10):950–5.
- Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nurs Crit Care* 2015 Feb 17. doi: 10.1111/nicc.12165.
- Engström A, Rogmalm K, Marklund L, Wälivaara BM. Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence. *Nurs Crit Care* 2015 Feb 18. doi: 10.1111/nicc.12168.
- Gjengedal E, Storli SL, Holme AN, Eskerud RS. An act of caring – patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nurs Crit Care* 2010;15(4):176–84.
- Ewens B, Chapman R, Tulloch A, Hendricks JM. ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Aust Crit Care* 2014;27(1):28–35.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004 Feb;24(2):105–12.
- Fälun N, Wæraas I, Gravdal JO, Norekvål TM. Diary of intensive care patients – an act of care. *Eur J Card Nurs* 2005 vol. 4:75–6.
- Egerod I, Christensen D. Analysis of patient diaries in Danish ICUs: a narrative approach. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25(5):268–77.
- Egerod I, Bagger C. Patients' experiences of intensive care diaries – a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(5):278–87.
- Nydahl P, Bäckman CG, Bereuther J, Thelen M. How much time do nurses need to write an ICU diary? *Nurs Crit Care* 2014;19(5):222–7.
- Egerod I, Risom SS, Thomsen T, Storli SL, Eskerud RS, Holme AN, Samuelson KA. ICU-recovery in Scandinavia: A comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. *Intensive Crit Care Nurs* 2013;29(2):103–11.
- Åkerman E, Granberg-Åxell A, Ersson A, Fridlund B, Bergbom I. Use and practice of patient diaries in Swedish intensive care units: a national survey. *Nurs Crit Care* 2010;15(1):26–33.



NYLIG PUBLISERT



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelleverderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter.

Sammendrag:



Passer gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for alle med diabetes 2?

Bakgrunn: Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud arrangeres for å øke mestringskompetansen og forebygge komplikasjoner ved diabetes type 2. Det er imidlertid usikkert hvorvidt tilbudet er attraktivt for alle. Internasjonale studier viser at pasienter som i liten grad følger opp anbefalinger om livsstil og har lav sosioøkonomisk status, er underrepresentert i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud.

Hensikt: Studien undersøker hvor stor andel av et utvalg pasienter med type 2-diabetes som har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Forfatterne undersøker også hva som karakteriserer deltakerne og dem som ikke deltar.

Metode: Forfatterne utførte en deskriptiv tverrsnittsstudie, der 298 voksne pasienter med type 2-diabetes fylte ut et spørreskjema. Svarprosenten var 84,2. Kji-kvadrattest og logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å sammenlikne deltakere med ikke-deltakere.

Resultat: Studien inkluderer 61 prosent menn og 39 prosent kvinner med gjennomsnittsalder 60 år. 38 prosent av respondentene har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Forfatterne fant signifikante forskjeller på informanter som har deltatt i opplærings- og mestringstilbud sammenliknet med ikke-deltakere. Et flertall blant kursdeltakerne har høyt utdanningsnivå, og det er flest kvinner blant kursdeltakerne. Røykere er i flertall blant ikke-deltakere. De som deltok på opplæringskurs, var betydelig mer fysisk aktive.

Konklusjon: Funnene viser skjev rekruttering til gruppebaserte lærings- og mestringstilbud og indikerer at det er behov for å utvikle og prøve ut alternative tilbud for å nå flere grupper av befolkningen.

Forfattere:

Ingrid Ruud Knutsen,
Dagmara Bossy og
Christina Foss



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til

Bakgrunn: Samhandlingsreformen ble innført i januar 2012 for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester. I denne studien har forfatterne sammenliknet situasjonen for skrøpelige gamle som blir overført fra sykehus til sykehjem før og etter at reformen var innført. De har sett på 1) forekomst av dødsfall og 2) alder, kjønn, liggedøgn og utskrivningsdestinasjon.

Hensikt: Undersøke mulige forskjeller i populasjonen ved overføring fra sykehus til sykehjem, før og etter innføringen av samhandlingsreformen.

Metode: Dataene ble samlet fra en korttidsavdeling ved et sykehjem med 35 senger. Opplysninger om pasientenes alder, kjønn, liggedøgn, utskrivningsdestinasjon og død på sykehjem ble retrospektivt innhentet fra 186 pasienter ≥ 70 år fra perioden før samhandlingsreformen ble innført, og fra 177 pasienter etter innføringen.

Resultat: Forfatterne fant en dobling av antall pasienter som døde på sykehjem etter sykehusopphold (27% versus 13%, $p < 0,002$) etter at samhandlingsreformen var innført. Da de sammenliknet med før reformen, så de at pasientene som var innlagt etter at samhandlingsreformen var innført, var eldre (median 88 år (range 73–103) versus 85 år (range 70–99), $p < 0,001$). Færre ble overført til annet sykehjem (21 prosent mot 45 prosent, $p < 0,001$), og flere ble utskrevet til eget hjem (47 prosent mot 36 prosent, $p = 0,04$).

Konklusjon: Resultatene viser at pasienter som ble overflyttet fra sykehus til sykehjem etter at samhandlingsreformen var innført, var eldre. Dessuten døde flere på korttidsopphold ved sykehjem etter overføring fra sykehus. Det er grunn til å anta at disse resultatene har konsekvenser for kompetanse og bemanningsbehov i sykehjem.

Forfattere:

Frøydis Bruvik, Jorunn
Drageset og Jenny Foss
Abrahamsen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Kartlegging av depressive symptomer ved hjertesykdom

Bakgrunn: Depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom og har store konsekvenser for livskvalitet, arbeidsevne og evne til etterlevelse av medisinsk behandling. Derfor anbefaler helsemyndighetene rutiner for å kartlegge depresjon.

Hensikt: Målet med studien var å prøve ut en metode for å kartlegge depressive symptomer hos pasienter med hjertesykdom.

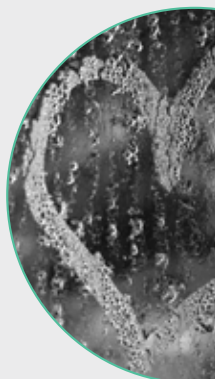
Metode: På en hjertemedisinsk sengepost prøvde forfatterne ut en metode ved bruk av spørreskjemaet PHQ-9 for å kartlegge depresjon hos 106 pasienter med hjerte- og karsykdom. Vanligste innleggelsesdiagnose var hjerterytmeforstyrrelse, hjertesvikt eller hjerteklaffefeil.

Resultat: Sammenliknet med tidligere studier fant forfatterne langt færre pasienter som tilfredsstilte kriterier for depresjon og samtidig hjertesykdom. Bare seks av 106 tilfredsstilte disse kriteriene, mens en betydelig undergruppe på 33 pasienter hadde milde depressive symptomer.

Konklusjon: Pasienter med hjertesykdom er i risiko for å utvikle depresjon, og de aktuelle pasientene må identifiseres for at de skal få adekvat helsehjelp. I studien viste det seg at det på en hjertemedisinsk sengepost var mulig å implementere en metode for å kartlegge depressive symptomer ved å bruke skjemaet PHQ-9. Det kan synes for tidlig å kartlegge i en akuttmedisinsk fase av hjertesykdom. Forfatterne gjennomfører nå en studie av kartleggingsprosedyrer under den polikliniske oppfølgingen etter utskrivelsen.

Forfattere:

Torkil Berge, Arnstein Finset, Elin Fjerstad, Lise Søvde Henriksen, Ingrid Hyldmo, Nina Lang, Jorun Vego og Erik Øie



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Simuleringsbasert teamtrening på barneavdeling

Bakgrunn: Faglig forsvarlig utøvelse av helsehjelp forutsetter samarbeid mellom det involverte helsepersonellet. De må ha gode faglige kunnskaper og praktisk øvelse i samhandling. De siste tiårene har helsepersonell gjennom simulering trent på realistiske pasientsituasjoner som krever kompleks beslutningstaking og samarbeid. Denne treningen er basert på erfaringer fra luftfarten kalt «Crew Resource Management» (CRM).

Hensikt: Å beskrive hvordan spesialsykepleiere i barneavdelinger opplever å delta i simuleringsbasert teamtrening. Hensikten er også å beskrive hvilken betydning slik trening kan ha for pasientbehandlingen i akutsituasjoner, basert på spesialsykepleierens erfaringer.

Metode: Studien har et kvalitativt, induktivt og beskrivende design. Utvalget besto av ti spesialsykepleiere, rekruttert fra barneavdelinger ved tre sykehus. Forfatterne samlet inn data gjennom individuelle intervjuer, som de analyserte i henhold til Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.

Resultat: Spesialsykepleierne beskrev hvilken betydning en planlagt og virkelighetsnær simulering hadde, hvordan de lærer og mestrer gjennom simulering, og hvilken betydning de mener simulering har for akutsituasjoner.

Konklusjon: Spesialsykepleierne i denne studien erfarte at deltakelse i simuleringsbasert teamtrening bidrar til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og trygghet på egne ferdigheter. De fremhever at simuleringsbasert teamtrening bør tilbys som en planlagt aktivitet. I denne studien beskrives organiseringen og gjennomføringen av simulering i den enkelte barneavdeling som tilfeldig og uten klare krav og rammer. Således kan det være behov for en felles norsk standard for simuleringsbasert teamtrening for å ivareta en pasients sikkerhet i akutsituasjoner.

Forfattere:

Irene Rød, Ellen Irene Westby Moen og Solveig Struksnes



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Helsepersonell må ofte overbringe grusomme beskjeder om prognoser, diagnoser og død. Stine Torp Løkkeberg har studert den vonde samtalens kunst.

De aller vanskeligste samtalene

• Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Spesielt én pasient har brent seg fast i Stine Torp Løkkebergs hukommelse.
– Da jeg jobbet som hjemmesykepleier hadde jeg ansvar for å følge opp en ung kvinne på min egen alder, minnes hun.

Kvinnen hadde små barn og en svært alvorlig kreftdiagnose. Legen hadde fortalt henne at hun snart kom til å dø. Likevel var kvinnen, ifølge Løkkeberg, mest opptatt av ting som skulle skje langt frem i tid.

– Det var ofte urealistiske ting gitt hennes helsetilstand.

Løkkeberg ønsket å spørre kvinnen hvordan hun egentlig hadde det, men fikk det ikke til.

– Hadde jeg visst det jeg vet nå, så hadde jeg gått inn de vanskelige temaene på en helt annen måte. Jeg ville ikke vært så redd for å sette i gang en negativ reaksjon.

ÆRLIGHET VERSUS EMPATI

Opplevelsene med den dødssyke kvinnen og liknende erfaringer vekket en interesse i Løkkeberg for hvordan egne følelser og holdninger påvirker formidleren av ubehagelig informasjon. Interessen har nå resultert i en doktorgrad med seks delstudier som totalt inkluderer over 900 deltakere.

I én studie ba hun medisinstudentene tenke seg hvordan man på ulike måter kan fortelle en pasient om en alvorlig diagnose. I en annen ba hun sykepleiestudentene vurdere strategier for oppfølging av slike samtaler med alvorlig syke og døende.

Løkkeberg fant at det var tre typiske måter å forholde seg til dette på:

– Den første er å være direkte, ærlig og faktaorientert. Alternativt kan man være veldig beskyttende, empatisk og tone ned det negative. En tredje strategi er den personsentrerte. Her er man opptatt av å være empatisk, og samtidig

ærlig og direkte. Man tar hensyn til ønsker og tilpasser budskap og formidling til pasienten.

MINST UBEHAG

Studiene viste at strategien som ga desidert mest emosjonelt ubehag for formidleren, var den direkte, mens den personsentrerte ga minst. Det ser med andre ord ikke ut til å være slik at kjølig profesjonalitet beskytter budbringeren følelsesmessig. Snarere tvert imot.

Selv om en personsentrert tilnærming kan sies å være et slags ideal, mener Løkkeberg at det ofte ser annerledes ut i praksis.

– Vi hører eksempler på at pasienter får formidlet alvorlige diagnoser i korridoren i forbifarten. Vi vet også at pasienter som i klartekst sier de ønsker å vite alt, ikke får det.

Løkkeberg tror én årsak kan være at leger og sykepleiere synes dette er ubehagelig og vanskelig.

– De havner gjerne i et klassisk dilemma der man på den ene siden er pålagt å gi informasjon, men på den annen siden vil la pasienten bevare et visst håp. Selvfølgelig behøver ikke dette alltid å være et håp om å overleve, men de to hensynte kan likevel ofte stå i motsetning til hverandre.

Dette mener Løkkeberg kan gjøre at enkelte velger å bli litt vage i kommunikasjonen og toner ned det negative.

«Hadde jeg visst det jeg vet nå, hadde jeg gått inn de vanskelige temaene på en helt annen måte.»

Fakta

Stine Torp Løkkeberg

- Førsteamanuensis i sosialpsykologi ved Høgskolen i Østfold
- Disputerte for sin doktorgradsavhandling i sosialpsykologi ved Universitet i Kent 1. desember 2016 med tittelen «Risking the social bond when communicating unpleasant information: How self-relevant appraisals and feelings explain distancing and repair motivation»
- Har tidligere jobbet som sykepleier både på sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten

GRÅTE FORAN PASIENTEN

Noen kan engste seg for å vise for mye følelser og for eksempel begynne å gråte foran en pasient.

– Det er det mange som tenker at det kan vi ikke gjøre, vi er jo profesjonelle, sier Løkkeberg.

– Samtidig er det veldig viktig å være ekte i møte med et annet menneske.

Løkkeberg mener pasienten ofte vil klare å lese hvordan formidleren har det inne i seg. Om man da ikke er åpen om og bevisst egne følelser, kan det gjøre pasienten usikker.

– Det kan være like profesjonelt å vise følelser som ikke å gjøre det.

BUDBRINGERENS BETYDNING

– Hvorfor er det viktig å se på hvordan formidleren opplever slike situasjoner? Er ikke det vesentlige hvordan pasienten har det?

– Det budbringeren bringer med seg av følelser og motivasjon, kan for eksempel påvirke hvor tydelig man blir overfor pasienten, forklarer Løkkeberg.



TUNG TIDS TALE: Sykepleiere må ofte ta initiativ til eksistensielle samtaler, og Stine Torp Løkkeberg mener følelsene til både budbringer og mottaker er viktige.

Ifølge henne er eksisterende verktøy og retningslinjer helsepersonell i dag benytter – både i Norge og internasjonalt – nærmest utelukkende opptatt av pasienter og pårørendes opplevelse og reaksjoner.

– Disse verktøyene startet stort sett med en situasjon der man allerede sitter inne hos pasienten. De tar for seg hvordan helsepersonell kan formidle informasjon og hvordan man så bør følge opp avhengig av pasientens reaksjoner. Jeg så derimot et behov for at man også inkluderer formidleren av den vanskelige informasjonen. At man for eksempel legger inn en forberedelsesfase og bevisstgjør seg ulike måter man kan reagere på.

Løkkeberg har nå utarbeidet et slikt samtaleverktøy, som skal testes ut som en videreføring av doktorgradsarbeidet.

– Jeg planlegger også å gjøre en krysskulturell studie. Vi vet at dette fenomenet mest sannsynlig vil arte seg annerledes i en individualistisk enn en mer kollektivistisk kultur.

«Det kan være like profesjonelt å vise følelser som ikke å gjøre det.»

ÅPNE SPØRSMÅL

– *Hvordan reagerer du selv på å fordype deg i vanskelige samtaler?*

– Det er klart jeg tar det med meg både i hverdagslivet og i profesjonelle sammenhenger. Jeg er nok blitt mer bevisst på hvordan følelser påvirker oss og vår oppførsel. At det faktisk har betydning hvordan du selv har det inni deg.

– *Har du noen konkrete råd til sykepleiere som strever med situasjoner å la den du fortalte om innledningsvis – med pasientmøter der man ikke får sagt det man vet man burde si?*

– Mange kan nok tenke at de ikke vil sette i gang negative, emosjonelle reaksjoner hos pasienten. Vi vil gjerne gjøre det så skånsomt som mulig og kan ofte være redde for at vi er ikke er gode nok. At vi må ha noen spesielle kurs eller være opplært til å snakke om slike vanskelige tema.

– Det viktigste er likevel at du faktisk tør å gå inn i det. At du utfordrer pasienten, uten å bli for direkte.

Noen ønsker å vite alt med én gang. Andre trenger å få tung informasjon porsjonert ut. Løkkeberg tipser om at man kan stille litt åpne spørsmål, som «hva tenker du om situasjonen din nå?».

– Dette kan få i gang prosessen, og du kan finne ut om pasienten er klar for å snakke om eksistensielle ting med deg der og da.

– Du skal ikke tvinge deg på, men heller ikke trekke deg unna. Du må starte der pasienten er. ●
Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



MÅ SAMARBEIDE MER PÅ TVERS

Tradisjonelt har ulike profesjoner arbeidet parallelt. Framover er det helt nødvendig å samarbeide på tvers for å møte bemanningsbehovet og gi effektiv helsehjelp.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60913



Bente Kvilhaugsvik
Høgskolelektor,
Høgskolen
Stord/Haugesund

I helsetjenesten har det vært tradisjon at ulike profesjoner har samarbeidet. Likevel har Verdens helseorganisasjon (WHO) lenge hatt oppmerksomheten rettet mot å styrke tverrfaglig samarbeid. Den har også vært opptatt av at studenter fra helsefaglige profesjoner må lære å samarbeide på tvers av profesjonsgrensene i løpet av utdanningen.

Ved å forbedre det tverrprofesjonelle samarbeidet i praksis og utdanning, kan man møte bemanningsproblemet som kommer i helsetjenesten i mange land (1). Behovene for forbedrede samarbeidsrutiner mellom profesjoner, avdelinger og nivåer i helsetjenesten har dessuten sammenheng med økende spesialisering. Pasientene tilbys avansert behandling i enheter som kan være plassert langt fra hverandre fysisk.

Når tjenester ikke kommuniserer godt nok med hverandre, oppstår det lett misforståelser, forsinkelser og diskontinuitet i tjenestetilbudet. For å unngå at effekten av behandlingen skal avta i forbindelse med utskrivning fra sykehus til kommunehelsetjenesten, må ofte flere profesjoner som lege, sykepleier og fysioterapeut følge opp pasientene. Dersom man da ikke klarer å etablere godt nok samarbeid på tvers av profesjoner og nivåer, er det fare for at intervensjoner ikke får ønsket effekt, og for at pasienter må reinnlegges (2).

FOLKETS BEHOV MÅ MØTES

Folkehelsen i en region påvirkes av utdanningsnivået til helsepersonellet. Forskning, utdanning og helsetjenester må derfor samsvare med regionale og nasjonale prioriteringer, sier Fleet og medarbeidere (3). Helsepersonell må tilbys utdanning og videreutdanning som bygger på befolkningens behov. Hall (4) sier at de ulike profesjonene hviler på forskjellig kultur- og verdigrunnlag fordi de er utviklet i ulike historiske og kulturelle kontekster.

Profesjonene bygger på ulike kunnskapstradisjoner og ser derfor forskjellig på problemer de presenteres overfor. Selv om man ser på det samme, ser man ulike ting. Studentene overtar profesjonenes kunnskapssyn og verdier, og derfor opprettholdes skillene mellom dem. Likedan videreføres verdisyn, kunnskapssyn, språk og strategier for problemløsning, som inkluderer profesjonens håndheving av ansvar og kontroll.

I Norge er det tilrettelagt for koordinering og tverrprofesjonell samhandling samt implementering av hjemmerehabilitering, med føringer i lovverker, forskrifter og stortingsmeldinger (5). Kommuner og helseforetak trenger å utvikle praktiske samarbeidsrutiner på tvers av nivåer, der koordinerende enhet for rehabilitering og tverrfaglige team inkluderes.

SAMARBEIDSLÆRING PÅ TVERS

Aktuelle samarbeidsparter i team bestemmes på bakgrunn av kompetanse sett i forhold til målet. WHO (1) påpeker at ikke alle teammedlemmene trenger å være helsepersonell, men profesjonene må ha samarbeidskompetanse og vite hvordan teamarbeid kan optimalisere effekten av teammedlemmenes samlede innsats.

Når studenter fra helse- og sosialfaglige profesjoner lærer å samarbeide tverrprofesjonelt, kalles det «tverrprofesjonell samarbeidslæring» (1), som i Norge forkortes til TPS. Tverrprofesjonell kunnskap og kompetanse, både innen samarbeid og TPS, handler om relasjoner, strukturer i tjenestene og samspill på person-, organisasjons- og ledelsesnivå (7).

Både ansatte og studenter trenger å lære tverrprofesjonelt samarbeid. Når teamarbeidet fungerer godt, er praksis en naturlig læringsarena. Hvis helsepersonellet ikke er trent i teamarbeid, er det behov for tverrprofesjonell samarbeidslæring også for ferdig utdannede.

HENSIKT MED STUDIEN

Målet med studien var å belyse hvordan helsepersonell i rehabilitering på ulike nivåer i helsetjenesten definerer tverrprofesjonelt samarbeid. Vi ønsket også å finne ut hvordan de opplevde at samarbeidet fungerte i

Fakta ●●●

Sammen- drag

I årene framover vil det være mange personer med sammensatte behov, men færre som kan yte helsehjelp. Samtidig vil den økende spesialiseringen i helsetjenesten innebære en risiko for fragmentering av tjenester. Profesjonene må samarbeide for både å møte bemanningsproblemet og gi kontinuitet i tjenestetilbudet.

Stikkord

- Rehabilitering
- Tverrprofesjonell
- Samarbeidslæring
- Teamarbeid



TVERRPROFESJONELT:
Profesjonene møtes, arbeider sammen og supplerer hverandres kunnskap og kompetanse. Illustrasjonsfoto: Colourbox

praksis. Videre ønsket vi å finne ut hvilke læringsmuligheter studentene har til å lære samarbeid på tvers av profesjoner, avdelinger og nivåer, både på ulike sengeposter og i hjemmetjenesten i forbindelse med praksisperioder.

Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar i forbindelse med rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for den spesialiserte rehabiliteringen, og kommunene har ansvar for mindre spesialisert rehabilitering. Både i spesialist- og kommunehelsetjenesten er det behov for samarbeid på tvers av profesjoner og nivåer for å gi kontinuitet i behandlingsforløpet. Samtidig er avdelinger i sykehus og kommuner praksisarena for studenter i helsefaglige utdanninger.

Ut fra dette valgte vi å samle inn data ved hjelp av tre fokusgrupper, der alle fikk de samme spørsmålene. Den første gruppen av informanter var fra et tverrprofesjonelt team i en spesialisert rehabiliteringsavdeling i sykehus. En annen

gruppe var samarbeidsparter i en kommune som har implementert hjemmerehabilitering. Den tredje gruppen var praksislærere for sykepleierstudenter.

NYE ORD, SAMME INNHOLD

Fokusgruppen med praksislærere i sykepleie var opptatt av å definere begrepene «tverrfaglig» versus «tverrprofesjonell» og «brukermedvirkning». På 1980-tallet snakket man mye om tverrfaglig samarbeid. Praksislærerne anså begrepet «tverrprofesjonell» som et nyere begrep, der oppmerksomheten på den profesjonsspesifikke kompetansen styrkes. De var kritiske til at det innarbeidete begrepet «tverrfaglig» var byttet ut, og lurte på om endringen var symbol på «det moderne menneskets fikenblad – at det nesten er det samme, men med nye ord», som en av praksislærerne sa.

Informantene mente at det ligger i begrepet «tverrprofesjonelt» at profesjonene møtes, arbeider sammen og supplerer hverandres kunnskap

og kompetanse med mål om å ivareta et helhetlig helsetjenestetilbud til pasientene: «Og så lager de seg et samarbeid ut fra det.» Ifølge Meld. St. 13 (2011–2013) må profesjonene bli dyktige ved å samarbeide seg imellom, lytte til pasientenes synspunkter og informere og veilede (6).

Fokusgruppene diskuterte kravet til brukermedvirkning opp mot situasjoner der helsepersonell må ta avgjørelser på vegne av pasienter. Praksislærerne mente det kan være en hårfin balanse mellom pasientens selvbestemmelse og profesjonenes kunnskap om helseproblemet.

BRUKTE EGEN ERFARING

Det å kunne beskrive egen og andre profesjoners kompetanse er en delferdighet i tverrprofesjonell samarbeidskompetanse (7). Mange informanter i de tre fokusgruppene hadde arbeidet både parallelt og tverrprofesjonelt. En av fysioterapeutene beskrev hvordan hun lærte å se sin egen profesjonskompetanse opp mot andres:

«Jeg lærer også at en del av de tingene jeg har i ryggmargen nå, fordi jeg har vært fysioterapeut i 30 år, det går plutselig opp for meg at det har ikke de andre i ryggmargen. Jeg trodde det var medfødt, men det er det bare ikke. Så du kan si at jeg lærer om meg selv, og jeg lærer av dem, og jeg lærer av hva jeg ikke kan.»

Universitets- og høgskolerådet (8) sier at tverrprofesjonell samarbeidskompetanse er når delkompetansene blir integrert og studentene samarbeider tverrprofesjonelt i praktiske situasjoner. En av praksislærerne i sykepleie uttrykte det på denne måten:

«For meg da, handler det tverrprofesjonelle samarbeidet om at jeg kommer med min kompetanse, du kommer med din, og sammen ser vi helheten. Altså blir det sånn som et puslespill som skal bli et godt hjelpetilbud for pasientene.»

UTVIKLING AV TEAM

Alle fokusgruppene poengterte at følgende





momenter var viktige i teamarbeid:

- evne til kommunikasjon
- evne til etisk refleksjon og konflikt-håndtering
- kjennskap til egen og andre profesjoners kompetanse og kultur, ledelse og organisering
- kunnskap om utfordringer som kan oppstå ved komplekse sykdomstilstander, individuell plan og sammenhengende tjenester

Da teamsamarbeid skulle etableres, var disse faktorene viktige å ta hensyn til. De ulike fokusgruppene mente at profesjonene tradisjonelt har jobbet parallelt, med tette skott mellom ansvarsområder. Man risikerer å «jobbe fra hverandre», eller at profesjonene konkurrerer i stedet for å samarbeide. Dette kan ha å gjøre med at profesjonene posisjonerer seg i forhold til hverandre, eller ikke vet hva andre kan bringe inn i teamarbeidet.

Hall (4) sier at profesjonenes tenkning og holdninger arves gjennom generasjoner og videreføres når studentene sosialiseres inn i profesjonen. Dersom tverrprofesjonell samarbeidskompetanse skal være en del av den profesjonelle yrkesrollen, må studentene sosialiseres inn i rollene som teammedlemmer. Når dette skjer tidlig i utdanningen, bygges det i stedet en bro mellom profesjonene.

Teamarbeid i helsetjenestene er likevel ikke nytt. Noen informanter hadde erfaring med oppbygging og «reparasjon» av team. Enkelte ganger må konflikter løses før man kan etablere en felles forståelse som utgangspunkt for teamarbeid. En praksislærer i sykepleie gir et eksempel på en kilde til misforståelse og konflikt:

«Når jeg sa noe om en diagnose eller symptomer, ble det forstått på vidt forskjellige måter. På en helt annen måte enn hvis jeg hadde sagt det til en gruppe der alle hadde sykepleierutdanning i bunnen. Det hadde vært enklere. Men kanskje ikke nødvendigvis så spennende.»

Eksempelet belyser behovet for at teammedlemmene må lytte til hverandre. Teammedlemmene må forsøke å forstå informasjon på tilnærmet samme måte og arbeide

for konsensus. Når hvert teammedlem får arbeide «på egen godfot» med oppmerksomheten rettet mot pasienten, mente lærerne at risikoen for maktkamp ble redusert.

FRA ULIKE PLANETER

Det tverrprofesjonelle teamet i hjemmehabilitering i kommunen var nyetablert. Dette «teamet består av tre helt forskjellige personer. Vi er fra tre forskjellige planeter», sa en av informantene. Teammedlemmene hadde ulik profesjon, alder og utdanning fra ulik tidsperiode. De hadde en genuin interesse for samarbeidet og jobbet aktivt med å utvikle tverrprofesjonell kommunikasjon: «Vi prøver å spille oss sammen, slik at vi snakker litt på samme måten.»

Innkomsamtalene ble gjennomført likt uansett om det var fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier som gjennomførte samtalen. Teammedlemmene lærte mye av hverandre og ga hverandre tilbakemelding på kommunikasjon og testing.

Willumsen (9) sier at tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes av at profesjonene arbeider tett sammen. De utvikler felles forståelse ved å integrere faggruppens kunnskap. De beveger seg som team og ikke kun som enkeltprofesjoner. Kommunikasjon i team kan høres enkelt ut, men er ekstremt vanskelig å få til i praksis. For informantene i kommunen var det en påbegynt prosess å jobbe tett sammen.

På den andre siden mente informantene i sykehusets rehabiliteringsavdeling at det ikke var noe spesielt med tverrprofesjonell kommunikasjon sammenliknet med annen kommunikasjon. De hadde god trening i teamarbeid med pasientenes mål i sentrum.

TRIVSEL STYRKER TEAMET

Informantene både i kommunen og sykehuset anså motivasjon som spesielt viktig. De mente at trivsel og motivasjon virker gjensidig inn på hverandre, og styrker teamets effektivitet. En forutsetning for godt teamsamarbeid er ifølge Interprofessional Education and Collaborative Expert Panel (7) at teammedlemmene kan stole på hverandre. De ulike

informantene mente at det er stor forskjell på hvor tett man samarbeider i helsetjenesten.

Praksislærerne i sykepleie hadde erfaring fra samarbeid i og mellom avdelinger og nivåer og med oppfølging av sykepleierstudenter i praksisstudier. Noen av dem hadde pasient- og pårørendeerfaring med krav til teamarbeid og individuell plan. Lærerne mente at profesjonene fortsatt samarbeidet mest

med egen profesjon. Informantene i kommunen, derimot, mente at profesjonene arbeidet parallelt, som vil si ved siden av hverandre.

En informant i kommunen sa følgende: «I

teamet – det er vel første gang jeg føler at vi prøver veldig sterkt å jobbe tverrprofesjonelt.» Teammedlemmene hadde arbeidet bevisst med teamutvikling i en periode, og stolte på hverandre. Ledelsen og andre ansatte i kommunale tjenester forventet at profesjonene skulle møte brukerne som medlemmer i hjemmehabiliteringsteamet, og at de skulle utforme rehabiliteringsplaner sammen.

PRAKSISNÆRT TEAMARBEID

I sykehusets rehabiliteringsavdeling hadde profesjonene ansvar for å kartlegge og komme med forslag til tiltak på hver sine områder. De ulike profesjonenes kartlegginger ble sammenstilt i en tverrprofesjonell funksjonskartlegging. Pasientdata og funksjonsmålinger ble diskutert og vurdert i tverrprofesjonelle møter. Teamet var opptatt av pasientenes mål og dialog med kommunene om utskrivning. Videre var de opptatt av at alle faggruppene kom med sine bidrag, og at nødvendig informasjon til enhver tid var tilgjengelig.

Når målet for rehabiliteringen skulle bestemmes, var pasienten til stede. «Sånn at pasienten ser på, om det skal være armen, eller beina», sa en sykepleier fra sykehusets rehabiliteringsavdeling. Pasientene fikk en koordinator i tillegg til en kontakt fra hver profesjon, som sørget for kontinuitet i rehabiliteringen.

Informantene har det Willumsen

«Selv om man ser på det samme, ser man ulike ting.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

(9) beskriver som en praksisnær framstilling av teamarbeid, der brukermedvirkning, organisering, praktisk samarbeid og utskriving står sentralt. Dette er også hva samhandlingsreformen (2), WHO (1) og Inter-professional Education and Collaborative Expert Panel (7) har som mål, nemlig at helsepersonell skal ha fokus på helhetlig, brukerorientert og kvalitetssikret pasientbehandling.

FUNKSJONSKARTLEGGING

I forbindelse med intensiv kartlegging med funksjonsmålinger og rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten ble utskriving til kommunen nøye planlagt. Noen ganger var det behov for å vise konkrete prosedyrer til personell i kommunen. De ble da invitert til nettverksmøte før utskriving.

Sykehusets teammedlemmer skrev tverrfaglig rapport med informasjon om funksjonsnivået ved innkomst, vektlegging i rehabiliteringen, funksjon ved utskriving, kontakt med kommunen og forslag til videre tiltak. Eksempel kan være gangtøring, språkopplæring, påkledning og andre daglige aktiviteter. Pasientenes pårørende ble sett på som viktige samarbeidsparter og ble tatt med på nettverksmøter.

LA VEKT PÅ PRAKSIS

Praksis er ifølge Meld. St. 13 (2011–2012) en viktig arena for tverrprofesjonell samarbeidslæring (6). Teamet i sykehuset hadde ansvar for studenter i praksis, og studentene ble inkludert i teamarbeidet. De la vekt på at studentene skulle se pasientforløpet. «Kanskje er pasienten hjemme på permisjon, ikke sant, så de [studentene] får et annet innblikk i hvordan ting fungerer enn om bare en pasient skal skrives ut. Så får de [studentene] høre med pasienten om hvordan det har fungert hjemme, og», sa en sykepleier i sykehusets rehabiliteringsavdeling.

Cirka en uke etter utskriving til hjemmet gjennomfører kommunen en ny tverrfaglig vurdering og funksjonskartlegging med «Canadian Occupational Performance Measure», forkortet til COPM (10), der brukeren støttes til å formulere

rehabiliteringsmål. Målet med rehabiliteringen var at pasienten skulle ha evne til å ivareta egne aktiviteter i dagliglivet og delta i sosiale sammenhenger.

Fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier i rehabiliteringsteamet brukte sin kompetanse i synergi. De samarbeidet med fastlege, hjemmesykepleie, tjenestekontor og andre for å ivareta en helhetlig oppfølging. Sykepleierstudenter kunne få være med teamet et par dager når de hadde praksis i kommunen.

MYE ORGANISERING

Etter at samhandlingsreformen (2) ble innført, har mye ansvar blitt overført til kommunene. Denne endringen stiller krav til samarbeidskompetanse for profesjoner og institusjoner (11). Det handler mye om organisering og fordeling av oppgaver. «Vet du, da er vi tilbake til det som jeg alltid har tenkt, eller lært, og det er at rehabilitering er 50 prosent organisering og 50 prosent fag», sa en av sykepleierne fra den kommunale rehabiliteringsavdelingen.

Rehabiliteringsavdelingen på sykehuset hadde høyere bemanning sammenliknet med andre sykehusavdelinger, og det tverrprofesjonelle teamet og pasienten var lokalisert på samme sted. Arbeidet med rehabilitering var organisert slik at hver profesjon hadde hovedansvar for profesjonsspesifikke arbeidsoppgaver i kombinasjon med systematisk tverrprofesjonell møtevirksomhet.

Hvert møte hadde et spesifikt formål, der optimal bruk av de samlede ressursene var overordnet. Viktig informasjon var lett tilgjengelig: «Og så har vi en tavle på vaktrommet vårt, der vi skriver navnet på pasienten, og skriver alle kontaktene. Hvilken lege de har, hvilken ergoterapeut og hvilken fysioterapeut, og hvem som er koordinator.»

KREVENDE I KOMMUNEN

I kommunen var det mer krevende å få teamsamarbeidet på plass, både fordi saksbehandler, rehabiliteringsteam og hjemmetjenesten var plassert i ulike bygninger. I tillegg var de ansatte sosialisert inn i profesjonene

uten tverrprofesjonell samarbeidslæring. Det er vanskelig å endre verdier og arbeidsmåter man er sosialisert inn i, ifølge Hall (4).

For å endre organisasjonen måtte de arbeide aktivt for at flere skulle verdsette tverrprofesjonell samarbeidskompetanse. I tillegg måtte de arbeide med samarbeidsstrukturer på tvers av avdelinger i kommunen, og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Steihaug og medarbeidere (5) så behov for å endre tjenestene som system for å forbedre informasjonsutveksling, koordinering og samarbeid.

TILBØD VIDEREUTDANNING

Når behovene i befolkningen endres, må helsepersonellet i regionen tilegne seg kompetansen som skal til for å ivareta nye behov for helsehjelp (3). I regionen informantene kom fra, hadde de hatt et prosjekt med hjemme-rehabilitering for å ivareta føringene i samhandlingsreformen (2). Høgskolen Stord/Haugesund tilbød videreutdanning i rehabilitering, som ansatte i kommunen kunne søke på. De ansatte fikk også tilbud om tverrprofesjonell samarbeid, og de som hadde samarbeidskompetanse, lærte andre i organisasjonen ved å være rollemodeller.

I et større utviklingsprosjekt (12) gikk de gjennom organisasjonene for å legge til rette for rehabilitering på tvers av nivåer i helsetjenesten. En ergoterapeut ble ansatt som saksbehandler for rehabiliteringssaker, og fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier ble ansatt i et nytt hjemme-rehabiliteringsteam. Når pasientene ble skrevet ut fra sykehus, kunne de søke kommunens tjenestekontor om hjemmerehabilitering.

Dersom brukeren skulle ha hjemmesykepleie samtidig med rehabilitering, formulerte avdelingslederen i hjemmesykepleien oppdraget på arbeidsplanleggeren, slik at alle skulle arbeide på samme måte. Hjemmerehabilitering ble da satt systematisk på agendaen i organisasjonene.

KONKLUSJON

Informantene i studien har erfaring med å samarbeide med ulike fagpersoner og er bevisste på at de må

arbeide systematisk på flere nivåer for at et slikt samarbeid skal være mulig. Temaene som belyses i fokusgruppene, samsvarer godt med nasjonale og internasjonale føringer om at tverrprofesjonelt samarbeid handler om å ivareta pasient-brukerkompetansen ved å benytte den profesjonsspesifikke kompetansen optimalt og bruke den i synergi med kompletterende kompetanser for å støtte og hjelpe pasienten eller brukeren.

Organisasjonene i helsetjenesten må gjennomgå av ledelsen i organisasjonene for å sikre strukturer som støtter samarbeid. I denne artikkelen har vi beskrevet eksempler på tverrprofesjonelt samarbeid. Hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring for studenter i helsefaglig profesjonsutdanning konkret kan foregå i praksis, er et stort tema som bør belyses nærmere. ●

REFERANSER:

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. 2010. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRN_HPN_10_3_eng.pdf. (Nedlastet 25.09.2015).
2. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Fleet L.J., Kirby F., Cutler S., Dunikowski L., Nasmith L., Shaughnessy R. Continuing professional development and social accountability: A review of the literature. *Journal of Interprofessional Care* 2008;22(5):15–29.
4. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care Supplement* 2005;1:88–96.
5. Steihaug, S., Lippestad J.W., Isaksen H., Werner A. Rehabilitation in practice. Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation – an action research project. *Disabil Rehabil* 2014;36(7):608–16.
6. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
7. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel: Core competencies for interprofessional collaborative practice. Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative. 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipce-report.pdf>. (Nedlastet 20.06.2016).
8. Universitets- og høgskolerådet (UHR): Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene. 2015. Tilgjengelig fra: http://www.uhr.no/documents/ferdig_rapport_Felles_innhold_290515_1500.pdf. (Nedlastet 18.08.2015). (Nedlastet 18.08.2015).
9. Willumsen E. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I: Willumsen E (red.). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Oslo: Universitetsforlaget. 2009, s. 21.
10. Kjelien I., Sand-Svarterud A.L. The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeut* 2012;11–18.
11. Willumsen E., Sirnes T., Ødegård A. Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I: Willumsen E., Ødegård A (red.). Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag. Oslo: Universitetsforlaget. 2014, s. 19.
12. Kvilhaugsvik B., Birkeland G. Heimebasert rehabilitering. Evalueringsrapport. FOUSAM-prosjekt 2014/1. Tilgjengelig fra: http://www.helsetorgmodellen.net/wp-content/uploads/2014/05/rehabiliteringsrapport_2014.1.pdf. (Nedlastet 19.10.2015).



Vi må tørre å spørre hva som er pasientens beste, og si ifra hvis vi opplever at behandling bidrar til å forlenge pasientens lidelse.

Vanskelig å stoppe væske og ernæring



Fakta

Anne Kari Tolo Heggestad

Forsker og postdoktor,
Senter for medisinsk etikk, UiO



Fakta

Per Nortvedt

Professor,
Senter for medisinsk etikk, UiO

Min far sovnet ikke stille inn, han tørstet og sultet i hjell!» Dette var overskriften i en kronikk av Ketil Bjørnstad som sto i Aftenposten 12. januar 2012.

Denne etikkspalten skal ikke handle om faren til Ketil Bjørnstad, men om problemstillinger Bjørnstad reiste i kronikken, problemstillinger knyttet til væske og ernæring ved livets slutt.

I kliniske etikkomiteer får vi stadig oftere inn etiske problemstillinger som handler om avslutning av behandling knyttet til væske og ernæring. Ofte er spørsmålet om man skal fjerne en PEG-sonde eller ikke hos pasienter som selv ikke kan samtykke til behandlingen.

Det kan synes som om avslutning av væske- og ernæringsbehandling skiller seg ut fra andre typer behandlinger. Men hva er det som er så spesielt med denne behandlingen, og hvorfor er det så mange som vegrer seg mot å avslutte slik behandling? Det er noe av det vi ønsker å belyse her.

MAT OG FØLELSER

Kanskje kan det handle om at vi forbinder mat og drikke så sterkt med selve livet og opprettholdelse av livet?

Man kan se det fra den nybakte moren som er fullt opptatt med å få i gang amming, og stigmaet hun kan oppleve når hun ikke får det til. Det er mye oppmerksomhet på vektkurver som helst skal gå oppover når man er barn, mens ungdom sliter med spiseforstyrrelser når de kommer i puberteten.

I tillegg må vi forholde oss til ulike meninger om hva som er sunt og hva som ikke er sunt. Noe som er sunt en dag, er ikke sunt den neste dagen. Men mat handler ikke bare om å opprettholde liv eller om hva som er sunt eller ikke sunt. Mat handler også om kultur og om alt det sosiale rundt et godt måltid. Det handler om smaker og lukter, og om følelser. Det er mye følelser knyttet til mat.

Maten er en naturlig del av hele livet, på godt og vondt. Og kanskje nettopp derfor er det så vanskelig å gi slipp på den.

ØKENDE BRUK AV PEG

Det siste tiåret har bruk av PEG-sonder i norske sykehjem økt. En ikke uvanlig historie er at pasienten har vært innlagt på

sykehus. Der har de hatt problemer med å få pasienten til å spise nok, eller pasienten har ikke vært i stand til å spise eller drikke selv, og har fått lagt inn en nesesonde.

Så blir pasienten overført til sykehjemmet med nesesonden, fordi han er ferdigbehandlet på sykehuset. Dersom pasienten fortsatt sliter med å få i seg nok næring når han kommer til sykehjemmet, opererer man gjerne inn en PEG.

Dette er blitt et gode for pasienter som trenger kunstig ernæring, men i møte med døende har den skapt nye etiske utfordringer. For når det først er lagt inn en PEG, synes det å

«Mat handler også om kultur og om alt det sosiale rundt et godt måltid.»

være vanskelig å fjerne den. Det å bli enige om å avslutte antibiotikabehandling, eller ikke å starte antibiotikabehandling, synes ofte å være mindre problematisk, både for pårørende og for helsepersonell. Bruk av PEG-sonder er imidlertid ikke en mer naturlig del av livet enn intravenøs tilførsel av antibiotika.

PEG-sonde er en del av moderne medisinsk behandling som ikke var tilgjengelig for 20 år siden. En pasient som er mett av dage og som ikke lenger ønsker å spise, vil etter hvert dø en naturlig død. En pasient som kanskje også er mett av dage, men som har lagt inn en PEG-sonde, kan derimot holdes i live med væske og ernæring i flere år.

HVA ØNSKER PASIENTEN?

