



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MSS590-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-05-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MSS590 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	222
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	10755
----------------------	-------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	10
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	210

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

## MASTEROPPGAVE

Sykepleiefagets tilnærming til pasienter med hydrocephalus i et praxeologisk, historisk perspektiv

The nursing profession's approach to patients with hydrocephalus in a praxeological, historical perspective

45 studiepoeng

Anette Sperre & Hilde Kruhaug Haldorsen

Master i sykepleie – kliniske spesialiteter, spesialisering nevrosykepleie  
Fakultet for helse og sosialvitenskap, Institutt for helse og omsorgsvitenskap,  
Høgskulen på Vestlandet

Veileder: Professor Jeanne Helene Boge

Innleveringsdato: 26.05.2023

Antall ord: 10755

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

## FORORD

Det å skrive en masteroppgave i en praxeologisk tradisjon har vært et spennende, lærerikt, og ikke minst krevende eventyr. Vi ønsker derfor å rette en stor takk til vår veileder Jeanne Helen Boge. Uten hennes faglige kompetanse, tålmodighet og vilje til å veilede oss i en helt ny tradisjon, hadde ikke oppgaven blitt slik den er i dag. Jeanne Helens evne til å gi oss støtte i utfordrende perioder, og hennes positivitet i innspurten har vært uvurderlig.

Vi vil også takke våre medstudenter, og veilederne Rolf Horne og Karin Anna Petersen for gode innspill, diskusjoner og tilbakemeldinger under masterseminar. Det har bidratt til forståelse og klarning i oppgaven under en intens skriveprosess.

Videre vil vi rette en takk til våre familier som har vært tålmodige og forståelsesfulle, når mye av vår tid i hverdagen har gått med til å utarbeide denne studien.

Vi vil også takke våre respektive arbeidsplasser som har gitt oss muligheten til å ta en mastergrad i nevrosykepleie, og støttet oss i arbeidet av studien.

## SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven er basert på en undring over at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt på overgangen fra barnepost til voksenpost. Studien er basert på en antagelse om at bakgrunnen for at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt på overgangen fra barnepost til voksenpost, er at pasientenes sosiale bakgrunn i liten grad vektlegges og at naturvitenskapelig perspektiv har en dominerende plass i tilnærmingen til pasienter med hydrocephalus.

Antagelsen har vi undersøkt ved hjelp av historiske analyser av sykepleiefaget sine posisjoneringer om pasienter med hydrocephalus, i håp om at fortidige måter å posisjonere seg til hydrocephalus, skal bidra til at vi kan forklare og forstå at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt på overgangen fra barnepost til voksenpost. De historiske undersøkelsene er gjort ved hjelp av en praxeologisk registrantanalyse av sentrale lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1877 – 1996, og sentrale lærebøker som har vært i bruk i master i nevrosykepleie fra 1997 - 2023. I analysene har vi brukt den franske sosiologen Pierre Bourdies teori om Homo Academicus som teoretisk verktøy.

Analysene viser at naturvitenskapelig perspektiv har hatt en dominerende plass både i grunnutdanning i sykepleie og i master i nevrosykepleie i perioden 1877 til 2023. Det naturvitenskapelige perspektivet er dominerende i de sentrale lærebøkene i nevrosykepleie. I lærebøker i grunnleggende sykepleie har det vært et tydelig humanistisk perspektiv fra 1941, og fra 1960 har det også vært et tydelig samfunnsvitenskapelig perspektiv. Humanistiske- og samfunnsvitenskapelig perspektiv videreføres i liten grad i de sentrale lærebøkene i nevrosykepleie.

At humanistiske- og samfunnsvitenskapelige perspektiv har en marginal plass i de sentrale lærebøkene i nevrosykepleie kan ha sammenheng med at slik fag har lav status i det akademiske hierarkiet, mens medisinske naturvitenskapelig perspektiv har en høy posisjon. Lærebøker i grunnleggende sykepleie, og spesielt i nevrosykepleie, underlegger seg den medisinske naturvitenskapelige logikken.

Vi har erfart at logikken som dominerer i lærebøkene, også dominerer i det daglige virke ved nevrokirurgisk avdeling og vår teori er at pasienter som kommer fra familier med lave posisjoner i samfunnet, med tilhørende økonomiske-, kulturelle- og sosiale kapitaler, kan ha behov for mer støtte ved overgangen fra barnepost til voksenpost, enn de som kommer fra ressurssterke familier. Et systematisk fokus på pasientenes sosiale bakgrunn vil trolig ikke finne sted, uten at legene opplever slike sosiale perspektiver som betydningsfulle og som deres egen ide. Legene er de dominante i det medisinske feltet som pasienter med hydrocephalus agerer i. De er doxabærere. Våre analyser viser at lærebøker i nevrosykepleie har underlagt seg medisinske doxa.

**Nøkkelord:** Hydrocephalus, nevrokirurgi, sosial bakgrunn, barnepost, voksenpost, Pierre Bourdieu, praxeologi, Homo Academicus, habitus, doxa, registrantanalyse, nevrosykepleie, medisinsk felt, naturvitenskapelig, humanistisk, samfunnsvitenskapelig.

## ABSTRACT

This master's thesis focuses on the question of why patients with hydrocephalus react differently to the transition from pediatric to adult hospital units. The study is built upon the hypothesis that the reason behind these differing reactions is the lack of consideration of patients' social backgrounds and the dominance of natural science perspectives when approaching these patients.

We have examined this hypothesis by means of an historical analysis of attitudes in the field of nursing regarding patients with hydrocephalus. Our hope is that this will heighten our ability to explain and gain an understanding of these differing reactions. A praxeological registrant analysis was also employed to evaluate main textbooks in bachelor-level nursing education from 1877 to 1996 in Norway and in the country's only master's degree program in neuroscience nursing from 1997 to 2023. We utilized the French sociologist Pierre Bourdieu's theory of Homo Academicus as a theoretical tool for this purpose.

Our study reveals that a natural science perspective has held the dominant position both in bachelor-level nursing education and in the master's degree program in neuroscience nursing from 1877 to 2023. The natural science perspective has been particularly dominant in the main textbooks in neuroscience nursing. A clear humanistic perspective emerged after 1941 in bachelor-level basic nursing textbooks, with a clear social science perspective also becoming evident after 1960. However, these two perspectives are found to only a very limited degree in the main textbooks for neuroscience nursing.

The fact that these perspectives have held only a marginal place in the main textbooks in neuroscience nursing could be related to the lack of status these subjects have in the academic hierarchy, while medical and natural science perspectives enjoy an elevated position. Textbooks in bachelor-level nursing, particularly neuroscience nursing, have seemingly deferred to the natural scientific medical logic.

We have observed that the logic which dominates in textbooks is also dominant in the daily operation of a neurosurgical department. Our theory in this regard is that patients with families from lower socioeconomic positions in society, with the associated lower levels of financial, cultural, and social capital, may have a need for greater support in connection with the transition from pediatric to adult hospital units than patients from families who enjoy greater resources. A systematic focus on patient's social backgrounds will likely not take place, however, unless doctors experience such social perspectives not only as significant, but also as reflecting their own ideas. Doctors dominate the medical field regarding hydrocephalus—they are the carriers of doxa. Our study indicates that textbooks in neuroscience nursing have made themselves submissive to the dominant medical doxa.

**Key words:** hydrocephalus, neurosurgery, neuroscience nursing, social background, pediatric hospital unit, adult hospital unit, Pierre Bourdieu, praxeological registrant analysis, Homo Academicus, habitus, doxa, natural science, humanistic, social science

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Introduksjon.....	7
1.1 Bakgrunn og undring .....	7
1.2 Hydrocephalus.....	7
1.2.1 Hydrocephalus i et historisk perspektiv .....	8
1.3 Sykepleiers posisjon i det medisinske felt .....	8
1.3.1 Sykepleiers posisjon .....	9
1.3.2 Sykepleier har kjempet for en høyere posisjon i det medisinske feltet.....	9
1.3.3 Pasientrettigheter .....	10
1.3.4 Etikk .....	11
1.4 Tidligere studier om pasienter med hydrocephalus .....	11
1.5 Antagelse.....	12
2.0 Teoretisk forankring .....	12
2.1 Homo Academicus .....	13
2.2 Praxeologisk vitenskapsteori.....	13
2.3 Praxeologisk analysestrategi .....	14
2.3.1. Konstruksjon av habitus .....	14
2.3.2 Sosialt rom og felt.....	14
2.3.2.1 Doxa, heterodoxa, ortodoxa.....	15
2.4 Forskningsspørsmål .....	15
2.5 Registrantanalyse .....	15
2.5.1 Tidligere praxeologiske studier .....	16
2.5.2 Etisk vurdering.....	16
2.5.3 Teknikk.....	16
2.6 Autososioanalyse.....	19
3.0 Analyse og drøfting.....	19
3.1 Lærebøkernes posisjon og disposisjon.....	20
3.2 Analyse og drøfting av hvordan lærebøker i sykepleie har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus .....	22
3.2.1 1877 - 2023: Naturvitenskapelig perspektiv i lærebøker i sykepleie.....	23
3.2.2 1941 - 2023: Humanistisk perspektiv i lærebøker i sykepleie .....	24
3.2.2.1 1877 - 1940: Lite fokus på humanistiske perspektiver i sykepleie .....	25
3.2.2.2 1941 - 2023: Et tydelig humanistisk perspektiv i grunnleggende sykepleie.....	25

3.2.2.3 1997 - 2023: Lærebøker i nevrosykepleie posisjonerer seg i mindre grad til humanistiske perspektiver i sykepleie .....	26
3.2.3 1960 - 2023: Et samfunnsvitenskapelig perspektiv i lærebøker i sykepleie .....	27
3.2.3.1 1960 - 2023: Et tydelig samfunnsvitenskapelig perspektiv i grunnleggende sykepleie..	27
3.2.3.2 1997 - 2023: Lærebøker i nevrosykepleie posisjonerer seg i liten grad til samfunnsvitenskapelige perspektiver i sykepleie .....	29
3.2.4 Lærebokforfatterens posisjon og disposisjon .....	30
3.2.4.1 Diakonisse introduserte det naturvitenskapelige perspektivet i lærebøker i sykepleie.	30
3.2.4.2 Det var en lege som initierte humanistiske og samfunnsvitenskapelige perspektiver i lærebøker i grunnleggende sykepleie .....	32
3.2.4.3 Lærebokforfatterens posisjoner og disposisjoner i det medisinske feltet disponerer for et naturvitenskapelige perspektiv i lærebøker i nevrosykepleie.....	34
3.5 Profesjonshierarkiet kan bidra til at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt ved overgang fra barnepost til voksenpost .....	35
Litteraturliste .....	37
Vedlegg 1: Skjema for kartlegging av lærebøkens posisjon og disposisjon .....	1
Vedlegg 2: Registrant av sykepleiebøker fra 1877 - 2023 .....	2

## TABELL- OG FIGUROVERSIKT

Tabell 1	Inkluderte lærebøker	Side 18
Tabell 2	Lærebøkens kapitler	Side 21
Figur 1	Hierarkisering av lærebøkene	Side 22



## 1.0 Introduksjon

Dette er en studie om hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus. Hensikten med studien er å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt på overgangen fra barnepost til voksenpost. Studien er basert på en registrantanalyse (jf. kap. 2.5) av sentrale lærebøker i grunnleggende sykepleie og nevrosykepleie i perioden 1877 - 2023 (jf. tabell 1). Analysene er fundert i den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin teori om Homo Academicus (jf. kap 2.1) med en tilhørende praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.3).

### 1.1 Bakgrunn og undring

Bakgrunn for studien er en undring over at pasienter med hydrocephalus agerer svært ulikt ved overgang fra barnepost til voksenpost.

Vi har begge erfaring med å følge opp denne pasientgruppen fra både barnepost og voksenpost ved et norsk universitetssykehus. I overgangen fra barn til voksen, skal pasientene lære seg å ta ansvar for egen helse, og i den forbindelse er det flere som opplever «å falle mellom to stoler» i helse- og omsorgstjenesten. Ifølge regjeringens strategi for ungdomshelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016-2021, s. 34-35) skal det legges vekt på ungdommenes ressursforvaltning, og det overordnede målet er å hjelpe ungdom til å mestre egne utfordringer og leve gode liv. Barn og unge skal bli sett og hørt der de er og slik de er. Flere ungdommer og unge voksne lever med kroniske sykdommer, mentale helseutfordringer og funksjonsnedsettelse. De skal håndtere livet med en diagnose, samtidig som de skal håndtere voksenlivet og alt som følger med. Dette krever at pasientene har en forståelse for hvordan de skal mestre hverdagen med sykdom, og pasienter med hydrocephalus vil derfor ha et behov for oppfølging fra helsevesenet tilnærmet deres sosiale bakgrunn. Men våre erfaringer fra pasientnær praksis i sykehus og fra master i nevrosykepleie ved Høgskulen på Vestlandet, er at det er lite fokus på pasientenes sosiale bakgrunn.

### 1.2 Hydrocephalus

Hydrocephalus, også kalt vannhodet på folkemunne, er en tilstand med økt mengde cerebrospinalvæske (CSF) som fører til utvidelse av hjernens ventrikkelsystem (Due-Tønnessen et al., 2019, s. 239). En slik opphopning vil føre til økt trykk i hodet, og kan ubehandlet medføre betydelig morbiditet og mortalitet. Målet med behandlingen er å sikre hjernens utvikling og funksjon ved å normalisere trykkforholdene inne i hodet. Tilstanden kan ha flere årsaker og kan derfor inndeles på flere måter, og krever ulike tilnærming og behandling. I mange tilfeller er det ikke mulig å normalisere trykkforholdene og væskestrøm ved behandling av årsak, og pasientene har derfor

behov for en permanent avlastning av CSF. Dette gjøres gjennom kirurgi, hvor det innlegges et kateter, også kalt en shunt, som ledes fra hjernens ventrikkelsystem til bukhinnen eller til blodbanen i hjertet (Due-Tønnessen et al., 2019, s. 239-247). Når pasienter får innlagt en shunt kan man utvikle ulike symptomer relatert til shuntbehandlingen. Mange pasienter med hydrocephalus lever et liv uten begrensninger, og merker lite eller ingenting til sykdommen (Halvorsen et al., 2018). Hos andre kan det være vanskelig å skape optimal drenering og pasientene blir ikke symptomfrie med behandlingen som finnes i dag, noen får også nye plager. Hodepine, tretthet og kognitive utfordringer er vanlig. Spesielt gjelder dette pasienter som har hatt mange innleggelser og shuntoperasjoner fra tidlig barnealder. For pasienter som ikke blir symptomfrie handler hydrocephalus om å leve med en kronisk og usynlig sykdom, som krever livslang oppfølging fra helsevesenet, barn som voksen (Halvorsen et al., 2018).

### 1.2.1 Hydrocephalus i et historisk perspektiv

Hippokrates, også omtalt som "legekunstens far", og Galens, en romersk lege, beskrev hydrocephalus allerede i middelalderen (Skålevåg, 2021; Skålevåg, 2022). Behandling av hydrocephalus har lenge ikke vært mulig, men fra begynnelsen av 1900 - tallet kunne man se en begynnende utvikling i faget nevrokirurgi, med den amerikanske nevrokirurgen Harvey Cushing (1869 - 1939) i spissen (Schlichting et al., 2019). Inngrep for å redusere CSF ble forsøkt, men med høy risiko og effekten var sjelden varig. Vilhelm Magnus (1871 - 1929) var den første norske nevrokirurgen. Etterfulgt av Arne Torkildsen (1899 - 1968), som i 1938 utviklet en metode, omtalt som Torkildsens operasjon, som gikk ut på å legge et kateter fra hjernens ventriklene til et væskerom i bakre skallegrop. Det var ikke før på 1960 - tallet at Norge fikk et gjennombrudd i behandlingen av hydrocephalus, da silikonkateter og shuntventiler ble utviklet (Schlichting et al., 2019). Den første shunten i Norge ble lagt i 1961, og i årenes løp er det utviklet flere forskjellige typer, som også kan regulere væskestrøm ved hjelp av en ventil (Due-Tønnessen et al., 2019, s. 245).

### 1.3 Sykepleiers posisjon i det medisinske felt

Denne studien finner sted i det medisinske feltet. Et felt er ikke et fysisk sted, men en sosial arena med en viss autonomi. De som agerer i feltet, kan ha ulike posisjoner med tilhørende disposisjoner (jf. kap. 2.3.2). Nedenfor har vi gjort en foreløpig konstruksjon av sykepleiefagets posisjon i det medisinske feltet.

### 1.3.1 Sykepleiers posisjon

Florence Nightingale (1820 - 1910) blir ansett som en pioner innen moderne sykepleie (Simensen, 2020). På denne tiden ble sykepleieryrket sett på som et yrke med dårlig rykte, og bestod som oftest av fattige kvinner, og dermed ikke egnet for en respektabel overklassekvinne som Nightingale. Hun trosset dette, og startet sin karriere som forstanderinne på et hospital for overklasse-kvinner. Når Krimkrigen brøt ut reiste hun for å arbeide i et feltsykehus, som er det arbeidet hun er mest kjent for i dag. Hun gjorde en stor innsats i forbedring av de sanitære forholdene og i å ivareta soldatenes psykososiale behov. Etter krigens slutt, etablerte Nightingale den første utdanningen for sykepleiere i 1969 ved St. Thomas' Hospital i London. Dette bidro til at sykepleiere fikk respekt og annerkjennelse (Simensen, 2020).

### 1.3.2 Sykepleier har kjempet for en høyere posisjon i det medisinske feltet

I 1868 fikk Norge sin første sykepleieutdanning ved Diakonisseanstalten i Christiania, og i 1877 ble Norges første lærebok i sykepleie utgitt av Rikke Nissen (Schiøtz, 2017, s. 346). Norsk sykepleieforbund (NSF) ble stiftet i 1912, og skulle bidra til å heve kvaliteten på sykepleien og løfte frem sykepleiefaget som en egen profesjon (Norsk sykepleieforbund, u.å; Melby, 2000, s. 131). Kravet om 3-årig utdanning og sykepleien som et selvstendig fundament, isolert fra den naturvitenskapelige medisin, var NSF's formål og intensjon. Profesjonaliseringen av sykepleiere i Norge fant sted i etterkrigstiden (Boge & Petersen, 2020, s. 4). Legene fikk en mer perifer rolle enn det de hadde hatt tidligere, og sykepleiere overtok legenes rolle som redaktører for lærebøker i utdanning av sykepleiere (Boge & Petersen, 2020, s. 4). En profesjon må ha selvstendig forskning. I den forbindelse startet NSF opp en forskningskomite som skulle ivareta arbeidet med å knytte sykepleien til den samfunnsvitenskapelige forskningen, og i årene mellom 1950 - 1970 kan man se en akademisering innenfor norsk sykepleie. For å tilegne seg kunnskap om empirisk forskning, ble sykepleiere fra Norge sendt ut for å studere i USA. Dette anses som starten på sykepleiefagets profesjonsutvikling (Boge & Pedersen, 2020, s. 4).

Helga Dagsland, leder for NSF, ønsket større kontroll over sykepleiefaget og sykepleiernes ansvarsfelt (Mathisen, 2022a). Fra 1960 tiltrådte loven om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere, som gav resultater i form av mer teori, strengere krav til kunnskapsnivå og kvalifikasjoner (Schiøtz, 2017, s. 342). Staten ville fastlegge føringer for sykepleieutdanningen, og i 1977 kom det en innstilling fra regjering om at utdanning av sykepleiere bør innebære 3-årig utdanning på høyskolenivå. Første fagutdanning for sykepleiere ved et norske universitet, var i Tromsø i 1977. Utdanningen var knyttet tett opp mot det samfunnsvitenskapelig fakultet. Staten flyttet utdanningen

bort fra sykehusene i 1960, og innlemmet sykepleieskolene inn i det regionale høyskolesystemet i 1986 (Mathisen, 2006, s. 179-180; Schiøts, 2017, s. 345). Ifølge Schiøts (2017, s. 345) var det dette skiftet som førte til at profesjonsdrømmen var oppnådd.

Med økende krav om spesialisert kompetanse hos sykepleiere, ble videreutdanningen i Nevrosykepleie opprettet i 2005. Utdanningen skal bidra til mestring og livskvalitet for pasienter med nevrologiske sykdommer eller skader i hjerne- og nervesystemet (Høgskulen på Vestlandet, u.å). Fagområdet nevrosykepleie skal tilby behandling til pasienter i alle aldersgrupper og med ulike bakgrunn, både i og utenfor sykehus. I 2021 ble det mulig å bygge på videreutdanningen med en masteroppgave.

Ifølge nevrosykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse skal nevrosykepleiere besitte bred kunnskap om patologi, patofysiologi og farmakologi innen sin spesialitet (Høgskulen på Vestlandet, 2021). En skal ha inngående kunnskap om pasientsikkerhet, faglige- og vitenskapelige problemstillinger, og kunne gjøre selvstendige kliniske vurderinger og ta beslutninger om sykepleietiltak som kan fremme helse, mestring og livskvalitet. Nevrosykepleieren skal kunne anvende helsepedagogiske tilnæringsmåter for å støtte pasientenes medvirkning, og bidra til at oppfølgings- og behandlingstilbud til pasientene blir sammenhengende på tvers av tjenestenivåer (Høgskulen på Vestlandet, 2021).

### 1.3.3 Pasientrettigheter

Uavhengig om pasienten er barn, voksen, bor i by eller bygd, har pasienter rett til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Dette står beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven (1999):

#### § 1-1. Formål

“Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Ifølge en kartlegging utført av helsedirektoratet i 2016 av behandling- og tjenestetilbudet til personer med medfødt eller ervervede tilstander som inngår i begrepet hjernehelse, er det store variasjoner i spesialist- og primærhelsetjenesten når det gjelder tilgjengelige tilbud, kapasitet, intensitet og kompetanse (Helsedirektoratet, 2016, s. 17-28, 33-36).

### 1.3.4 Etikk

Store variasjoner i helsetilbudet til pasienter med hydrocephalus kan oppfattes som respektløst og etisk utfordrende, da grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og for retten til medbestemmelse (Norsk sykepleieforbund, 2019). De første etiske retningslinjene for norske sykepleiere kom i 1983, og er basert på internasjonale føringer for sykepleieetikk. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurdering i utøvelsen av sykepleie (Norske sykepleieforbund, 2019).

### 1.4 Tidligere studier om pasienter med hydrocephalus

Sett bort i fra kirurgisk behandling har mange pasienter med hydrocephalus behov for oppfølging for å få hjelp til å leve med sykdommen (Halvorsen et al., 2018). Erfaringen til forfatterne av artikkelen «Helsepersonells anerkjennelse av personer med hydrocephalus påvirker selvfølelsen» (Halvorsen et al., 2018) tilsier at diagnose er lite kjent utenfor de spesialiserte sykehusavdelingene og forskning tyder på at pasienter med hydrocephalus ikke alltid får oppfølgingen de har behov for. Studien viser at anerkjennelse av pasientens sykdom kan ha betydning for hvordan pasienten oppfatter sin egen situasjon. Mennesker har behov for anerkjennelse for å opprettholde identitet og selvfølelse. I studien har Halvorsen et al. (2018) undersøkt hvilken opplevelse og betydning anerkjennelse har for pasienter med hydrocephalus. For å beskrive anerkjennelse ble det brukt ord som lytting, forståelse, aksept og bekreftelse. Intervjupersonene mente at usynlige symptomer var en av grunnene til at de ikke ble tatt på alvor, og at kliniske funn ble ansett som mer gyldig enn subjektive opplevelser. Resultatene viser at det å bli trodd er det viktigste, viktigere enn vann. Anerkjennelse kan skape tillit til helsevesenet og trygghet til å leve med sykdommen.

I studien «Twenty-year outcome in young adults with childhood hydrocephalus: assessment of surgical outcome, work participation, and healthrelated quality of life» ser Paulsen et. al. (2010), nærmere på hvordan 138 barn med førstegangs implantert shunt, i årene 1985 - 1988, hadde det 20 år etter operasjon. Forskerne argumenterer for at det finnes begrenset antall studier som adresserer funksjonelle utfall hos pasienter med hydrocephalus. Funnene viser at flertallet av barn med hydrocephalus lever liv som kan sammenlignes med andre ungen voksne i samfunnet. Funnene viser også at en betydelig andel (41%) av pasientene lever et liv hvor de er avhengig av bistand fra familie eller helsepersonell, og 1 av 5 står permanent utenfor arbeidsmarkedet (Paulsen et al., 2010, s. 534). Flere av pasientene rapporterer om dårligere helse, funksjonsnedsettelse, redusert sosial fungering og kroppslige smerter (Paulsen et al., 2010, s. 531-532).

Ifølge Simon et al. (2009) oppleves overgangen fra barn til voksenomsorgen som problematisk for pasienter med hydrocephalus. I motsetning til andre kroniske sykdommer som oppstår i barneårene, mangler pasienter med hydrocephalus modeller for utvikling av pasientsentrert helsetjeneste av høy kvalitet, som kontinuerlig ivaretar pasienten gjennom livet, fra barn til voksen (Simon et al., 2009, s. 3). Den amerikanske studien hevder at helsevesenet mangler spesialisert kunnskap, ferdigheter og erfaring for å gi tilstrekkelig omsorg og oppfølging av barnetilstander, og spesielt barn med hydrocephalus. Forfatterne konkluderte med at det er svært viktig at medisinske og kirurgiske aktører i helsevesenet arbeider mot å implementere en adekvat retningslinje for kroniske tilstander, spesielt med tanke på livsoverganger, både på lokalt og nasjonalt nivå (Simon et al., 2009, s. 7). Paulsen et al. (2009, s. 533) anbefaler i sin artikkel en plan for oppfølging av barn og unge voksne med hydrocephalus i Norge. Forfatterne viser til at barn under 1 år bør ha hyppige postoperative kontroller, barn mellom 1 - 3 år skal ha årlige kontroller, barn mellom 4 - 16 år skal ha kontroller annenhvert år. Etter dette er barnet utvokst og kontroller bør forekomme hver 4 - 5 år. Kontroller bør inkludere MR eller CT bilde, og klinisk konsultasjon med vekt på pasientens symptom bilde.

## 1.5 Antagelse

Denne studien er basert på en antakelse om at det kanskje ikke først og fremst er mangel på retningslinjer som er utfordringen når barn skal håndtere overgangen fra nevrokirurgisk barnepost til voksenpost, men lite fokus på pasientenes sosiale bakgrunn i det medisinske feltet som pasienter med hydrocephalus agerer i. I dette feltet har leger hatt en dominant plass med tilhørende naturvitenskapelige perspektiv (jf. kap. 3.2.4.3). Utdanningen til sykepleiere som agerer i dette feltet er også dominert av naturvitenskapelige fag. Det viser Boge og Petersens (2020) sin studie av statlige føringer for norske sykepleieutdanninger.

## 2.0 Teoretisk forankring

Studiene til Boge og Petersen (2020) omfatter ikke analyser av hvordan sentrale pensumbøker i sykepleie har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus. Dette har vi undersøkt i denne studien ved hjelp av en praxelogske registrantanalyse av sentrale lærebøker i grunnleggende sykepleie og nevrosykepleie i perioden 1877 - 2023. I analysene har vi brukt den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori om Homo Academicus som teoretisk verktøy (jf. kap. 2.1) med tilhørende praxeologisk vitenskapsteori og analyser (jf. kap. 2.2; kap. 2.3).

## 2.1 Homo Academicus

I studien Homo Academicus argumenterer den franske sosiologen Pierre Bourdieu for at universitetene inngår i et samspill med statsmakten, og akademikernes oppgave er å videreføre de dominerende strukturene i samfunnet (Hovmark, 1995). Han argumenterer for at dette spillet forandrer karakter fra fakultet til fakultet, og i det medisinske fakultet kan man se at det er dominert av en sosial orientert kompetanse hvor en først og fremst arbeider for å opprettholde fagets sosiale prestisje. Medisinske fakultet er underlagt den mest direkte statlige kontrollen, og har gjennom tiden blitt regnet som overordnet. Lærere på medisinsk fakultet har en plass i toppen av det sosiale hierarkiet ifølge Bourdieu, og er en del av den dominerende gruppen i det moderne samfunnet. Lærerne har en dårlig grad av autonomi i forhold til regjeringen, samtidig som de er direkte involverte i å forme bruken av den praktiske viten. Lærerne ved medisinsk fakultet tar gjerne den politiske ordenen for gitt, og deres oppgave er å utdanne lydige sosiale aktører (Hovmark, 1995). Vi antar at legers dominante posisjon i det medisinske feltet med tilhørende naturvitenskaplig tilnærming til kropp, kan bidra til å forklare at det er lite fokus på den sosiale bakgrunnen til pasienter med hydrocephalus.

