



## Ikke barn, ikke voksen

**Ung pasient.** Josefine Rørvik Skåland vil ikke bli behandlet som et barn. Men hun vil heller ikke ligge på rom med 80-åringer.

● **Hva skjer**

Tromsø: Vekk fra pillene! **14**

● **Sykepleie**

Se barnet – ikke på mobilen. **50**

● **Påfyll**

Bare en klem? **59**

● **Meninger**

Tett på Olaug Bollestad (KrF). **70**



## 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](https://dnb.no/nsf) eller kontakt oss på **915 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.

**DNB**



# Twinrix

## Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA) (HAB) vaksine (adsorbent)



## Beskyttelse mot hepatitt A og B

Twinrix er en kombinasjonsvaksine mot hepatitt A og hepatitt B til bruk hos barn fra fylte 1 år og voksne for å forebygge sykdom med hepatitt A og B.

Hepatitt A og B er alvorlige leverinfeksjoner som forekommer i mange deler av verden, til og med i Europa.<sup>1,2,3</sup> Hepatitt A-viruset kan forekomme i forurenset vann og rå eller utilstrekkelig tilberedt mat. Til og med bassengvann kan være en smitekilde. Hepatitt B smitter gjennom blod og andre kroppsvæsker. Derfor kan besøk på legevakt/legekontor, urene nåler (sprøyter, kroppspiercing, tatovering) og ubeskyttet sex utgjøre en risiko.<sup>2</sup>

**Twinrix Paediatric** «GlaxoSmithKline» **Twinrix Adult** «GlaxoSmithKline» **Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent)**, ATC-nr: J07BC20 **INJEKSJONS/ESKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Twinrix Paediatric:** 1 dose (0,5 ml) inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 ng, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjonsvæsker. **INJEKSJONS/ESKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Twinrix Adult:** 1 dose (1 ml) inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 ng, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner: Twinrix Paediatric:** For bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Adult:** For bruk til ikke-immune voksne og ungdom ≥16 år, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Dosering: Twinrix Paediatric:** Barn og ungdom fra 1 år t.o.m. 15 år: Doser à 0,5 ml anbefales. **Twinrix Adult:** Voksne og ungdom ≥16 år: Doser à 1 ml anbefales. **Skjema for primærinnvaksjon:** Standard skjema for primærinnvaksjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Adult er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den slutføres med samme vaksine. Det anbefales skjemaet bør følges. I spesielle tilfeller, når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primærinnvaksjon med Twinrix Adult, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primærinnvaksjon, kan de 3 dosene Twinrix Adult gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. **Boosterdose:** Behov for en boosterdose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. **Retningslinjer for boosterinnvaksjon mot hepatitt A** er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse, anti-HAV antistoff er beregnet å være i minst 10 år. **Tilberedning/Håndtering:** Under oppbevaring kan et fint, hvitt bunnfall med et klart, fargeløst lag over, sees. Vaksinen må resuspenderes (ristes godt) før bruk. Når vaksinen er resuspendert, vil den ha et ensartet, hvitaktig utseende. Vaksinen skal kontrolleres visuelt mtp. fremmedlegemer og/eller unormalt utseende før bruk. Dersom slike forandringer oppdages, skal vaksinen kastes. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte. **Administrering:** Gis i.m., helst i overarmsmuskelen (deltoidområdet) hos voksne, ungdom og barn, eller anterolateralt i låret hos spedbarn. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningssykdommer kan vaksinen unntaksvis gis s.c. selv om dette kan gi suboptimalt immunvar. Intradermal eller i.m. injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Skal ikke under noen omstendigheter injiseres intravaskulært. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Adult eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber. **Forsiktighetsregler:** Besvarelse kan forekomme før eller etter vaksineringsprosedyren hos ungdom, som en psykisk reaksjon på injeksjonen. Dette kan etterfølges av flere neurologiske tegn, som forbigående visuelle forstyrrelser, parese og tonisk-kloniske bevegelser i ben og/eller armer når man kommer til bevissthet igjen. Det er viktig at prosedyrer er på plass slik at skader unngås ved besvarelse. Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ukjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistoffnivåer etter primærinnvaksning. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel uteligi hos immunsvakte pasienter. Fedme (definit som BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup>) kan redusere immunresponsen mot hepatitt A-vaksiner. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksiner og disse omfatter høy alder, hankjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som kan stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaksineringsregime med Twinrix Adult. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaksineringsregime. Sensitivitetssensitiv behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Twinrix Paediatric:** Vaksinen kan gis samtidig med Cervarix. Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Adult:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Data fra dyrestudier samt data fra et begrenset antall vaksinerte gravide indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapet eller på helsen til fostret/det nyfødte barnet. Selv om ingen skadelige effekter er forventet, anbefales utsettelse av vaksineren til etter fødsel, med mindre det er spesielt viktig å beskytte moren mot hepatitt B-infeksjon. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Det må avgjøres om amming skal opphøre eller vaksinasjon avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Bivirkninger: Barn 1-15 år:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Smerte og rødhet på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Gastrointestinale symptomer, kvalme, Neurologiske: Søvnighet, hodepine. Psykiske: Irritabilitet. Stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Øvrige: Hevelse og reaksjoner (blåmerker) på injeksjonsstedet, tretthet, utvilpassthet, feber (≥37,5°C). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, oppkast, magesmerter. Hud: Utslett. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blodlymfef: Lymfadenopati. Hud: Urticaria. Neurologiske: Svimmelhet. **Voksne og barn >15 år:** Svært vanlige (≥1/10): Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte og rødhet på injeksjonsstedet, tretthet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Gastrointestinale symptomer, diaré, kvalme. Øvrige: Hevelse og reaksjoner (hematom, kløe og blåmerker) på injeksjonsstedet, utvilpassthet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppkast. Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon. Muskel-skjelettsystemet: Myalgia. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Feber (≥37,5°C). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blodlymfef: Lymfadenopati. Hjerter/kar: Hypotensjon. Hud: Utslett, kløe. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Neurologiske: Hypestesi, parese, stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Øvrige: Influensalignende sykdom, frysninger. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Urticaria. **Rapportert etter markedsføring etter bruk av Twinrix eller monovalent hepatitt A- eller B-vaksine fra GlaxoSmithKline:** Blodlymfef: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura. Hjerter/kar: Vaskulitt. Hud: Angionevrotisk ødem, lichen planus, erythema multiforme. Immunsystemet: Anafylaksi, allergiske reaksjoner inkl. anafylaktiske reaksjoner og serumsyknelignende symptomer. Infeksiøse: Meningitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelsvakhet. Neurologiske: Encefalitt, encefalopati, nevritt, nevropati, paralyse, krampet. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinerne mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjeldne i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Neurologiske: Multiplere sklerose, myelitt, facialisparese, polynevritt som f.eks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralyse), optikusnevritt. Undersøkelser: Unormale leverfunksjonsverdier. Øvrige: Umiddebar smerte på injeksjonsstedet, stikkende og brennende følelse. **Egenskaper:** Klassifisering: Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89% (Twinrix Paediatric) og ca. 94% (Twinrix Adult) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100% 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67% (Twinrix Paediatric) og 70% (Twinrix Adult) etter 1. dose og 100% (Twinrix Paediatric) og ca. 99% (Twinrix Adult) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primærinnvaksjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100%, 99,5% og 100% etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82% etter 1 uke og hos 85% etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1%. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus. I to langtidsstudier med Twinrix Adult hos voksne, 15 år etter primærinnvaksning, var 100% seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus og beskyttende antistoffnivåer mot hepatitt B-virus ble påvist hos hhv. 89,3% og 92,9%. For ytterligere informasjon, se SPC. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) og i originalpakningen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses. Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost. **Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 345,00. **Twinrix Adult: Injeksjonsvæske:** 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 481,10. 10 x 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 4423,20. **Sist endret:** 10.01.2017.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00. Les preparatomtale for forskrivning av Twinrix.

### Referanser:

1. WHO, hepatitis A Factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/> Last accessed March 2017.
2. WHO, Hepatitis B Factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/> Last accessed March 2017.
3. Eurosurveillance, Volume 20, Issue 16, 23 April 2015 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101> Last accessed March 2017.
4. Twinrix adult preparatomtale, avsnitt 4.1. 10.11.2016
5. Twinrix paediatric preparatomtale, avsnitt 4.1. 10.11.2016

©2017 GSK group of companies or its licensors. NOR/TWI/0002/17. Oktober 2017

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies

GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00, helpespersonell.gsk.no





*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



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

## Bachelor of Management med fordypning i helseledelse

Opstart høsten 2018  
[bi.no/helseledelse](http://bi.no/helseledelse)

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

• Praktisk helseledelse • Personalledelse • Økonomistyring • Helselovgivning • Etikk



# Innhold



**09 | 2017 Sykepleien**  
Utgivelsesdato: 16. november

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



## Hva skjer

- 06** Aksjonisten
- 10** Nå står slaget om fortrinnsretten
- 12** Kuttet ut beroligende legemidler
- 14** Ut i det fri – aktivitet mot medisiner på Åsgård
- 19** Må ha 3 i norsk og matte
- 20** Tema: Ungdom på sykehus
- 28** Boksar mot Parkinson
- 32** I nyhetene: Rapportkutt



Slår noen slag mot symptomene. **28**



## Sykepleie

- 34** Slik kan du møte mennesker i krise
- 38** Hospice møter døendes helhetlige behov
- 42** Forskerintervju: Brita Fossler Olsen
- 44** Pårørende må informeres bedre
- 47** Min jobb: Snakk høyt om eldre vold!
- 48** Etikk: Når pasienter er livredd sin primærkontakt
- 50** Mobilbruk kan skade samspillet med barn



Når mor og far bare ser på telefonen. **50**



## Påfyll

- 58** Bokomtaler og dikt
- 59** Liv laga: Bare en klem?
- 60** Forfatterintervju: Kristin Buvik Sivertsen
- 62** Bokanmeldelser
- 63** I bokhylla mi: Ida Marie Bregård
- 64** Quiz og kryssord



Nattevakter ble til roman om omsorg. **60**



## Meninger

- 66** Eli Gunhild By om sykepleierledernes situasjon
- 67** Marit Leegaard om forskningsartikler
- 68** Bente Abrahamsen om studielederrollen
- 70** Tett på Olaug Bollestad
- 75** Stillinger og kunngjøringer



Til topps som helsepolitiker og i KrF. **70**

Forsidefoto: Erik M. Sundt

**Ansvarlig redaktør** Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** 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](http://www.sykepleien.no/kontakt).** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511  
Repro og trykk: Sørmlands Grafiska





Det er god grunn til å følge med på bemanningssentrenes rolle når deltidsansatte sykepleiere skal få fulle stillinger.

# Fulltidsnomader



Fakta

**Barth Tholens**

Ansvarlig redaktør  
i Sykepleien

Helseforetakene i Norge har tidligere fått pepper for omfattende bruk av sykepleiervikarer. Milliarder har gått med til å kjøpe seg ut av bemanningsknipene ved hjelp av vikarer som kunne stille på dagen og jobbe mye. Høyt sykefravær mange steder har gjort det fristende for kliniksjefer å kjøpe seg ut av problemene. Men de fleste har nok skjønt at det både var dårlig økonomi, korttenkt og faglig risikabelt å gjøre seg så avhengig av det private vikarmarkedet.

### FAST ANSATTE VIKARER

Mange sykehus har derfor etablert såkalte bemanningssentre, driftet med ansatte som står på foretakets egen lønnsliste.

Sykepleiere i et bemanningssenter går i en egen turnus. Går en avdeling av ulike årsaker tom for folk, skal bemanningssentret varsles. Det får i oppgave å finne en ledig sykepleier og matche vedkommende til den vekten som skal besettes. Avdelingene slipper på denne måten å søke etter vikarer selv, noe de brukte ganske mye tid og penger på før.

Det er som oftest nyutdannede sykepleiere som tar seg jobb i et bemanningssenter. Rett etter fullført utdanning sliter de med å få fast jobb. I rekrutteringen til bemanningssentret blir de forespeilet at de skal få bra opplæring på de avdelingene de skal være vikar på. De skal få «prøve seg» flere steder og på denne måten få bred erfaring. I tillegg disponerer bemanningssentret som oftest også såkalte trainees. De jobber «fast» og i fulle jobber på forskjellige avdelinger i to år. Da får de gjerne faste – og fulle – jobber på en avdeling.

### VANDRENDE SYKEPLEIERE

En skulle tro at nomadene fra bemanningssentret får en super inngang i sykehusets forskjellige fasetter. Men virkeligheten er ofte en annen. De sliter seg helt ut.

En kilde på Haukeland sykehus som Sykepleien har vært i kontakt med, beskriver det slik: «Jeg har ennå til gode å møte en sykepleier som er fornøyd etter å ha jobbet en stund i bemanningssentret. De kan bli satt til å jobbe på forskjellige poster. De skal kunne settes inn overalt på huset, men de får ikke nok opplæring på de postene de skal vikariere på. De blir ikke vist rundt

når de begynner, så de vet ikke hvor de skal eller hvor det nødvendige utstyret befinner seg. De blir satt til å dele ut medisiner, men de har ikke sjans til å sette seg inn i hva det er de faktisk gir.»

Ikke rart unge sykepleiere fort går lei av å vandre omkring fra post til post. Heller ikke på avdelingene er det stor begeistring å spore over de stadig nye, unge sykepleiere som vet lite om hva som forventes av dem.

### KOMBINERTE STILLINGER

Mens de fleste sykepleiere på bemanningssentret på St. Olavs i Trondheim har hel stilling på selve senteret, er det nå en økende tendens til at flere sykepleiere heller får såkalte «kombinerte stillinger». For eksempel 75 prosent på en avdeling og 25 prosent på bemanningssentret.

På Haukeland har mange som jobber i bemanningssentret i utgangspunktet deltidsstillinger på sine poster. Ved å jobbe som deltidsvikarer på forskjellige avdelinger, får de utvidet sine stillinger. Tiltaket er i tråd med helseministerens ønske om at sykehusene skal tilby sine ansatte heltidsstillinger. Arbeids-takerorganisasjonene støtter opp om tiltaket.

Arbeidsminister Anniken Hauglie sendte i sommer et forslag om å endre arbeidsmiljøloven ut på høring. Endringen gir deltidsansatte fortrinnsrett til utvidet stilling når arbeidsgiver skal foreta nyansettelser i virksomheten. Da må sykepleieren være kvalifisert for stillingen, og utøvelsen av fortrinnsretten skal ikke innebære «vesentlig ulempe» for virksomheten.

Til tross for den siste formuleringen, stritter arbeidsgiverne imot forslaget fordi de mener at fortrinnsrett til deler av en ny stilling vil kunne føre til økt bruk av deltid og dårligere pasientbehandling. Norsk Sykepleierforbund, derimot, mener at forslaget er et viktig steg mot å få flere inn i heltidsjobber.

### FULL STILLING ER OVERORDNET

Om flere sykepleiere skal ha tilgang til fulle jobber, vil antallet som er i kombinerte stillinger trolig øke i årene framover. Det kan være gunstig for sykehusene, for da kan de si at de tilbyr flere fulle stillinger. For mange tillitsvalgte vil målet om «fulle stillinger til alle» være overordnet det ubehaget mange sykepleiere





Illustrasjon: Marie Rundereim

måtte føle ved å bli nomader på egen arbeidsplass. De vil kunne argumentere for at alternativet – deltidsstillinger – er verre, og at alt uansett er bedre enn da sykehuset måtte ringe for å få tak i utenlandske sykepleiere fra bemanningsbyråer.

Kombinerte stillinger med vakter på forskjellige poster i regi av bemanningssenteret har imidlertid også negative konsekvenser. For det er jo ikke slik at det ikke spiller noen rolle hvor en sykepleier jobber. «En sykepleier kan ikke gå én dag på øye, én på ortopedisk og neste dag på infeksjon – og gjøre en god jobb overalt», skriver en leser til oss. Vedkommende mener at praksisen med å flakke rundt fra post til post innebærer en betydelig risiko. Sykepleiere som er uvante med å jobbe på en post, vil ikke kunne observere like godt som en som jobber der fast. Faren for feilmedisinering øker.

#### ALT-MULIG-SYKEPLEIERE

Det mest forunderlige bak tanken om kombinerte stillinger og jobben i bemanningssenteret, er at den bygger på en tanke om at en sykepleier kan byttes ut med en hvilken som helst annen

## «Fulle stillinger må ikke brukes til å gjøre en halvgod jobb på stadig nye poster.»

sykepleier, uansett hvilken post det gjelder. Mens vi ellers snakker om høyt spesialiserte avdelinger på et sykehus, gjelder dette åpenbart ikke for de sykepleiere som skal bemanne dem. Da aksepterer ledelsen glatt at vakter bemannes med sykepleiere som ikke har erfaring med nettopp den spesialiteten.

Spekter argumenterer for at det er umulig å drive et sykehus 24/7 uten en høy grad av fleksibilitet blant de ansatte. Det kan de godt ha rett i. Det spørres likevel om stadig flere kombinerte stillinger er løsningen som ivaretar pasientsikkerheten best. Da må sykepleierne som skal holde hjulene i gang, i det minste få den opplæringen som kreves for å kunne gjøre en fullgod jobb. Fulle stillinger må ikke brukes til å gjøre en halvgod jobb på stadig nye poster. ●

[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)



Sykepleien

Les mer:

Les mer på side 10.

# Hva er egentlig samtykkekompetanse?

Det nye, innenfor psykisk helsevern, er at pasienter som har samtykkekompetanse, har rett til å godta eller nekte at en ny behandling skal startes opp. De har også rett til å velge om en påbegynt behandling skal fortsettes eller avsluttes. Disse valgene gjelder selv om behandleren mener behandlingen er nødvendig.

Det er ett unntak fra denne regelen: situasjoner hvor det er stor fare for at pasienten kan skade seg selv eller andre alvorlig innen kort tid. I slike situasjoner er det fortsatt lov til å bruke tvang, for å redde liv og forebygge alvorlig helseskade.

I dette heftet går vi derfor gjennom hva samtykkekompetanse betyr, hvem som har det, hvem som ikke har det og hvordan samtykkekompetanse kan vurderes.



Besøk [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no) og kjøp heftet i dag. Pris: 50,-.



[erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse





# Hva skjer

**Del 1 Sykepleien 09 | 2017**

Nyhet – Reportasje – Tema



**KUNSTTERAPI:** Eivor Meisler er sykepleier og kunstterapeut. Foto: Ann-Kristin B. Helmers

## Medisinfrigjøring

**Tromsø.** Aktivitet holder medisinbruken nede på Åsgård. Eivor Meisler anbefaler kunst og friluftsliv. **14**



**Deltid.** Regjeringen vil styrke fortrinnsretten. **10**



**«Vi har meldt til ledelsen at effektiviseringspotensialet er hentet ut.»**

Maiken Isachsen-Hagen. **32**



**Oslo.** I bokseringen mot Parkinsons. **28**



Får regjeringen det som den vil, vil deltidsansattes fortrinnsrett til utvidet stilling bli krystallklar.

# Nå står slaget om fortrinnsretten

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

**B**åde NSF og de fleste arbeidstakerorganisasjoner er svært godt fornøyd med regjeringens forslag om å gi deltidsansatte fortrinnsrett til utvidet stilling. På andre siden sitter arbeidsgiverorganisasjonene og er langt fra begeistret.

## BAKGRUNN

I sommer sendte Arbeids- og sosialdepartementet ut et høringsnotat for å endre arbeidsmiljøloven. Departementet foreslår blant annet å endre paragraf 14–3 slik at deltidsansatte får fortrinnsrett til en del av en stilling. Det er bare hvis fortrinnsretten fører til en «vesentlig ulempe» for arbeidsplassen at retten kan settes til side.

Tidligere har arbeidsminister Anniken Hauglies uttalt til Sykepleien at hennes engasjement i denne saken skyldes sykepleier

Solveig Brattgjerds mangeårige kamp om fortrinnsrett. Saken endte i fjor med tap i Høyesterett.

## FORTRINNSRETT I PRAKSIS

Får arbeidsminister Anniken Hauglie sitt lovforslag igjennom, betyr det i praksis følgende:

Et sykehjem lyser ut en 80 pro-

sent sykepleierstilling. På sykehjemmet jobber Nils som er ansatt i en 75 prosents stilling, men ønsker seg 100 prosent stilling. Nils vil nå kunne kreve fortrinnsrett til 25 prosent av den utlyste 80 prosent stillingen og få en full stilling. Høringsfristen gikk ut 31.

## NSF JUBLER

Lovforslaget er helt i tråd med NSF's ønske, ifølge organisasjonens hørings svar.

«Det er et meget viktig gjennomslag på vegne av alle sykepleiere som ønsker utvidet stilling.» Gunhild By, NSF-leder

Dette er en sak NSF har kjempet for i mange år. Forbundet mener at loven må være krystallklar på punktet om at fortrinnsretten også gjelder en del av en utlyst stilling.

Saken om fortrinnsrett har nemlig blitt behandlet i Høyesterett

to ganger. Begge gangene avviste Høyesterett tvisteløsningsnemndas avgjørelse og ga arbeidsgiver medhold i at deltidsansatte ikke kan kreve fortrinnsrett til deler av en stilling.

Dersom loven endres, vil det bli helt klart at fortrinnsretten også skal gjelde en del av en stilling.

– Det er et meget viktig gjennomslag på vegne av alle sykepleiere som ønsker utvidet stilling, og det stiller økte krav til arbeidsgiver om å få på plass en heltidskultur, sier Eli Gunhild By.

## NEMNDA FÅR RETTSKRAFT

Regjeringen foreslår også at avgjørelsene i tvisteløsningsnemnda skal få rettskraft. Det betyr at de blir bindende for partene og ikke bare rådgivende slik det har vært til nå.

– Også dette har vært en viktig sak for oss i NSF. Her har vi fått på



Hvem er for og hvem imot regjeringens forslag?

**Disse sier ja til fortrinnsrett til en del av en stilling:**

- Akademikerne
- Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (DSS)
- Funksjonshemmetes Fellesorganisasjon
- Høgskolen i Oslo og Akershus

- Juridisk Rådgivning for Kvinner (JURK)
- Jussbuss
- Justis- og beredskapsdepartementet

- Landsorganisasjonen i Norge
- Lederne
- Likestillings- og diskrimineringsombudet

- NITO
- Norges Døveforbund
- Norsk Fysioterapeutforbund
- Norsk Journalistlag
- Norsk Sykepleierforbund
- Oslo kommune Byrådsavdeling for finans

- Regjeringsadvokaten
- Rettspolitisk forening
- Unio
- Universitetet i Oslo
- Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund YS



plass et nytt viktig virkemiddel i kampen for mer heltid og mindre uønsket deltid, sier Eli Gunhild By.

Arbeidsdepartementet skriver i sitt høringsbrev at de ønsker å gjøre det tydelig at deltidsansatte skal ha fortrinnsrett til utvidet stilling framfor at arbeidsgiver ansetter nye.

#### IKKE ALLE LAR SEG BEGEISTRE

I høringsvarene som er lagt ut på departementets nettside, tegner det seg et todelte bilde: De fleste arbeidstakerforeningene er for, mens arbeidsgiversiden stort sett er imot lovendringen.

Spekter og KS er to av organisasjonene som er negative.

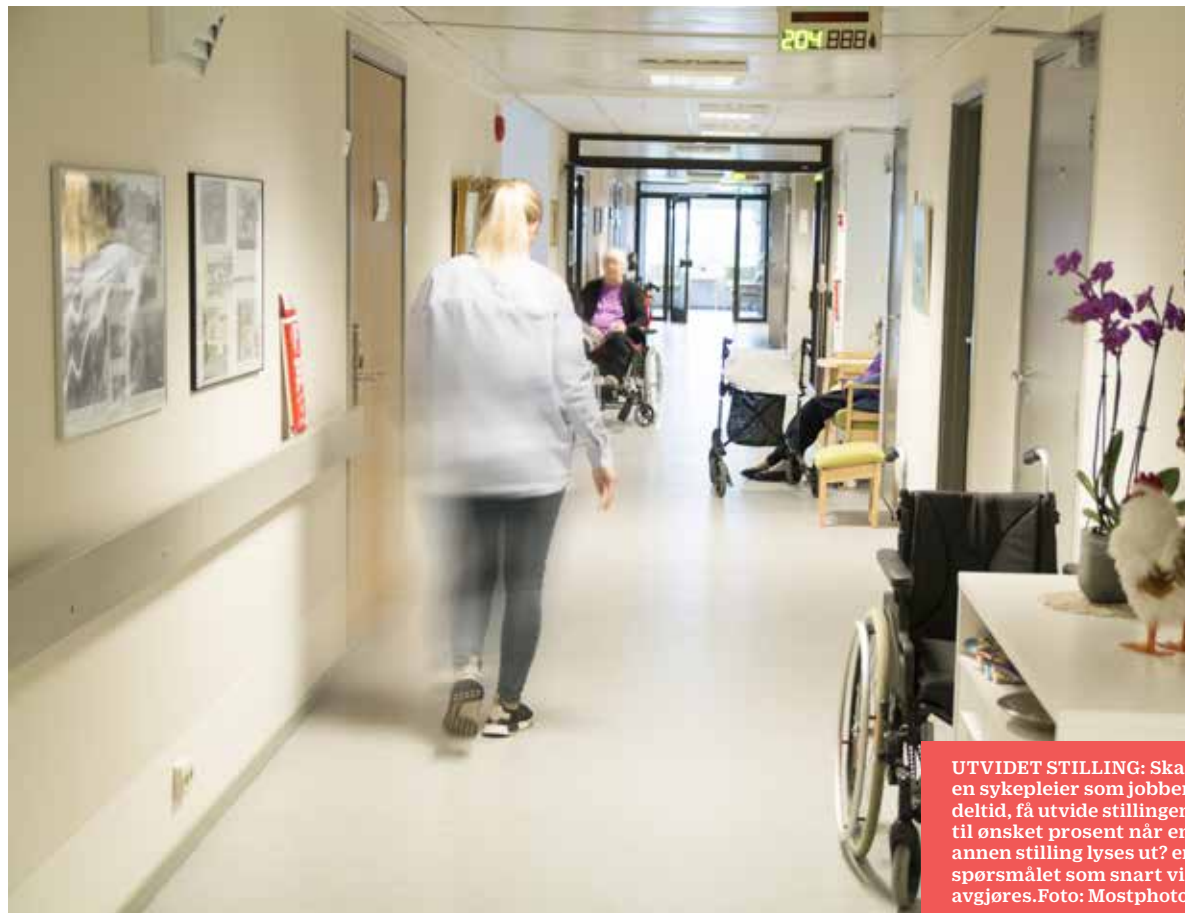
I sitt hørings svar skriver Spekter blant annet at arbeidsminister Anniken Hauglies forslag vil ha motsatt effekt av hva regjeringen ønsker å oppnå

«Spekter er særlig bekymret for effektene av forslaget om fortrinnsrett til deler av en stilling, fordi det trolig vil kunne føre til mer deltid, ikke mindre. Enda mer alvorlig er det at forslaget vil kunne føre til lavere kvalitet på pasientbehandlingen i blant annet sykehuse- ne, fordi det vil gjøre det svært krevende å sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse til alle tider på døgnet», skriver organisasjonen i sitt hørings svar.

#### HALDEN ER BEKYMRET

Også Halden kommune har sendt inn «negativt» hørings svar. Helgebemanningen er det som bekymrer arbeidsgiveren mest:

«Det utlyses en 80 prosent stilling med tredjehver helg. En deltidsansatt som jobber 50 prosent ønsker



UTVIDET STILLING: Skal en sykepleier som jobber deltid, få utvide stillingen til ønsket prosent når en annen stilling lyses ut? er spørsmålet som snart vil avgjøres. Foto: Mostphoto

å få ytterligere 30 prosent og får 30 prosent av den utlyste stillingen på bakgrunn av eventuell fortrinnsrett. 50 prosent av ny stilling gjenstår for utlysning. Nå kommer neste deltidsansatt som fra før jobber 60 prosent og ønsker ytterligere 20 prosent stilling. Vedkommende får dette på bakgrunn av fortrinnsretten. Restende del på nå 30 prosent står igjen til utlysning. En 30 prosent stilling med tredjehver helg er vanskelig å

rekruttere til og blir gjenstående å måtte dekkes av vikarer eller innleie fra vikarbyrå.»

Halden kommune mener at lovendringen vil føre til en uholdbar situasjon for Halden kommune som arbeidsgiver. Den mener fortrinnsretten bare skal gjelde dersom en deltidsansatt «tar over» hele den utlyste stillingen. Halden ønsker ikke at deltidsansatte kan plukke prosenter fra en utlyst stilling.

#### HVA SKJER VIDERE?

Nå skal departementet gå igjennom alle høringene før de legger frem et forslag for Stortinget. Saken vil gå videre til arbeids- og sosialkomiteen som skal jobbe frem en anbefaling. Når komiteen er ferdig med sin jobb, sendes dokumentet videre til debatt i stortingssalen og et vedtak blir gjort etter debatten er ferdig. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

#### Hvem er for og hvem imot regjeringens forslag?

#### Disse sier nei til fortrinnsrett til en del av en stilling:

- Arbeidsgiverforeningen Spekter
- Finans Norge
- Halden kommune
- Hovedorganisasjonen Virke
- KA Arbeidsgiverorganisasjon for kirkelige virksomheter
- Kommunesektorens organisasjon KS
- Norges Lastebileier-Forbund
- SAMFO
- Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)

Noen hørings svar har ingen merknader, eller tok ikke stilling til fortrinnsretten og er derfor ikke med i oversikten.

Sykepleien har kun sett høringsvarene som var lagt ut på departementets nettside per 08.11.2017.

NEI



Sykepleier Lina Welfler opplevde at det var mye uro blant pasienter på demensavdelingene ved Haugsåsen Bofellesskap.

# Kuttet ut beroligende legemidler

• Tekst og foto **Guro Haverstad Torgersen**

Lina Welfler er sykepleier, men ikke hvilken som helst sykepleier. Tidligere i år ble hun kåret til årets sykepleier i eldreomsorg. Det er Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe i geriatri og demens som har delt ut prisen.

– Da det ringte opp en fyr fra Bergen som sa jeg hadde fått denne prisen, kom det som et sjokk. Jeg hadde aldri drømt om det, jeg er jo bare en vanlig sykepleier, sier Welfler.

## GODT TEAM MED LEGEN

Hun har ti år i eldreomsorg på baken og jobber nå ved Haugsåsen Bofellesskap i Skien. Det er her hun har gjort seg fortjent til den nye tittelen.

Hver måned i et år dro hun til Bø for å lære om rett legemiddelbruk i sykehjem gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. Hjemmeleksen var å gjennomgå alle medisinlister sammen med sykehjemslegen, med mål om å fjerne unødvendige medisiner som fører til unødvendige bivirkninger.

– Legen og jeg er et godt team, og vi jobber bra sammen. Vi gikk gjennom alle medisinlistene over tid, og konklusjonen var at alle pasientene sto på beroligende medisiner, sier hun.

Da reiste spørsmålet seg: hjelper disse medisinene? Welfler opplevde nemlig at det var mye uro



**AKTIV:** Den pensjonerte operasjonssykepleieren Astrid Helene Schjerven mangler ikke aktiviteter. Hun er veldig fornøyd med det Welfler og kollegene hennes gjør på avdelingen.

«Det er viktig å stille seg spørsmålet: Hva er egentlig uro?»

Lina Welfler, sykepleier

blant demenspasientene til tross for medisineringen.

## MØBLER FRA SANDE

For Welfler og hennes kollegaer ble dette starten på et prosjekt som har

ført til at ingen pasienter på demensavdelingene ved Haugsåsen Bofellesskap lenger bruker beroligende medisin.

Når Sykepleieren møter Welfler og hennes kollega, fagsykepleier Caroline Boda Sakariassen, sitter de i kantina. For et år siden skrev de et innlegg om temaet. Nå snakker de ivrig, nesten i munnen på hverandre, om prosjektet.

Det begynte med en tur til ledelsen. Sykepleierne ønsket å gjøre noe med de fysiske rammene på avdelingen. Gjøre det gjenkjennbart og hjemmekoselig.

– Vi undersøkte og samlet informasjon og argumenter til ei tjukk

blekke som vi leverte, sier Boda Sakariassen, som for øvrig var den som nominerte Welfler til prisen.

De fikk en liten sum, men mange endte opp med å hjelpe til på fritiden, og Boda Sakariassen dro hele veien til Sande for å hente møbler.

– Forskning sier at de fysiske omgivelsene har mye å si for personer med moderat eller alvorlig demens, sier Welfler.

## IKKE ØKONOMISK KREVENDE

Samtidig som de fysiske rammene endret seg, arrangerte Welfler internundervisning der miljøarbeid med demenspasienter sto på planen.

– Det er viktig å stille seg spørsmålet: Hva er egentlig uro? Mange pasienter kommer hit og er vant til å leve aktive liv. Samtidig er det slik at pleiere opplever at pasienter er opptatt av det samme hundre ganger om dagen, men for pasientene er det nytt hver gang.

– Det er viktig å spille på lag med dem, legger Boda Sakariassen til.

De kan fortelle at det var en del av den daglige pleien å gi beroligende medisin. Derfor undersøker de først og fremst om uroligheten kunne komme av somatiske underliggende behov.

– Vi sjekker alltid dette før vi normaliserer det som demensatferd, sier Welfler.

– Har det vært økonomisk



**UTVIKLING:** Siden prosjektet startet har demensavdelingene ved Haugsåsen Bofellesskap i Skien kuttet alle beroligende legemidler fra pasientenes medisinlister.