Nå kan det høres ut som om vi vil argumentere imot bruk av PEG-sonder. Det er imidlertid ikke det vi ønsker. Det vi ønsker, derimot, er en debatt rundt etikken ved bruk av PEG og en større etisk bevissthet rundt avslutning av PEG som livsforlengende behandling. I den nasjonale veilederen for beslutningsprosesser knyttet til avslutning av livsforlengende behandling, står det blant annet at livsforlengende behandling

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

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

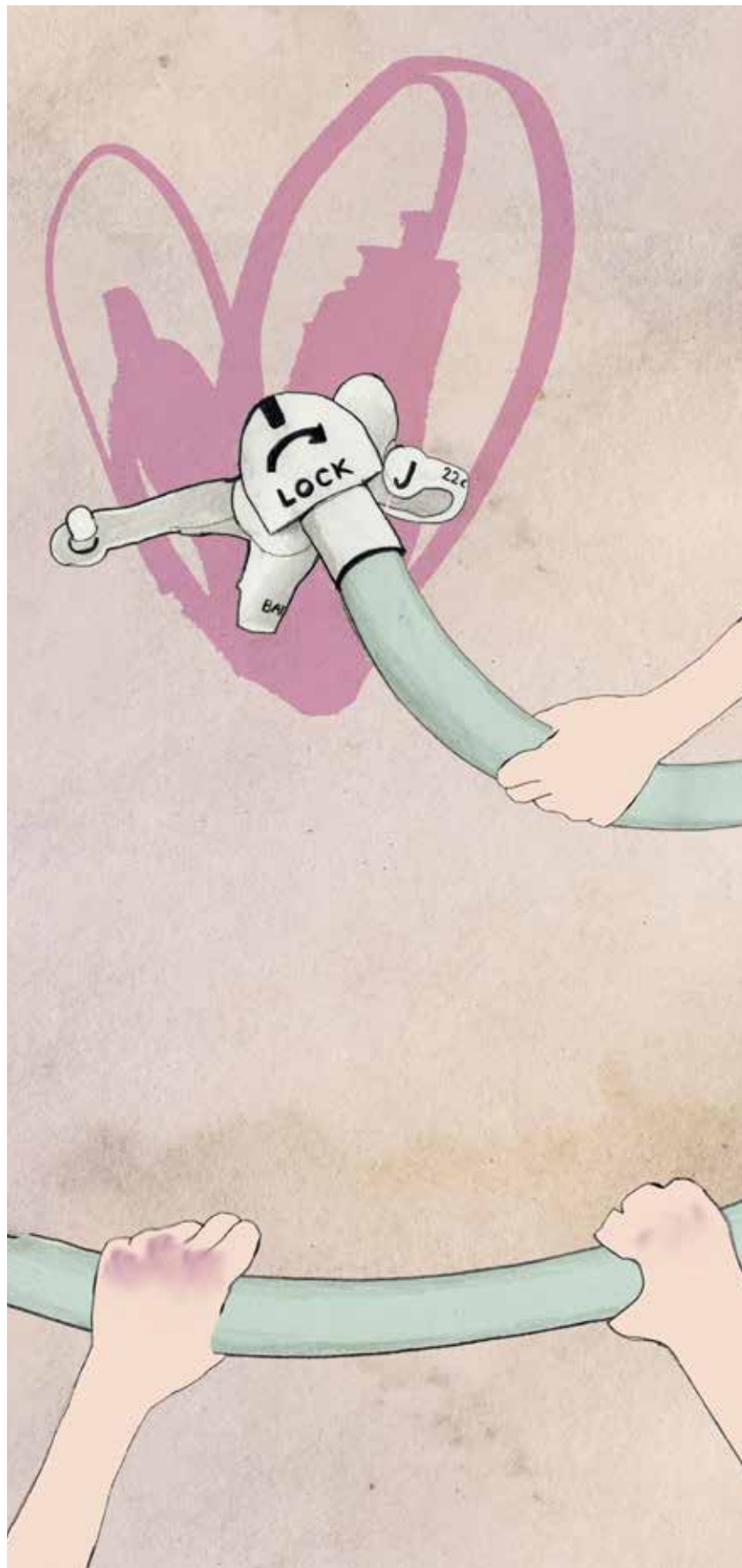
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2017.60744

bør begrenses, når pasienten ber om det, dersom den bidrar til å forlenge en plagsom dødsprosess, eller dersom den bidrar til å forlenge et liv med store plager. Her berøres to viktige etiske rinsipper: autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet – eller prinsippet om å alltid handle til pasientens beste. Pasienten har ifølge loven en rett til medbestemmelse, til å nekte behandling, men kan ikke kreve en bestemt medisinsk behandling.

Ofta handler imidlertid problemstillingene knyttet til avslutning av væske og ernæring om at pasienten ikke lenger kan gi uttrykke for sine egne ønsker. Da må vi spørre hva pårørende tror pasienten ville ønsket. Men samtidig må vi også tenke på hva vi som helsepersonell mener er det beste for pasienten, hva som bidrar til minst lidelse.

Pårørende kan ikke kreve behandling dersom lege i samarbeid med helsepersonell mener at dette ikke er forsvarlig eller hensiktsmessig. Fordi det er mye følelser knyttet til ernæring, vil det ofte være spesielt vanskelig for pårørende å se at man avslutter tilførsel av kunstig ernæring. Da blir det viktig å gi pårørende den nødvendige informasjonen som kan hjelpe dem med å forstå grunnlaget for de beslutningene som blir tatt. Man må forklare hva kunstig næringstilførsel er, og også sette det inn i et større perspektiv.

Nå er det legen som til syvende og sist tar avgjørelsen om å begrense livsforlengende behandling. Men som sykepleiere bør vi også spille en aktiv rolle, fordi vi er blant dem som ser pasienten mest. Da må vi tørre å spørre hva som vil være til pasientens beste, og si ifra dersom vi opplever at behandling bidrar til å forlenge pasientens lidelse, også når det gjelder behandling med PEG. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



KOMBINASJONSSTILLINGER I PRAKSISSTUDIER

Sykepleierstudentene lærer både på skolen og ute i praksis. Derfor må utdanningene og helsetjenestene samarbeide.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
30 % praksis
70 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60921



Hugrún Ösp Egilsdóttir
Høgskolelektor,
Høgskolen i
Sørøst-Norge,
Drammen

Praksisstudier i sykepleierutdanningen skal bidra til å utvikle studentenes praktiske kompetanse i sykepleie. Det krever samarbeid og samspill mellom utdanning og arbeidsliv (1, 2).

Melding til Stortinget 13 (3) vektlegger at stabilitet, veiledningskompetanse, tilgang på veiledning og veiledningsmodeller samt forpliktende avtaler er viktige innsatsområder for å sikre kvalitet i praksisstudiene. Meldingen etterlyser også en nærmere rolle- og funksjonsavklaring i utdanningsforløpet.

Både Universitets- og høgskolerådets (UHR) rapport om kvalitet i praksisstudier i helse- og sosialfag og Norsk Sykepleierforbund (NSF) foreslår kombinasjonsstillinger for å imøtekomme disse momentene (4, 5).

Hva som skal eller kan kombineres, er imidlertid lite diskutert eller avklart. Hensikten med denne artikkelen er å belyse muligheter for kombinasjonsstillinger med læring som det primære formålet.

PRAKSISLÆRERE

Praksislærerrollen og praksisveilederrollen er to sentrale roller i sykepleierutdanningens praksisstudier. Ansvarsområdene for ansatte ved høyskoler og universiteter er undervisning og

veiledning, forskning og formidling. I sykepleierutdanningen har mange ansatte en vesentlig funksjon tilknyttet praksisstudiene som praksislærere. De etterspørres for oppdatert klinisk, pedagogisk og akademisk kompetanse (6). Det kan være vanskelig å innfri kombinasjonen av så ulike kompetanseområder, og det kan skygge for en tydelig profesjonell identitet blant lærerne (7, 8).

Lærernes tilknytning til praksisfeltet som veiledere er omdiskutert, og spesielt når det gjelder rolle. Hvorfor er lærernes tilstedeværelse i klinisk praksis viktig, og for hvem? Til tross for sykepleierutdanningens plass i høyere utdanning over tid, beskrives fortsatt praksislærerrollen som uklart og lite definert (6). Lærerne er selv usikre på hvilken betydning deres tilstedeværelse i praksis har, også sett i lys av tidsressursen som er avsatt til undervisning og veiledning i praksisstudier (9).

Mange praksislærere er også i et karriereforløp mot doktorgrad/førstelektor eller professor/dosent. For sykepleierstudentene har praksislærerne en vesentlig funksjon for læring, spesielt for de uerfarne studentene (6). En studie om læreres følgedag med studenter i praksis viser at praksislærernes tilstedeværelse har betydning også for praksisveilederne (10).

De trenger støtte og veiledning i praksisveilederrollen og ansvaret de har.

PRAKSISVEILEDERE

Praksisveilederne er utøvende sykepleiere ansatt i praksisfeltet. De har som tilleggsfunksjon å veilede sykepleierstudenter. De er sentrale nøkkelpersoner for studentens opplevelse av positivt læringsutbytte og studentens utvikling av klinisk kompetanse i praksisstudiene (11). En vanlig arbeidsmåte i praksis er én-til-én-veiledning etter mester-svennmodellen. Den innebærer at én eller to praksisveiledere har det formelle veileder- og vurderingsansvaret for hver student gjennom hele praksisperioden.

Praksisveilederne kommer ofte i skvis mellom prioritering av pasientarbeid og av tilrettelegging for læring for studentene (7). Mange erfarer at de ikke har nok tid til studentene eller liten mulighet til å tilrettelegge slik at studentene drar best nytte av læringssituasjonene (12). Praksisveilederne opplever at det kan være en utfordring å holde seg faglig oppdatert for å kunne utfordre studentene på detaljert fagkunnskap, og trenger økt fagkunnskap om studentveiledning (12).

Andre studier viser at praksisveilederes veiledning er vesentlig for utvikling av studentenes

Fakta ●●●

Sammen- drag

Sykepleierstudentenes læring skjer både inne på skolen og ute i praksis. Rollene som lærere og praksisveiledere er vesentlige i begge disse «klasserommene». Det er viktig at samarbeidet mellom universitet, høyskole og kliniske arenaer er formalisert, satt i system og forankret på flere ledelsesnivåer. Først da kan man lykkes med å kombinere praksislærernes og praksisveilederens ulike kompetanser når læring er formålet i sykepleierutdanningen.

Stikkord

- Kombinasjonsstillinger
- Praksisveileder
- Lærer



SYKEPLEIERSTUDENTER: Praksislærerne har en viktig funksjon for læring. Arkivfoto: Erik M. Sundt

omsorgskompetanse, profesjonelle identitet og klinisk kompetanse. Veiledningen er også viktig for å ivareta pasientsikkerheten (13, 14).

LÆRING SOM FORMÅL

Rammeplanen for sykepleierutdanningen (15) krever at læreren er jevnlig til stede i praksis, uten nærmere spesifisering. Kombinasjonsstillinger i sykepleierutdanningen forstås gjerne som at lærere som er ansatt på høyskolen eller universitetet, har en del av stillingen sin tilknyttet en klinisk praksis. Stillingsinnholdet kan være en kombinasjon av studentoppfølging, fagutviklings- og forskningsprosjekter og klinisk arbeid.

En annen måte å forstå

kombinasjonsstillinger på er at praksisveiledere ansatt i helse-tjenesten kombinerer klinisk arbeid med undervisningsoppgaver og -ansvar, slik at læreren jevnlig er til stede ved høyskole og universitet.

Poenget her er å synliggjøre at studentenes læring både skjer inne på skolen og ute i praksis og at rollene som praksislærere og praksisveiledere er vesentlige i begge «klasserommene». Det kan være en smart strategi å kombinere praksislærernes og praksisveiledernes ulike kompetanser når læring er formålet i sykepleierutdanningen. Om praksislærernes arbeidsoppgaver innebærer «å være ute i praksis» og praksisveilederne deltar i

«Alle praksis-arenaer farges av egen kultur og struktur, som preger samarbeidet.»

studieaktiviteter «inne i utdanningen», kan kombinasjonene ha et potensial for læring og samarbeid både for studenter, praksisveiledere og praksislærere. Det kan også være en karrierevei.

For å lykkes med dette er det vesentlig at samarbeidet mellom

høyskole eller universitet og kliniske arenaer er formalisert, satt i system og forankret på flere ledelsesnivåer. Avdelingslederne i helsetjenesten trenger styringsverktøyer og ressurser for å kunne prioritere veiledning og undervisning av sykepleierstudenter. Dessuten må krav til kvalifikasjoner for ansettelse i utdanningsinstitusjonene revurderes.

STRUKTURERT SAMARBEID

Det er nødvendig med et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene. Samarbeidet må ses i en større helhet som både omfatter læring om og i praksis. Det





er kun ved tettere samspill mellom utdanning og praksis vi vil kunne heve standarden på praksisstudiene, ifølge NSF's politiske plattform for sykepleierutdanningen (5).

Praksisstudiene gjennomføres innenfor to organisasjoner med ulike kulturer og tradisjoner, men med felles formål om å samarbeide om studentenes læring. Partnerskap mellom utdanning og klinisk praksis kan bidra til å formalisere, tydeliggjøre og utvikle rollene for praksislærerne og praksisveilederne (1, 16, 17).

Et samarbeid satt i system vil kunne imøtekomme kravene om økt kvalitet på de ulike praksisarenaene og skape eierforhold til avtalene som lages. Alle praksisarenaer farges av egen kultur og struktur, som preger samarbeidet. Det er verdt å fremheve at på noen steder er det allerede godt samarbeid mellom enkelte lærere og praksisarenaer, men det er viktig at samarbeidet er formalisert og forankret i alle ledd i organisasjonene og ikke blir personavhengig.

Ledelse på avdelingsnivå er en av de viktigste faktorene for å skape gode arbeidsforhold for veiledning av studenter i praksis (12). Det betinger beslutninger på politisk og strategisk ledelsesnivå for å gi nødvendige ressurser og rammer for operativ ledelse.

For å skape eierforhold til formaliserte avtaler er det viktig at både praksisarenaene og utdanningsinstitusjonene identifiserer hvordan samarbeidet kan foregå, hva som kan hemme og fremme samarbeidet og hvilke premisser som kan legges til grunn. De kliniske praksisarenaene er ulike, og premissene for lokale forhold må tilpasses i avtaler. Samtidig er det nødvendig at praksisstedene selv finner ut hva studentene kan lære ved det enkelte stedet, i lys av læringsutbyttene i utdanningsprogrammet.

KLINISK KOMPETENT

Praksislærerne er kritisert for å være lite klinisk kompetente og oppdaterte i klinisk sykepleie. Dermed fremstår de som lite troverdige i klinikken overfor studenter og

praksisveiledere (11, 18). Hva som forstås som klinisk kompetanse, kan diskuteres, men som regel oppfattes det som å være oppdatert i klinisk arbeid og på gjennomføring av prosedyrer. Det er viktigere å knytte riktig kompetanse til riktig rolle i praksisstudiene enn at lærere må bruke energi på å overbevise ansatte i praksisfeltet at de er klinisk kompetente (11, 18).

Det å kunne tilrettelegge og vurdere sykepleierstudentenes læring i praksis samt undervise og veilede dem anses som viktige oppgaver og en spesiell kompetanse som praksislærerne har (18–20). På samme måte forventes det ikke, verken fra studenter eller praksislærere, at klinisk utøvende sykepleiere innehar den samme formelle akademiske og pedagogiske kompetansen som praksislærerne har (18).

ULIK KOMPETANSE

Læring er forbindelsen mellom høyskole eller universitet og det kliniske praksisfeltet i utdanning av sykepleiere. Praksisveilederne er de som innehar den kliniske kompetansen (18) og som har tilgang til kliniske og autentiske læresituasjoner. Praksislærerne har fagdidaktisk kompetanse for å knytte studentenes konkrete, erfarte læresituasjoner til teoretisk kunnskap. Praksisveilederne og praksislærerne har ulike, men komplementære kompetanseområder.

Studentenes læringsprosess i og om praksis avhenger av fungerende læringsmetoder og -modeller som konkretiserer og kombinerer praksisveilederne og praksislærernes ulike kompetanser. Ut fra en slik grunnforståelse kan det utvikles ulike former for kombinasjonsstillinger i praksisstudiene, med læring som det primære formålet.

Klinisk kompetente lærere gir bedre undervisning, som er av stor verdi for studentene (21). Adams (7) poengterer betydningen av «academic ability» (akademisk kompetanse) hos lærerne, og som kan likestilles med å inneha klinisk troverdighet. Det handler ikke bare om å være klinisk kompetent, men også om å kunne integrere teori og

praksis i klasserommet og i praksisstudiene. Med en slik forståelse vil samarbeid mellom praksislærere og praksisveiledere være verdifullt fordi de har forskjellige, men gjensidig avhengige kompetanser.

ULIKE LÆRINGSKONTEKSTER

Sykepleierutdanningens klasserom spenner bredt – fra forelesninger i auditorium, ferdighetstrening i øvingslab og simulering til praktisk sykepleieutøvelse i

helsetjenesten. Ansatte ved praksisstedene må selv vurdere om de er relevante praksisarenaer for sykepleierutdanningen. Videre må de definere innholdet i læresituasjoner.

Metodene for hvordan studentene kan oppnå kompetanse i henhold til læringsutbyttebeskrivelsene i studie- og emneplanene, konkretiseres i utdanningen. Det forutsetter at klinisk praksis er kjent med utdanningsprogrammet og studie- og emneplaner, og at utdanningsinstitusjonene kjenner helsetjenestene og deres særegenheter og muligheter for læring. Dette er av spesiell betydning i en tid der spesialisering og subspecialisering skjer både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

ANSETTELSESUTFORDRINGER

En kombinasjonsmåte er at sykepleiere i klinikken arbeider deltid eller i vikariater ved universitet eller høyskole. Ansettelsespolitikken ved utdanningsinstitusjonene er imidlertid utfordrende da det stilles krav til førsteamanuensis- eller førstelektorkompetanse. Sykepleiere uten mastergrads- eller førstekompetanse, men som har relevant klinisk erfaring, har ingen mulighet for å bli ansatt i faste stillinger ved universiteter eller høyskoler. Kortere vikariater er mulig og brukes ofte for å dekke vikarbehovet.

For den enkelte arbeidstaker kan det by på utfordringer å ha to arbeidsgivere og to arbeidsteder. Det kan være vanskelig å balansere

«Studentenes læring skjer både inne på skolen og ute i praksis.»

oppgaver og krav som stilles fra arbeidsgivere på forskjellige steder, og det kan være krevende å få innpass i arbeidsmiljøene. Arbeidsplaner tar nødvendigvis ikke hensyn til arbeidsbelastning, arbeidstopper eller tidsfrister, men utformes uavhengige av hverandre. Ousey og Gallagher (18) understreker hvor viktig det er å unngå at arbeidstakerne i kombinasjonsstillinger ender opp som «slaves of two masters» (slaver av to herrer).

Praktiske, men viktige faktorer, som for eksempel overtid, må løses. Det må avklares hvem som utbetaler overtidsarbeid for arbeidstakere som til sammen arbeider full stilling, men som har reduserte stillinger hos hver arbeidsgiver. Det er helt avgjørende at utdanningsinstitusjonene og det kliniske praksisfeltet konkretiserer og avtalesfester vilkår for kombinasjonsstillinger. Det er en fagpolitisk diskusjon der også NSF har en vesentlig rolle, og som har kombinasjonsstillinger som et satsingsområde (5).

Et annet poeng i denne diskusjonen omhandler arbeidslojalitet. Ifølge Ousey og Gallagher (18) kan det å ha to arbeidsgivere skape dilemmaer for arbeidstakeren.

KONKLUSJON

Det er behov for å tenke nytt, konkretisere og prøve ut hva kombinasjonsstillinger kan være. Kompetansen som både praksislærere og praksisveiledere besitter, bør kombineres ut fra kontekst og formål. Om behovet for kombinasjonsstillinger skal realiseres, må både arbeidsgivere, NSF og andre tillitsvalgte instanser på banen for å formalisere roller, ansvar, plikter og rettigheter.

Arbeidstakerne alene kan ikke ta ansvar for å utforme kombinasjonsstillinger når de skal tjene både utdanning og praksis. Riktig kompetanse på riktig sted må formaliseres og vektlegges. Fleksibilitet og kreativitet i utprøving av ulike kombinasjonsstillinger vil være utviklende så lenge de koples til både læring og utvikling av praktisk kompetanse. ●

REFERANSER:

1. Christiansen B, Heggen K, Karseth B. Klinik og akademia: reformer, rammer og roller i sykepleierutdanning. Oslo: Universitetsforlaget. 2004.
2. Benner P, Suphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribe. 2010.
3. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd: samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet. 2012.
4. Universitets- og Høgskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Oslo: Universitets- og høgskolerådet. 2016. Tilgjengelig fra: http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport_ver2.pdf. (Nedlastet 15.02.2017).
5. Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for sykepleierutdanning 2013–2016. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2200366/Politisk%20plattform%20utdanning.pdf>. (Nedlastet 15.02.2017).
6. Skaalvik MW, Henriksen N, Normann HK. The nurse teacher's role in clinical practice – Norwegian nursing students' experiences. A cross-sectional survey. Nordisk Sykepleieforskning 2015;(04):356–66.
7. Adams R. Exploring dual professional identities, the role of the nurse tutor in higher education in the UK: role complexity and tensions. Journal of Advanced Nursing 2011;67(4):884–92.
8. Woods A, Cashin A, Stockhausen L. Communities of practice and the construction of the professional identities of nurse educators: A review of the literature. Nurse Education Today 2016;37:164–9.
9. O'Driscoll MF, Allan HT, Smith PA. Still looking for leadership – Who is responsible for student nurses' learning in practice? Nurse Education Today 2010;30(3):212–7.
10. Langeland K, Thoresen L. Lærers følgedag i sykehuspraksis – for praksisveilederes skyld? Vård i Norden 2013;33(4):19–22.
11. Egilsdóttir HÖ. Samarbeid og læring i klinisk sykepleiepraksis – muligheter for forbedring? (Masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. 2012.
12. Fillingsnes A-B, Thylén I. Praksissykepleieres pedagogiske utfordringer i klinisk veiledning av sykepleierstudenter. Nordisk Sykepleieforskning 2012;2(04):249–62.
13. Lyberg A, Amsrud KE, Severinsson E. Improved competence development after clinical supervision: An educative approach to the WHO patient safety model. 2015.
14. Amsrud KE, Lyberg A, Severinsson E. The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety – Undergraduate nursing students' views. Journal of Nursing Education and Practice 2015;5(6):p87.
15. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet. 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammepplaner/helse/rammepplan_sykepleierutdanning_08.pdf. (Nedlastet 15.02.2017).
16. Kleinpell RM, Faut-Callahan M, Carlson E, Llewellyn J, Dreher M. Evolving the practitioner-teacher role to enhance practice-academic partnerships: a literature review. Journal of Clinical Nursing 2016;25(5-6):708–14.
17. Dahl K, Bjørnnes A-K, Bjerknes MS, Reine E, Brustad MB. Samarbeid i praksis. Tidsskriftet Sykepleien. 2012;100(9):50–2. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/samarbeid-i-praksis>. (Nedlastet 10.02.2017).
18. Ousey K, Gallagher P. The clinical credibility of nurse educators: Time the debate was put to rest. Nurse Education Today 2010;30(7):662–5.
19. Andrew N, Robb Y. The duality of professional practice in nursing: Academics for the 21st century. Nurse Education Today 2011;31(5):429–33.
20. Mackenzie KM. Who should teach clinical skills to nursing students? British Journal of Nursing 2009;18(7):395–8.
21. Gillespie M, McFetridge B. Nurse education – the role of the nurse teacher. Journal of Clinical Nursing 2006;15(5):639–44.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



Foto: NTB scanpix

Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvisne andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterede emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider:

mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500
Vi snakker norsk og engelsk – og somali og polsk på tirsdag kl. 1500–2000.