## 2.2 Praxeologisk vitenskapsteori

Ifølge Bourdieu finnes det tre former for teoretisk viten; fenomenologisk-, objektivistisk- og praxeologisk vitenskap (Boge, 2021, s. 4). Fenomenologien legger vekt på individets subjektive erfaring, uten å legge vekt på de sosiale forutsetningene. Objektivismen ser på menneskelig handling i lys av objektive strukturer i samfunnet. Et subjektivt eller et objektivt perspektiv alene vil ikke kunne generere gyldig kunnskap om menneskelige handlinger som kommer til kjenne i kroppslig uttrykk og språk. Bourdieu hadde en ambisjon om å skape en bro, og praktikken skulle formes i et samspill mellom objektive strukturer og subjektive erfaringer (Boge, 2021, s. 4-5). Ifølge Bourdieu handler vi ofte uten å tenke over hvorfor vi gjør som vi gjør (Wilken, 2020, s. 22). En vesentlig del av aktørens handlinger er basert på en kroppsliggjort, ureflektert kunnskap om hvordan verden er og hvordan man handler i den, som er med på å styre eller begrense deres praksis. Aktørens forståelse av det sosiale system vil være bestemt av deres posisjon i et sosialt hierarki og deres subjektive forventninger vil være avstemt etter deres objektive muligheter (Wilken, 2020, s. 34). Bourdieus forståelse av spillet mellom subjektive og objektive strukturer gjenspeiles i hans teori om habitus, sosiale felt og rom, og kapitalformer.

I praxeologisk vitenskapsteori er det viktig å analysere nåtidens praktikker i et historisk perspektiv. En slik historisering av dagens praksis vil kunne gi oss som forskere en avstand til det vi studerer, og

dermed kunne avdekke at dagens praksis gjerne er et resultat av tidligere kamper (Boge, 2021, s. 5). Ved en slik historisering leter vi etter brudd som kan bidra til å forstå og forklare dagens praktikk.

## 2.3 Praxeologisk analysestrategi

For å undersøke hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus har vi konstruert habitusen til lærebøkene vi har analysert og habitusen til de som har posisjonert seg i lærebøkene.

### 2.3.1. Konstruksjon av habitus

Habitus er en teori om at agenter med ulike posisjoner posisjonerer seg på ulike måter. Habitus er ikke noe vi har, det er noe vi må konstruere frem (Boge, 2021, s. 5). Det vil si at posisjoneringene om hydrocephalus må forstås og forklares i lys av den posisjonen som den som posisjonerer seg har i det sosiale feltet. Konstruksjoner av posisjoner er basert på data om sosiale agents økonomiske, – kulturelle og sosiale kapitaler (Boge, 2021, s. 5).

### 2.3.2 Sosialt rom og felt

Det finnes flere felt, for eksempel et teologisk-, et juridisk- og et medisinsk felt. Denne studien finner sted i det medisinske feltet. Feltbegrepet er et analytisk begrep hvor en undersøker sosiale arenaer over tid (Wilken, 2020, s. 51-52). Kriteriet for å definere et felt er ifølge Bourdieu at det kan påvises at noe står på spill og det finnes noe som er verdt å kjempe for, også kalt sosiale kamper. Felt defineres i forhold til bestemte kapitalformer som det handler om å besitte, og Bourdieu henviser til økonomisk-, kulturell- og sosial kapital. Ideen bak begrepene var at hvis man kjenner til personens habitus, kapital og felter, vil man kunne forstå og forklare motivet for deres handlinger (Wilken, 2020, s. 58).

Sammensetningen av agentene i et felt sin kapital, og hvilken kapital som har symbolsk verdi i et felt har ifølge Horne (2016, s. 46) betydning for styrkeforholdet i feltet og er bestemmende for hvilken posisjon de ulike agentene får. I vår oppgave vil vi anta at det å være spesialisert lege, kirurg med flere års skolegang og tilbakelagt turnustid, gir høy status, og dermed høy kulturell og sosial kapital i det medisinske feltet. På lik linje antar vi at sykepleiere med videreutdanning bisitter en høyere status enn sykepleiere med kun bachelorgrad, og det på denne måten dannes et hierarki. Ifølge Boge og Petersen (2020, s. 6) er det vanligvis de dominerende i feltet som representerer den herskende meningen.



### 2.3.2.1 Doxa, heterodoxa, ortodoxa

I et felt er det noen dominerende uartikulerte oppfatninger om hvordan praktikker bør forstås og gjøres (Boge, 2021, s. 6). Dette kaller Bourdieu for doxa. Bourdieu mente at en forsker skal utfordre etablerte doxa (Boge, 2021, s. 6). Et slikt angrep på etablert doxa kaller Bourdieu for heterodoxa (Aakvaag, 2008, s. 157). Vi håper at en slik konstruksjon av feltet og det sosiale rommet, kan bidra til å forklare sykepleiefagets posisjoneringer til pasienter med hydrocephalus. Vi ønsker videre å utfordre sykepleiernes doxa ved å se nærmere på hvorfor dagens praksis er slik den er i dag. Er denne praksisen evidensbasert, eller kommet til gjennom det kjente «sånn gjør vi det, for sånn har vi alltid gjort det» prinsippet. Dersom våre funn ikke understreker doxa, kan de dominante i feltet prøve å få gjennomslag for doxa som var rådende før vi gjorde vår studie. Dette kaller Bourdieu for heterodoxa (Boge, 2021, s. 6).

## 2.4 Forskningsspørsmål

1. Hvordan kan det ha seg at pasienter med hydrocephalus posisjonerer seg ulikt ved overgangen fra barnepost til voksenpost?
2. Hvor kommer det fra at pasienter med hydrocephalus posisjonerer seg ulikt ved overgangen fra barnepost til voksenpost (historisk)?

*Underspørsmål:*

*Hvordan har sykepleiefaget posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus?*

*Hvordan har sykepleiefaget posisjonert seg til pasientenes økonomiske-, kulturelle- og sosiale kapital?*

3. Hvordan har sykepleiefaget posisjonert seg som det har til pasienter med hydrocephalus (struktur)?

## 2.5 Registrantanalyse

For å finne ut hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus har vi gjort en registrantanalyse. Registrantanalyse er en metode for å få et overblikk og systematisere store mengder tekster og dokumenter gjennom strukturert lesing av ulike tekster ut ifra en mal. Dette vil kunne gi oss en oversikt over hvordan praksiser har blitt posisjonert i et historisk perspektiv, og få frem eventuelle kamper, endringer og brudd (Kropp, 2009, s. 173). På denne måten har vi kunnet belyse dokumentenes posisjon og gå dypere i doxa som er gjeldene i feltet på det gitte tidspunktet.

Registrantanalysen har videre hjulpet oss å se sammenheng, og forklare og forstå hvordan feltet har utviklet seg gjennom tiden.

### 2.5.1 Tidligere praxeologiske studier

I utarbeidelsen av masteroppgaven har vi hentet inspirasjon fra tidligere praxeologiske studier. Christine Tertnes Løvmo og Margit Sofie Vevle (2022) sin masterstudie om overvekt i et historisk perspektiv har vi brukt som inspirasjonskilde for utvelgelsen av hvilke lærebøker som skal inkluderes. Hildegunn Sundal (2014) sin doktorgrad om inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus har blitt anvendt som en veiviser for sentrale brudd som har oppstått i helsevesenet i tiden 1877 - 2013. Oversikt over statlige føringer for sykepleiestudiet har vi hentet fra Jeanne Boge og Karin Anna Petersen (2020) sin artikkel om omsorg som glasur over en medisinsk logikk i statlige føringer for norsk sykepleieutdanning. Til studiens metode- og analysedel har vi hentet inspirasjon fra masteroppgavene til Miriam Bjørndal Dahl (2020) og Linn Losnegård Rognaldsen (2021), og doktorgradsavhandlingene til Jeanne Boge (2008) og Jesper Fredriksen (2016).

### 2.5.2 Etisk vurdering

Publikasjon av forskning er underlagt lover og etiske retningslinjer, og vi som studenter står selv ansvarlige for å følge disse under arbeidet med oppgaven. Vår oppgave omhandler ikke pasientdata, og det har derfor ikke vært nødvendig å innhente godkjenning fra etiske komiteer eller instanser (Polit & Beck, 2017, s. 139). Artikkelen som er benyttet ivaretar forskningsetiske retningslinjer med høring i lokal etiske forskningskomite eller i henhold til Helsinkideklorasjonen (Molven, 2020).

### 2.5.3 Teknikk

For å svare på hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus (jf. kap. 2.4, forskningsspørsmål 2) har vi analysert norske lærebøker i grunnleggende sykepleie i perioden 1877 - 1996 (jf. tabell 1). Det finnes ingen norske kunnskapsbaserte fagspesifikke sykepleiebøker i nevrologi og nevrokirurgi. De utvalgte lærebøkene baserer seg derfor på sentrale pensumbøker i master i nevrosykepleie, og inkluderer en norsk fagspesifikk bokserie utgitt første gang i 1997, og to engelske fagspesifikke sykepleiebøker, som strekker seg frem til 2023 (jf. tabell 1). Bøkene er offentlige tilgjengelige, og det er all grunn til å tro at disse bisitter sykepleiefagets syn, da de har blitt kontinuerlig forkastet eller revidert gjennom tiden.

I vår analyse har vi registrert følgende i hvert dokument:

1. Referanse
2. Årstall
3. Hvem er forfatteren/redaktøren (hvilke posisjon har vedkommende og hva er vedkommens disposisjon i forhold til økonomisk-, kulturell- og sosial kapital)?
4. Hva forstås som problemet/hva kjempes det om i feltet?
5. Hvordan posisjonerer dokumentenes innhold seg til hydrocephalus?
6. Hvordan posisjonerer dokumentenes innhold seg til pasientenes økonomiske-, kulturelle- og sosiale kapitaler?

Når vi har registrert endringer og brudd i posisjoneringene om hydrocephalus, har vi søkt etter data om økonomiske-, kulturelle-, og sosiale kapitaler som kan disponere for at sykepleiefaget har posisjonert seg som det har til pasienter med hydrocephalus (jf. kap. 2.4, forskningsspørsmål 2 og 3). Ved hjelp av data om posisjon, disposisjoner og posisjoneringer som er registrert i forlengelsen av forskningsspørsmål 2 og 3, har vi generert en teori som kan bidra til å forstå og forklare at pasienter med hydrocephalus posisjonerer seg ulikt ved overgangen fra barnepost til voksenpost (jf. kap. 2.4, forskningsspørsmål 1).

Tabell 1: Inkluderte lærebøker

<b>Årstall:</b>	<b>Redaktør:</b>	<b>Tittel:</b>
1877	Rikke Nissen	Lærebog i sygepleje for diakonisser
1879	Edvard Kaurin	Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i sygepleien for sygepleiersker i by og bygd
1901	Hans R. Waage	Lærebog i Sygepleie
1921	Kristian Grøn og Sofus Widerøe	Haandbog i sykepleien
1941	Anton Jervell	Lærebok for sykepleierske (3 bind)
1951	Anton Jervell	Lærebok for sykepleierske (2 bind)
1960	Anton Jervell	Lærebok for sykepleierske (8 bind)
1967/1968	NSF Formann Redaksjonskomité: Kjellaug Lerheim	Lærebok for sykepleieskoler (12 bind)
1985	Hallbjørg Almås	Medisinsk og kirurgisk sykepleie (1. utg.)
1992	Hallbjørg Almås	Klinisk sykepleie
1996	Nina J. Kristoffersen	Generell sykepleie
1997	Leif Gjerstad & Ola H. Skjeldal	Nevrologi fra barn til voksen (1. utg.)
2000	Leif Gjerstad & Ola H. Skjeldal	Nevrologi fra barn til voksen (2. utg.)
2003	Leif Gjerstad, Ola H. Skjeldal & Eirik Helseth	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (3. utg.)
2007	Leif Gjerstad, Ola H. Skjeldal & Eirik Helseth	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (4. utg.)
2009	Joanne V. Hickey	The clinical practice of Neurological and neurocurgical Nursing (6.utg)
2010	Leif Gjerstad, Eirik Helseth & Terje Rootwelt	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (5. utg.)
2011	Sue Woodward	Neuroscience nursing: evidence-based practice.
2013	Joanne V. Hickey	The clinical practice of Neurological and neurocurgical Nursing (7.utg)
2014	Leif Gjerstad, Eirik Helseth & Terje Rootwelt	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (6. utg.)
2019	Eirik Helseth, Terje Rootwelt & Hanne Flinstad Harbo	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (7. utg.)
2020	Joanne V. Hickey & Andrea L. Strayer	The clinical practice of Neurological and neurocurgical Nursing (8.utg)

## 2.6 Autososioanalyse

Som forskere vil vi prege alle deler av studien (Boge, 2021, s. 8). Derfor er det viktig at forsker stiller samme spørsmål til seg selv, som til materialet som skal analyseres. Grunnet oppgavens omfang vil det ikke bli gjort en full autososioanalyse, men det er klart at denne studien vil være preget av vår posisjon i det medisinske feltet.

Hilde og Anette har begge vokst opp under tilnærmet like forhold, med tilsvarende like kapitaler. Familiene våre har gjennom flere generasjoner hatt fokus på utdanning, som har tilført god økonomisk-, kulturell- og sosial kapital. Dette har gitt oss gode forutsetninger for en trygg oppvekst, med mulighet for mestring og personlig utvikling. Vi har vokst opp med søsken, med tilsvarende disposisjoner som oss selv.

Vi flyttet hjemmefra etter fullført videregående opplæring for å studere bachelor i sykepleie. Under studie jobbet vi begge med multihandikappede barn, med komplekse nevrologiske utfordringer. Dette banet veien videre for interessen innen nevrologi og nevrokirurgi, og for utdannelsen og stillingene vi besitter i dag. Vi har jobbet på Rikshospitalet i 9 år, en institusjon med høy status i spesialisthelsetjenesten. Hilde arbeider nå som fagutviklingssykepleier på nevrokirurgisk barnepost, og Anette arbeider på en sykepleiedrevet poliklinikk for pasienter med CSF - forstyrrelser, underlagt nevrokirurgisk voksenpost. Vi ble kjent under videreutdanning i nevrosykepleie ved høgskulen i Bergen, som vi fullførte i juni 2020. I dag bor vi i egen bolig i Oslo, sammen med samboer og barn.

## 3.0 Analyse og drøfting

Denne studien er basert på en undring om at pasienter med hydrocephalus sin sosiale bakgrunn kan være avgjørende for hvordan de agerer i overgangen fra barnepost til voksenpost (jf. kap. 1.1). I forlengelsen av den undringen har vi undersøkt hvordan sentrale lærebøker i grunnleggende sykepleieutdanning og lærebøker i master i nevrosykepleie har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus (jf. tabell 1). Det har vi gjort med utgangspunkt i Bourdieus teori om Homo Academicus (jf. kap. 2.1), med tilhørende analyser av hvilken form for viten som er i spill i sykepleielitteraturen. I den sammenhengen har vi gjort en registrantanalyse (jf. vedlegg 2), og vi har konstruert habitusen til lærebøkernes redaktører eller kapitelforfattere i grunnleggende sykepleie og i master i nevrosykepleie fra 1877 - 2023.

For å belyse funnene i registrantanalysen og lærebøkernes posisjonering i perioden 1877 til 2023, har vi inndelt kapitlene etter bruddene i posisjoneringer om hydrocephalus. Bruddene i posisjoneringene forklares og forstås i lys av lærebokforfatterens posisjon og disposisjon.

### 3.1 Lærebøkernes posisjon og disposisjon

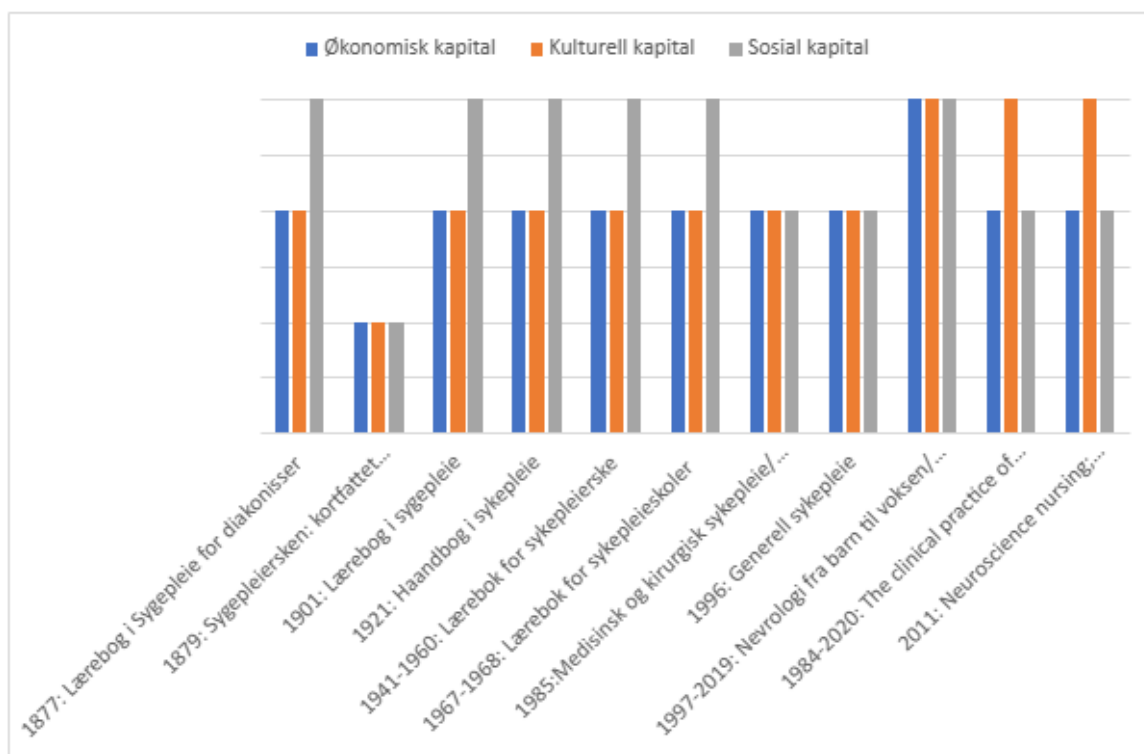
Vi har argumentert for at lærebøker i nevrologi og nevrokirurgi, som også har en sentral plass i Norges eneste master i nevrosykepleie, har den mest dominante posisjonen i forhold til hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus (jf. figur 1; vedlegg 1). Videre har vi argumentert for at før Norge fikk egne lærebøker i nevrologi og nevrokirurgi, i perioden 1877 - 1997, har lærebøker i grunnleggende sykepleie hatt en dominant plass i den norske sykepleieutdanningens posisjoneringer om hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus (jf. figur 1; vedlegg 1).

For å belyse oppgavens empiri sin posisjon og disposisjon har vi hentet inspirasjon fra doktorgradsavhandlingen til Jesper Fredriksen (2016) om tverrprofesjonelle velferdsprofesjoner, og masteroppgaven til Miriam Dahl (2020). De har begge inndelt dokumentene etter hvilke kapitaler de besitter, og deretter rangert empirien etter høy eller lav på bakgrunn av samlet mengde kapital (Fredriksen, 2016, s. 133-136; Dahl, 2020, s. 24-25).

Tabell 2: Lærebøkernes kapitaler

Disposisjon	Indikator
Økonomisk kapital	<p>Øk. 1: Empiri som legger direkte føringer for sykepleieoppgaver med utvidet kompetanse innen fagområdet, og dermed gir indirekte økonomiske konsekvenser for helsevesenet.</p> <p>Øk. 2: Empiri som legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen fagområdet, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet.</p> <p>Øk. 3: Empiri som ikke påvirker hvilke faggruppe det er som utfører oppgaven, og dermed liten/ingen økonomisk innvirkning.</p>
Kulturell kapital	<p>Ku. 1: Empiri som legger rammer eller regulerer for hvilke fag- og kunnskapsområder som skal være fokus på i master i nevrosykepleie til pasientgruppen</p> <p>Ku. 2: Empiri som legger rammer eller regulerer for hvilke fag- og kunnskapsområder som skal være i fokus i bachelor sykepleie til pasientgruppen</p> <p>Ku. 3: Empiri som inneholder faglig veiledning, men ikke direkte har innflytelse på pasientgruppen.</p>
Sosial kapital	<p>So. 1: Empiri som direkte påvirker pasientbehandlingen til pasientgruppen.</p> <p>So. 2.: Empiri som til en viss grad påvirker pasientbehandlingen til pasientgruppen.</p> <p>So. 3: Empiri som ikke har påvirket/påvirker pasientbehandlingen til pasientgruppen.</p>

Figur 1: Hierarkisering av lærebøkene



På bakgrunn av kapitalskår (jf. vedlegg 1), besitter lærebøker i nevrosykepleie høyest økonomisk-, kulturell- og sosial kapital (jf. figur 1), og er dominante på sitt felt. Bøkene er beregnet på leger og sykepleiere i videreutdanning eller som arbeider på en spesialisert post, og deres empiri kan påvirke hvordan pasienter med hydrocephalus blir behandlet i dagens praksis. Vi antar at lærebøkene bidrar til å legge rammer for hvilke fag- og kunnskapsområder som skal prioriteres i tilnærmingen til pasientgruppen. En kan ikke si at lærebøkene direkte står i posisjon til å påvirke de økonomiske bestemmelser, men indirekte ved at sykehuset krever høy kompetanse for å kunne ta ansvar for de mest komplekse pasientene, eller inneha en master i stilling som fagutviklingssykepleier.

### 3.2 Analyse og drøfting av hvordan lærebøker i sykepleie har posisjonert seg til pasienter med hydrocephalus

For å kunne undersøke vår antagelse og svare på forskningsspørsmålene 2 og 3 (jf. kap. 2.4) har vi inndelt kapitlene etter lærebøkens posisjoneringer fra 1877 - 2023.

I kapittel 3.2.1 argumenter vi for at det i perioden 1877 - 1959 var få posisjoneringer om hydrocephalus i lærebøker i grunnleggende sykepleie, og at posisjoneringene som eksisterte var fra



et naturvitenskapelig perspektiv. De naturvitenskapelige posisjoneringene har blitt forsterket i lærebøker i nevrosykepleie.

I kapittel 3.2.2 har vi argumentert for at fra 1941 har lærebøker i grunnleggende sykepleie omfattet humanistiske posisjoneringer om ivaretagelse av pasienter. Videre har vi argumentert for at humanistiske perspektiv i mindre grad blir videreført i lærebøker i nevrosykepleie.

I kapittel 3.2.3 argumenterer vi for at fra 1960 har lærebøker i grunnleggende sykepleie også omfattet samfunnsvitenskapelige posisjoneringer om ivaretagelse av pasienter. Videre har vi argumentert for at samfunnsvitenskapelige perspektiv i liten grad blir videreført i lærebøker i nevrosykepleie.

### 3.2.1 1877 - 2023: Naturvitenskapelig perspektiv i lærebøker i sykepleie

I perioden 1877 - 1959 er det marginalt med posisjoneringer om hydrocephalus i lærebøker i grunnleggende sykepleie (jf. vedlegg 2, s. 2-10).

I Norges første lærebok i sykepleie, læreboken fra 1877 omtales hydrocephalus som vann i hjernen og som en form for ødem i hjernens hulrom (Nissen, 1877, s. 176). Det argumenteres for at slike barn har et stort uformelig hode med lange åpne fontaneller. De lider av lammelser, men behøver ikke å mangle forstanden. Det argumenteres for at disse barna tidligere ble sett på som idioter og ble kaldt byttinger etter gammel overtro. De oppnår sjelden voksenalder (Nissen, 1877, s. 176-177).

Lærebøkene fra 1879 og 1901 posisjonerer seg ikke til pasienter med hydrocephalus. I læreboken fra 1921 beskrives hydrocephalus kun i bokens fremmedordregister som vand i hodet (Grøn & Widerøe, 1921, s. 344). Læreboken fra 1941 omtaler hydrocephalus som vann i hjernen (Jervell, 1941, s. 90).

Det argumenteres videre for at tilstanden kan være medfødt eller være en følge av en annen hjernesykdom. Forløpet avhenger av årsaken til lidelsen og pasientene dør som oftest som små, men det hender at de blir gamle (Jervell, 1941, s. 90-91). Revidert utgave fra 1951 tilføyer ikke noe annet.

Fra et medisinsk perspektiv er det forståelig at flere av lærebøkene fra perioden 1877 - 1959 ikke nevner hydrocephalus, siden man ikke kjente til medisinske behandlingsalternativer på denne tiden (jf. kap. 1.2.1). Det var først på 1960-tallet at gjennombruddet for behandling ved hjelp av drenering av hjernevæske var mulig i Norge, og siden da har det vært slike naturvitenskapelige posisjoneringer om hydrocephalus i lærebøker i sykepleie frem til 1985 (jf. vedlegg 2, s. 2-20). Etter 1985 har ikke lærebøker i grunnleggende sykepleie omfattet sykdomslære (jf. vedlegg 2, s. 21-32), og undervisningen har vært knyttet til separate lærebøker (Ørn & Bach-Gransmo, 2022). De

naturvitenskapelige posisjoneringer om hydrocephalus som oppsto i lærebøker i grunnleggende sykepleie i 1960, står fremdeles ved lag i lærebøker i sykdomslære som er beregnet på bachelorstudenter i sykepleie i 2023 (Bertelsen, 2022, s. 336-337).

Studien til Boge og Petersen (2020, s 11) om statlige føringer for norsk sykepleieutdanning viser at naturvitenskapelige fag, med få unntak, har hatt en dominant posisjon ved 3-årig grunnutdanning i sykepleie i Norge. Det vil si at sykepleiefaget har profilert seg med viten som har høy posisjon i det akademiske hierarkiet (jf. kap. 2.1).

Lærebøker i nevrosykepleie posisjonere seg hovedsakelig naturvitenskapelig til pasienter med hydrocephalus (jf. vedlegg 2, s. 32-52). Den mest dominante læreboken i nevrosykepleie, som primært er beregnet på medisinstudenter, men som brukes som basisbok i master nevrosykepleie, tar for seg symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner (Lundar, 1997, s. 139). Lundar argumenter for at pasienter som får anlagt shunt vil kunne leve et fullgodt liv dersom ikke grunnsykdommen som var årsaken til hydrocephalus gir en annen prognose. Det argumenteres videre for at det finnes nærmest ingen medisinsk tilstand hvor langtidsprognosen er så dramatisk forbedret gjennom de siste 30 årene enn hos barn med hydrocephalus, og det argumenteres for at det vil være behov for en utvidelse av shuntomsorgen. Kontroll og oppfølging baseres på kliniske symptomer og oppfølging med kontrollbilder (Lundar, 1997, s 149-150). Fra 2003 argumenteres det for at formålet med kontrollene er å etablere et sammenligningsgrunnlag for senere radiologiske kontroller, samt opplæring av pasient og pårørende. Hyppigheten av kontrollen bør baseres på en dokumentert kunnskap og pasientens behov (Due-Tønnesen et al. 2003, s. 191). Senere utgaver tilfører noen endringer innen ventiler og kirurgi teknisk teknikk, men det er ingen som argumenterer for endret tilnærming til pasientgruppen (jf. vedlegg 2, s. 34-44).

De engelske lærebøkene (jf. tabell 1), som har en sentral plass i master i nevrosykepleie og som er beregnet på praktiserende sykepleiere i nevrofeltet, viderefører det naturvitenskapelige posisjoneringene fra 1997 (jf. vedlegg 2, s. 44-51). Det argumenteres for at det fremkommer komplikasjoner knyttet til behandling med shunt, og henviser til studier som viser at 40% av alle shuntsystemer vil ha en dysfunksjon i løpet av det første året etter innleggelse (Hibbins, 2011, s. 418-421).