*krevende å gjennomføre prosjektet?*

– Det er de små endringene og tiltakene vi valgt å gjøre, som har gjort det mulig. Vi har ikke fått noe mer fra kommunen enn noen få tusenlapper. Vi har heller ikke fått flere hender, sier Welfler.

#### **FINNES UTFORDRINGER**

Selv om prosjektet har vært vellykket, er det viktig for Welfler å få frem at de også har utfordringer. Alt er ikke bare fryd og gammen i arbeidet med demente personer.

– Det er viktig å jobbe for å få til gode stunder i løpet av en dag. Samtidig som vi vet at demente aldri har en helt god dag. Mye kan forekomme, og hverdager kan være tøffe, sier hun.

De er opptatt av det individuelle. Ingen skal presses inn i rammer.

– Vi prøver å tenke at man ikke kan gi lik pleie til alle. Alle må ikke stå opp ni, eller dusje på morgenen, sier hun.

– *Tror du dette er gjennomførbart på andre institusjoner for demente?*

– Det som ligger til grunn er ressurser og tid. Vi er heldige og har det veldig fint her på Haugsåsen, men jeg kan forstå frustrasjonen blant andre pleiere innen demensomsorgen som føler at tiden ikke strekker til.

Samtidig tror hun at flere tilsynsleger der ute ikke har den tilstrekkelige kunnskapen, eller motivasjonen til å endre tankegang.

#### **TAFFELMUSIKK FØR TRIMMEN**

Astrid Helene Schjerven er en av dem som bor på Haugsåsen. Hun har nylig mottatt gullnål fra

Norsk Sykepleierforbund for 30 års medlemskap som operasjonssykepleier. Nå har hun nettopp avsluttet en time med trim. Før trimmen plei-

## **«Det er viktig å jobbe for å få til gode stunder i løpet av en dag.»**

Lina Welfler

er hun å invitere de andre pasientene til pianokonsert i den ene stuen.

– Det var flere oppmøtte enn vanlig i dag, sier hun og smiler fornøyd.

Hun forteller at hun har nok å gjøre i hverdagen på Haugsåsen, og hun kjeder seg aldri:

– Det var litt spennende i starten, da. Men jeg er overrasket over hvor mye som skjer her. Noen trenger mer tid enn andre, og man må tilpasse seg de andre som bor her. Samtidig synes jeg det er interessant hva de har fått til av diverse aktiviteter og tilbud. Det får litt fart på oss, sier hun.

Welfler er glad for å høre dette. Det skorter altså ikke på aktiviteter. Dette er også et ledd i arbeidet mot uro.

– Uro går jo gjerne over etter en stund, og det er derfor ikke nødvendig å gi en pille som virker etter en god stund. Man klarer uansett ikke å medisinerer bort grunnleggende følelser, sier årets sykepleier i eldreomsorg, Lina Welfler. ●

[guro.haverstad.torgersen@sykepleien.no](mailto:guro.haverstad.torgersen@sykepleien.no)





# Ut i det fri

Frisk luft, kunst og samtaler erstatter piller hos alvorlig psykisk syke i Tromsø.

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

**S**elv om det er krevende, er jeg veldig glad for at dette tilbudet finnes, sier kvinnen i 50-årene og folder hendene rundt tekoppen.

– Andre steder har jeg følt at det ikke har vært aksept for mitt ønske om behandling uten medisiner, sier hun.

Kvinnen ønsker ikke å stå frem med navn. Vi kaller henne «Helen».

For tiden er Helen innlagt ved Medikamentfritt behandlingstilbud på Åsgård ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Pasientene her har hovedsakelig bipolare lidelser eller psykoser.

Da denne avdelingen åpnet i januar i år, var det som landets første.

### MÅ VÆRE MOTIVERT

Medikamentfritt behandlingstilbud holder til i andre etasje i rekken av sykehusbygg, som strekker

seg lange og lave i vesthellinga på Tromsøya. Åsgård har huset psykisk syke siden midten av 60-tallet.

Ett av inntakskriteriene er, som navnet tilsier, at pasientene har motivasjon for medikamentfri behandling for sin psykiske lidelse.

Man skal ikke utsettes for tvangsmedisinering eller annen form for press eller overtalelse for å ta medisiner. Innleggelsene skjer frivillig. Samtidig kan ikke pasienten nektes å ta medisiner dersom det er etter eget ønske. Seks døgnplasser står til disposisjon.

«Jeg følte jeg var til oppbevaring og medisinering.»

Helen, pasient

Behandlingsideen er både enkel og kompleks: Når pillene skal kuttes, må det trappes opp på andre ting.

### NATUROPPLEVELSER OG BAKING

– I formiddag har avdelingen vært på Nattmålsfjellet, forteller Eivor Meisler.

Rød i kinnene viser hun fram et bilde på mobilen: Fra toppen av fjellet, med slående utsikt over tindelandskapet ned mot Ersfjorden.

Meisler jobber som psykiatrisk sykepleier og kunstterapeut ved avdelingen. Dagens fjelltur er en viktig del av behandlingstilbudet.

Fysisk aktivitet er fast post på timeplanen tre dager i uka. Turene og aktivitetene varierer. Alt fra toppturer til å ta med kveldsmaten ut til bålplassen rett nedenfor sykehuset er aktuelle turmål.



**UTEN PILLER:** Ostesmørbrød stekt på bål kan være bedre behandling enn piller. Sykepleier Eivor Meisler i midten, sykepleierstudent Lindis Isachsen til venstre og pasient Helen ved bålplassen rett nedenfor avdelingen.

## Fakta



### Medikamentfritt døgntilbud

Medikamentfritt døgntilbud i Helse Nord er basert på følgende signerte protokoll:

- Man skal ikke utsettes for tvangsmedisinering eller at medisiner påtvinges under press eller overtalelse.
- Grunnbehandlingen er å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med.
- Det skal utvikles gode behandlingskulturer for medikamentfri behandling, som kan styrke fagfelt med behov for kunnskapsutvikling.
- Medisiner er ikke en viktig del av behandlingen som tilbys, men det betyr ikke at pasienten nektes medisiner om det er vedkommende sitt eget ønske.

Fra kjøkkenet lukter det nystekte kanelboller. Åpent kjøkken er også en del av behandlingstilbudet. Her kan pasientene bake og lage mat.

#### – FØLTE JEG VAR TIL OPPBEVARING

Helen har hatt flere innleggelses på andre avdelinger før hun kom hit.

- Jeg var innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling i fire måneder, forteller hun.
- Da gikk jeg rundt i joggebukse og tøfler nesten hele oppholdet. Jeg sto på maksdoser på to forskjellige antipsykotika, i tillegg til beroligende medisiner og sovemedisiner.

Kondisen forsvant, blodtrykket var høyt, stoffskiftet lavt. Den fysiske formen var rett og slett elendig, forteller hun.

- Jeg opplevde at jeg var der til oppbevaring og medisinering. Jeg ble sykere av det.

Hun har slitt med angst, har vært nær psykose, og har bipolar lidelse.

Helen ser ut av vinduet, peker over mot Kvaløya. Det er ikke usannsynlig at hun i løpet av de neste ukene er på tur der et eller annet sted.

- Nå har jeg vært innlagt her ei uke, og har allerede vært ute på tur flere ganger.

#### PASIENTENES ØNSKE

Pådriverne for å etablere medikamentfrie behandlingstilbud for psykisk syke har i stor grad vært pasientene selv.

- En del pasienter fortalte om store fysiske og psykiske omkostninger ved å stå på medisiner, sier Tore Ødegård, fagutvikler og psykiatrisk sykepleier ved avdelingen.

Helseminister Bent Høie påla i fjor alle regionale helseforetak å etablere







**KUNSTTERAPI:** - Vi møter hverandre som mennesker, med de erfaringene vi har, sier sykepleier og kunstterapeut Eivor Meisler. På avdelingen hun jobber, er ikke diagnoser et hovedtema.



**LEgger PLAN SAMMEN:** Psykiatrisk sykepleier og kunstterapeut Dora Schmidt Ødegård i samtale med Helen, som skal være på Medikamentfritt behandlingstilbud de neste tre ukene.

## Fakta

### Dette er inntakskriteriene ved medikamentfritt døgntilbud:

1. All innleggelse er frivillig.
2. Pasienten må være motivert for medikamentfri behandling for sin psykiske lidelse.
3. Pasienter med psykose- og bipolare lidelser skal prioriteres.
4. Henvisninger skal komme fra enheter i spesialisthelsetjenesten.
5. Avdelingen gir ikke tilbud til pasienter på tvunget vern.
6. Har ikke plikt til øyeblikkelig hjelp.
7. Kun pasienter som er 18 år eller eldre.
8. Skal ikke behandle pasienter hvor rusavhengighet er hovedproblemet eller et stort tilleggsp-problem.
9. Avdelingen må differensiere tilbudet til hver enkelt pasient slik at faglig forsvarlighet ivaretas for alle pasienter til stede i enheten samtidig. I starten var hovedregelen at nedtrapping av medikasjon skulle skje i forkant av innleggelsen. Det punktet ble endret etter oppstart, og er ikke lenger en hovedregel.

→ medikamentfrie behandlingstilbud for psykisk syke.

Alle diagnoser som inngår i psykisk helsevern er omfattet, forutsetningen er at behandlingen er forsvarlig.

Ifølge Folkehelseinstituttet er effektene av medikamentfri behandling ved psykoselidelser usikker. Det foregår følgeforskning ved flere av helseforetakene som tilbyr denne behandlingen.

Så langt har de hatt 24 pasienter ved avdelingen på UNN, og begynner å få erfaring med denne måten å behandle bipolare lidelser og psykoser.

#### INDIVIDUELLE OPPLEGG

– I forarbeidet til etableringen av avdelingen var det en tanke om at pasienten måtte være helt nedtrappet på antipsykotiske medisiner før

innkomst. Det har vi gått bort fra. Nedtrapping på disse medisinene er for mange krevende, og det er en lang prosess som må være individuell, sier Tore Ødegård.

Psykiatrisk sykepleier Dora Schmidt Stendal

**«En del pasienter fortalte om store fysiske og psykiske omkostninger ved å stå på medisiner.»**

Tore Ødegård, psykiatrisk sykepleier og fagutvikler

har observert det samme.

– Det er både en fysisk og en psykisk komponent når pasienten slutter på medisiner, sier hun.

Det er ingen fasit på hvor lang tid pasienten trenger å være innlagt:

– Pasientene her har vært her alt fra dager til måneder. De fleste er her noen uker om gangen. For mange vil det være slik at de er her en periode, så reiser de hjem, men de vil komme tilbake igjen i en fase hvor de trenger det, sier Tore Ødegård.

– Noen få har blitt så dårlige når de har vært her, at de har blitt overført til akuttavdelingen. Behandlingsopplegg og plan må tilpasses den enkelte, sier han.

#### KARTLEGGJE NETTVERK

Hvis de skal gi et råd til andre som er i startfasen





**KJØKKENPRAT:** Psykolog Christine Nyquist tar melis på kanelbollene, mens hun diskuterer dagens fjelltur med fagutvikler og psykiatrisk sykepleier Tore Ødegård og sykepleier Eivor Meisler.

med å etablere medikamentfrie behandlingstilbud, så er det nettopp det: Å ta høyde for at nedtrapping kan ta lang tid, og at ingen pasienter er like.

– En annen ting er at vi bruker mye tid på å kartlegge nettverket til den enkelte, sier Ødegård

Det arbeidet starter i god tid før pasienten blir innlagt.

– Hvis pasienten skal greie seg uten medisiner, er det viktig at det er noen som støtter opp i hjemmemiljøet. Vi er ikke hovedbehandlere, sier han.

Ødegård sier at de støtter seg mye til *Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka*, som er tilgjengelig på erfaringskompetanse.no.

– Per i dag er ikke medikamentfrihet anbefalt

## «Mange av våre pasienter er vant til å bli beskrevet av andre.»

Dora Schmidt Standal,  
psykiatrisk sykepleier

førstebehandling ved psykoser og bipolare lidelser. Samtidig skal det legges stor vekt på pasientens valg av behandling.

– Pasienter her ønsker medisinfri behandling, og mange har store bivirkninger av medisiner. Men det er heller ikke lett å slutte.

– I dette spennet står både vi og pasientene, sier Ødegård.

### DELER EGNE ERFARINGER

Recoveryverkstedet er en viktig del av behandlingssinnholdet. Gjennom gruppesamtaler tar de opp temaer som mestringsstrategier, forståelse av psykiske lidelser, søvn, mål og drømmer.

– Formålet er å få økt bevissthet rundt egen helse, psykiske lidelse og livssituasjon, sier Tore Ødegård.

Både personalet og pasientene deltar likeverdig i gruppesamtalen, som foregår fire ganger i uka.

– Vi har som policy på avdelingen at personalet skal kunne være personlige og dele egne erfaringer fra livet, sier han.

De ansatte har sett at det bidrar til å åpne samtale.

– I utlysningsteksten da avdelingen ble etablert, ble det spesifikt spurt





**RECOVERY:** Flere ganger i uka samles pasienter og personale til gruppesamtale. - En viktig del av behandlingstilbudet, mener psykiatrisk sykepleier Dora Schmidt Stendal.

→ etter ansatte med egenerfaring eller på-  
rørende erfaring med psykiske lidelser.  
Jeg opplever at dette er en god måte å  
jobbe på, sier Ødegård.

- Jeg har jobbet som sykepleier i 32 år. Gjennom årene har jeg fått en trygghet som gjør at jeg møter pasientene mer og mer som meg selv, og mindre med «sykepleierrollen». Min erfaring er at det er lettere å være til hjelp og støtte da. Vi er alle mennesker, sier Dora Schmidt Stendal.

## KUNSTTERAPI

En gang i uka samles pasientene på kunstrommet. Tiden her inne er dedikert til kreative uttrykksformer. I tillegg kan de som ønsker det, få

individuelle timer med en av kunstterapeutene.

Både Eivor Meisler og Dora Schmidt Stendal har tilleggstudium i kunstterapi.

- For mange er det å skape bilder, symboler og bruke farger en måte å uttrykke og bearbeide vanskelige følelser på. Det er ikke viktig hva man skaper eller om man er flink til å tegne. Men kreativ gruppe passer ikke for alle, og ikke alle ønsker å delta, sier Schmidt Stendal.

## EGENDOKUMENTASJON

For de pasientene som ønsker det, er det mulig å skrive en egendokumentasjon som legges inn i journalen.

- Mange av våre pasienter er vant til å bli beskrevet av andre. Her ønsker vi at den enkelte deltar i å lage sitt eget behandlingsopplegg. Når jeg leser hvordan en pasient har opplevd en situasjon, åpner det også øynene for meg. Jeg kan ha oppfattet det helt annerledes, og det er viktig informasjon, sier Schmidt Stendal.

## LAGER MESTRINGSPLAN

Det var i vår Helen bestemte seg, og kuttet alle tablettene.

- En Ibux i ny og ne er det eneste jeg tar nå. Men medisinfriheten har også hatt en kostnad: - Medisinene la et lokk over følelsene. Når jeg ikke tar dem lenger, kommer følelsene tilbake. Jeg må forholde meg til følelsene og årsaken til dem på en annen måte, erkjenner hun.

Nå jobber hun sammen med de ansatte om å lage en mestringsplan. Den skal være realistisk.

- I en akutt situasjon kan jeg ta medisiner. Men i det daglige ønsker jeg å være uten, sier hun. ●

aknbh@sykepleien.no

## Følger med på utviklingen av medikamentfrie behandlingstilbud

- De ulike helseforetakene har løst oppdraget svært forskjellig, sier Eva Marit Svendsen, seniorrådgiver i Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

**DIALOGKONFERANSE:** I midten av november inviterer Helse Sør-Øst og Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud til en dialogkonferanse om erfaringene med medikamentfrie tilbud så langt.

- Det er flere som er i gang med tilbud, men UNN og Moenga DPS er de som ser ut til å ha hatt flest pasienter og dermed samlet mest erfaring. Mange har hatt problemer med rekruttering, sier Eva Marit Svendsen.

- I Bergen har de løst oppdraget ved å innføre medisinfrie forløp i hele behandlingsskjeden og har satset på grundig implementeringsarbeid. Dette ser det ut til at de lykkes med, sier hun.

Ved Nedre Romerike DPS, Moenga ved Ahus er målgruppen pasienter ved DPS. Inntak vurderes ut fra funksjon og vansker, ikke diagnose. Tilbudet er et åtte ukers behandlingsopphold der de har satt sammen flere medikamentfrie behandlingsformer i et intensivt program.

Fleire foretak har satt i gang egne forskingsprosjekt.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse vil i løpet av desember ha en serie om status for de ulike helseforetakene.

Folkehelseinstituttet gjennomførte tidligere i år en systematisk oversikt for å se på psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose.

De fant ingen studier som evaluerte effekt av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika, sammenliknet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig fikk antipsykotika. De kunne derfor ikke trekke noen konklusjon om effekten av et slikt tiltak. ●

aknbh@sykepleien.no

## Fakta

### Fysisk aktivitet i stedet for piller

Fysioterapeutene på medikamentfri avdeling tilpasser både aktiviteten og treningen. Noen får også hjelp til å finne aktiviteter de kan fortsette med når de er tilbake hjemme.

I kroppsterapi jobber pasienten sammen med fysioterapeuten med å gi kroppen oppmerksomhet. Målet er å minske stress og angst, normalisere spenningsnivået og å styrke de kroppslige ressursene.

Bevegelse og fri pust er stikkord de jobber etter.

I den mer tradisjonelle fysioterapien jobber de med kropp, bevegelse og funksjon sett i sammenheng med hendelser og opplevelser gjennom levd liv.





## NSF Student jubler over karakterkrav

• Tekst **Nina Hernæs**

**SKJERPES:** Regjeringen innfører krav om 3 i matte og norsk for å studere sykepleie. – Kjempebra, sier Christian Strømnes, leder i NSF Student. – Det betyr at regjeringen hører på våre faglige argumenter.

Med de nye kravene håper regjeringen å styrke kvaliteten på utdanningen. Søkere må ha karakteren 3 i matte fra videregående og et gjennomsnitt på minst 3 i norskfagene. Kravene vil gjelde fra høsten 2019.

Kunnskapsminister Henrik Asheim (H) viser til at sykepleierne trenger mattekunnskapene til å håndtere medikamenter.

– Riktig administrering av medisiner er avgjørende for pasientsikkerheten, sier han i en pressemelding.

Asheim mener at kravet om 3 i norsk vil gjøre kommunikasjonen mellom sykepleierne og pasientene bedre.

– God kommunikasjon, både skriftlig og muntlig, er viktig. Særlig gjelder dette i kommunikasjonen med pasienter, sier statsråden.

– Dette har vi jobbet med i mange år, sier studentleder Strømnes.

– Vi er veldig fornøyd med at vi endelig har fått gjennomslag.

### – NØKTERNT KRAV

Strømnes er ikke redd for at det vil medføre tomme studieplasser.

– Nei. 3 er et nøkternt krav, og det er en stund til det innføres, slik at de som vil studere sykepleie har tid til å forberede seg. Dessuten har karaktersnittet økt gradvis de siste årene.

Men han innrømmer at hvilken effekt dette vil ha på rekruttering først vil vise seg når kravene er innført.

### VIL HA 3 I ENGELSK

NSF Student ønsker også krav om karakteren 3 i engelsk. Det har ikke regjeringen etterkommet.

Strømnes sier NSF Student fremdeles vil jobbe for et slikt krav, men at karakterkrav i norsk og matte er et viktig steg i riktig retning.

– Men man kan være god til å kommunisere muntlig, men ikke skriftlig, og likevel være en god sykepleier?

– Ja, sykepleie er en profesjon som benytter seg av både teoretisk og praksis læring, sier Christian Strømnes.

– Sykepleiere må dokumentere og kunne skrive akademisk for å drive kunnskapsbasert praksis og for å utvikle kvaliteten på faget og tjenestene. Å beherske norsk skriftlig er også viktig.

– Tror du disse kravene vil ha stor effekt?

– Ja. Studentene vil ha en bedre startkompetanse, og det vil føre til bedre gjennomstrømming i teoretiske fag på studiet. Vi ser at startkarakterene, karakterene de hadde for å komme inn, gjenspeiler seg i karakterene de får under utdanningen. Det ser vi også når vi sammenlikner startkarakterer med resultater på nasjonal deleksamen.

### GENERELL STUDIEKOMPETANSE

Strømnes avviser heller ikke å øke kravene ytterligere.

– Det er opp til medlemmene i NSF Student å bestemme, men det kan bli aktuelt å kreve mer enn 3 i norsk og matte, sier han.

Han sier det ikke er aktuelt å stille krav til karakterer i andre fag enn matte, norsk og engelsk. Det er heller ikke aktuelt å stille krav om spesielle fag ut over dem som er obligatoriske i videregående opplæring.

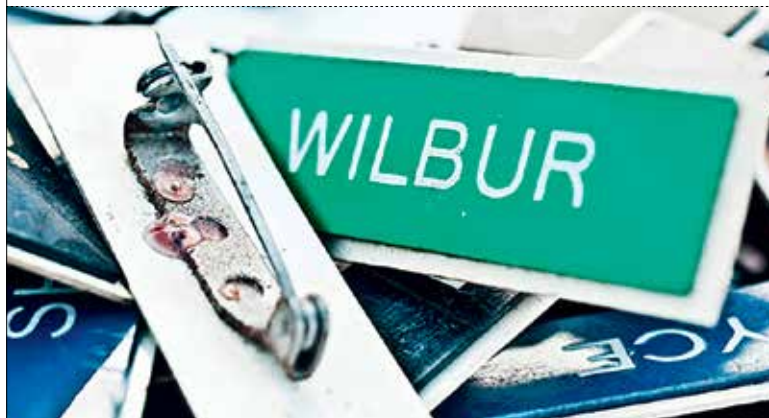
– Sykepleierutdanning krever generell studiekompetanse, men vi har altså fått gjennomslag for at studentene må ha et visst nivå i matte og norsk og det er vi fornøyd med. •

nina.hernes@sykepleien.no

# SABO

- når du vil merkes!

## På tide med nytt navneskilt?



### Er skiltet ditt utslitt, har du byttet tittel eller kanskje navn?

Nettbutikken bugner av skilt i alle varianter og design. Ønsker du friske farger med et fint motiv eller et enkelt klassisk skilt? Ønsker du et lommeskilt eller et lite som festes med nål eller magnet- eller kanskje med metallklype?

### Vi har alt!

SKILT MED 3D BAKGRUNN  
Oval og rektangulær.

150,-



LOMMESKILT  
Praktisk navneskilt (med penneholder og lomme) i str. 32x76 mm.

199,-

Bestilles i nettbutikken

# www.sabo.no





Tema.  
**Ungdom  
på sykehus**

– Det er ikke mulig å  
sette livet på vent **22**

– Trippel erfaring **26**

– Vis interesse! **27**

Ungdom som er syke, trenger å bli tatt  
vare på. Men i helsevesenet passer de  
verken inn som barn eller voksne.

# Ungdoms

**SIER SIN MENING:** Guro Elshaug Schjønneberg og Josefine Rørvik Skåland taler ungdommens sak på Akershus universitetssykehus. Foto: Erik M. Sundt

# opprøret

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



– Selv om man er rammet av sykdom, er man like mye ungdom som alle andre, sier Guro Elshaug Schjønneberg og Josefine Rørvik Skåland.

# – Det er ikke mulig å sette ungdomslivet på vent

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



**S**ykehuset er veldig opptatt av det som skjer her, sier Guro Elshaug Schjønneberg.

– Men hverdagen stopper ikke, selv om du er syk.

### HER OG NÅ

Ungdom. Ordet rommer utforskning, utferdstrang. Opprør og å finne sin egen vei. Lære å ta ansvar for seg selv. I ungdomsårene skjer det fysiske, psykiske og sosiale endringer. Kanskje er det den fasen i livet de største endringene skjer. Det tas valg som kan få betydning for hele resten av livet. Og ting skjer her og nå. I motsetning til en på for eksempel 40, som ofte har fast jobb og et stabilt nettverk, er ungdom i mye større grad avhengig av å henge med på skole, i vennegjengen, i idrettslaget. Å gå glipp av det kan være sårt.

### BLIR IGJEN

– Vi har ikke den samme muligheten til å sette livet på vent, sier Guro Elshaug Schjønneberg.

– Det er kanskje den største forskjellen mellom å være ungdom og voksen når man er syk.

– De andre går videre, sier Josefine Rørvik Skåland.

Sammen har Schjønneberg og Skåland lang erfaring med å være syke. Skåland, som er 21 år, har en kronisk mage- og tarmlidelse. Hun lever på intravenøs ernæring og sondeernæring. For fire år siden fikk hun prolaps i ryggen som ga henne smerter og lammelser. Derfor bruker hun rullestol. Hun har også fatigue.

### SENVIRKNINGER

Schjønneberg fikk kreft da hun var ti måneder. Tilbakefall da hun var to år. Hun har senvirkninger etter cellegiftbehandling, som har gitt henne mye smerter, nerveskader og hjertesvikt. Vinteren 2017 ble hun mye dårligere på kort tid, og på vårparten ble hun hjertetransplantert. Nå føler hun seg i bedre form enn på lenge. Hun er 23 år.

### FALLER MELLOM TO STOLER

Begge er pasienter ved Akershus universitetssykehus. Da sykehuset i 2008 skulle flytte inn i nytt bygg, ble barneavdelingen gjort om til barne- og ungdomsklinikk. Da så man at ungdom var en gruppe som ikke var blitt sett og som falt mellom to stoler: Tilbudene er tilpasset enten barn eller voksne. Dette misforholdet er ikke spesielt for

Ahus, det gjelder ungdom i hele landet.

I rapporten *Barn på sykehus* skriver Barneombudet at ungdom er en ekstra sårbar gruppe som får et dårligere tilbud enn barn og voksne. Det er også en gruppe som i liten grad har en stemme, selv om FNs barnekonvensjon sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt.

### OPP TIL 25 ÅR

På Ahus ble det tatt tak i denne utfordringen og etablert et eget prosjekt i ungdomsmedisin. En del av prosjektet var å etablere et eget ungdomsråd.

Guro Elshaug Schjønneberg var den første lederen av rådet. Josefine Rørvik Skåland leder rådet nå. Selv om de begge er over 20, regnes de fortsatt som ungdom. Innenfor ungdomsmedisin ser man på ungdomstiden fra 10 til 25 år. Nyere hjerneforskning viser at hjernen ikke er fullt utviklet før man er 25.

### ET EGET STED

En ting ungdomsrådet på Ahus har vært opptatt av, er at ungdom verken passer inn på barneavdeling eller ungdomsavdeling. De er langt fra ungdomsmedisinens store visjon: Egne ungdomsavdelinger.

Dette sier ungdom om å være på sykehus:



«Jeg vil gjerne være som alle andre.»

Josefine Rørvik Skåland, 21 år



«Som oftest går dere til foreldrene mine og ikke meg. Jeg vil gjerne at dere skal gå til meg.» Gabriel Bjørnstad-Nathaniel, 14 år



ET EGET ROM: Uten Ole Brumm på veggen og barnslige leker. Det er viktig for ungdom på sykehus.



Men de har fått et eget sted. «Timeout» står det på døren bak dem. «For deg mellom 12 og 22 år. Rommet er *ikke* for legeundersøkelser, foreldresamtaler eller liknende». Bak døren er det store sofaer, tv, dvd-er i bunkers. Stæsj. En bitte liten ungdomsoase som man kommer til etter å ha passert barneavdelingen, med sportsvogner på rekke og rad, leker i fargerik plast og tilbud om ansiktsmaling.

#### 60 ÅR ELDRE ROMKAMERAT

Rommet var først for ungdom opp til 18, men aldersgrensen er utvidet til 22. Det er åpent for alle ungdommer som er til behandling på Ahus, uansett om de ligger på barneavdeling eller voksenavdeling.

Grensene for når man overflyttes fra barn til voksen, har variert fra 18, 16, 14 og helt ned i 11 år. Nå setter de fleste sykehus grensen ved 16 eller 18 år. Men ungdom føler seg ofte ikke hjemme noen av stedene, verken på barneavdelingen med 4-åringer som liker Kaptein Sabeltann eller på voksen-avdelinger med voksne og eldre som oppleves å være i en helt annen verden.

– Jeg husker første gang jeg lå på voksenavdeling, sier Guro Elshaug Schjønneberg.

– Da lå jeg på rom med en dement dame. Jeg har ligget på rom med 80-åringer. De er 60 år eldre enn meg.

#### DE SOM SITTER IGJEN

Schjønneberg og Skåland er opptatt av at

helsepersonell kan ha et ungdomsperspektiv, selv om det ikke fins egne ungdomsavdelinger.

De vil gjerne at helsepersonell har kunnskap om at ungdom er i en spesiell fase av livet og at de ser hele dem, ikke bare sykdommen deres.

– Jeg husker de som har stått i situasjonen og anerkjent at ting er vanskelig, sier Schjønneberg.

– Og de som har delt litt av seg selv, supplerer Skåland.

– Det er jo en litt unaturlig situasjon. De vet alt om deg, både utvendig og innvendig, bokstavelig talt. Men vi vet så vidt hva de heter.

De mener også at helsepersonell kan bli flinkere til å høre på ungdom. Ta dem på alvor.

– Når jeg sier at denne armen ikke er mulig å stikke i, så er den ikke det, sier Skåland.



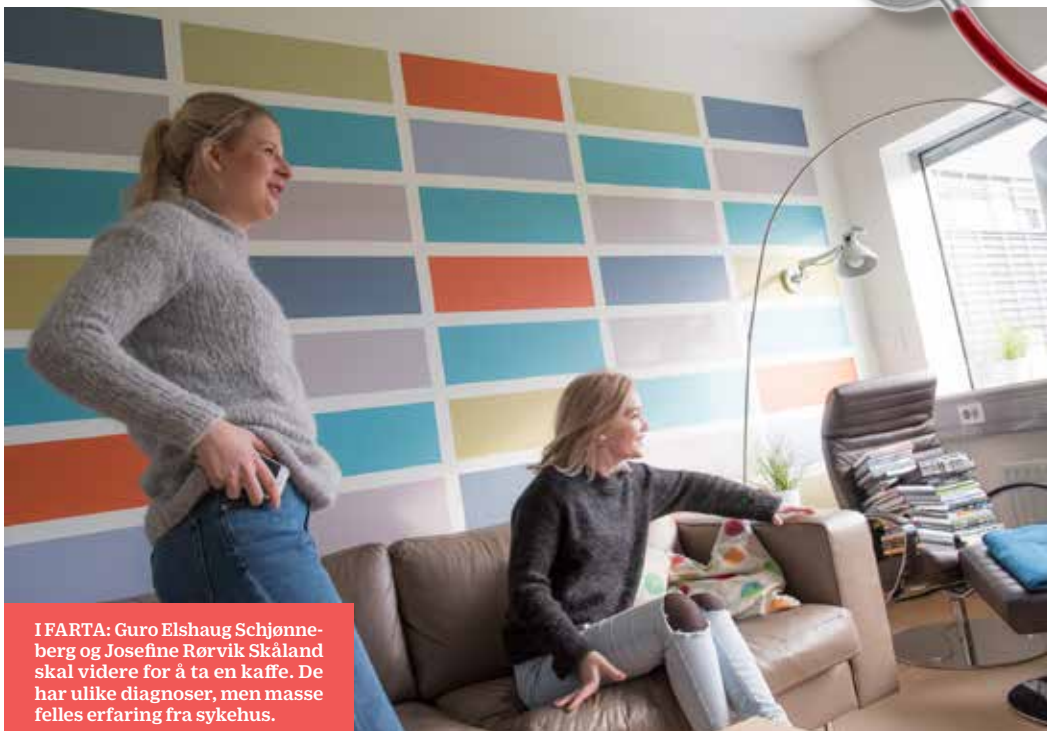
«Jeg er ikke min sykdom, jeg er et menneske.»

Hanan Murad, 19 år



«Jeg prøver å virke friskere enn det jeg er.»

Guro Elshaug Schjønneberg, 23 år



**IFARTA:** Guro Elshaug Schjønneberg og Josefine Rørvik Skåland skal videre for å ta en kaffe. De har ulike diagnoser, men masse felles erfaring fra sykehus.

## 10 råd – til helsepersonell fra ungdom

Kilde: Barneombudet

1. Vær blide, hyggelige og imøtekomende.
2. Snakk forståelig, men ikke som om vi er barn. Men husk også at det er forskjell på en 13-åring og en 17-åring.
3. Gi informasjon om sykdommen og behandling til oss, ikke bare til foreldre.
4. Vær forberedt, og les journalen, ikke la meg gjenfortelle sykdomshistorien gang på gang.
5. Ikke bare snakk om sykdom, men også om andre ting. Spør oss om hvordan vi har det.
6. Ikke la oss vente for lenge på timen, vår tid er også viktig.
7. Ved respekt kommer tillit.
8. Ta hensyn til at vi ikke alltid er vant til å være hos legen.
9. Fysisk og psykisk tilstedeværelse er to forskjellige ting.
10. Ta oss på alvor og la oss snakke ferdig. Tro på det vi sier. Ingen spørsmål er dumme.

→ – Det kan være litt vanskelig å bli hørt. Hun legger til:  
– Vi kan oppleves som irrasjonelle. Ja, hjernen vår har kanskje ikke utviklet seg helt, men vi er blitt tvunget til å bli ganske modne likevel.

### VIL GJERNE HA FORKLARING

Hanan Murad (19), leder for ungdomsrådet i Vestre Viken, har flere konkrete råd til helsepersonell:

- Husk at vi som er unge har lyst til å få forklart hvorfor vi for eksempel skal ta blodprøver, sier hun.
- Vi får ofte høre at vi skal ta dem, men ikke hvilke, med mindre vi selv leser på arket.