Ring 800 57 338 eller chat med oss på kreftforeningen.no



Bestill vårt nye temahefte om hjemmedød på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN



– Her ønsker vi å anerkjenne alle for den innsatsen de har gjort på vegne av landet, sier Dag Tommy Tomteberget.

Veteraner kan trenge hjelp

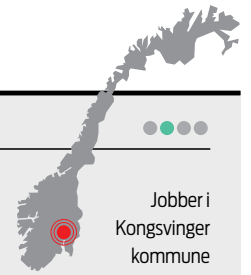
• Fortalt til **Monica Hilsen**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2004

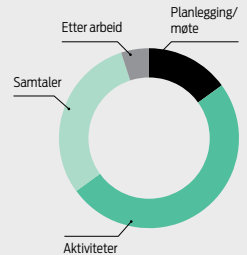
CV

2015- Forsvarets Veteransenter, sykepleier
2013-2015: FSAN, sykepleier/stabsoffiser ved Medisinsk avdeling
2010: Operasjonssykepleier
2009-2010: Videreutdanning i operasjonssykepleie
2006-2007: Norwegian Deployable Hospital, Afghanistan



Jobber i Kongsvinger kommune
60,1°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Ikke alle vet at dette stedet finnes. Forsvarets Veteransenter har et lavterskeltilbud for veteraner som har tjenestegjort eller fremdeles tjenestegjør i internasjonale operasjoner. I Norge er det 100 000 veteraner fra 20–90 år gamle. Her kan de søke om opphold inntil 3 uker av gangen gratis, med kost og losji. Alle som kommer, må klare seg selv, de er «gjester».

Et av kriteriene for å jobbe her er at du er veteran selv. Jeg jobber i et ivaretagelsesteam som består av sykepleier, prest, sosionom, idrettsbefal og en senioroffiser som leder gruppen.

Min arbeidsdag er veldig variert. Det kommer helt an på gjestene som er her. I skoleferier har vi mange barnefamilier, men vi har også egne opplegg for enker, krigsseilere, krigsinvalide og veteraner fra den andre verdenskrig. Vi har aktivitetssuker med eksempelvis fiske, kajakkpadling, bueskyting, skitur og riding. Og vi har golfturnering og MC-treff! Juleoppholdet er veldig populært for enslige.

Jeg tilrettelegger aktiviteter og behandler søknader for veteraner som ønsker opphold. Jeg har kontakt med fastlege, hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste, NAV, hjelpemiddelsentral eller andre instanser etter behov.

Min utdanning og egne erfaringer fra tjeneste bruker jeg i samtaler. Eller brukeren kan trenge meg til praktiske sykepleieoppgaver som sår- eller fotpleie. Det hender også at jeg er med veteraner på møter med offentlige tjenester eller fastlege. Jeg brukes litt som «poteten», til mye forskjellig.

Hos oss kan veteranene dele opplevelser og tanker, samtidig som de får tilpasset et personlig aktivitetsopplegg. Noen menn kan ha skamfølelse for problemene de sliter med etter tjeneste i Forsvaret. Her møter de andre i samme situasjon. Det beste ved jobben er å bidra til at veteraner kan få det bedre.

At jeg ble sykepleier er litt tilfeldig. Jeg kom inn på befalskolen og jobbet i saniteten. Sykepleieryrket virket spennende, så med den erfaringen pluss noen familiære årsaker ble yrkesvalget enkelt. •

monica.hilsen@sykepleien.no

Se flere historier i Sykepleiens APP



POTET: Dag Tommy Tomteberget på Forsvarets Veteransenter bruker erfaringer fra egen tjeneste og sykepleiererfaringer. Foto: Erik M. Sundt



Påfyll

Del 3 Sykepleien 03 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta



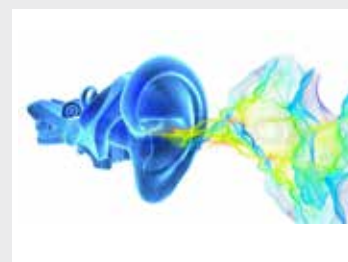
Ville ha svar

Fersk film. Søsteren til Anniken Hoel var schizofren og døde brått, uten at noen kunne forklare hvorfor. **78**



«Det er reservert en plass i helvete for utviklerne av NIC og NANDA.»

Liv Bjørnhaug Johansen. **77**



«Det er litt genetisk hvor disponert man er for å få støyskader.» Hanne Gjønnnes. **82**



Bokanmeldelse. Møte med den døende. **81**



Dikt



Toleranse

*Dine guder er ikke mine guder
Din sannhet er ikke min sannhet
Din ensomhet er ikke min ensomhet*

*Men også din ensomhet har sin verdi
Også dine guder er bokført
Også din sannhet vil bli regnet med*

Så du skal ikke fortvile

Om forfatteren



Kjell Heggelund

Kjell Heggelund (1932 – 2017), forlagsredaktør, litteraturviter, gjendikter og poet døde 7. februar. Til tross for at han kun har utgitt tre egne diktsamlinger, alle på sekstitallet, regnes han som en av de viktigere fornyerne av norsk lyrikk. Heggelund er vel bevandret i den litterære klassiske dannelsen, men skriver med modernistens lekenhet og frihet. Heggelunds samlede verker ble sist utgitt i 2013 på Forlaget Oktober.



Foto: Karina Rønning/Aschehoug

Sykepleier skriver for ungdom

NYBOK: Miss er en fersk bok av Synne Sun Løes. Tidligere har hun gitt ut tre romaner og en barneantologi.

Løes debuterte i 1999 med romanen *Yoko er alene*. I 2002 utga hun ungdomsromanen *Å spise blomster til frokost*, som hun vant Bragepris for. Den handler om en jente som er manisk depressiv, mens årets *Miss* er om 16 år gamle Ea, som har droppet ut av skolen og i stedet blant annet hekler, skriver sin egen selvbiografi og spiser. Ea hater alt som er perfekt. Men moren er redd for at hun skal ende som en tante som var kunstner, tjukk og psykisk syk og end-

te med å ta livet sitt. Så hun sender Ea i terapi.

Løes har også gitt ut bøkene *Tilstrekkelig vakkert* og *Stille, stille*.

Stille, stille handler om 18 år gamle Tove, som bare har én venn og det er faren. Han blir syk, og Tove bestemmer seg for å ta et friår fra skolen. Akkurat da begynner det en ny gutt i klassen, og han blir Toves første venn.

Ifølge biblioteket på Hareid er dette en både trist og morsom historie. Og en bok man kan kjenne seg igjen i. Som det heter på biblioteket sine nettsider: Veldig fint, som alltid, frå Synne Sun Løes. ●

StimuLITE® 3-SONE Madrass Ekstra Myk - nå i Norge og prisforhandlet med NAV

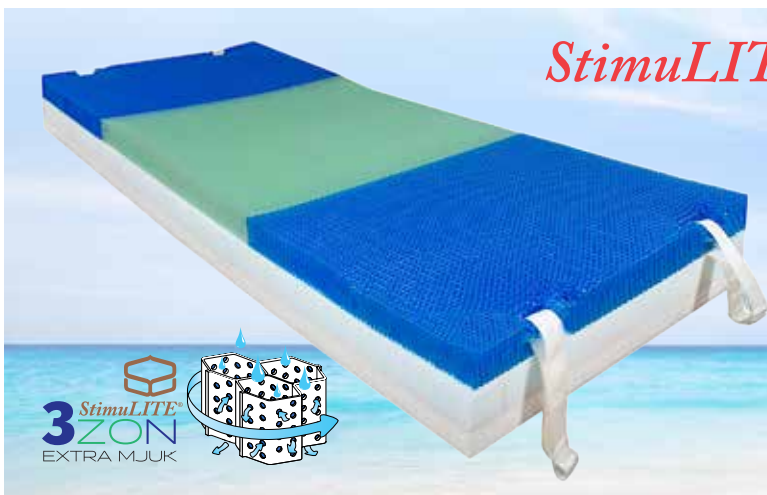
For en kjølig og trykkfri søvn ved langvarig bruk eller under behandling av trykksår opp till grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger

Bestill produktvisning og utprøving nå!

Tel: 48 50 32 97

E-post: ordre@rehabshop.com

www.rehabshop.as



Bøker. 3 om alderdom

Politisk filosofi

KLASSIKER: Simone de Beauvoir er kanskje mest kjent for å ha løftet spørsmål om kvinnens stilling i samfunnet med boken *Det annet kjønn*. I den nylig oversatte *Alderdommen* gjør hun det samme for de eldre. På over 700 sider går hun gjennom historiske, antropologiske, litterære og sosiologiske kilder for å vise hvordan eldre marginaliseres, stereotyperes og mister innflytelse, både i samfunnet og over egne liv.

Vidarforlaget, 2016



Evolusjonistens råd om aldring

POPULÆRVITENSKAP: Biolog Bjørn Grinde bruker forskning og forståelser fra biologi og evolusjonslære som utgangspunkt for råd for hvordan man best kommer alderdommen i møte. I boken *Aldring. Hva du bør vite før du blir gammel* finner du vitenskapelig funderte råd og nyttig kunnskap om alt fra aldringsprosesser i dyreriket til kosthold og mosjon.

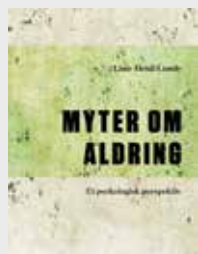
Dreyer forlag, 2017



Utfordrer mytene

PSYKOLOGI: Våre forestillinger om alderdommen er knyttet til myter om ensidig forfall og svekkelse. De begrenser våre eldres mulighet til livsutfoldelse og forringer helse, hevder psykolog Linn-Heidi Lunde i boken *Myter om aldring*. Hun utfordrer noen utbredte oppfatninger om aldring og alderdom, først og fremst ved å vise til forskning som nyanserer hva det innebærer å bli eldre.

Gyldendal akademisk, 2017



Påfyll. Petit



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

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



Sykepleiediagnose: Risiko for inadekvat kommunikasjon og voldsom irritasjon

Rikke sitter foran PC-en på arbeidsrommet og forsøker å gi studenten sin en innføring i behandlingsplanenes kryptiske verden.

«Dersom noe i kroppen ikke virker, kan du velge *ineffektiv vevsperfusjon*», sier hun pedagogisk og studenten nikker storøyd og noterer. «Vi skal nemlig ikke skrive pasientens diagnose, men hva som er problemet».

Pleieplanene vi lager skal brukes av alle som jobber med pasienten: helsefagarbeidere, studenter og en og annen ufaglært assistent. Utifra den skal alle involverte kunne slutte hvilke problemer pasienten har og hva vi skal gjøre med det. Da skulle man jo tro at det var et poeng å utvikle et system som var forholdsvis forståelig for de fleste, men i stedet har vi valgt å gå den andre veien; vi har valgt å bruke NIC/NANDA-systemet, som sikrer oss et internt stammespråk fullstendig uforståelig for de fleste andre, som Rikkens stakkars student.

En virkelig nøtt er diabetes; det er nemlig egentlig ikke *ineffektiv vevsperfusjon* som er problemet, men hva? *Risiko for forstyrrelse i væskebalansen relatert til fare for hyperglykemi*? Slapp og sengeliggende? Gode gamle *nedsett allmenntilstander* såklart ikke tilgjengelig, hva med *risiko for inaktivitetssyndrom* eller rett og slett *aktivitetstoleranse*? Jeg synes også sykepleiediagnosen *risiko for perifer neurovaskulær dysfunksjon* fortjener en plass på pallen for kryptisk fagspråk, muligens i fotofinish med *risiko for*

autonom dysrefleksi.

Jeg har en engstelig pasient. Angst aksepterer faktisk NANDA, men han har ikke angst, han er engstelig, kanskje med god grunn. Kanskje han for eksempel akkurat har fått beskjed om at det skremmende epilepsianfallet han kom inn for skyldes en svulst i hjernen? Sånt kan man bli engstelig av. Men NANDA har ikke rom for sånt; derimot finner jeg en rekke bisarre diagnoser som *forstyrret energifelt*, *forsvarspreget mestring*, *svekket*

«Det er reservert en plass i helvete for utviklerne av NIC og NANDA.»

tilpasningsevne, eller hva med *ineffektiv benektning*?

Og når klokka er fem på rapport, og jeg skal hamre ned pleieplanen som pasienten har krav på at er på plass innen 24 timer, og må velge mellom *reflektorisk* eller *funksjonell inkontinens*, kjenner jeg at jeg er ganske sikker på at det er reservert en plass i helvete for utviklerne av NIC og NANDA. Der sitter de, til evig tid, skrubbsultne på en fancy, fransk restaurant med en meny så avansert at ingen av dem noensinne klarer å formulere en bestilling den smokingkledte servitøren er villig til å akseptere. ●



Dødsårsak ukjent. Det var svaret Anniken Hoel fikk da søsteren døde. Hun gikk på store doser antipsykotika. Dette har Hoel laget film om.

Tror søsteren døde av bivirkninger

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Renate, som var schizofren, ble behandlet med antipsykotika. Hun døde plutselig, men dødsårsaken er ukjent. Familien fikk aldri vite hva som forårsaket hennes død. Verken legen eller obduksjonsrapporten ga svar.

Dette satte lillesøster Anniken Hoel på sporet. Hun begynte å lage en dokumentarfilm.

– Personlig og etterforskende, sier hun om filmen hun har brukt mange år på å lage.

Tromsøværinger har utdanning som filmregissør fra Danmark og Praha. Hundre timers opptak er klippet ned til 84 minutter. Fra 24. mars vises filmen på norske kinoer. Den har fått navn etter utgangspunktet: Dødsårsak ukjent.

FIKK FIRE TYPER ANTIPSYKOTIKA

Da Renate døde i 2005, var hun 34 år gammel. Hun ble funnet på golvet i rehabiliteringsboligen hun da bodde i. Diagnosen schizofreni hadde hun fått i 20-årsalderen, forteller Anniken Hoel, som er ti år yngre enn søsteren. Det ble stadfestet at det ikke kunne være selvmord.

Lillesøster Anniken kom ikke til ro siden de ikke visste.

– Vi var jo alltid redde for henne, sånn er det når man har en alvorlig syk person i familien.

Hun fikk vite at søsteren ble behandlet med fire typer antipsykotika samtidig. Dosene var dessuten trappet opp det siste halvåret hun levde. I 2007 oppdaget hun at «ventrikulær takykardi/fibrillasjon (plutselig død)» sto oppført som en bivirkning på det ene medikamentet. Det hadde det ikke gjort før.

– Jeg fant ut at flere hadde dødd plutselig mens de ble behandlet med antipsykotika på det samme sykehuset som Renate hadde vært på. Så fant jeg ut at det samme hadde skjedd på flere andre steder i Norge. Og også i andre land. Jeg begynte å lure på hvordan medisin med død som mulig

bivirkning kunne bli godkjent. Hvilken forskning lå til grunn?

I forbindelse med en stor rettssak i USA mot Eli Lilly, selskapet som produserer Zyprexa og Prozac, ble mange hundretusener sider med informasjon lekket ut. Der fant Hoel blant annet markedsplaner om hvor mye man kunne tjene på schizofrene, bipolare, demente, eldre ...

Hoel leste og leste. Både de lekkete dokumentene og forskning.

– Og jo mer jeg leste, jo mer lærte jeg om hvor stor risikoen for hjertesyke er når man er medisiner, spesielt med flere antipsykotika samtidig.

Hun mener temaet er aktuelt i Norge også, og viser til at antipsykotika gis til uforsvarlig mange eldre her i Norge.

BÅDE PERSONLIG OG UNDERSØKENDE

Anniken Hoel har intervjuet mange forskere, og utfordringen har vært å gjøre innholdet enkelt og forståelig. Samtidig er filmen en personlig historie om søsteren og det å være nær en som er rammet av psykisk lidelse.

Filmregissøren har brukt bilder av søsteren, og filmet drømmesekvenser med sju 8-film. Siden hun ikke har film av Renate, har Renates datter vært modell for sin mor. Filmen skifter mellom de to temaene; det personlige og det undersøkende.

– Jeg trodde først det skulle bli en historie om Renate, jeg visste ikke at det skulle bli en stor etterforskning, forteller hun.

«Jeg visste at Renate hadde fått nye medisiner.»

Hva er sponset og hva er ikke sponset av industrien, er sånt som hun har undersøkt.

– En tidligere ansatt i legemiddelindustrien ville ha 30 000 kroner for å bli intervjuet.

– Fikk han det?

– Nei, ha-ha.

BOR BILLIG I BERLIN

Det tok tid å finne ut hva som var gode, troverdige kilder. Hun måtte sette seg inn i farmakologi og det amerikanske rettssystemet.

– Hva har du levd av i disse årene?

– Jeg bor i Berlin, og der er det billig å bo. Jeg har hatt diverse oppdrag, som å holde kurs. Og i 2012 fikk jeg finansiering fra Norsk filminstitutt, Fritt Ord og flere andre filmfond.

I 2014 var hun ferdig med å samle inn materialet til filmen.

Renate hadde vært 46 år hvis hun hadde levd. Anniken er 36.

– Mange søsken har skyldfølelse fordi de ikke gjør nok for den syke. Men fordi aldersforskjellen var så stor, jeg var jo bare ti år da Renate først ble syk, ble jeg spart for det i oppveksten. Jeg innfant meg med at jeg kunne ingenting gjøre.

Hun mener filmen er relevant for sykepleiere:

– Når det gjelder medisinbruk, spesielt i psykiatrien, er man lite opptatt av å kontrollere bivirkninger. Den somatiske helsen blir ikke tatt på alvor.

Hun er også skeptisk til mengden av medisinbruk i dagens samfunn.

– Yngre og yngre mennesker går på antidepressiver og antipsykotika. Jeg er kritisk til langtidseffekten. Det er vanskelig å komme av disse medisinene, og vanskelig å trappe ned. Det kan skape psykotiske symptomer og andre ubehageligheter, og er kjent som,



Fakta

Anniken Hoel

Aktuell med:
Filmen Dødsårsak ukjent

abstinenssymptomer. Det tar man som bevis for at den funker.

– *Tror du din søster hadde overlevd med lavere doser?*

– Hun burde i hvert fall ikke hatt fire forskjellige antipsykotika i høye doser.

Her er medisinalisten: Trilafon sprøyteinjeksjon 216 milligram hver 14. dag, Zyprexa 20 milligram, Risperdal 4 milligram, Truxal 25 milligram x 3.

I tillegg fikk hun sovemedisinen Zopiclone, 7,5 milligram.

FÅR ALDRI SVAR

Familien har klaget til Helsetilsynet.

– De konkluderer med at av og til er det riktig å medisinere slik. Jeg har spurt fagfolk om dette rundt i verden. Ingen bekrefter det, mens Helsetilsynet sier at konklusjonen er basert på erfaring. Vi vil aldri få svaret.

Dødsårsaken er fortsatt ukjent.

– Men at medisinen reduserer levetiden og gir bivirkninger, er det ikke tvil om. Forskere og fagmiljøer har i mange år vært klar over at psykiatriske pasienter har 20–25 års kortere levetid, sier Hoel.

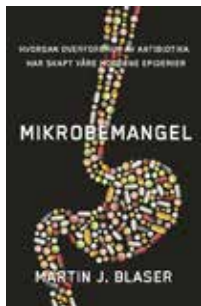
– Dette blir ofte bortforklart med at psykiatriske pasienter røyker mye, mosjonerer lite, har dårlig kosthold og så videre, uten virkelig å peke på elefanten i rommet: de antipsykotiske legemidlene. Spesielt når de brukes i høye doser, og når mange forskjellige medisiner kombineres, uten at bivirkninger følges opp.

Hoel tror filmen har mye nyttig informasjon for sykepleiere, spesielt i psykiatrien.

Filmen skal også lanseres internasjonalt.

– Strategien er å få den ut til alle vestlige land, sier filmregissør Anniken Hoel. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Fakta

Mikrobemangel

Av Martin J. Blaser
Mime forlag, 2016
260 sider
ISBN 9788293441076

Anmelder: Thore K. Aalberg

Oss og mikroben

ANMELDELSE: Hvis vi skal unngå at neste generasjon skal bli alvorlig rammet i av astma, eksem, autisme, barnediabetes, fedme, dårlig immunforsvar og en rekke andre sykdommer, må bruken av antibiotika reduseres drastisk. Antibiotikaresistens er et langt mindre problem enn mikrobemangel.