### 3.2.2 1941 - 2023: Humanistisk perspektiv i lærebøker i sykepleie

I dette kapittelet argumenter vi for at det fra 1941 har vært tydelige humanistiske posisjoneringer i sykepleie. Før den tid var det lite fokus på humanistiske tilnærminger. De humanistiske

posisjoneringene er inkorporert i generell sykepleie og ikke direkte knyttet til argumentasjonen om hydrocephalus.

### *3.2.2.1 1877 - 1940: Lite fokus på humanistiske perspektiver i sykepleie*

I lærebøkene som ser ut til å ha vært dominante i perioden 1877 - 1940 er det lite rom for humanistiske tilnærminger til pasienter generelt (jf. vedlegg 2, s. 2-6). Det er ansatser til humanistiske perspektiv på sykepleie i læreboken i sykepleie fra 1901. Der argumenteres det for at hver sykdom krever sine spesielle forholdsregler og at den enkelte pasient må få behandling rettet mot hans personlige egenskaper. Syke mennesker påvirkes mer enn andre av de omgivelsene de oppholder seg i, og det er derfor viktig å ta hensyn til den sykes ønsker og vaner. Sykepleieren skal oppnå tillit hos pasientene, for å så kunne hjelpe dem med å ta seg sammen og til å bruke sin viljekraft (Waage, 1901, s. 69-70). Vår oppfatning er at Waages humanistiske innspill ikke handlet om ivaretagelse av pasienter, men om sykepleierens rolle og plikt. Det er kanskje ikke så underlig, da Waage ikke ville stille store krav til sykepleiere og heller tildelte henne en rolle som legens assistent (Schiøtz, 2017, s. 330). Journalføring, klinisk observasjon og undersøkelse av pasienten var en legeoppgave og skulle derfor ikke omtales i en bok for sykepleiere, som var normgivende for legeforeningens arbeid med sykepleiere i flere tiår (Moseng, 2012, s. 184-186).

### *3.2.2.2 1941 - 2023: Et tydelig humanistisk perspektiv i grunnleggende sykepleie*

Synet på sykepleie ser ut til å endre seg mot midten av 1900-tallet, for i læreboken som kom ut i 1941 var det flere sykepleiere med i redaksjonen, og det argumenteres for små skiller mellom sykepleie og medisin, og sykepleiers faglige kunnskaper poengteres:

Lægegjerning og sykepleie er intimt knyttet sammen i et arbeid som har den største betydning så vel for det enkelte individ som for samfunn. Tidligere var lægens og sykepleierskens oppgaver skarpt atskilt, men etter hvert som sykepleien har utviklet seg griper de mer og mer over i hverandre. Enhver sykepleierske vil gjennom alle de pasientene hun kommer i kontakt med, kunne spre opplysning om hygienens betydning, f.eks. når det gjelder renslighet, sunt kosthold og levesett osv. Men for de fleste sykepleiersker vil likevel hovedoppgaven bli selve stellet av den syke, omsorgen for ham. Men DENNE DAGLIGE SYKEPLEIE ER I SEG SELV Å ANSE SOM EN BEHANDLINGSMETODE, og den måte den gjennomføres på, kan få avgjørende betydning for sykdommens forløp, for sykeleiets varighet og for pasientens velbefinnende. Gjennom erfaring og metodisk arbeid har den moderne sykepleie nådd et høyt nivå. Den er ikke lenger i første rekke en barmhjertighetsgjerning, den representerer et fagarbeid med en omhyggelig utarbeidet teknikk, og av den som skal utøve den, kreves kunnskap, dyktighet og erfaring (Jervell, 1941, s. 1-2).

Læreboken fra 1941 argumenterer for at sykepleie ikke lenger i første rekke er en barmhjertighetsgjerning, men som våre analyser viser (jf. kap. 3.2.2.1) har det ikke blitt argumentert for sykepleie som en humanistisk barmhjertighetsgjerning i tidligere lærebøker. Det er først i læreboken fra 1941 at en slik argumentasjon blir tydelig. Der argumenteres det for at pasienten skal sees som et personlig individ, og det fremheves at det er viktig å huske på at vi har med et sykt menneske å gjøre og ikke bare en lokal sykdom. Pleie ved en legemlig sykdom må alltid ta hensyn til pasientens sinn og ingen mennesker er like eller reagerer likt (Jervell, 1941, s. 24-25). Det pasienten selv føler, beskrives som subjektive symptomer og det som kan påvises som de objektive symptomer (Jervell, 1941, s. 1). Sykdommer deles inn i akutt og kronisk, og det påpekes igjen at pasientens sykdom bedømmes på grunnlag av de subjektive og objektive symptomer (Jervell, 1941, s. 3-4). Revidert utgave fra 1951 argumenterer for at det er stor sammenheng mellom organisk sykdom og sinntilstand (Jervell, 1951, s. 45). Sykepleie til barn presenteres også her, men nå er det viktig å ta hensyn til barnets foreldre og de får lov til å komme på besøk (Jervell, 1941, s. 200-201). Ifølge doktoravhandlingen til Sundal (2014, s. 50) er barn alene på sykehus i perioden 1877 - 1940.

### *3.2.2.3 1997 - 2023: Lærebøker i nevrosykepleie posisjonerer seg i mindre grad til humanistiske perspektiver i sykepleie*

I lærebøker i nevrosykepleie er det også humanistiske posisjoneringer, men i mindre grad enn i lærebøker i grunnleggende sykepleie (jf. vedlegg 2, s. 32-51).

Fra 1997 argumenteres det for at målet med habilitering av nevropasienter under 18 år med ervervede eller medfødte funksjonshemninger, er å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet på pasientens premisser (Ruud, 1997, s. 487). Tiltakene som presenteres er rettet mot fysiske utfordringer, noen som er underlig med tanke på at funksjonshemninger også innebærer psykiske eller sosiale funksjonsevner (Lid, 2022). Pasienter med hydrocephalus beskriver "usynlige" symptomer, og deres opplevelse er å ikke bli tatt på alvor fordi kliniske funn blir ansett som mer gyldig (jf. kap. 1.4). Habiliteringsarbeidets prioritering av fysiske utfordringer argumenterer for at pasienter med hydrocephalus har rett i sine opplevelser i møte med helsevesenet. Noe som videre argumenter for medisinsens naturvitenskapelige fokus på sykdom.

I læreboken fra 2003 innføres individuell plan for å sikre et helhetsperspektiv med brukeren og pasienten i sentrum, og habiliteringen skal rettes etter pasientens forutsetninger (Ruud & Sommer, 2003, s. 601). Uten å argumentere videre for hvilke forutsetninger dette gjelder. I læreboken fra 2014 argumenteres det for at barn med samme diagnose kan ha svært ulike ferdigheter og utfordringer, og diagnosen i seg selv i begrenset grad bidrar til forståelse av det enkelte barns utviklingsmuligheter

og behandlingsbehov (Ramstad & Vøllo, 2014, s. 636). Det argumenteres for at legen i så måte har en pedagogisk oppgave, men ikke hva dette innebærer. Det argumenteres ikke for noen endringer i siste utgave fra 2019 (jf. vedlegg 2, s. 43-44), og de engelske lærebøkene i nevrosykepleie argumenterer på samme måte (jf. vedlegg 2, s. 44-51).

### 3.2.3 1960 - 2023: Et samfunnsvitenskapelig perspektiv i lærebøker i sykepleie

I læreboken i grunnleggende sykepleie fra 1941 er det ansatser til et samfunnsvitenskapelige perspektiv på sykepleie, alle data om pasienten må tas i betraktning som opplysninger om slekt og miljø, arbeid, familiens økonomi, alkohol, livsførsel og tidligere sykdommer, men det er ikke før fra 1960 at det samfunnsvitenskapelige perspektivet i sykepleie blir tydelig (jf. vedlegg 2, s. 13-15). De samfunnsvitenskapelige posisjoneringene i lærebøkene er inkorporert i generell sykepleie og ikke direkte knyttet til argumentasjonen om hydrocephalus.

#### 3.2.3.1 1960 - 2023: Et tydelig samfunnsvitenskapelig perspektiv i grunnleggende sykepleie

Lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1960 argumenter for at en må ta hensyn til det samfunnsvitenskapelige aspektet ved pleie og behandling av syke mennesker (jf. vedlegg 2, s. 13-14). Forebygging av sykdommer og hygieniske tiltak har fortsatt høy prioritet og det argumenteres for en nær forbindelse mellom sosialmedisin og klinisk medisin (Jervell, 1960, s. 7). Det argumenteres videre for at det er ønskelig å kartlegge hvordan forhold i samfunnet har innflytelse på befolkningens helsetilstand, og hvordan de sosiale forholdene som et menneske lever under, virker på helsen. Ved mange sykdomstilfeller kan man ikke oppnå et tilfredsstillende resultat uten at man endrer de sosiale forholdene pasienten lever under, og den medisinske behandlingen må suppleres med sosialmedisinske tiltak. Det skilles mellom to forhold i samfunnet, hvor den første innvirkningen henger sammen med levevilkår (Jervell, 1960, s. 8). Den engelske dødelighetsstatistikken viser større dødelighet i lavere sosiale klasser, og forklaringen søkes i økonomi og levestandard. Levestandard forstås som det samlede forbruk av varer og ytelser et individ eller flere individer har, og de viktigste komponentene er kosthold, klær, bolig, yrke, nødvendig kropps- og helsepleie, nytelsesmidler, adgang til opplæring og utdanning, intellektuelle behovsmidler og adgang til sosial trygghet. En svikt i disse komponentene, gjør at levestandarden blir mindre god i de økonomiske dårligstilte lag enn i de velstilte (Jervell, 1960, s. 8-11). Den andre er innvirkningen gjennom de personlige forholdene mellom menneskene i samfunnet (Jervell, 1960, s. 12). Det argumenteres for at livet i et samfunn fører med seg tilpasninger av de øvrige medlemmene, samt normer og regler. Denne tilpasningen varer livet gjennom, men finner særlig sted under oppdragelsen i barneårene, hvor den enkelte blir

lært opp i den adferden samfunnet finner riktig. Behovskollisjoner og psykiske konflikter kan være en følge av å leve i et samfunn med andre, som kan være med på å utvikle personligheten. Et individs evne til å klare slike påkjenninger og tilpasse seg aktivt til gruppen avhenger mye av det medfødte utstyr og anlegg, men også om de grunnleggende behovene vi alle har for trygghet, ømhet, aktivitet og utfoldelse, selvfølelse og selvrespekt, blir imøtekommet. Det er kjent at oppdragelsen og den sosiale tilpasningen til barnet i de første barneårene har svært mye å si for den sjelelige helsen og den sosiale tilpasningen senere i livet (Jervell, 1960, s. 12-13).

Det samfunnsvitenskapelige perspektivet i bøkene til Jervell videreføres og i Lærebok for Sykepleieskoler (Lerheim et al., 1967-1968). Der argumenteres det for at individuell sykepleie skal ta hensyn til den enkeltes; alder, kjønn, den intellektuelle, emosjonell, fysiske utrustning og utvikling, den kulturelle og sosiale bakgrunn (Hauen, 1967a, s. 12). Barn som er innlagt på sykehus har behov for mest mulig kontakt med sine foreldre, og det finnes noe få sykehus hvor mor får bo når barnet er innlagt (Hauen, 1967b, s. 74-75). Det samfunnsvitenskapelige perspektivet ser ut til å ha endret fokus fra forebygging av smitte og hygieneopplysning, og det argumenteres for at kroniske sykdommer er mer utbredt i dagens helseproblemer enn infeksjonssykdommer (Strøm, 1968, s. 163). Vi antar at dette har bidratt til endring av fagsammensettingen i lærebøker i sykepleie fra 1985. Sykepleie skal ikke lenger knyttes til spesielle patologiske tilstander, men ivareta pasientens generelle og grunnleggende behov (Kristoffersen, 1996, s. 8). Det som er underlig, er at Almås (1985, s. 13) presiserer at pensum i grunnutdanningen er lite avklart og det er opp til den enkelte skoles lærere å definere litteratur. Med andre ord vil sykepleie til pasienter variere ut ifra lokale forhold, og føre til at pasienter får ulik behandling. Almås (1985, s. 13). argumenterer videre for at pasientens ressurser, ressurser i nærmiljøet og familiens ressurser vil bety mye for hvilket behov personen har i møte med sykdom og skade. Pasienter med varig sykdom eller funksjonssvikt trenger hjelp til å kartlegge nødvendig behov for å kunne mestre sin nye livssituasjon og livsstil (Fagermoen, 1985, s. 45). I revidert utgave fra 1992 argumenteres det for at oppbygning av pasientenes identitet er sentralt og avhenger av pasientens evne til lære (Fagermoen, 1992, s. 48).

Kristoffersen (1996, s. 13) stiller spørsmål ved den medisinske forståelse av sykdom og argumenterer for at pasienter som ikke har identifiserbare fysiske plager som organiske forstyrrelser, kan i mange tilfeller bli tolket som "rent psykiske" eller "nevrotiske". Dette er svært gjenkjennbart for pasienter med hydrocephalus (jf. kap 1.4), hvor mange har plager til tross for lite medisinske bevis. Dette taler for at helse kan være en objektiv verdi som kan måles av andre ut ifra hva som er normalt, og vurderingen vil basere seg på verdiene i det samfunnet personene befinner seg i. Med andre ord

vrderes både fysisk og psykisk helse ut ifra lokale, tidsbestemte verdimodeller innenfor en kultur (Kristoffersen, 1996, s.13-38).

Kristoffersen (1996, s. 38) henviser til professor i sosialmedisin Axel Strøm, som knytter helsebegrepet opp mot menneskets evne til å mestre stress. Personens evne til å håndtere en situasjon, er avgjørende for hvor belastende situasjonen oppleves og hvilke stressreaksjoner som aktiveres. Det argumenteres for at stressreaksjoner til dels er genetisk og fysiologisk betinget, til dels ett resultat av sosialisering, kulturelle forhold, individuelle forhold og læring (Kristoffersen, 1996, s. 40-45). I møte med livets utfordringer har livsstil, mestring, tillit, sammenheng, egenomsorg og sosial kontakt en sentral rolle. Det argumenteres for at menneskelig tilknytning og adferd er et resultat av læring, og adferden justeres av omgivelsene og blir en del av personens væremåte (Smebye, 1995, s. 190). Det argumenteres videre for at det sosiale systemets struktur og funksjon setter rammer for menneskehetens adferd og for sosiale relasjoner gjennom forventninger, normer, sosiale roller og systemer (Smebye, 1995, s. 209). Kontakt og felleskap mellom mennesker er i stor grad avhengig av at mennesker tilpasser seg forholdene i de sosiale systemene. Dette gjenspeiler seg i Bourdieus teori om habitus, sosialt felt og rom (jf. kap 2.3).

Læreboken fra 1995 argumenterer for et økende gap mellom ulike sosiale lag i samfunnet, som kommer av at makt og ressurser er ujevnt fordelt (Smebye, 1995, s. 191). Samfunnsforholdene fører til belastninger på den enkelte og hvordan vedkommende mestrer dette, avhenger av personlige forutsetninger. Ifølge Smebye (1995, s. s. 191-220) er familien den viktigste referanserammen for barn og unge, og foreldre blir normgivende og betydningsfulle formidlere. Dette kan argumentere for at pasienter med hydrocephalus trenger oppfølging tilpasset sin sosiale bakgrunn for å mestre overgangen fra barn til voksen.

### *3.2.3.2 1997 - 2023: Lærebøker i nevrosykepleie posisjoner seg i liten grad til samfunnsvitenskapelige perspektiver i sykepleie*

I lærebøker i nevrosykepleie er omfanget av samfunnsvitenskapelige posisjoneringer marginal, og lærebøkene viderefører i liten grad det samfunnsvitenskapelige perspektivet som Jervell introduserte i lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1960 (jf. kap. 3.2.3.1). Den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen i lærebøkene i nevrosykepleie fra 1997 finner vi inkorporert i habilitering av barn, og ikke direkte knyttet opp mot pasienter med hydrocephalus. I habiliteringsarbeidet fremkommer det at det kan bli satt for høye mål av fagpersoner, som kan kollidere med familier med annen kulturell eller sosioøkonomisk bakgrunn. Det argumenteres for at overganger er en av de vanskeligste prosessene, og ungdom har behov for oppfølging (Ruud, 1997, s. 492-493). Det argumenteres videre

for at habilitering bør praktiseres etter WHO's modell for konsekvenser av sykdom og skade (Stanghelle, 2003, s. 593). Det skilles mellom miljøfaktorer og personlig faktorer, uten å differensiere mellom disse faktorene før i 2019, hvor miljøfaktorer defineres som bygningsmessige forhold, støtteordninger og holdninger i samfunnet og personlige faktorer defineres som kjønn, alder, interesser, livsstil og mestringsevne (Ramstad et al., 2019, s. 564).

De engelske lærebøkene argumenter for at praksisen i det spesialiserte nevrofaget skal bygge på grunnleggende sykepleievitenskap, for så å gi spesialisert omsorg til den nevrovitenskapelige pasientpopulasjonen (Hickey, 2009, s. 9). Dette kan være et argument for at den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen som er introdusert i grunnutdanningen i sykepleie skal videreføres i møte med pasienter som har hydrocephalus. Det som er underlig, er at dette ikke utdypes noe videre. Spesielt med tanke på at bøkene også argumenter for en økning av kroniske helseproblemer, som krever kraftige, men lavteknologiske strategier for å ivareta optimal helse og livskvalitet. En skulle tro at pasientenes sosiale bakgrunn var en sentral forutsetning i helsefremmende- og sykdomsforebyggendestrategi arbeid med pasientopplæring som viktigste hjørnestein (Hickey, 2009, s. 9).

### 3.2.4 Lærebokforfatterens posisjon og disposisjon

I dette kapitlet har vi argumentert for at forfatterne av lærebøker i grunnleggende sykepleie og forfatterne av lærebøker i nevrosykepleie har hatt høye posisjoner i samfunnet, med tilhørende økonomiske-, kulturelle- og sosiale kapitaler og makt til å definere doxa om hvordan sykepleiere/sykepleiefaget bør agere i møte med pasienter i det medisinske feltet generelt, og i møte med pasienter med hydrocephalus spesielt (jf. kap. 2.3.1).

#### *3.2.4.1 Diakonisse introduserte det naturvitenskapelige perspektivet i lærebøker i sykepleie*

Analysen i kapittel 3.2.1 viste at det i perioden 1877 – 1959 var få posisjoneringer om hydrocephalus, og at de få posisjoneringene som var, hadde et naturvitenskapelig perspektiv.

Den første Norske redaktøren for lærebøker i sykepleie var diakonisse Ulrikke Eleonore Nisse, kalt Rikke Nissen. På lik linje med legene, tilhørte Nissen eliten i Norge, med tilhørende økonomiske-, kulturelle og sosiale kapitaler. På 1800-tallet var det høyst uvanlig at kvinner hadde utdanning ut over folkeskolen, slik tilfellet var for Nissen. Rikkes mormor var datter av en tyskfødt regimentskirurg, og hadde sin ungdomstid blant Københavns kulturelle elite. Nissen vokste opp i et velstående hjem



med høy økonomisk kapital med flere tjenestepiker, tjenestedrenger og budeier. Ole Hartvig, Nissens onkel, var filosof og kjent for sin kamp for at jenter skulle få skolegang, dette førte til at Nissen startet med hjemmeundervisning allerede fra fireårsalderen (Ausgard & Hovland, 2017, s. 12-17). Som 13 åring flyttet hun til sin mormor i Kristiania for å gå på pikeskole, en skole som var anerkjent for sin språkundervisning. Dette bidro til at hun i voksen alder kunne reise ut til flere diakonisse hus i Tyskland for å få opplæring i sykepleie og administrasjon (Mathisen, 2022b). Sammen med forstanderinnen, Cathinka Guldberg, var hun sykepleiens sentrale lederskikkelser gjennom siste halvdel av 1800-tallet og representerte det moderne sykepleiefagets fremvekst i Norge (Moseng, 2012, s. 39). Hun var en intellektuell kraft, som fikk sykepleie til å gå fra å være allmennomsorg til å omfatte faglig basert pleie av syke, praktiserende av kompetente og utdannet elite. Nissen mente at selve grunnsteinen i sykepleien er den kristelige kjærlighet og at sykepleie skal være et livskall i tjenesten for Gud. Sykepleien dreide seg om et kvinnekall, og sykepleieren skulle være modig, selvstendig og selvbevisst. Sykepleieren skulle være lydige til legen om alt som handlet om pleie av den syke, men at sykepleier også skulle tilegne seg kunnskap på en selvstendig måte. En slik selvstendighet skulle bidra til at kvinnene skulle eie sitt eget fag, og sidestilles med legen (Schjøtz, 2017, s. 329-330). *Lærebog i Sygepleie for diakonisser* som Nissen utga anonymt i 1877, har bidratt til å manifestere sykepleien som et eget fag (Ausgard & Hovland, 2017, s. 9).

Diakonisse Nissen sin lærebok fra 1877 ble erstattet med Waages lærebok i 1901, og med dette startet en epoke der leger var redaktører for lærebøker i sykepleie. Det skulle gå 66 år før sykepleiere igjen ble redaktører for egne lærebøker (jf. tabell 1).

At leger posisjonerer seg naturvitenskapelig til en sykdom som hydrocephalus, er ikke så underlig i lys av den høye posisjonen som legers naturvitenskapelige perspektiv har i de akademiske hierarkiene (jf. kap. 2.1). Det som er mer underlig er at Nissen, som anser sykepleie for en kristen tjeneste som skal bidra til å lindre plagene til fattige og syke, verken i forhold til pasienter med hydrocephalus eller ellers i læreboken poengterer hvordan sykepleiere kan vise omsorg for mennesker med ulik sosial bakgrunn. Men i lys av teorien om akademiske hierarki (jf. kap. 2.1.) er det likevel forståelig at Nissen, som ønsket at sykepleie skal bli et embete, på lik linje med medisin ikke legger vekt på humanistisk- og samfunnsvitenskapelig kunnskap som har lav status i de akademiske hierarkiene, men poengterer medisinsk forståelse av sykdom og helse (jf. kap. 3.2.1).

### *3.2.4.2 Det var en lege som initierte humanistiske og samfunnsvitenskapelige perspektiver i lærebøker i grunnleggende sykepleie*

Det var legen Anton Jervell som var redaktør for den første læreboken i grunnleggende sykepleie som hadde et tydelig humanistiske perspektiv (jf. kap. 3.2.2.2). Han var også redaktør for den første læreboken i grunnleggende sykepleie som hadde et tydelig samfunnsvitenskapelig perspektiv (jf. kap. 3.2.3.1).

Anton Jervell (1901-1987) var født i Oslo, sønn av kemner Jacob Anton Jervell og Marie Andrea Simers (Larsen, 1986, s. 594). Gift med kjøpmansdatter, Ella Bjerch. I 1933 fikk han godkjent sin spesialisering i indremedisin, og han hadde flere studieopphold i utlandet som Wien, Paris, USA, Storbritannia og flere nordiske land (Larsen, 1986, s. 594). Jervell jobbet som overlege på Ullevål sykehus når siste Læreboken for sykepleiere kom ut i 1960 (Skaare, 1959, s. 18).

Allerede som 46 åring hadde Jervell opplevd to verdenskriger. Han tok sin utdanning som lege i mellomkrigstiden. På den tiden var det ikke uvanlig at leger lente seg på rasehygieniske teorier. Jervell kjempet mot slike teorier (Løvmo & Vevle, 2022). Under andre verdenskrig arbeidet han som overlege på fylkessykehuset i Vestfold og han var formann i Tønsberg Røde kors. Han mottok i 1946 Kong Christian X's medalje for sin innsats for Danskehjelpen. Han gjorde en betydelig innsats i hjelpearbeidet for jødene, og han var leder for motstandsgruppen Kontakt punkt Tønsberg, som var en del av den sivile motstandsbevegelsen i Vestfold (Christophersen, 1995, s. 179-212). Vi antar at hans utdanning, arbeid og hans roller under krigen disponerer for den humanistiske tilnærmingen til sykepleie som kommer tydelig til uttrykk i læreboken fra 1941 (jf. kap. 3.2.2.2).

Etter krigens slutt var sykehuset i Vestfold svært nedslitt, og Jervell var en av 18 medlemmer som skulle bidra til danning av Vestfold forente sykehus i 1946 (Skaare, 1959, s. 2). Han ble gjort til varaformann i komiteen og i 1947 ble han ansatt som sykehus direktør (Skaare, 1959, s. 18). Under sin periode som direktør fremmet Jervell flere utbedringer under budsjettforslagene, som blant annet argumenterte for å sikre riktig kompetanse og styrke tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Som et ledd i det forebyggende arbeidet mot de nervøse sykdommer og sinnslidelser fremmet han et forslag om opprettelse av en barnevernsklinikk, som skulle ha oppfølging av barn og ungdom poliklinisk (Skaare, 1959, s. 29). I den forbindelse uttalte Jervell seg om flere aspekter ved arbeidet i den psykiatriske poliklinikken:

*Hensikten var ikke å fortelle hva som har blitt gjort galt eller riktig i forholdet mellom foreldre-barn, men understreke det som har vært positivt. Det viser seg gjerne at foreldrene også har sine utfordringer, som kan være relatert til boligforhold, økonomiske vansker, sykdom i familien, forhold ektefellene imellom eller det kan være forhold tilbake i tid mellom*

*foreldrene og deres foreldre igjen. En psykiatrisk poliklinikk skal bygge på arbeidet med de fundamentale prinsipper et barn trenger for å vokse opp (Skaare, 1959, s. 29).*

Jervell viser en stor forståelse for barn og deres foreldre, og skriver at de fleste barnesykehus har innført visitt av foreldre hver dag (Jervell, 1960, s. 64-66). Jervell utdannet seg på en tid som ble regnet som den sosialhygieniske periode (Schiøtz, 2003, s. 226). Smittekampen var fortsatt det primære formålet, men troen på at det sosiale miljøet var avgjørende for utvikling av befolkningens og enkelte individenes helse (Schiøtz, 2003, s. 226). Vi antar at dette har påvirket Jervell sin tankegang og karriere som lege, og argumenterer for den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen i bøkene fra 1960 (jf. kap. 3.2.3.1).

Fra 1967 har sykepleiere vært redaktører for lærebøker i grunnleggende sykepleie. Lærebøkene viderefører det humanistiske- og samfunnsvitenskapelige perspektivet, som Jervell initierte (jf. kap. 3.2.2.2: kap. 3.2.3.1), frem til vår tid. 12-binds verket fra 1967 markerer et brudd på legenes lange tradisjon som redaktører og lærebokforfattere i sykepleie, og medisinerens tap av innflytelse i utforming og styring av helsepolitikken (Schiøtz, 2003, s. 350). Ifølge Boge (2008, s. 56-61) kan man anta at en forklaring på dette skiftet kan være profesjonaliseringen som fant sted i etterkrigstiden i Norge (jf. kap. 1.3.2). Fra Rikke Nissen har sykepleie alltid blitt sett på som et kallsyrke, som også har vært den viktigste delen av sykepleierollen for svært mange av hennes etterfølgere (Østby, 2012, s. 36). På 1970-tallet oppsto det en debatt om sykepleiens idegrunnlag, som gikk på sykepleiens balanse mellom den medisinske tekniske-retningen, og pleie- og omsorgsretningen. I 1982 kom det ut en ny læreplan for sykepleierutdanningen med nye samfunnsfaglige emner som pensum, og det medisinske fokuset ble tonet ned (Østby, 2012, s. 36). Dette gjenspeiler seg i lærebøker fra 1985 og i den teoretiske delen i sykepleierutdanningen (Boge, 2021, s. 11).

Læreboken Generell sykepleie (Kristoffersen, 1996) har kommet ut i flere utgaver og har fremdeles en dominant posisjon som lærebok i grunnleggende sykepleie i Norge i vår tid (2023). Læreverket har relativt stor vekt på humanistiske- og samfunnsvitenskapelige perspektiv (jf. vedlegg 2, s. 29-32).