Hun sier ungdom kan oppleve at helsepersonell snakker over hodet på dem – og henvender seg til foreldrene.

- «Hvor godt har du sovet», kan de spørre, og se på foreldrene i stedet for ungdommen.

### – SE HELE MEG

Som Schjønneberg og Skåland på Ahus, er Murad opptatt av at ungdom vil være mer enn sykdommen sin.

- Jeg er ikke min sykdom og sykdommen min er ikke

hele meg. Derfor vil jeg at de også spør om hverdagslige ting, om hvordan jeg har det i hverdagen. Ved å snakke om det, får de også informasjon om hvordan jeg takler sykdommen.

Murad har en arvelig form for benskjørhet – osteogenesis imperfecta – og har vært mye på sykehus. I perioder har hun fått intravenøs behandling poliklinisk. Da har hun opplevd at sykehuset har tilrettelagt slik at flere ungdommer med hennes diagnose får behandling samtidig.

- Det har vært kjempefint. Da har det å være på sykehus blitt en sosial og hyggelig greie, i stedet for å sitte der og se i taket.

### ØNSKER TILRETTELEGGING

Ungdomsrådet i Vestre Viken har eksistert i halvannet år. Murad har vært leder i et halvt år. Ungdomsrådet har blant annet kjempet for et eget ungdomsrom. Det fikk de ikke gjennomslag for.

- Det syntes vi var veldig dumt, men vi gir oss ikke, sier hun.

En annen ting Ungdomsrådet jobber med, er bedre koordinering av timeavtaler ungdom har.

- Vi går ofte på skole, sier hun.

– Om vi skal ta én undersøkelse en dag, en annen undersøkelse en annen dag, går det veldig mye tid. Ungdom som er syke, har allerede gått glipp av mye, og det hadde vært fint om sykehuset kunne tilpasse undersøkelser litt bedre. Vi ønsker oss også kveldspoliklinikk.

### FORSIKTIG OPTIMIST

– Det skjer ting, men det går ikke fort.

Det sier Ragnhild Hals, spesialsykepleier og leder for Barne- og ungdomsprogrammet på Oslo universitetssykehus.

- Fremdeles drives mye av arbeidet for ungdomshelse av ildsjeler, sier hun.

Hals har jobbet for å møte ungdoms behov på sykehus i 18 år. Det er de siste årene hun synes det har løsnet.

Flere sykehus har fått egne ungdomsråd og regjeringen skriver i sin strategi for ungdomshelse 2016–2021 at det skal opprettes ungdomsråd i alle landets helseforetak.

- Det er flere som ser at det er viktig å tilrettelegge for ungdom, og flere som forsøker å tilrettelegge for dem på postene, sier hun.

Dette sier ungdom om å være på sykehus:



«Det er ikke så gøy å lese Allers.»

Frødis Løvberg Lien, 24 år



«Jeg vil være med på alt, men jeg kan ikke være med på absolutt alt. Husk at livet venter ikke.» Malin Olsen, 14 år



– Men vi er langt fra mål. Det er fremdeles utfordringer med å skaffe egne rom til ungdom. Og det å sikre nettilgang, som er veldig viktig for ungdom, har vist seg fryktelig vanskelig å få til.

Hun skulle gjerne hatt en satsing på ungdomshelse som en del av sykehusets strategi. At helseministeren sa: Sånn skal ungdom på sykehus behandles og at han nedfelte det i et oppdragsdokument.

– Ungdom trenger å bli tatt vare på, presiserer hun. – Målet er å hjelpe dem til å leve bra med sin sykdom. Da må vi ha kunnskap om hva det innebærer å være ung, og vi må erkjenne at de har andre utfordringer på toppen, som skole og utdanning. Vi må hjelpe dem slik at de har innsikt i egen sykdom og tørre å ta opp ting som de er opptatt av. Som for eksempel om det er ting de må ta hensyn til med sin sykdom, som tatovering, piercing, alkohol, rus og sex.

Skulle hun ønsket seg noe, er det et eget barne- og ungdomssykehus.

– Vi ser at ungdom har mye å lære av hverandre på tvers av diagnoser. Ideelt sett skulle ungdommene være samlet, så kunne legene og sykepleierne kommet til dem.

Men hun presiserer:

– Det jeg som fagperson ønsker meg, er det ungdommene ønsker seg. Det er de som må si hvordan de vil ha det.

#### AVHENGIG AV MAMMA OG PAPPA

På Ahus sitter Schjønneberg og Skåland på ungdomsrommet i en stor, hvit sofa. De ler mye. Fullfører iblant setningene for hverandre. Selv om de har ulike historier, har de funnet mye felles i erfaringene de har gjort seg. For eksempel forholdet til foreldrene.

En utfordring for ungdom, som egentlig skal løsrive seg, er at de kan bli veldig avhengig av foreldrene sine. Skåland er klar til å flytte for seg selv, men spent på hvordan det vil gå. Hun beholder en seng hos foreldrene dersom det skulle bli en dårlig periode. Schjønneberg hadde flyttet for seg selv, men da hun ble så dårlig at hun trengte hjertetransplantasjon, flyttet hun hjem igjen.

– Det viktigste da var mamma og pappa, sier hun.

– Det vanskeligste er når det går opp og ned med sykdom. Da er du avhengig av foreldrene dine når du er dårlig, mens når du er bedre, vil du, som alle andre ungdommer, løsrive deg fra dem. Livet som syk byr på mange utfordringer man ellers ikke ville hatt som ung. ● [nina.hernes@sykepleien.no](mailto:nina.hernes@sykepleien.no)

Kilder: Barneombudet, ungdomsmedisin.no, #ungdomshelse–regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021



**UNGDOM INN I NAVNET:** På Ahus er det en barne- og ungdomsklinikk. Guro Elshaug Schjønneberg og Josefine Rørvik Skåland er fornøyd med at det ikke bare heter barneklinikk.



«Som kronisk syk mister du muligheten til å være spontan.» Josefine Rørvik Skåland, 21 år



«Jeg vil gjerne snakke om noe annet enn sykdommen min.» Hanan Murad, 19 år





Kilde: Ungdomsmedisin.no

## Trippel erfaring

### **MER ENN SYKDOM:** Frøydis Løvberg Lien er ungdom, har medfødt hjertefeil og jobber som sykepleier.

– Jeg husker jeg var på utredning før jeg ble hjerteoperert for tre år siden, sier Frøydis Løvberg Lien (24).

– Det kom en lege for å informere. Da han så jeg hadde tegneserier, begynte han å bla i ett av dem og fikk latterkrampe. Han syntes humoren var så god. At han gjorde det, følte så trygt.

### **BLE FORT SLITEN**

Hjertefeilen har gjort at hun har blitt fort sliten. Som liten var det ikke et stort problem. Men på ungdomsskolen ble det vanskelig. Hun husker at alle andre drev med idrett, men ikke hun. Hun orket ikke.

– Jeg var hun som kollapset i skiløypa eller som fikk gå rundt på stadion mens de andre løp på tur. Jeg ble nok mest sett på som hun late, sier hun.

Lien husker hun trente og trente for å få bedre resultater på en løpetest. Hun klarte å forberede tiden sin med fem minutter, men det endret ikke karakteren.

– Resultatet var så dårlig uansett, forteller hun.

### **BEGYNT PÅ SYKEPLEIE**

Hun visste tidlig at hun ville jobbe med mennesker. Etter ungdomsskolen utdannet hun seg til helsefagarbeider og tok ett års påbygging så hun kunne studere sykepleie. Nå var hun blitt 19 år. Det eneste hun orket var å ta bussen til høyskolen, gå trappene opp i andre etasje og der satt hun resten av dagen. Hun greide å studere, men ikke så mye annet.

– Og det er jo veldig gøy når du er 19–20 år, sier hun lakonisk.

Det toppet seg i psykiatripraksis.

Hun mistrivdes på praksisstedet og klarte ikke gi så mye. Veilederen sa dette kanskje ikke var noe for henne. Hun mente ikke bare psykiatrien, men hele sykepleien. Lien fikk varsel om at hun kom til å stryke.

Veilederen visste ikke at hun var hjertesyk. Lien satte heller ikke det at hun var så sliten i sammenheng med sykdommen.

### **FALT UT AV SYSTEMET**

Som barn var hun fulgt opp med en kontroll i året. Med medfødt hjertefeil er det vanlig å trenge operasjoner etter hvert som man blir eldre, men Lien fikk beskjed om at legene ønsket å vente til hun var utvokst. På kontrollene så alt fint ut. Men hun var ikke overbevist selv. Hun var på kontroll tre dager etter at hun begynte på sykepleien og fikk beskjed om at hun skulle bli kalt inn på nytt om ett år. Den innkallingen kom aldri. Hun tenkte «shit au, det går vel».

Da hun var i psykiatripraksis, var det gått et halvt år siden hun skulle vært på kontroll. Da var hun så sliten at hun gråt på veien til og fra praksis. Da veilederen sa hun ikke passet som sykepleier, var hun sikker på at veilederen hadde rett.

### **TURTE Å SI FRA**

Til slutt ringte Lien sykehuset. Hun fikk en ledig time dagen etter. Prøvene viste at hun var i dårligere form enn tidligere. «Nå får du operasjon», sa legen.

Hvorfor hun ikke hadde fått innkalling? Hun hadde falt ut av systemet.

At hun turte å ringe og etterlyse time, setter hun i sammenheng med at hun begynte å engasjere seg i ungdomsrådet på Oslo universitetssykehus. Etter hvert ble hun også leder. Fra å føle seg veldig liten og at hun ikke hadde greie på noen ting, begynte hun å si fra.

**Før fylte 12 år** har ungdom rett til å si hva de mener, og foreldrene skal høre på dem.

**Fra 12 år** har helsepersonell plikt til å spørre ungdom og høre på det de har å si. Om det er opplysninger ungdommen ikke vil at foreldrene skal ha, kan helsepersonell ta hensyn til det.

**Fra 16 år** er ungdom helserettslig myndig og

bestemmer over egen helse. Det betyr at de kan gå til lege, uten at foreldrene vet det og uten at foreldrene får informasjon om behandling. Dersom det er informasjon som er nødvendig for foreldre å vite for å kunne ta vare på ungdom, skal helsepersonell dele den.

Dette gjelder frem til ungdom er 18 år.

### **FULLFØRTE SYKEPLEIEN**

Etter operasjonen prøvde hun seg på sykepleien på nytt. Hun var i bedre form. Først ut var medisinsk praksis.

– Det var kjemppegøy.

Hun fikk gode tilbakemeldinger. Og da hun på nytt skulle prøve seg i psykiatrien, fikk hun gode tilbakemeldinger også der. Hun fullførte utdanningen og har nå fast jobb i hjemmesykepleien i Nedre Eiker i Buskerud.

– Planen var å jobbe med ungdom på sykehus, sier hun.

– Jeg skulle ikke jobbe i kommunen og ikke med eldre. Men nå vil jeg ikke bytte.

Hun har ikke hatt ungdom som pasienter ennå, men vet en del om hva de trenger.

### **VELLYKKET OVERGANG**

Som hjertepasient ble hun overført til voksenavdeling allerede da hun var 17 år.

Som voksen pasient blir hun ivaretatt av GUCH-teamet (forkortelse for Grown-Up Congenital Heart Disease) på Rikshospitalet. Hun opplevde at hun var heldig i overgangen fra barne- til voksenavdeling.

– Akkurat det året fikk vi tilbud om diagnosekurs. Vi var 15 unge med medfødt hjertefeil, med foreldre, som lærte om hjertet, fikk omvisning på avdelingen og møtte legene og sykepleierne som skulle følge oss opp. Jeg har ivret for at de skal gjenta det for andre unge, for det var veldig bra.

### **SAMME LEGE**

Lien skryter av GUCH-teamet. Bortsett fra den gangen hun falt ut av systemet, føler hun seg godt ivaretatt.

– Jeg har hatt samme lege nesten hver gang jeg har vært der, og treffer tre faste sykepleiere. De husker meg fra gang til gang, og husker mer enn det medisinske. Har jeg vært på tur, kan de spørre om hvordan turen gikk. Det liker jeg. ●

nina.hernes@sykepleien.no



«Jeg ble nok mest sett på som hun late.»

Frøydis Løvberg Lien, 24 år



**LAGER SHOW:** Mads Bøhle, her med The 501st Legion, Nordic Garrison og kadetter fra Luftkrigsskolen i Trondheim. Foto: Lena Knutli

## – Vis interesse!

**ÅPEN OG UNDRENDE:** **The Kardashians, Justin Bieber eller Star Wars. Sykepleier Mads Bøhle holder seg litt oppdatert på dem alle.**

Bøhle er barnesykepleier og trivselssykepleier på St. Olavs Hospital i Trondheim.

– Det er forskjell mellom gutter og jenter, forskjell i hobbyer, forskjell i livserfaringer, sier han.

– Man må møte hver ungdom som et individ og tune seg inn på hver enkelt og hva de har behov for.

### FILM I MØRKE

Han gir et eksempel:

– Sykepleiere på en kreftavdeling var bekymret for en ungdom. Han lå

bare i mørket og så på tv eller video. Det var omtrent sånn at sykepleierne måtte bruke lommelykt når de skulle noe på rommet. De bad meg ta en prat med ham.

«Du har mye filmer», begynte Bøhle da han gikk inn til ungdommen. Det lå stabler på nattbordet.

– Han sa han pleide å ha med filmer fordi han ikke orket å gjøre noe annet mens han var på sykehuset. Før han kom, hadde han vært med kompisene sine og gjort masse hyggelig. Nå ville han hvile seg. Straks han kom hjem, ville han være med kompisene igjen. Dessuten likte han film, mens kompisene ikke var så interessert. Så det å bruke tiden

på sykehuset til å se film, var for han en bra måte å utnytte tiden på.

### KULE I SENGEN ELLER OPP OG UT

Bøhle jobber mye med barn og unge med kreft. De kan være slitne og kvalme og bare ha lyst til å ligge i sengen og «kure».

– De kan komme i et annet sinnsmodus, en slags meditasjonsmodus, hvor de bare går inn i sin egen verden uten å være deprimeret.

Men han presiserer at det ikke går å generalisere.

– Dette gjelder noen. Andre har lyst til å finne på noe.

### SKANNER ROMMET

Bøhle mener det er viktig å kartlegge ungdommens interesser.

– Når jeg går inn og hilser på en ungdom, skanner jeg hele rommet.

Jeg ser etter blader, spill, hva de har oppe på skjermen. Mye av det de holder på med, kan jeg ikke så mye om. Men når jeg har tid, kan jeg google litt. Da finner jeg for eksempel ut at bandet de er opptatt av skal ha konsert om en uke, eller jeg hører Justin Biebers siste låt. Det kan være nok til å få i gang en samtale. Jeg så for eksempel at The Kardashians hadde vært på Cuba, og der hadde ingen kjent dem igjen. «Hva tenker du om det», spurte jeg en ungdom og så var skravla i gang.

### – IKKE DREP DRØMMER

Samtidig er også Bøhle opptatt av å stille krav. Fortelle dem hvor listen ligger. Som barnesykepleier vet han at hjernen deres ikke er ferdig utviklet til å tenke konsekvenser før de er rundt 25 år. Da må han hjelpe dem til å forstå eventuelle begrensninger sykdommen og behandlingen pålegger dem. Samtidig vil han ikke drepe drømmer. Om ungdommen har en visjon om å vinne i Lotto eller møte Justin Bieber, er det ikke nødvendig å realitetsorientere.

– Som sykepleiere trenger vi ikke gi dem en leksjon i sannsynlighetsberegning. Vi kan heller spørre: Hva ville du gjort med ti millioner?». Da kan vi prate om noe som stimulerer endorfiner og munterheten i kroppen.

### MED FORELDRE PÅ DO

Mads Bøhle er også opptatt av foreldrenes rolle. Hans påstand er at foreldre får en annen omsorgsrolle når de har syke ungdommer, og det kan være en utfordring å ivareta ungdommens integritet.

– Før ungdommen ble dårlig, gjorde ikke foreldrene stell eller fulgte dem på do. Det kan sykepleiere tenke på: Om de kanskje skal gjøre den jobben. Eller få noen andre til å gjøre den.

### – GJØR DET DU KAN

I en travel sykehushverdag har Mads Bøhle et viktig råd til alle som jobber med ungdom: Gjør det du kan og vær fornøyd med det du får gjort. Tenk at de små tingene kan bety mye. Som å fikse kode til internett. Finne en lang ledning til laderen. Komme med et glass saft. ●

nina.hernes@sykepleien.no











# – Jeg trodde det var en nerve i klem

Tone Sundsdal Hansen fikk diagnosen Parkinsons sykdom. Nå bokser hun seg i bedre form.

● Tekst og foto Marit Fonn







Svusj! Svasj! Tone Sundsdal Hansen (50) har svetteperler på ryggen. De svarte boksehanskene svinger hun elegant mot sparringspartneren.

Det er trening i Oslo bokseklubb, eksklusivt for dem med diagnosen Parkinsons sykdom.

De begynte med strekkeøvelser. Så løping, inkludert høye rop for å trene stemmen, som mange sliter med. Deretter lek med ball, før de fikk beskjed om å ta på seg boksehanskene.

Her gjelder det å holde styr på at armslaget går i riktig retning, samtidig som den ene foten er plassert fremst, når motsatt arm slår. Man må stå støtt når svinglaget utføres med stor kraft.

## «Jeg har jo levd sunt. Hvorfor meg?»

Tone Sundsdal Hansen

– Jeg trener for å holde meg oppe. Ofte merker man sykdommen først på én side. Jeg har det på høyresiden. Den blir bedre når jeg har trent, forteller Hansen.

### BEGYNT MED SMÅ TEGN

Tone Sundsdal Hansen fikk diagnosen i desember 2015. Men det startet halvannet år før det.

– Det begynte med små, små tegn. Jeg skalv i låret. «Det er sikkert stress», tenkte jeg.

Så ble hun stivere og stivere i armen. Det ble stadig tyngre å bevege pc-musen. Hånden ville ikke. Hun klarte ikke lage mat med den kraftløse og stive armen. Hun strevde med å gjenta bevegelser. Å røre i en gryte eller vaske håret ble nesten uoverkommelig.

– Det tok tre kvarter å dusje hele meg.

Hun fortalte det ikke til noen, bare nevnte det til mannen og sønnen.

– Men jeg tenkte hver dag: «Det er noe som ikke stemmer.»

Hun gikk til en privat nevrolog – som ikke fant ut noe.

– Jeg gikk to meter over gulvet. Og ble bedt om å knipse tommel og pekefinger mot hverandre.

Ubalanse og armer som ikke svinger når man går, og problemer med finmotorikken er symptomer på Parkinson.

– Siden jeg klarte begge deler den gangen, ble jeg sendt ut.

Men fastlegen var enig i at det var på sin plass med en «second opinion». Etter fire måneder kom hun til på Ahus.



– Tenkte du da på Parkinson?

– Nei. Jeg visste ikke selv at jeg dro på foten og at armen hang. Og jeg trodde Parkinsons sykdom bare rammet gamle mennesker. Men jeg skrev en lang liste over det som plaget meg.

### SOM Å FÅ EN BOMBE I FJESET

Listen tok hun med til Ahus-nevrologen, som lente seg tilbake og sa: «Kom med det.» Etterpå sa hun: «Du har Parkinsons sykdom. Det er som tatt ut av læreboka.»

– Det var som å få en bombe i ansiktet. Jeg trodde det jeg hadde var noe som kunne fikses. En nerve i klem eller noe. Nå tenkte jeg: «Jeg har jo levd sunt. Hvorfor meg?»

En kollega sa hun burde melde seg inn i parkinsonforbundet.

– Først var jeg skeptisk. Men så oppdaget jeg at de hadde en treningsgruppe for de litt yngre.

Jeg meldte meg inn. På et familieseminar deltok Henning fra boksegruppa. «Bli med på boksing», sa han. Jeg var jo vant til yoga og dans, men i januar gikk jeg. Siden har jeg vært der.

## «Før var jeg sofa-potet. Nå er det stikk motsatt.» Henning Bruun, sykepleier

### FIKK MARERITT AV MEDISINEN

Hansen tar medisiner fem ganger daglig.

– Jeg begynte med dopaminagonist, men tålte det ikke. Jeg drømte så fæle ting. Som at noen kom på døren med en blå ikeapose. Oppi lå sønnen min partert. Jeg hadde aldri drømt sånn før.



**OPP OG NED:** – En dag kan jeg sykle fra Lillehammer til Oslo. En annen dag har jeg problemer med å pusse briller. Det er vanskelig å forstå for andre, sier Henning Bruun, som er sykepleier.

Jeg var veldig urolig i kroppen, sov dårlig og ble til slutt sykmeldt.

Hun måtte trappe ned på agonist-medisinen og gikk på to medisiner en stund før hun gikk helt over til levodopa pluss en enzymhemmer, en støttemedisin.

Treningen på Jordal Amfi ble ukens høydepunkt. Nå trener hun to timer to ganger i uken.

– Før hadde jeg problemer med å få armen inn i skulderremmen når jeg gikk med sekk. Det slet jeg med i lang tid. Nå, etter at jeg begynte å trene, er det helt borte, sier Hansen.

Hun understreker at medisin er nummer én for å holde seg i form:

– Uten den er jeg ingenting. Treningen er viktig, men du kan ikke trene deg medisinfri. Skulle jeg glemme å ta pillene, kommer skjelvingen og andre symptomer fort tilbake, sier Tone Sundsdal Hansen.

## Fakta



### Parkinsons sykdom

Debuterer ofte gradvis og snikende.

Hovedsymptomer:

- Stivhet (rigiditet)
- Manglende bevegelighet (akinesi)
- Skjelving (tremor)

Hovedårsak er bortfall av hjerneceller som inneholder dopamin.

Alzheimers og Parkinsons er de to vanligste neurodegenerative sykdommene. Det vil si at hjerneceller gradvis dør.

### SYKEPLEIEREN VAR SOFAPOTET

På Jordal Amfi, der treningen foregår, er også Henning Bruun (47). Han er sykepleier. Tidligere jobbet han på sykehjem, men han er ikke lenger i jobb.

Han fikk diagnosen for tre år siden og har bokset i snart to år. Medisiner tar han fem ganger daglig.

– Jeg driver også med fotball. Var nettopp på turnering med danske og svenske parkinsonlag. Og vi var en gjeng som syklet Lillehammer-Oslo i vår.

– Før da?

– Da var jeg sofapotet. Nå er jeg det stikk motsatte, sier han.

### TRENER OGSÅ HOS LOGOPEDEN

80–90 prosent av såkalte parkinsonister får problemer med stemmen. Bruun går til logoped. Der trener han på å holde tonen høyt og lenge, både i det øvre og lave registeret.

– Som sykepleier hadde du vel parkinsonpasienter og visste litt om sykdommen da du fikk den selv?

– Ja, det var et tveegget sverd. Jeg tok med meg historiene om pasienter jeg hadde truffet. Men så konkluderte jeg med at de var eldre enn meg. Mange satt bare stille i en stol, for ikke å falle.

Symptomene varierer hos Bruun, slik det ofte gjør for dem som har diagnosen:

– En dag kan jeg sykle fra Lillehammer til Oslo. En annen dag har jeg problemer med å pusse briller. Det er vanskelig å forstå for andre, sier Henning Bruun.

Under dagens trening blir det knall røde boksehansker på Bruun.

### USA-SERTIFISERT TRENER

Treneren deres, Johnny Carlsen, har vært boksetrener i over 20 år. Sammen med Max Mankowitz (tidligere trener for Cecilia Brækhus) driver han Oslo bokseklubb. I fjor var han i USA og ble sertifisert coach i «Rock Steady Boxing».

Denne treningen sprer seg til stadig flere land. Det begynte med amerikanske Scott Newman som fikk diagnosen da han var 39. Han ville bekjempe sykdommen som stjal bevegeligheten fra ham. Han kontaktet en venn som var tidligere bokser. De begynte å trene, og det ga raske resultater. Skjelvingen på hånden forsvant: «Se, den er rolig som et fjell!» Derav uttrykket rock steady.

– Hva ser du hos denne gjengen på trening?

– Framgang. Treningsglede. Veldig bra sosialt, god stemning, sier Carlsen.

Poenget med denne boksingen er å trene.

– Det er helt forbudt å slå hverandre. I USA kaller de det «non-contact-boxing». Det sies at dette er den mest effektive treningen for dem med Parkinsons sykdom. Den bremser sykdommen, sier Carlsen.

### GIR PARKINSON EN PÅ NESEN

– I tillegg til å være en øvelse i koordinasjon, er treningen med på å tenne dem. Så de kan gi Parkinson en på nesen.

Carlsen påpeker at boksing ikke er den enkleste sporten.

– Det er masse som skal på plass.

– Det hjelper kanskje å ha danset, som Tone?

– Ja. Og å ha det moro. Mange er skeptisk i starten. Men så sier de: «Dette hadde jeg aldri trodd. Nå er boksetreningen høydepunktet», sier Carlsen.



**«Det er helt forbudt å slå hverandre.»**

Johnny Carlsen,  
boksetrener

### STØTTES AV NEVROLOG-PROFESSOR

Boksetreneren får støtte av professor og overlege Mathias Toft ved nevrologen på Oslo universitetssykehus.

– Det er godt dokumentert at styrke- og kondisjonstrening er bra. Boksing er jo en kombinasjon av det. Det er intens trening, og hyggelig i tillegg. Så lenge man ikke slår hverandre i hodet, sier Toft.

Også i Bergen og Molde fins det tilbud om parkinsonboksing.

Parkinson-gjengen avslutter, som alltid, i en sirkel oppi bokseringen. Med hevede hender og et felles rop:

– Rock steady!

Og om to dager er det på an igjen.

– Jeg gleder meg allerede, sier Tone Sundsdal Hansen før hun går i garderoben. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Tuller man med arbeidstiden til sykepleierne, blir stemningen dårlig. Det vet hovedtillitsvalgt Maiken Isachsen-Hagen.

# Rapportkutt skaper frustrasjon

● Tekst **Marit Fonn**

Fakta

## Aktuell som

Hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund ved St. Olavs Hospital

Alder: 31 år

Bakgrunn: «Nå er det så dårlig stemning blant sykepleierne at det bruser i trærne ved St. Olav.» Det er tittelen på et innlegg i Adresseavisen 7. november, skrevet av hovedtillitsvalgt Maiken Isachsen-Hagen ved Trondheims-sykehuset.

Rapportene på sengepostene er redusert fra 30 til 15 minutter. Sykepleierne vil få kortere arbeidsdag, og kvarterene vil samles til nye arbeidsdager. Det betyr at ansatte må jobbe tre ekstra vakter i løpet av et år, ifølge Isachsen-Hagen.

### Hva skjer?

– Vi er blitt pålagt å kutte rapporten fra 30 til 15 minutter på et vaktskift i døgnet.

### Hvilke skift?

– Vi kan velge å kutte mellom dag og sein, eller mellom sein og natt.

### Ikke om morgenen?

– Nei, for de aller fleste har allerede 15 minutters rapport om morgenen.

### Er det så farlig å kutte?

– Ja, av to grunner. Den ene gjelder pasient-sikkerheten. Hvor bra blir den når man skal rapportere om ti-tolv pasienter på et kvarter?

### Og den andre?

– Det er et økende press på sykepleie-tjenesten. Ordningen betyr flere opp-møter i turnus.

### Cirka tre vakter i året?

– Ja i snitt. Det avhenger av hvilke typer vakter man går.

### Mye regnestykker?

– Ja, men det er ikke så veldig vanskelig: 15 minutter ganget med antall vakter. Så ser man hvor mange minutter det er til overs. Det utgjør ganske mange timer.

### Hva sier sykepleierne?

– De er ganske frustrerte. Både på vegne av pasientene og arbeidsgruppen. Det er 14. året det effektiviseres på St. Olavs.

### Oj?

– Vi har meldt til ledelsen at effektiviseringspotensialet er hentet ut.

### Hva svarer de?

– At tanken er å styre bemanningen på andre vakter for å slippe innleie av vikarer.

### Ledelsen må tenke økonomisk?

– Ja, men den må også tenke langsiktig. Vi står overfor sykepleiermangel. Den går ikke over. Vi må ta vare på dem vi har. Vi har 100 prosent belegg

hele tiden, på noen avdelinger enda høyere. Dødeligheten går opp når belegget er over 92 prosent, ifølge forskning.

### Noen avdelinger er i gang?

– Ja, noen klarer ikke å kutte i rapport, og går på overtid. Noen steder går det greit.

### Hva er løsningen?

– Veldig godt spørsmål. Har ikke noe fasitsvar. I morgen (8. november, red, anm.) blir det markering. En av parolene jeg har sett er: «Ikke kødd med arbeidstida vår.»

### Arbeidsmiljøloven svekkes, skriver du?

– Den er stadig under press. Medlemmene er veldig opptatt av arbeidstid. Rapportkuttet er et symptom på at økonomien i spesialisthelsetjenesten er for stram. Det sies at bevilgningene øker. Men utprøving av nye medisiner til livsforlengende behandling koster penger, uten at det gis økt tilskudd.

### Hva frustrerer sykepleierne mest?

– At det bestemmes på høyt nivå hvordan de skal gjøre jobben sin. Og over at det blir flere oppmøter. Det er tøft å gå turnus. Pasientbelegget er ekstremt høyt. Men de stiller opp. De sitter ikke på kafé og drikker kaffe hvis avdelingen trenger ekstra folk.

### Er du tillitsvalgt på heltid?

– Halv. Jeg jobber ellers på akuttmottaket for barn.

### Fortsetter du?

– Det er planen, ja. Trives godt der. ●  
[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)





# Sykepleie

Del 2 Sykepleien 09 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju

**STILLE SAMMEN:** Når hjelperne møter mennesker i krise, kan det av og til være best å ikke si noe. Illustrasjonsfoto: Shutterstock / NTB scanpix



**Hospice.** Helhetlig omsorg for døende. **40**



«Et barn eller barnebarn som står deg nær, er ikke lett å anmelde.» Kristin Bye Adeler. **51**



**Etikk.** Redd for primærkontakten. **56**

## Ord blir fattige

**Krisetider.** Hva sier vi når det ikke er noe å si? **36**



# SLIK KAN DU MØTE MENNESKER I KRISE

Sykepleiere møter ofte mennesker i krise. Hva sier du til mannen som har fått beskjed om at han snart skal dø, eller til jenta som brått har mistet sin mor?

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på  
60 % praksis  
40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.63735



**Stina Fallsen**  
sykepleier,  
Lungemedisinsk  
sengepost, UNN  
Tromsø

**M**ed denne artikkelen ønsker jeg å sette søkelyset på hvordan vi som sykepleiere møter mennesker i krise. På sykepleierstudiet lærer vi at det er viktig med god kommunikasjon. Det å vise respekt, gi omsorg og være medmennesker er i fokus.

En ting jeg har savnet både på grunnutdanningen og videreutdanningen, er konkrete og håndfaste eksempler på hva vi kan si, og hvordan vi skal opptre ovenfor mennesker i krise. Jeg skal derfor ved hjelp av faglitteratur og egne erfaringer som sykepleier forsøke å gjøre nettopp det.

Jeg jobber som sykepleier på en medisinsk sengepost, og der møter jeg mennesker i krise hver dag. Mennesker som har fått beskjed om uhelbredelig kreft – at det ikke finnes noen behandling. Jeg møter dem som har mistet sin aller kjæreste brått, og jeg treffer dem som har sittet ved sykehussengen dag ut og dag inn og sett døden komme sakte.

## HVA SKAL VI SI?

Som sykepleiere har vi nok kjent på det å bli overveldet, rørt og lammet av maktesløshet i møte med mennesker i krise. Handlingstrangen melder seg, vi vil så gjerne gjøre eller si noe som kan hjelpe.

Det er kanskje ikke så rart siden vi er drillet i å iverksette tiltak, evaluere og sette i gang nye tiltak hvis vi ikke oppnår ønsket resultat. Vi er løsningsorienterte og effektive, men hva gjør vi når vi ikke kan gjøre noe, og når ord blir fattige?

Jeg kjenner ofte på maktesløsheten og redselen for å si eller

## «Livskriser anses for å være en naturlig del av menneskets livssyklus.»

gjøre noe som kan forverre situasjonen. Akkurat hva vi skal si, er ofte en problemstilling blant mine kollegaer. For hva sier vi egentlig til en som har fått beskjed om at han snart skal dø, eller til en som har mistet en av sine nærmeste?

## HVA ER EN KRISE?

En krise er en hendelse som innebærer en avgjørende kursendring i livet, som kommer i hvert menneskes liv (4). Livskriser anses for å være en naturlig del av menneskets livssyklus (6). Krisene er ikke like omfattende og dyptgripende

for alle, men de inntreffer. Noen ganger er de av en slik karakter at livet ikke kan leves som det ble gjort før (2, 4).

En krise er ikke noe man bare kan kvitte seg med, den er en del av livet som mennesker må gjennom (1), og det er her vi som sykepleiere kommer inn. Som nyutdannet sykepleier var jeg en gang til stede idet en ung mann fikk beskjed om at han hadde kreft med spredning; det var for sent. Han var stille.

Etter en stund brøt han ut: «Jeg har jo spart og skal bygge meg hytte! Hva skal jeg med det nå?» Mannens kurs ble brått endret, og livet kunne ikke bli som før.

Et annet tilfelle jeg ikke kommer til å glemme, var en ung jente som brått mistet sin mor. Hun hang gråtende over moren sin og sa med redde øyne: «Nå er jeg alene». Kriser kan være svært dyptgripende.