Forfatteren avviser hygienehypotesen som forklaring på økningen av sykdommer hos barn. Hovedårsaken er tapet av mangfold i mikrobiomet vårt. Også keisersnitt kan bidra til det. Patogener kan også ha en positiv funksjon. Beskrivelsen av *Helicobacter Pylori* og hva som skjer med den ved bruk av antibiotika,

illustrerer på en god måte forfatterens hovedpoeng.

I USA skrives det ut resepter på nesten 1400 antibiotikakurer per 1000 barn under to år. 80 prosent av antibiotika brukes som vekstfremmende middel på dyr. Blaser skisserer flere løsninger, både på individ- og systemnivå, for å redusere bruken. Probiotika og prebiotika kan kanskje være effektivt. Fekal transplantasjon er verdt å forsøke. Det at leger kan bli saksøkt som følge av negative virkninger av antibiotika, kan også ha noe for seg. Forfatteren gir i realiteten den farmasøytiske industrien det glatte lag.

Denne boken er noe av det ypperste innen populærvitenskap. Blaser

forklarer på en usedvanlig enkel måte sammenhengen mellom endringer i bakteriefloraen og dagens sykdomspanorama.

Bruken av metaforer og analogier er forbilledlig. Sammenlikningen mellom Carsons «Den tause våren» med det han kaller «den antibiotiske vinteren» illustrer både makro- og mikrobiologi.

Jeg venter med spenning på en bok hvor han kan dokumentere alternativer til antibiotika på en like glimrende måte som han har gjort med de skadevirkninger denne har. Denne boken er et must for dem som skal utdanne seg til yrker hvor det skrives ut resepter på antibiotika og hvor antibiotika er en del av behandlingen. ●



Fakta

Livskvalitet og smerte

Av Sølvi Helseth, Marit Leegaard, Finn Nortvedt (red.)
Gyldendal Akademisk, 2016
ISBN 978-82-05-48162-6

Anmelder: Line Bolgvåg

Vitenskapelig om det subjektive

ANMELDELSE: Denne lille boken er en vitenskapelig antologi som drøfter smerte og livskvalitet, både som fenomener og begreper. Felles for begge er at de har en subjektiv side, som gjør det utfordrende å forske på dette feltet. Forfatterne har alle bakgrunn som sykepleiere og er tilknyttet en gruppe ved Høgskolen i Oslo og Akershus hvor all forskning har livskvalitet og/eller smerte som tema.

Et uttalt mål med utgivelsen er å bidra til kunnskapsutvikling ved å beskrive nyere studier og verktøy. Tekstene spenner tematisk fra akutte og langvarige smerter hos barn, overvekt hos barn og unge,

ensomhet hos eldre, langtidsmottakere av sosialhjelp, foraeldre til barn med spesielle behov og kreftpasienter, og hele tiden er livskvalitet og smerte en rød tråd. Dette fungerer godt, og boken fremstår som oversiktlig og systematisk.

Kapittel 6, vurdering av postoperative smerter, fortjener ekstra omtale. Her beskrives kultur og ukultur i smertebehandling, og at sykepleiere har en tendens til å underestimere sterk smerte og overestimere mild smerte. Kan dette skyldes at mange har en tendens til å oppfatte smerte i større grad som et fysisk fenomen som kan måles og observeres, fremfor en subjektiv opplevelse, og dermed ikke etterlyser pasientens

opplevelse? Forfatterne anbefaler at klinikere bruker kartleggingsverktøy. Men like viktig er diskusjon av egen praksis og en bevisstgjøring av egne holdninger og den kulturen som en er en del av.

Boken er aktuell og viser til mange nye og relevante studier. Redegjørelse for og diskusjon av metode gis mye plass. Siste kapittel omhandler et rammeverk for komplekse intervensjoner, som kan bidra til kvalitetssikring.

Siden boken favner bredt tematisk, kan den passe for mange. Jeg anbefaler imidlertid at leseren har grunnleggende kunnskap om vitenskapelig metode. Dette er ikke sengelektre. ●

Tone Marie Roren Som å komme hjem

LITTERATUR: En av mine kjæreste bøker er *Suksessens sju åndslover* av Deepak Chopra. Å lese denne boken var for meg som å komme hjem. Den ga meg mer rom til å puste i, den hjalp meg til å bli helere. Å bli helere, innbefatter å se mer av seg selv. Jo mer jeg ser av meg selv, desto mer settes jeg i stand til å se den andre. I gode menneskemøter er evnen til å se helt sentral. Som sykepleiere står vi i mange menneskemøter.

Hvis du er av den oppfatning at mennesket, i tillegg til kropp og sjel, også består av ånd, vil jeg anbefale boken på det varmeste. Også hvis du lurer på om sykepleiefaget er det rette for deg. Den handler nemlig også om betydningen av å dyrke sitt talent.

Deepak Chopra definerer suksess slik: «Suksess er prosessen som drømmeren bruker til å virkeliggjøre drømmen.»

God lesning! ●



Navn: Tone Marie Roren

Stilling: Sykepleier, gestaltterapeut og forfatter. For tiden hjemme med omsorg for sykt familiemedlem.

Møte med den døende

ANMELDELSE: Sykepleieren må ikke bare kunne og vite, men møte den døende med åpne sanser rede til å la situasjonen og den andre få bestemme hva som er klokt å gjøre. Her leverer Astrid Rønsen og Rita Jakobsen en godt skrevet bok om møte med døende pasienter og forutsetningene for å gi god hjelp i livets siste fase.

Forfatterne bruker fortellinger om møter med døende pasienter og deres familier som en inngang til forståelse. Den døende får i mange av fortellingene ikke bare god hjelp i avslutningen av et liv, men også hjelp til å fullføre livet og fortellingen om eget liv.

Boken innledes med å argumentere for betydningen av å lytte til pasienten, og går dypt inn i grunnlaget for omsorg og innholdet i hospicefilosofien. Der er ikke bare «pasienten først», men «møtet med pasienten først». Da åpnes mulighetene for å lete etter det som er viktig for pasienten. Ulike sider ved pasientens eksistensielle behov og hjelperens muligheter til å møte disse uten å krenke blir framhevet. Hjelperen er best en medvandrer som deltar i livsfortellingens siste fase. Videre blir fortellingens funksjon, for pasienten og for hjelperen, forklart.

Forfatterne diskuterer også rammevilkårene for omsorg ved livets

slutt i dagens helsevesen og setter tjenesten inn i en internasjonal sammenheng. De problematiserer at sykehusene er så opptatt av kortest mulig liggetid, og kommunehelsetjenestens oppgavefokus. Forfatterne legger vekt på behovet for stabile relasjoner i livets siste fase. De peker på at hjelperen har ansvar i situasjonene i egne valg, men erkjenner samtidig at tidspress og rutiner innimellom gjør situasjonen vanskelig. Boken har en interessant diskusjon om hjemmedød og om bruken av tiltaksplaner for døende.

Rønsen er palliasjonssykepleier ved Hospice Lovisenberg og førstelektor ved NTNU Gjøvik. Jakobsen er førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole i Oslo. Forfatterne setter sykepleierens praktiske erfaringer i dialog med teoretisk kunnskap og filosofi, og boken har en fyldig referanseliste.

Om det er noe jeg savner, må det være en diskusjon om helsehusenes funksjon som mellomstasjon mellom sykehus og sykehjem. Hva har den å si for tilbudet til døende? Forlaget kunne lagt mer arbeid i korrekture og konsekvent markering av fortellinger, kilder og refleksjoner. For meg bekrefter boken betydningen av relasjon og faglig skjønn i arbeidet med døende pasienter. ●



Fakta

Å fullføre et liv. Omsorg for døende og dem som står nær

Av Astrid Rønsen og Rita Jakobsen
Gyldendal Akademisk,
2016
223 sider
ISBN 978-82-05-47219-8

Anmelder: Håkon Johansen

«For å forstå den andre, i omsorgssituasjonen, må man la seg berøre av den andres situasjon.»

Astrid Rønsen og Rita Jakobsen



Tinnitus er en lydopplevelse som kun den som har den, kan høre.

Du kan høre deg hørselshemmet

• Tekst **Nina E. H. Hauge**

Tinnitus kan opptre som en pipelyd, suse-lyd eller en tikkelyd, være konstant eller komme og gå, og variere i styrke. Det er ikke en sykdom, men et symptom på at samarbeidet mellom øret og sentrale funksjoner i hjernen ikke fungerer som det skal.

Som regel er den relatert til sykdom eller skade i hørselssystemet. Skader i ørene, ulykker, hode-skader og skulder- og nakkeproblematikk kan gi tinnitus. Som oftest kan man ikke påvise noen bakenforliggende sykdom. Likevel kan det være en tilstand man trenger behandling for.

GIR GODE VERKTØY FOR MESTRING

– Målet med tinnitusbehandling er ikke å fjerne tinnitus, men å lære seg å håndtere den på en måte som gjør at man ikke opplever det som veldig negativt i hverdagen, sier Hanne Gjønnnes.

Hun er audiograf ved Ahus og har tatt videreutdanning og spesialisert seg på å behandle tinnituspasienter.

– Hvis man klarer å dempe eller fjerne de negative reaksjonene, vil tinnitus ofte bli mye mindre hørbar. Pasientene må bryte forbindelsen mellom lyden og de reaksjonene de har.

Gjønnnes gjør pasientene oppmerksomme på at det går an å jobbe med hvordan de forholder seg til tinnituslyden. Noen er bekymret for at den er symptom på noe farlig.

– Man må ta vekk usikkerheten og gi dem de verktøyene som trengs, mener Gjønnnes.

UFARLIGGJØRING ER VIKTIG

Det er ikke den opplevde styrken på tinnitus som avgjør hvor plaget man er, forklarer hun. Noen kan ha en veldig svak tinnituslyd, men den gjør dem veldig redd eller irritert. De har en reaksjon som igjen forsterker oppmerksomheten på lyden. Da

vil irritasjonen eller redselen gjøre at du fokuserer mer på lyden, og den oppleves etter hvert som høyere. Vi fokuserer på det som er en trussel. Når man får vekk trusselaspektet ved tinnituslyden, vil man også automatisk legge mindre merke til den. Den lukes ut på veien.

BRUKER EGEN ERFARING

Gjønnnes har selv tinnitus, og bruker det i møtet med pasientene sine.

– Jeg vet hvordan det føles. Jeg er veldig habituert til min tinnitus og plages ikke. Det viser at det går an å håndtere tinnitus, forteller hun.

– Man kan ha andre plager som gjør at tinnitus blir en tilleggsbelastning. Mange sliter for eksempel med depresjon og angst. Hvis du da får tinnitus i tillegg, så kan du ofte trenge hjelp.

STØYSKADER OG OVERBELASTNING

– Det er litt genetisk hvor disponert man er for å få støyskader. Å utsette ørene for relativt høy lyd over lang tid og også veldig høy lyd over kort tid kan gi skade. Ørene er rett og slett ikke konstruert for å tåle det. Man kan få skader i det indre øret som ikke kan repareres. Det blir ikke bra igjen, sier hun.

– Hørselen er ikke en uuttømmelig ressurs for

«Hvis man klarer å dempe eller fjerne de negative reaksjonene, vil tinnitus ofte bli mye mindre hørbar.»

Hanne Gjønnnes, audiograf

mange. Den kan skades. Du kan på en måte ikke gjøre det samme med øynene. Du kan ikke se deg svaksynt, men du kan høre deg hørselshemmet, forklarer Gjønnnes.

VIKTIG HVORDAN PASIENTENE BLIR MØTT

Molde Sjukehus er et av de fremste stedene i landet på behandling av lidelsen. Dag Lyngve Sunde er øre-nese-hals-lege her og har i mange år interessert seg for tinnitus og fordypet seg i dette.

– Tinnitus er i utgangspunktet et uspesifikt symptom som de fleste opplever innimellom. Internasjonale studier viser at cirka 17 prosent av befolkningen angir å ha tinnitus. 4–5 prosent av disse er plaget, mens det er 0,5–1 prosent som er veldig plaget, sier Sunde på telefon til Sykepleien.

Noen av dem som opplever tinnitus, blir etter hvert plaget. Opplevelsen blir forsterket, de sensitiviseres til tinnituslidelsen, som vi oppfatter som en kronisk stresslidelse. Følgeplager som søvnproblemer, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, muskelspenninger, nedstemthet, depresjon og angst er vanlige.

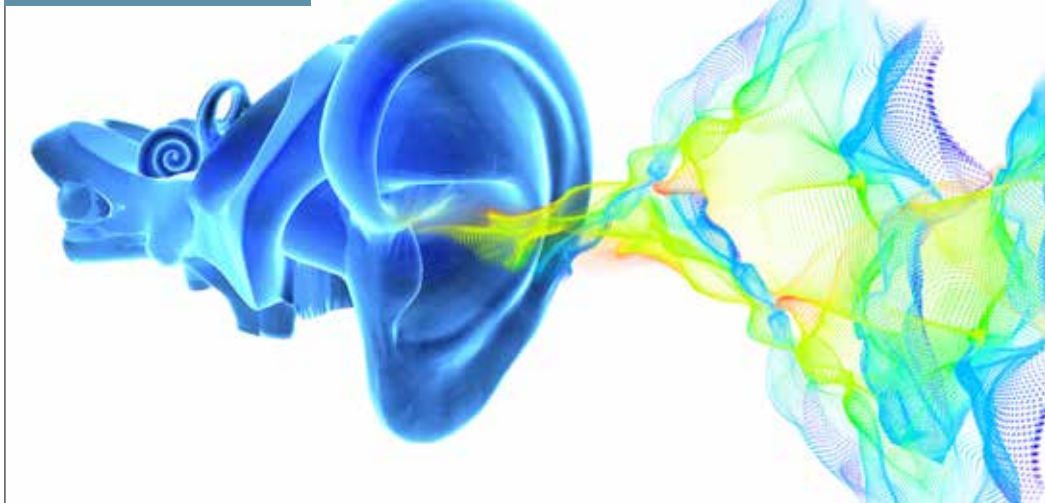
ØNSKER MER KUNNSKAP

– Det er viktig at pasienten blir møtt på riktig måte, sier han.

Den vanligste årsaken til at det går i en sensitiviserende retning, er nemlig negativ rådgivning fra helsepersonell, fastlege, audiograf uten spesialisering og familie. Det blir sagt feil ting som: «Dette må du leve med», «Det er permanent» og «Det finnes ingen behandling».

Sunde sier at fastlegene bør ha en optimistisk holdning overfor pasientene, oppfordre til aktivitet og å være i lyd miljø. Dersom det vedvarer, kan de også henvise til øre-nese-hals-lege eller audiograf så de kan få en status på hørselssystemet. Det

ØRESUS: Tinnitus oppstår når samarbeidet mellom øret og sentrale funksjoner i hjernen ikke fungerer som det skal. Foto: Colourbox



AUDIOGRAF: Hanne Gjønnnes hjelper pasientene med å bryte forbindelsen mellom lyden og de reaksjonene de har. Foto: Nina E. H. Hauge



HØRSELSSKADER: Høy musikk kan gi skader i det indre øret som ikke kan repareres. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Fakta

Noen årsaker til tinnitus:

- Hørselstap (støyskade, plutselig hørselstap - såkalt sudden deafness)
- Mellomørebetennelse eller annen øresykdom
- Stress
- Sykdom eller skade i hjernen
- Ménière
- Hjerte- og karsykdommer
- Stoffskiftesykdommer
- Bivirkninger av medikamentbruk
- Kjeveleddproblem
- Autoimmune sykdommer (gikt- og betennelsesykdommer)

Gode råd å gi til tinnitutsrammete:

- Tilegn deg kunnskap om hva tinnitus er
- Unngå stillhet. Lyd i bakgrunnen flytter fokuset fra tinnitus over på andre ting. Bruk lydpute når du skal sove
- Lær deg avslapningsøvelser

Aktuelle behandlinger:

- Utredning av hørselssystemet
- Lydbehandling
- Kognitiv behandling
- TRT (Tinnitus Retraining Therapy)

er en fordel at pasienten er trygg på statusen på hørselssystemet sitt. Tinnitus er nært knyttet til nedsatt lydtoleranse, som det også er viktig å få behandlet.

Sunde ønsker mer kunnskap om tinnitus blant helsepersonell. Han kurser fastleger og foreleser ved Universitetssykehuset i Tromsø. Her gjennomføres et obligatorisk kurs i otonevrologi for dem som skal bli spesialister innen øre-nese-hals. De som tar etterutdanning, kurses også, men på forskjellige steder i landet. På Molde Sjukehus driver han også et rehabiliteringsopplegg for pasienter som består av dagsseminar og eventuell individuell oppfølging. Det å få kunnskap om og forståelse for hvordan øret og hørsel fungerer, er et viktig ledd i å takle lidelsen for dem som er rammet.

FELLESSKAP STIMULERER MESTRING

– Det er viktig at helsepersonell i møte med en tinnituspasient skaper trygghet, er med på å ufarliggjøre reaksjonen på lyden og forklarer at det finnes god hjelp å få, sier generalsekretær Anders Hegre i Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) i en e-post til Sykepleien.

Mange med tinnitus sliter med søvnproblemer, svimmelhet, konsentrasjonsvansker, sosial tilbaketrekning og depresjon. Noen kan oppleve å miste livsgnisten i en periode. Hegre mener helsepersonell spiller en sentral rolle i å fange opp disse, og at det derfor er viktig at de får mer kunnskap om lidelsen og om hvordan de skal møte pasientgruppen.

Landsforbundet tilbyr et fellesskap og stimulerer til rehabilitering og mestring. I tillegg har de

et eget tinnitusutvalg og driver et kompetanse-senter, HLF Briskeby. Her får tinnitutsrammete mestrings- og rehabiliteringsopphold, og de trefrer andre med samme lidelse, sier han.

– Det betyr at de kan snakke med og få hjelp av en som er i samme situasjon, som har levd gjennom utfordringene og funnet veier til å mestre hverdagen bedre, sier Hegre.

Tinnitus er i ferd med å bli et stort folkehelseproblem. Verdens helseorganisasjon (WHO) har slått alarm om at 1,1 milliard unge mennesker står i fare for hørselsskader som følge av høy musikk rett i øret. Oppdatert kunnskap om hørselstap og tinnitus i befolkningen kommer gjennom den store folkehelseundersøkelsen, HUNT 4, som har oppstart til høsten. ●

nina.hauge@sykepleien.no



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva betyr tumor?

- A Kreft
- B Hevelse
- C Skjelving

2 Hva lider du av hvis du har bartholinitt?

- A Betennelse i skjedeåpningen
- B Polypper i endetarmen
- C Infeksjon i øregangene

3 Hva betyr rubor?

- A Ringformet utslett
- B Rødhet
- C Svette

4 Hva betyr calor?

- A Forkortelse for kalori
- B Farget
- C Varme

5 Hva betyr dolor?

- A Smerte
- B Forvirring
- C Puss

6 Hva er mitokondriene?

- A Den øverste delen av binyrene
- B Nødvendige stavformede bakterier i tarmen
- C Runde eller avlange korn i cellene, med DNA i seg

7 Hvem har du fått dine mitokondrier fra?

- A Halvparten fra far og halvparten fra mor
- B Mor
- C Far

8 Hva er mitokondrienes viktigste oppgave?

- A Å kolonisere tarmen med harmløse bakterier
- B Å produsere hormoner
- C Å produsere energi

9 Tumor, rubor, calor og dolor er karakteristiske trekk ved ...

- A Betennelse
- B Rusavvenning
- C Orgasme

10 Hva er katekolaminer?

- A Multivitaminer for katter med colasmak
- B Sterke smertestillende medisiner
- C Kjemiske stoffer som for eksempel dopamin



ORGASMISK: Ser du noe tumor, rubor, calor og dolor her?

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

SVAR: 1B, 2A, 3B, 4C, 5A, 6C, 7B, 8C, 9A, 10C

Randis hypokonderkryssord

😊	HELSE-PERSONELL	SYKD.	AV-GIFT YTRER	▼	FYLKER RYDDE	▼	GODE	ORKE YTRE	▼	VIKAR BOLIG	▼	RAPPE	SOLO	POL. PARTI (GML)	😊	DIF - FUSE	VEKS - TEN	😊	HUSDEL KORSVEI	▼	
▶	VAN - SKJØT - SELEN	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	LÆRER	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	REI - SER	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶

Se løsning på kryssord side 90.



Meninger

Del 4 Sykepleien 03 | 2017

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



BERØRES: Denne jenta fikk en ekstra energibar av Adelheid Skredlund og kom i bedre form. Foto: Eivor Hofstad



Utdanning. Hvorfor vil høyskolene bli universiteter? **87**



«Bare mens vi sitter i rapporten, melder fem nye pasienter seg i luka.»
Maiken Juvik. **88**



Student. Man burde ikke vært prisgitt skolen man går på. **91**

Redningskvinne

Flyktninger. Eventyrlyst og militær bakgrunn har brakt sykepleier Adelheid Skredlund til Middelhavet. **92**



Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har utlyst opptak til et utdannings-
tilbud for helsefagarbeidere som ønsker å ta sykepleierutdanning.

Står på krava



Fakta

**Eli Gunhild
By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

Stortinget åpner for at denne ordningen kan tas i bruk flere steder hvis universitetene eller høyskolene selv ønsker det.

Det nye tilbudet gjelder dem som har fagbrev som helsefagarbeider og som ikke er kvalifisert i form av studieforberedende fag fra videregående skole, eller er 25 år eller eldre. Da kan du nemlig tas opp etter en realkompetansevurdering allerede i dag. I tillegg har de som har tatt en yrkesfaglig retning med et fagbrev rett til få et år med påbygging, slik at de får studiekompetanse. Allerede før denne nye muligheten skal prøves ut, er det mange veier inn.

Det er ikke rart om dette skaper forvirring, ikke minst for dem som skal velge vei i videregående skole. Her lages det koplinger mellom noen utdanninger, men ikke mellom andre.