Selv om det ble større rom for humanistiske perspektiv i lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1941 (jf. kap. 3.2.2.2) og større rom for samfunnsvitenskapelige perspektiv fra 1960 (jf. kap. 3.2.3.1), har den norske staten, med få unntak, fra de første statlige føringene for norske sykepleierutdanning kom i 1980 (Boge & Petersen, 2020, s. 7), og frem til den siste forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning i 2019 (Kunnskapsdepartementet, 2019) forventet at naturvitenskapelige fag skal ha den dominante plassen i den teoretiske delen av 3-årig sykepleieutdanning (Boge, 2020, s. 11). Den dominante plassen som naturvitenskapelige fag har hatt og har, kommer tydelig til uttrykk

i de nasjonale prøvene i bachelor i sykepleie. Der eksamineres ikke sykepleiere i hvor mye kunnskap de har om sykepleie, men i kunnskap om den naturvitenskapelige kroppen (Boge, 2016).

Lærebøker i nevrosykepleie viderefører i mindre grad de humanistiske posisjoneringene (jf. kap. 3.2.2.3), og i liten grad de samfunnsvitenskapelige posisjoneringene som Jervell initierte (jf. kap. 3.2.3.2). Det er kanskje ikke så underlig at lærebøkene i nevrosykepleie ikke gjenspeiler det teoretiske faginnholdet i lærebøker i grunnleggende sykepleie, når bokserien fra 1997 er ment som et oppslagsverk for medisinstudenter og allmennpraktiserende leger (Gjerstad & Skjeldal, 1997, s. 5). Men en kan jo lure på om ikke leger også bør inkludere humanistisk- og samfunnsvitenskapelig viten i deres undervisning og praktiserende virke. Det som er mer underlig er at lærebokforfatterne som er sykepleiere (jf. vedlegg 2, s. 44-51) også prioriterer det naturvitenskapelige perspektivet. En skulle tro at sykepleiere som besitter grunnleggende utdanning i sykepleie argumenter for en humanistisk- og samfunnsvitenskapelig tilnærming til sykdom.

Det dominerende naturvitenskapelige perspektivet i lærebøker i nevrosykepleie taler for at sykepleierne som er lærebokforfattere i lærebøker i nevrosykepleie, aksepterer den naturvitenskapelige tilnærming til pasienter med hydrocephalus som står ved lag i master i nevrosykepleie i vår tid (jf. kap. 3.2.1).

#### *3.2.4.3 Lærebokforfatternes posisjoner og disposisjoner i det medisinske feltet disponerer for et naturvitenskapelige perspektiv i lærebøker i nevrosykepleie*

I 1991 publiserte Dag Album en artikkel om hierarki og prestisje innenfor sykdommer og medisinske spesialiteter (Schjøts, 2017, s.421). Artikkelen argumenter for at det nevrokirurgiske feltet hadde den høyeste rangen i det medisinske feltet fra 1900-2000 tallet, og for at profesjonsutøverne i det prestisjefylte feltet hadde høy status og makt. Den dominante læreboken i nevrosykepleie er skrevet av ledende leger innen norsk og svensk nevrologi (Gjerstad og Skjeldal, 1997, s. 5). I denne læreboken er det Tryggve Lundar (1945 - 2022) som har skrevet om hydrocephalus. Lundar kom fra en norsk familie hvor begge foreldrene var leger, som vi antar har bidratt til hans utdanning innen medisin. Han var spesialist i nevrologi og nevrokirurgi, og ble godkjent professor i 1991 (Larsen, 1996, s. 644). Han publiserte i alt 110 vitenskapelige artikler i sin karriere, og mottok kongens gullmedalje og Monrad Krohns pris for sitt arbeid (Lindegaard et al., 2022). Vi antar at dette gir Lundar en høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital. Nevrokirurgene, som er lærebokforfattere i senere utgivelser, besitter tilsvarende økonomisk-, kulturell- og sosial kapital (jf. vedlegg 2, s. 34-44).

Forfatterne i de to engelske lærebøkene består hovedsakelig av sykepleiere med spesialisering innen nevrologi og nevrokirurgi, med master og PHD, og flere av dem er i dag professorer (jf. vedlegg 2, s.44-51). Vi antar at forfatterne besitter høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital for å kunne oppnå en høy akademiske utdanning og for å få en ledende posisjon i det medisinske fakultet (jf. kap 2.1). Vi antar at lærebokforfatterne som er sykepleiere vil være påvirket av profesjonshierarkiet, og videreføre det som anses som doxa av doxabærerne i nevrofaget.

At master i nevrosykepleie i mindre grad omfatter humanistisk perspektiv (jf. kap. 3.2.2.3) og i liten grad omfatter samfunnsvitenskapelig perspektiv på hydrocephalus (jf. kap. 3.2.3.2), kan ha sammenheng med at videreutdanningen som oppstod i 2005 og som ble master i 2021, oppstår i en periode hvor stadig mer av den medisinske behandlingen finner sted poliklinisk. Fra 1970-tallet har sykehusene gradvis økt behandlingsskapiteten og pasientinntaket, og liggetid har blitt kortere. Tiden skulle brukes til vurdering og behandling, og mindre tid på omsorg og pleie (Schiøts, 2017, s. 200-202). Aktiviteten skulle flyttes fra sykehusene til poliklinikker og daginstitusjoner, og antall sykehussenger ble kraftig redusert. I 1975 var den gjennomsnittlige liggetiden 12 dager per pasient, mens i 1993 var den redusert til 7 dager, og i 2005 var den nede i 5 dager i somatiske sykehus (Nylenna & Braut, 2022). I spørreundersøkelsen "Hjemmesykepleie i endring", sendt ut av Sykepleien i 2019 til medlemmer i Norsk sykepleieforbund, argumenters det for at sykehusene har et enormt press for å få skrevet ut pasienter, som medfører at brukerne i hjemmetjenesten er betydelig sykere og har en mer kompleks helsetilstand (Johansen, 2020). Korte møter mellom helsepersonell og pasienter kan bidra til at det blir utfordrende å prioritere humanistiske- og samfunnsvitenskapelig perspektiver i møte med pasienter i en travel sykehushverdag, der første prioritet er reparasjon av syke organ. Humanistiske- og samfunnsvitenskapelige perspektiv kommer i andre rekke. Det kan være slike rammebetingelser som har nedfelt seg i lærebøker i nevrosykepleie.

### 3.5 Profesjonshierarkiet kan bidrar til at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt ved overgang fra barnepost til voksenpost

Denne studien er basert på en antagelse om at pasienter med hydrocephalus agerer ulikt ved overgangen fra barnepost til voksenpost (jf. kap. 1.5; kap. 2.4, forskningsspørsmål 1). Vi har argumentert for at dette kan forstås og forklares ut ifra at det er lite fokus på pasientenes sosiale bakgrunn i norske sykepleieutdanninger generelt og spesielt lite i den norske nevrosykepleieutdanningen, og at naturvitenskapelige posisjoneringer har dominert i tilnærmingen til pasienter med hydrocephalus (jf. kap. 3.2.1).

Lærebøkene i nevrosykepleie besitter høyest økonomisk-, kulturell- og sosial kapital (jf. figur 1). Forfatterne av slik lærebøker agerer som doxabærere (jf. kap. 2.3.2.1) Det vil si at de legger føringer for hva som anses som gjeldene i tilnærmingen til pasienter med hydrocephalus. I denne litteraturen er det hovedsakelig et medisinsk og naturvitenskapelige perspektiv på nevrologiske- og nevrokirurgiske lidelser generelt, også på hydrocephalus (jf. kap. 3.2.1; kap. 3.2.4.3).

At naturvitenskapelige posisjoneringer er dominerende i dagens praksis, kan ses i lys av det sosiale hierarkiet i det medisinske fakultet (jf. kap. 2.1). Medisinsk kunnskap har en høy posisjon i de akademiske hierarkiene. Humanistisk og samfunnsvitenskapelige perspektiv har en lavere status. Slike kunnskapshierarki avspeiler seg i lærebøker i grunnleggende sykepleie og spesielt i lærebøker i master i nevrosykepleie. Vår erfaring er at kunnskapshierarkiet også nedfeller seg i tilnærmingen til pasienter med hydrocephalus, og vi antar at pasienter med hydrocephalus ville få en smidigere overgang fra barnepost til voksenpost, om det var et systematisk fokus på pasientenes sosiale bakgrunn. Men på grunn av dominansforholdet mellom leger og sykepleiere kan det være vanskelig å endre tilnærmingen til pasienter med hydrocephalus til å omfatte et mer humanistisk- og samfunnsvitenskapelige perspektiv, om ikke legene er med på en slik fokusendring.

Studien til Leonard Stein viser at det er en klar enighet om at legen er overordnet sykepleieren i sykehushierarkiet (Stein et al. 1990, s. 546). Forholdet sammenlignes med et spill med unike regler. Spillet går ut på at sykepleieren presenterer pasienttiltak på en slik måte at det fremstår som legens ide. Hovedregelen er alltid å unngå åpen konflikt. Suksess i spillet premieres med et godt samarbeid, og nederlag resulterer i store utfordringer for sykepleieren. Forholdet mellom leger og sykepleiere har gått igjennom viktige sosiale endringer siden 1967, men spillet er ikke dødt og mange steder er det fortsatt som i 1967 (Stein et al. 1990, s. 547). Ifølge Ousdal (2019) lever sykehushierarkiet i beste velgående. Dette hierarkiet innebærer at systematisk fokus på pasientenes sosiale bakgrunn trolig ikke vil finne sted, uten at legen opplever slike sosiale perspektiver som betydningsfulle og som deres egen ide. Legene er de dominante i det medisinske feltet som pasienter med hydrocephalus agerer i. De er doxabærere. Våre analyser viser at lærebøker i nevrosykepleie har underlagt seg medisinske doxa.

## Litteraturliste

- Aakvaag, G.C. (2008). *Moderne sosiologiske teorier*. Abstrakt forlag
- Almås, H. (Red.). (1985). *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Almås, H. (Red.). (1992). *Klinisk sykepleie*. Universitetsforlaget AS.
- Austgard, K., & Hovland, B. (2017). *Rikke Nissen – I kamp og kjærlighet*. Verbum forlag.
- Bertelsen, A. K., (2022). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S. & Bach-Gransmo, E., (Red.), *Sykdom og Behandling*. (3. utg, s. 319-342). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Boge, J. (2008). Kroppsvask i sjukepleie. [Doktorgradsavhandling. Universitetet i Bergen].  
<https://hdl.handle.net/11250/2671716>
- Boge, J. (2016, 13. april). *Treng med nasjonale prøvar?*. Sykepleien. [Treng me nasjonale prøvar? \(sykepleien.no\)](http://sykepleien.no)
- Boge, J. & Petersen, K. A., (2020). *Omsorg som glasur over ein medisinsk logikk i statlege føringar for norsk sjukepleieutdanning*. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-08>
- Boge, J. (2021). Ei praxeologisk tilnærming til konstruksjonar av samfunnsvitenskapleg viten. *Praxeologi*, vol. 3, 1-19. <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>
- Christophersen, E. (1995). *Vestfold i Krig. Jubileumsutgave 1945-1995* (2.opplag). Bokkomitéen Vestfold i krig
- Dahl, M.B. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringar for dagkirurgi, 1995-2020*. [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. [Dahl.pdf \(unit.no\)](http://unit.no)
- Due-Tønnessen, B. J., Meling, T. R., Eide, P. K., Sandvig I. & Helseth E. (2019). *Hydrocephalus*. I Helseth E., Rootwelt, T. & Flinstad H. H. (Red.). *Nevrologi og nevrokirurgi – fra barn til voksen* (utg. 7, s. 239-249). Fagbokforlaget.
- Due-Tønnessen, B.J., Meling, T & Lundar, T. (2003). *Hydrocephalus*. I L. Gjerstad, O. H. Skjeldal & E. Helseth (Red.). *Nevrologi og nevrokirurgi – fra barn til voksen* (utg. 3, s. 183-194) Vett & Viten AS.
- Fagermoen, M. S. (1985). Samtale og undervisning. I Almås, H. (Red.), *Medisinsk og kirurgisk sykepleie* (s. 29-46). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M. S. (1992). Kommunikasjon i sykepleien. I Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie*. (s 35-50). Universitetsforlaget AS.
- Fredriksen, J. (2016). Tverrprofessionelle velfærdsprofesjoner: tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberale velfærdsstats profesjoner. [Doktoravhandling, Roskilde Universitetsforlag]. [Frederiksen J. 2015 Tv rprofessionelle velf rdsprofesjoner.pdf \(ruc.dk\)](http://ruc.dk)
- Gjerstad, L., Helseth, E., Rootwelt, T. (Red.). (2010). *Nevrologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen* (utg. 5). Vett & Viten AS.
- Gjerstad, L., Helseth, E., Rootwelt, T. (Red.). (2014). *Nevrologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen* (utg. 6). Vett & Viten AS.

- Gjerstad, L., Skjeldal, O. H., Helseth, E. (Red.) (2007). *Neurologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen* (utg. 7). Vett & Viten AS.
- Gjerstad, L. & Skjeldal, O.H. (1997). *Neurologi fra barn til voksen*. Vett & Viten AS.
- Gjerstad, L. & Skjeldal, O.H. (2000). *Neurologi fra barn til voksen*. Vett & Viten AS.
- Grøn, K., & Widerøe, S. (1921). *Haandbok i sykepleien*. Aschaug & CO. [Haandbok i sykepleien \(nb.no\)](#)
- Halvorsen, M., Edeklev, C., Tallaksen, D-W. & Tveiten, S. (2018). *Helsepersonells anerkjennelse av personer med hydrocephalus påvirker selvfølelsen*. *Sykepleien Forskning* 2018;13(72300):e-72300. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72300>
- Hauen, A. E., (1967a). Om sykepleie. I Lerheim, K., Breiland, O. & Juvkam, R., (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler 1. Generell sykepleielære* (s. 12-14). Fabritius og Sønners Forlag
- Hauen, A. E., (1967b). Pasientens fysiske og sosiale miljø. I Lerheim, K., Breiland, O. & Juvkam, R., (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler 1. Generell sykepleielære* (s. 35-79). Fabritius og Sønners Forlag
- Helsedirektoratet (2016, desember). *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbud til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse*. Ramboll. [Report \(helsedirektoratet.no\)](#).
- Helse- og omsorgsdepartementet (14.06.2016). *#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. [# Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021](#)
- Hibbins, S. (2011). Management of Patients with Hydrocephalus. I S. Woodward & A-M. Mestecky (Red.), *Neuroscience Nursing Evidence-bases practice* (s. 414-426). Wiley-Blackwell.
- Hickey, J. (2009). *The clinical practice of Neurological and Neurosurgical Nursing* (6. utg). Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Hickey, J. (2013). *The clinical practice of Neurological and Neurosurgical Nursing* (7. utg). Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Hickey, J. & Strayer, A.L. (2020). *The clinical practice of Neurological and Neurosurgical Nursing* (8. utg). Wolters Kluwer.
- Hickey, J. & Thomas, L. W., (2020) Rehabilitation of Patients With Neurological Disorders. I J. Hickey & A. L. Strayer (Red.), *The Clinical practice of Neurological and Neurosurgical Nursing* (utg. 8 s. 293-320). Wolters Kluwe
- Horne, R. (2016). «Like barn leikar best» *Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. [tmp4CB5.tmp.pdf \(uib.no\)](#)
- Hovmark, H. (1995). *Homo Academicus*. Oversetting og kommentar til Pierre Bourdeu: *Homo Academicus*. Les Editions de Minuit, 1984. Engelsk oversetting, Polity Press, 1988. .Universitetslæreren, Dans Magisterforening, København. 85, (s.14 - 15)
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Nevrosykepleie. Etter- og vidareutdanning*. Hentet 27. april 2023 fra: [Nevrosykepleie - Høgskulen på Vestlandet \(hvl.no\)](#)



- Høgskulen på Vestlandet. (2021) *Studieplan – master i sjukepleie – kliniske spesialiteter*. Hvl.no. [Studieplan MASKS - Høgskulen på Vestlandet \(hvl.no\)](#).
- Jervell, A. (1941). *Lærebok for sykepleiersker* (Bd. 1-3). Fabritius & Sønners Forlag.
- Jervell, A. (1951). *Lærebok for sykepleiere* (Bd. 1-2). Fabritius & Sønners Forlag.
- Jervell, A. (1960). *Lærebok for sykepleiere* (Bd. 1-8). Fabritius & Sønners Forlag.
- Johansen, L. B. (2020, 13. februar). «De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere». Sykepleien. [«De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere» \(sykepleien.no\)](#)
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken: Kortfattet veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i by og bygd*. Kristiania. Alb Cammermeyer. [Sygepleiersken : kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd \(nb.no\)](#)
- Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie. 1: Fag og yrke: utvikling, verdier og kunnskap (Bd. 1-3)*. Universitetsforlaget.
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. Historiseringen af et felt via dokumenter. Hammerslev, H., Hansen J. A. & Willig I. (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis: Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu (s. 173-189)*. Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Kunnskapsdepartementet (01.04.2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. [Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning - Lovdata](#)
- Lerheim, K., Borchgrenvik, C., Breiland, O & Juvkam, R. (1967-1968). *Lærebok for sykepleieskoler* (Bd. 1-12). Fabritius og sønners forlag.
- Larsen, Ø (1986). *Norges leger: 1986*. Den norske lægeforening.
- Larsen, Ø (1996). *Norges leger: 1996. Bind 3*. Den norske lægeforening.
- Lid, I. M. (2022, 25. April). Funksjonshemning. I Store Norske Leksikon. <https://snl.no/funksjonshemning>
- Lindegaard, C-F. Due-Tønnessen, B. Slettebø, H. & Sorteberg, W. (2022, 18. Oktober). Tryggve Lundar ledet nedenfra og opp. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/nekrolog/i/veemeB/tryggve-lundar-ledet-nedenfra-og-opp>
- Lundar, T. (1997). Hydroencephale tilstander. Diagnostikk og behandling. I L. Gjerstad & O. H. Skjeldal (Red.), *Nevrologi fra barn til voksen (1. utg, s.139-150)*. Vett & Viten AS.
- Løvmo, C. T. & Vevle, M. S. (2022). *Overvekt i et historisk perspektiv. En praxeologisk analyse av posisjoneringer om overvekt i lærebøkene i sykepleien*. [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. <https://hdl.handle.net/11250/3012337>
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie: ideer - mennesker – muligheter*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mathisen, J. (2022a, 29. juni). Helga Dagsland. I Store Norske leksikon. [https://nbl.snl.no/Helga\\_Dagsland](https://nbl.snl.no/Helga_Dagsland)
- Mathisen, J. (2022b, 29. juni) Rikke Nissen. I store Norske leksikon. [https://nbl.snl.no/Rikke\\_Nissen](https://nbl.snl.no/Rikke_Nissen)

- Melby, K. (2000). *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie* (2. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund & J. W. Cappelens forlag
- Molven, O. (2020, 19. mai). Helsinkideklarasjonen. *I store Norske leksikon*.  
<https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen>
- Moseng, O. G. (2012). *Fremvekst og profesjonalisering – Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Akribe
- Nissen, R. (1877). *Lærebog i sykepleie for diakonisser*. Gyldendal akademisk. [Lærebog i Sykepleie for Diakonisser \(nb.no\)](https://sml.snl.no/Lærebog_i_Sykepleie_for_Diakonisser_(nb.no))
- Norsk sykepleieforbund. (u.å). *Vår historie*. Nsf.no. Hentet 27. april 2023. [Vår historie \(nsf.no\)](https://nsf.no/vaer-historie)
- Norsk Sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf.no. [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](https://nsf.no/yrkesetiske-retningslinjer)
- Nylenna, M. og Braut, G. S. (2022, 1. juni). Helsetjenesten. *I Store Norske leksikon*.  
<https://sml.snl.no/helsetjenesten>
- Ousdal, C. K. (2019, 27. februar). Hierarkiet vi ikke snakker om. Sykepleien. [Hierarkiet vi ikke snakker om \(sykepleien.no\)](https://sykepleien.no/hierarkiet-vi-ikke-snakker-om)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63. Lovdata. [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63)
- Paulsen, A. H., Lundar, T., Lindegaard, K-F. (2010). Twenty-year outcome in young adults with childhood hydrocephalus: assessment of surgical outcome, work participation, and health-related quality of life. *Journal of neurosurgery*. 6(6), 527-535.  
DOI: [10.3171/2010.9.PEDS09548](https://doi.org/10.3171/2010.9.PEDS09548)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Ramstad, K. & Vøllo, A. (2014) Rehabilitering og habilitering av voksne og barn med neurologisk sykdom og skade. I L. Gjerstad, E. Helseth & T. Rootwelt (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi- fra barn til voksen* (6. utg, s. 621-638). Vett & Viten AS.
- Ramstad, K., Vøllo, A., Lien, E., Anonsen, N. O., Hassel, B., Månnum, G. & Becker, F. (2019) Habilitering og rehabilitering av barn og voksne med neurologisk sykdom og skade - I E. Helseth, T. Rootwelt & H. F. Harbo (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi – fra barn til voksen* (7. utg, s. 555-568). Fagbokforlaget.
- Rognaldsen, L. L. (2021). *Tildekking av hår praktikker på operasjonsavdelinger. Et praxeologisk perspektiv*. [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. [HVL Open: Tildekking av hår praktikker på operasjonsavdelinger: Et praxeologisk perspektiv \(unit.no\)](https://hdl.handle.net/11250/2711000)
- Ruud, E. (1997). Habilitering av barn. I Gjertad, L. Skjeldal, O. H. (Red.), *Nevrologi fra barn til voksen* (s.487-495). Vett og Viten AS.
- Ruud, E. & Sommer, F. (2003) Habilitering av barn med neurologiske tilstander. I L. Gjerstad, O. H. Skjeldal & E. Helseth (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi – fra barn til voksen* (utg.3, s. 599-607). Vett og Viten AS.
- Schlichting, E., Dietrichs, E. & Solheim, O. (2019, 26. april). Nevrokirurgi. *I store Norske Leksikon*.  
<https://snl.no/nevrokirurgi>

- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003: Bd 2. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv – Medisin og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Det norske samlaget.
- Simensen, A. S. (2020, 13.juni). Florence Nightingale. I store Norske Leksikon. [https://snl.no/Florence\\_Nightingale](https://snl.no/Florence_Nightingale)
- Simon, T., Lamb, S., Murphy, N. A., Hom, B., Walker, M. L. & Clark, E. B. (2009). Who will care for me next? Transitioning to Adulthood with hydrocephalus. DOI: [10.1542/peds.2008-3834](https://doi.org/10.1542/peds.2008-3834)
- Skaare, J. A. (1959). *Vestfold forente sykehus 1948-1959*. Vestfold forente Sykehus
- Skålevåg, S. A. (2021, 2. juni). Hippokrates. I store Norske Leksikon. <https://snl.no/Hippokrates>
- Skålevåg, S. A. (2022, 15. april). Galenos. I store Norske Leksikon. <https://snl.no/Galenos>
- Smebye, K. L. (1995). Å ha sosial kontakt og å være alene. I. N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie 2: Pasient og sykepleier – samhandling, opplevelse og identitet* (s. 187-248). Universitetsforlaget AS.
- Stanghelle, J. K. (2003) Rehabilitering ved nevrologiske sykdommer. I L. Gjerstad, O. H. Skjeldal & E. Helseth (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi – fra barn til voksen* (utg.3, s. 593-598). Vett og Viten AS.
- Stein, L. I., Watts, D. T., & Howell, T. (1990, 22. februar). *Sounding Board. The Doctor- Nurse Game revisited*. The New England Journal of Medicine. [The Doctor–Nurse Game Revisited \(hvl.no\)](https://doi.org/10.1056/NEJMS900222)
- Strøm, A. (1968). Sosialmedisin. I Lerheim, K., Breiland, O. & Juvkam, R., (red.), *Lærebok for sykepleieskoler. 2 : Forebyggende helsearbeid og sosialmedisin* (s. 157-222). Fabritius Forlag.
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. [Bergen Open Research Archive: Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus. Analysene er historiske og nåtidige og har utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, bilder, litteratur og andre dokumenter fra perioden 1877-2013, og intervju og observasjoner med foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007 \(uib.no\)](https://hdl.handle.net/11250/244227)
- Waage, H. R. (1901). *Lærebog i sykepleie*. Kristiania. Aschehoug & CO. [Lærebog i Sygepleie \(nb.no\)](https://hdl.handle.net/11250/244227)
- Wilken, L. (2020). *Pierre Bourdieu* (6. utg). Fagbokforlaget.
- Woodward, S. & Mestecky, A-M., (Red.). (2011). *Neuroscience Nursing: Evidence-Baded Practice*. Blackwell Publishing Ltd.
- Ørn, S. & Bach-Gransmo, E., (Red.). (2022). *Sykdom og Behandling*. (3. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Østby, B. A., (2012). Solidaritet med de svakeste. *Jubileumsutgave, NSF 100 år*. (10. 2012), s.36-38. <https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/990027.gen-ext.pdf>

## Vedlegg 1: Skjema for kartlegging av lærebøkernes posisjon og disposisjon

Tittel på bok: Årstall på utgivelser. Antall utgaver av serien.	Dokumentets kapitalskår basert på indikator	Bakgrunn for skår
Lærebog i Sygepleie for diakonisser  1877	Skår Øk: 2 Skår Ku: 2 Skår So: 1	Øk: Ledende empiri på sin tid. Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet. Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere. So: Ledende empiri i utdanning av sykepleiere, og har derfor en direkte påvirkning på behandling av pasientgruppen.
Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd 1879	Skår Øk: 3 Skår Ku.: 3 Skår So: 3	Øk: Veiledningsbok for sykepleiere i distriktet, derfor liten/ingen økonomisk innvirkning. Ku: Empiri har ingen innflytelse på pasientgruppen og rettes ikke mot pasienter på sykehus. So: Empiri påvirker ikke pasientgruppen.
Lærebog i sygepleie  1901	Skår Øk: 2 Skår Ku: 2 Skår So: 1	Øk: Ledende empiri på sin tid. Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet. Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere. So: Ledende empiri i utdanning av sykepleiere, og har derfor en direkte påvirkning på behandling av pasientgruppen.
Haandbok i sykepleie  1921	Skår Øk: 2 Skår Ku: 2 Skår So: 1	Øk: Ledende empiri på sin tid. Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet.