Det er individuelt hvordan mennesker reagerer på og takler kriser (3). Her er det ingen fasit. Hvert individ har sin opplevelse av sin situasjon. Vi evner å sette oss inn i den andres situasjon til en viss grad, samtidig er det viktig å merke seg at vi aldri kan forstå et annet menneske fullt ut (7).

## KRISERAMMETES BEHOV

Mennesker i krise har behov for

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Medmenneskelighet trekkes frem som sentralt i møte med mennesker i krise. Hva gjør du når det ikke er noe å gjøre, og når ord blir fattige? Som sykepleier må du akseptere at du av og til ikke kan gjøre noe, og stole på at det faktisk er nok bare å være der.

## Nøkkelord

- Krise
- Traume
- Alvorlige hendelser
- Dødelig syk





**NÅR KRISEN INNTREFFER:** Når noen mister sin kjære brått, er det vanskelig å finne trøstende ord til de etterlatte. Bildet er fra det gamle akuttmottaket ved Sykehuset Østfold, Fredrikstad. Arkivfoto: Erik M. Sundt

støtte, omsorg, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Medmenneskelighet trekkes frem som det sentrale i krisehjelp (6).

Krisehjelp er ikke behandling eller problemløsning, men hjelp til vekst. Vi må hjelpe individet gjennom krisen. Det handler ikke om hva vi som hjelpere gjør, men snarere om hva vi er – vi må møte mennesket der det befinner seg. Mange kjenner seg nok igjen i at vi ønsker å se resultater når vi

anstrenger oss for noe, men slik er det ikke i møte med mennesker i krise.

Jeg som sykepleier har ingen løsning for den unge jenta som brått mistet sin mor, ei heller for ham med uhelbredelig kreftsykdom. Det er tøft å se andre

«Av og til er det kanskje best å ikke si noe.»

mennesker ha det vondt, og det krever noe av oss å stå i slike situasjoner (10).

#### **MAKTESLØSHETEN**

Maktesløsheten sitter av og til som en klump i magen og river i oss. Som sykepleiere opplever vi livet på kloss hold; det er virkeligheten som finner sted. For de fleste er nok motivasjonen for å jobbe i helsevesenet at vi vil hjelpe og utgjøre en forskjell. Da føles det naturlig nok vanskelig når vi

som hjelpere ikke kan gjøre noe.

Bent Falk setter søkelyset på maktesløsheten i boken sin *Å være der du er*. Han påpeker at vi som hjelpere ikke må gjøre maktesløsheten til et problem i tillegg til vanskelighetene vi står overfor. Da sitter vi plutselig med to problemer. Selv om emnet vi skal samtale om, er komplisert, trenger ikke samtalen om emnet være det (1).

Kanskje må vi gå i oss selv og kjenne etter.





Opplevde vi møtet eller samtalen med den kriserammete som komplisert fordi vi følte oss rådville? Klarte vi ikke å stå i situasjonen og kjenne på at verken prosedyrer eller trøstende ord kunne lette den? Eller klarte vi ikke å bære smerten ved at andre hadde det tungt?

### INGEN BAGATELL

Jeg ønsker på ingen måte å bagatellisere at et møte eller en samtale med den kriserammete kan føles komplisert og vanskelig, for de er ofte veldig vanskelige. Sluttes vi å bli berørt i møte med mennesker som har det forferdelig, er det nok på tide å stoppe opp og ta et oppgjør med seg selv.

Men påstanden om at det ikke trenger å være så komplisert, er kanskje en påminnelse om at vi må forholde oss til virkeligheten. Jeg tør å påstå at det kanskje blir litt lettere å møte mennesker i krise hvis vi aksepterer at vi som sykepleiere av og til ikke kan gjøre noe. For noen ganger handler det virkelig om ikke å gjøre noen ting, men stole på at det faktisk er nok å bare være der (5).

### SAMTALEN SOM VERKTØY

Som sykepleiere har vi samtalen som verktøy, og dermed ønsker vi å kunne si noe til den kriserammete (1). I situasjoner der det ikke er mulighet for endring, der du ikke kan love en bedre fremtid, sier det seg selv at det blir vanskelig å trøste med ord (5).

Hva skulle jeg ha sagt til mannen som lykkelig hadde spart til hytte, men som nå snart skulle dø? «Det kommer til å gå bra? Du kan bruke pengene på noe annet?» Eller til jenta som mistet moren sin. «Med tiden kommer du over det?» Nei. Prøver vi her med trøstende ord, kan de fort bli tilgjorte og tomme (5). Så hva sier vi?

Som hjelpere kan vi være ærlige og si: «Nå vet jeg ikke hva jeg skal si.» Vi kan være til stede og stå til rådighet som det

mennesket vi er. Vi kan vise respekt ved å dele det som skjer med oss i møtet med den kriserammete (1).

### VÆR ÆRLIG

Jeg har erfart at når jeg er ærlig og forteller at ordene mine blir fattige, så godtas det. På meg virker det som at den kriserammete opplever det som medmenneskelighet, og at de dermed blir møtt med respekt. Jeg er ikke et supermenneske som vet alt og kan svare på alt, og det blir helt feil om jeg skulle ha latt som.

Det er våre svake sider som er mest troverdige, og ærlighet virker tillitsskapende. Ved å avsløre egne begrensninger som hjelper, blir det lettere for den andre å leve med sine begrensninger (1).

Videre kan jeg spørre «er det noe du vil jeg skal si?», eller «nå vet jeg ikke hva jeg skal si, men hvis du vil, skal jeg sitte her sammen med deg». På denne måten er jeg ærlig samtidig som jeg viser medmenneskelighet og stiller meg selv til disposisjon.

### KAN SI OSS ENIGE

Ofte erfarer jeg at mennesker i krise uttrykker at de synes situasjonen er urettferdig eller helt forferdelig. Jeg har da kjent meg svar skyldig. Mannen som ble konfrontert med uheldig kreft, utbrøt «det er helt jævlig!», og det var jo sant. Det var helt jævlig.

Men hva skulle jeg si? Er det greit at vi som sykepleiere sier oss enige i det? «Ja, det er helt jævlig.» Fører det til at vi fremhever mannens vanskelige situasjon, eller kan det fungere som en slags bekreftelse, at han føler seg sett, hørt og tatt på alvor? Eller skal jeg forsøke å dempe hans følelser ved å «trøste dem vekk»?

Hvis to mennesker er sammen om noe som er vanskelig i livet, kan det bli lettere å hankses med. Men hvis den ene avviser samtalepartnerens følelser, kan det skape avstand. Om følelsene samsvarer med virkeligheten slik vi oppfatter den, er det ikke

følelsene som er problemet. Det er selve virkeligheten som er problemet (1).

Sett i et slikt lys kan vi kanskje si at det blir rett å si seg enig i mannens utsagn om at «det er jævlig». Virkeligheten dreier seg om at han har fått kreft og snart skal forlate livet. Det sier seg selv at vi ikke kan eller bør trøste bort hans oppfatning av sin egen situasjon.

### HVA SKAL VI IKKE SI?

Det å se virkeligheten i øynene kan bidra til mestring og føre til at pasientene sparer psykisk energi på å slippe å fortrenge følelser (1).

Innledningsvis var jeg inne på frykten for å si noe som kan gjøre det verre. Er det noe vi absolutt ikke skal si? Blant mine kollegaer

sier vi ofte at vi ikke kan si så mye feil, så lenge vi trår varsomt og viser respekt.

I litteraturen dukker det opp enkelte utsagn som oppleves som uvørne bemerk-

ser, som for eksempel «sorgen vil forsvinne med tiden» og «det er en mening med alt» (9). Jeg mener at dette er klassiske eksempler på at trøstende ord fort kan bli tilgjorte og virke tomme, selv om ordene nok ble sagt i beste mening (5).

Av og til er det kanskje best å ikke si noe. Det er i hvert fall det vi pleier å konkludere med på sengeposten der jeg jobber.

### Å KJENNE PÅ TAUSHET

Det å tørre å kjenne på taushet kan være vanskelig. Det er anstrengende å holde igjen egne ord (5). Jeg sitter ofte sammen med pårørende idet en av deres nære ligger på det siste. Jeg er også ofte sammen med dem som har fått verden slik de kjente den, snudd på hodet. Det er stille – ingen sier noe. Følelsen av at jeg som sykepleier burde si noe klokt, melder seg i slike situasjoner,

«Som sykepleiere opplever vi livet på kloss hold; det er virkeligheten som finner sted.»



men jeg lar det være.

På samme måte som vi kan bruke mange ord på å si ingenting, kan vi si mye ved ikke å si noe (8). Det er mulig å dele kunnskap uten at den trenger å uttales (5). Stillhet har blitt til et verktøy jeg bruker ofte. Her har jeg erfart at min tilstedeværelse betyr alt, for taushet kan også oppfattes som om vi er uinteresserte eller fraværende.

#### VÆRE STILLE SAMMEN

Vi må være stille *sammen* med den som er i krise. Alle gode ord i universet kunne ikke trøstet jenta som brått hadde mistet moren sin. Taushet kan gjenspeile vennlighet og respekt (8), og sammen med jenta valgte jeg å prate med kroppen og øynene. Vi sitter sammen og tenker over det som før har blitt sagt.

Jeg har opplevd at det føltes fint å sitte stille sammen, og at den kriserammete selv har påpekt at «det var så godt du bare var der, uten å si noe». Etter at jeg har sittet i taushet sammen med noen en stund, kan praten ofte komme forsiktig tilbake, og da er det som om det ikke har vært stille.

Andre ganger er det nok med en god hånd på skulderen og et trygt og vennlig blikk som sier «jeg er her med deg». På denne måten viser vi medmenneskelighet.

#### NÅR TÅRENE KOMMER

Det å møte medmennesker som står oppe i eller har gjennomgått noe forferdelig, beveger oss som hjelpere og kan vekke alle slags følelser. Noe fordi det er allmenmenneskelig, annet fordi det kan relateres til egne personlige erfaringer.

Når vi blir beveget av andre, viser vi at vi er åpne for den personen og vedkommendes liv, samtidig som vi er i kontakt med oss selv. Med vårt nærvær og oppmerksomhet er det her vi som hjelpere gir det beste av oss selv (10).

Haakon Wiig (11) deler åpent og ærlig sine erfaringer om det å

## «Som hjelpere kan vi være ærlige og si: «Nå vet jeg ikke hva jeg skal si.»»

være pårørende i artikkelen «Den vanskelige samtalen». I ti år fulgte han sin kone inn og ut av sykehus til hun døde av kreftsykdom. Artikkelen er en appell til sykepleiere som støttet ham og hans kone i den vanskelige tiden.

Han trekker blant annet frem at vi som sykepleiere har lov til å vise følelser, og at nettopp det var noe han satte stor pris på. Om en tåre faller, eller om stemmen blir svak, er det helt greit. Wiig ser på det som et bevis på profesjonalitet.

Det hender jeg får tårer i øynene, og enkelte ganger renner noen tårer nedover kinnet. Jeg tørker dem stille og rolig bort. Jeg har undret meg over om det er greit å gråte.

Wiig (11) er inne på at sykepleierne han møtte, alltid var profesjonelle i den forstand at de beholdt roen og aldri endte opp i ukontrollert gråt. Forholdet mellom hjelper og den som trenger hjelp, må ikke bli snudd på hodet. Den som er i krise, skal ikke være nødt til å trøste oss som er sykepleiere.

Tidligere i artikkelen oppfordret jeg til å dele det som skjer med oss i møte med mennesker i krise. Vi kan være ærlige og si «nå ble jeg rørt» eller «historien din beveger meg».

På den andre siden kan vi velge å holde igjen våre egne ord, og likevel si mye uten ord. Samtidig aksepterer vi maktesløsheten og stoler på at det er nok å bare være der. På denne måten tror jeg at vi som sykepleiere evner å møte mennesker i krise som medmennesker. ●

#### REFERANSER:

1. Falk B. Å være der du er – samtale med kriserammete. Bergen: Fagbokforlaget; 1999.
2. Malt UF. Lærebok i psykiatri. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
3. Helsekompetansesenteret. «Stø kurs». Tilgjengelig fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/traumebehandling> (nedlastet 20.03.2017).
4. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
5. Bjørklund L. Tid til trøst – om de vanskelige møtene. Bergen: Fagbokforlaget; 2005.
6. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
7. Carlenius S. Omsorg ved livets slutt. Møter med pasienter og pårørende. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
8. Herset I, Horverak S. Rom for taushet i profesjonelle

samtaler. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.

9. Dyregrov K, Dyregrov A. Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe? Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
10. Bang S. Rørt, rammet og rystet – faglig vekst gjennom veiledning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2003.
11. Wiig H. Den vanskelige samtalen. Oslo: Sykepleien; 6/2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/04/den-vanskelige-samtalen> (nedlastet 05.07.2017).

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

## MEDICUS PLESNER APOTEK

■ STOMI

■ INKONTINENS

■ SÅR

■ KATETER

■ SÅLER

■ STØTTEPRODUKTER

■ KOMPRESJONSTØY

■ KOMPRESJONSTRØMPE

Gratis hjemkjøring av blåreseptvarer

Gratis tilpasning av utstyr og kompresjonstøy uten kostnad.

Pilestredet 7, 0180 Oslo  
Tlf. 45 49 50 00 - [mediqnorge.no](http://mediqnorge.no)

Over 100 år med pasienten i fokus





# HOSPICE MØTER DØENDES HELHETLIGE BEHOV

Et godt utformet hospice gir palliative pasienter og deres nærmeste rom for fellesskap, rekreasjon, kreativitet og spiritualitet.

**FAGARTIKKEL:**

Artikkelen bygger på  
50 % praksis  
50 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2017.63703



**Ellen Lykke Trier**  
Sykepleier med  
mastergrad,  
Peer Gynt  
helsehus



komme hit var som å komme fra Tokyo til se- tra!», sa pasienten som kom fra sykehusets kreftavdeling til Lindrende enhet. Jeg har samme erfaring fra Hospice Lovisenberg. Pasienter og pårørende falt til ro, og institusjonen minnet lite om et sykehus. Omgivelsene var tilpasset den spesielle situasjonen den syke og familien var i, og personalet hadde tid til å ta vare på både den syke og de nærmeste.

Både Hospice Lovisenbergs døgn- enhet og Lindrende enhet i Moss ble bygget med intensjonen om å romme alvorlig syke og døende samt deres nærmeste. De fleste palliative tilbud som eksisterer i Norge i dag, har blitt til i omvendt rekkefølge, der de døende må tilpasse seg rammene i den eksisterende helsetjenesten.

## GOD UTFORMING ER VIKTIG

Hospicebevegelsens mor, Cicely Saunders, gikk svanger med planene om et hjem for døende i over 20 år. Hun hadde mange års erfaring som sykepleier, sosial- arbeider (sosionom) og lege i syke- hus, og hadde dermed klare tanker om hvilke omgivelser døende og deres pårørende hadde behov for.

Et hospice skulle være et sted der pasienter og pårørende kunne leve sammen den siste tiden. Famili- relasjonenes betydning og et hel- hetlig menneskesyn var styrende

prinsipper for den fysiske utfor- mingen av et hospice (1).

I likhet med Florence Nightingale var Saunders opptatt av at pasient- rommet måtte utformes etter utsik- ten fra pasientsengen. Senger måtte kunne trilles ut i fellesrom, ut på bal- konger og ut i hager. Estetikk, planter, kunst og musikk var viktige elemen- ter i hennes første modellhospice (1).

Et hospice skulle være et gjest- fritt og innbydende «hjem» der pasienters og pårørendes behov skulle være styrende for arkitek- turen. Arkitektens utfordring ble å skape et hjem som kunne romme både pasienter og deres nærmeste, der det var rom for fellesskap, rekre- asjon, kreativitet og spiritualitet.

## ARKITEKTUREN PÅVIRKER

Jeg har selv merket hvor viktig arkitekturen er. En novemberdag kjørte jeg mot det nye sykehuset jeg ikke hadde sett ennå. Jeg hadde en uro i kroppen og raskere puls enn vanlig; en av mine «egne» befant seg i en ambulanse lenger fremme. Hvite, enorme blokker på et jorde kom til syne.

Idet vi nærmet oss, så jeg en kunstinstallasjon med noen digre, rø- de pigger. Det følte som om de skul- le spidde meg. Vi passerte et rustent reisverk av et hus foran inngangspar- tiet. Gjennom glassveggen så jeg en skulptur som minnet om et hvitt spø- kelse. Det gikk et gufs gjennom meg.

Midt i kaoset undret jeg meg over hvem man hadde hatt i tankene da man tegnet dette sykehuset, og hva man ville med utsmykningen. Hva med de redde pasientene som ikke vet hva som er galt med dem? Pårørende som skjelvende skal inn for å ta avskjed med sine nærmeste, eller en nervøs mor som skal føde for første gang? Jeg skulle ønske at bygg- herren og arkitekten hadde spurt dem: «Hva er det dere trenger?»

Hvis en arkitekt hadde spurt meg, hadde jeg svart én ting: «Trygghet.» I disse omgivelsene kjente jeg meg ikke trygg. Jeg lengtet hjem umiddelbart, og det var kanskje meningen?

## TA ROMMET PÅ ALVOR

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen har gjennom studier utforsket rom- mets betydning. Mennesker søker rom som skaper trygghet og gir en opplevelse av å bo og være, mens sykehus er designet for nytte og produktivitet. I denne spenningen av ulike livsfortolkninger befinner den syke seg (2).

Karen Marie Dalgaard, som er sykepleier og forsker, fant i sitt doktorgradsarbeid at den romlige dimensjonen hadde stor betydning for uhelbredelige pasienters livs- utfoldelse, både alene og sammen med de pårørende.

Hennes empiriske data viste at pa- sientene opplevde at livsutfoldelsen

Fakta ●●●●

## Hoved- budskap

Døende trenger fred og ro, private rom og rom for fellesskap. Døende øns- ker å beholde sin auto- nomi og leve så normalt og meningsfullt som mulig sammen med sine nærmeste. Hospice er designet for behovene til døende og deres familier. I Danmark har arkitekter utviklet modellen for «Det Gode Hospice i Danmark». I Norge er omsorgen for døende inkludert i den eksiste- rende helsetjenesten, som begrunnes med at hospicefilosofien kan implementeres overalt. Er det virkelig så enkelt?

## Nøkkelord

- Dødelig syk
- Arkitektur
- Kunst
- Palliativ omsorg





DET GODE HOSPICE: Utenfor Hospice Søndergård i Danmark ligger et lite vann. Alle beboerne bor slik at de har utsikt til vannet. Foto: Leif Tuxen / Realdania

ble utfordret under opphold på sykehus. De beskrev det som en følelse av å være hjemløs. Stress på grunn av støy og aktivitet førte til dårlig nattesøvn og kjedsomhet fordi pasientene ikke kunne følge sin egen rytme eller hadde rom å utfolde seg i (2).

Mangel på private frirom, forstyrrelser fra personalet og travelhet forplantet seg til pasientrommet og fortrenget pasientens eksistensielle rom. Beskjeden og vissheten om at man skal dø av en uhelbredelig sykdom, fremkaller eksistensielle livsfenomener som utrygghet, frykt, angst, meningsløshet, fortvilelse og håp. Arbeidet med å finne mening med det livet man har levd, og forsone seg med døden, krever en ytre ro og et personale som har tid til å lytte og være til stede (2).

#### DØENDES ØNSKER OG BEHOV

Sandsdalen og medarbeidere (2015) har gjort en systematisk gjennomgang av studier om døendes egne ønsker og behov i den siste tiden (3). Hun fant fire temaer som var viktige for pasientene:

- Betydningen av å leve et så

meningsfylt og normalt liv så lenge som mulig. Det var viktig for den døende å få bevare selvspekten og bli møtt individuelt med oppfølging basert på personalets kjennskap til vedkommendes historie og verdier.

- Betydningen av at helsepersonell er sensitive for pasientens ønsker og preferanser og ser hele familien. Pasientene ønsket et godt forhold til helsepersonell basert på tillit, respekt, vennlighet, tålmodighet og medfølelse. De ønsket også kompetent personale som gir god smerte- og symptomlindring, psykososial støtte og praktisk hjelp. Videre ønsket de mulighet til å praktisere troen sin.
- Pasientene ønsket å være med på å utforme sin egen behandling og omsorg og ville ha autonomi og kontroll. Studien viste at de hadde forskjellige ønsker om medbestemmelse.
- De fysiske omgivelsene og atmosfæren i omsorgsmiljøet var viktige for pasientene i den siste tiden. Pasientene ønsket å få omsorg i et

miljø som føltes trygt, avslappet og vennlig. De verdsatte både privatliv og muligheten til å kunne omgås andre pasienter. Pasienter ønsket medbestemmelse i egen omsorg og død. (3).

**«Mennesker søker rom som skaper trygghet og gir en opplevelse av å bo og være, mens sykehus er designet for nytte og produktivitet.»**

#### ERFARINGER MED HOSPICE

Sandsdalens studie om de døendes ønsker og behov sammenfaller godt med Saunders' hospiceverdier og prinsipper slik hun formulerte dem allerede på 1960-tallet (1). En norsk

studie av pasienters opplevelse av kvalitet i palliativ omsorg viste at pasientene var mer fornøyd med dag- og døgntilbud på hospice sammenliknet med palliativ enhet i sykehjem eller hjemmesykepleie (4).

En studie fra Danmark viste at atmosfæren i et hospice er preget av fred og ro. Sanselige og sosiale rom å utfolde seg i ga mening og innhold for den syke. Det fysiske miljøet, med vekt på lys, estetikk og muligheter for livsnyttelse, så ut til å være tett forbundet med livsutfoldelse. Syke mennesker merket at de var i live, at de var til (2).

På hospice var det den syke selv og de nærmeste som styrte dagsrytmen og livet sitt. De hadde sitt eget rom eller leilighet som de kunne innrede som de ville. De fikk lov til å ta med kjæledyr og ha besøk når de ønsket. Pårørende kunne overnatte og spise sammen med den syke.

Hospicet ga mulighet for både privatliv og fellesskap med andre i samme situasjon. De hadde ulike aktiviteter, slik som sosialt samvær i form





av samtaler, felles måltider, sang, musikk gudstjeneste, grillkvelder og annet. Pasientene sa at det var svært viktig å ha nærhet til natur og hage samt mulighet for private frirom både innendørs og utendørs (2).

## PALLIATIV BEHANDLING

I Norge har strategier vært rettet mot å sikre kvaliteten på den palliative behandlingen ved å inkludere palliasjon i den eksisterende helse-tjenesten. Alvorlig syke og døende henvises til sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie eller fastlege i stedet for at myndighetene satser på å etablere egne institusjoner som hospice. I dag er det over 40 palliative enheter i sykehjem og 100 øremerkete senger for palliative pasienter i sykehjem, men bare fire hospice (5).

Ifølge norske strategidokumenter er «hospice» ikke et entydig begrep, og derfor ønsker palliative organisasjoner og foreninger ikke lenger å bruke begrepet (6). En hyppig brukt påstand er at hospicefilosofien kan virkeliggjøres uavhengig av sted, eksempelvis at en palliativ seng i et sykehjem er likestilt med en palliativ enhet eller hospice (7).

## DET GODE HOSPICE

Danmark har i dag hospice i alle amt, altså fylker. Uhelbredelig syke kreftpasienter har en lovfestet rett til opphold på hospice. De arbeider for å doble antall hospiceplasser, slik at pasientgruppene med alvorlig hjerte- og lungesyke også kan bli inkludert (8). I Danmark har arkitekter, pasienter, pårørende og fagfolk sammen skapt modellen for «Det Gode Hospice i Danmark» (9). Anne Nissen skriver i forordet til modellen:

«Hospice er en institusjon og en del av vort sykehusvæsen, men med et annet fokus. Derfor skal rammerne være anderledes. Indhold og rammer skal her spille sammen på en ny måte for at nå målet, – kvalitet i livet, både for den døende og de nærtstående. Prosjekt Det Gode Hospice er et ønske om at skape fornyelse i det danske institusjonsbyggeri. Et ønske om at få rammer, indhold og behov til at

smelte sammen i en enhet, som både menneskelig, faglig og arkitektonisk støtter opp om de mennesker, der skal bruke hospice.» (9, s. 1)

I tillegg til en bred tverrfaglig tilnærming, som for eksempel musikkterapeut, sosionom, prest, psykolog, ergoterapeut, kokk, fysioterapeut, lege og sykepleiere, er frivillige en viktig ressurs i hospice. I Danmark er mer enn 1 000 frivillige engasjert i hospicearbeid på ulike måter (8).

## HOSPICE I NORGE

Hospice skaper gode fysiske rammer for livsutfoldelse og fellesskap for de syke og deres familier, på deres premisser. Et godt hospicearbeid kjennetegnes ved at den døendes helhetlige behov og lindring av den fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle smerten («total pain») ivaretas på en best mulig måte gjennom tverrfaglig samarbeid.

Med lang erfaring som sykepleier fra både Hospice Lovisenberg og kommunehelsetjenestens palliative tilbud vil jeg påstå at hospice representerer noe helt særegent som vi som samfunn trenger. I en tid hvor overbehandling foregår langt inn i døden, blir det svært viktig å skape gode alternative tilbud til alvorlig syke og døende samt deres nærmeste.

I dag mangler vi satsing på hospice. Professor i palliativ medisin, Stein Kaasa, har annonsert en integrasjon av palliasjon i onkologien fra det øyeblikket pasienten får en uhelbredelig kreftdiagnose. Kaasa hevder at dette er det neste tiårets store satsingsområde (10), i Norge kalt PalliOn-prosjektet (11).

Min bekymring er at ved å knytte palliasjonsbegrepet enda tettere til onkologien vil arbeidet med å utvikle gode palliative tilbud til andre diagnosegrupper enn kreft stagner. I dag lever kreftpasienter med uhelbredelig sykdom ofte i mange år. Begrepet palliasjon viser ikke lenger til omsorg og behandling i livets slutfase. Jeg mener derfor at hospice både som begrep, filosofi og institusjon bør få sin renessanse i Norge.

## VI TRENGER HOSPICE

Vi trenger begrepet «hospice» og institusjoner som hospice fordi de fysiske rammene ikke er likegyldige når du skal dø; det betyr også noe hvor du dør. Ikke minst tar hospice familieperspektivet på alvor da døden er en viktig hendelse i familiers liv. De trenger rom og omgivelser der de kan være sammen med den døende på en god måte.

Et viktig prinsipp i hospicefilosofien er nettopp å skape en åpenhet om døden. Hospice gir et signal til offentligheten om at døden er her; den blir synliggjort. Å ta avskjed med livet krever de beste betingelsene både for det døende mennesket og de nærmeste. Hospice rommer nettopp den filosofien og innsatsen som tenker nytt om verdier og rammer for livets avslutning i vår tid (9). ●

## «Syke mennesker merket at de var i live, at de var til.»

### REFERANSER:

1. Du Boulay S, Rankin M, Saunders C. The founder of the Modern Hospice Movement. London: SPCK; 2007.
2. Dalgaard KM. Livsudfoldelse i dødens rum. I: Dalgaard KM, Jacobsen MH (red). Humanistisk palliation. Teori, metode, etik og praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2011 (s. 363–81).
3. Sandsdalen T, Hov R, Høy S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patient's preferences in palliative care: a systematic mixed studies review. Palliative Medicine 2015;29(5):1–21.
4. Sandsdalen T, Grøndahl VA, Hov R, Høy S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patient's perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes and home care: a cross-sectional study. BMC Palliative Care 2016;15:79. Tilgjengelig fra: <https://bmc-palliative-care.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0152-1> (nedlastet 17.10.2017).
5. Nasjonalt register av palliative virksomheter. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.pallreg.no/> (nedlastet 12.06.2017).
6. Norsk forening for palliativ medisin. Standard for palliasjon. 2004. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf> (nedlastet 12.06.2017).
7. Haugen DF. Samlet livshjelp – ikke sprikende. Tilgjengelig fra: <http://www.verdidebatt.no/diagnyhaugen> (nedlastet 12.06.2017).
8. Hospice Forum Danmark. Alle døende har rett til lindring. 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.hospiceforum.dk/> (nedlastet 12.06.2017).
9. Realdania. Program for Det Gode Hospice i Danmark. 2009. Tilgjengelig fra: <http://arkitektur-lindring.dk/vidensbank/program-for-det-gode-hospice-i-danmark/> (nedlastet: 12.06.2017).
10. Kaasa S, Knudsen AK, Lundeby T, Loge JH. Integration between oncology and palliative care: a plan for the next decade? Tumor Journal 2017;103(1):1–8. Tilgjengelig fra: <http://www.tumorjournal.com/article/cfa67d43-4ea2-4918-a95e-635d6ff95831> (nedlastet 12.06.2017).
11. Pallion. 2017. Tilgjengelig fra: <https://pallion.no/> (nedlastet 12.06.2017).

### FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



## Hva skjer. Fra Instagram



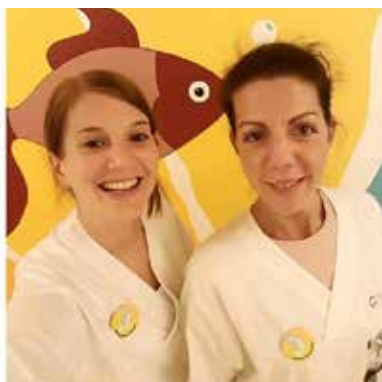
 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@skaugo

Ikke alle sykepleiere kan si at de har vært på vakt sammen med sin gode storebror. Grattis med vel gjennomført kirurgisk praksis, mister.



@idaringvold

Bobb bobb dædi dædi bobb bobb flu. Gode kollegaer stikker hverandre. Influensavaksinen i boks aka i arm.



@mortenknuten1981

Ny morgenstund på Regional enhet for psykosser - Nordlandssykehuset



@veronikahelland

Smile fra øyra til øyra når ein får B på bacheloren



@helleasatun

Når vaksinatøren tvinger alle til å være med på bilde etterpå.



@siljewholm

Redder verden en søndag kveld



@carolinehalvorsen

Medisinsk praksis bestått



@lisagrotta

God helg



@marikols123

Influensatider og håndvaskkampanje på jobben.



Norsk helsevesen har et godt stykke å gå når det gjelder å vurdere og behandle smerte hos intensivpasienter, mener Brita Fosser Olsen, som nå har tatt doktorgrad på emnet.

# De stemmeløses smerte

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

Det kan starte med en liten rynke i panna. Øynene knipes hardere igjen. Kinene trekkes opp.

Til slutt er hele ansiktet fordreid i en grimase.

– Du kan også se det på armene; hvordan de foldes innover og fingrene bøyer seg, forteller intensivsykepleier Brita Fosser Olsen.

Med 17 års fartstid ved intensiv og postoperativ avdeling på Sykehuset Østfold, vet hun bedre enn de fleste hvordan smerte ser ut.

Men å gjenkjenne og behandle smerte, er ikke nok i seg selv. Olsen er opptatt av at vurderingene gjøres regelmessig, systematisk og at de dokumenteres.

– Først da kan vi se pasientens utvikling og vite hvilken effekt behandlingen har over tid, påpeker Olsen, som nylig forsvarte sin doktorgradsavhandling på tematikken.

## EN SKALA FRA 1 TIL 10

Hvor har du vondt? Kan du beskrive smertene? Hvor kraftige er de på en skala fra én til ti?

Langt fra alle pasienter kan svare muntlig på slike spørsmål.

– Tidligere har det vært vanskelig å vite hvor godt vi treffer med smertelindringen til intensivpasienter, sier Olsen.

– Om vi medisinerer for lite, for mye eller passe.

Når for eksempel medikamenter, respiratorbehandling og bevissthetsnivå reduserer evnen til å kommunisere verbalt, må helsepersonell se etter og gjenkjenne andre tegn.

På en intensivavdeling har dessuten pasienter ofte begrensede muligheter til å bevege seg på grunn av tilkøpling til teknisk og medisinsk utstyr.

## STANDARDISERING OG DOKUMENTERING

Selv om sykepleiere kan være svært drevne og dyktige i å vurdere språkløse pasienters smertenivå, mener Olsen det er problematisk når vurderingene verken er standardiserte eller dokumenteres.

– Det finnes gode kartleggingsverktøy, men de må brukes. Først når vi gjør det, kan vi se om pasientene får riktig oppfølging – fra vakt til vakt og ved overføring mellom avdelinger og sykehus.

I 2010 tok Olsen en mastergrad der hun så

**«Tidligere har det vært vanskelig å vite hvor godt vi treffer med smertelindringen til intensivpasienter.»**

på brukervennlighet og pålitelighet for Behavioral Pain Scale (BPS), et verktøy for å vurdere smertenivå hos respiratorpasienter, med og uten intubering.

Verktøyet består av et observasjonsskjema, der sykepleieren vurderer pasientens ansiktsuttrykk, armbevegelser og samarbeid med respirator på en skala fra én til fire, for så å summere tallene i en smerteskår.

– Det finnes i dag mange ulike verktøy, men BPS og CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool), som også brukes i Norge, er etter min mening de klart beste, sier Olsen.

Den vesentligste forskjellen mellom BPS og CPOT er at sistnevnte også inkluderer

vurdering av muskeltunus.

## STORE VARIASJONER

– Da jeg begynte på intensiv, var ingen slike verktøy i bruk. I dag er det implementert mange steder, men det varierer kraftig hvor konsekvent bruken er, påpeker Olsen.

Og det er nettopp regelmessig og systematisk smertevurdering hun mener det skorter på i dag.

– Dette gjelder ikke bare intensivpasienter eller andre som ikke kan kommunisere verbalt. Her er det mye å gå på i norske sykehus!