BEST GRUNNLAG

NSF mener prinsipielt at opptak til bachelorstudiet i sykepleie krever studiekompetanse for å kunne følge den forskningsbaserte utdanningen. I tillegg mener NSF at det må stilles krav om karakteren 3 i norsk, matte og engelsk for å sikre tilstrekkelig inntakskompetanse. NIFU-rapport 14/2012 «Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen» viste at det er en direkte sammenheng mellom inntaksnivået og sluttkompetansen som studenten har ved gjennomført utdanning.

Det blir ikke enkelt for utdanningene å få studenter med så ulike forutsetninger inn i studiet. Det er også underlig at det er

«Å drive skreddersøm for få studenter koster ofte mer enn det det smaker.»

universitet og høyskoler som skal tilby undervisning i norsk og matte på videregående nivå som forkurs. For det forutsetter denne nye forsøksordningen. Universitetene og høyskolene er i dag hardt presset, og vi frykter for kvaliteten på utdanningen ved slike forsøk. Å drive skreddersøm for få studenter koster ofte mer enn det det smaker. Det kommer ingen til gode.

MANGEL PÅ HELSEPERSONELL

Jeg må stille et grunnleggende spørsmål: Blir det flere helsefagarbeidere eller sykepleiere av denne ordningen? Slik det er i dag er svaret et klart nei. Det blir færre helsefagarbeidere og det samme antallet sykepleiere. Totalt sett mindre helsepersonell til å møte de økende behovene.

SSB viser at vi vil mangle flere helsefagarbeidere enn sykepleiere. Sist år var det rundt 17 000 kvalifiserte søkere til 3 500 plasser i sykepleierutdanningene. Søkere som fort kan gjøre andre valg i høyere utdanning. Vi trenger dem i helsetjenesten.

PRAKSIS OG TEORI

Det hevdes at helsefagarbeiderne kan bli ekstra gode i «praktisk» sykepleie. Jeg tar sterkt avstand fra en forståelse som legger opp til at du har «teoretiske» sykepleiere på den ene siden og «praktiske» sykepleiere på den andre. Teori og praksis henger sammen. God sykepleiepraksis krever solid teori. Det er det pasienter og pårørende forventer.

Derfor mener vi det er viktig å ha studieforberedende fag som grunnlag for bachelorutdanningen. Derfor mener vi at sykepleierutdanningen må ha et enhetlig og helhetlig løp for å ha et felles grunnlag for autorisasjon.

KAMP FOR KVALITET

Høy kompetanse og høy kvalitet er det som er faget og profesjonen vår. Det er det vi kjemper for og har kjempet for i 100 år. Det er ikke en kamp for å holde noen ute eller holde noen nede. Det er ikke en såkalt profesjonskamp. Alle er mer enn velkomne til å ta sykepleierutdanningen. Vi vil bare at det skal stilles tydelige krav både før under og etter utdanningen. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Flere høyskoler søker om å bli universitet.

Hva har dette å si for sykepleiefaget?

Hvorfor universitets- utdanning?



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som første-
amanuensis ved
Høgskolen i Oslo og
Akershus, og redaktør i
Sykepleien Forskning.

Idag er det mange som får sin bachelor- og mastergrad i sykepleie ved et universitet. Snart blir dette normen. Høgskolen i Oslo og Akershus sendte sin søknad om å bli akkreditert som universitet i slutten av februar 2017, og uken etter sendte Høgskolen i Sørøst-Norge sin søknad. Hvilken betydning får dette for utviklingen av sykepleiefaget, og hvorfor er temaet viktig?

ØKT ANSEELSE FRA UNIVERSITET

Ifølge Kunnskapsdepartementet trenger Norge flere med høyere utdanning – spesielt innenfor områdene barnehage og skole, helse- og sosialtjenester, økonomi, ledelse og teknologi. Konkurransen om studentene tilspisser seg i et utdanningsmarked preget av globalisering og økt mobilitet blant studentene. Et av svarene på disse utfordringene er å tilby profesjonsutdanninger på universitetsnivå. En slik satsing kan være et virkemiddel for å gi profesjonsfag som sykepleie nødvendig faglig tyngde og økt internasjonal anseelse.

For deg med bachelorgrad i sykepleie er det tvilsomt om det betyr så mye om du er utdannet ved et universitet eller en høyskole så lenge du holder deg hjemme i Norge. Hvis vi ser større på det, kan utdanning fra et universitet gi norske sykepleiere store fordeler i internasjonale sammenhenger. Betegnelsen «University College», som er den engelske oversettelsen

«Universitetsutdanning kan gi norske sykepleiere store fordeler internasjonalt.»

av «høyskole», betyr ingenting når du er utenfor Skandinavia. Hvis du derimot kan skilte med en bachelor- eller mastergrad fra et universitet, får utdanningen din økt anseelse i utlandet.

SE TIL LEGENE

Når profesjonsutdanningen sykepleie blir en universitetsutdanning, vil dette også stille nye krav til forskning og utviklingsarbeid (FoU). Profesjonsrelevant FoU utvikles gjennom tett samarbeid med praksisfeltet. Legene har lange tradisjoner

med å kombinere forskning og praksis på universitetssykehuse, mens andre helseprofesjoner sliter med å få fotfeste som forskere i spesialisthelsetjenesten.

Kanskje kan universitetsstatus gi nye muligheter for kombinerte stillinger der sykepleiere med doktorgrad både arbeider og forsker på sykehuset? Eller de kan ha en viss stillingsprosent på universitetet, der de underviser og veileder sykepleierstudenter?

KNYTTET FOU TIL PRAKSIS

Høgskolene, som (forhåpentligvis) snart blir universiteter, bør kanskje orientere seg mer mot andre deler av helsetjenesten. Allerede i 1996 fikk Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo i oppdrag fra Statens helsetilsyn å utarbeide en nasjonal plan for å utvikle undervisningssykehjem.

Fra 2011 er slike institusjoner organisert som Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, som finnes i alle fylker. Med sykepleie som universitetsutdanning vil utviklingssentrene være naturlige samarbeidspartnere. Høgskolen i Sørøst-Norge foreslår å opprette pilotprosjekter med universitetssykehjem og universitetshjemmesykepleie for å knytte FoU nærmere praksisfeltet. Hensikten er å sikre integrasjon av praksis, teori og forskning.

Et annet argument er at et universitet har frihet til å utvikle sammenhengende utdanningstilbud på alle nivåer. For eksempel kan de opprette nye mastergrader i sykepleie og utvikle kurs for både master- og ph.d.-studenter. Vi må også utvikle kurs på engelsk, slik at vi kan få flere utenlandske sykepleiere til å ta bachelor-, master- og ph.d.-utdanningen sin i Norge.

Derfor er jeg positiv til sykepleie som universitetsutdanning, selv om praksisfeltet ikke ser nytten av dette umiddelbart. ●



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard
er fast skribent i Sykepleien.



Du vet den følelsen når du gleder deg til å gå på jobb. Gleder deg til å treffe flotte kollegaer, til å snakke med pasientene, få hjelpe dem. Så ser du rapporten.

En dag i akuttmottaket



Fakta

Maiken Juvik

Sykepleier i akuttmottaket

Du kommer på jobb, ettermiddagsskift. Rapporten viser ti uavklarte pasienter. Bare mens vi sitter i rapporten, som i dag varer i cirka 15 minutter, melder fem nye pasienter seg i «luka».

I vårt akuttmottak har vi fire undersøkelsesrom, pluss et lite lager som er gjort om til et samtalerom. I dag er det ikke plass til alle på venterommet, så du ber noen av pasientene om å sette seg på venterommet til legevakten, som ligger vegg-i-vegg. Så rekker du så vidt å registrere at du og dine to sykepleierkollegaer nå har ansvaret for at over 15 pasienter skal få den beste behandlingen ut fra deres helseproblem.

Du rekker det akkurat før du åpner døren for den 17. pasienten. Mens du forsøker å få en rask oversikt over hvem som trenger din hjelp først, ringer den bærbare telefonen du har i lommen din fire ganger. Noen spør etter telefonnummeret til sykehjemmet, noen ber deg om å ordne opp i noe på pc-en fra tidligere på dagen, mens andre ringer for å melde flere pasienter.

Å VÆRE FLERE STEDER SAMTIDIG

Du triagerer (prioriteringsverktøy) pasienter på korridoren, du beklager at det er litt fullt her akkurat nå, men at du håper at det snart vil bli et ledig rom. Så tar du en selvstendig avgjørelse om å anlegge en veneflon og starte opp med IV væsketilførsel på pasienten som ligger i gangen. Hun er gravid og får ikke i seg mat eller drikke på grunn av kvalme. Hun

er 90 år gammel, men bor hjemme og klarer seg vanligvis selv. Når du ser at han har en datter med seg, priser du deg lykkelig over det og tenker at hun blir en viktig ressurs for deg og pasienten i ettermiddag. De har med seg en medisinliste, som hun mener er oppdatert. Du stoler på henne og starter opp med paramedisin etter ordinasjonen på arket, mens du venter på turnuslegen.

RINGVIRKNINGER

Under legens avlastning går du videre til din kollega for å hjelpe henne med å forflytte en tung pasient fra sengen til toalettet. Mens du sliter pasienten godt over skåla, ringer telefonen igjen. Radiografen ønsker forflytningshjelp på røntgen til en dame med mistanke om et lårhalsbrudd. Du svarer at det er vanskelig å slippe fra her akkurat nå, og hun sier at da må pasienten vente til senere i dag og vi må kjøre henne bort til røntgen når vi får anledning til å assistere henne.

Det er da du skjønner at dette vil få ringvirkninger. Alt du utsetter nå, vil få konsekvenser for pasientflytten resten av døgnet. Du sier at du kommer med en gang. Når du har vært og hjulpet til, også på røntgen, tar du damen med deg tilbake på det rommet som hun har fått tildelt. Du velger å bruke fem minutter på å måle vitale parameter på henne, fordi du vet at det vil legen etterspørre når han skal vurdere om hun har et brudd i sin høyre hofte eller ikke. For øvrig har du sluttet å stille spørsmål ved slike oppgaver når det er travelt i avdelingen, for det er ingen som har forståelse for det likevel.

Men du kjenner deg litt oppgitt nå, fordi at din kollega faktisk nettopp har gjort de samme målingene som deg før pasienten dro til røntgen, men ingen av dere kunne vite det. Dere har ikke fått snakket med hverandre siden dere kom på jobb for tre timer siden. Og siden pasienten er dement, sa heller ikke hun noe om dette. Uansett, enhver kan nok lure på hvorfor vi holder på med alle disse målingene som også ambulansen har gjort før pasienten kom til oss.

FORSTÅELSEFULLE KOLLEGER

Nå er det gynekologen som ringer og spør hvor det blir av

«Du rekker det akkurat før du åpner døren for den 17. pasienten.»

er tynn og blek. Du vet at denne damen vil bli liggende lenge og vente på legetilsyn i dag.

Du haster videre, uten å virke travel, til neste pasient som nettopp er kommet inn med ambulans. Pasienten er tungpustet, og du ser med en gang at dette er en pasient du må prioritere. Han har lavt blodtrykk og får for lite oksygen. Han

den gravide damen med kvalmen. Du sier som det er at turnuslegen ikke har fått gjort ferdig papirene, og at pasienten venter her av den grunn. Du får samtidig sagt at pasienten ikke ønsket en mannlig lege, slik at vi måtte vente på at den kvinnelige turnuslegen skulle få undersøkt pasienten. Gynekologen ønsker da å komme ned og tilse pasienten i akuttmottaket. Mens du låser opp døra for denne svenske legen til gynekologi-rommet i naboavdelingen, beklager du at det ikke fins navnelapper i pasientens journalmappe, da etikett-skriveren vår er i ustand i kveld.

Den hyggelige gynekologen spør; hva så, vi trenger vel ikke dem? Du blir forbauset over svaret, og tenker at hun må være ny her. Vi pleier da ikke å ferdigstille pasientene våre uten navnelapper ...

Gynekologen er fornøyd med effekten av den literen med væske pasienten allerede har fått (hun vet selvfølgelig ikke at det ikke var legens ordinasjon fra starten av), og velger å sende henne hjem. Du tenker at du gjorde riktig ved å henge den opp da hun kom.

DEN DÅRLIGE SAMVITTIGHETEN

Så kommer du til å tenke på en pasient du skulle gitt litt empati og omsorg, som sitter på venterommet på fjerde timen. Hun var din pasient i forrige uke, da man mistenkte brudd i ryggen, men heldigvis var hun bare forslått. Nå er hun her igjen, smertene vil ikke gi seg. Samvittigheten for den lange ventetiden sliter i deg. Du finner henne ikke på venterommet, men heldigvis har en kirurg forbarmet seg over henne og sendt henne hjem med smertestillende for en stund siden.

Mens du haster videre, ser du inn til din kollegas pasient, en liten jente med brudd i leggen. Hun venter på å få beroligende medikament før gipsingen kan gjennomføres. Du grøsser når du ser hvordan foten henger og slenger, og husker du har hørt gjennom hele vakta hvordan denne jenta har sutret og grått. Denne pasienten har ikke blitt prioritert før nå, på en dag som denne. Pappaen forsøker å holde henne så godt han kan i sine armer. Du legger merke til at han har ullgenser på, og er svett og rød i ansiktet av anstrengelsen over å holde henne stabilt så lenge. Jenta ynker seg og har det vondt. Du henter en pute til avlastning av foten, og jenta sier at det ble bedre.

På medisinerrommet forsøker du sammen med din kollega å regne ut medisindosen jenta skal få, men dere har begge så mye i tankene at dere må be den tredje sykepleieren om å dobbeltsjekke det dere har trukket opp.

MATPAKKEN FÅR VENDE

Nå vil pasienten din på akuttstua på toalettet, og med god hjelp fra datteren går det riktig bra.

Så mens han gjør sitt nødvendige ærend, kjenner du at nå må du ha litt næring i kroppen, og tenker at du kan hente deg en kopp kakao fra kaffemaskinen på pauserommet. Det er raske karbohydrater. Du nærmest løper inn på rommet og du finner maskinen. DEN ER TOM FOR BÅDE KAFFE OG KAKAO!

Teksten fortsetter på neste side.



HOLDE HODET OVER VANNET: Rekker så vidt å registrere at du og dine to sykepleiekollegaer nå har ansvaret for at over 15 pasienter skal få den beste behandlingen utfra deres helseproblem. Illustrasjonsfoto: Colourbox



→ Matpakken din ligger i vesken, du skjønner at du ikke får tid til den på flere timer. Men du håper likevel at energien vil holde litt til. Tilbake etter tre minutter sender du en gutt og foreldrene hans på røntgen. Han kommer fra legevakten med mistanke om et brudd i armen. Du ser at han ikke virker smertepåvirket, og er glad for det, for du vet at venterommet er nesten like fullt som da du kom på jobb.

ALLE PASIENTER HAR SIN HISTORIE

Timene går i dette tempoet, og én time før vekten din er over, ser du og din kollega en sjanse til å få i dere den etterlengtede matpakken. Dere kaster i dere maten før ambulansen kommer med to pasienter fra flyplassen som kommer tilbake etter et opphold ved et høyere omsorgsnivå. Du ber dem om å finne fram seng til dem, og innlosjere dem på hvert sitt rom som du har gjort klart til dem.

Når du går ut i gangen for å ta hånd om disse to stabile pasientene, møter du legevaktlegen og ambulanspersonell med en pasient på båren. Og du kaster et blikk på pasienten, ser på din kollega og dere tenker det samme; denne damen «drukn» dersom vi ikke handler raskt og får startet opp med behandling for hennes tungpustethet. Sammen jobber dere på sprenget, pasienten mister til tider bevisstheten og adrenalinet ditt pumper. Dere gjør alt dere kan for å jobbe hurtig og følge prosedyrer og oppgaver for å minske damens besvær.

NATTEVAKTEN HAR KOMMET

Uten at du har registrert det, har nattevaktene kommet på jobb og kaster seg ut i oppgavene på akuttstua. Over denne dårlige pasienten gir du rapport denne kvelden. Du jobber intenst samtidig som du rapporterer om pasientens tilstand, og er ute av rommet og henter utstyr. Du tenker ikke engang over den etiske biten av det som foregår.

I fullt oppdrag med å hente utstyr, møter du den utenlandske pasienten som kom fra flyplassen for en time siden. Han spør deg om hvor lenge han må vente her før han får se en doktor, han har

blitt operert i hjertet sitt, sier han. Jeg svarer at akkurat nå er det noen andre som er sykere enn han og at han må vente en stund til. I det øyeblikket tenker du at alle mennesker har hver sin his-

«Så spør han søvnløst: hvordan har du hatt det på jobb i dag ...?»

torie, men på min arbeidsplass i kveld så har du ikke tid til alle disse historiene. I dag har du nok med å holde hodet over vannet.

IKKE TID TIL Å BRUKE SEG SELV

Ute denne natta, for det har blitt natt, klokka har passert langt over midnatt, finner du bilen din på parkeringsplassen, nediset og kald. Og du kjenner at du aldri før har vært så glad for at du må stå ute og trekke frisk luft noen minutter, mens du skraper is av bilen.

Du setter deg inn og kjører de fire milene hjem, mens tårene triller. Du vet ikke helt hvorfor du føler det sånn, du bare antar at det er fordi du er sliten etter nok en travel dag på jobb. Tanken om at du ikke lenger har tid til å bruke deg selv som sykepleier slik du har lært gjennom videreutdanninger og erfaringer, plager deg. Det er ofte ikke rom for å stoppe opp og reflektere over det som blir gjort. Du priser deg heller lykkelig for at det ikke gikk liv tapt i kveld, eller at alvorlige feil ble gjort.

HVORDAN HAR DU HATT DET PÅ JOBB I DAG?

Du kommer hjem, spiser litt, og er redd for å vekke huset som virker så stille og fredfullt. Du dusjer og legger deg forsiktig inntil din mann som sover, men som likevel våkner av dine stille bevegelser. Han snur seg mot deg, kysser deg på kinnet i halvsøvn. Så spør han søvnløst; hvordan har du hatt det på jobb i dag.....? Du smaker litt på spørsmålet før du svarer; bra ... ●

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

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

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

Løsning på kryssord i nummer 3/2017 (se side 84).

☺	HESE PERSON SILL	BYND	AV OPT- TYRER	T	FLYER RYDDE	A	GODE	ORKE TYRE	E	VIGAR BOLIG	E	RAPPE	BOLD	JOL BÅTT (SAIL)	☺	OP- FUSE	VEN- TEN	☺	PLASS GÅRDE	U		
VAN- SLETT- SEEN	Ø	M	S	O	R	G	S	S	V	I	K	T	E	N	☺	VEGG- REPA- RERE	U	T	☺	L	T	
LÆRER	V	E	I	L	E	D	N	I	N	G	S	A	N	S	V	A	R	L	I	G		
REF- SER	E	E	L	E	I	E	L	T	ORAN	E	TRENE BORTE	Ø	V	E	V	A						
DR	Å	R	E	R	L	E	OR	D	FISK	U	L	K	E	KULE PØRLE	S	N						
☺	L	L	T	E	N	A	S	E	L	I	K	☺	A	R	BOLIG PURE	T	E	L	T	☺	K	G
HE	L	S	E	S	J	E	K	K	REPA- RERE	V	Ø	R	E	☺	A	KLUBB MELLOD	Å	R	S			
☺	G	T	M	O	M	A	T	☺	A	V	E	☺	G	R	Å	V	I	D				
☺	E	I	E	M	Å	T	☺	Å	R	K	E	N	E	T	I	☺	S	Ø				
A	R	D	☺	Y	T	R	E	☺	F	A	T	L	E	☺	M	E	R	K	E	R		



Som student er man mange ganger prisgitt skolen man studerer ved.

De skal lage sykepleiere av oss



Fakta

Kari Bjerkli

Sykepleierstudent,
Nord universitet

I vårt langstrakte land er det mange sykepleierutdanninger, og de er svært ulike. Selv med samme rammeplan og samme mål, er det så store forskjeller at man kan lure på om det i det hele tatt finnes noen likheter. Men sykepleiere blir vi alle sammen, og meningen er at vi skal gå ut med samme sluttkompetanse.

NÅR NÆR HALVPARTEN STRYK

Etter at det ble innført nasjonale prøver i anatomi og fysiologi, har vi fått muligheten til å måle hvilken skole som er «best». Og om jeg kan få si det rett ut, så er det elendige resultater flere steder.

Mitt studiested ligger helt i bunn, med 44,9 prosent stryk. Jeg gremmes. Hvor gikk det feil? Hva skjedde? Jeg selv er ikke en del av akkurat den statistikken, for det var ingen nasjonal prøve da jeg hadde eksamen. Men jeg skulle ønske at det hadde vært det. Jeg ville likt å vite hvordan jeg presterte i forhold til andre studenter i landet. Er jeg verdt å satse på? Vil fremtidige arbeidsgivere legge merke til disse resultatene og deretter se etter studenter fra de beste skolene?

Jeg vet med sikkerhet at årets studenter har jobbet med faget. Som lokallagsleder har jeg og lokallaget arrangert anatomiquizer med forholdsvis god oppslutning. Og folk har vært engasjerte, de har

diskutert og resonnert. Det har vært vanskelige spørsmål, men aldri har det vært noe som ingen kunne svare på.

SÅ HVEM HAR SKYLDA?

Skal man fordele skyld eller skal man riste det av seg og tenke at det går bedre til neste år? Jeg velger å tro at skolen tar dette innover seg, og prøver å finne ut av hvordan den kan gi studentene et bedre grunnlag neste år. Kanskje tar noen en telefon til den skolen som hadde de beste resultatene, kanskje kan man skape et samarbeid på tvers av studiesteder med et felles mål om å lage et bedre sluttprodukt? Gi samfunnet sykepleiere som kan mer, og har alle forutsetninger for å kunne tilegne seg den kunnskapen de trenger?