		<p>Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere.</p> <p>So: Ledende empiri i utdanning av sykepleiere, og har derfor en direkte påvirkning på behandling av pasientgruppen.</p>
<p>Lærebok for sykepleierske</p> <p>1941-1960</p> <p>3 utgaver.</p>	<p>Skår Øk: 2</p> <p>Skår Ku.: 2</p> <p>Skår So: 1</p>	<p>Øk: Ledende empiri på sin tid. Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet.</p> <p>Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere.</p> <p>So: Ledende empiri i utdanning av sykepleiere, og har derfor en direkte påvirkning på behandling av pasientgruppen.</p>
<p>Lærebok for sykepleie-skoler</p> <p>1967-1968</p> <p>12 bind</p>	<p>Skår Øk:2</p> <p>Skår Ku.: 2</p> <p>Skår So: 1</p>	<p>Øk: Ledende empiri på sin tid. Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet.</p> <p>Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere.</p> <p>So: Ledende empiri i utdanning av sykepleiere, og har derfor en direkte påvirkning på behandling av pasientgruppen.</p>
<p>Medisinsk og kirurgiske sykepleie /Klinisk sykepleie</p> <p>1985 –2022</p> <p>6. utgaver</p>	<p>Skår Øk: 2</p> <p>Skår Ku: 2</p> <p>Skår So: 2</p>	<p>Øk: Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt. Skiller oppgaver mellom faglærte og ufaglærte, dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet.</p> <p>Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere.</p> <p>So: Eksisterende empiri i dagens samfunn. Påvirker til en viss grad pasientbehandlingen til pasientgruppen grunnet ledende innen grunnutdanning av sykepleiere, men ikke direkte</p>

		grunnet annet ledende empiri rettet mot pasientgruppen.
<p>Generell sykepleie 1996</p>	<p>Skår Øk: 2 Skår Ku.: 2 Skår So: 2</p>	<p>Øk: Legger føringer for grunnleggende sykepleieoppgaver innen sykepleie generelt, og dermed indirekte økonomisk konsekvens for helsevesenet. Ku: Empiri legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i grunnutdanning av sykepleiere. So: Eksisterende empiri i dagens samfunn. Påvirker til en viss grad pasientbehandlingen til pasientgruppen grunnet ledende innen grunnutdanning av sykepleiere, men ikke direkte grunnet annet ledende empiri rettet mot pasientgruppen.</p>
<p>Nevrologi fra barn til voksen Nevrologi og nevrokirurgi – fra barn til voksen 1997-2019 7 utgaver.</p>	<p>Skår Øk: 1 Skår Ku.: 1 Skår So: 1</p>	<p>Øk: Empiri er ledende litteratur innen masterutdanning på feltet. Høyere utdanning krever høyere lønn, som vil gi økonomisk konsekvens. Ku: Ledende empiri som legger rammer for nevrofaget og innen utdanning av nevrosykepleiere. So: Eksisterende empiri i dagens samfunn. Direkte påvirkning av pasientbehandlingen til pasientgruppen. Empiri som er godt integrert i pensum og undervisning av nevrosykepleiere.</p>
<p>The clinical practice of Neurological and neurocurgical Nursing 1985 - 2020 8 utgaver</p>	<p>Skår Øk: 2 Skår Ku: 1 Skår So: 2</p>	<p>Øk: Empiri er ledende litteratur innen masterutdanning på feltet. Gir ikke direkte føringer for sykepleieoppgaver i det norske helsevesen, og legger derfor ikke direkte økonomiske føringer. Ku: Ledende empiri i dagens samfunn, som legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i utdanning av nevrosykepleiere. So: Eksisterende empiri i dagens samfunn. Påvirker til en viss grad pasientbehandlingen til pasientgruppen, men ikke direkte grunnet mindre dominerende og manglende integrering i pensum og undervisning av nevrosykepleiere.</p>

<p>Neuroscience nursing: evidence-based practice 2011</p>	<p>Skår Øk: 2 Skår Ku: 1 Skår So: 2</p>	<p>Øk: Empiri er ledende litteratur innen videreutdanning på feltet. Gir ikke direkte føringer for sykepleieoppgaver i det norske helsevesen, og legger derfor ikke direkte økonomiske føringer. Ku: Ledende empiri i dagens samfunn, som legger rammer for fag- og kunnskapsområder i fokus i utdanning av nevrosykepleiere. So: Eksisterende empiri i dagens samfunn. Påvirker til en viss grad pasientbehandlingen til pasientgruppen, men ikke direkte grunnet mindre dominerende og manglende integrering i pensum og undervisning av nevrosykepleiere.</p>
---	---	--

## Vedlegg 2: Registrant av sykepleiebøker fra 1877 - 2023

Årst all	Lærebok	Forfatter	Posisjon	Disposisjon	Posisjoneringer om hydrocephalus
				Økonomisk - Kulturelle - Sosiale kapitaler	Hva forstås som problemet/ hva kjempes det om i feltet? Hvordan posisjoneres dokumentenes innhold seg til hydrocephalus? Hvordan posisjoneres dokumentene innhold seg til pasienters kulturelle-, sosiale- og økonomiske kapitaler?
1877	Lærebog i sygepleje for diakonisser	Rikke Nissen	Norges første lærer og forfatter i sykepleiefaget.	Vokste opp i et velstående hjem. Stefar var prokurator. Mormor var datter av en tyskfødt regimekirurg. Rikke begynte på skole som 4 åring, og pikeskole som 13 åring (1847) og hadde sin ungdomstid blant Københavns elite. Pikeskolen var anerkjent for sin språkundervisning. Bidro til at hun som voksen kunne reise ut til flere diakonissehus i Tyskland og få opplæring i sykepleie og i administrasjon. Nissen skrev i 1877 Norges første lærebok i sykepleie (under pseudonym). I 1884 startet hun bladet <i>Fra Diakonissehuset</i> . Bladet ble et viktig	<p>Innledning til boken: <i>“Denne bog maa ikke at søstrene bortgives eller sælges. I tilfælde af at en søster forlader diakonissehusets tjeneste, er hun forpliktet til mod godtgjørelse at tilbagelevere bogen. Søstrene anmodoes om at passe paa, at bogen ikke bliver læst av patienterne”</i>. --&gt; For å markere en avstand mellom de ufaglærte pleierne (sykepleierne) og diakonistene? Sykepleierne på denne tiden var ufaglærte og hadde dårlig rykte. s. 290 (Kari Martinesen).</p> <p>“en sykepleierskers oppgave er saavidt mulgt at lindre den syges lidelser, at utføre Lægenes Anordninger og at give Lægenes Beretning omd en syges tilstand”. s.innledning</p> <p>Alle som har en kristen tro har det i seg å ta vare på andre mennesker, ikke nok å kun ha dette. Som sykepleier må man ha en spesiell utdanning som måtte innebefatte både teoretisk undervisning samt praktisk øvelse. s. 19+ 20</p> <p><i>Nissen beskriver sykepleierens oppgave, som er å lindre den sykes lidelser og utføre legens anordninger og oppdatere legen om den sykes tilstand (Nissen, 1877, s. 19). Punktlighet og ubetinget lydighet mot legen er viktig og som sykepleier har man ikke rett til å forandre på pleien til pasienten selv om hun kjenner pasienten bedre selv. Hun tar videre i boken for seg hvordan en sykepleier skal pleie pasienten når det kommer til stell, næring og pasientrommet. Det legges stor vekt på hvordan pasientrommet skal se ut. Sykepleierens iakttagelse er også viktig og sykejournalen skulle blant annet inneholde sykehistorie med livsvaner og livsforhold. Boken fremlegger ingen ting om tiden etter sykdom eller form for oppfølging.</i></p> <p>Alene praktisk øvelse og erfaring, spesielt der hvor den er forent med kjærlighet og iver kan utrette mye i sykepleien s. 20</p> <p>“Det er dog derfor langt fra vor hensigt at ville utdanne Diakonisse-Elementerne til halve eller kvart læger, hvorved man vilde skade mer, end man vilde gagne, men til hele sykepleiersker, der forstaa at udføre alt, hvad der hører til med til deres tjeneste, paa en kyndig heniktsmæssig maade efter kunstnerregler, virsom understøttende lægenes bestræbelser, i stedet for i utvidenhet at dindre dem” - s. 20.</p> <p>“Som sykepleierske fordres her desuden af en DK. Punklig og ubetinget lydighed mod lægen i alt, hvad der vedkommer den syges pleie” s. 23. - Hun skriver videre at sykepleier ikke har rett til å forandre på pleien til pasienten selv om hun mener å kjenne pasienten bedre selv. <i>“Dersom sykepleier mener at hun har mer innsikt i situasjonen og ikke er enig i legens vurdering, kan hun forsøke å påvirke legen. Med viktig at dette gjøres på en ydmyk og beskjeden måte”</i>. S. 280. Hun kan derimot gjøre legen oppmerksom på hva hun mener må forandres, men hvis legen ikke er enig og viderefører sin behandling må sykepleier punktlig følge denne. Viser det seg dog i ettertid at sykepleier hadde rett og legen hadde feil, kan hun trøste seg med at legen har ansvaret.</p> <p><b>Kap 1. sykepleie</b></p>



				bindeledd mellom moderhuset og diakonissene, som var spredt ut over hele landet for å pleie syke og i misjonens tjeneste i utlandet.  Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital.	<p>Tar for seg inngående hvordan sykepleier skal pleie pasienten når det kommer til stell, næring, pasientrommet. Hva pasienten skal ha på seg når de er i sengen, når de er ute av sengen. Oppskrifter til de ulike drikkene man skal tilby pasienter osv. Generelle retningslinjer sykepleier skal følge. Rikke legger stor vekt på hvordan pasientrommet skulle se ut, skulle være rent, ikke for varmt og ikke for kaldt. Dette for å lage et rom for pasienten å finne ro i.</p> <p>I anatomikapittelet er det et avsnitt om hjernens oppbygning og nervesystemet. Det sies ikke noe om vannet i hjernen, eller hydrocephalus s. 143-144.</p> <p>“Vand i hjernen... kan slutte seg til andre sykdommer, sasom hjernebetennelse og almindelig vatersof. Kan også være en sykdom for seg selv (hydrocephalus chrinicus) og er da oftes medfødt. Slige børn have et stort uformeligt hoved med ange aabne fontaneller. De lide undertiden af lammelser og have ofte et besynderlig væsen, men behøve ikke at mangle noget paa forstanden. Det er saadanne børn-tillige med de fødte idioter – som har været kaldt byttinger eller skiftninger og givet anledning til meget overtro. De opnaa sjelden den voxne alder, dog blev engang en saadan 54 aar gl. “ s. 177. (alt som står om HC)</p> <p>Sykepleiers iakttagelse er viktig og er noe som må læres over tid. s. 195</p> <p>Sykejournalen skal inneholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Den sykes navn, alder, tilstand (for barn- foreldrenes tilstand, for kvinner – gift/ugift), fødested, dato for innleggelse</li> <li>2. Den sykes slekt – om de er friske. Er foreldre og søsken i live? Om død, i hvilken alder og av hvilken sykdom</li> <li>3. Sykehistorien. Bør oppfatte pasientens tidligere sykdommer, tidligere helsestatus, “legemskonstitusjon”, livsvaner og livsforhold. Nåværende sykdomshistorien, når startet det, hvilke symptomer, har lege vært kontaktet tidligere, behandlet for dette tidligere? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumenter pasientens sinnstilstand, søvn, appetitt, kroppsspråk, hodet/ansikt - alle sanser sunde? (står beskrevet mer)</li> </ul> </li> <li>4. Til sist – den nåværende tilstanden. Ved en evt ulykke, beskriv hvor den fant sted, hvordan pas ble transportert til sykehuset osv.</li> </ol> <p>Sykepleier skal skrive en selvstendig sykeberetning for å gi legen beskjed. Deretter skal lege gjøre vurderinger utfra sine og sykepleiers observasjoner.</p> <p>Boken tar ikke for seg pasientenes kapitaler, annet enn at man skal kartlegge de under sykejournalen som sykepleier fører. Boken er beskrivende for hvordan sykepleier skal pleie den syke, hva man skal observere etter, samt naturvitenskapelige syn på hvordan tilberede medisiner, binde opp ved brudd osv. Rehabilitering og tiden etter sykdom er ikke tatt med.</p>
1879	Sykepleiers ken: kortfattet veiledning i sykepleien for sykepleiersker i by og bygd	Edvard Kaurin	Distriktslege	Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital	<p>Boken er ment som en kortfattet veiledning til bruk av sykepleierne i distriktet. Beskriver hvordan sykepleier skal gi riktige medisiner, hvordan gjøre klar sykeværelset, hvordan badasjere, bade pasienten osv. Omtaler ikke sykdommer, kun hvordan man skal pleie pasienter i distriktet.</p> <p>Omhandler ikke vårt tema.</p> <p>Posisjonerer seg ikke til hydrocephalus, barn på sykehus eller pasientenes sosiale bakgrunn.</p>
1901	Lærebog i sykepleien	Hans R. Waage	Lege	Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital	<p>Erstattet Rikke Nissen sin bok. Legene hadde i mellomtiden oppdaget mikrober i sine mikroskop og kirurgien hadde hatt en hurtig vekst siden utgivelse av Nissen sin bok, og kirurgi kap var derfor foreldet.</p> <p>Ifølge Martinsen (Nissen sin bok) s. 290: Waage poengterte at sykepleierens kunnskaper ikke behøver å være særlig uttømmende, da sykepleierens oppgaver kun skal være begrenset til å delta i legens handling på en underordnet og lydige måte.</p> <p><b>KAP I: Sykepleierskens pligter s. 1-6</b></p> <p>Sykepleiers plikter: Sykepleiersken har hovedsakelig to pligter, nemlig for det første at pleie den syke og for det andet at give lægen beskjed om den syges tilstand. S. 1.</p> <p>Sykepleiers mål er å tilrettelegge forholdene for at pasienten skal bli helbredet og gjøre den sykes tilværelse så lys og behagelig som mulig. For å oppnå disse målene må sykepleier vise sympati til sine pasienter og utvikle tillit hos de for å sette seg i respekt hos dem. s.1.</p>

Af en dyktig sykepleierske forlanges desuden, at hun personlig kan tage sig af de syge og være til hygge for dem. Men hun maa være forsigtig og taktfuld, aldri paatrengende. Sykepleiersen maa være opmærksom paa at ikke alene hver sygdom kræver sine spesielle forholdsregler. Forholdsregler, men at tillige hver enkelt patient maa behandles paa den særlige maade, som stemmer med hans personlige egenskaper. s.5.  
Pasienter som er ængstlige og nervøse, og somuden energi og selvtilit kan sykepleiersen ofte udrette meget ved sin personlige paavirkning. Hvis hun forstaar at skaffe sig disse patienters tillid, vil det kunne lykkes hende at bibringe dem en velgjørende følelse af tryghed og ro. Og dersom hun opnaar at faa den rette inflydelse over dem, vil han ofte kunen faa dem til at tage seg sammen og anvende sin viljekraft. s.6.  
I sitt daglige samvær med pasienten vil sykepleier kunne få klarhet i pasientens smerter, ubehag osv. Det er sykepleiers plikt å gi denne informasjonen videre til legen, s.9.

**KAP II: Hvilke egenskaber bør en sygepleierske være i besiddelse af s. 14-16.** Tar opp hvilke egenskaper en sykepleier bør ha. “den, som skal blive en god sykepleierske maa være besjælet af et varmt ønske om at kunne hkælpe sine lidende medmennesker. Sykepeliien maa for hende ikke alene være en levevei, men ogsaa et livskald.s. 14”

**KAP III: Anatomi og fysiologi kapitlet s. 17-68.** Omhandler nervesystemet. Naturvitenskapelig kapittel som går gjennom nervesystemets oppbygning med hjernen, ryggmargen og nervene. Det skrives om cerebellum, den forlengede marg, hvit og grå substans, ikke skrevet om CSF. Skriver ikke noe om vannveiene, eller at hjernen består av vann. S.59-62

**KAP IV: Sykepleierens spesielle gjøremål kap s. 68-127**

Pasientrommet:

- S. 69. Syke mennesker påvirkes mer enn andre av de omgivelser de oppholder seg i. Deres velvære både legemelige og sjelelige avhenger av at de befinner seg under hensiktsmessige forhold. Spesielt er dette på sengeliggende pasienter.  
- s. 70 man må ta hensyn til den sykes ønsker og vaner, og sykdommens art. En som lider av livsfarlig og langvarig sykdom har behov for dette mer enn en som er sengeliggende for en kort periode. S.70-75 – tar for seg hvordan pasientrommet skal være. Ift lufing til faste tider, holdes rent, rolig, at spl har ansvar for å ta bort unødvendige uromomenter som knirkende dører osv.  
Boken er naturvitenskapelig skrevet. Den går inngående inn på hvordan sykepleier skal klargjøre legemidler, adm legemidler. Hvordan utføre ulike prosedyrer som kateterisering, legge diverse bandasjer. Boken beskriver nøye hva sykepleier skal være oppmerksom på når det kommer til første mobilisering etter sengeleie (forventet besvimelse), men ikke noe om hva som skjer med pasienten etter at han er skrevet ut.

s. 123-124 – skriver om massasje som behandlingsform. Tar kun for seg hvordan denne skal gjøres med å massere med blodstrømmen osv, ikke hvorfor det er bra å masere pasienten, hvilke innvirkning det kan ha på pasienten.

**Kap V: Om aarsakene til sykdommene s. 127-137**

s. 128 – mange mennesker har anlegg eller som det kalles disponert for visse sykdommer. Anlegget kan være medfødt eller ervervet. På grunn av dette forekommer nerve- og sindssykdommer hyppig i enkelte slekter, fordi de som hører til disse slektene fra fødselen av har anlegg for sykdommene i nervesystemet.

**KAP VI: Om sykdommene og deres behandling s. 137-207** (kap om sykdomslære over de mest kjente sykdommene, samt om operasjonsteknikk, sårbehandling)

s. 162 Sykdommer i nervesystemet – kan deles i nervesykdommene og sindssykdommene.

- skriver om kramper (epilepsi), hjerneblødning, svulster i hjernen og ryggen. Ikke hydrocephalus. S. 162. Boken tar ikke for seg at det kan forekomme sykdommer/misdannelser i vannveiene. De skriver at symptomer som kvalme, oppkast osv kommer av svulsten i hjernen, ikke at dette er sekundært til blokkering i vannveien for eksempel

- skriver om psykiatriske lidelser og hvordan man skal møte pasienter som lider av en slik “hysteri”. Hysteri er en reel sykdom, der, om den end ikke pleier at være livsfarlig, kan være meget plagsom. Man maa infenlunde gaa du fra, at alle hysteriske pasienter er ufornuftige mennesker, som overriver sine lidelser og ikke bestreber sig for at bekjempe sykdommen. S.166

s. 170-207 kapittel om kirurgiske sykdommer (ikke hydrocephalus)

- s.170-185 - tar for seg sår, hvordan behandle sår.

					<p>- s.178-185. antiseptisk og aseptisk ved kirurgiske operasjoner. Hvordan desinfisere utstyr, viktigheten med renslighet for å ikke gi pasienten infeksjon.</p> <p>- s. 185 - Pleien av operasjonspasienter før og etter operasjon: tar for seg fasteregler, at noen pasienter må tømmes før operasjon samt hvordan gi narkose og hva man skal være observant med ift narkose.</p>
1921	Haandbog i sykepleien	Kristian Grøn	Overlege ved Kristiansia kommunale sykehus	Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital	<p><b>Forord:</b> “Lærerne ved Kristiania kommunal sykehus sykepleieskole har i længre tid følt savnet av en paa moderne principper bygget haandbog i sykepleie. Den bok, som hermed fremlægges, er skrevet med de for den undervisning stilles krav for øie og i overensstemmelse medden for sykehusene nugjælende skoleplan. De enkelte avsnitt er utarbeidet av forskjellige læger og sykepleiersker for at tilfrestilled e krav som stilles til specialfagenes sykepleie.”</p> <p>Boken er delt opp i flere kapitler. Kapitlene som omhandler generell sykepleie til pasienter, er skrevet av sykepleiere. Kapitlene om anatomi og sykdomslære er skrevet av leger. Kap som omhandler sykepleie til spesifikke sykdommer er skrevet av leger.</p> <p><b>Indledning skrevet av spl Andrea Arntsen</b>  Sykepleiers plikter s. 4-6:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hennes plikter overfor de syke. “Pasienten maa alltid være den første i hendes omsorg: hun maa stadig være paa vakt for at forekomme hans ønsker og behov”s.</li> <li>4. “De sykes paarørende er ofte mer bryssomme end disse selv. En taktfuld sykepleierske vil altid svare høflig og venlig paa deres mange spørsmaal og høre efter hva de kan ha at berette som kan kaste lys over den sykes tilstand” s. 5.</li> <li>2. Overfor lægerne og de øvrige overordnede. “sykepleiersken maa også huske paa, at ehver maa lære at lyde, før man lærer at byde, at det om ikke lenge kan bli hendes tur til at lede og regulere arbeidet for dem som er mer utøvvet en hun selv. Like overfor den ansalt eller den familie hvor hun arbeider, plikter hun at være økonomisk og forsigtig i bruken av alle ting, saa intet ødelægges eller gaar tilspilde på grund av hendes likegyldighet” s. 6</li> <li>3. Overfor kollegerne. “Alle som utøver sykepleien, skulde følge sig som tilhørende ett samfund og gjensidig støtte og hjelpe hverandre” (s.6). “Alle vil ha noget å lære av hverandre, baade positivt og negativt” (s.6).</li> <li>4. Overfor seg selv. Omfatter saavel sind som legeme. Dersom hun ikke tænker paa, taler eller læser om andet end sykepleie, blir hendes syn paa livet indsnævret (s.6). “Et sundt og freidig sind er likesaa nødvendig som et sundt legeme, og det kan kun opretholdes ved at det faar blandet næring, fulgt op av arbeide og tilstreækkelig avveksling og oppmunring” (s.6-7).</li> </ol> <p><b>KAP 2 – Almindelig sykepleie - Skevet av spl Aagot Larsen s. 10-27</b>  Mottagelse av pasienter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innleggelsespapirer skal inneholde diagnose, navn, stilling, alder, fødested og bopæl. Ved mottak av barn eller bevisstløse pasienter er det viktig at legen får prate med pasientens familie for å innhente opplysninger om sykdommen. S.14</li> <li>• Sykepleier ansvarlig for å ta temperatur + bade pasienten.</li> </ul> <p><b>KAP: Oversikt over mennesket anatomi og fysiologi s.30-74 Skrevet av dr.med. Ole Berner</b>  s. 34. Beskriver hodeskallens anatomi ift dens ben og hvordan hodeskallen henger sammen med nakkebenet osv. Viser til at hos nyfødte er hodeskallens ben delvis skilt fra hverandre ved fibrøst vev (fontanellene) som luller i barnets første leveår. Hvis barnet har “engelsk syke” holder fontanellene seg lengre åpne.  s.67-69 Nervesystemet. Tar for seg nervesystemets oppbygning. “Det er det organ som skaffer os rede paa vore omgivelser: det er til nervesystemet at vor bevissthet er knyttet”. Beskriver grå og hvit substans. Tar for seg sentralnervesystemet. Skriver ikke noe om hjernens sirkulasjon, vannveier, ventrikler.</p> <p><b>KAP Sykepleie ved indre sykdomme s.75-120 – skrevet av dr. Carl Müller</b>  “vi kjender nu aarsaken til de flerstesydomme, men der findes dog mange hvor den endnu er ukjendt. Nerve- og sindsykdomme har ofte ingen paaviselig aarsak, om vi vet vet at de staar i forhold til aandelig overanstregelse, sorger, ophidselse, utsvævende liv, drukkenskap osv. Blant de mange andre sykdomme baade i indre organer og huder, som ikgen kjedt aarsak har, skal nævnes svulsterne” (s. 76).  En kronisk sykdom er mer snikende og strekker seg gjennom lengre tid, måneder eller år. - At sykdommen er kronisk sier ikke noe om dens helbredelighet. Kronisk sykdom kan helbredes (s.77).  “Naar vi skjelner mellom indre sygdommer paa den ene side og kirurgisk paa den anden, tar vi væsentlig sigte paa den behandling som anvendes for at helbrede sykdommen. Til den første gruppe hører sykdomme i de indre organger. De behandles med meikamenter, diæt, sengeleie, massage osv. Kirurgien omfatter alle saarsykdomme, skadetilfæøge og dessuten alle de sygdommer i de indre organger og huden som behandles med operation”..... “Barnesykdommer opstilles gjerne</p>
		Sofus Widerøe	Overlege ved Krsitania kommunale sykehus		

som en egen gruppe, fordi de fleste sykdomme hos barn ytrer sig paa en anden nmaate end hos voksne og kræver en anden behandling; dessuten findes sykdomme hos barn som ikke optræder i voksen alder" (s.77).  
Kapitlet tar for seg hvordan utføre sykepleieobservasjoner. Hvordan ta temp, måle urin, følge med på farge av sekret. Ved pustebesvær, hvordan sette pasienten i godt leie osv. Sier ikke noe om høyt hjernetrykk.

#### **KAP VIII Oversikt over enkelte almindelige indre sygdommer. S. 129 -140**

2 nevro sykdommer blir nevnt:

- Tuberøs hjernebetennelse (meningit) - gir samme symptomer som den smittesomme formen av hjernebetennelse (cerebro-spinalmeningitt) s.136. Ved spl blir de samme hensyn å ta som omtalt på side 253-254)
- Hjerneslag s. 136-137

#### **Kirurgisk sykepleie s. 141-213. Skrevet av overlæge dr. Med. Sofus Widerøe.**

- kirurgien indtar en fremskutt plads i den medicinske vitenskap, og der stilles store fordringer baade til kirurgisk behandling og til kirurgisk sykepleie. I den kirurgiske sykepleie spiller den praktiske utdannelse en stor rolle. Den faaes under arbeidet paa de kirurgiske avdelinger, under visitterne, under skitfning av bandasjer, under arbeidet paa bandagerum, paa sterilisationsrum og oaa operationsstuene. (s. 141)

- et godt samarbeid mellom de ældre og de yngre sykepleiersker er nødvendig, for at eleven under den forholdsvis korte tjenestetid paa den kirurgiske avdeling kan faa størst mulig utbytte av sin elevtid (s.141).

#### **- Kirurgiens oppgaver:**

Ved kirurgiske sykdomme foretaaes i almindelighet sykdomme som kræver operative indgrep. Da den kirurgiske teknik i de sidste aar har gjennomgaat en betydelig utvikling, er der nedde noget organ som det ikke kan bli tale om at behandle kirurgisk. Det utføres for eksempl operationer paa hjernen, paa hjerntet og paa lungene. For at kunne assistere under aldenne kirurgiske behandling er det nødvendig for sykepleiersen at kjende en del instrumenter og kirurgiske apparater. Denne kundskap tilegnes lettest under det daglige arbeide paa sykehuset (. 142).

Forberedelse av operasjonspasienter

- alle skal bade dagen før. Hår skal klippes.

-faste 8-10 timer før planlagt operasjon

-evt tømme tarm

- ren munnhule

-desinfisere operasjonsområdet. 2 ganger hos voksen, 1 gang hos barn (s. 149-150).

#### **Behandling av operasjonspasienter:**

En operasjonspasients skjebne er ikke avgjort alene ved en heldig utført operation; en korrekt pleie og etterbehandling er ofte like nødvendig, for at den endelige resultat an bli godt. (s. 160).

-Sykepleier maa kjende de forskjelligeformer av ernæring som kommer til anvendelse etter de viktigste operasjoner. Etter operasjoner i hodet vil tyggebevegelse enten være umulig eller smertefull. Disse pasientene maa derfor nogle tid ha flytende kost (s. 162).

- boken viser til viktigheten med å behandle sår aseptisk etter operasjon for å motvirke infeksjon. Går inngående inn på hvordan sykepleier skal behandle sår, hvordan vaske, hvilke symptomer skal ses etter, samt hvordan legge på bandasje.

- Boken har et kapittel om hygiene - både hjemme og på jobb. Hvor de ser på bakterier- kilde til sykdom. Hvorfor høy barnedødelighet i noen områder, mens ikke i andre
- Har et stort kapittel om tuberkulose.