I doktorgradsavhandlingen, som hun forsvarte 31. oktober, ble tematikken fra mastergraden fulgt opp. Her har hun studert effekten av å bruke smertevurdering systematisk gjennom hele intensivopphold.

Olsen har blant annet sammenliknet smertepåfølgningen for to grupper med voksne intensivpasienter. Sykepleierne med ansvar for den ene gruppen, ble bedt om å bruke en algoritme for regelmessig vurdering og oppfølging av smerte.

## REDUSERT LIGGETID

Mens andelen vakter som dokumenterte en standardisert smertevurdering var 7 prosent i gruppen som ikke brukte algoritmen, økte andelen til 75 prosent i gruppen som brukte algoritmen.

– Vi så ellers at både respiratortid og liggetid ble signifikant redusert for pasientgruppen der algoritmen ble brukt.

Undersøkelsen indikerte dessuten at menn smertekartlegges mindre enn kvinner og at det diskrimineres mellom ulike diagnoser. Blant annet ble algoritmen benyttet sjeldnere ved





SMERTESJEKKER: Brita Fosser Olsen fant i sin doktorgradstudie at intensivpasienter som ble regelmessig smertevurdert, fikk redusert både respiratortid og liggetid. Foto: Ingvald Bergsagel

traumer og forgiftning og hyppigere når pasienten hadde respirasjonsproblemer.

– Smertekartlegging er en veldig sentral sykepleieroppgave, og det kan være greit for helsepersonell å kjenne til at slik forskjellsbehandling kan forekomme, mener Olsen.

#### **SENTRAL SYKEPLEIEROPPGAVE**

Selv om BPS, etter Olsens oppfatning, er et godt verktøy, har det sine begrensninger.

– Ved for eksempel hjerneskade, lammelser, slag eller nevropatier gir ikke kroppen de samme signalene på smerter, påpeker hun.

– På en intensivavdeling er det dessuten

### «Smertekartlegging er en veldig sentral sykepleieroppgave.»

viktig at man kan skille mellom tegn som skyldes smerte, våkenhetsgrad og delir. Disse tingene henger sammen, men skal behandles ulikt.

#### **FORSKER VIDERE**

Da Brita Fosser Olsen startet på sin sykepleierkarriere for drøyt 20 år siden, hadde hun på

ingen måte ambisjoner om å bedrive forskning. Nå brenner hun for det, og for at flere sykepleiere skal gjøre det samme.

– Sykepleiere har andre innfallsvinkler og bryr seg gjerne om andre ting enn øvrige faggrupper, understreker hun.

Samtidig ser hun hvor viktig det er at forskende sykepleiere også fortsetter med klinisk arbeid. Hennes egen arbeidsgiver har lagt til rette for at Olsen kan ha en kombinert stilling.

– Jeg har videre søkt midler til et postdoktorprosjekt der jeg ønsker jeg å se på flere symptomer som plager intensivpasienter. ●

*Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no*



# PÅRØRENDE MÅ INFORMERES BEDRE

Hvis sykepleiere vet mer om hva pårørende til kreftpasienter trenger av informasjon, kan de ivareta dem bedre.

**AVSLUTTENDE OPPGAVE:**

Artikkelen bygger på  
**30 % praksis**  
 70 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2017.63578



**Tone Ladsten Klæning**  
 onkologisk sykepleier, Gastroenterologisk kirurgisk seksjon, Stavanger universitetssjukehus

**D**er det er pasienter, er det pårørende. Forskning viser at pårørende sjelden får tilstrekkelig informasjon underveis i et utrednings- eller behandlingsforløp med mindre de aktivt ber om det selv. Samtidig er det vanskelig å vite hvor mye helsepersonellet kan informere om i en situasjon som ennå ikke er avklart. Likevel er det ønskelig å holde pårørende oppdatert på framgangen i utredning og behandling.

Det er ikke sykepleierens ansvar å informere om endringer i sykdommen, og sykepleieren kan være redd for å si for mye i møte med pårørende. Mye av informasjonen pårørende får, er fra pasienten selv, og da har kanskje noe av informasjonen blitt sensurert fordi pasienten ønsker å beskytte familien sin fra virkeligheten. Studier viser at pårørende selv sier at de ønsker tilrettelagt informasjon i de ulike stadiene av sykdommen for å være en ressurs for pasienten.

## HENSikten MED ARTIKKELEN

Denne artikkelen setter pårørende på dagsorden og viser noen av behovene pårørende har for informasjon. Artikkelen reflekterer over hvordan kreftsykepleieren kan bidra til å dekke dette informasjonsbehovet (1). Artikkelen bygger på en avsluttende oppgave

innen videreutdanning i kreftsykepleie i 2016 og baserer seg på en litteraturstudie.

Interessen for temaet bunner i egne erfaringer som sykepleier med hvordan pasientens pårørende fort blir satt i skyggen av pasienten selv. Forskning og litteratur peker på pårørendes informasjonsbehov og viser at mangelen på informasjon og støtte kan ha uønskete konsekvenser for pårørendes psykiske og fysiske helse.

De viktige rollene pårørende og uformelle pleiere innehar, er kommet tydeligere på dagsorden de senere årene. Likevel er dette et tema som det ikke åpnes særlig for verken i utdanningsforløp, praksis eller ny fagutvikling og forskning.

I denne artikkelen ønsker vi å bidra med kunnskap og refleksjon som kan hjelpe sykepleieren til å ta bedre valg når vedkommende skal informere pasientens nærmeste. Vi ønsker også å bidra til at sykepleieren kan informere på en måte som ivaretar de pårørende.

## KREVENDE FOR PÅRØRENDE

I et historisk perspektiv er det pårørende som har hatt hovedansvaret for pasienter. Det er først i de seneste tiårene vi har sett et skifte over til offentlig helsevesen (2). I 2014 var det over 30 000 nye tilfeller av kreft i Norge,

og ved utgangen av samme år var det over 240 000 mennesker i Norge som enten levde med eller hadde blitt kurert for sin kreftsykdom (3). Det vil si at det i 2014 var omkring en halv million pårørende til mennesker som hadde eller har hatt kreft.

Det å være pårørende til et menneske som har kreft, kan være vel så utmattende og livsomvendende som det å være pasienten (4, 5). Det har stor innvirkning på både den mentale og fysiske helsen og kan medføre hard belastning (4, 6). For pasienten er bekymringen for egne barn og familiens helse og lykke sentral. Denne bekymringen understreker hvor viktig det er at helsepersonell inkluderer pårørende og bruker sine kunnskaper til å ivareta dem så godt som overhodet mulig (5).

I løpet av en sykdomsperiode vil ofte tidligere rollemønstre i familien endres. Det er derfor viktig at sykepleieren sammen med pasienten er oppmerksom på disse endringene, og på hva de kan innebære for pasientens relasjon til de nærmeste (5, 7).

## PÅRØRENDE I HELSEVESENET

Pårørende kan miste oversikten i møte med et stort og komplekst helsevesen. Når de møter helsevesenet, er det pasienten det dreier seg om, og det kan være vanskelig

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Pårørende får sjelden tilstrekkelig informasjon underveis i et utrednings- eller behandlingsforløp, med mindre de aktivt ber om det selv. For helsepersonell er det vanskelig å vite hvor mye de kan informere om i en situasjon som ennå ikke er avklart. Samtidig er det ønskelig å holde pårørende oppdatert på framgangen i utredning og behandling. Pårørende selv sier at de ønsker tilrettelagt informasjon i de ulike stadiene av sykdommen.

## Nøkkelord

- Kreft
- Pårørende
- Informasjon





**KREFTSYKE:** Pårørende ønsker tilrettelagt informasjon i de ulike stadiene av sykdommen for å være en ressurs for pasienten. Illustrasjonsfoto: Roger Hardy / Samfoto / NTB scanpix

å bli sett og ivaretatt som pårørende (5).

Det er pasienten som peker ut pårørende, og pasienten har også mulighet og rett til å begrense hvilken informasjon som kan gis videre til pårørende (8, 9). Denne retten til begrensning gir kreftsykepleieren lovmessige restriksjoner. Ikke minst skaper den også et etisk dilemma om hvordan sykepleieren kan forholde seg til pårørendes informasjonsbehov og samtidig ivareta de pårørendes (10).

Det å ha pasienten som portvokter til all informasjon kan ha en negativ effekt på familieliv og pårørendes psykiske helse. Dessuten begrenser det helsepersonellens mulighet til å gi generell informasjon om diagnose og vanlig

behandling (6). Helsepersonellet kan dessuten veilede pårørende om hvordan de kan finne informasjon på egen hånd (4).

#### **USIKKERHET OM PROGNOSE**

Tanken på fremtiden er noe av det vanskeligste pårørende må håndtere når en i nær familie får en kreftdiagnose (11–13). Flere av de pårørende forteller at den første reaksjonen på kreftdiagnosen var at de kom til å miste sin nære, noe som føltes som et sjokk (14).

Usikkerheten pårørende opplever i kreftforløpet, er gjerne relatert til tanker rundt prognose og en eventuell kur (9, 15). Spørsmålene som går igjen, er hvorvidt det finnes en kur, hvor dårlig prognosen er og hvordan pasienten ligger an ved et eventuelt tilbakefall.

I all hovedsak sier respondente at de vil ha klare svar på hva de kan forvente og på hvordan prognosen er (13). Pårørende sier at

«**Mye av informasjonen pårørende får, er fra pasienten selv.**»

de trenger hjelp til å håndtere all usikkerheten. En studie viser at nesten 50 prosent erfarte at ingen fortalte dem hva de kunne forvente framover (9).

En annen bekymring hos

pårørende til kreftpasienter er det arvelige aspektet (11, 13). Det blir sjelden informert om mulig arvelighet (13).

#### **MÅ HA KUNNSKAP**

Informasjon om medikamenter og bivirkninger er et av de viktigste, og minst møtte, behovene til pårørende. Det er avgjørende å ha tilstrekkelig informasjon for å kunne ta vare på den kreftsyke best mulig (13). Leger og sykepleiere kan lett undervurdere pårørendes behov for medisinsk informasjon om pasientens diagnose. Pasienten selv er generelt mer fornøyd med informasjonen som blir gitt enn det pårørende er (15).

Mye av dagens kreftbehandling foregår poliklinisk, og flere pasienter





blir boende hjemme gjennom behandlingen (1). Den økende andelen av poliklinisk kreftomsorg kan gjøre det vanskeligere å involvere seg som pårørende fordi de får mindre kontakt med helsepersonellet (1, 16).

En økende andel av pårørende inntar omsorgsroller for sine nærmeste i hjemmet. I tillegg til de offentlige instansene har de en betydelig rolle som omsorgsgivere og pleiere (4, 12). Derfor er det viktig for pårørende å ha kjennskap til symptomer og bivirkninger av behandlingen. Kunnskap om symptomer og bivirkninger kan forhindre unødvendige innleggelse på sykehus og ytterligere belastninger for pårørende (7, 12).

## ANNEN INFORMASJON

Tilrettelagt informasjon er noe av det pårørende savner mest. I de tilfellene de får informasjon, er denne lik informasjonen pasienten får. Flere av studiene viser at pårørende synes det kan være vanskelig å finne informasjonen de trenger. Det å finne slik informasjon krever mye arbeid og tar krefter som kunne vært til bedre nytte i andre situasjoner.

Det er pasienten, helsepersonellet og internett som er de vanligste kildene til informasjon. De pårørende forteller at de trenger hjelp til å vite hvor de skal lete, og at det er for mye informasjon å jobbe seg gjennom (13, 14). Verken pårørende eller pasienten vet hvor de kan finne det de har behov for – det være seg informasjon eller annen støtte (11, 14).

Pårørende søker selv mer informasjon før de går til medisinsk personell med spørsmål. Uvitenhet og mangel på kunnskap vanskeliggjør kommunikasjonen med helsevesenet. Flere svarer at de ikke vet hva de skal spørre om, rett og slett fordi de ikke har nok kunnskap (11). De vet ikke hvilke spørsmål som skal stilles før de har den rette bakgrunnskunnskapen, men samtidig kan informasjonen de finner, være utdatert (11).

Pårørende ønsker at helsepersonellet informerer om hvor de

kan finne informasjon som er oppdatert og gyldig (11). I deres øyne er det helsepersonellet som sitter med mye av kunnskapen om temaene de pårørende trenger informasjon om. Derfor er det jo også logisk at helsepersonellet har kunnskap om hvor disse ressursene finnes (14).

## ØNSKER Å STØTTE

Pårørendes informasjonsbehov endrer seg stadig gjennom sykdomsforløpet. Informasjonsbehovet varierer fra diagnosetidspunktet til et eventuelt tilbakefall eller metastaserende sykdom. Derfor må informasjonen tilpasses sykdomsstadiet (11, 13, 14).

Sorg er ikke kun knyttet til død. Å få en kreftdiagnose kan gi stor sorg (4). Situasjonen er uforutsigbar også for pasientens pårørende, og mye av forskningen viser at pårørende ønsker å være stabile støttespillere for pasienten. Det kan fort bli vanskelig når de pårørende selv har ubearbejdede følelser (4, 7).

## FORSØMT OMRÅDE

Denne artikkelen kaster lys over et utfordrende og til dels forsømt område. Det er sykepleierne som møter pårørende til kreftpasienter. Sykepleierne må bevisstgjøres på de daglige utfordringene og etiske dilemmaene knyttet til pårørendes informasjonsbehov. De må også være klar over at dette behovet kan komme i skyggen av pasientens ønske om hvem det skal informeres til og hva det skal informeres om.

Som sykepleier er det viktig å fokusere på pårørende. Pårørende har stor betydning i pasientens hverdag. De må være godt informert og trygge på at valgene de gjør, er til det beste for pasienten.

Når helsepersonell møter pårørende med relevant informasjon, kan pårørende føle at de har oversikt og kontroll over situasjonen. Sykepleierne kan hjelpe pårørende med å se deres egne ressurser, slik at pårørende kan håndtere denne nye, ukjente og uoversiktige situasjonen. ●

## REFERANSER:

- Blindheim K, Thorsnes SL, Brattaas HV. Pårørende trenger støtte. *Sykepleien* 2016;1:42–46. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/12/paerorende-til-kreftpasienter> (nedlastet 12.09.2017).
- NOU 2011: 17. Når sant skal sies om pårørendeomsorg – fra usynlig til verdsatt og inkludert. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
- Kreftregisteret. Cancer in Norway 2014 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway; 2015.
- Böckmann K, Kjellevold A. Pårørende i helse- og omsorgstjenesten? – en klinisk og juridisk innføring. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
- Rustøen T. Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren? Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
- Hanssen H, Sommereth R. Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsevesenet. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2014;2:62–75.
- Grov, E. K. Pårørende. I: Reitan AM, Schjølberg TK (red.) *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*. 3. utgave. Oslo: Akribes; 2010:269–80.
- Foster C, Myall M, Scott I, Sayers M, Brindle L, Cotterell P et al. «You can't say what about me? I'm not the one with cancer»: information and support needs of relatives. *Psycho-Oncology*. 2014;24:705–11.
- Schmid-Büchi S, van den Borne B, Dassen T, Halfens RJG. Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;20:1115–24.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 4 om helsepersonell (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 12.09.2017).
- Andreassen S, Randers I, Näsland E, Stockeld D, Mattiasson AC. Family members' experiences, information needs and information seeking in relation to living with a patient with oesophageal cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2005;14:426–34.
- Angelo JK, Egan R, Reid K. Essential knowledge for family caregivers – a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19:383–8.
- Beaver K, Witham G. Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007;11:16–25.
- Fitch M, Allard M. Perspectives of husbands of women with breast cancer: Information needs. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2007;17:79–82.
- Andreassen S, Randers I, Näsland E, Stockeld D, Mattiasson AC. Information needs following a diagnosis of oesophageal cancer: self-perceived information needs of patients and family members compared with health-care professionals: a pilot study. *European Journal of Cancer Care*. 2007;16:277–85.
- Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*. 2015;121:1513–9.

## «Pårørende kan miste oversikten i møte med et stort og komplekst helsevesen.»

## FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



Eldre kan leve i frykt for familien.

Voldsutøveren slutter ikke, sier Kristin Bye Adeler.

# Snakk høyt om eldre vold

● Fortalt til **Monica Hilsen**

## Fakta

**Nyutdannet sykepleier i**

**1988**

## CV

**1988-1997:** Røde Kors-hjemmene

**1994-1995:** Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie

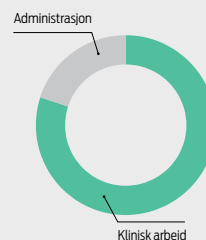
**1998-2000:** Videreutdanning i gruppetode,

**2001-2005/2007-:**

Fagkonsulent Vern for eldre (VFE), Oslo kommune



**Når jeg jobber driver jeg med ...**



Vold rammer mennesker i alle aldre, men det spesielle med eldre volden er at overgriperen ofte er i en nær relasjon. Et barn eller barnebarn som står deg nær, er ikke lett å anmelde. Skam og skyldfølelse for situasjonen gjør det enda vanskeligere. Det gjør også at den eldre ofte ikke identifiserer seg som voldsoffer, men er mer opptatt av at utøver bør få hjelp.

Eldre personer kommer til oss gjennom akuttmottaket på legevakt, eller vi blir kontaktet av helsepersonell, kommunen eller politi. Vi har et godt samarbeid med alle disse instansene. Vern for eldre er et tilbud ved Sosial og ambulansetjeneste ved Oslo legevakt. I tillegg drifter vi Nasjonal kontakttelefon hvor voldsutsatte eldre fra hele landet kan ringe inn.

Når kontakt er opprettet, tilbyr vi oppfølging her på legevakten eller drar på hjemmebesøk. I tillegg til å kartlegge og ivareta den voldsutsattes sikkerhet, må vi alltid også trygge egen sikkerhet. Kartlegging er videre et stikkord for samarbeid/oppfølging av den voldsutsatte situasjon. I oppfølgingen er fastlegen en nøkkelperson.

Ambivalens er nesten alltid en tilstedeværende faktor i relasjonsvold. Avhengighet, kjærlighet og håp om at volden opphører gjør at mange velger å bli værende i voldssituasjonen. Min jobb er å fortelle at volden ikke er normaltstanden. Vi tilbyr også overgriperen hjelp. Dette kan gi den utsatte motivasjon til å komme vekk fra volden.

Det er ikke uvanlig at volden blir oppdaget på grunn av fysiske skader. Det er viktig å huske på at den psykiske volden er minst like belastende og alvorlig over tid, og at den gjenner seg om vi ikke gjenkjenner den. 2-4 prosent av eldre voksne over 65 år opplever en eller fler former for vold årlig.

Straffeloven og avvergingsplikten gir alle plikt og mulighet til å hindre og forebygge vold. Helsepersonell er den gruppen som kommer nær den eldre. De må lære å se varsler og endringer på den gamle. Blåmerker, brudd, uro og frykt trenger ikke være aldersrelatert.

Å utøve sykepleie ved å forebygge vold i nære relasjoner hos eldre har vært både faglig og personlig givende, men også utfordrende. Dette forutsetter godt og faglig kollegaskap, slik det er på min arbeidsplass. ●



**TRYGGE OMGIVELSER:** Kristin Bye Adeler har møte her på samtalerommet med den voldsutsatte. Foto: Monica Hilsen





Det etisk riktige er å handle til «pasientens beste»,  
men hva som virkelig er det beste, vil fagfolk kanskje strides om.

# Når pasienten er livredd sin primærkontakt



Fakta

## Lillian Lillemoen

forsker, Senter for medisinsk etikk, UiO og medlem av Rådet for sykepleieetikk, Senter for medisinsk etikk, UiO



Fakta

## Per Nortvedt

Professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Pasienten, en eldre mann med alvorlig og sammensatt psykisk lidelse, reagerer sterkt på sin mannlige primærkontakt. Mannen er preget av paranoide forestillinger med syns- og hørselshallusinasjoner. Han opplever blant annet å se at ansatte har skytevåpen.

Stemmene og synshallusinasjonene er spesielt rettet mot primærkontakten, og mannen reagerer med synlige fysiske reaksjoner. Han blir skjelven og sterkt angstpreget. Han er svært avvisende overfor sin primærkontakt og lar seg vanskelig korrigere og skjærme.

Pasientens primærkontakt uttrykker forståelse for at det er den eldre mannens lidelse og sterke angst som fører til at han blir avvist. Kanskje fordi han er redd for primærkontakten fordi han er mann, og vrangforestillingene hans er knyttet mer til menn enn til kvinner. Til tross for at primærkontakten ofte føler seg handlingslammet og ikke kommer i posisjon til å yte god omsorg og hjelpe patienten slik han ville ønsket, er han beredt til å stå i den vanskelige situasjonen.

### FORUTSIGBARHET ER VIKTIG

Miljøpersonalet har som mål å framstå som eksempler på stabilitet og kontinuitet, være noe forutsigbart i en tilværelse som ofte oppleves motsatt når pasienten har store problemer.

Mange pasienter bærer med seg historier med avvisning som innebærer at de forventer avvisning. Ved at personalet blir stående i vanskelige relasjoner, kan pasienten få en motsatt opplevelse. En opplevelse av at noen holdt ut med han eller henne og at personen var til å stole på.

I situasjonen med den eldre mannen, kan man spørre seg om det er terapeutisk og god pasientbehandling når man ikke kommer i posisjon til å kunne gi omsorg. Situasjonen blir en betydelig belastning, ikke bare for den aktuelle pasienten og primærkontakten, men også for det terapeutiske miljøet for øvrig, som stadig må trå til i de situasjonene der primærkontakten ikke kommer i posisjon til å hjelpe pasienten.

### HVILKEN HANDLING ER BEST FOR PASIENTEN?

Hensynet til pasientens ve og vel er et overordnet etisk prinsipp i helsepersonellens virke. Velgjørenhetsprinsippet finnes også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Her heter det blant annet at sykepleiere skal lindre lidelse, understøtte håp, livsmot og mestring.

Spørsmålet er bare hvilken handling som vil bidra til at pasientens ve og vel ivaretas. Umiddelbart kunne en tenke at det er å bytte primærkontakt – at pasientens angstsymptomer er knyttet til en spesiell person, og at bytte av primærkontakt vil redusere hans lidelse. Kanskje det kan være hendelser i pasientens liv som får ham til å reagere så angstfylt overfor sin mannlige primærkontakt.

Men hva hvis problemet forflytter seg slik at pasientens angstuttrykk nå opptrer i relasjonen til den nye primærkontakten? Kanskje det viser seg at angstsymptomene heller er et uttrykk for et mer generelt symptombilde enn noe som kan knyttes til en spesiell person?

For fagansvarlig dreier situasjonen seg imidlertid også om hensynet til arbeidssituasjonen for pasientens primærkontakt og de øvrige ansatte, samt for enhetens ressursbruk.

### ULIKE VERDIHENSYN

Hva er rett å gjøre i situasjonen? Faglige standarder er oftest basert på det vi vurderer som sann kunnskap, kunnskap vi har et rimelig godt grunnlag for å si virker. Men her står vi overfor en situasjon hvor fagkunnskapen alene ikke forteller oss hvilken handling vi skal velge. Situasjonen kjennetegnes av ulike verdihensyn, og spørsmålet er hva som skal veie tyngst. Vi står overfor et etisk problem, og spørsmålet er hvilke handlingsalternativer vi har.

Hensynet til de ansatte blir ivarettatt gjennom støttesamtaler og veiledning, ikke bare for primærkontakt, men også de øvrige ansatte. Hvordan de skal møte den angstfylte pasienten, er betydningsfulle tiltak fagansvarlig kan og bør iverksette.

Det er også et spørsmål om det er mulig å fremskaffe informasjon som kan gi en pekepinn på hvorfor pasienten reagerer som han gjør, for eksempel fra pårørende, fastlege eller spørre

pasienten selv hvis det er aktuelt. I tillegg er det av relevans om pasienten synes å reagere mindre angstfylt på andre ansatte.

#### ET DILEMMA

Et alternativ er å støtte primærkontakten i å stå løpet ut. Situasjonen har trolig en betydelig innvirkning på hvordan primærkontakten vurderer seg selv som fagperson – på egen evne til å håndtere en faglig og etisk krevende pasientrelasjon.

Å være vitne til at en kollega mislykkes i sin relasjon til en pasient, sammen med det faktum at andre da stadig må trå til

### «Han blir skjelven og sterkt angstpreget.»

for å avhjelpe situasjonen, vil trolig oppleves som belastende. Problemet kan dermed i neste omgang utvikle seg til også å gå ut over de øvrige pasientene på avdelingen.

#### HVA ER BEST FOR PASIENTEN?

Den etisk rette handlingen vil slik vi ser det være å handle til «pasientens beste», men hva som er det beste, vet vi ikke helt. Og kanskje vil fagfolk strides om det.

Hadde situasjonen vært avgrenset til «bare» å dreie seg om pasientens avvisning, ville svaret kanskje vært å forsøke enda litt til. Primærkontakten ville fått støtte til å bli værende hos pasienten og fått hjelp til å tåle og å håndtere pasientens avvisning.

Men situasjonen dreier seg ikke bare om pasientens avvisning av primærkontakten, – den dreier seg også om pasientens sterke lidelsesuttrykk. Noen vil kanskje likevel si at det er til pasientens beste å stå i relasjonen, mens andre vil si at det viktigste overordnede prinsipp her er å bidra til å gjøre pasienten trygg.

Tross risiko for at problemet ikke løses, bare forskyves over til en ny person, og at avdelingen totalt sett vil komme til å erfare belastningen enda større, har kanskje fagansvarlig ingen annen mulighet enn å velge å foreta et bytte i primæransvaret for pasienten? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



# MOBILBRUK KAN SKADE SAMSPILLET MED BARN

Tidlig samspill mellom barn og foreldre er viktig for barnets utvikling. Redusert tilgjengelighet og avbrutt kontakt som følge av mobilbruk kan skape stress hos barnet og forstyrre relasjonen.

**FAGARTIKKEL:**

Artikkelen bygger på  
30 % praksis  
70 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleienn.2017.63259



**Siri Amalie Hansen**  
Helsesøster/  
psykiatrisk sykepleier, Østensjø helsestasjon

**T**idlig samspill mellom foreldre og barn har stor betydning for barnets utvikling, både språklig, kognitivt og emosjonelt. Økende skjerm- og mobilbruk blant foreldre kan påvirke kvaliteten på samspillet, ved økt distraksjon og mindre oppmerksomhet til barnet (1).

I 2017 har 80 prosent av befolkningen smarttelefon (2). I aldersgruppen 25–44 år oppgir drøyt 95 prosent at de ofte bruker mobilen til å kople seg til internett (3). Av dem som i 2015 var på internett i løpet av en gjennomsnittlig dag, var 70 prosent innom Facebook og 44 prosent hadde brukt banktjenester og 73 prosent hadde lest nyheter (4). Slik aktivitet kan ta mye tid, og dette vekker bekymring for det familiære samspill.

## MANGEL PÅ KUNNSKAP

Foreldres mobilbruk er derfor et aktuelt tema for alle som arbeider med foreldre og barn. Vi erfarer at det er mangel på kunnskap om mulige skadevirkninger for barnet og hvordan slik informasjon best kan formidles til foreldre.

Helsesøster er i kontakt med 98 prosent av alle familier. En viktig oppgave i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på helsestasjonen er å bidra til å fremme

et godt samspill mellom foreldre og barn. «Samspill i fokus» er overskriften som er blitt presentert i ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonen. Temaet samspill er anbefalt å bli tatt opp ved alle konsultasjoner.

Temaene «Foreldrenes mobil- og skjermbruk» og «Bruk av sosiale medier» skal tas opp ved fire uker, seks måneder, to år og fire år (5). Av erfa-

**«Det er mangel på kunnskap om mulige skadevirkninger for barnet.»**

ring mener vi at temaene bør diskuteres med foreldrene allerede ved hjemmebesøket og oftere i løpet av de første levemånedene.

Faglige beslutninger skal være basert på kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at informasjon og veiledning til foreldrene skal bygge på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap i tillegg til brukererfaringer. Vi har grunn til å tro at når foreldrene kjenner til bakgrunnen for informasjonen vi formidler, så vil de regulere bruk av mobiltelefon i

samvær med barnet sitt.

## TIDLIG SAMSPILL

Med tidlig samspill menes samspill mellom foreldre og barn i første leveår. Dette omhandler overføring av informasjon, regulering av atferd og følelse av samhörighet.

I samspillet vil foreldrene og barnet ha et felles mål om interaksjon og kommunikasjon. Barn har kapasitet til å inngå i sosial kommunikasjon med andre mennesker allerede fra fødselen. Omsorgspersonene vil være spesielt betydningsfulle i den første tiden. Bare en time gammel kan barnet etterlikne forelderen og ta del i en dialogliknende kommunikasjon. Barnet imiterer den voksne ved for eksempel å rekke tunge, gape og etterlikne ansiktsuttrykk (6). Spedbarnets kapasitet til å respondere og ta initiativ i samspill vil gradvis øke. Ved to ukers alder vil spedbarnet kunne kommunisere med lyder og bevegelser.

## FELLESKAP

Ansikt-til-ansikt-kommunikasjon mellom foreldre og barn er svært viktig i et samspill. I tidlig samspillsfase får foreldre og barn en umiddelbar fornemmelse av fellesskap med følelsesmessig synkronisering og veksling med å gi og motta kontakt.

Gjensidigheten betyr at ikke bare foreldrene følger spedbarnets rytme og kommunikasjon, men at barnet

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Det sosiale samspillet mellom foreldre og barn har stor betydning for barnets utvikling og tilknytning. Avbrytelser og delt oppmerksomhet med mobilbruk kan skape utfordringer. Ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonen anbefaler veiledning til foreldrene ved fire uker, seks måneder, to år og fire år. Som helsesøster argumenterer vi for å ta opp temaet tidligere og oftere.

## Nøkkelord

- Mobil
- Samspill
- Foreldre
- Barn





**FEIL FOKUS:** Mobilbruk tar oppmerksomheten bort fra barnet. Hvis det skjer ofte, kan det på sikt skade barnets helse. Illustrasjonsfoto: Mostphotos.

også kan registrere den voksnes tilstand og følelsesuttrykk, blant annet gjennom å lese og tolke den voksnes ansikt og kroppsspråk. Barnets kapasitet til en slik deltakelse vises allerede kort tid etter fødsel (7).

Ved tre måneders alder vil barnet også kunne gi et mer aktivt uttrykk og positiv affekt rettet mot omsorgsgiver. Ved økende alder vil samspillet kunne foregå over lengre tidssekvenser, og barnet vil kunne kommunisere med smil, gester og vokalisering (8). Ved åtte, ni måneders alder vil samspillet også dreie seg om felles

oppmerksomhet på objekter i omgivelsene ved at oppmerksomhet ledes ved å peke, lage lyd eller bruke gester som utgangspunkt for kommunikasjon og samtale (9).

#### **EMOSJONELT TILGJENGELIGE**

Forskning har vist at spedbarn er sosialt kompetente individer fra fødselen av, men for at utviklingen skal forløpe normalt, er de helt avhengige av at omsorgspersonene er emosjonelt tilgjengelige, både sensitivt og bekreftende.

Sensitivitet kan forstås som

omsorgspersonens tendens til å oppfatte og nøyaktig tolke barnets signaler og reaksjonstendenser, for deretter å respondere på riktig måte så raskt som mulig. Begrepet emosjonell tilgjengelighet blir brukt for å beskrive både omsorgspersonens og barnets atferd i en relasjonell kontekst (10, 11).

Det såkalte «Still-face»-eksperimentet (11) viser nettopp hvor sensitive spedbarn er overfor den affektive kvaliteten på samspillet. Her deltok sju spedbarn i alderen en til fire måneder.

Omsorgspersonen fikk instruks om å «bryte samspillet» og unnlate å reagere på signaler fra barnet med et ubevegelig «steinansikt». Mødrenes fraværende respons førte til stresset atferd hos barna. Gjentakende og langvarig stress kan påvirke hjernens utvikling hos barn som er særlig mottakelige og formbare for spesielle erfaringer og læring i de første leveårene (12).

Hjernens sensitivitet i spedbarnsalder gir store muligheter for læring, men øker samtidig





sårbarheten for uheldig utvikling (13). Kvaliteten på tidlig samspill antas dermed å ha betydning for barns videre utvikling når det gjelder regulering av følelser og tilknytning til omsorgspersoner.

### ØKER STRESSNIVÅET

Nyere forskning har tatt eksperimentet videre ved at de observerte barnets reaksjoner underveis. Funn viser at barnet tok mindre initiativ i interaksjon, smilte sjeldnere og begynte å gråte raskere når forelderen ikke responderte. Ved avbrutt respons, økte barnets stressnivå, som var størst i fasen der barnet og forelderen skulle gjenopprette kontakten (14).

NRK viste en liknende sekvens i et TV-program i fjor (15) der mors utilgjengelighet for barnet skyldtes bruk av mobiltelefon. De tre barna som deltok, viste de samme reaksjoner som spedbarna i «Still face»-eksperimentet (15). Med tanke på avbrutt samspill og manglende blikkontakt har altså «Still face»-eksperimentet fellestrekk med foreldres samspill med barnet når de bruker mobiltelefon.

### FORELDRES HOLDNINGER

Studier kan dokumentere den indirekte påvirkning som mobil- og

skjermbruk kan ha på foreldre-barn-interaksjonen (16, 17, 18). Mindre oppmerksomhet og respons fra foreldrene kan påvirke samspillet.

Mobilbruk vil også ta konsentrasjonen bort fra barnet. Foreldrenes oppmerksomhet blir delt, og tilgjengeligheten blir mindre. Følgene kan bli mindre ansikt-til-ansikt-interaksjon, samt mindre sosial og fysisk tilstedeværelse i samspill med barnet.