Anatomi og fysiologi er et tungt fag, med et stort pensum, og eksamen kommer i første semester, som en avslutning på en rekke andre eksamener. Hadde det vært gunstig å flytte den litt lenger ut i andre semester, gi stoffet litt tid til å synke inn? Ville det hjulpet på om det

«Kanskje kan man skape et samarbeid på tvers av studiesteder?»

kom en praksisperiode først, sånn at man kunne lære seg å se sammenhenger og få en annen forståelse for ting?

ALDRI SETT EN PASIENT

Helst skulle man hatt alle fagene før man «slipper løs» på pasienter, men for alle de som kommer rett fra videregående og aldri før har sett en pasient, hadde det vel vært greit å vite «att og fram» på en pasient før man skulle lære seg alle latinske betegnelser på dette fantastiske maskineriet som kroppen er.

Det jeg erfarte fra første praksis var i alle fall at det jeg trengte å vite på forhånd var grunnleggende sykepleie, stell og skikk og bruk, også kalt etikk. Mye av det jeg hadde lært om i anatomen hadde jeg ikke nok kunnskaper om til å skjønne hvordan jeg skulle bruke. Det var først da jeg begynte å lese på sykdomslære at aha-opplevelsene kom, og jeg klarte å bruke anatomikunnskapene i sammenheng med noe annet.

Kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen er positiv til karakterkrav for sykepleierutdannelsen, noe som er veldig bra, men det er avgjørende at også skolene bretter opp ermene nå og ser seg rundt på sine egne kontorer. Norge trenger sykepleiere, og vi trenger å føle oss trygge på at det er nettopp det vi blir, uavhengig av hvor vi velger å studere! ●



Adelheid Skredlund

Alder: 42

Tittel: Kaptein og intensivsykepleier
i Forsvarets sanitet

Utdanning: Militærpoliti og intensivsykepleier

Hvorfor: Hun er sykepleier i teamet fra Forsvaret som samarbeider med Kripos om å kontrollere grensen med patruljeringskipet Siem Pilot og plukke opp migranter fra Middelhavet.



DESPERAT: Du skal være ganske desperat når du pakker alt du eier og begir deg ut på en så livsfarlig reise, sier Adelheid Skredlund om migrantene som krysser havet fra Libya til Italia i skrøpelige båter.

5 082 migranter omkom i Middelhavet i fjor. Det kunne vært mange fler hvis ikke slike som Adelheid Skredlund hadde trosset sjøsyken og reddet tusenvis.

Den varme dråpen i Middelhavet

• Tekst og foto **Eivor Hofstad**





Det er fralandsvind og ikke en bølge å se denne solfylte februar dagen på Hamar. Hvis det ikke var for isen som dekker Norges største innsjø, hadde det vært skikkelig «migrantvær», som Adelheid Skredlund kaller det.

Menneskene som legger ut på den farefulle ferden i gummieller trebåt fra Libya i Afrika til Italia i Europa har størst sjanse til å lykkes ved fralandsvind og minst mulig bølger.

– GANSKE DESPERAT

– Ikke alle er på flukt fra vold og krig. Noen tror bare at Europa er så mye bedre. Men du skal være ganske desperat når du pakker alt du eier og begir deg ut på en så livsfarlig reise, sier Skredlund.

Kapteinen og intensivsykepleieren i Forsvarets sanitet har akkurat kommet hjem fra fire og en halv uke i Middelhavet; det første av tre oppdrag hun skal utføre dette halvåret. Oppdra-

«Det har gått mest i sårstell og behandling av dehydrering og utmattelse.»

gene er todelt: Patruljere langs grensen mellom Italia og Libya, og hjelpe migranter i havsnød. Det hele er et samarbeid mellom Forsvaret og politiet, og ledes av Kripos.

LANDKRABBE

Skvulpende saltvann ligger egentlig utenfor Skredlunds komfortsone.

– Jeg er en landkrabbe, født og oppvokst på Hamar, innrømmer hun der hun sitter med en dobbel cappuccino på kafé med sjøgløtt over Mjøsa.

Likevel sa tobarnsmoren ja da arbeidsgiveren hennes ba henne reise ut med Siem Pilot, den knall oransje supplybåten som er Norges bidrag i Frontex sin «Operasjon Triton» i Middelhavet. Frontex er EUs organ for å samordne grensekontrollen langs EUs yttergrenser.

– Jeg ante uråd da jeg ble sjøsyk bare etter ti minutter under opptreningen vi hadde på Haakonssvern før vi dro nedover. Jeg ble rett og slett ikke stridsdyktig.

Reisesykeplaster ble løsningen da hun kom til Middelhavet.

OPERASJON TRITON

Operasjon Triton er basert på frivillige bidrag fra i alt 26 Schengen-land. I 2017 disponerer Triton to fly, to offshore patruljeringskip, to patruljeringsbåter og to helikoptre. Operasjonen styres av myndighetene i Roma. Det er de som bestemmer om det norske skipet skal prioritere å jakte på kriminelle eller plukke opp migranter.

– I utgangspunktet skal vi prioritere grensekontroll. Men melder Roma om migranter i havsnød, blir hovedoppdraget å redde dem. Det kunne godt vært flere skip der. Det er ikke uten grunn at noen kaller det vi gjør en dråpe i havet, men vi

får jo gjort litt. Dessuten avslører vi både narkotikahandel og menneskesmugling.

Dråpen er egentlig ganske stor: I 2016 reddet Operasjon Triton 48 833 mennesker. Det er nesten ti ganger så mange som omkom under overfarten i Middelhavet i fjor. Det ble også beslaglagt 20,7 tonn narkotika og 150 000 smuglersigaretter. 588 menneskesmuglere ble arrestert, ni tilfeller av forurensing og fire tilfeller av ulovlig fiske ble oppdaget.

– De vi redder er stort sett veldig takknemlige, så jeg føler jobben min er et givende bidrag.

Adelheid Skredlund har jobbet utenlands flere ganger tidligere.

– Litt eventyrlyst har hele tiden vært i meg.

Hun har vært militærpoliti i Bosnia og Libanon og har hatt oppdrag i Tsjad i Afrika. Det var etter massakren i Srebrenica hun skjønnte at hun heller ville hjelpe folk enn å dirigere trafikk. Etter å ha jobbet som sykepleier blant annet på Ski sykehus og for svenske Råddningsverket i Angola, ble det Forsvarets sanitet hvor hun også har tatt videreutdanning i intensivsykepleie.

Når hun ikke er ute på oppdrag, jobber hun halvt på Sessvollmoen og halvt på akutten og intensivavdelingen på Sykehuset Innlandet på Hamar. Den stillingen betaler Forsvaret for at hun skal holde kunnskapene sine ved like. Hun slipper turnus.

LOVE HEARTS TIL DØTRENE

Men dette er første gangen Skredlund har vært så lenge borte etter at hun fikk barn.

Mannen jobber også i Forsvaret. Døtrene er tre og fem år. Før hun dro ble de grundig brifet med filmer og fortellinger om at mamma skulle hjelpe barn som ikke har det så bra. Men det var vanskelig å få dem til å skjønne hvor lenge fire og en halv uke er.

– De fikk en krukke med love hearts-sukkertøy før jeg dro. De skulle ta et for hver dag jeg var borte, og når krukka var tom, var jeg hjemme igjen. Tror det funket. Neste gang blir det klistremerker.

30 ANSATTE OG 1200 MIGRANTER

Skipet Siem Pilot har et sanitetsteam fra Forsvaret med to sykepleiere, en lege og en medic (soldat med tilleggsutdanning i videregående førstehjelp), i tillegg til politifolk og besetning, totalt 30 stykker. De bor på lugarer og spiser i messa foran i skipet hvor det er ni dekk.

Skipet kan ta opptil 1200 migranter på én gang.

– Da må de sitte tett, med neste migrant mellom beina sine. Det åpne dekket er omtrent like stort som en fotballbane. Når det ikke blåser for mye, har vi en presenning over, sier Skredlund.

– Det høres kaldt ut?

– I vannet var det iskaldt. I lufta kunne det være 20 grader på dagen og 10 på kvelden. De som trenger, får tørre klær, balaklava-luer, varme sokker og tepper.

Fra juni 2015 til 15. februar 2017 har det norske skipet reddet 29 884 migranter fra Middelhavet. De aller fleste var menn. 4 020 var kvinner og 3 211 var barn under 16 år.



LIVREDDERE: Operasjon Triton reddet nesten 50 000 migranter i 2016. Foto: Privat

HALVFULLT: Det er plass til rundt 1200 migranter på Siem Pilot, her er det 674. Foto: Privat



ENERGI: Adelheid Skredlund i full arbeidsmundur sammen med ei lita jente som ble full av energi etter å ha fått spise en energibar. Foto: Privat



Adelheid Skredlunds team hjalp til sammen 1 067 mennesker på det toktet de var på i januar og februar. Hun anslår at 70 prosent var menn og resten kvinner og barn.

– Vi hadde 674 personer på det meste, så de hadde ganske god plass.

Migrantene er på skipet i opptil to dager før de blir ført i land i havnebyene Trapani, Catania eller Palermo på Sicilia. De får vann å drikke og en pakke med en spesielt energirik kjeks å spise: BP5.

– Den kan bløtes opp med vann og spises som grøt. Jeg så flere som gjorde dette uten at de ble vist det, så det virket som de hadde vært borti liknende mat før.

STRENGT SMITTEVERN

Skipet deles inn i en rein (gul) og en skitten (rød) sone, av smittehensyn. Migrantene er på den røde. Når Skredlund og kollegene er der, må de ha på seg beige støvdrakter med gaffa-tape nederst på buksebeina, plasthansker, briller og munnbind for å beskytte seg mot smitte. De er i tillegg vaksinert mot hepatitt, gulfeber, koler, stivkrampe, difteri og influensa, og må sjekke at de er immune mot tuberkulose.

– Hva slags helsesjekk får migrantene?

– Vi sjekker dem for skabb, for av en eller annen grunn er italienske myndigheter veldig opptatt av det. Vi kartlegger og dokumenterer, men behandler ikke. I tillegg prøver vi å avdekke skader, sår og sykdom som trenger akutt behandling. Hvis de hoster veldig, får de munnbind.

Legen lager også en medisinsk rapport som migrantene får med når de går i land.

SÅRSTELL, DEHYDRERING OG UTMATTELSE

Av helsehjelp går det mest i sårstell og behandling av dehydrering og utmattelse. Mange har vondt i beina etter å ha sittet på avklemt nerver. Noen har brannsård fordi de har sittet nær den varme motoren i båten. Flere kommer også med skader fra gammelt av, fem år gamle arr, et brokk eller liknende. Og mange har dårlig tannhelse., forteller Skredlund.

– Vi noterer alt i håp om at italienske myndigheter kan ta tak i det.

– Hvordan er den psykiske helsen?

– De fleste er utmatta og slitne. Noen litt apatiske, redde og engstelige. En del gråter. De takker og bukker når de drar: «Thank you, mam». Det er en takknemlig jobb. Jeg prøver å ikke tenke for mye på hva som skjer med dem videre. Italia har

«Litt eventyrlyst har hele tiden vært i meg.»





utleveringsavtale med Marokko. De som kommer derfra, blir bare sendt rett tilbake.

RENSER TANKENE PÅ TREDEMØLLA

– *Hvordan er det å ha både jobben og hjemmet sitt på en båt?*

– Jeg var litt spent på det, for jo eldre man blir, jo større blir behovet for å trekke seg tilbake. Men jeg er tilpasningsdyktig og vant til et sånt liv. Jeg renser tankene hver morgen med å løpe en mil på tredemølle.

Skredlund er den eneste kvinnen i sanitetsteamet, og hun og legen er de eldste. De andre to er tidlig i 20-årene.

– Gruppetynamikken og kjemien mellom oss i sanitets-teamet er veldig god. Vi utfyller hverandre bra og er trygge på hverandres roller. Det gjør oss bedre rustet til å takle utfordringer.

«De takker og bukker når de drar: «Thank you, mam». Det er en takknemlig jobb.»

En typist arbeidsdag starter med at hun løper en time. Så er det havregrøt og deretter morgenbrif av styrkesjefen fra Kripos. Han går gjennom værmeldingen og planene for dagen. Det er migranter om bord i gjennomsnitt et par dager i uka. De andre dagene brukes til ulike typer erfaringsoverføring, intern-trening, undervisning og vedlikehold.

– Vi får skytetrening fra politiet og de får førstehjelpstrening fra oss. Vi lærer å anholde hvis det skulle bli en inntrengning om bord.

Når de tar migranter om bord, må det triageres. De prøver å ta kvinner og barn først.

– Det hjelper å ha lang arbeidserfaring når du skal plukke ut de kritisk sjuke. Noen spiller litt og faller bare om når de kommer om bord for de tror de kommer først i køen. Da bruker jeg å klype dem litt for å se om de reagerer.

Arbeidsdagen er vanligvis over i sjutida.

TODELT MATSERVERING

I løpet av dagen har de ansatte tre til fire varme måltider.

– Vi får veldig god mat der. For å kunne yte maks er det viktig at vi kan kople av innimellom med å spise og hvile.

– *Kan migrantene se eller lukte maten deres?*

– Nei.

I tillegg til kjeksen som alle migrantene får, gis de minste morsmelkerstatning. Barn, syke og gravide får energibar.

– Da må vi ta dem med så de sitter et sted i skjul hvor de får spise den. Så må de kaste papiret før de går tilbake.

Det kan nemlig bli bråk hvis de lar dem få energibar i andres påsyn, eller hvis en har fått medisiner og behandling og ikke en annen. Det kan ofte bli krangling blant migrantene, forskjellige grupperinger og interne strider. Ikke alle er like takknemlige.

For å minske risikoen for bråk, må migrantene levere fra seg mobiltelefon, penger og andre eiendeler mens de er om bord.

HÅNTERTE FIRE DØDE

Siden Siem Pilot startet i 2015 har skipet også håndtert 96 døde. Politiet om bord har overlevert info om 180 personer som er mistenkt for å være involvert i menneskesmuglingen. I tillegg er det levert informasjon om over 200 mulige vitner som italienske myndigheter følger opp.

Da Skredlund var ute sist, fikk de overlevert fire døde og fire overlevende fra en annen båt som hadde plukket dem opp fra bølgene. Alle hadde redningsvest.

– De overlevende fortalte at de hadde vært 170 personer i gummibåten. Kvinnene og barna hadde sittet i midten, og så knakk båten i to. Det var bare tre menn og en kvinne som overlevde de 16 timene på havet.

SLÅR PÅ JOBB-BRYTEREN

Etter et redningsoppdrag har mannskapet alltid en gjennomgang etterpå hvor følelser kan luftes. I tillegg får alle snakket både i gruppe og alene med psykolog før og etter fire og en halv ukes oppdragene.

– Jeg har sovet godt og synes det har gått greit. Migrantene er ikke så alvorlig sjuke, og det er ikke så mange barn. Jeg er emosjonell og kan fort ta ting innover meg, men jeg har lært meg å slå på jobb-bryteren.

– *Hva gjør du da?*

– Jeg prøver å ikke kjenne på følelsene. Jeg legger dem bort eller lar dem passere. Hvis det blir vanskelig, går jeg og gjør noe annet. Av og til er det veldig greit med munnbind og briller.

De neste oppdragene er i mars/april, så i mai/juni.

– Jeg er redd for at det skal bli mange sjuke barn. Etter at jeg ble mor, er det vanskeligere å slå på jobb-bryteren. Jeg føler litt mer. På flyet hjemover var jeg den eneste som gråt da jeg så en romantisk sippofilm. Gutta satt og sov.

Men det har sine fordeler å ha egne unger også.

– Da kan jeg tenke hva mine barn ville like. For eksempel var det ei lita jente i fem-seksårsalderen som var skjelvende og redd og ikke ville slippe taket i moren. Hun hadde tisset seg ut og fikk tørre klær. Jeg fant fram tegnesaker til henne, og det brukte hun mye.

STRØMPEBUKSEKRISE

Dessuten har barn en egen evne til å holde foreldrene sine godt jorda, selv om de er aldri så langt til havs: Da Skredlund ringte hjem en kveld etter å ha reddet 400 migranter fra drukningsdøden i et vinterkaldt Middelhav, kom hun brått tilbake til hverdagen der hjemme: Datteren var kjempesint fordi pappa hadde sendt med feil strømpebukse på gymleken.

– Jeg prøvde å si at hun var heldig som i hvert fall hadde strømpebukse, men det hjalp ikke for henne å høre om sultne barn i Afrika som ikke har mat og klær. For henne var det krise. Samtalen fikk meg til å tenke over hvor heldige mine jenter er som er født i Norge og har det så trygt og godt. ●

eiwor.hafstad@sykepleien.no



JOBB

Sykepleien 03 | 2017
Stillinger – Kunngjøring



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no



Fræna kommune

VI SØKER EN FREMTIDSRETTET LEDER VED FRÆNA SJUKEHEIM OG OMSORGSENTER (FSO)

Lederen ved FSO har ansvar for et flott sykehjem i naturskjønne omgivelser i Elnesvågen sentrum. FSO har litt i overkant av 60 dyktige og engasjerte medarbeidere inkludert sykehjemslege i hel stilling. Det er for tiden fire avdelinger, to langtidsavdelinger, to korttidsavdelinger inkludert rehabiliteringsavdeling, samt en KAD-seng (ø-hjelp).

Fræna kommunes verdier er inkluderende, dyktig, ansvarlig og respektfull, og vi ønsker en leder som vil ha dette i fokus. Med fremtidens utfordringer med en økning i antall eldre innbyggere, trenger vi en leder som er strukturert, samarbeidsorientert og nytenkende.

Les hele utlysningen på kommunens nettsider www.frana.kommune.no, under "Ledige stillinger".

Søknadsfrist: 26.03.2017



Fredrikstad kommune

100 % FAST STILLING SOM LEGEVAKTLEDER FOR FREDRIKSTAD OG HVALER

Fredrikstad er vertskommune for interkommunal legevakt, med et nedslagsfelt på ca. 80 000 innbyggere. Legevakten er døgnåpen, og mottar ca. 75 000 henvendelser i året.

Som legevaktsleder skal du ivareta og videreutvikle en tilgjengelig, kompetent legevakt.

Vi kan tilby

- En viktig rolle i utviklingen av en av landets største legevakter
- En spennende lederstilling i et arbeidsmiljø med engasjerte og dyktige kolleger.
- Deltagelse i kommunens lederutviklingsprogram.

Les hele utlysningsteksten på fredrikstad.kommune.no/stillinger

Søknadsfrist: 26.03.2017



Rygge kommune

Rygge kommune er en sentralt beliggende kommune i Østfold, med noen av Oslofjordens vakreste kystlinjer. Attraktive boligområder med nærhet både til yrende bymiljø og frodig natur, gjør derfor Rygge perfekt for deg som ønsker å bo landlig, men likevel sentralt. Samtidig gjør den meget sentrale beliggenheten, med kort avstand til motorvei og jernbane, Rygge til en ideell kommune å jobbe i. Kommunene Moss og Rygge skal bli en ny kommune fra 01.01.2020. Vi gjør oppmerksom på at innhold, arbeidsoppgaver og plassering av stilling i organisasjonen kan endres ved framtidig organisasjonsendring.

LEDIGE STILLINGER SOM SYKEPLEIERE

På Ryggeheimen sykehjem og i hjemmesykepleien

Rygge kommune har egne lønnsmessige rekrutteringstiltak for sykepleiere.

Søknadsfrist 30.03.17.

Full utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finner du på www.rygge.kommune.no Telefon: 69 26 43 00



LAVANGEN kommune LOABÁGA suohkan

Lavangen kommune har lang erfaring med samordning av pleie og omsorgstjenester. Hjemmetjenester og sykehjem er samordnet i en enhet, PRO avdelingen med felles base på Lavangsheimen.

Lavangsheimen har 15 sykehjems plasser inkl demens avdeling med 6 plasser. Hjemmetjenesten omfatter hjemmesykepleie, hjemmehjelp og miljøarbeid. **Vi ønsker DEG velkommen som arbeidstaker hos oss!**

SYKEPLEIERE

- 100 % fast stilling
- 100 % vikariat t.o.m. 31.12.17

Søknadsfrist: 23.4.2017

Nærmere opplysninger om stillingene finnes på www.lavangen.kommune.no

Det oppfordres at søkerne søker elektronisk via hjemmesiden.

frantz.no

For kunnskapsbaserte sammendrag av kliniske emner klikk her

EBSCO Health

DynaMed Plus

NORSK IMPLEMENTASJONSANSVARLIG

Dette er en spennende mulighet til å jobbe for en av verdens ledende leverandører innenfor evidensbasert klinisk informasjon og fagfellevurderte medisinske kunnskapsressurser.

Vi trenger en person til EBSCO Health i Norge som har erfaring med prosjektledelse og kliniske systemer innen helsesektoren. Hovedfokusert innenfor denne stillingen er å øke bruken av EBM-verktøy i det norske helsevesenet.

For full jobbeskrivelse og søknadsskjema vennligst send en epost til: lwhite@ebSCO.com. Søknaden må være på engelsk.



Kjære sykepleier

VIL DU SKAPE EN FANTASTISK FREMTID FOR DEG SELV?

Du kan gjøre en viktig forskjell i folks liv. Vil du være en del av et faglig sterkt miljø med personlig utvikling, sosialt fellesskap og inspirerende kollegaer? Vil du ha fleksibel arbeidstid, gode inntjeningsmuligheter – og best av alt – møte modige mennesker som tør å gjøre en endring for å leve sunnere, hver dag?

For godt til å være sant? Nei. Ta kontakt og bli en del av vårt team av dyktige kursledere!

 grete roede
post@greteroede.no

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

UiO Universitetet i Oslo

Anestesiseksjonen - Kirurgisk divisjon

Anestesisykepleiere

Vi øker driften og søker anestesisykepleiere til faste stillinger og vikariater!

Kirurgisk divisjon øker kapasiteten ved Sentraloperasjonen og vi har behov for flere kollegaer ved anestesiseksjon.