#### **Spædbarnpleie - av dr. Med Theodor Frølich**

En barnepleierske maa være sund og sterk, renslig og net, sandfærdig og taalmodig. Sundhet og gode legemlige kræfter er aldeles nødvendige egenskaper hos den kvinde der skal pleie barn. Hun maa først og fremst ikke lida av nogen smitsom sykdom som tuberkulose og venetriske sykdomme i nogle form. Endvidere maa en

					barnepleierske ikke lida av hydyskdomme, spesielt ikke hudutslett med smittsomme avsondringer, av kroniske næse- og ørelidelser med utflod eller av haar- og hudsykdomme, betingede av utøi, samt endelig ikke av indvoldsormer eller nervesykdomme (epilepsi). Dehernævnte smitteførende sykdomme vil overordentlig let kunne overføres til barnet gjennom det intime samvær der finder sted mellom barn og pleierske. (S. 287)
1941	Lærebok for sykepleiere  3 bind	Anton Jervell (hovedred.)	Overlege og professor i medisin	Sønn av kemner Jacob Anton Jervell og Marie Andrea Simers (Larsen, 1986, s. 594). Gift med kjøpmannsdatter, Ella Bjerch. Godkjent sin spesialisering i indremedisin i 1933. Hadde flere studieopphold i utlandet som Wien, Paris, USA, Storbritannia og flere nordiske land. Jervell jobbet som overlege på Ullevål sykehus. Gjennom hans karriere som lege hadde han flere sosiale roller. Under krigen jobbet han som overlege på fylkessykehuset i Vestfold og han var formann i Tønsberg Røde kors. Han mottok i 1946 Kong Christian X's medalje for sin innsats for Danskehjelpen. Leder for motstandsgruppen,	<p><b>BIND 1</b></p> <p>Tidligere var legens og sykepleierens oppgaver skarpt adskilt, men etter hvert som sykepleien har utviklet seg, griper de mer og mer over i hverandre. Gjennom erfaring og metodisk arbeid har den moderne sykepleie nådd et høyt nivå. Den er ikke lenger i første rekke en barmhjertighetsgjerning, den representerer et fagarbeid med omhyggelig utarbeidet teknikk, og av den som skal utøve den, kreves kunnskap, dyktighet og erfaring.</p> <p><b>Alminnelig sykepleie :</b> Fra sykepleiens historie vet vi at arbeidet blant de syke alltid har båret preg av vedkommende lands kulturelle nivå. Overtro og tradisjon var lenge avgjørende for behandlingen av de syke, og det har vært mange gamle fordommer som legevitenskapen og dermed sykepleien ned gjennom tiden har måtte rive seg løs fra (s.72).</p> <p>Da Theodor Flid er i 1836 opprettet Diakonissehuset i Kaiserswerth med de forskjellige arbeidsgrenene, la han særlig vekt på sykepleien, og den ble siden utformet i moderne retning av Florence Nightingale. Hun er grunnleggeren av den moderne sykepleien. Det ble karakterisert ved slagordet «kall til arbeid» og «kunsten å pleie syke». Florence Nightgales ord: Det er like viktig hva du er, som hva du kan».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysiske vilkår</li> <li>- Psykiske vilkår</li> </ul> <p><b>Mottakelse av pasienten:</b> Pasientens tillit til sykehuset og dets betjening vil i høy grad avhenge av hvordan han blir tatt imot ved ankomsten. Pasienten må straks føle at hans sykdom og smerte vekker interesse og omsorg. Har sykepleierens evne og vilje til å sette seg inn i pasientens tilstand, vil hun være til stor hjelp for han. Dette vil også være av betydning for hans pårørende (s. 24-25)</p> <p><b>Omsorg av pasienten:</b> Et hovedvilkår for at pasienten skal føle seg vel, er at han fra første stund føler trygghet og har full tillit til de mennesker som skal stelle han. Sykepleieren må prøve å vekke denne tilliten ved å opptre med vennlighet, men samtidig være fast. Fastheten skal få pasienten til å overgi seg til hennes omsorg, fordi han føler at han trygt kan gjøre det. Pasienten skal behandles som et personlig individ (ikke et kasus), som hun gjerne vil gjøre det best mulig for. Husk at en alltid har med et sykt menneske å gjøre og ikke bare med en lokal sykdom i et eller annet organ. Pleien ved en legemlig sykdom må derfor også alltid ta hensyn til pasientens sinn. Husk at ingen mennesker er like eller reagerer likt (s. 26-27).</p> <p><b>laktakelse av pasienten:</b> laktakelse er all naturvitenskaps grunnlag. Nevner pasientens familieforhold som sykepleieren kan få innblikk i: om han er alene eller har familie, om familien neglisjerer han, om han har bekymringer av noe slag, hans økonomiske vilkår, arbeid, utdanning, hjem og levemåte, hans venner, omgang osv (s. 59-60).</p> <p><b>Rekonvalesensen:</b> Kan en sykepleier være til stor hjelp for pasienten under selve sykdomstiden, gjelder dette ikke mindre når pasienten friskner til og skal ta livet opp igjen. Rekonvalesenstiden er for de fleste en tid på godt og ondt, hvor forstandig veiledning er av uvurderlig betydning.</p> <p>I de senere årene har det vokst fram en stadig større forståelse av at pasientens helbredelse sinkes dersom han lever i bekymring for familiens forsorg eller for sin egen økonomiske velferd under sykdomstiden. Sykepleieren må i den grad det er mulig, tre hjelpende til, så pasientens sinn avlastes. Særskilt sosialarbeider vil sikkert med tiden bli tilsatt ved alle større sykehus, men foreløpig vil også denne gren av arbeidet hvile på den sykepleieren som ellers har ansvaret for pasienten.</p>

			<p>Kontakt punkt Tønsberg</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<p>Avreise er like viktig som mottakelse. Fra sykehusets side må en på forhånd undersøke om det er forsvarlig forhold pasienten reiser tilbake til, ellers kan det som er bygd opp, lett rives ned igjen, liksom pasientens må få all den hjelpen han trenger for å nå det stedet han skal til (s. 130-133).</p> <p><b>Spesiell sykepleie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pleie av det friske og syke spebarn</li> <li>- Pleie av barn som er født for tidlig</li> </ul> <p><b>Spesiell pleie av syke barn:</b></p> <p>ViS vennlighet og vær imøtekommende mot barnets pårørende, naturligvis spesielt mot moren. Prøv å berolig henne, så hun skjønner at barnet er kommet i trygge hender. Av hensyn til faren for smittsomme sykdom på barneavdelingen innskrenkes besøk mest mulig. I alminnelighet tillates bare besøk av foreldrene og barn under 16 år får iallfall ikke adgang til barnestuen (s. 200-201).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Åpning av Gaustad asyl 1. oktober 1855, for mennesker med sinnslidelser (norsk lov 1848). Psykiatrien tar plass i sykepleierutdanningen.</li> <li>- Sykepleie i hjemmet</li> </ul> <p><b><u>BIND 2</u></b></p> <p><b>Sosial medisin:</b></p> <p>I alle kulturland er det vedtatt en rekke lover som har til formål å organisere arbeidet for folkehelse og hjelpe folk når sykdom og ulykker rammer dem (s. 192).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trygdlover</li> </ul> <p><b><u>BIND 3</u></b></p> <p>De forskjellige sykelige forandringer i organismen gir seg til kjenne ved sykdomstegn eller symptomer. De består i det som pasientens selv føler, de subjektive symptomer, og i det som kan påvises ved å undersøke pasienten, de objektive symptomer. Det finnes ikke bestemte sykdommer, men bare syke mennesker, og at det først og fremst er pasienten og ikke sykdommen som skal behandles. Det er sant for så vidt som en sykdom aldri forløper helt likt hos to mennesker. Læren om sykdommene kalles patologi. Våre kunnskaper om sykdommens årsak, etiologi, og dypere natur er på mange områder mangelfulle (s. 1)</p> <p>Etter sykdommens forløp deler vi dem inn i akutte og kroniske. De kroniske sykdommer begynner i alminnelighet snikende og varer i mnd, i år eller gjennom hele livet. Grensen mellom akutt og kronisk er ikke skarp, og en sykdom med en akutt begynnelse kan godt anta et kronisk forløp.</p> <p>En bedømmer som nevnt en pasients sykdom på grunnlag av de subjektive og objektive symptomer. Alle opplysninger som pasienten kn gi, kommer i betraktning. Hans slekt og miljø, arbeid, alkohol, livsførsel og tidligere sykdommer. I mange tilfelle er også de pårørendes opplysninger av verdi (s.3-4).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taushetsplikt ovenfor pasientopplysninger</li> </ul>
--	--	--	---	---

					<p><b>Sykdommer i nervesystemet:</b></p> <p>Hydrocephalus – vann i hjernen, kan være medfødt eller som en følge av en hjernesykdom, meningitt eller hjernesvulst. Væsken samler seg i hjerneventriklene, som blir utvidet. Hos barn er kraniet forholdsvis bløtt og gir etter for trykket. Hodet vil derfor vokse og kan undertiden få et enormt omfang. Symptomene består ellers i nedsatt intelligens og ofte synssvekkning. Forløpet avhenger av årsaken til lidelsen. Pasientene dør oftest som små, men det hender at de blir gamle (s. 90-91).</p>
1951	Lærebok for sykepleiere  2 bind	Anton Jervell	Anton Jervell (red.)  Medvirkning av sykepleiere	Skrevet om tidligere (1941)  Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital	<p><b>BIND 1</b></p> <p>Sykepleie er først og fremst en humanitær oppgave, men den har også sin store samfunnsmessige betydning. Ved god sykepleie hjelpes det enkelte individ til å gjenvinne helse og komme lettest mulig gjennom sykdomstiden, og sett fra samfunnets side er det av den største betydning at folkehelse fremmes, slik at arbeidskraft i minst mulig utstrekning går tapt på grunn av sykdom. I moderne tid er sykepleie gått over fra å være en ren barmhjertighetsgjerning til å bli et yrke som krever full faglig opplæring. De felles mål for all sykepleie er: Å hjelpe den som er blitt syk til å gjenvinne helse. Å gjøre sykdomstiden lettets mulig for alle pasienter. Å motarbeide sykdom ved forebyggende helsearbeid og ved å spre hygienisk opplysning.</p> <p><b>Mottakelse av pasienten:</b> En sykehusinnleggelse er oftest en stor påkjenning både for pasienten selv og for de pårørende. De psykiske inntrykk virker tilbake på den legemlige tilstand, er meget vunnet om pasienten helt fra ankomst føler tillit til sykepleieren og trygghet ved sykehuset (s. 15).</p> <p><b>Pasientens humør og sinnstilstand:</b> Sykepleieren for et sterkt inntrykk av hvor forskjellig sykdom virker på pasientens humør og sinnstilstand. Hun må regne med at humøret ofte er forandret under sykdom. Man kan se store svingninger hos den enkelte pasient. Pleien vil falle lettere og også bli bedre når sykepleieren prøver å lære pasienten å kjenne og forstår sammenhengen mellom sykdommen og reaksjonen i humøret. Det er stor sammenheng mellom organisk sykdom og sinnstilstand (s. 45)</p> <p><b>Rekonvalesensen:</b> Kan en sykepleier være til stor hjelp for pasienten under selve sykdomstiden, gjelder dette ikke mindre når pasienten friskner til og skal ta livet opp igjen. Rekonvalesenstiden er for de fleste en tid på godt og ondt, hvor forstandig veiledning er av uvurderlig betydning.</p> <p>I de senere årene har det vokst fram en stadig større forståelse av at pasientens helbredelse sinkes dersom han lever i bekymring for familiens forsorg eller for sin egen økonomiske velferd under sykdomstiden. Sykepleieren må i den grad det er mulig, tre hjelpende til, så pasientens sinn avlastes. Særsilt sosialarbeider vil sikkert med tiden bli tilsatt ved alle større sykehus, men foreløpig vil også denne gren av arbeidet hvile på den sykepleieren som ellers har ansvaret for pasienten. Avreise er like viktig som mottakelse. Fra sykehusets side må en på forhånd undersøke om det er forsvarlig forhold pasienten reiser tilbake til, ellers kan det som er bygd opp, lett rives ned igjen, liksom pasientens må få all den hjelpen han trenger for å nå det stedet han skal til (s. 97-99).</p> <p><b>Spesiell sykepleie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pleie av det friske og syke spebarn</li> <li>– Pleie av barn som er født for tidlig</li> </ul> <p><b>Spesiell pleie av syke barn:</b></p>

Vi vennlighet og vær imøtekommende mot barnets pårørende, naturligvis spesielt mot moren. Prøv å berolig henne, så hun skjønner at barnet er kommet i trygge hender. Eventuelle papirer med barnets navn, fødselsdag, fødested, foreldrenes navn, stilling, bolig og telefonnummer. Av hensyn til faren for smittsomme sykdom på barneavdelingen innskrenkes besøk mest mulig. I alminnelighet tillates bare besøk av foreldrene, barn har absolutt ikke adgang (s. 170-171).

- Åpning av Gaustad asyl 1. oktober 1855, for mennesker med sinnslidelser (norsk lov 1848). Psykiatrien tar plass i sykepleierutdanningen.

#### **Sosial medisin:**

I alle kulturland er det vedtatt en rekke lover som har til formål å organisere arbeidet for folkehelse og hjelpe folk når sykdom og ulykker rammer dem (s. 474).

- Trygdelover og syketrygd (inndelt etter inntektsklasse)
- November 1948 har sosialdepartementet i en stortingsmelding trukket opp retningslinjene for den videre utbyggingen av våre sosiale trygder.
- Sykepleie i hjemmet

#### **BIND 2**

De forskjellige sykelige forandringer i organismen gir seg til kjenne ved sykdomstegn eller symptomer. De består i det som pasientens selv føler, de subjektive symptomer, og i det som kan påvises ved å undersøke pasienten, de objektive symptomer. Det finnes ikke bestemte sykdommer, men bare syke mennesker, og at det først og fremst er pasienten og ikke sykdommen som skal behandles. Det er sant for så vidt som en sykdom aldri forløper helt likt hos to mennesker. Læren om sykdommene kalles patologi. Våre kunnskaper om sykdommenes årsak, etiologi, og dypere natur er på mange områder mangelfulle.

Endelig må en regne med at mindre kjente forhold spiller en rolle. De forskjellige indre faktorer som bestemmer menneskes tilbøyelighet til eller motstandskraft overfor sykdom, sammenfatter en i begrepet konstitusjon. Dessuten kan psykiske momenter være av betydning så å si i alle sykdomstilfeller. Dette må en ta hensyn til i omgangen med og i behandling og stellet av syke mennesker. Etter sykdommens forløp deler vi dem inne i akutte og kroniske. De kroniske sykdommer begynner i alminnelighet snikende og varer i mnd, i år eller gjennom hele livet. Grensen mellom akutt og kronisk er ikke skarp, og en sykdom med en akutt begynnelse kan godt anta et kronisk forløp.

En bedømmer som nevnt en pasients sykdom på grunnlag av de subjektive og objektive symptomer. Alle opplysninger som pasienten kan gi, kommer i betraktning. Hans slekt og miljø, arbeid, kosthold, livsførsel og tidligere sykdommer. I mange tilfelle er også de pårørendes opplysninger av verdi (s. 1-4).

- Taushetsplikt ovenfor pasientopplysninger

#### **Sykdommer i nervesystemet:**

Hydrocephalus – vann i hjernen, kan være medfødt eller som en følge av en hjernesykdom, meningitt eller hjernesvulst. Væsken samler seg i hjerneventriklene, som blir utvidet. Hos barn er kraniet forholdsvis bløtt og gir etter for trykket. Hodet vil derfor vokse og kan undertiden få et enormt omfang. Symptomene består ellers i nedsatt intelligens og ofte synssvekkelse. Forløpet avhenger av årsaken til lidelsen. Pasientene dør oftest som små, men det hender at de blir gamle (s. 98).



1860	Lærebok for sykepleiere  8 bind	Anton Jervell	Skrevet om tidligere (1941)  Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital	<p><b><u>BIND 1</u></b></p> <p><b>Alminnelig sykepleie:</b> Sykepleie er først og fremst en humanitær oppgave, men den har også sin store samfunnsmessige betydning. Ved god sykepleie hjelpes det enkelte individ til å gjenvinne helse og komme lettest mulig gjennom sykdomstiden, og sett fra samfunnets side er det av den største betydning at folkehelsen fremmes, slik at arbeidskraft i minst mulig utstrekning går tapt på grunn av sykdom. I moderne tid er sykepleie gått over fra å være en ren barmhjertighetsgjerning til å bli et yrke som krever full faglig opplæring. De felles mål for all sykepleie er: Å hjelpe den som er blitt syk til å gjenvinne helsen. Å gjøre sykdomstiden lettest mulig for pasientene. Å motarbeide sykdom ved forebyggende helsearbeid og ved å spre opplysning om hygiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Brasil i 1983, norm for etiske retningslinjer: 14 punkter.</li> </ul> <p><b>Mottakelse av pasienten:</b> En sykehusinnleggelse er oftest en stor påkjenning både for pasienten selv og for de pårørende. De psykiske inntrykk virker tilbake på den legemlige tilstand, er meget vunnet om pasienten helt fra ankomst føler tillit til sykepleieren og trygghet ved sykehuset (s. 31).</p> <p><b>Symptomer:</b> Observasjon av subjektive symptomer kan være meget vanskelig. Det er stor individuell forskjell når det gjelder å tåle smerter og ubehag, og menneskers reaksjoner er ulike.</p> <p>Pasientens mentale tilstand må en søke å få rede på. Sammenhengen mellom legeme og sjel, soma og psyke, er så intim at en ikke kan gi et bilde av pasienten ved bare å legge merke til kroppen og dens funksjoner (s. 63).</p> <p><b>Velferdstiltak:</b> Sosialkurator blir etter hvert knyttet de fleste sykehus. Sosialkuratorerne har spesialutdannelse i alt som gjelder sosiale tiltak. De kan hjelpe pasienten i bolig spørsmål, økonomiske spørsmål, alt vedrørende trygdeordning osv. (s. 146).</p> <p><b>Pasientens hjemreise:</b> Man gir pasienten den beste hjelpen når det er godt planlagt. Det må undersøkes om det er forsvarlige forhold pasienten reiser tilbake til. Det er meget viktig at pasienten selv og ofte også de pårørende får god veiledning om forhold av betydning for den fortsatte behandlingen. Når en underviser pasienten om dette, må en ta hensyn til helsetilstanden og oppfatningsevne og kanskje også de økonomiske forhold (s. 147).</p> <p><b><u>BIND 2</u></b></p> <p>De forskjellige sykelige forandringer i organismen gir seg til kjenne ved sykdomstegn eller symptomer. De består i det som pasientens selv føler, de subjektive symptomer, og i det som kan påvises ved å undersøke pasienten, de objektive symptomer. Det er sagt med en viss rett at det ikke finnes bestemte sykdommer, men bare syke mennesker, og at det først og fremst er pasienten og ikke sykdommen som skal behandles. Det er sant for så vidt som en sykdom aldri forløper helt likt hos to mennesker. Læren om sykdommene kalles patologi. Våre kunnskaper om sykdommenes årsak, etiologi, og dypere natur er på mange områder mangelfulle. Endelig må en regne med at mindre kjente forhold spiller en rolle. De forskjellige indre faktorer som bestemmer menneskes tilbøyelighet til eller motstandskraft overfor sykdom, sammenfatter en i begrepet konstitusjon. Det finnes sykdommer der en ikke kjenner noen ytre faktorer av betydning, og der en derfor må søke årsaken utelukkende i individets konstitusjon. Dessuten kan psykiske momenter være av betydning så å si i alle sykdomstilfeller. Dette nære samspill mellom sin (psyke) og legeme (soma) er man etter hvert blitt mer oppmerksom på, og dette har gitt seg til uttrykk i betegnelsen psyko-somatiske lidelser. Derfor gjelder det for alle sykdommer at en ved behandling, pleie og stell må ta hensyn både til pasientens legemlige symptomer og hans psykiske tilstand.</p> <p>Etter sykdommens forløp deler vi dem inne i akutte og kroniske. De kroniske sykdommer begynner i alminnelighet snikende og varer i mnd, i år eller gjennom hele livet. Grensen mellom akutt og kronisk er ikke skarp, og en sykdom med en akutt begynnelse kan godt anta et kronisk forløp.</p>
------	---------------------------------------	---------------	---	---

En bedømmer som nevnt en pasients sykdom på grunnlag av de subjektive og objektive symptomer. Alle opplysninger som pasienten kan gi, kommer i betraktning. Hans slekt og miljø, arbeid, kosthold, livsførsel og tidligere sykdommer. I mange tilfelle er også de pårørendes opplysninger av verdi (s. 7-11).

- Taushetsplikt ovenfor pasientopplysninger

#### **Geriatri:**

Vårt moderne samfunn gir ofte de eldre manglende følelse av trygghet. De føler seg satt utenfor og er engstelige for fremtiden, og for den endringen som alderen har ført med seg i deres status. Mange eldre blir ensomme og isolert fra det øvrige samfunn fordi flere og fler av deres nærmeste faller bort. Det er viktig at vi arbeider for å bedre de eldres samfunnsmessige status. På den måten kan vi blant annet forebygge en del psykiske lidelser hos eldre. Vi må også sette i gang systematisk voksenopplæring f. Eks. Av personer på 50 år og over. Målet er å gi dem en forståelse av hva det innebærer å bli gammel, og hvordan man sel best kan planlegge sin alderdom (s. 180).

Skal vi oppnå gode resultater ved behandling av de eldres sykdommer, må vi ta hensyn til de psykologiske problemer som alderen selv og kroniske sykdommer fører med seg. Begge fører betydelige sjelelige endringer, slik at måten å oppfatte tingene på og måten å reagere på blir annerledes. De eldre har de samme sjelelige behov som yngre, og de trenger kjærlighet, ømhet og omsorg. Vi må være spesielt forsiktige med å avfeie en pasient som vanskelig, utidig, o.l., men huske på at dette ofte skyldes at pasienten ikke får tilfredsstillt vesentlige sjelelige behov (s. 190).

#### **BIND 3**

**Sinnslidelser:** Sinnslidelse er det sykdommer som vesentlige ytrer seg på det sjelelige område. Pasientens følelser og handlinger, hans tanker og forestillinger er blitt annerledes enn før, slik at han ikke lenger kan finne seg til rette i samfunnet, ikke kan utføre sitt arbeide og føle seg lykkelige og tilfreds. Legemlige sykdomstegn kan finnes ved siden av, men spiller mindre rolle, og ikke sjelden mangler de helt. Lære om sinnslidelsene kalles psykiatri. Det gjelder om alle sykdommer at det er nær sammenheng mellom det sjelelige og legemlige. Det kommer av at kropp og sjel ikke er så skarpt skilt fra hverandre som vi ofte er tilbøyelig til å tro. De henger i virkeligheten sammen som roten og treet, eller som to urskiver som vender til hver sin kan, men drives av samme urverk. Derfor må vi tenke oss at selv om symptomene er rent sjelelige, har også sinnslidelser et legemlig grunnlag. Særlig er det hjernebarken vårt sjeloliv er knytte til, og sykelige forandringer der (svulster, betennelser, skader, åreforkalkning) følges nesten alltid av sjelelige sykdomstegn. Ved siden av de ytre årsaker, de legemlige og de sjelelige, spiller alltid personens medfødte anlegg en stor rolle i psykiatrien: tålsomeheten for ytre påkjenning varierer fra individ til individ, og oftest er det slik at den utløsende årsak (legemlig eller sjelelig) ikke vil ført til noe sinnslidelse dersom vedkommende person ikke hadde vært disponert for sykdommen. Slike sykdomsanlegg er ofte arvelige, men de kan også erverves i tidlig barnealder – f. Eks. Slik at utrygghet i spedbarnsalder legger grunnen til varig engstelse og nærtagenhet også i voksen alder. Sinnslidelser er mer individuelle enn de legemlige sykdommene. Derfor må psykiatrien mer enn andre grener av medisinen ta hensyn til hver enkelt pasients personlig egenart og særegne livserfaringer (s. 17-19).

Avvik i evner, personlighet og adferd: I noen tilfeller er det avgjort noe i veien med sjeloliv, uten at vi kan kalle det sykdom i vanlig forstand. Slik tilstander er meget vanlig, og hører til de største av våre samfunnsproblemer. Her møtes den psykiatriske omsorgen med andre grener av sosialomsorgen, og pasientene er ofte grensetilfelle som faller mellom to stoler hvis de forskjellige myndigheter ikke samarbeider (henviser til åndssvake, psykopatene, kriminalvern og alkoholistene) (s. 71).

Mentalhygiene (forebyggende arbeidet): De psykiske sykdomsårsaker er viktigst i psykiatrien, og er derfor blir det mentalhygienens hovedoppgave å forebygge sjelelige tilpasningsvansker eller å finne løsninger på dem før de setter seg fast og skader den sjelelige helsen. Det mentalhygieniske arbeidet tar først og fremst

sikte på å hjelpe den enkelte, særlig da dem som har et vanskelig sinn, eller som av ytre årsaker er særlig sterkt belastet. Men først og fremst må det mentalhygieniske arbeide ta sikte på barna, fordi det rimeligvis er i barnealderen de fleste sinnslidelser grunnlegges. Svært ofte viser det seg at det er i hjemme og hos foreldrene vanskelighetene har sitt utspring. Mange sjelelige vansker kunne unngå dersom enhver kom på sin rette hylle i livet. Derfor er yrkesveiledningen for unge av stor mentalhygienisk betydning. Mange sjelelige tilpasningsvansker skyldes feil og mangler ved samfunnsordningen, som best kan rette på ved lovgivning og sosialt reformarbeid. I ethvert samfunn er individene utsatt for et sosialt trykk, men tyngden av dette trykket variere med den grad trygghet, frihet og rettferd samfunnet er i stand til å gi sine borgere. Av ting vi med sikkerhet må regne med som mentalhygienisk uheldig, kan nevnes arbeidsløshet, bolignød og presset fra altfor strenge og autoritære politiske og religiøse makthavere (s. 99-100).

#### **Nervesykdommer**

Viktige sykdommer i sentralnervesystemet: Hjernesvulster ses ikke sjelden hos barn og fins da hyppig i lillehjernen og i hjernestammen. Svulster i disse regioner gir tidlig hindring for avløpet av cerebrospinalvæsken fra hjerneventriklene. Det oppstår hydrocephalus eller økt væskeinnhold i hjernens hulrom. Når skallesømmene gir etter for trykket, vil hodet vokse og kan få et meget stort omfang. Hydrocephalus kan også skyldes medfødte eller senere ervervede forsnævring eller sammenvoksinger, som hindrer hjernevæskens sirkulasjon. Disse pasienter kan av og til hjelpes ved drenasjeoperasjoner (s. 194-195).

#### **BIND 4**

#### **Barnesykdommer**

Læren om sykdommer hos barn = pediatri. Vis vennlighet og vær imøtekomende mot barnets pårørende, naturligvis spesielt mot moren. Prøv å berolige henne, så hun skjønner at barnet er kommet i trygge hender. Eventuelle papirer med barnets navn, fødselsdag, fødested, foreldrenes navn, stilling, bolig og telefonnummer. Noen barn er fortvilet for å bli lagt inn på sykehus. Det er så mye nytt. De har kanskje skremmende forestillinger om sykehus og er ulykkelige over å bli skilt fra mor og far. Barnets skrik og fortvilelse sammen med den påkjennning det sikker er for foreldrene å levere et sykt barn fra seg, kan føre til at vi synes foreldrene ikke tar en slik situasjon slik som de burde. Men la oss prøve å forstå foreldrene. De leverer fra seg det kjæreste de har, barnet, til et uvant miljø og nettopp i en situasjon hvor sykdom knytter mor, far og barn særlig sammen, og hvor moren mener seg helt unnværlig for barnet. La foreldrene og barn få tid på seg. Riv ikke barnet fra moren, men gi tål og tid alt etter hvorledes barn og foreldre tar det. La oss alltid huske på at vi har for et barn og ikke en voksen i liten målestokk. Ser vi bort fra de største skolebarna, kan vi ikke vente at barna skal ha sykdomsinnsikt. De fleste barnesykehus har innført anledning til visitt av foreldre hver dag. Av hensyn til risiko for infeksjon har ikke barn (under 15 år) adgang til å besøke syke barn. Vi vil også helst unngå unødvige besøk av andre enn foreldre og nære pårørende (s. 64-66).

- Barneloven av 1915
- Lov om barnetrygd av 1946
- Lov av 1953 om barnevern

#### **BIND 7**

**Sosial medisin:** Sosialmedisinen beskjeftiger seg med det gjensidige forhold mellom samfunn og helse. Den søker å kartlegge hvordan forhold i samfunnet har innflytelse på befolkningens helsetilstand, og hvordan de sosiale forhold som et menneske lever under, virker på dets helse. Den undersøker også hvordan sykdommene virker på samfunnet, og hvordan dette har bygd opp sitt arbeid mot sykdom og dårlig helse. Sosialmedisinen er i nær slekt med hygiene og glir på mange punkter over i den, for ett av formålene med studiet av hvordan samfunnsforholdene virker på helse, er å peke på utveier til å avbøte skadevirkningene og forebygge sykdommer, dvs. å skape grunnlaget for hygieniske tiltak. Men sosialmedisinen har også nær forbindelse med den kliniske medisinen, for ved mange

sykdomstilfelle gjelder at det ikke er mulig å oppnå et tilfredsstillende resultat av den medisinske behandlingen hvis man ikke kan få endre de sosiale forholdene som pasienten lever under. Den medisinske behandling trenger derfor ofte å suppleres med sosialmedisinske tiltak.

De forhold i samfunnet som virker på helsen, er mange å filtrere seg slik inn i hverandre at det ikke er lett å skille dem ut hver for seg. Men skjematisk kan vi dele dem inn i to grupper: 1. Innvirkning som henger sammen med levevilkårene, og 2. Innvirkninger som henger sammen med de personlige forhold mellom menneskene.