Oppsummert forskning fra 27 studier viste at foreldres holdning og bruk av mobiltelefon hadde stor betydning for samspillet med barnet (19). Mødre som var opptatt med mobiltelefonen, responderte mindre på barnets signaler og hadde mindre verbal og nonverbal kommunikasjon. Respons og sensitivitet i samspillet var dårligere sammenliknet med mødre med mindre mobilbruk.

### MAT OG STELL

En av studiene (19) viste at mødres bruk av mobiltelefon under måltider kunne påvirke barnets matsituasjon og rutiner. Mating og stell er eksempler på anledninger for god interaksjon hvor man kan være synkront med barnet.

Barn av mødre som hyppigere

brukte mobiltelefon, var også mer utsatt for ulike risikosituasjoner som for eksempel å klatre på bord (20, 21). Slik kan det synes som foreldres mobilbruk

representerer både en psykisk og fysisk risikofaktor for barns helse, tilsvarende «Still face»-eksperimentet. Liknende studier er oss kjent ikke utført i Norge eller Skandinavia, men

vi kan anta at samme resultat også vil kunne bli funnet her.

### HELSESTØSTERS PRAKSIS

Utstrakt mobilbruk hos foreldre kan være uheldig for samspill med barnet. Brudd i samspill og manglende kommunikativ respons kan påvirke barnet (22). På bakgrunn av erfaringer og funn fra studier om samspillets betydning for barnets utvikling, foreslår vi altså at temaet tas opp både tidligere og oftere enn det den nye retningslinjen fra Helsedirektoratet anbefaler (5).

Ikke alle helsestasjoner tilbyr gruppekonsultasjon (barselgruppe) ved fire ukers alder og/eller barnet kan ha rullet å bli opp

«Ansikt-til-ansikt-kommunikasjon mellom foreldre og barn er svært viktig.»



mot tre måneder før det blir gjennomført. Erfaringsmessig er det på langt nær alle mødre som møter opp til denne konsultasjonen, og det er sjelden at fedre deltar.

Vi ønsker derfor at mobiltelefon og samspilltematikken tas opp allerede på hjemmebesøket som er anbefalt gjennomført når barnet er sju til ti dager, og hvor fedre oftest har mulighet for å delta. Ved dette første møtet samtaler helsesøster om barnets temperament og initiativ til kontakt (5). Det er hensiktsmessig å samtidig fortelle om grunnleggende samspillsfaktorer som blikkontakt, bruk av stemme, ulike ansiktsuttrykk, god berøring og dialogliknende kommunikasjon mellom barnet og foreldrene.

#### EGNE ERFARINGER

Hvilke erfaringer foreldrene selv har hatt i kontakten med barnet sitt, er et godt utgangspunkt for samtalen, samtidig med refleksjon over mellommenneskelige relasjoner og hvordan samvær de ønsker med sitt barn. Det at foreldrene selv setter ord på sine tanker om egen mobilbruk, vil trolig ha bedre effekt enn at helsesøster forteller dem hva hun mener at de bør gjøre.

Helsesøsters formidling av kunnskap om temaet kan bidra til at foreldrene blir bedre i stand til å ta hensiktsmessige valg. Dialogen om mobilbruk med foreldrene bør gjentas regelmessig det første leveåret for å sikre at et godt samspill blir ivaretatt fra barna er ganske små. Disse første konsultasjonene er nære i tid, og helsesøster får anledning til å følge opp samtalen fra forrige gang, fordi foreldrene gis mulighet til å reflektere over temaet i mellomtiden. Fedre bør oppfordres til å delta på konsultasjonene på helsestasjonen – deres bidrag i samspillet har stor betydning for barnets utvikling (23).

#### REDUSER BRUKEN

Hva er for mye mobil? Dette er uvisst. Barn tåler brudd i samspill uten at dette gir varige skader, men utstrakt mobilbruk kan være

urovekkende da bruddene vil være både hyppige og mer omfattende. Dette vil kunne påvirke barnets interaksjon på en måte som på sikt kan være skadelig for barnet.

Vi har i dag ikke tilstrekkelig kunnskap om foreldres mobilbruk og påvirkning på samspillet, men vi har pålitelig kunnskap om at hyppige brudd i interaksjonen mellom foreldre og barn ikke er gunstig for et godt samspill (14).

Barns evne til å regulere stress er ikke ferdig utviklet, og barns stressreaksjon aktiveres lettere enn hos voksne. Stress er ugunstig i en sensitiv periode for hjernens utvikling. Stress er også lite gunstig der tidlig samspill skal etableres (24).

Denne kunnskapen er vesentlig å dele med foreldrene. Helsesøster kan oppfordre foreldrene til å iverksette enkle regler og innarbeide gode vaner som kan fungere for dem. Noen klarer å legge mobiltelefonen helt bort mens barnet er våkent og unngår da usikkerhet om hva som er for mye mobilbruk. For helsesøster er det viktig å støtte foreldrene i at all redusert bruk av mobiltelefon er et gode.

#### MOBILFRI SONE

Barselavdelinger og helsestasjoner henger opp oppslag som tydeliggjør et ønske om mobilfri sone. Samtidig synes problematikken å være lite omtalt av fagfolk i møtet med familiene. Foreldrenes mobilbruk sammen med barnet er ikke nødvendigvis skadelig i seg selv, men det kan være en risikofaktor for barnets utvikling.

Dersom foreldrenes mobilbruk er av en slik hyppighet og karakter at det stadig blir avbrudd i kontakten med barnet, kan dette få negative konsekvenser for barnets helse. På bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag bør fagfolk som jobber med sped- og småbarnsfamilier bidra med kunnskap og refleksjon rundt utfordringene knyttet til hvordan mobilbruk kan påvirke samspillet med barnet.

Helsesøstre har for eksempel anledning til å ta opp mobilbruk med alle foreldre allerede på

hjemmebesøket og også ved konsultasjonene når barnet er seks uker og tre måneder gammelt, i tillegg til de anbefalte alderstrinnet fire uker, seks måneder, to år og fire år (5). ●

#### REFERANSER:

1. Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA, Schmidt MA, Anderson DA. The impact of background television on parent-child interaction. *Child Dev.* 2009;80(5):1350-59.
2. MedieNorge. Andel som har smarttelefon; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/ikt/379> (nedlastet 01.09.17)
3. Statistisk sentralbyrå. Bruk av IKT i husholdningene, 2016, 2. kvartal; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikk/ikthus/aar> (nedlastet 16.05.17)
4. Statistisk sentralbyrå. Norsk mediebarometer 2015; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikk/medie/aar/2016-04-14> (nedlastet 01.09.17)
5. Helseinspektatet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helseinspektatet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelset...> (nedlastet 17.09.17)
6. Simpson EA, Murray L, Paukner A, Ferrari PF. The mirror neuron system as revealed through neonatal imitation: presence from birth, predictive power and evidence of plasticity. *Philosophical transactions of the royal society* 2014. DOI: 10.1098/rstb.2013.0289
7. Trevarthen C. The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. I: *The social foundations of language and thought*. New York: W.W. Norton; 1980 (s. 316-42).
8. Lavelli M, Fogel, A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Developmental psychology* 2005; 41(1):265.
9. Trevarthen C, Hubley P. Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts and meaning in the first year. I: A Lock A. (red). *Action, gesture and symbol. The emergence of language*. London: Academic Press; 1978.
10. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child development* 1983; 54(1):185-93.
11. Tronick EZ, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton T. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 1978; 17:1-13.
12. Berg-Nielsen TS. Tidlig stress og senere helseurovekkende

sammenhenger. I: Holme H, Olavsen E, S, Valla L, Hansen MB (red.). *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.

13. Tannes CK. Hjerneutvikling fra fosterlivet til voksen alder. Tidlige faktorer og erfaringers betydning. I: Holme H, Olavsen ES, Valla L, Hansen M B. (red.) *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske; 2016.
14. Ekas NV, Haltigan JD, Messinger DS. The Dynamic Still- Face Effect: Do Infants Decrease Bidding Over Time When Parents are Not Responsive? *Dev. Psychol* 2012. DOI: 10.1037/a0029330
15. NRK-viten. Hva skjer med babyen din når du gir oppmerksomheten til mobilen? Tilgjengelig fra: <https://tv.nrk.no/serie/teknologien-som-forandrer-oss/DMPV7300116/season...> (nedlastet 16.10.16.)
16. Anderson DR, Hanson KG. Screen media and parent-child interactions. I: *Media Exposure During Infancy and Early Childhood*. Springer International Publishing; 2017 (s. 173-94).
17. McDaniel BT, Coyne SM. Technology interference in the parenting of young children: Implications for mothers' perceptions of coparenting. *The Social Science Journal* 2016. DOI: 10.1016/j.sosocij.2016.04.010
18. Ventura, AK, Teitelbaum S. Maternal distraction during breast- and bottle feeding among WIC and non-WIC mothers. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2017; 49(7):169-76.
19. Kildare CA, Middlemiss W. Impact of Parents Mobile Device Use on Parent-Child Interaction: A Literature Review. *Computers in Human Behavior* 2017; 75: 579-593.
20. Radesky J, Miller AL, Rosenblum KL, Appugliese D, Kaciroti N, Lumeng JC. Maternal mobile device use during a structured parent-child interaction task. *Academic Pediatrics* 2014. DOI: 10.1016/j.acap.2014.10.001.
21. Radesky JS, Christakis DA. Increased screen time: Implications for early childhood development and behavior. *Pediatric Clinics of North America* 2016; 63(5): 827-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.06.006>
22. Braarud HC. Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2011; 48 (10): 968-72.
23. Skjærhaug, T Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. I: Holme, H, Olavsen ES, Valla L, Hansen MB. (red.) *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal; 2016.
24. Braarud HC, Nordanger DØ. Når vold og overgrep infiltrerer omsorgen for små barn. I: Holme H, Olavsen ES, Valla L, Hansen, MB. (red.). *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske; 2016.

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



Hjem til jul?

Les mer på [www.nsf.no](http://www.nsf.no)

**AVIS**





NYLIG PUBLISERT



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagartikler som bidrar til faglig utvikling og kompetanseheving. Her presenterer vi fagartikler som ikke har stått på trykk i bladet.

Fagartikkel



Forfattere:

## Palliasjon er også eksistensiell omsorg

Sølvi Anne Eide Lunde, Dagny Faksvåg Haugen og Mette H. Austrheim

**Problemstilling:** Eit samarbeid mellom prestetenesta og helsepersonell i Tysvær kommune sørga for betre eksistensiell og åndeleg omsorg for pasientar i palliativ fase.

**Hovedbudskap:** Fagutviklingsprosjektet om å sørge for eksistensielle og åndelege behov innanfor palliasjon i dei kommunale helse- og omsorgstenestene har bidratt til kompetanseheving og innføring av eit kartleggingsverktøy (HOPE-spørsmål). Det har og gitt betre kvalitet innanfor eksistensiell og åndeleg omsorg i prosjektkommunen. Prosjektet har kvalitetssikra rutinar for informasjonsoverføring og dokumentasjon av eksistensielle og åndelege behov, og bidratt til å etablere eit regionalt samhandlingsforum for kyrkje og helse.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

## Flaut å bli avslørt med kondom

Sunniva Fjellidal

**Problemstilling:** Det er flaut når noen oppdager at du har med deg kondom, synes guttene i undersøkelsen. Det er heller ikke alle som er komfortable med å hente prevensjonsmiddelet hos helsesøster.

**Hovedbudskap:** Gutter kan ha komplekse oppfatninger knyttet til kondombruk. Det kan være skamfølelse knyttet til det å bære med seg kondom, noe som kan ha stor betydning for kondombruken. Det å hente eller å bære med seg et kondom, blir assosiert med å vise sin seksuelle side.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



Forfattere:

## Hvordan lykkes med etikkarbeidet?

Morten Magelssen, Heidi Marie Karlsen, Reidar Pedersen og Lillian Lillemoen

**Problemstilling:** Når helsepersonell møter etiske problemer i hverdagen, kan refleksjonsgrupper og -modeller være til god hjelp. Resultatet kan bli bedre tjenester for brukerne.

**Hovedbudskap:** Over halvparten av norske kommuner har forsøkt etikktiltak i helse- og omsorgssektoren. Evalueringer viser at etikkarbeidet blant annet kan føre til økt etisk bevissthet og bedre løsninger på etiske utfordringer i arbeidshverdagen. Etikkarbeid er avhengig av gode rammevilkår for å lykkes.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://Sykepleien.no)

Scann QR-koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



Fagartikkel



Forfattere:

## Bachelor i sykepleie må få ny rammeplan

Karin Anna Petersen og Jeanne Boge

**Problemstilling:** I rammeplanen for bachelor i sykepleie er det ikke rom for teoretisk undervisning om sykepleie som et eget, selvstendig vitenskapsfag.

**Hovedbudskap:** Rammeplanen for bachelor i sykepleie gir ikke rom for teoretisk undervisning om faget sykepleie. 30 av studiepoengene i teori er felles med andre helsefag. I den fagspesifikke delen av bachelor i sykepleie, som utgjør 60 studiepoeng, er det satt av 45 studiepoeng til teoretisk undervisning i naturvitenskapelige fag og 15 studiepoeng til samfunnsvitenskapelige fag. Det betyr at hovedemnet «Sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget», som er det største fagområdet i rammeplanen med sine 72 studiepoeng, skal undervises i praksis og ikke som teori på skolen.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://Sykepleien.no)

Scann QR-koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)





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:



## Hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis

**Bakgrunn:** Videreutdanninger i spesialsykepleie er i ferd med å bli mastergradsutdanninger. Folk har generelt positiv innstilling til mastergrad, mens andre har motforestillinger mot «akademisering» og «overkvalifisering».

**Hensikt:** Utforske anestesi- og intensivfagmiljøenes forventninger til mastergradskompetanse.

**Metode:** Forfatterne gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer med anestesi- og intensivsykepleiere i tre helseforetak. De var ledere, fagutviklere, erfarne og nyutdannede. Forfatterne brukte tematisk innholdsanalyse i analysen og tolkningen av meningsystemer. Temaet «forventninger til mastergradskompetanse» er utviklet ut fra hvordan samtalen kretset omkring positive og negative meningsuttalelser.

**Resultat:** Med mastergradsnivå forventes det at sykepleiernes språk og evne til kritisk tenkning videreutvikles, integreres i profesjonskunnskapen og avspeiles i måten de fremtrer og samhandler på i praksishverdagen. Mange forventer at mastergradsutdannede har bedre kompetanse og større forutsetninger for å tilfredsstille kravet om kunnskapsbasert praksis (KBP). Anestesi- og intensivsykepleie betraktes som praktiske yrker, og bekymringer dreier seg om hvorvidt mastergradsutdanningene gir like høyt ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse som ved videreutdanning.

**Konklusjon:** Merverdien til et mastergradsstudium ligger i språket og evnen til kritisk tenkning samt utøvelsen av kunnskapsbasert praksis. Helseforetak og utdanningsinstitusjoner bør arbeide tett sammen med å utvikle utdanningsmodeller, studieprogram og pedagogisk tilrettelegging, slik at ferdighetsnivået opprettholdes i et mastergradsstudium.

Forfattere:

Bente Skogsås og  
Berit Taraldsen Valeberg



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



## Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende

**Bakgrunn:** Pasientar i slutten av livet ønsker ofte å vere heime, og det kan vere avgjerande korleis dei pårørende meistar heimesituasjonen. Ein individuell plan kan sikre tverrfagleg samhandling med pasienten og dei pårørende i eit pasientforløp.

**Føremål:** Målet med studien var å undersøke korleis individuell plan i palliativ fase bidrog til meistring hjå pårørende.

**Metode:** Studien var kvalitativ. Dataa vart samla inn i to fleirstegsfokusgrupper med 12 vaksne etterlatne. Fenomenologisk-hermeneutisk metode vart brukt for å undersøke erfaringane dei hadde opplevd. Studien var godkjend av NSD.

**Resultat:** Informantane skildra ein krevjande kvardag i kontinuerleg beredskap. Den individuelle planen vart opplevd som ei støtte. Innhaldet og prosessen fekk fram ressursar og struktur, og det skapte mening og samanheng. Planen bidrog til at informantane opplevde håp, at dei var ein ressurs og inngjekk i samarbeidet kring pasienten. «Personsentrert omsorg» oppsummerer den heilskaplege forståinga. Temaa «lette børa – dele ansvaret» og «å vite at nokon bryr seg» er presenterte i resultatdelen, og fokusområda «pårørende treng støtte for å vere ein omsorgsressurs» og «personsentrert samarbeid» er drøfta i artikkelen.

**Konklusjon:** Det å ha ein individuell plan for palliativ omsorg kan bidra til meistring hjå pårørende. Tidlegare etablering av individuell plan, personsentrerte relasjonar og samhandling kan styrke brukarmedverknad og samarbeid med pårørende. Belastninga på dei pårørende kan minkast gjennom å avklare viktige spørsmål om behandling og framtid. Ved å styrke meistringa til dei pårørende legg tenesta til rette for ei betre livsavslutning i palliativ fase.

Forfattere:

Sølvi Anne Eide Lunde



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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







# Påfyll

Del 3 Sykepleien 09 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta

**NATTEVAKT:** Kristin Buvik Sivertsen fikk inspirasjon da hun jobbet nattevakt. Foto: Ingvald Bergsagel



## Omsorgsroman

**Mord.** Krisitn Buvik Sivertsen har skrevet en roman fra en omsorgsbolig der litt av hvert skjer. **60**



### Liv laga.

Bare en klem? **59**



### Historier.

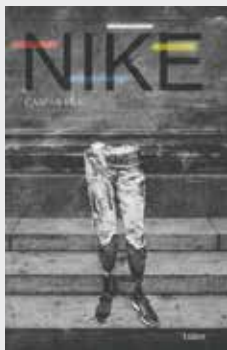
Them er for generasjon X. **58**



**Quiz.** Hva er en ejacularche, tro? **64**



Dikt



**Nike**

*Jeg er så lei av  
å være en idiot  
og enda mer av å ikke  
ha lov til å være det  
som om jeg skylder noe  
og du har rett det kan godt  
hende at jeg aldri finner en  
som er så fin  
og god som du var  
og som aksepterer meg  
selv om jeg er handikappet  
noe det å være alene  
virkelig også føles som  
akkurat nå  
en katastrofe  
hvor færre og færre steder  
er utholdelig  
å oppholde seg  
som å forlate  
leiligheten din for  
siste gang*

Av Caspar Eric, Tiden 2017

Om forfatteren



**Caspar Eric**

Caspar Eric (1987) har flere diktsamlinger bak seg. Nike er et 88 sider langt usentimental, intimt og energisk langdikt om å være ung og handikappet. Eric er selv født med cerebral parese og utforsker i boken identitet og livsbetingelser. Boken er gjendiktet til norsk av poeten Dan Anderson.



NY PLATTFORM:  
Them slik den ser  
ut på datamaskin.  
Foto: Skjermdump

## Ny digital plattform for lhbtqi

**HISTORIER:** Them samler historier sett gjennom øynene til lhbtqi-miljøet (det vil si lesbiske, homofile, bifile, trans, queer og intersex). Them fins på nett på [them.us](http://them.us) og kan følges på Facebook og Instagram.

Them er tilpasset generasjon Z. Dette er hva man kaller dem som er født etter 1995 og som fikk sosiale medier inn gjennom morsmelken. Bak Them står forlaget Condé Nast som blant annet utgir

Vogue, Vanity Fair og GQ.

Hensikten med them skal få frem historier, mennesker og stemmer som skal begeistre og inspirere. Temaene på plattformen vil spenne fra popkultur og mote til politikk og nyheter.

Da Them ble lansert 26. oktober, publiserte plattformen også en kampanje mot mobbing. Them har i samarbeid med Narrative4, som jobber for å skape en bedre verden gjennom å dele historier,

spurt queers som har blitt mobbet om å snakke med queers som har vært mobbere. Det har resultert i serien *What Happened when Queer Victims of Bullying Sat Down With Former Bullies*.

Ifølge publikasjonen Blikk er det en serie med åpenhjertig dialog som utforsker de langsiktige effektene av mobbing, som depresjon, selvførelse og hat, samt selvsjustis innad i lhbtqi-miljøet.

Kilde: Condé Nast, Blikk

### Ny bok om frontøstre

Kvinnene som vervet seg til frontøstre under annen verdenskrig har blitt portrettert som unge, apolitiske og naive ofre. Men i boken *Himmels valkyrjer* ser Eirik Gripp Bay med et kritisk blikk på noen av hovedelementene som gjentas om disse kvinnene. Bay er historiker og lærer, og boken bygger på en masteroppgave han tidligere har skrevet.

### Skriveskole for sakprosa

Gyldendals skole for sakprosa er nyopprettet og gratis. Skolen går over seks kvelder over et halvt år med start i januar 2018. Alle kan søke, men man bør ifølge forlaget ha godt språk og erfaring som skribent.

Søknadsfrist er 25. november og mer informasjon fins på [gyldendal.no](http://gyldendal.no).

### Sexologi i nytt opplag

*Sexologi i praksis* av Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad er kommet i 3. utgave. Boken er revidert, til dels nyskrevet og oppdatert med ny forskning og nyere forståelse av kjønn. Ifølge forlaget gir boken en grunnleggende og omfattende innføring i faget sexologi. Begge forfatterne er professorer i sexologi og spesialister i klinisk sexologi.



## Bøker. 3 kreft- fortellinger

### Hverdagsglimt

**Å VÆRE DØENDE:** Litteraturviter Siri Økland har etter flere tilbakefall fått beskjed om at kreften er uheldbredelig. På instagramkontoen sin begynte hun å dele bilder og korte tekster fra livet som levende, men døende småbarnsmor. På oppfordring har hun nå laget boken *Det står til liv* med bilder fra hverdagen samt korte prosatekster med glimt fra livet med sykdommen.

Samlaget, 2017



### Sykepleier og pårørende

**PÅRØRENDE:** Solveig Grønfos er sykepleier og tenker med en gang «hjerne-svulst» når hennes sønn 28 år gammel får sitt første epileptiske anfall på en ferietur med familien. Boken *En vandring gjennom årstidene* er hennes fortelling, som sykepleier, mor og bestemor, om tiden fra sønnen falt om første gang, til han fem år senere dør hjemme av hjernekreft. Boken er delvis basert på hennes dagboksnotater.

Publica forlag, 2017



### Plutselig er du pasient

**BRYSTKREFT:** En halv time på en privat mammografiklinikk, og livet som frisk er forvandlet til et liv som kreftsyk. Dette er starten på Hilde Sophie Plaus fortelling om brystkreft, behandling, sykdom, komplikasjoner og rekonstruksjon. Plau er oversetter og språkmeneske og gjør i boken *Nå er det min tur* skarpe observasjoner av kommunikasjon og roller i livet som pasient.

Humanist forlag, 2017



## Påfyll. Petit



Liv laga



### Liv Bjørnhaug Johansen

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

### Bare en klem?

**«Få en klem, da, jenta mi», sier han etter morgenstellet. Men jeg har ikke lyst til å gi ham noen klem. Og jeg er ikke jenta hans.**

En ensom gammel mann som ber en sykepleier om en klem, er det så galt, da? Nei, det er ikke det, men etter et intimt morgenstell vil jeg heller markere avstand enn nærhet. Er motviljen jeg kjenner på kollisjonskurs med sykepleierrollens fordring om nestekjærlighet og barmhjertighet?

Jeg er jo fortsatt meg – i hvite klær eller ikke. Skal jeg la den kjærlighetsøkende pasienten få klemmen sin eller skal jeg sikre mine egne intimitetsgrenser?

På en god dag finner jeg på en avvæpnende kommentar og trekker meg vennlig ut. På en dårlig dag gir jeg etter, deler ut en halvhjertet klem og angrer alltid etterpå, fordi jeg vet at det til syvende og sist er ham det går utover. Jeg blir utrygg og forsøker å unngå å havne i samme situasjon igjen. Dermed er jeg raskere, unnvikende og mindre hyggelig – og samtidig mindre grundig og mindre oppmerksom. Jeg blir en dårligere sykepleier.

I en arbeidsmiljøundersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) i fjor fortalte 17 prosent av sykepleierne at de er blitt ut-satt for uønsket seksuell oppmerksomhet flere ganger per måned eller mer. Ingen andre av SSBs yrkeskategorier er i nærheten av så høye tall.

Og kanskje er det ikke så rart. Vi jobber nært og intimt, både kroppslig og sosialt, med folk som av all verdens ulike grunner er ukritiske, grenseutprøvende,

ruspåvirket eller bare ensomme og kjærlighetssøkende. Vi skaper tillit, kontakt og går rett inn i intimsone med våre stikkpiller, vektorier og grundige forhudsvask. Det burde ikke være overraskende at en del av disse utfordrer grensene våre.

Allikevel ble jeg forundret da jeg så de høye tallene fra SSB. For dette er sjelden noe tema på vaktrommet. Det har riktignok hendt at jeg har fått en advarsel på vei inn til en pasient beryktet for lange fingre eller slibrige kommentarer. Men vi snakker sjelden om hvordan vi

**«Dette er sjelden noe tema på vaktrommet.»**

(utover å hoppe unna) skal håndtere de seksuelt ladete situasjonene som oppstår uten å krenke egne grenser eller å gjøre pasienten skamfull.

Både i sykepleierutdanningen og i klinikken er seksualitet et underkommunisert tema. Men tallene fra SSB forteller oss at dette i høyeste grad er noe som inngår i sykepleierhverdagen.

Så la oss ta det innover oss. La oss snakke om det, hjelpe hverandre og våge å sette tydelige grenser. For vår egen skyld, men også for pasientens. For jeg er ganske sikker på at det er først når vi er trygge og ivaretar våre egne grenser at også den seksuelt utfordrende pasienten får den samme pleien som de andre. ●





Kristin Buvik Sivertsen valgte å legge handlingen i sin debutroman til en omsorgsbolig, for slike steder foregår det mystiske ting.

# Omsorgsmysteriet

• Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

I utgangspunktet har ordet «omsorg» en klang av noe dypt personlig og privat – av nærhet, kjærlighet og intimitet. Men det brukes ofte i sammenhenger som inkluderer offentlige institusjoner, profesjonelle yrkesutøvere og stramme budsjetter. Det snakkes om «omsorgsarbeid», «omsorgsreformer» og «omsorgsboliger».

«Omsorg» er også tittelen på Kristin Buvik Sivertsens debutroman.

– Jeg jobbet som nattevakt i en omsorgsbolig under studiene, forteller hun.

– Erfaringen inspirerte meg til å skrive, men det jeg hentet derfra, er nok mer arbeidsoppgaver og rutiner, heller enn karakterer og handling.

## EN ADVARSEL TIL KRIMELSKERE

I romanen tilkalles politiet etter et mistenkelig dødsfall i en omsorgsbolig i Oslo. Avdøde – en sekstiårig, mannlig beboer – betegnes som klinisk deprimert. Men likevel; var det selvmord?

Samme natt skal en annen beboer ha blitt forsøkt voldtatt. Henger hendelsene sammen? En nyutdannet og høygravid politietterforsker koples på saken og forhører beboere og ansatte etter tur.

Likevel advarer Sivertsen lesere som måtte tro at dette er en krim.

– Jeg låner riktignok grep fra sjangeren, men krimelskere risikerer nok å bli skuffet, ler hun.

## VANSKELIGE GRENSER

Forhørene glir raskt ut i nærmest essayistiske utforskning av alt fra omsorgsbegrepets begrensninger og mislykkete psykiatire reformer til tv-tittingens velsignelser.

Som en rød tråd snirkler begrepet «omsorg» seg gjennom boka. Da helst den profesjonelle,

institusjonaliserte omsorgen, med alle sine paradokser og motsetninger.

– Det ligger implisitte forventninger her, som er vanskelig å leve opp til, mener forfatteren.

Hun tror de fleste i omsorgsyrker har kjent på det at man aldri strekker helt til.

– Det er vanskelig å sette grenser for rollen som profesjonell omsorgsarbeider. Du forholder deg tett til og griper inn i andres liv, men skal samtidig holde en distanse.

– Du må finne grensene selv. Hvor mye skal du gå inn i folks liv. Det er en stor og krevende del av jobben.

## NESTEKJÆRLIGHETENS IMPERATIV

I boka er disse grensene noe karakteren Fredrik sliter med.

– Han er nok den jeg kjenner meg mest igjen i, bekrefter Sivertsen.

– Han befinner seg inne i et system der han ikke strekker til.

Fredrik er vernepleier og nattevakt i omsorgsboligen. Han grubler mye over hva det vil si å yte profesjonell omsorg. Om det i det hele tatt er mulig. «Jeg vet ikke om det er omsorg vi egentlig driver med», sier han i ett av forhørene. Og fortsetter: «Omsorg krever en relasjon som eksisterer forut for jobbsituasjonen. Du kan selvfølgelig bli glad i brukere eller pasienter og ha et nært forhold til dem på et plan. Men du blir jo ikke glad i alle brukerne. Det er ikke alle brukerne du

engang kommer særlig godt overens med. Men i begrepet omsorgsyrke ligger et slags nestekjærlighetens imperativ.»

## NORMALISERING AV TILVÆRELSEN

I boka møter vi også den erfarne, men temmelig desillusjonerte psykiateren Egil, med sterke meninger om samfunnets forsøk på å «normalisere» tilværelsen til mennesker med psykiske lidelser, koste hva det koste vil.

– Han mener omsorgsboliger ikke fungerer, sier Sivertsen.

Selv tror forfatteren det kan være vanskelig å leve opp til normaliseringsforventningene som følger med en slik ordning.

– Jeg setter spørsmålsteget ved hva samfunnet forventer seg av omsorgsboliger. Man tenker kanskje det er mer humant eller verdig enn de gamle institusjonene, men jeg er usikker på om det alltid er det.

## LANG SKRIVEPROSESS

Sivertsen forteller at boka har blitt til over tid og at den samler tekstbrokker skrevet med vidt forskjellige utgangspunkt.

– Historien til Yngvar for eksempel, kom til meg da jeg selv jobbet i omsorgsboligen.

Beboeren Yngvar påstår at han blir usynlig om natta og går inn til de andre.

– Gjennom ham ville jeg forsøke å formidle den spesielle stemningen av å jobbe når alle rundt deg sover. Det er en ensom og veldig spesiell opplevelse. Jeg kunne, som Yngvar, føle meg usynlig.

## VIL SKRIVE OM SKOLEN

Tematikken som utforskes i «Omsorg» har ledet Sivertsen til å søke en stipendiatstilling i Bodø. Her er planen å utforske grensene for profesjonell

«Det er vanskelig å sette grenser for rollen som profesjonell omsorgsarbeider.»



Fakta

## Kristin Buvik Sivertsen

Aktuell med:  
Omsorg

omsorg fra et mer akademisk og sosiologisk perspektiv. Samtidig vil hun nok fortsette å skrive kortere litterære tekster, som muligens kan samles etter hvert.

– Akademisk skriving krever etterrettelighet i alle ledd, mens i skjønnlitteratur har du fordel av å kunne gå dypere inn i personlige erfaringer. Du får friheten til å assosiere fritt.

For tiden jobber Sivertsen som lærer ved Kuben videregående skole i Oslo.

– Skolen er en annen type institusjon jeg kunne tenke meg å utforske litterært.

– Lærere er også en slags omsorgsarbeidere, som må finne ut hvor grensene går mellom nærhet og profesjonalitet. ●

*Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no*



Sykepleien.no

### Se mer

Les anmeldelsen av boken ved å skanne QR-koden. Flere bokanmeldelser finner du på sykepleien.no







Fakta

## En sann jente.

Av Monica Flatabø  
Vigmostad & Bjørke AS,  
2017  
277 sider  
ISBN 978-82-419-1365-5

Anmelder: Cecilie Ann  
Molvik Markvoll

# Åpner opp for viktige samtaler

**ANMELDELSE:** Det er rettssak mot Julio Kopseng, og på tilhørerbenken sitter journalist Monica Flatabø. Hun berøres av tvilen voldtektslovene møtes med i rettssystemet, og bestemmer seg for å skrive bok.

Gjennom Flatabø blir vi godt kjent med Marthe Stavrum, som bodde sammen med Kopseng og var et viktig vitne i rettssaken mot ham. Stavrums fortellinger om barndommen, samlivet med Kopseng og prosessen i etterkant lar oss komme litt nærmere svaret på spørsmålet hun ennå ofte får: Hvorfor gikk hun ikke bare fra ham?

Vi møter også Andrea Voll Voldum, kjent fra den såkalte Hemsedal-saken. Flatabø får være med når Voldum

opp søker åstedet for voldtektene.

I den kanskje viktigste delen av boken belyser Flatabø en trend som dessverre ser ut til å bre om seg i ungdomsmiljøer: Ungdoms ukritiske bruk av delings-arenaer, for eksempel Snapchat, virkeliggjør grenseløsheten som kan oppstå i fravær av veiledning fra voksne. Seksuell eksperimentering kan bli til vonde erfaringer ungdom ikke greier å håndtere. Her retter Flatabø oppmerksomheten mot det som kan tolkes som samfunnets unnlathet og ansvarsfraskrivelse, og etterlater ingen tvil om at foreldre og lærere tidlig må begynne å snakke med barn om seksualitet.

Det er vanskelige fenomener

Flatabø nærmer seg, og for meg etterlater boken et behov for dypere og større samtaler om hva som kan oppstå i møter mellom mennesker. Kanskje hadde det vært en fordel om forfatteren hadde fått stoffet litt på avstand eller fått kommentarer fra noen utenfra?