Referansenr: 3362799466 Søknadsfrist: 26. mars 2017

Les mer om stillingene på www.ahus.no/jobb

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for menneskesaken

Enhetsleder

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til Akuttpsykiatrisk døgnenhet.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 49 84 12/920 32 854

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 01.04.2017


Diakonhjemmet Sykehus

frantz.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Medisinsk avdeling Narvik

Sommervikarer

Er du en lærevillig og kunnskapssøkende person? Da ønsker vi deg med på laget! Vikariater gir mulighet for fast ansettelse evt forlengelse av avtale.

Nyutdannede sykepleiere, helsefagarbeidere og sykepleierstudenter oppfordres til å søke.

Opplæring vil bli gitt og det er gode muligheter for videre engasjement.

Vi tilbyr:

- Fjord, fjell og vakker natur rett utenfor døren
- God opplæring av nyansatte, eget opplæringsprogram
- Internundervisning

Nedslagsfeltet strekker seg fra Målselv i nord til Tysfjord i sør, og drøyt 40 000 mennesker bor der. Narvik har gode logistikkforhold, bl.a. med nærhet til en større flyplass (Evenes) med direkte flyforbindelse til Gardermoen. Sports- og friluftsmulighetene er ubegrensede, bl.a. er Lofoten og svensk Lappland en liten bil-/busstur unna.

Kontakt: Eirin Lovise Føre, Seksjonssykepleier, tlf. 76 96 85 68 eller Monica Johansen Dybwad, Seksjonssykepleier, tlf. 76 96 85 62

Søknadsfrist: 3. april 2017

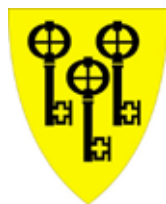
Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



frantz.no



Gol kommune

Gol er ein kommune med ca. 4.700 innbyggjarar. Kommunen er eit viktig kommunikasjonsmessig knutepunkt, med eit allsidig næringsliv, særleg innan reiseliv, handel og jordbruk. Kommunen kan by på gode moglegheiter for aktiv fritid, både innan friluftsliv og kultur. Gol har eit koseleg og innbydande sentrum, og er ein populær handleplass med mange og varierte butikkar. Kommunen har ny grunnskule og snart ny fleirbrukshall, god barnehagedekning og eit variert skuletilbod innan vidaregåande skule.

SJUKEPLEIARSTILLINGER

Vi treng:

100 % fast, 75 % fast og 100 % vikar sjukepleiarstilling i heimetenesta.

2 x 50 % fast, 80 % fast med moglegheit til 100 % og 100 % vikar sjukepleiarstilling ved Gol helsetun

Gol Helsetun er ein sjukeheim med 32 plassar for kort/rehabilitering- og langtidsplass. Vi har dyktige medarbeidarar med høgt fagleg kompetanse, og triveleg arbeidsmiljø. Stillingane er i turnus med dag- og kveldsvakter og arbeid kvar 3. eller 4 helg.

Heimetenesta: Vi har 2 timer til næraste sjukehus, så sjukepleiaroppgåvene i vår kommune er litt annleis retta enn andre kommunar med sjukehuset tett på. Vi er ein stor heimeteneste med fleire omsorgsbustader. Gol kommune satsar på heimetenester, kvardagsmeistring og rehabilitering. Stillingane er i turnus med dag- og kveldsvakter og arbeid kvar 3. helg.

På begge tenesteområda samarbeider vi tett tverrfagleg med lege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykisk heilseteneste og med fleire for å få til eit heilheitleg pasientforløp. Organisasjonen er under endring og vi er i ferd med å etablere Mestringseining med fokus på tidleg intervensjon og rehabilitering.

Kvalifikasjonar

- Autorisert sjukepleiar
- Nasjonal norskprøve nivå 3
- God samarbeids- og kommunikasjonsevner
- Fordel med erfaring frå geriatri, demens, kreftomsorg, palliasjon og velferdsteknologi
- Må kunne arbeide sjølvstendig og ta ansvar
- Ynskjeleg med evne til å jobbe i miljø i omstilling
- Førarkort til bil i heimetenesta
- Personlege eigenskapar vil bli vektlagt

Arbeidsoppgåver:

- Vi arbeider etter primærkontaktsystemet
- Dokumentasjonsoppgåver, legemiddelhandtering og utføring av medisinske forordningar
- Utarbeiding og oppfølging av tiltaks-/pleieplaner
- Opplæring og fagleg veiledning av kollegaer
- Veiledning av elevlar, lærlingar og studentar

Vi tilbyr:

- Triveleg arbeidsplass med god opplæring, oppfølging med fadderordning og veiledning
- Varierte arbeidsoppgåver med moglegheit for å påverke og utvikle tenestene
- Kurs, opplæring og relevant hospitering
- Deltaking i fagleg forum
- Støtte til relevant vidareutdanning
- Konkurransedyktig løn med eit rekruttere/behalde tillegg på 20.000kr i året (v/100 % stilling)
- Eit breitt spekter av utfordringar med pasientar i alle aldersgrupper og ulike hjelpebehov
- Turnus kvar 4. helg med langvakter om ønskeleg i Gol Helsetun, elleskvar 3. helg
- Vi jobbar med utvikling av demensomsorg og velferdsteknologi
- Fin natur med gode turmoglegheiter

For stillingane gjeld:

- Tilsetting etter gjeldande lov og avtaleverk
- Pensjonsordning i KLP
- Arbeid dag og kveld, vi har eigne nattevakter

Vi ynskjer at:

- Du er sjølvstendig og strukturert
- Du har gode kommunikasjons-, samarbeidsevner og er fleksibel
- Du kan bruke IKT-verktøy, - vi har Gerica og Lifecare Mobil

Pleie i heimetenesta

- Du likar utfordringar og er fagleg fokusert
- Du har fokus på nærvær og godt arbeidsmiljø
- Du bidreg til fagleg og tverrfagleg samarbeid

Kontaktpersonar:

Velin Eikrehagen, områdeleiar heimetenesta, tlf 91673952
Linda Anderssen, områdeleiar Gol helsetun, tlf 91673979
Helen Svensrud, områdeleiar Gol helsetun, tlf 91673977

Søknadsfrist: 06.04.2017

Send søknad: For innsending av elektronisk søknad, sjå Gol kommune si heimeside: www.gol.kommune.no – Ledige stillingar



Vil du jobbe med kvalitetssikring innen helse?

DNV GL - Business Assurance er et verdensledende sertifiserings-selskap. Vi hjelper kundene med å sikre gode prestasjoner i organisasjoner, produkter og tjenester gjennom sertifisering, kartlegging, opplæring og trening.

Er du opptatt av pasientsikkerhet og pasienttilfredshet. Er du interessert i utvikling og implimentering av ledelsessystemer? Liker du å reise og å møte mennesker og bedrifter? **Da kan dette være jobben for deg!**

Du vil støtte våre kunder innen ulike helsesegmenter i deres utvikling og implimentering av ledelsessystemer gjennom systemrevisjoner med fokus på pasientsikkerhet, myndighetskrav og pasienttilfredshet.

Våre kunder er lokalisert i ulike deler av Norge. En del reisevirksomhet må påregnes.

Kvalifikasjoner:

- Tre års relevant høyskole eller universitetutdannelse
- Minimum 5 års yrkeserfaring fra offentlig, eller privat helsesektor
- Erfaring fra ledelse og/eller kvalitetsforbedring er en fordel, men ikke et krav da vi tilbyr solid opplæring i stillingens arbeidsoppgaver
- Meget gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- Meget god norskkunnskap skriftelig og muntlig
- Evne til å arbeide selvstendig og strukturert

Vi tilbyr en meget variert arbeidsdag hvor man besøker ulike organisasjoner og fagområder, og kommuniserer med mange nivå i virksomhetene. I tillegg har man mulighet til å lære av dyktige og gode kollegaer og få en spennende egenutvikling innen styring, ledelse og kommunikasjon.

For mer informasjon, se www.sykepleienjobb.no (søkeord: dnv gl)

Søknadsfrist: 18.04.2017



SAFER, SMARTER, GREENER

DNV·GL



VAR Healthcare er en avdeling i Cappelen Damm Akademisk, med hovedkontor sentralt plassert i Akersgata i Oslo og filial i København. VAR Healthcare er i sterk vekst i Danmark og flere land står nå for døren.

Cappelen Damm AS er Norges største forlag, med utgivelsesprogram som omfatter lærebøker, digitale læremidler, fagbøker, skjønn- og generell litteratur, verk og kart. Cappelen Damm Akademisk er et eget forretningsområde og ledende utgiver av bøker og digitale produkter for høyere utdanning og profesjon, med ca. 40 ansatte i Oslo, Kristiansand og København.

TYSKSPRÅKLIG SYKEPLEIER/REDAKTØR FOR Skandinavias største prosedyreverktøy for helsetjenesten

Var Healthcare, opprinnelig PPS, Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten, ble etablert i 2001 og er pioneren innenfor feltet i Norge. Var Healthcare brukes i de fleste kommuner og en rekke sykehus og institusjoner i Norge, ved alle sykepleieutdanninger og ved helsefag- og vernepleierutdanninger. Den danske versjonen ble lansert i 2013, og er allerede tatt i bruk i halvparten av de danske kommunene og ved flere utdanningsinstitusjoner.

Flere land står for tur, og vi søker nå en redaktør til arbeidet med den tyskspråklige versjonen som er under utarbeiding.

Stillingen er lokalisert i Oslo og rapporterer til redaksjonssjef og avdelingssjef i VAR Healthcare.

Vi kan tilby?

- Samarbeid med spesialister innenfor prosedyreutvikling og med dyktige kollegaer i Norge og Danmark, og etter hvert andre land
- Et svært godt arbeidsmiljø
- Du får jobbe med utvikling av en viktig tjeneste med høy faglig kvalitet, i skjæringspunktet mellom fag, kunnskapsformidling og teknologi
- Du blir en del av et innovativt fagmiljø med internasjonalt nettverk og høye ambisjoner
- Konkurransedyktig lønn

Les mer på: www.varhealthcare.no/ www.varhealthcare.de

Ta gjerne kontakt med avdelingssjef i VAR Healthcare, Ann Kristin Rotegård +47 414 77 113 eller ann.kristin.rotegard@cappelendamm.no.

Søknadsskjema og stillingsutlysning på www.cappelendamm.no

Søknad med CV sendes oss innen 1. april.



FØRSTEAMANUENSIS INNEN SYKEPLEIE OG HELSEFREMMEDE ARBEID

Ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid er det ledig en fast stilling som førsteamanuensis/førstelektor, for tiden knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie, studiested Kjeller.

Dine arbeidsoppgaver vil i hovedsak være

- forske innen områdene psykisk helse og psykisk helsearbeid
- undervise/veilede i bachelorutdanningen i sykepleie, primært innen psykisk helsearbeid
- bidra til utvikling av instituttets faglige virksomhet
- planlegge og koordinere faglige oppgaver

Vi kan tilby deg et inspirerende utdannings- og forskningsmiljø med muligheter for faglig utvikling og deltagelse i etablerte forskningsgrupper med nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Les hele utlysningsteksten på <http://www.hioa.no/>-ledige stillinger

Søknadsfrist 29.03.2017



SYKEPLEIERE til langtids sykevikariater

Vi trenger sykepleiere med norsk autorisasjon fra snart og i ett år, som vil jobbe i Sykestua vår med 9 sykehjemsplasser og to sykestueplasser med en del akuttmedisin.

God lønn, gratis reise tur/retur og muligheter for jobb til ev. samboer. Ring meg, og du blir overrasket !

Ring Christian: mobil 904 09 018 (også ettermiddag/kveld) tlf. 78 98 54 01. Du kan maile meg på: christian.rokkestad@batsfjord.kommune.no

batsfjord.kommune.no



HAMMERFEST KOMMUNE

Hammerfest kommune har 10 500 innbyggere og er en kommune i vekst og utvikling. Våre verdier, **Lagånd, Ha trua, Åpen og Stolt**, skal prege vårt arbeid og bidra til at Hammerfest kommune fremstår som en attraktiv arbeidsgiver med et arbeidsmiljø preget av trivsel og arbeidsglede.

Sykepleiere

Et antall faste dag-/aften- og nattstillinger, samt vikariater ved:

- Hjemmesykepleien
- Kirkeparken omsorgssenter
- Rypefjord sykehjem

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Søknadsfrist: 30.03.17

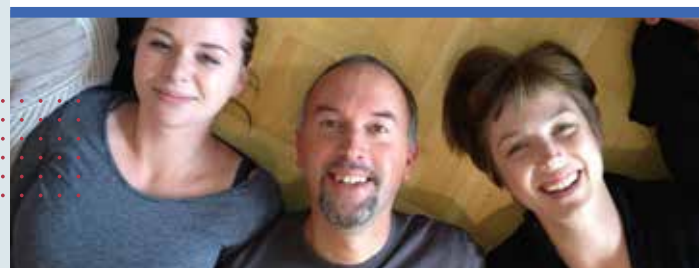
Sammen for Hammerfest!



jobbnorge.no



Høgskolestudium
Samlingsbasert deltid
60 studiepoeng



Psykoterapi: Integrativ terapi

Studiet passer for deg med helse/sosial/psykologifaglig bachelor som vil bli psykoterapeut. I tillegg kan studiet inngå som en mastermodul i Klinisk helsearbeid.

Integrativ terapi er en helhetlig psykoterapeutisk retning som integrerer metoder fra ulike terapiformer, med vekt på bl.a. kreative medier og kropporientert forståelse. Terapiformen har solid teoretisk og faglig forankring.

usn.no/psykoterapi





Institutt for helsevitenskap Ålesund

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER

Er du klar for faglig påfyll?

MASTER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE

Mastergraden kvalifiserer for klinisk arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

SYKEPLEIEFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

Videreutdanning i demensomsorg. Utdanningen kan gi innpass i mastergrad i avansert klinisk sykepleie.

TVERRFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

- Tverrfaglig videreutdanning i ReHabilitering
- Tverrprofesjonell veiledning
- Flerkulturell forståelse
- Etikk i praksis for helse- og sosialtjenesten

Søknadsfrist: 15.april
ntnu.no/videre

All undervisning er lagt til NTNU i Ålesund på dag- eller ettermiddagstid.

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden



UNIVERSITETET I BERGEN
Det psykologiske fakultet

Master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

Har du bachelorgrad i sykepleie, annet helsefag, samfunnsvitenskap e.l. og har lyst til å jobbe med folkehelse og helsefremming? Da kan en master i helsefremmende arbeid være noe for deg!

Sentrale undervisningstema er:

- Helsefremmende arbeid og Helsepolitikk
- Fokus på prosesser som bidrar til god helse
- Implementering og evaluering av helsefremmende tiltak i ulike settinger som f.eks. skole, arbeidsplass og frivillige organisasjoner
- Masteroppgave, metode, vitenskapsteori og etikk

2 års fulltidsstudium

Søknadsfrist: 15.april – studiestart august 2017

For nærmere informasjon: www.uib.no/studieprogram/MAPS-HEFR

Eller ta kontakt med Informasjonssenteret på tlf. 55 58 27 10
e-post: studieveileder.psyfa@uib.no



UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER 2017

Stiftelsen Norsk Revmatiker-Forbunds Forskningsfond, Overlege Jan A. Pahles legat og Stortuens legat vil i år 2017 etter søknad kunne gi økonomisk støtte til forskning vedrørende revmatiske sykdommer.

Forskningsfondet kan delfinansiere prosjekter.

Forskningsfondet kan bidra med oppstart og avslutningsmidler både til drift og forskerlønn.

Søkere kan i utgangspunktet ikke påregne fullfinansiering.

Det er også et ønske å stimulere til forskning på effekt av fysisk behandling, forskning på et brukerperspektiv, forskning på opplevd mestring og rehabilitering. Prosjekter der brukermedvirkning er med vil prioriteres. I tillegg har Forskningsfondet mottatt arvemidler som skal øremerkes til forskning innen følgende områder:

- Barn- og ungdomsrevmatisme
- Lupus.

Det gis fortrinnsvis ikke støtte til medikamentell behandling, informasjonstiltak eller reiser. Søknader bør primært gå ut på innhenting av ny kunnskap. Der søker blir tildelt midler fra andre blir det ikke utbetalt midler fra NRFs fond.

Søknadsskjema ligger på www.revmatiker.no eller fås ved kontakt med NRF, tlf. 22 54 76 00. Der forskningsprosjektet omfatter lønnsmidler, vedlegges erklæring fra arbeidsgiver som skal ha arbeidsgiveransvar. Søknaden sendes: Norsk Revmatikerforbund, Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo.

FRIST 1. OKTOBER 2017.

www.revmatiker.no

MS-konferansene 2017

Tema: REHABILITERING OG SELVBILDE - MESTRING, MOTIVASJON OG VERDIGHET

Målgruppe: Helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, personer med MS, pårørende og andre interesserte.

Målsetting: Gi deltakerne innsikt i og verktøy til å løse noen av utfordringene det er å ha MS og å være pårørende. Det gjelder like mye for fagpersoner som for personer med MS og pårørende.

Konferansesteder:

Fredag 5. mai: Scandic Seilet Hotel, Molde

Fredag 5. mai: Scandic Hotel Maritim, Haugesund

Tirsdag 6. juni: Quality Hotel, Sarpsborg

Onsdag 13. september: Scandic Hotel, Hamar

Mandag 18. september: Quality Hotel Panorama, Trondheim

Tirsdag 19. september: Scandic Ambassadeur, Drammen

Onsdag 11. oktober: Thon Hotel Sørlandet, Kristiansand

Onsdag 18. oktober: Clarion Hotel the Edge, Tromsø

Torsdag 19. oktober: Hotel Farris Bad, Larvik

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90

Tett på frykten

Møt livet og hele mennesket som sykepleier.

Bli Student på Høyskolen Diakonova. Du blir en faglig kompetent sykepleier samtidig som du utvikler deg som et helt menneske. Et lite og oversiktlig studentmiljø gjør at du får tett oppfølging og mer igjen for din utdanning.

Les mer på tettpalivet.no

Høyskolen Diakonova tilbyr:

- Bachelor i sykepleie
- Helsesøsterutdanning
- Kreftsykepleie
- Årsstudium i kristen sjelesorg
- Master i sykepleie

diakonova.no



Høyskolen
DIAKONOVA

Søknadsfrist 15. april



Avansert geriatrisk sykepleie (master - 4 år deltid)

Det samlingsbaserte deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering innen geriatrisk sykepleie. Du lærer systematiske kliniske undersøkelser gjennom variert undervisning og mer enn 400 timer veiledet praksis.
www.uio.no/ags



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

Har du interesse for tverrfaglig helseforskning og fagutvikling? Studiet gir sykepleiere solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskningsmiljø.
www.uio.no/helseforskning-master



Sykepleievitenskap (master - 2 eller 3-4 år)

Få kompetanse til å initiere og delta aktivt i faglig utviklingsarbeid og forskning slik at du kan være med å forme fremtidens helsetjenesten. Fordypningskurs i normal aldring, innovativ praksisutvikling og pasientlæring.
www.uio.no/sykepleievitenskap-master

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

VID
vitenskapelige
høgskole

Studier for deg som er sykepleier!

VID har studiesteder i Bergen, Oslo, Sandnes og Stavanger. Totalt har vi 20 videreutdanninger, 13 Mastergrader og 2 PH.D. og her viser vi noen av de studiene som er spesielt relevant for deg som er sykepleier.

Videreutdanninger VID Bergen

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Avansert gerontologi
- Kreftsykepleie
- Palliativ sykepleie
- Veiledning

Videre- og masterutdanninger VID Sandnes

- Forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming
- Medborgerskap og samhandling

Videreutdanninger VID Oslo

- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Livsstyrketrening
- Familieterapi og systemisk praksis

Masterutdanninger VID Oslo

- Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre
- Familieterapi og systemisk praksis
- Verdibasert ledelse
- Diakoni

Søknadsfrist 15. april
Etter dette praktiseres fortløpende
opptak dersom ledige plasser

For mer informasjon
om våre studier, se vid.no



VID

TØR VI SNAKKE OM DØDEN - EGENTLIG?

Velkommen til Litteraturhuset i Oslo
28. mars kl. 19.00. Fri entré.

ORDSTYRER



PER ANDERS NORDENGEN
Prest

PANELDELTAGERE



MARCO ELSAFADI
Foredragsholder



IDA MARIE HØEG
Professor i religionssosiologi



WASIM ZAHID
Lege ved Oslo universitetssykehus



TOVE NYENGET
Rådgiver /spesialsykepleier



CASPAR SEIP
Psykoterapeut

Begravelsesbyråkjeden
JØLSTAD

www.jolstad.no

Hjerneskadekonferansen og Nevrokongressen 2017 Trondheim 3.-4. mai 2017

Nasjonal Tverrfaglig konferanse for kommune- og spesialisthelsetjenesten

TEMA:

- Milde/moderate hodeskader
- Posttraumatisk forvirring

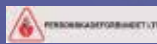
Andre tema vil være bl.a. søvnhelse, hodepine, livskvalitet, og velferdsteknologi /rehabiliteringsteknologi

Påmeldingsfrist 1. april

Konferanseavgift: 3950,- kr.

For brukerorganisasjoner og deres medlemmer : 1700,- kr.

For mer informasjon og påmelding:
www.stolav.no/nevro-hjernekonf-2017



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no

+46 85 40 882 80





Eksotiske opplevelser i eget land?

Dedicare tilbyr sykepleiere og spesialsykepleiere fleksibilitet, trygghet og uforglemmelige opplevelser. Sommeren nærmer seg, og akkurat nå har vi ekstra mange jobber å tilby hos våre kunder, som er alle sykehusene i Norge og mer enn 70 kommuner.

Er du interessert, og ønsker å få vite mer om hvordan vi i Dedicare kan gi deg en annerledes og innbringende sommer hvor vi dekker både reisen og boligen din? Ring eller send oss en mail, vi gleder oss til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse

ENKLERELIV

Smarte løsninger for deg og dine



"Elsker mine GaitLine sko! Bruker de nesten hver dag. Ikke ofte jeg går i sko som er bra for meg og fine samtidig!"

- Vendela Kirsebom

GaitLine

Besøk din nærmeste butikk,
ring oss på tlf. **04646** eller
besøk **enklereliv.no**