Innvirkninger som henger sammen med levevilkår: Det er en gammel erfaring av folk som lever under dårlige samfunnsforhold, det vil si oftest si dårlige økonomiske kår, har dårligere helse og større sykkelighet og dødelighet enn folk i gode kår. En god illustrasjon av dette gir den engelske dødelighetsstatistikken. I den blir dødsfallene gruppert i fem sosiale klasser etter den dødes yrke. Klasse I er den beste, den omfatter høyere utdannede, forretningsdirektører m.v., mens klasse V er den dårligste, den omfatter ikke-faglærte arbeidere (tabellen viser mye større dødelighet i de dårligere sosiale klasser). Hva er årsaken til den ulike helsetilstanden i de forskjellige sosiale lag? Forklaringen må søkes i økonomi og levestandard, det er dem som volder ulikhetene. Disse to begrepene er ikke knyttet uløselig sammen, det er ikke noe i veien for at en økonomisk velstående kan ha lav levestandard. Men oftest går de hånd i hånd, og det er i et hvert fall slik at den som ikke har tilstrekkelig økonomi, heller ikke kan få en tilfredsstillende levestandard. Ved en levestandard forstår vi det samlede forbruk av varer og ytelser som et individ eller en samling individer har. I en levestandard inngår mange komponenter. De viktigste er: kosthold, klær, bolig, yrke, nødvendig kropps- og helsepleie, en viss mengde nytelsesmidler, adgang til opplæring og utdanning, intellektuelle behovsmidler, samt adgang til sosial trygghet. Alle disse komponentene virker inn på helsen, direkte eller indirekte. Men noen av dem er har større vekt enn de øvrige: viktigst er kosthold, bolig, yrke, adgang til helsepleie og adgang til sosial trygghet. Det er først og fremst svikt i disse komponentene som gjør at helsetilstanden blir mindre god i de økonomiske dårligstilte lag enn i de velstilte (s.7-11).

Innvirkninger som henger sammen med de personlige forhold mellom menneskene: Livet i et samfunn fører med seg at den enkelte må tilpasse seg de øvrige medlemmer i samfunnet og følge de normer og regler som samfunnet har stilt opp. Tilpasningen finner særlig sted under oppdragelsen i barneårene da den enkelte blir lært opp i den adferd som samfunnet finner riktig. Men tilpasningen varer ved gjennom hele livet, fordi den enkelte stadig vil stå overfor nye situasjoner og nye personer som han må tilpasse seg. Tilpasningen løper ikke uten vanskeligheter. Den enkelte må bøye seg for de synsmåter og regler som gjelder i samfunnet, og ikke gjøre som han selv kunne ha lyst til. Behovskollisjoner og psykiske konflikter er derfor en følge av å leve i samfunn med andre. Slik kollisjoner og konflikter virker til å utvikle personligheten, det er gjennom vurdering av det ene behov mot det annet at personligheten utvikles. Men går disse påkjenninger ut over det den enkelte klarer, kan de gi seg utslag i forskjellige former for nervøsitet, abnorm karakterutvikling eller asosial adferd. Et individs evne til å klare slike påkjenninger og tilpasse seg aktivt til gruppen avhenger mye av vedkommendes medfødte utstyr og anlegg. Men meget vesentlig er også den måten som tilpasningen finner sted på, om det skjer slik at de grunnleggende behov vi alle har for trygghet, ømhet, aktivitet og utfoldelse, selvfølelse og selvrespekt, blir imøtøkket. Det er vel kjent at oppdragelsen og behandlingen av barnet i de første barneårene har svært mye å si for den sjelelige helsen og den sosiale tilpasningen senere i livet. Men også pubertetsårene med sin sterke spenning i sinnet frembyr særlige problemer for tilpasning. Det enkelte individ må gjennom livet tilpasse seg en rekke grupper (felter) i rekkefølge: familien, lekekamerater, skolen, lærested, arbeidssted og samfunnet som helhet. Innen alle disse feltene kan det oppstå tilpasningsvansker. Men risikoen er størst i de innerste feltene, fordi samspillet mellom individene er sterkest der, og fordi individet er i den mest mottagelige alder. Særlig har forholdene innen familien mye å si. I de moderne industrisamfunn er nervøsitet og utslag av mangelfull sosial tilpasning svært utbredt. Det er derfor naturlig å reise spørsmålet om det er noe i industrisamfunnets struktur som gjør tilpasningen vanskelig og som hindrer mange mennesker å oppnå god sjelelig helse og full sosial tilpasning (s. 12-13) (s. 14 beskriver industrisamfunnet).

Sykdommenes innvirkninger på samfunnet: God helsetilstand er et vilkår for at et samfunn kan funksjonere tilfredsstillende. Sykdom og dårlig helse minker produktiviteten, gjør nasjonalinntekten mindre og vanskeliggjør en heving av levestandarden (s. 15).

				<p>Helsearbeidet i samfunnet (omfatter flere ledd og deles inn i punkter fra 1-5):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arbeide for å fremme og bedre helsen</li> <li>2. Arbeide for å forebygge sykdom (hygienisk arbeid)</li> <li>3. Arbeide for å helbrede sykdom</li> <li>4. Arbeide for å føre de syke tilbake til normalt samfunnsliv</li> <li>5. Arbeid for å ta vare på dem som på grunn av legemlige eller sjelelige mangler ikke er i stand til å klare seg selv, sosialomsorg (s. 17)</li> </ol> <p>Sykepleiere: Lov av 1960 om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere bestemmer at de lærestalter (sykepleieskoler) som utdanner sykepleiere skal ha godkjenning av kongen. Antall registrerte sykepleiere var i 1961 ca. 18 000. av disse var ca. 11 000 i aktiv tjeneste (s. 19-20).</p> <p>Sosialkuratorer: Arbeid ved sykehus, helse råd og kursstedet og mange andre institusjoner. Deres oppgave er å bistå legene med å klarlegge pasientens sosiale situasjon og de problemer som henger sammen med denne, hjelpe og rettlede pasientene med løsningen av personlige og sosiale problemer, og anviser sosiale tiltak som kan hjelpe pasienten til å oppnå bedre helse og tilpasning. Sykepleieren og sosialkuratorens arbeid griper på flere områder over i hverandre, og et nøye samarbeid mellom dem er derfor nødvendig (s. 20).</p> <p>Attføring: Enhver sykdom fører med seg en nedsettelse av arbeidsevne. Ved kroniske sykdommer og ved sykdommer og skader som fører med seg varige defekter, er nedsettelsen langvarig, og det reiser seg ofte problemer om hvordan arbeidsevnen skal kunne gjenvinnes. I de senere årene er et systematisk arbeid blitt satt i gang for å hjelpe personer med kroniske sykdommer og mangler tilbake til normalt arbeidsliv og til normalt samfunnsliv for øvrig. Dette arbeidet kaller vi attføring eller rehabilitering (revalidering). Grunnen til dette arbeidet har vunnet slik fram, er at vi har funnet at ved hensiktsmessig behandling og opplæring kan mange av dem gjøres arbeidsføre og selvhjulpne i en utstrekning vi ikke tenkte oss mulig tidligere (s. 23).</p> <p>Trygder og sosial hjelp: Første loven om syketrygd var av 1908 og trådte i kraft i 1911 (liten del av befolkningen).</p> <p>1956 ble det innført syketrygd for alle (s. 29-30).</p> <p><b>Hygienekapittelet:</b> Den personlige hygiene: Om et menneske skal rammes av sykdom, og i hvilken grad det skal bli sykt, er på den ene siden avhengig av styrken av de årsaker som fremkaller sykdom, på den andre siden av organismens motstandskraft. Det er ikke helt enkelt å forklare hva et menneskes motstandskraft beror på. Vi vet at noen mennesker fødes til verden med en såkalt svak konstitusjon, andre med en sterk. At arv spiller en viss rolle, er sikkert. Men av større betydning er det å være klar over at vi med vår livsførsel kan bidra til å styrke eller svekke vår motstandskraft. En sunn livsførsel vil styrke organismen og gjøre den mindre mottagelig for sykdom, mens en usunn livsførsel, dårlig ernæring, dårlige boligforhold, usunne arbeidsforhold, misbruk av alkohol og andre gifter vil svekke organismen og gjøre den mer mottagelig for sykdommer (s. 59).</p>
1967 - 1968	Lærebok for sykepleieskoler  12 bind	Kåre Håvard Torp	Overlege i pediatri	<p><b>Kåre Håvard Torp</b> (1914-2007). Norsk barnelege. Vokste opp i bestyrerboligen på <a href="#">Klevfos Cellulose- &amp; Papirfabrikk</a> på <a href="#">Løten</a>, der faren</p> <p>Boken tar for seg inngående sykepleiers oppgaver til pasienter innlagt på sykehus. Beskriver hvilke observasjoner som skal gjøres, samt hvilke oppgaver som forventes av sykepleier i ulike settinger/prosedyrer. Boken er tydelig på å beskrive at man må se hele mennesket, både det fysiske og psykiske. Alle pasienter har ulike bakgrunn. Tar ikke for seg økonomiske kapitaler. Skriver ikke noe om spesifikke sykdommer, mer generelt. Boken er rettet mot sykepleiere i utdanning.</p> <p><b>LÆREBOK FOR SYKEPLEIESKOLER 1: GENERELL SYKEPLEIE</b></p> <p><b>Kap 1 Om sykepleie</b> <i>Hva er sykepleie?</i></p>

		<p>Anne Elisabeth Hauen</p>	<p>Avdelingssykepleier</p>	<p><a href="#">Eivind Torp</a> var bestyrer. Bror til indremedisineren <a href="#">Helge Eivind Torp</a> og sønnesønn av stortingsmannen <a href="#">Eivind Torp</a>. (<a href="#">Kåre Håvard Torp – Wikipedia</a>)</p> <p><b>Anne Elisabeth Haugen</b></p> <p>- Ikke funnet bakgrunn. Men antas at hun innehar en høy sosial og kulturell posisjon grunnet sin stilling som avdelingssykepleier. Stilling som krever kompetanse, øke utdanning, samt leder for sykepleierne. Antar at dette bidrar til økt økonomisk posisjon.</p>	<p>-Sykepleie er å være og gjøre det for den syke og hjelpeløse som han ikke kan selv. Sykepleie er å arbeide sammen med pasienten (s.12)</p> <p>- Fullverdig sykepleie er total og individuell. Total sykepleie er å ha omsorg for hele mennesket med legeme, sjel og ånd. Individuell sykepleie er å ta hensyn til den enkelte. For eksempel alder, kjønn, den intellektuelle, emosjonelle og fysiske utrustning og utvikling, den kulturelle og sosiale bakgrunn, religiøs innstilling og vaner. (s.12)</p> <p>-</p> <p><b>Kap 2 sykepleiers oppgaver og ansvar for pasienten (s.18-34)</b></p> <p><i>Hvem er pasienten?</i></p> <p>- hvert enkelt menneske vi møter i en sykdomssituasjon har sin bakgrunn, sin individuelle måte å oppleve og reagere på sykdommen og sykdomssituasjonen på, sine spesielle forutsetninger og muligheter. (s.18)</p> <p>-når vi lærer pasienten å kjenne, oppdager vi hvordan hele mennesket påvirkes av sykdommen og reagerer som en helhet på sykdomssituasjonen. For at pasienten skal kunne få riktig behandling, bør legen finne frem til diagnosen. Men det er ikke diagnosen eller kasus vi skal pleie, det er det syke mennesket. (s.19)</p> <p><i>Hvordan sykdomssituasjonen kan virke på pasienten;</i></p> <p>-pasienten reagerer individuelt på sykdomssituasjonen, men noen faktorer som kan virke inn på pasienten er smerte og frykt. (s.19)</p> <p><b>-Smerte</b> – omhandler både den fysiske smerten sykdom kan gi, men også den psykiske lidelse som en deprimeret pasient opplever. Smerte er et symptom som forteller at noe er galt. Smerte er subjektiv opplevelse, men den vil kunne registreres av andre for eksempel ved ansiktsuttrykk, ved bestemte stillinger, uro eller gråt. Mye tyder på at smertefølelsen og graden av smerte registreres svært forskjellig. (s.20)</p> <p><b>-Frykten</b> – sykdom vil kunne føre med seg både en generell angst og frykt for spesielle farer, for smerte, tap av selvkontroll, for å bli avhengig av andre, for å være til bry. (s.20)</p> <p><b>-Regresjon</b> – under stressperioder og sykdom kan et menneske vende tilbake til et mindre modent stadium i utviklingen. Ved at det blir bestemt og gjort en del for pasienten blir kan gjort "liten". Iblant kan man møte pasienter som tilsynelatende oppfører seg barnslig og krevende – kan være ut utslag av regresjon for eksempel ved en langvarig sykdomstilstand (s.22).</p> <p><b>Kap 3 Pasientens fysiske og sosiale miljø</b></p> <p>- tar for seg hvordan sykehuset skal bygges opp for best mulig pleie for pasienten. At rommene er store nok, at det er felleområder, grønne sletter, sol osv.</p> <p><i>Det sosiale miljø - de forskjellige grupper av personale</i></p> <p>- <b>Legen</b> --&gt; legens spesielle oppgave er å stille diagnosen, å iverksette og lede behandlingen og vurdere prognosen. Sykepleieren er i sykeavdelingen legens nærmeste medarbeider. Legen er hennes overordnende i alt som har med pasientens behandling å gjøre. Legen ser kanskje pasienten 5 min hver dag. Sykepleieren er i avdelingen hele døgnet og har derfor muligheter til i langt større grad og også plikt til å observere pasienten. Sykepleieren skal bringe videre til legen alt som har betydning for behandlingen. Sykepleier skal veilede pasient og pårørende når det gjelder helse- og pleiespørsmål. Ved spørsmål om diagnose og prognose, er det legens oppgave og ansvar å gi orientering (s. 69).</p> <p>-<b>fysioterapeut</b> --&gt; fysioterapi og sykepleie går hånd i hånd, og et godt samarbeid er absolutt nødvendig. (s.69). Fysioterapeutens oppgaver er å foreta massasje, øvelsesbehandling, bade- og varmebehandling (s.77)</p> <p>- <b>Sosionom</b> --&gt; sosionomens oppgave er å hjelpe pasienten med problemer av sosial art. Sykepleiers oppgave ovenfor sosionom er å gjøre han oppmerksom på problemer av sosial art som pasienten måtte ha. (s.69-70)</p> <p>- <b>hjelpepersonalet</b> --&gt; hjelpepleieren arbeider under sykepleierens ledelse og utfører de oppgavene som hun er kvalifisert for i samsvar med bestemte retningslinjer fra helsedirektoratet. (Hj.pl er 8 mnd utdannelse). S. 71-72).</p> <p><i>Pasienten og de pårørende</i></p> <p>- pasienten er ikke- og bør ikke være-løsrevet fra sitt egentlige miljø selv om han er innlagt i sykehus. En forsøker nå å lempe på mange av de restriksjoner som tidligere var alminnelige i sykehus. Eks:</p> <p>- Visitt-tiden bør legges til en tid da pårørende virkelig har mulighet til å besøke den syke. Forfatteren stiller spørsmål til om det kan være aktuelt at oppegående pasienter kan få ta imot besøk hele dagen i dagligstuen (s.74).</p>
		<p>Axel Strøm</p>	<p>Professor i medisin</p>	<p><b>Axel Strøm (1901-1985)</b></p> <p>Professor i medisin (hygiene, senere sosialmedisin) ved Universitetet i Oslo fra 1940 til 1971. President i <a href="#">Den norske legeforening</a>. Formann i Norges</p>	

			<p>akademikersamband. Han skrev flere lærebøker innen sine fagområder. (Axel Strøm – Store norske leksikon (snl.no))</p>	<p>- Barn og mødre -tidligere mente man det var best å ikke la barnet ha noe kontakt med foreldrene, da avskjeden ville bli så opprivende. En har nå kommet til at det er best for barnets trygghet, trivsel og psykiske utvikling at barnet har best mulig kontakt med sine foreldre. Det finnes sykehus hvor mor får bo mens barna er innlagt (s.74 og 75)</p> <p><b>Kap 4 mottaking av pasienten</b></p> <p>- tar for seg hvordan man skal ta imot en pasient enten den kommer elektivt eller som ø-hjelp. Tar videre for seg hva sykepleier skal observere og dokumentere (eliminasjon, hud, symptomer,bevissthet, pasientens reaksjon på innleggelsen, osv) s. 80-94.</p> <p><b>Kap 8 Pasientens hjemreise</b></p> <p>- mange pasienter er engstelige for hvordan de skal klare reisen og den første tiden hjemme. Pasientens hjemreise bør planlegges i samarbeid med lege, sykepleier, pasient og pårørende, og ofte også i samarbeid med sosionom. Pasientens tilstand og prognose er forskjellige. Noen reiser hjem som friske og fullt arbeidsføre og andre reiser hjem som kronisk syke. Bare de færreste er fullt restituert ved avreise. I svært mange tilfeller fortsetter behandlingen og opptreningen etter hjemkomsten, og pasienten og/eller pårørende må nå ta ansvar for dette og få nødvendig veiledning. (s.211)</p> <p><b><u>LÆREBOK FOR SYKEPLEIESKOLER 2</u></b></p> <p><b>Sosialmedisin (av Axel Strøm)</b></p> <p>- Sosialmedisinen beskjeftiger seg med det gjensidige forhold mellom samfunn og helse. Den studerer helseproblemer i samfunnet, søker å klargjøre hvordan forhold i samfunnet har innflytelse på befolkningens helsetilstand, og hvordan de sosiale forhold som et menneske lever under, virker på dets helse. (s.159)</p> <p>- Sosialmedisin har sine røtter langt tilbake i tiden. I sin praktiske utøvelse av legegjerningen har legene alltid tatt hensyn til de samfunnsforhold pasienten lever under. Men det er likevel ikke før dette århundret at samfunnsmedisin har utviklet seg til et eget fagområde. (s.160)</p> <p><b>Kap 2 – de viktigste helseproblemer i samfunnet</b></p> <p>- Det som kjennetegner god helse, er evnen til tilpasning eller adaptasjon. Hver dag blir vi utsatt for tallrike påvirkninger både fra det fysikalsk-biologiske miljø som omgir oss, og fra det sosiale og kulturelle miljø vi lever i. Det er evnen til å klare disse påvirkninger med minst mulig utslag som er det sentrale ved god helse. (S.161)</p> <p>- de helseproblemer vi står overfor i dag, er annerledes enn ved begynnelsen av århundret. I årene etter krigen er kroniske sykdommer (spes sykdommer i kretsløpsorganene) mer dominerende enn infeksjonssykdommene. (s. 163).</p> <p><b>KAP 3 Forhold i samfunnet som virker på helsen. s.169-181</b></p> <p>- Kosthold</p> <p>- Bolig</p> <p>- Yrket – for de fleste er det yrket som bestemmer økonomien og deretter levestandarden. Men arbeid har en verdi utover dette som et middel til å skape legemlig og sjelelig helse og fremme den personlige utviklingen. (s. 174). Den kortere arbeidstid med økt fritid betyr et stort helsemessig gode og skulle gjøre en ytterligere bedring av helsetilstanden mulig. Men mye avhenger da av hvordan fritiden brukes. (s. 175).</p> <p>- Livet i samfunnet fører med seg at den enkelte må tilpasse seg de øvrige medlemmer av samfunnet og følge de normer og regler som samfunnet har stilt opp. Tilpasningen finner særlig sted under oppdragelsen i barneårene da den enkelte blir lært opp i den atferd som samfunnet finner riktig. Men tilpasningen varer ved</p>
	Kristian Kristiansen	Professor i medisin		
	Anne Lise Stange	Avdelingssykepleier		
	Rigmor Andresen	Sykepleielærer		

gjennom livet, fordi den enkelte stadig vil stå overfor nye situasjoner og nye personer som han må tilpasse seg. (s. 176) Den enkelte må bøye seg for de synspunkter og regler som gjelder i samfunnet, og ikke gjøre som han selv kunne ha lyst til. Behovskollisjoner og psykiske konflikter er derfor en følge av å leve i samfunn med andre og virker til å utvikle personligheten. (s.176)

- Attføring - eget kapittel som tar for seg at pasienten har krav på attføring enten på grunn av en sykdom, eller på grunn av sekundære problemer knyttet til sin sykdom. Som at pas ikke kan jobbe - fører til økonomiske problemer i familien, den andre part må jobbe mer - fører til en ubalanse i hjemmet. Viser til regelverket på denne tiden. (s.225-266).

### **LÆREBOK FOR SYKEPLEIESKOLER 3: GYNEKOLOGI, OBSERTRIKK, PEDIATRI**

#### **KAP om pediatri (Kåre Torp) s. 191-305**

- For å vurdere et barn trengs opplysninger om dets bakgrunn: svangerskapet, barnets fødselsvekt og tilstand etter fødselen, dets tidligere sykdommer, ernæringsforhold, dets sosiale bakgrunn og slekt. En må videre kjenne normene for den normale psykiske og fysiske utvikling i barnealderen, slik at en kan sammenligne med det aktuelle barns utviklingstrinn og derved få et siktepunkt for den sannsynlige utvikling videre. (s.192)

#### **Hydrocephalus**

- Opphopning av cerebrospinalvæske intrakranielt. Den økte væskemengde kan finnes bare i ventriklene hvis avløpet til subarachnoidalrommet er blokkert av en medfødt misdannelse eller sykelig prosess (ikke-kommuniserende hydrocephalus). Hvis årsaken til opphopningen er en mangelfull resorpsjon av væske fra subarachnoidalrommet til blod (kommuniserende hydrocephalus). Resultat for begge former er at barnets hode vokser patologisk, med store, myke partier, solnedgangsblikk, brekninger og krampes. Men åndsevnen kan i mange tilfeller være bevart. Ved raskt voksende intrakranielt trykker behandlingen kirurgisk. (s. 283)

#### **Psykosomatiske symptomer**

- barnets fysiske, psykiske og sosiale utvikling skjer allerede fra tidlig spedbarnsalder under et uavbrutt samspill mellom barnet og dets miljø. 3 fundamentale forutsetninger for optimal psykisk utvikling – som igjen baner vei for fysiske ferdigheter og sosial modenhet.

1. krav om stabilitet og uforanderlighet i det nære miljø. - et barn med stadig skiftende miljø (som når de er innlagt på sykehus uten mor) og personkontakt, vil ikke få det erfaringsgrunnlag som bygger på daglig gjentatte opplevelser og vil uansett evnenivå bli temporært forsinket i utvikling og fare for utrygg gunnholdning til omgivelsene (s.290-291).

2. krav om fri fysisk utfoldelse – hvis barnet pga sykdom eller handicap har manglende mulighet til å utfolde seg vil det føre til forsinket utvikling. (s.291)

3. Adekvat stimuli, fysisk og psykisk – uten ytre stimuli vil barnet kjede seg; det kan introverteres og vise regresjon til tidligere alderstrinn, eller bli fanget av uheldige vaner (s.292)

- dersom det ikke påvises organisk forklaring for barnets klager og symptomer, må barnets miljø og bakgrunn utredes. Foreldrenes muligheter og spesielt deres holdning er dominerende faktorer for alle barns utvikling (s.293).

#### **Barn i sykehus og deres foreldre**



- Småbarn i sykehus bør ha daglig besøk, særlig de yngste i alderen 6mnd – 3-4 år er det viktig at barnet ser mor ofte. Viktig å forberede barnet siste dager før innleggelse i sykehus, slik at barnet ikke opplever atskillelsen fra foreldrene og de smertefulle manipulasjoner som straff. - dette vil kunne føre til usikkerhet og frykt hos barnet med stor fare for psykiske senvirkninger (s. 203).

- mange barneavdelinger lar mor komme og gå fritt, evt dele rom med barnet. - gunstig for barnet (s.305).

#### **KAP barnesykepleie (Rigmor Andersen) s. 309-406**

Ser i våre sykehus hvordan den ene spesialitet etter den andre trenger seg frem og gjør krav på sin egen avdeling. Det blir stadig mer nødvendig med spesialavdelinger, dette har også gjort seg gjeldende innen pediatrien. De fleste sykehus har barnestuer i de forskjellige avdelinger, men langt færre har en egen barneavdeling. En spesiell avdeling for barn er uten tvil det ideelle og mest hensiktsmessige, både av hensyn til barna og deres pårørende, de voksne pasientene og personalet (s. 309).

#### Sykepleie av barn med sykdommer i nervesystemet – hydrocephalus (s. 397)

Ved hydrocephalus er det det store, tunge hodet som må vises spesiell oppmerksomhet til i pleien. Viktig med decubitusprofylakse på hodet. Legge barnet i sideleie, eller avlaste med skumgummiplate. Er huden blitt rød smøres den med en god dekkсалve. Barnet må snus ofte. Er det stort nok til å sitte oppe i sengen må ryggen og hodet støttes godt med puter. Mating: Er hodet så stort og tungt at det er vanskelig å ta det opp for mating må en reise det litt opp i sengen under mating. Observasjoner; en må være observant på pareser i armer og ben, likeså på tømning av blære og tarm. (s.397).

#### **KAP kirurgisk barnesykepleie (Anne-Lise Stange) s.**

- et opphold og behandling i en kirurgisk avdeling vil om mulig bety en enda større påkjenning for et barn enn sykehusopphold i en vanlig avdeling. - derfor viktig med preoperative forberedelser av barnet. (s.407)

#### Pre og postoperativ pleie ved hydrocephalus

- barn med voksende hydrocephalus gjennomgår en rekke undersøkelser før inngrepet. Rtg cranium, rtg thorax og ventriculografi. Fra ventriculografi er foretatt må det gå tre uker før barnet opereres. Vanlige preoperative forberedelser + barbering av hodet er nødvendig. Stellet etter operasjon krever stor varsomhet. Barnet må alltid ligge under matingen de første dagene, kun opp for å rape. Rtg thorax blir tatt 4-5. Operasjonsdag for å se at drenet ligger på plass. Suturer seponeres dag 7 på halsen og dag 9 på hodet. Når disse barna kan utskrives er individuelt. De innkalles til kontroll etter 4 mnd, det blir da tatt EEG og rtg thorax (s. 416-417).

Rekonvalens --> Når et barn reiser hjem fra sykehuset etter kirurgisk behandling, kan en huske at det i likhet med en voksen pasient nå har en rekonvalens tid foran seg. (s.418). Barn er forskjellige, og en vet aldri på forhånd hvordan de vil ta e slik påkjenning som en kirurgisk behandling på et sykehus er. Barnekirurgi er et nytt område i våre sykehus, og det er å ønske at fremtiden vil bringe nye, gode avdelinger og velutdannet personale som har full forståelse av hva det betyr for et barn å få best mulig hjelp i noen vanskelige uker av sitt liv (s.419).

#### LÆREBOK FOR SYGEPLEIESKOLER 4 B: KIRURGI

#### **KAP KIRURGISK SYKEPLEIELÆRE (Kari Moen og Kari Sagen)**

#### Preoperativ sykepleie

- Psykiske forberedelser --> pasienter som er trygge og har tillit til sykehuset, vil innta en positiv holdning, som fremmer et godt samarbeid med personalet. Dette er av vesentlig betydning for hele sykdomsforløpet. Pasienten kan ønske svar på spørsmål som sykepleieren ikke er berettiget til å gå, da må hun kontakte en lege som kan hjelpe pasienten med problemene. (s.573-574)

- Pasientens almenntilstand --> en god almenntilstand sikrer en bedre prognose, og er derfor av største betydning før et kirurgisk inngrep. (s.574).

#### Postoperativ sykepleie

\_Tar for seg generell postoperativ sykepleie. Hva spl skal være obs på ift mage, ernæring, leie, respirasjon og operasjonssår. (s.582-597).

#### **NEVROKIRURGI (Kristian Kristiansen) s.687-732**

- Tar for seg nevrokirurgiens historie – fra renesansen til pionérene i faget som bidro til videre vitenskapelige og tekniske utviklingen innen moderne nevrokirurgi. (s. 687-688)

- Naturvitenskapelig perspektiv.

#### Hydrocephalus (s. 730-731)

- årsakene til hydrocephalus hos spedbarn kan være en fødselsskade eller en meningitt eller medfødte misdannelser, hjernesvulster. Symptomene på hydrocephalus er et abnormt stort hode og en utbuket, spent fontanelle. Hodets omkrets vokser raskere enn normalt. Etter hvert kan det også opptre symptomer på hjerneskade so epileptiske anfall, mental retardasjon, svekket syn eller blindhet og pareser. - Diagnose --> understøttes av rtg av hodet

- Behandling -> hydrocephalus kan stanse spontant, men det kreves oftest et operativt inngrep. De hyppigste komplikasjoner er trombose og infeksjon. (s. 730.731).