Boka tvinger uansett frem spørsmål om samfunnets overordnede definisjonsansvar. Mens noen voldtektsaker ikke levner tvil om skyld, er andre saker uklare og kan åpne opp for fortolkninger. Bør man kanskje noen ganger svare med klokhet og varsomhet i stedet for utdeling av skyld og straff? Kanskje kan Flatabøs bok bidra til at vi får gode samtaler rundt dette. ●



Fakta

## Pust for meg

Av Cecilie Enger  
Gyldendal norsk forlag,  
2017  
256 sider  
ISBN 978-82-05-055667

Anmelder:  
Elisabeth Heggernes

# Pust, smerte og plutselige omveltninger

**ANMELDELSE:** I Cecilie Engers siste roman møter vi anestesilegen Carla Ruud, som har latt seg overtale til å ta med en passasjer når hun skal kjøre til hjembygda for å besøke moren.

Før Carla mister kontrollen over bilen på isen har hun rukket å bli grundig irritert over den unge teaterregissøren Synne. Hun er opptatt av Brødrene Karamasov og Susan Sontags essay om smerte og interessert i Carlas arbeid tett på mennesker som får livet sitt forandret.

Samtalen i bilen danner et tydelig frempek for handlingen. Ulykken skaper nettopp forandring for Carla.

Hun opplever skyld for å ha overlevd og det paradoksale i at hun, den suverene overlegen, ikke klarer å redde den unge kvinnen som får strupehodet knust.

Det blir vanskeligere å jobbe som anestesilege, og Carla tar permisjon for å skrive en bok om smerte. Parallelt endrer forholdet til hennes nærmeste seg. Moren går fra å være omsorgsperson til selv å trenge omsorg. Barna finner sine egne veier, særlig datteren, som får en kjæreste som jobber med alternative pusteteknikker.

Bilulykken og datterens interesse for det alternative gir innimellom inntrykk av et litt for konstruert plott. Beskrivelsen av det medisinske er

også litt forstyrrende. Selv om det er tydelig at forfatteren har satt seg inn i anestesiens irrganger, er her en del detaljer som viser manglende kjennskap til helsevesenet, særlig når det gjelder legens rolle. En anestesilege styrer ikke morens morfinpumpe på sykehjemmet, for eksempel.

Boken har få ytre hendelser som driver historien fremover, men har mye rom for refleksjon for en litt tålmodig leser. Store temaer som sorg, skyld, smerte og møte med en tidlig alderdom er der alle, om hverandre. Hvis en klarer å se bort fra de litt overtydelige referansene, er Cecilie Engers siste roman absolutt verdt å lese. ●



## Ida Marie Bregård Om å møte menneskene

**LITTERATUR:** Min første jobb var som sykepleier for asylsøkere. Dette var en ny verden, både faglig og menneskelig.

Boken *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten* av legen Reidun Brunvatne er både praksisnær og klinisk relevant, og Brunvatne bruker mange egne erfaringer fra sine 13 år som lege for asylsøkere og flyktninger.

«Det handler om å møte mennesker», står det på en av de første sidene, og det er egentlig representativt for boken. Brunvatne avmystifiserer «den andre», og har heller et klart fokus på den informasjonen legen, men etter min mening også sykepleieren, kan trenge i møte med asylsøkere og flyktninger. Dette gjelder både de «spennende» og fremmede sykdommene, som schistosomiasis, om tortur-overlevende og om de andre helseutfordringene man kan møte i arbeid med disse pasientgruppene. Brunvatnes bok favner hele denne bredden, og er like relevant i dag – nesten tolv år senere. ●

Liv.Bjornhaug.Johansen

@sykepleien.no



Navn: Ida Marie Bregård

Stilling: Høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus

## Kritisk blikk på diagnosekulturen

**ANMELDELSE:** *Snart er vi alle pasienter er en bok som oppfordrer leseren til å tenke kritisk og filosofere omkring det aktuelle temaet medikalisering.*

Med medikalisering menes det at menneskelige problemer forstås og defineres medisinsk. Det er gjenkjennbart fra debatten om hvorvidt sorg skal være en diagnose, i kokebøker som forfekter den optimale ernæring og i at Norge sammen med Island er de landene i Norden som diagnostiserer og medisinerer flest barn mot ADHD.

Denne antologien har bidragsyttere fra flere ulike akademiske disipliner, som litteraturvitere, psykologer, leger, sosiologer, pedagoger, filosofer og idéhistorikere.

Boken består av tolv kapitler som bindes sammen ved å belyse begrepet medikalisering fra ulike vinkler, både som et fenomen i samfunnet og i helsevesenet, og på et individnivå. Hvordan påvirkes en pasient av å få en diagnose, og kan en diagnose noensinne være en objektiv kategori?

Det påpekes at det som i tidligere tider ble oppfattet som normale sider ved livet, som alderdom, alkoholisme, overvekt, eller tungsinn, ses i dag på som medisinske tilstander som krever farmakologisk behandling.

De ulike kapittelforfatterne forfekter et pragmatisk syn på medikalisering og vekter bekymringsfulle innvendinger mot positive sider. En positiv side er at noen pasienter opplever å få hjelp og at rettigheter følger med diagnoser. En ulempe kan være at identitetsutvikling kan påvirkes av å ha fått en diagnose, kanskje spesielt en psykiatrisk en.

Dette er en bok som kan passe for studenter på masternivå i helsefag og for dem som er spesielt interessert i problemstillingen. Språket er akademisk. Noen av kapitlene har en essayistisk stil og henviser til litteratur og fagspesifikke termer som det er en fordel å kjenne til fra før.

Boken berører et aktuelt tema og henvender seg primært til dem som jobber innenfor forskningsfeltet. ●



Fakta

### Snart er vi alle pasienter – Medikalisering i Norden

Av Hilde Bondevik,  
Ole Jacob Madsen,  
Kari Nyheim Solbrække  
Spartacus forlag, 2017  
384 sider  
ISBN 978 – 82 – 304  
-0185 – 9

Anmelder:  
Line Bolgvåg

«Det moderne selvet er preget av en stadig mer risikofiksert helse- og sykdomsdiskurs.»

H. Bondevik, O. J. Madsen og K. N. Solbrække



● Tekst **Signe Marie Flåt og Eivor Hofstad**



**PILLEFEST:** Har han vært utsatt for en pilletriller? Foto: Mostphotos



**Er du en kompetent sykepleier?** Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

**1 Hva innebærer personlighetstrekket «languidity»?**

- A. Vansker med å overkomme tretthet
- B. Dårlig evne til å håndtere nye utfordringer
- C. Vansker med å være organisert og punktlig

**2 Hva er «bloodspot»-metoden?**

- A. En test der man trenger minst ett reagensrør med blod
- B. Bloddråper settes på blodprøvepapir etter et stikk i fingeren
- C. En rettsmedisinsk metode der blodflekker på åstedet registreres

**3 Hva er en pilletriller?**

- A. En som jobber i legemiddelindustrien
- B. En lege som skriver i overkant mye resepter
- C. En type bille

**4 Hva er CE-merke?**

- A. En europeisk standard for merking av blant annet medisinsk utstyr
- B. En EU/EØS-godkjent miljøsertifisering for laboratorieutstyr
- C. Et stempel på autorisasjonen for sykepleiere som skal jobbe i utlandet

**5 Hva betyr caput?**

- A. At noe er skadet/ødelagt
- B. Kapsel
- C. Hodet

**6 Hva er forkortelsen for veksthormon?**

- A. VH
- B. BG
- C. GH

**7 Hva er ejacularche?**

- A. Ukontrollert spyting
- B. Mannens første sædavgang
- C. Å masturbere offentlig

**8 Hva er maxilla?**

- A. En bakterie
- B. Overkjeven
- C. En larveart som brukes til sårrensing

**9 Rakitt er blant annet:**

- A. Vekstforstyrrelser i skjelettet
- B. En tannkjøtt sykdom
- C. Et kløende utslett

**10 Rakitt skyldes som oftest:**

- A. For liten fysisk aktivitet
- B. Osteoporose
- C. D-vitaminmangel

- 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 vaffler.
- 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: 1A, 2B, 3C, 4A, 5C, 6C, 7B, 8B, 9A, 10C

## Randis hypokonderkryssord

	BRUDD	INSEK-TET	TRØTT-HET SELSK.	MYNT	NARKO FREKK	ÅPNE FØRER	NEER ELV	YTRET	SYKD. (FORK) ARS	BYGE	SYKE-PL. (FOR-ELD.)	POL-GAR	STILIG	FOR-SNEV-RING-ENE
PUBES-HÅR														
NARKO MAN LAVINE														
			FUGL			BÅT-DELEN		HINNE	GENER	FISK TINE			LIKE	
DYRET BORT						HELSE-FAG LOV						FUGL TID		
		MAT-RETT	IDR-ARR.	ORGAN-ER TEGNES. FIGUR				NED-BØR			FUGL-EN FÆL		TALL	
VASE-NE							HØNE-PRO-DUKT	DØGN-DEL	PÅ FLY	ORGAN			PS FUGL	
DATT						UKJENT	RENE PRON.			MÅL		ORGAN		
NYN-PRON BLEIE			SYKD. (OMV.)		NIVA-SENK-NING					KVISE				
									VAN-VIT-TIGE			SKLI		

Kryssordskaper: Randi Strøm Nilsen

Se løsning på kryssord side 67.



# Meninger

Del 4 Sykepleien 09 | 2017

Kronikk – Innspill – Portrett

Noe på hjertet? Send oss en e-post: [meninger@sykepleien.no](mailto:meninger@sykepleien.no)



**TYDELIG:** Olaug Bollestad legger vekt på å snakke så folk forstår. Foto: Marit Fonn

## På vippen

**Fra bedehus til storting.** Intensivsykepleier Olaug Bollestad (KrF) er den nye lederen av Stortingets helsekomité. **70**



**Marit Leegaard:** Forskningsartikler skal gi oss noe nytt. **67**



**«Av enkelte studieledere blir jobben beskrevet som en uriaspost.»** Bente Abrahamsen, professor. **68**



**Eli Gunhild By:** Sykepleierledere trenger bedre vilkår. **66**





Helse- og omsorgstjenestene trenger ledelseskraft i form av kunnskap, kompetanse og gode vilkår for ledelse.

# Sykepleierledere trenger bedre vilkår



Fakta

## Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

**G**od sykepleierledelse styrker pasientsikkerheten i alle deler av helse- og omsorgssektoren. Ansatte opplever god ledelse ved at nærmeste leder er tilgjengelig og sykepleiefaglig og ledelsesmessig kompetent.

### DE SOM ER NÆRMEST BRUKERNE

Det er viktig at det satses på lederne som står nærmest pasienten eller brukeren. Det er disse lederne som forvalter størstedelen av personellressursene både i helseforetakene og i kommunene.

Den helt ferske rapporten «Vilkår for ledelse» er utarbeidet av Nordlandsforskning på oppdrag fra NSF. Den er basert på svar fra 1200 sykepleierledere. Ønsket var blant annet å få oppdatert kunnskap for å kunne satse målrettet på følgende:

- å øke andelen sykepleiere og spesialsykepleiere, særlig i kommunesektoren
- å redusere ledernes kontrollspenn, antallet personer per leder, særlig gjennom flere heltidsstillinger
- å gi flere ledere myndighet over ressurser og innflytelse i beslutningsprosesser

I svarene til Nordlandsforskning er det lederne på pasientnært nivå som i klart størst grad gir uttrykk for at tiden er for knapp til faglig utvikling.

## «Heltid vil gi sykepleiere i ledelse bedre vilkår for å lede.»

### FÆRRE I KOMMUNENE

I kommunehelsetjenesten det er færrest sykepleiere, med eller uten videreutdanning. 40 prosent av alle førstelinjeledere i kommunen har en andel sykepleiere i staben som bare utgjør 20 prosent, eller mindre. Denne andelen må opp, sammen med andelen sykepleiere som har tatt videreutdanning. Personalets kompetanse må økes både gjennom rekruttering og gjennom videreutdanning – med lønn.

Et annet viktig punkt for NSF er at ledere skal ha mindre

kontrollspenn, altså antall ansatte de har ansvar for. Lederne i undersøkelsen hadde i snitt personalansvar for 35 personer, mens antallet årsverk de hadde ansvar for, var rundt 25. Rundt halvparten av lederne oppga at mindre enn 60 prosent av de ansatte har heltidsstilling.

### HELTID BEST FOR LEDERNE

Vi i NSF ønsker at heltid skal være normen. Det er også fordi det vil gi sykepleiere i ledelse bedre vilkår for å lede. Det er lettere å veilede, følge opp og legge til rette for 25 ulike personer enn for 35. Ledere med for mange hoder å telle, stiller dårligere når de skal jobbe for faglig forsvarlig virksomhet og et godt arbeidsmiljø.

### ØNSKER MER INNFLYTELSE

Til slutt ønsker NSF at en høyere andel ledere av sykepleiertjenester har myndighet over ressurser og reell innflytelse i beslutningsprosesser. 44 prosent av lederne sier at bare har det i liten grad. Bare halvparten av førstelinjeledere kan bestemme stillingsstørrelse ved utlysning.

Det bør være helt naturlig å gi denne innflytelsen til sykepleierledere, som undersøkelsen viser har gjennomgående høy formell kompetanse og lang erfaring, også i lederstillinger.

Lederne i utvalget arbeider under svært varierende vilkår både med tanke på økonomiske rammer for virksomheten og tilgang på nok kvalifisert personell. Her må vi lære av de beste for å løfte og forbedre vilkårene for resten. ●



Fakta

### Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Hvis en forskningsartikkel er basert på en masteroppgave som allerede ligger på internett, presenterer den ikke lenger ny og original forskning.

# Forskningsartikler skal gi oss noe nytt



Fakta

## Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

**I** Sykepleien Forskning publiserer vi alle manuskripter fortløpende hvis den vitenskapelige kvaliteten er god nok etter at redaksjonen og fagfellene har gransket dem.

### KRAV TIL VITENSKAPELIGE PUBLIKASJONER

Et av vurderingskriteriene er hvorvidt artikkelmanuskriptet presenterer noe nytt og originalt som bør publiseres i et vitenskapelig tidsskrift for helsepersonell. Dette kriteriet er i tråd med hvordan Norsk publiseringsindikator, som er en del av Universitets- og høyskolerådet, definerer en vitenskapelig publikasjon. Den

- presenterer ny innsikt,
- er i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning,
- er i et språk og har en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den, og
- er i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering (1).

En vitenskapelig publikasjon som gir både forfatterne og den institusjonen de er tilknyttet, uttelling i form av publikasjonspoeng, må ha alle disse fire kravene oppfylt. Innen medisinsk-vitenskapelig publisering er det velkjent at negative resultater oftere får avslag på publisering enn forskning som viser en sammenheng.

### KARRIEREBEVISSTE SYKEPLEIERE

Sykepleiere er blitt mer karrierebevisste og trenger forskningsartikler på CV-en. Det er antakelig en av grunnene til at vi får tilsendt stadig flere artikler basert på ulike mastergradsstudier fullført av sykepleiere.

Men her er det noen skjær i sjøen som må ryddes av veien. Er du helt sikker på at masteroppgaven din ikke er publisert tidligere? Med tidligere publisering mener vi publisering i allment tilgjengelige former, som for eksempel i tidsskrifter, aviser, magasiner og institusjonelle arkiver for masteroppgaver på internett.

En god regel er at så lenge overskriften til masteroppgaven din

er tilgjengelig via søk på internett, er resultatene dine allerede publisert. Det er dette vi kaller dobbeltpublisering eller sekundærpublisering. Da vil ikke forskningsresultatene dine fremstå som nye eller originale, og vi kan dessverre ikke akseptere dem.

### TIDSBEGRENSET KLAUSULERING AV PUBLISERING

Vi har mottatt noen artikler der forfatterne ikke har vært klar over denne problemstillingen, og derfor har de fått avslag på publisering.

Alle masteroppgaver der det er samlet inn data, har potensial til å kunne bli en original forskningsartikkel. Derfor ønsker vi at alle høyskole- eller universitetsbibliotekene oppretter en tidsbegrenset klausulering av publisering av oppgavene, slik at teksten ikke er gjort offentlig tilgjengelig før det er klarlagt med mastergradskandidaten og medforfatterne. ●

1. Norsk publiseringsindikator <https://npi.uisd.no/informasjon#definisjoner>



Fakta

**Fast skribent**

Marit Leegaard  
er fast skribent i Sykepleien.

Løsning på kryssord i nummer 9/2017 (se side 64).



«Er du helt sikker på at masteroppgaven din ikke er publisert tidligere?»



Studielederrollen er den mest komplekse av lederrollene i sykepleierutdanningen. I dag fremstår den som overbelastet.

# Den vanskelige lederrollen



Fakta

## Bente Abrahamsen

Professor, Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus

Alle sykepleierutdanninger har en utdanningsledelse. Jobb nummer en for denne ledelsen er utdanningskvalitet. Målsettingen er å utdanne høyt kvalifiserte sykepleiere med en kompetanse som er i samsvar med arbeidslivets krav. For å nå denne målsettingen må roller og ansvar fordeles på en måte som gjør det mulig for ledelsen å arbeide strategisk med utvikling av sykepleierstudiet. Spørsmålet er om det er mulig med den ansvarsfordelingen vi har i sykepleierutdanningen i dag.

I denne kronikken vil jeg presentere resultater fra et prosjekt om utdanningsledelse i sykepleierutdanningen. Et sentralt funn i prosjektet er at rollen som studieleder er særdeles sammensatt og trolig den mest krevende posisjonen i sykepleierutdanningen. I det følgende vil jeg se nærmere på hvilke oppgaver som er viktige for studieledere, og i hvilken grad studielederne prioriterer disse. Resultatene gir et innblikk i hvordan studieledere arbeider med utdanningskvalitet.

Prosjektet er gjennomført ved Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus og finansiert av Norsk Sykepleierforbund. Resultatene som presenteres i denne kronikken, er i hovedsak basert på en spørreskjemaundersøkelse. Alle ansatte ved samtlige sykepleierutdanninger i Norge, cirka 1500 personer, ble invitert til å delta.

Prosjektet omfatter i tillegg en litteraturgjennomgang, en organisasjonsstudie og intervjuer av studieledere og andre ansatte på flere utdanningsinstitusjoner. Flere resultater vil bli presentert i HiOA-rapport 2016 nr. 9.

### STUDIELEDERROLLEN – OVERBELASTET OG KOMPLEKS

Som forventet viser studien at studielederne har hovedansvaret for den daglige driften av utdanningen. Dette innebærer mye planlegging og koordinering av både klasseromsundervisning, øvingsposter og praksisopplæring. Videre kreves hyppig kontakt med både faglig personale, studenter, administrativt ansatte og andre ledere. I tillegg har studielederne også et faglig ansvar for utdanningen samt budsjett- og personalansvar.

Studielederrollen fremstår derfor som den mest komplekse av lederrollene i sykepleierutdanningen. Studielederne er

overalt, mens toppledere og andre mellomledere (for eksempel programansvarlig) ofte har et mer avgrenset lederansvar. Intervjuene tyder på at driften av utdanningen tar meste parten av tiden til studielederne, og andre oppgaver må ofte skyves på. Flere oppgir at det gis for lite tid til arbeidet en studieleder skal gjøre. Arbeidsoppgaver knyttet til personalansvaret nevnes som særlig utfordrende og tidkrevende.

Videre oppgir flere studieledere at de opplever personalledelse som vanskelig; for mange er det ubehagelig å ha personalansvar for personer som de tidligere var sidestilte kollegaer med. Dette kan ha sammenheng med at de fleste studieledere skal tilbake til sin tidligere stilling i utdanningen (oftest som fagansatt) etter perioden som studieleder.

Av enkelte studieledere blir jobben beskrevet som en uriaspost – en jobb som mange ikke ønsker, men likevel føler seg forpliktet til å ta. De var ikke forberedt på jobben, og begynte uten opplæring og uten videreutdanningstilbud.

For å forstå studieledernes utfordringer må driften av utdanningen ses i lys av sykepleierutdanningens organisering. En omfattende og sammensatt praksisopplæring i tillegg til undervisning og øvingspost på campus bidrar til å komplisere den daglige driften av utdanningen.

Det kan derfor ikke utelukkes at studielederrollen i sykepleierutdanningen er særlig utfordrende – også sammenliknet med tilsvarende roller i andre profesjonsutdanninger.

### DE VIKTIGSTE ARBEIDSOPPGAVENE

Spørreskjemaet som ble sendt til de ansatte ved sykepleierutdanningene, inneholdt blant annet spørsmål vedrørende 46 relevante arbeidsoppgaver for utdanningsledere. Disse var likelig fordelt på sju temaområder:

- utdanning og undervisning
- praksisfeltet
- studentsaker
- personalledelse
- eksternt samarbeid og nettverk
- administrative oppgaver
- egen faglig utvikling



Ansatte i sykepleierutdanningen som hadde en lederposisjon, skulle vurdere hver enkelt arbeidsoppgave og rangere viktigheten av oppgaven fra lite viktig til svært viktig. I tillegg skulle de krysse av for hvor mye oppmerksomhet de ga den enkelte oppgaven, fra svært lite til svært mye oppmerksomhet.

Ansatte som ikke hadde en lederposisjon, skulle besvare de samme spørsmålene, men vurdere hvor viktige disse oppgavene var for deres nærmeste overordnede leder (oftest studieleder eller instituttleder), og i hvilken grad deres leder prioriterte disse oppgavene.

Resultatene viser at studieledere og ansatte som har studieledere som sin nærmeste leder, er ganske samstemte i rangeringen av arbeidsoppgavene.

Oppstillingen under viser hvilke oppgaver som vurderes som aller viktigst for studieledere i sykepleierutdanningen. Rangeringen tar utgangspunkt i gjennomsnittsskåren til hver enkelt oppgave. Oversikten viser arbeidsoppgavene som oppnår de tre høyeste gjennomsnittsskårene (4,4 til 4,6 på en skala fra 1 til 5).

Dette utgjør til sammen åtte arbeidsoppgaver. Resultatene viser at fire av disse handler om personalet, mens to er administrative oppgaver. I tillegg er en oppgave relatert til utdanning og undervisning, og en oppgave er knyttet til praksisfeltet.

Oversikten viser at personalsaker oppfattes som aller viktigst for studielederne. De fire viktigste arbeidsoppgavene er knyttet til personalledelse. To av disse handler om personalets kvalifikasjoner, og to gjelder håndtering av konflikter i personalgruppen.

Det er verdt å merke seg at studentrelaterte oppgaver ikke er blant de åtte viktigste arbeidsoppgavene. Man kan spørre seg hvorfor fagpersonalet er så internrettet når de vurderer viktigheten av arbeidsoppgaver. Betyr det at ansatte i sykepleierutdanningen er mer opptatt av situasjonen innad i egen personalgruppe enn av studentene? Eller er det nettopp studentenes læring de er opptatt av?

Det er interessant at to av de viktigste oppgavene handler om håndtering av utfordringer i personalgruppen. Dette kan tyde på at personalet ser et behov for at ledelsen har et større engasjement for personalgruppens situasjon. Samtidig er det rimelig å tolke resultatene dit hen at personalet ser på seg selv som viktige brikker for å øke kvaliteten i utdanningen. Personalet kan ha en oppfatning om at økte kvalifikasjoner – og forbedringer i arbeidsplasskultur – er en forutsetning for å oppnå økt læringsutbytte og studietilfredshet.

#### PERSONSAKER MEST NEDPRIORITERT

Et annet tydelig funn i undersøkelsen er at de viktigste oppgavene ikke blir tilstrekkelig prioritert av utdanningsledelsen.

I tillegg til å vurdere viktigheten av hver enkelt arbeidsoppgave ble våre respondenter også bedt om å oppgi hvor mye oppmerksomhet deres nærmeste leder (studieleder og instituttleder) gir disse arbeidsoppgavene (skala fra 1 til 5).

Resultatene viser at for flere av oppgavene er stolpen opp mot 2 for studieledere, som vurderes som et betydelig underskudd på oppmerksomhet i forhold til viktigheten av oppgaven.

Samtlige av de åtte viktigste oppgavene for studieledere gis for lite oppmerksomhet. Oppgaver som er rettet inn mot personalet er mest utsatt.

Det er verdt å merke seg at de tre mest nedprioriterte oppgavene alle er under rubrikken personalledelse. Det betyr at det er innenfor dette området studielederne har størst forbedringspotensial. Mer konkret gjelder dette arbeidet med å «forebygge og håndtere konflikter blant ansatte», «tilrettelegge for at ansatte kan øke sine pedagogiske kvalifikasjoner», og «forbedre teamarbeid og håndtere kollegial kultur».

Det kommer også frem at studieledere har sett seg nødt til å nedprioritere viktige oppgaver i større grad enn toppledere. Trolig skyldes dette at studieledere er generelt mer skviset på tid enn toppledere.

Hvorfor er det så stort misforhold mellom de ansattes oppfatning av hva som er viktige oppgaver, og hvilke oppgaver deres studieledere gir mest oppmerksomhet? En forklaring kan være at personalet har altfor store forventninger til egen studieleder og hvilke oppgaver studielederen skal håndtere. En annen mulighet er at studieledere har en urimelig stor arbeidsmengde, som ikke lar seg håndtere med tilgjengelige ressurser og støttefunksjoner.

#### AVSLUTNING

Resultatene viser at det kan stilles spørsmål ved om det er nødvendig at studieledere har et så omfattende ansvar for utdanningen i tillegg til at de har ansvaret for den daglige driften av utdanningen. Er det andre måter å organisere utdanningsledelse på som kan bidra til at studielederne ikke ser seg nødt til å nedprioritere viktige oppgaver i like stor grad?

## « Rollen som studieleder er trolig den mest krevende posisjonen i sykepleierutdanningen. »

Studielederrollen fremstår som overbelastet, og en mulig løsning kan være å delegerer noe ansvar og oppgaver til andre mellomledere eller til administrativt personale. Studien viser at administrativt ansatte i sykepleierutdanningen ofte har sykepleierbakgrunn. Dette har åpenbart betydning for hvilke oppgaver som administrasjonen kan ivareta. Spørsmålet er om disse har kapasitet til flere oppgaver med eksisterende ressurser.

Å finne den optimale organiseringen av sykepleierutdanningen er ikke enkelt, spesielt når antallet studenter og ansatte øker. Det er heller ikke slik at en og samme organisasjonsmodell vil fungere for alle sykepleierutdanninger. Det er store variasjoner mellom lærestedene med hensyn til både antall studenter, antall ansatte, antall campus etc. Det kan derfor tenkes at ulike organisasjonsmodeller vil fungere.

Men skal studielederne ha mulighet til å prioritere viktige arbeidsoppgaver, og sykepleierutdanningen oppnå den ønskete forbedringen av utdanningskvaliteten, synes det å være god grunn for å vurdere om egen organisasjonsmodell er hensiktsmessig. ●

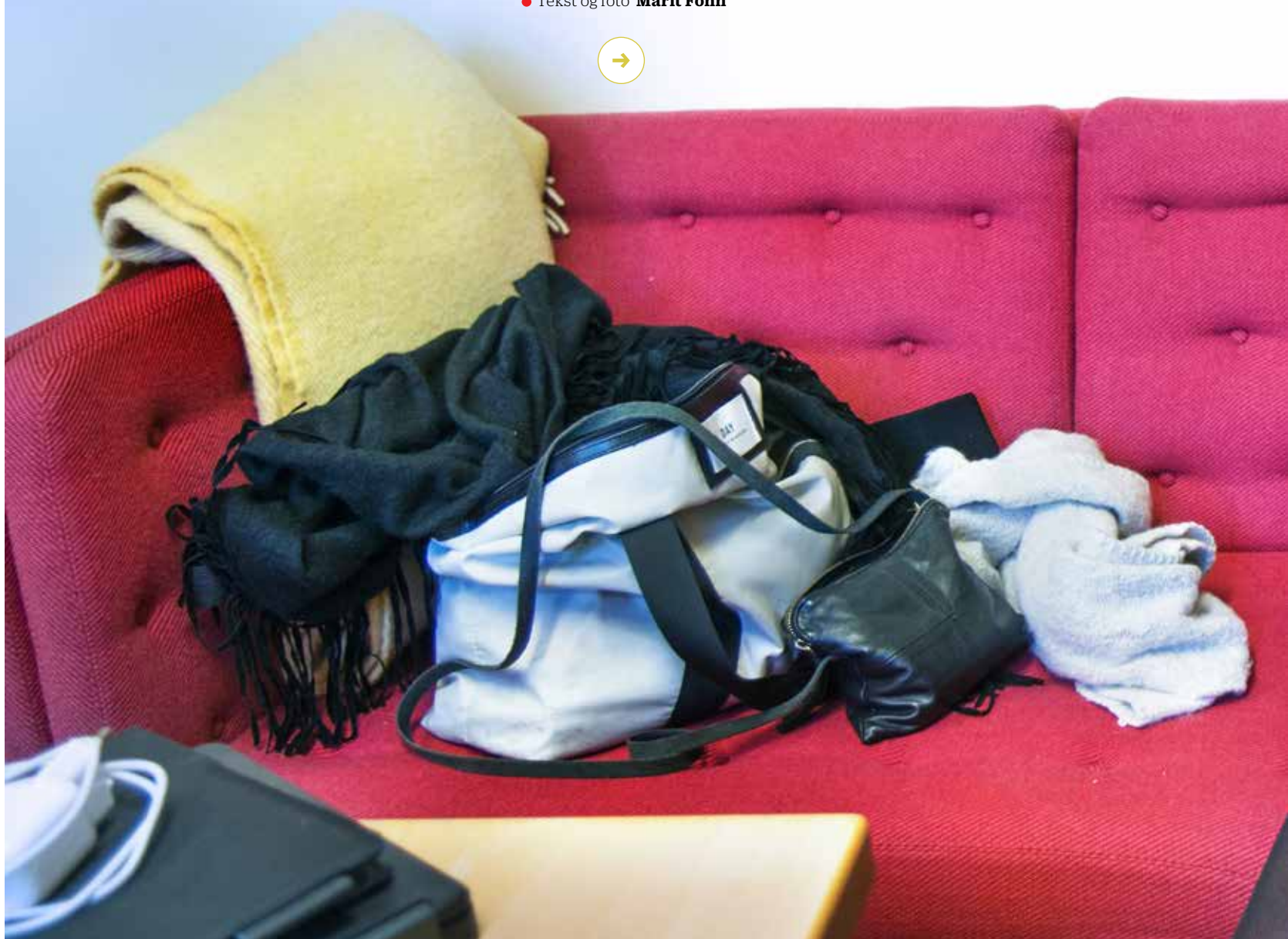
*bente.abrahamsen@hioa.no*



# Folkelig på toppen

På bedehuset oppdaget Olaug Bollestad at språk er makt. Som leder i helsekomiteen (KrF) vil sykepleieren snakke så folk forstår.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





## Olaug Bollestad

**Hvorfor:** Hun er ny leder av Stortingets helse- og omsorgskomite.

**Tittel:** Stortingsrepresentant (KrF).

**Utdanning:** Bibelskole, Røde Kors-sykepleier, intensivsykepleier.

**Alder:** 56 år



**HEKLER:** Lappene i tepet i kontorsofaen har Olaug Bollestad selv heklet, men de lå lenge i en pose. Da sendte mannen hennes posen til en dame på 90. Hun sydde lappene sammen.





Olaug Bollestad kommer ned i vandrehallen på Stortinget:

– Eg har fått håll i strømpebuksa mi, opplyser hun.

– Eg ville skifta, men fant bare ei med glitter.

– Det passer seg ikke her i huset?

– Nei, sier hun mens hun geleider oss opp til kontoret sitt.

Der fisker hun fram neglelakken og sørger for at hullet holder seg under skjørtet. Så en runde med hårbørsten. Etter mange år med kort hår, har hun latt sveisen gro.

– Krøllene er sluppet løs igjen. Sånn de var i barndommen.

Stortingsrepresentanten fra Rogaland har steget i gradene – fra medlem til leder i helsekomiteen. Hun er nestleder i Kristelig Folkeparti (KrF), som så vidt karret seg over sperregrensen etter valget. Dette er intensivsykepleierens andre periode på Tinget.

Her bruker Bollestad flittig sine erfaringer både fra familie- og arbeidsliv.

## «Mor fikk fødselsdepresjon da jeg ble født.»

– Din mor var psykisk syk. Hvordan har det preget deg?

– Mor fikk fødselsdepresjon etter at jeg ble født, og hadde tunge depresjoner siden også. Det kunne gå uker uten at hun snakket til oss unger. Jeg forsto ikke da hva det innebar. Men vi hadde en trygg, flott far som ivaretok oss. Derfor ble mors sykdom også dekket over.

Da hun var ni år, fikk faren hjerteinfarkt på veien hjem fra stålverket på Jørpeland. Han ble reddet av en forbipasserende. Men han fikk flere hjerteinfarkt.

– Jeg var redd for å miste ham. Klart dette har prega meg.

Som da hun var med på å bygge opp en hjerteavdeling som drev med blokkering:

– Jeg så at rundt en alvorlig syk er det alltid mange berørte. Jeg har henta koner og barn hjemme med sykebil på nattevakt. Det handler om det jeg selv har opplevd.

På 40-årsjubileum for barneskolen sa læreren sa han ikke hadde visst hvordan hun hadde hatt det. Hun måtte klare seg sjøl. Kjempet for å gå på allmennlinjen. Holdningen hjemme var at man kunne være gode folk uten utdanning.

– Det som redda meg var Ingeborg, en eldre barnløs dame i nærheten. Hun hadde tid, stort spisebord og sitronbrus.

### BLE JUNIORSOLDAT

Moren var med i Frelsesarmeen.

– Men far var kanonrød.

Bollestad tror det var ønsket om å bli sett av mor som gjorde at hun ble juniorsoldat i armeen. Men da hun var 14, gikk hun til bedehuset, for der var det flere ungdommer.

– Troen var viktig, men også miljøet. Jeg hang meg med på årsmøtet. Der så jeg bare kranser og blanke skaller.

– Kranser ...?

– Ja, sånne hårkranser på eldre menn. De sa mye rart.

Hun gikk i fars flanelsskjorte og boots, hadde rufsete hår og stilte utfordrende spørsmål.

– Men de syntes ikke jeg hadde mye jeg skulle ha sagt som kom fra et halvkristelig hjem.

Men så var det Georg, en av dem med krans:

– Han tok armen rundt meg og sa: «Jysla godt sagt!» Hadde ikke han holdt rundt meg, hadde jeg gått. Så spurte de om jeg ville være med i styret. Og jeg sa ja.

– Tilfeldig, altså?

– Ja. Og jeg har lært meg at i møte med folk, ikke vær sånn ...

Hun veiver kraftig med pekefingeren.

– Raushet er viktig, både i lederskap og politikk. Man kan godt være uenig, men likevel respektere hverandre. Det lærte jeg av Georg.

– Var det indremisjonen som holdt til på bedehuset?

– Det var alle misjoner. Den og sjømannsmisjonen. Alt.

Hun vifter det vekk og fortsetter sin fortelling:

– Jeg skjønnte ikke hva de sa. De snakket nesten i gåter. Jeg opplevde akkurat det samme som sykepleier. Jeg gikk etter legen på vititt og så pasienter sitte igjen med store klinkekule-øyne. Jeg bestemte meg for å ta med blokk og blyant.

Hun satte seg hos pasienten og tegnet hva doktoren egentlig hadde sagt.

– Så kom jeg inn i politikken i 2003. Akkurat det samme. Jeg forsto ikke en dritt!

Det vil si, hun forsto at språk er makt.

– Om du er i barnehage, på sykehus eller i politikken: Hvis ikke du snakker så folk forstår, skaper det avstand. Hvorfor sier sykepleiere synkopert? Ikke besvimt? Det er litt tullete.

Hun føyer til:

– Ikkje løye at folk føler seg hjelpeløse.

### KJØRTE MANNEN TIL AKUTTEN

Da hun, mann og barn flyttet fra Stavanger til Ålgård, kjente de ingen. Hun tok grep: Hadde barnehagegruppe og juleverksted i kjelleren. Dirigerte barnekoret, uten å kunne en note.

I 2000 fikk mannen hennes hjerneblødning. Han er førskolelærer, og hun fant ham på golvet i barnehagen. Hun skjønnte det var subaraknoidalblødning, det var alvorlig. Hun fikk ham inn i familiens ti-seter, bandt ham fast med et skjerf og kjørte til akutten med nødlys på.

Hun visste at risikoen for død var 75 prosent. Sjansen for overlevelse, men ødelagt i hodet, var 20 prosent. 5 for overlevelse uten mén.

– Jeg sa til legen hva jeg trodde det var. Han sa han ikke trodde det. Jeg, som intensivsykepleier, følte meg så liten.

Hun tenkte på barna hjemme: «Hvis han dør, hvem kan ta imot deres følelser?» Venner stilte opp, mens hun ble med til sykehuset i Bergen.

– Jeg fikk igjen for naboskapet vi hadde bygd opp. De klipte



**FAMILIE:** Lille Olaug med mor, far og en av to brødre.



**OVERLEVDE:** En handlekraftig kone var med på å redde livet til Jan Frode Bollestad.



**AKTIV:** Som leder på hjerteutredningen kjempet Olaug Bollestad for nevrologen på Stavanger universitetssykehus. Alle foto: Privat

hekken, pyntet til 17. mai og leverte så mye mat at vi måtte låne fryseplass.

På Haukeland sa de før operasjonen at det var like sannsynlig at mannen ville dø som å overleve. Klokken var åtte om morgenen.

– Så hørte jeg ikke et pip. Ingen spurte om jeg ville ha kaffe. Jeg satt på rommet og drakk vann og hekla.

Først kvart på ni om kvelden ringte de fra intensivsen.

– En hel dag, og ingen hadde tenkt på pårørende. En kopp kaffe betyr mer enn mange forstår.

Han overlevde, men hva med hodet? «Hvis ikke han er klar i hodet, hvis han er en annen mann enn den jeg giftet meg med, vet jeg ikke om jeg orker det», tenkte hun. Men da han begynte å vitse med sykepleierne, forsto hun at det hadde gått bra. Et år etter var han i full jobb igjen.

– Fantastisk. Han var en av 5-prosentene.

#### **FIRE PARTIER VILLE HAN HENNE**

– Vi må snakke om helsekomiteen du leder ...

Hun sukker lett. Forteller at den politiske karrieren startet slik: Hun ble spurt av fire partier om hun ville stille til lokalvalg

i 2003. Både Ap, Høyre, Senterpartiet og KrF ville ha henne.

– Hvorfor det?

– Jeg var jo engasjert på nevrokirurgen. Og som leder i akuttmottaket hadde jeg en tydelig stilling. Ellers ble jeg jo sett i nabolaget, på fotballbanen.

### «Hvorfor sier sykepleiere synkopert? Det er litt tullete.»

Hun leste partiprogrammene, og var mest enig med KrF. Hun ble satt på 15. plass.

– Etter valget sa ordføreren: «Du er i kommunestyret. Og i formannskapet.» «Du kødder», sa jeg.

Men nei, folket hadde kumulert henne. I 2007 ble hun ordfører i Gjesdal.

– Hvor er du mest uenig med partiet ditt?

– Jeg vil gjøre KrF relevant for alle, ikke bare for kristenfolket. Politikk handler om hverdag. Når noen foreslår noe, spør jeg alltid: «Kossen tror du dette virker ute?»

Bollestad er bestevenn med Sykepleierforbundet. I hvert





fall har ledelsen bare godord om Bollestad: Arbeidsom, uredd, snakker så folk forstår. Og de liker en politiker som forstår hva sykepleiere sier.

Bollestad ramser opp hva hun er opptatt av: Psykisk helse, vold, helsestasjon, barsels- og fødselsomsorg ...

– Mange hjertesaker?

– Ja, bygd på meg selv, Ingeborg og Georg; det er så viktig at det fins sånne voksne som er med på å redde barn.

Hennes egne fire er blitt voksne.

– Hva sier de til deg om politikerjobben?

– Den minste var sju-åtte år da jeg startet. Jentene, tre stykker, sa: «Mamma, du har alltid sagt at ikke alt kommer rekende på ei fjøl. Og at jenter kan like mye som gutter. Vis det i praksis.»

– Ungene heiet meg fram. Og mannen min. Han har tatt masse hjemme. Men jeg er litt husmor også. Lager mat og broderer.

Avkommet er blitt politijurist, lærer og kranfører. Den yngste vil bli sykepleier.

## SITTER PÅ VIPPEN

– Har du også en moralistisk pekefinger?

– I sykepleien er gode systemer og faglig kompetanse grunnmuren. Men!

En ørliten retorisk pause.

– Det handler om hvordan mennesker blir møtt i helsevesenet. Ikke vær forståelsepåer om andres liv. Hvordan formidles en vond beskjed? Det er vi ikke gode nok på.

Hun advarer mot begrepet «pakkeforløp».

– Som om det er en ting. For meg handler det om pasienter.

– Mange sykepleiere slutter i jobben. Nå er du i posisjon til å handle?

– Vi må ikke effektivisere oss vekk fra det viktige. Hvis vi springer dobbelt så fort, mister vi det dobbelt så viktige. Faktisk!

## «Jeg, som intensivsykepleier, følte meg så liten.»

Hun bøyer seg fram og ser insisterende på meg.

– Hvordan kan du ordne opp i dette, da?

– Hæ-hæ. For det første har vi for få sykepleiere. De slutter, fordi de ikke føler de strekker til.

– Det er derfor de slutter?

– Ja. Og på grunn av lønnen, da. Men det handler om å utdanne nok.

– Hva gjør du?

– KrF åpner for 500 nye studieplasser, pluss 100 for helseøstre. Øker med 50 for leger. For å få det til, må vi samarbeide med utdanningskomiteen. Komiteene har jobbet for mye i siloer.

– Det er ikke mange KrF-ere til å stemme?

– Nei, åtte. Men vi sitter på vippen. Den posisjonen må vi bruke

med klokskap. Helse er en av de store sakene. Vi må være villig til å diskutere: Er det tellekanter som skal bety noe eller er det verdier?

– Hvor skal du hente allianser?

– Hos de som er enig med meg. Vi må legge vekk opposisjon og posisjon, så det vil bli stabilt å jobbe i helsevesenet. Og forutsigbart.

## VIL VERNE FOSTRENE

– Hva er ditt mest konservative standpunkt?

– Synet på starten av livet. Vi vil verne livet i mors liv.

Bollestad er mot abort, i tråd med sitt parti. Men hun vet godt at selvbestemt abort har solid flertall i befolkningen, det er ikke der hun vil sette inn støtet. Bioteknologien derimot, er et område i utvikling.

– Lar vi teknologien styre alene, kan det føre til at vi sorterer vekk dem som ikke passer inn i samfunnet, fordi de blir for dyre. Da sier vi noe om noen. Er noen mindre verd? Vi bør klare å diskutere temaet sortering uten å gå i skyttergravene.

– Hvor er du mest radikal?

– Mange sier «du er vel ikke KrF-er?». Men vet ikke om jeg er så radikal. Jeg ønsker at KrF ikke skal være smalt og sært. Og for meg er menneskeverdet en konstant verdi. Ikke avhengig av antall kromosomer eller funksjoner.

Telefonen ringer. En snakkesalig kvinne kan høres i det fjerne.

– Send en sms så ringer jeg opp igjen. Greit? sier Bollestad til damen.

– Hva ville hun?

– Det var en som hadde mistet sin mor. En sykehusopplevelse. Jeg skal snakke med henne etterpå.

## VIL HA BEMANNINGSNORM PÅ SYKEHJEM

I 20 år jobbet hun på sykehuset i Stavanger. Da hun var leder på akuttmottaket, fikk hun ambulansen til å hente folk fra gaten.

– Vi badet dem, klippet dem, bestilte mat, ga dem klær fra Fretex.

Bollestad har ikke glemt gamle kunster. I Sydney fikk hun med kompresjon liv i en som falt om. I går stoppet hun opp på Oslo S fordi hun så en som så dårlig ut.

– Hva vil du si til sykepleierne som strever i kommunene?

– At vi ønsker bemanningsnorm, bygd på pasientens pleiebehov. Jo sykere pasient, jo flere må det være rundt sengen. Som på en intensivavdeling.

Hun påpeker at det er et lederansvar å ivareta personer som har tunge oppgaver.

– Sykepleiere går til familier og gir så mye av seg selv. Hvis ikke ledere forstår det ... Vanskelige ting må snakkes om, ellers blir man som en trykkoker. Eller man bli ufysen å møte.

– Hvordan vil vi se forskjell når du overtar som leder av helsekomiteen?

– Det vil vises at KrF er i vippeposisjon. Men med 4,2 prosent støtte, kan vi ikke frelse verden alene. ●

marit.fonn@sykepleien.no



# JOB

**Sykepleien 09 | 2017**

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:  
[sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no)

## Sykepleienjobb er nå på Facebook!

Følg Sykepleienjobb på Facebook og hold deg oppdatert på ledige stillinger, og stoff om jobb og arbeidsliv.



**Nøstret Bo- og Omsorgsenter**

### SYKEPELIER

Nøstret er et langsiktig bo- og omsorgstilbud til mennesker med behov for oppfølging i forhold til psykisk helse. For mer info se våre hjemmesider [www.nostret.no](http://www.nostret.no)

Oppstart Januar 2018, eller etter avtale. Stillingsstørrelse inntil 100%, etter avtale.

Søkeren må beherske norsk skriftlig og muntlig godt og ha gyldig førerkort. Personlig egnethet, videreutdanning og erfaring vektlegges. Autorisasjon, cv og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:

Avdelingsleder Anne Heimdal: 930 55 295

Virksomhetsleder Håvard Jakobsen: 91624395

Søknad merkes «Søknad 2/17» og sendes til: [post@nostret.no](mailto:post@nostret.no)

Eller pr. post til:

Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS

Bønsnesveien 171

3530 Røyse

**Søknadsfrist: 29.11.2017**



**Oppegård  
kommune**

[www.oppegard.kommune.no](http://www.oppegard.kommune.no)

## Vi søker fagutviklingssykepleier til hjemmetjenesten

Fagutviklingssykepleieren samarbeider tett med de utøvende tjenestene innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

Vi ser etter en fagsykepleier med stort engasjement. Du gjør det sier du skal gjøre, og du opptrer profesjonelt. Der andre ser begrensninger, ser du muligheter. Du deler kunnskap og er tilgjengelig.

Arbeidsoppgavene innebærer blant annet å kvalitetssikre og utvikle pleie- og omsorgstjenestene på tvers av virksomhetene. Du får også ansvaret for å organisere og gjennomføre aktuelle kompetansehevingstiltak.

I hjemmetjenesten i Oppegård får du spennende og utfordrende arbeidsoppgaver, og du blir del av et sterkt fagmiljø.

Stillingen er ledig fra 1. desember.

Se hele utlysningen på våre nettsider:

[www.oppegard.kommune.no](http://www.oppegard.kommune.no)

**Søknadsfrist: 27. november**



VAR Healthcare (tidligere PPS) er en avdeling i Cappelen Damm Akademisk, med hovedkontor sentralt plassert i Akersgata i Oslo og filial i København. Avdelingen har 15 ansatte, og er i sterk vekst. 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. For mer informasjon se: [www.varhealthcare.no](http://www.varhealthcare.no)

## Sykepleier med PhD til stilling som redaksjonssjef i ledende kunnskapsbasert tjeneste – VAR Healthcare (PPS)

Siden oppstarten for 16 år siden har VAR Healthcare befestet sin posisjon som det fremste kunnskapsbaserte digitale prosedyreverktøyet for helsesektoren i Norge og Danmark. VAR er godt etablert i kommunehelsetjenesten, i sykehus og i offentlige og private institusjoner og organisasjoner. VAR er også en uvurderlig ressurs i sykepleier- og andre helsefagutdanninger.

Vi er på vei inn i flere land med VAR. Vår ambisjon er å fortsette å bidra til fagutvikling og beste praksis i et helsevesen i stadig endring, i Norden og internasjonalt.

Vi søker etter en høyt kvalifisert sykepleier til å lede det faglige, redaksjonelle arbeidet med tjenesten. Det omfatter nyutvikling og oppdatering av innhold, og tilpasning av innholdet til helsevesenet i nye land. Det jobbes også kontinuerlig med innovasjon og videreutvikling av verktøyet for best mulig støtte for praksis og utdanning. Redaksjonssjefen får en sentral rolle i dette arbeidet.

### Redaksjonssjefens arbeid omfatter bl.a.:

- å lede et team av dyktige redaktører innenfor de ulike språkversjonene
- strategisk planlegging for videreutvikling av VAR, som deltaker i VARs ledergruppe
- fagansvar – som omfatter redaksjonell utvikling og kvalitetssikring
- å være redaktør for deler av innholdet
- tett kontakt med helsefaglige forsknings- og utviklingsmiljøer i Norge og internasjonalt

Vi tilbyr spennende utfordringer i en virksomhet i sterk vekst og utvikling, med godt arbeidsmiljø og gode velferdsordninger i Norges største forlag. Som redaksjonssjef blir du en del av et innovativt fagmiljø med internasjonalt nettverk og høye ambisjoner, og får en nøkkelrolle i utviklingen av en viktig tjeneste i skjæringspunktet mellom kunnskapsformidling, forskning og teknologi.

Stillingen har sete i Oslo og rapporterer til leder for

### Vi søker deg som

- er utdannet sykepleier med PhD, fortrinnsvis i sykepleievitenskap
- har gode lederegenskaper og –erfaring
- evne til å jobbe i team
- er strukturert og systematisk
- har interesse for teknologi som støtte for formidling av kunnskap
- er opptatt av fag og kvalitet
- har god skriftlig og muntlig formidlingsevne på norsk og engelsk

Les mer om stillingen på: [www.varhealthcare.no](http://www.varhealthcare.no) eller [Finn](mailto:Finn)

Ta gjerne kontakt med avdelingsjef i Var Healthcare, Ann Kristin Rotegård

+ 47 414 77 113 eller [ann.kristin.roteward@cappelendam.no](mailto:ann.kristin.roteward@cappelendam.no)

**Søknad med CV sendes oss innen 15. desember 2017**



## VI SØKER MÅRETTET IDEALIST TIL VIKTIG LEDERJOBB

Stiftelsen Erlik er en non profit-stiftelse som gir ut gatemagasinet =Oslo/=Norge. Salg av magasinet er et tilbud om verdig arbeid for mennesker som av ulike årsaker ikke kan ta del i det ordinære arbeidslivet. Bladet selges av vanskeligstilte og er et alternativ til fattigdom, tigging, kriminalitet og prostitusjon. Stiftelsen driver i tillegg en kaffebar i Oslo, hvor vanskeligstilte jobber som baristaer.

Vi søker nå etter en leder som kan videreutvikle stiftelsen og ha det overordnede ansvaret for daglig drift.

Vår ideelle kandidat har bakgrunn fra felt med overføringsverdi til Erliks arbeid for vanskeligstilte. Du bør ha ledererfaring, for eksempel fra en lokal helseinstitusjon eller organisasjoner som jobber med områder som psykiatri, rus eller fattigdomsbekjempelse. Ansvaret krever dokumentert kompetanse på økonomi og system. Samtidig er det avgjørende at Erliks daglige leder er åpen, empatisk og nedpå. Vi er til for selgerne og hele virksomheten bygger på engasjement og respekt for dem.

Du bør like å gjøre mange forskjellige oppgaver. Stillingen krever høy arbeidsinnsats og systematikk. Budsjettarbeid, tilrettelegging av styremøter og personalansvar inngår. Vi søker en person som er fleksibel og som ønsker en forandring for vanskeligstilte i byen vår.

Daglig leder står også for kontakten med myndigheter, sponsorer, samarbeidspartnere og organisasjoner på samme samfunnsfelt. Bladet styres av en ansvarlig redaktør med ansvar for innhold og medarbeidere.

### Kvalifikasjoner:

- Relevant høyere utdanning
- Ledererfaring
- God kunnskap om rusfeltet og rusrelaterte lidelser
- Forstand på salg og markedsføring er ønskelig

### Egenskaper:

- Du er en lagspiller og opptatt av samarbeid.
- Du evner å inkludere, men er trygg i beslutninger.
- Du er strukturert og tenker strategisk.
- Vi vil legge vekt på personlig egnethet.

### Vi tilbyr:

- Spennende og varierte arbeidsdager, primært på dagtid
- En meningsfull jobb, midt i Oslo sentrum
- Engasjerte ansatte
- Konkurransedyktige betingelser

**Søknadsfrist: 1. desember 2017**

### Kontaktpersoner:

Helge Øgrim, leder av ansettelsesutvalget: [hogrim@gmail.com](mailto:hogrim@gmail.com)

Spørsmål om daglig leders oppgaver kan også stilles til Camilla Svingen: [camilla@erlik.no](mailto:camilla@erlik.no)

**Send CV og søknad som vedlegg til [soknad@erlik.no](mailto:soknad@erlik.no)**

## Sykepleien

Sykepleien er et redaksjonelt uavhengig tidsskrift som henvender seg til landets sykepleiere gjennom journalistikk, fagartikler og meninger. Som en del av virksomheten utgis også Sykepleien Forskning, som publiserer vitenskapelige artikler. Sykepleien publiserer både på papir (opplag 110 000 eks.) og på alle digitale flater. Tidsskriftet eies av Norsk Sykepleierforbund. Vi har 22 ansatte og holder til i sentrum av Oslo.

Vi søker:

### Fagredaktør i Sykepleien (100 % prosjektstilling)

Sykepleien publiserer fagutviklingsartikler skrevet av sykepleiere og annet helsepersonell. I tillegg publiserer vi vitenskapelige artikler, nyheter og debatt-/kommentarstoff. Vi skal være et attraktivt medium som skal stimulere sykepleiere i Norge til å følge med i utviklingen av faget.

I 2017 har Sykepleien – i samarbeid med Sentralt fagforum i Sykepleierforbundet – hatt en pilot der hensikten er å kvalitetssikre fagutviklingsartikler som kommer fra faggrupper innenfor sykepleie. Kvalitetssikrede artikler skal publiseres på sykepleien.no og i faggruppenes egne publikasjoner.

Piloten skal videreføres og utvides i 2018. Vi søker nå en fagredaktør i en prosjektstilling inntil ett år. Fagredaktøren har som hovedoppgave å faglig vurdere innsendte manuskripter i tråd med redaksjonens retningslinjer for fagartikler. Du må kunne veilede og oppmuntre forfatterne som ikke har skrijving som sitt yrke, og du skal også sørge for at fagartiklene som publiseres, holder et godt faglig nivå. I tillegg til faglig kvalitetssikring består arbeidet også av veiledning og tilrettelegging av artikler for publisering.

#### Kvalifikasjonskrav:

- › Sykepleierutdanning
- › Gode norskkunnskaper
- › Erfaring fra fagformidling og/eller annen relevant innholdsproduksjoner en fordel

#### Personlige egenskaper:

Du må være ryddig, metodisk og kunne arbeide selvstendig. Du må kunne samarbeide både med et profesjonelt redaksjonsmiljø og med uerfarne forfattere. Du må være etterrettelig, nøyaktig og strukturert, og du må kunne jobbe med mange prosjekter/manus samtidig.

#### Vi kan tilby en ambisiøs hverdag i et aktivt, lærerikt og inkluderende arbeidsmiljø samt:

- › Tariffavtale
- › Lønn etter avtale
- › Pensjonsordninger i KLP
- › Reise- og ulykke- og gruppelevsforssikring
- › Fleksibel arbeidstid
- › Kantineordning

**Tiltredelse:** 01.01.2018 eller så snart som mulig etter avtale.

**Søknadsfrist:** 4. desember 2017

Henvendelser kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, på telefon 408 52 179.

Søknad sendes inn elektronisk på: sykepleienjobb.no

### Vikariat som redaktør i Sykepleien Forskning (inntil 50 % stilling)

Sykepleien Forskning er et nivå 1-tidsskrift og er indeksert i CINAHL. Sykepleien Forskning publiserer cirka 30 vitenskapelige, fagfelleverderte artikler i året. Alle artiklene publiseres på sykepleien.no. De blir også oversatt til engelsk. Tidsskriftet skal stimulere sykepleiere i Norge til å følge med på og ta i bruk ny forskning. Det skal også være den foretrukne kanalen som sykepleiere tar i bruk for å publisere og formidle sin forskning.

Vår nåværende redaktør skal ha permisjon fra stillingen i perioden 1.1.-31.12.2018 og vi søker nå en **redaktør** (vikariat i ett år) som skal ha det faglige ansvaret for å vurdere innkomne vitenskapelige artikler. Målet er å bli indeksert i Pubmed.

Redaktøren i Sykepleien Forskning arbeider i fag-, forsknings- og meningsredaksjonen. Denne består ellers av en manusredaktør, to fagredaktører og to redigerere. I det daglige vil forskningsredaktøren arbeide tett sammen med manusredaktør. Det er også mulighet for å bruke eksterne medredaktører som kan delta i manuskriptvurdering og bearbeiding.

Redaktøren i Sykepleien Forskning rapporterer til Sykepleiens ansvarlige redaktør.

#### Vi søker en person med følgende kvalifikasjoner, egenskaper og erfaringer:

- › Sykepleierutdanning med ph.d. eller metodekunnskap på samme nivå.
- › Søkeren må ha et godt faglig nettverk.

› Søkeren må være ryddig og ha evne til å kommunisere godt, både innad i redaksjonen, i redaksjonskomiteen og med eksterne fagmiljøer. Tidligere erfaring med forskningsformidling og/eller redaksjonsarbeid er et pluss, men ikke et krav.

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

#### Vi kan tilby en hverdag i et aktivt, ambisiøst og inkluderende arbeidsmiljø samt:

- › Tariffavtale
- › Pensjonsordninger i KLP
- › Reise- og ulykke- og gruppelevsforssikring
- › Fleksibel arbeidstid
- › Konkurransedyktig lønn
- › Kantineordning

**Søknadsfrist:** 6. desember 2017

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf. 408 52 179 eller på e-post: barth.tholens@sykepleierforbundet.no

Søknad sendes inn elektronisk:  
<https://candidate.hr-manager.net/ApplicationInit.aspx?cid=184&ProjectId=180700&DepartmentId=4420&MediaId=5>





Eide kommune

## SYKEPLEIERE SØKES

Vi har 2 ledige stillinger for sykepleiere innen pleie og omsorg.

Begge er fastes stillinger i 68% stilling. Det er kombinerte stillinger dag, aften og natt. Hver 3. helg i Hjemmesykepleien og hver 3. helg i Hjemmeavlastningen.

Det tilkommer et lønnstillegg på kr. 40 000,- pr år (i 100 % stilling) for vaktene i Hjemmeavlastningen.

Lønn og arbeidsvilkår etter de enhver tid gjeldende lover og avtaleverk.

Søknad sendes elektronisk, se kommunens hjemmeside [www.eide.kommune.no](http://www.eide.kommune.no)

Søknadsfrist : 30.11 2017

**MODUMBAD**   
 - en kilde til liv



## Sykepleier

med videreutdanning innen psykisk helsearbeid  
**Avdeling for traumebehandling**

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast dagstilling for miljøterapeut.

**Tiltredelse:** 1. april 2018

**Kontaktpersoner:** Avd.leder  
Gun Abrahamsen eller  
nestleder Solveig Nævra Lie,  
tlf. 32 74 97 00.

**Søknadsfrist:** 30. nov 2017

Søk elektronisk og finn  
fullstendig utlysningstekst på  
[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

*Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.*

[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

## MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon [mediyoga.no](http://mediyoga.no)  
+46 85 40 882 80



## 4. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter 15. og 16. februar 2018

### Sykepleiere ønskes velkommen!

Konferansen er godkjent av NSF som meritterende med totalt 16 timer.

PROGRAM OG PÅMELDING  
[www.hjertetoghjernen.no](http://www.hjertetoghjernen.no)



NIFS; Norsk Interesséfaggruppe For Sårheling inviterer til kongress om

### NYVINNINGER OG TEKNOLOGI. SÅRPASIENTEN I OG UTENFOR SYKEHUS

**Tid:** 8. og 9. februar 2018

**Sted:** Thon Lofoten Hotel i Svolvær

Vi har igjen valgt å sette sammen programmet i form av to emner. Første dag blir det fokus på innovative metoder innen diagnostikk og behandling av sår. Dag nummer to tar vi for oss oppfølging av sårpatienten på ulike arenaer. Det blir også tid til politiske betraktninger samt tanker om sår og psyke. Et bredt og variert program med noe for de fleste!

Kongressen er rettet mot alle helsearbeidere som møter pasienter med sår.

Gode forelesere fra inn- og utland, for detaljer se NIFS hjemmeside der også påmeldingen skjer.

Velkommen til faglig påfyll!

**Info og påmelding innen 01.12.17:** [www.nifs-saar.no](http://www.nifs-saar.no)  
Eller ta kontakt med KSCI v/ Kristin Solstad e-post: [kristi@ksci.no](mailto:kristi@ksci.no)  
mobil: 92654255

# Sykepleien utvikler seg!

## UTGIVELSESPLAN 2018

Nr	Utgivelse	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	10. januar	18. januar
2	Sykepleien	7. februar	15. februar
3	<b>#Sykepleien</b>	2. mars	15. mars
4	Sykepleien (annonsetest)	18. april	26. april
5	<b>#Sykepleien</b>	25. mai	7. juni
6	Sykepleien	15. august	23. august
7	Sykepleien	19. september	27. september
8	<b>#Sykepleien</b>	19. oktober	1. november
9	Sykepleien	5. desember	13. desember

#Sykepleien tar kun hel- og halvsides annonser.

Både Sykepleien og våre lesere blir mer og mer digitale. Trafikken er stor og økende på våre nettsider. Sykepleien tilpasser oss endringene og 3 av bladutgivelsene i 2018 er #Sykepleien som går i dybden på ett tema om gangen.

#Sykepleien har fått en meget god mottagelse blant medlemmene i NSF.

Stillings- og kunngjøringsannonsører kan annonsere profilannonser i disse utgavene, det vil si ikke konkrete stillinger eller kurs/utdanninger. Opplaget er på 110.000. Få blader har en så stor utbredelse.

Kontakt markedsavdelingen på tlf.: 916 03 812 eller [marked@sykepleien.no](mailto:marked@sykepleien.no).

**Sykepleien**

## STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

### Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

6.- 7.mars 2018

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 3.950,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no) eller [www.acem.no](http://www.acem.no)

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

### LOP - for pensjonister fra offentlig sektor

LOP er interesseorganisasjonen for pensjonister fra offentlig sektor. Vi gir gratis bistand til medlemmene i pensjons- og arv/boskifte-spørsmål og vi er en aktiv høringsinstans i alle saker som angår pensjonisters levekår og rettigheter.

Vi har lokallag over hele landet og samarbeidsavtale med Norsk Sykepleierforbund.

Som medlem får du tilbud om hyggelige turer og treff med nyttige temaer i et godt og hyggelig miljø. I tillegg får du blad 4 ganger i året. Her finner du mye godt og nyttig stoff.

For mer informasjon ta kontakt med sykepleier **Lillian Saxegaard 944 99 320** eller send en e-post til [lillian.saxegaard@gmail.com](mailto:lillian.saxegaard@gmail.com). Besøk nettsiden: [www.lop.no](http://www.lop.no)







# Sør-Trøndelag

**NSF Sør-Trøndelag har den glede å invitere alle våre medlemmer til Fylkesmedlemsmøte/julemøte**

**Dato: Onsdag 6. desember 2017**  
**Kl.: 18.00 - 21.00 (registrering fra kl. 17.15)**  
**Sted: Scandic Lerkendal Hotell**

**PROGRAM:**

- Hvorfor trenger ungdommer sykepleierkompetanse?  
v/ Tale Maria Krohn Engvik  
Helsesøster/Helsesista
- Minikonsert med Conor Patrick med band
- Utdeling av Sykepleierprisen 2017 og Sykepleierlederprisen 2017
- Servering juletallerken



**FOR MER INFORMASJON OM PÅMELDING:**

Arrangementet er gratis for våre medlemmer. Påmelding gjøres ved å gå til vedlagte lenke. Husk at du må være innlogget for å melde deg på.

**Bindende påmelding innen 28. november på [www.nsf.no/sortrondelag](http://www.nsf.no/sortrondelag)**



SCANN QR-KODE for å lese mer om dette på vår nettside.





# Møter du mennesker som har det vanskelig?

## Din kunnskap om selvhjelp er til stor nytte.

**Selvorganisert selvhjelp** tar utgangspunkt i mennesker som på eget initiativ ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

I en **selvhjelpsgruppe** møtes mennesker for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvorganisert selvhjelp er gratis.

**Helsedirektoratet** har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet.

**Møter du mennesker** i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i en liknende situasjon som dem? Kontakt oss for mer informasjon eller bestill materiell på våre nettsider.

Selvhjelp Norge • Kirkeveien 61, 0364 Oslo • [post@selvhjelp.no](mailto:post@selvhjelp.no) • 23 33 19 00



# AKTROMMET

## Julen er snart her!

Vi har julegavene til dine ansatte!  
La oss gi deg tilbud på f.eks.  
hygieneklokker og/eller  
hygienemappen PenHygienic.



Vi har mange ulike søsterur å velge mellom!

PenHygienic



Få din logo på skilt og/eller uniform



Clinical 1 (Ireland)  
Livstidsgaranti  
Flere typer stetoskop på lager!

Gode tilbud til bedrifter som trenger mye utstyr.  
Ta kontakt!

Vaktrommet AS  
[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)  
[post@vaktrommet.no](mailto:post@vaktrommet.no)  
tel: 926 97 497



MELD DEG PÅ!  
Først til mølla.

NSFs e-helsekonferanse på  
Thon Hotel Arena, Lillestrøm  
14. og 15. februar 2018

# SYKEPLEIE I EN DIGITAL TIDSALDER

*Norsk Sykepleierforbund arrangerer e-helsekonferanse i samarbeid med NSFs faggruppe for e-helse.*

Send inn din poster før 4.12.17.

**For påmelding og mer informasjon om poster se  
NSFs kurs og konferansesider på [www.nsf.no](http://www.nsf.no)  
Påmeldingsfristen er 14.01.2018**



NSFs FAGGRUPPE  
FOR E-HELSE





## Frister stor frihet, gratis bolig og god lønn?

Dedicare har varierte oppdrag over hele landet. Vi har avtale med alle sykehusene i Norge, samt 400 kommuner med hjemmesykepleie, sykehjem, legevakter og omsorgsboliger.

Dette er mulighetenes verden for deg som er sykepleier, enten du er nyutdannet eller spesialsykepleier. Hvis du har kompetanse på barneavdelinger eller intensivavdelinger, er det ekstra mye oppdrag akkurat nå, så ikke nøl med å ta kontakt. Drømmejobben venter på deg!

Hos Dedicare får du stor frihet til å styre egen tid, reise og bolig dekket av oss, pensjon i KLP - og god lønn.

Vil du vite mer, er det bare å ringe eller sende oss en mail. Vi gleder oss til å høre fra deg!

[www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)

+47 07480 – [rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no)



*Vi byr oss mer!*

**DEDICARE**

Nurse