#### **NEVROKIRURGISK SYKEPLEIELÆRE (Ruth Øfsti) s. 735- 772**

#### Observasjon av pasientene

- i en nevrokirurgisk avdeling innlegges ofte pasienter med svære akutte sykdomsbilder og alvorlige hodeskader eller ryggmarglesjoner. (s.735)

- hodepine forekommer meget ofte hos pasienter med nevrokirurgiske sykdommer. Pasienten kan være overømfintlig for lys og støy. Brekninger kan være et plagsomt symptom ved økt hjernetrykk. Svimmelhet og ustøhet ved gang kan være så utpreget at der er vanskelig for pasienten å være oppe. Synsforstyrrelser er hyppige hos pasienter i nevrokirurgiske avdelinger. Øresus, Krampeanfall, lammelser og afasi må sykepleier alltid være oppmerksom på kan forekomme ved hjerneskader, svulster eller sykdommer i hjernens blodårer. (s. 735-737).

#### Pre og postoperativ sykepleie ved hjerneoperasjonen s.748-752

- omtaler kun kraniotomi som operasjonstype. Kapittelet tar for seg ulike postoperative komplikasjoner spl skal være obs på, samt hvordan disse skal behandles og hvordan behandlingen virker på kroppen. Eks;

--> Ved hjerneødem - starte dehydrerende behandling med hypertone intravenøse infusjoner av sukkerarter, manitol – kan motvirke ødemtendensen. - viktig da med urinkateter til pasienten selv kan kontrollere vannlatningen. (s.751)

					<p>--&gt; en lekkasje av cerebrospinalvæske gjennom såret forekommer av og til hvis dura-suturen ikke er suffisient. En fast komprimerende bandasje etter punksjonen kan bidra til at det ikke samler seg ny væske. (s. 750-751)</p> <p>--&gt; hvis drenering fra hjerneventriklene anlegges postoperativt eller for eksempel som en foreløpig behandling for hydrocephalus, må dren og samleflaske håndteres aseptisk. Dreneringsflaskens nivå i forhold til pasientens hode må ikke forandres uten å ha konferert med lege. (s. 751).</p> <p>Kapittelet tar videre for seg den postoperative fasen til pasienter med skader/svulster i ryggmargen. Omtaler hvordan opptrening skal foregå på sykehuset, og viktigheten med å informere pårørende ift hva de kan forvente når pasienten skal hjem. Står ikke noe om videre opptrening. Naturvitenskapelig tilnærming til pasienten gjennom hele kapittelet.</p>
1985	<p>Medisinsk og kirurgisk sykepleie (1. utg.)</p> <p>Klinisk sykepleie (6. utg.)</p> <p>1985-2022</p>	<p>Hallbjørg Almås</p> <p>May Solveig Fagermoen</p>	<p>Sykepleier og lærer</p> <p>Høyskolelektor, mastergrad i sykepleie.</p>	<p><b>Hallbjørg Almås f.1944</b> Sykepleier og lærerutdanning fra Norges Sykepleierhøgskole. Hun praktiserte i flere år som lærer før hun begynte å jobbe som sykepleier ved postoperativ avdeling, Aker sykehus. Fra 1987 var hun forlagskonsulent, deretter forlagsredaktør i Universitetsforlaget. Fra 2000 vært forlagsredaktør i Gyldendal Akademiske.</p> <p><b>May Solveig Fagermoen f.1946</b> Sykepleier. Høyskolelektor ved Statens sykepleiehøgskole. Utdannet sykepleielærer, har mastergradi</p>	<p><b>Boken nevner ikke HC</b></p> <p><b>Forord:</b> Stort behov for sykepleielitteratur som er tilpasset norske forhold. Boken er skrevet for å imøtekomme dette behovet. Pensum i grunnutdanningen er et lite avklart begrep, og det er ikke ensartet over hele landet. Hva som er pensum – varierer fra lokale forhold. Den enkelte skoles lærere er ansvarlig til å definere pensum og begrense stoffutvalget til det de finner rimelig. (s. 9)</p> <p>Medisinsk og kirurgisk sykepleie er et vidtrekkende felt. Av den grunn har mange sykepleiere deltatt som forfattere. Forfatterne av de enkelte kapitlene har derfor førstehånds kjennskap til sine spesielle emner.</p> <p>Innledning: - I boken er sykepleien relatert til voksne pasienter med medisinske og kirurgiske lidelser (s. 13). - Det sentrale for sykepleieren er ikke lidelsen eller skaden i og for seg, men de konsekvensene den har for pasienten og hans nærmeste. For å kunne planlegge sykepleien til den på en måte pasienten er tjent med, trenger sykepleieren kunnskaper om hvilke faktorer som grupper inn og påvirker pasientens behov i den gitte situasjonen. Mulige faktorer kan være av fysisk, psykisk, åndelig, sosial eller økonomisk karakter. (s. 13).</p> <p>- Pasienten er et helt individ med sine særegne tanker og følelser. Han har en egen oppfatning av livet og det som skjer med ham, som igjen er påvirket av hans tidligere erfaringer, hans nåværende livssituasjon og hans tanker og forventninger om fremtiden. Alt dette har betydning for hvordan han mestrer sin nåværende situasjon med truende eller manifest sykdom, eller skade. I tillegg til hans egne ressurser, vil ressursene i hans nærmiljø bety mye for hva han trenger hjelp til som syk eller skadd. Ressursene hans nærmeste har, er også avgjørende for hvordan de blir påvirket av pasientens situasjon. Sykdom og skade innebærer alltid forandringer, det er bare graden som varierer. (s. 13).</p> <p><b><u>Del 1 – mellommenneskelige elementer av betydning i sykepleiepraksis</u></b></p> <p><b>Kapittel 1 – pasientens bakgrunn og forberedthet – Fagermoen</b> - Pasienten som vi møter fordi han har behov for sykepleie, er et menneske, et sosialt vesen med fornuft, kropp og følelser. Når dette mennesket er friskt, er det et harmonisk samspill mellom disse karakteristiske trekkene. En sykdom som rammer et menneske, virker inn på spillet mellom fornuft, kropp og følelser. For et menneske er derfor en kroppslig sykdom ikke noe isolert fysisk fenomen; den innebærer endringer sosialt, følelsesmessig og tankemessig. Mentale lidelser må på samme måten ses i sammenheng med den helheten som mennesket utgjør (s. 17).</p> <p>- mennesker som lider av en kronisk sykdom, men som gjennomgår en akutt sykdomsepisode, har allerede førstehånds erfaring med sykdommen. De har i mange tilfeller vært innlagt før, og har hatt flere akutte sykdomsepisoder. De er derfor bedre forberedt. Omstendigheter omkring selve innleggelsen kan være forskjellig fra ulike mennesker, etter grunnen til hvorfor de blir innlagt. Med det å bli syk og innlagt i sykehus innebærer for alle et oppbrudd fra dagliglivet. Det innebærer dessuten atskillelse fra de nærmeste og skifte av sosial rolle. (s.18).</p>

		<p>Mary Harris Kalfoss</p>	<p>Sykepleier med mastergrad i psykologi og veiledning.</p>	<p>sykepleie fra USA, og mellomfag i sosiologi. Arbeidet som sykepleier ved intensivavdelingen ved Aker sykehus.</p> <p><b>Mary Harris Kalfoss</b> Arbeidet ved Det Norske Radiumhospitalet, i Veiledningstjenesten for etterlatte, og som lærer ved dikonsisshusets sykepleiehøgskule (s.11).</p>	<p>- I dagliglivet inntar alle mennesker flere sosiale roller, som barn, elev, bror, mor, hustru, yrkesutøver, venn osv. Disse rollene stiller forskjellige krav, og de gir ulike rettigheter. Rollene varierer også med hvem en er sammen med og under hvilke ytre betingelser samværet foregår. I det sosiale systemet på sykehuset har den syke som oftest bare en eneste rolle, pasienten. Rollen som pasient er preget av avhengighet og av at det er en underordnet rolle. Forholdet mellom pasienten og sykehuspersonalet, spesielt leger og sykepleiere er asymmetrisk. Et slikt asymmetrisk rollemønster innebærer at pasienten har lite rom for – og blir møtt med små forventninger om - å ta individuelle avgjørelser, utfolde initiativ og påta seg ansvar. Disse områdene av dagliglivet blir som oftest overtatt av leger og sykepleiere. De har mer kunnskap og større kyndighet når det gjelder behandling og pleie av syke, og pasienten overlater seg i deres varetakt. Dette kan sies å være en hensiktsmessig rollefordeling når pasienten er kritisk syk, men så snart han blir bedre er det viktig at han gradvis inntar en mer aktiv rolle, som en overgang tilbake til dagliglivets mangeartede sosiale roller og ansvar (s.18).</p> <p>- innleggelse i sykehus omfatter også andre forandringer i et menneskes sosiale situasjon, for eksempel pasientens forhold til sine nærmeste. Den støtte og trygghet som familie og venner representerer, har han ofte stort behov for som syk, men i den nye sosiale situasjonen får han et avbrutt og distansert forhold til sine nærmeste. Sykehusets rutiner og reglement setter rammer for hyppighet, lengde og dermed ofte kvalitet i forholdet mellom pasienten og hans nærmeste (s. 18-19).</p> <p>- Følelser og tankevirksomhet blir også berørt når en er syk. Når en er frisk lever en for det meste i fremtiden, når en er syk er en ikke i stand til å slippe unna øyeblikket. Det som skjer her og nå, det som kjennes av smerte og ubehag er et eneste stort NÅ. Kroppen blir sentrum for oppmerksomhet. Interesseområdet og sansfeltet blir altså innskrenket, det som er viktig er en selv og kroppen. Alle sanser er i beredskap, og det er også vanlig at en som er syk, har ustabile følelser, føler seg mer usikker og lengter etter menneskelig støtte og nærhet. (s.19).</p> <p>- i studier har pasienter fra 8-88 år fortalt at de under sykehusoppholdet hadde problemer med å huske; de var mer søvnige, hadde vansker med å konsentrere seg, var mer uoppmerksomme og desorienterte (Roslaniec og Fitzpatrick 1979). Antakelig skyldes disse mentale forandringene i hovedsak endret sansepåvirkning, delvis immobilitet og sosial isolasjon (s.20).</p> <p>- alene i et nytt og fremmed miljø, kombinert med lite eller ingen kunnskap om hva som skjer, kan innebære at pasienten ofte føler seg usikker og maktesløs. (s.20).</p> <p>- usikkerhet er en av de viktigste årsakene til at mennesker føler seg truet. Pasientene i en studie av Volicer og Bohannon (1973) sa at manglende informasjon om diagnose og behandling var noe av det mest angstskapende under sykehusoppholdet. Når en føler seg usikker, er det naturlig å handle aktivt for å søke mer informasjon om det en er usikker på. Sykehuset med sin maktstruktur, der pasienten er lavest i hierarkiet, gir ikke store muligheter til det. Usikkerhet kan for eksempel oppstå når pasienten mangler informasjon, og når svarene som han fårer vage, uklare eller har flere tolkningsmuligheter. Informasjon kan være klar og tydelig for sykepleieren, men det er ofte en språkbarriere mellom pasienten og sykepleierne (og legene) som skyldes ulik kunnskapsbakgrunn. (s. 22).</p> <p>- En oppfatter og vurderer det som hender og blir sagt ut fra tidligere erfaringer og ut fra de forventningene en har i den gitte situasjonen. Oppfatning og tolkning av ev en situasjon er derfor selektiv. (s.22)</p> <p>- det synes å være en selvfølge at sykepleieren gir seg tid til å forklare en undersøkelse overfor et barn og at hun forsikrer seg om at barnet har forstått. Voksne som er syke, har også behov for omtanke og grundig informasjon for å være mentalt forberedt. Språkbarriere og usikkerhet er angstskapende, og blir til en ekstrabelastning for pasienten (s.22-23).</p> <p>-Det sies som en spøk at “en skal ha god helse for å være innlagt på sykehus”, men det er så mye sant i det. Å være syk og innlagt i sykehus innebærer ofte mer ekstrabelastning enn hva en frisk person står overfor til daglig (s. 23).</p> <p>- varig endring av livssituasjon kan være resultat av sykdomsprosesser og skader. Det innebærer for alle at de må få et nytt forhold til sin kropp. Varige kroppslige forandringer involverer også tanker, følelser og forholdet til andre mennesker. Når de første reaksjonene som sjokk og forsvar er forandret til nyorientering og akseptering, står tanken på hva framtida vil bli, helt sentralt i pasientens bevissthet. Fremtida kommer til å bli annerledes enn fortid og nåtid. Pasientens selvpoppfatning har vært og er under forandring, fra å være frisk til å være syk, og til nå å være forskjellig fra før og forskjellig fra andre. (s. 27).</p> <p><b>Kapittel 2 – samtale og undervisning – Fagermoen</b></p>
--	--	----------------------------	---	--	---

- Å være syk og innlagt på sykehus er ofte en traumatisk opplevelse. De fleste har imidlertid lært fra de var små at en ikke bør vise følelser. Det forventes for eksempel ofte at en skal skjule sin redsel, angst, fortvilelse og sinne. Dette gjelder pasienter så vel som sykepleiere. (s. 30)

- studier har vist at dersom sykepleieren undersøker pasientens smerte og ubehag nærmere ved å samtale med ham om det, oppnår pasienten raskere den ønskede virkningen av medisinene og/eller får mindre behov for smertestillende.

Å gjennomgå en operasjon blir ofte vurdert som en psykologisk truende situasjon. Det er gjort mange studier for å undersøke om bestemte preoperative forberedelser virker inn på det postoperative forløpet. Det er funnet at preoperativ informasjon både om operasjonen og m forventet postoperativ smerte og ubehag, kombinert med undervisning og spesielle fysiske øvinger (pust, bevegelser) fører til et bedre postoperativt forløp. Det er rapportert at pasienter som gikk gjennom slike forberedelser hadde færre brekninger postoperativt, fikk bedre lungefunksjon, var mindre engstelige, hadde mindre behov for smertestillende medikamenter, samt at de lå på sykehus kortere tid. Disse studiene viser klart at det å forberede pasienten på en operasjon og det postoperative forløpet har stor betydning, både for pasienten selv (i forma av mindre postoperativt ubehag) og samfunnsøkonomisk (i form av kortere opphold i sykehus) (s.35)

- for å oppnå best mulig læringsresultat, er det nødvendig å vurdere pasientens forberedthet. Denne vurderingen legger grunnen til individualisert formidling fra sykepleierens side. Flere faktorer som bidrar til og virker inn på pasientens forberedthet. Et barns forberedthet er for eksempel svært forskjellig fra en voksens. Overfor barn må sykepleieren velge andre formuleringer, i et språk som barnet forstår. Hun må dessuten velge andre metoder, eks tegning og lek, i tillegg til verbal informasjon. Hun bør også trekke foreldrene inn i den veiledningen og undervisningen hun gir. (s.38)

- Det er viktig å kjenne til pasientens tidligere erfaring med liknende episoder og prosedyrer. Slik kunnskap gir blant annet et bedre utgangspunkt for å individualisere formidlingen. Kjennskap til tidligere erfaringer er viktig for å skape et innhold som svarer til pasientens forhåndskunnskap. Pasienter med kronisk sykdom som blir innlagt, for eksempel på grunn av en akutt episode, har erfaring i å leve med denne sykdommen utenfor sykehuset. Ofte blir ikke dette anerkjent av sykehuspersonalet; den kunnskapen han har om sykdommen sin og om å mestre den fra dag til dag, blir ansett som irrelevant når han kommer inn i sykehuset. (s. 38-39).

- Kom frem i en studie av Nyhlin Nordberg og Kuthner (1983) - der de intervjuet diabetespasienter som hadde hatt sykdommen i 10-36 år. Pasientene sa at helsepersonell har en stereotypoppfatning av diabetespasienter. Dette ga seg blant annet uttrykk i at "episoden" som førte til den nye sykehusinnleggelsen sjelden ble analysert. Muligheten for at pasienten kunne få ny innsikt om sykdommen og levesettet, ble derved redusert. (s.39)

- Kronisk sykdom eller varig funksjonssvikt hos en pasient kan føre til at han må lære seg nye måter å ivareta egenomsorg på (s.40). Å mestre kronisk sykdom og varig funksjonssvikt er en sammensatt prosess, vanligvis med endring av atferd hos både pasienten og hans nærmeste. Disse endringene griper in i både intellekt, følelser og ferdigheter, og de er derfor ledd i en langvarig prosess som fortsetter også etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. Uanset omgang og alvorlighetsgrad av kronisk sykdom og varig funksjonssvikt blir pasientens identitet berørt (s. 41).

- Å leve med kronisk sykdom og/eller varig funksjonssvikt innebærer en rekke problemer i dagliglivet, både for pasienten og hans nærmeste. Strauss (1975) og Miller (1982) har drøftet grundig de problemene pasienter med kronisk sykdom og/eller funksjonssvikt står overfor. Noen av de sentrale problemene er;

- Å forebygge medisinsk krise og vite hvordan en skal mestre situasjonen om en slik krise skal oppstå
- Å gjennomføre forordnet regimer og hanskes med problemer som disse fører med seg
- Å kontrollere symptomer
- Å forebygge eller leve med sosial isolasjon som skyldes sykdom
- Å tilpasse seg endringer i sykdomsutviklingen, enten det gjelder tilbakefall, forverring eller dødelig utgang.
- Å forske å normalisere både livsstil og samvær med andre.

(s. 44)

- Som sammenfatning kan vi si at en av de viktigste endringer for pasienter med varig sykdom og/eller funksjonssvikt er å kartlegge hva som er nødvendig for å mestre den nye situasjonen og å lære å utføre handlinger som er nødvendige. Grunnlaget for dette er abstrakt kunnskap om sykdommen eller skaden og behandling, som kan omsettes i konkrete handlinger som hører med til pasientens livssituasjon og livsstil. Sykepleiers oppgave under denne læringsprosessen er å hjelpe pasienten og hans nærmeste å knytte det nye til gammel kunnskap og erfaring, og organisere det hele slik at det gir mening for dem (s.45).

### **Kapittel 3 – sykepleieren i møte med alvorlig syke pasienter og deres nærmeste - Kalfoss**

- sykepleieren har en rolle som er sammensatt og i stadig endring. Flere faktorer har bidratt til dette:

- > de personlighetstrekkene som medvirker til valget av sykepleie som yrke
- > sykepleiens historiske rolle i forhold til legen og pasienten
- > forandringer i sykepleiernes utdanningsbakgrunn og rolleforventninger, og
- > den økende oppmerksomhet som vies kvinners psykologiske roller. (s.49).

- Historisk betraktning har sykepleierollen vært knyttet til kvinner. Det har blitt gjennomført mange undersøkelser når det gjelder sykepleieres personlighetstrekk. De fleste som søker seg inn i sykepleien, gir uttrykk for et sterkt ønske om å tjene sine pasienter, å engasjere seg i å hjelpe enkeltmennesker, å stå til tjeneste for legen og unngå situasjoner hvor en kan pådra seg kritikk eller løpe en individuell risiko, samtidig som en foretrekker faste sikkerhetsbestemmelser og klart avgrensede arbeidsoppgaver. Sykepleiens historiske rolle er derfor en legemliggjøring av de moderlige, kvinnelige dyder som har å gjøre med å gi mennesker omsorg og hjelp. Sykepleierollen er lite preget av selvhedelse, personlig uavhengighet og vilje til å utsette seg for individuell risiko. Disse idealtypiske personlighetstrekkene hos sykepleiere bidrar dessuten til å skape en situasjon hvor mangelen på bevisst opplevd trang til selvhedelse også gjør dem til en gruppe som ikke så lett vil vise skepsis overfor legene og deres avgjørelser. (s.49).

Stressfaktorer som påvirker forholdet mellom sykepleier og lege; sykepleier venter seg mer av legen enn han er i stand til å gi. Andre stressfaktorer som kan komme i tillegg er at ved enkelte undervisningssykehus blir en stadig mer opptatt av behandling som er innsiktet på cellenivå og ikke på det menneskelige erfaringsnivå. (s.49-50)

- Noen leger betrakter sykepleier fremdeles som et slags tjenerskap. (s.50)

- som yrkesutøver har sykepleieren lært å betrakte seg selv som en hjelper som er ansatt for å utføre et spesielt slags arbeid. Sykepleie går ut på å gi hjelp, og hvis hun ikke yter hjelp, mister hun sitt selvbilde og sin personlige integritet (s.50).

- En annen slitsom påkjenning er kampen mot tida. Med det økende antall kronisk syke mennesker i vårt samfunn, er institusjoner og sykehusavdelinger blitt sterkt overbelastet. Den travle sykepleieren har sjelden tid til å gjøre alt det hun ønsker å gjøre for en gitt pasient. (s.51)

### **Kapittel 4 – sykepleie i forbindelse med smerter - (Almås og Kalfoss)**

- smerte er en svært sammensatt opplevelse. Den påvirkes av en rekke faktorer i og omkring det mennesket som opplever smertene. Smerteopplevelsen er høyst subjektiv, og derfor vanskelig å måle. (s.67)

Kulturelle og individuelle forskjeller i smerteopplevelse og atferd ved smerter

- Enkelte tåler mindre, andre mer smerte før de gir uttrykk for at de har det vondt. Individets atferd er sosial. Den er i stor grad påvirket av uskrevne normer i familien, nærmiljøet og den kulturen det lever innenfor. Derfor kan det være markerte forskjeller i smerteatferd, særlig mellom kulturer som står fjernt fra hverandre. (s. 68)

Sykepleierens bakgrunn og hennes holdninger til andres smerteopplevelse

					<p>- sykepleieren har sin individuelle bakgrunn. Den virker inn på hva hun anser som normal smerteadfærd. Dels er det kultur- eller familieavhengig, og dels er det et resultat av erfaringer i yrkesmessig sammenheng. (s.68). Egne smerteerfaringer kan bidra til at en lettere forstår andres smerteopplevelser. (s.69).</p> <p>Kroniske smerter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umulig å forutsi når de vil ta slutt</li> <li>- Blir ofte verre snarere enn bedre</li> <li>- De kan til slutt legge beslag på hele pasientens oppmerksomhet, og dermed isolere ham fra verden omkring</li> <li>- De gjør pasienten ensom (s.97).</li> </ul> <p>“Akutte smerter vet pasienten når ubehaget vil forsvinne; han vil bli frisk igjen. Kroniske smerter er mye vanskeligere å holde ut, fordi de ikke gir noe håp om bedring. Derfor oppfattes kroniske smerter som meningsløse. Pasienter med langvarige smerter venner seg ikke til smertene, men ser ut til å bli mer ømfintlige og lide mer etter hvert som tida går” (McCaffery, 1979) (s. 97).</p> <p>- angst ser ut til å være med på å bestemme i hvilken grad et menneske godtar eller tåler smerter (s.97)</p> <p>- depresjon er også en emosjonell reaksjon som svært ofte følger kroniske smerter. (s.97)</p> <p>En som hele tida martres av kroniske smerter, vil også oppleve at smerteopplevelsen virker inn på hans selvbylde, at den styrer hele hans livsstil og måte å oppleve tilværelsen på. (s.97)</p>
1992	Klinisk sykepleie	Hallbjørg Almås	Sykepleier og lærer	<p><b>Hallbjørg Almås</b>, skrevet om tidligere.</p>	<p><b>BOKEN NEVNER IKKE HC!</b></p> <p><b>s.19:</b> for å kunne planlegge sykepleien til en pasient på en måte han er tjent med, trenger en kunnskaper om faktorer som påvirker hans behov i den gitte situasjonen, noen av behovene har med sykdommen eller skaden å gjøre. Andre behov kan være av fysisk, psykisk, åndelig sosial eller økonomisk karakter.</p> <p><b>s.19:</b> Vi har alle våre særegne reaksjoner når noe skjer med oss. Reaksjonene er påvirket av våre tidligere erfaringer, vår nåværende livssituasjon og våre tanker og forventninger om fremtiden. Alt dette har betydning for hvordan vi mestrer de situasjoner vi kommer opp i. For en som er syk eller skadd, vil det oppstå forandringer som stiller han overfor nye krav. Hans bakgrunn og erfaringer virker inn på hvordan han mestrer situasjonen, enten den har store eller små konsekvenser.</p> <p><b>Del 1 – mellommenneskelige aspekter</b></p> <p><b>1. pasienten – et medmenneske (generelt om kronisk sykdom, ikke HC) - Fagermoen</b></p> <p><i>- kapittelet tar for seg følelsen en pasient har når man blir innlagt på sykehus. Følelsen av å være til bry, følelsen av maktesløshet og usikkerhet når man er i en ny livssituasjon. Kapittelet tar videre opp at pasientens kapitaler som sosial bakgrunn (yrke, familie) vil kunne spille en rolle i hvordan en takler en slik livsendring. Fagermoen viser til viktigheten med nærhet til sine kjente, samt at pasienten forstår det som blir sagt på legevisitt/av sykepleier spiller viktige roller for hvordan pasienten takler innleggelsen (s.25-34).</i></p> <p>Når vi som sykepleiere møter en pasient, står vi overfor et medmenneske, et sosialt individ med fornuft, kropp og følelser. Når dette mennesket er friskt, er det et harmonisk samspill mellom disse karakteristiske trekkene. En sykdom som rammer et menneske, virker inn på samspillet mellom fornuft, kropp og følelser. En kroppslig sykdom er derfor ikke et isolert fysisk fenomen; den fører også med seg nye og fremmede tanker og følelser, og den fører med seg endringer sosialt for pasienten. S. 25.</p> <p>s. 26: når en pasient blir innlagt på sykehus fører dette til at han blir satt i en ny sosial situasjon. I dagliglivet har alle mennesker flere sosiale roller som yrkesutøver, barn, mor, venn osv. - disse rollene stiller forskjellige krav og gir ulike rettigheter. Rollene varierer etter hvem en er sammen med og under hvilke ytre betingelser samværet foregår. I det sosiale systemet i et sykehus har pasientene som oftest kun en rolle, rollen som pasient. Rollen som pasient er preget av avhengighet og av at den er en underordnet rolle. Forholdet mellom pasienten og leger/sykepleier blir karakterisert som asymmetrisk. Slike asymmetriske forhold gir pasienten små muligheter til å ta avgjørelser som gjelder han selv, utfolde initiativ og påta seg ansvar. En slik rollefordeling er hensiktsmessig når pasienten er kritisk syk, men så snart han er på bedring er det viktig at han gradvis inntar en mer aktiv rolle, som er overgang til dagliglivets oppgaver, sosiale roller og ansvar. Innleggelse i sykehus</p>
	Generell sykepleie (4.utg)	May Solveig Fagermoen	Høyskolelektor, mastergrad i sykepleie	<p><b>May Solveig Fagermoen</b>, skrevet om tidligere.</p>	
	1992-2021	Vibeke Lohne	Professor	<p><b>Vibeke Lohne</b> . Professor i sykepleie og forsker på håp hos pårørende. Publisert en rekke vitenskapelige artikler og vært medforfatter i flere lærebøker.<a href="http://vibeke.lohne.fagfokus.no">Vibeke Lohne (fagfokus.no)</a></p>	
		Sissel Raknesstangen	Sykepleier med intensivvidereutdanning?	<p><b>Sissel Raknesstangen</b>. Flere års erfaring som sykepleier. I følge LinkedIn er det to med samme</p>	

		<p>Avdelingssykepleier Rikshospitalet?</p>	<p>navn, en som arbeider som intensivsykepleier fra 1992, og en som arbeider som avdelingssykepleier (<a href="#">Sissel Raknestangen</a> - <a href="#">Seniorkonsulent</a> - <a href="#">WEPACK AS</a>   <a href="#">LinkedIn</a>).</p>	<p>omfatter også andre forandringer i pasientenes sosiale situasjon. Den støtten og trygghet som familie og venner representerer, har man som syk ofte et stort behov for. Sykehusets rutiner og rammer sier noe om hvor ofte en kan ha besøk - som bidrar til at pasienten får et avbrutt og distansertforhold til sine nærmeste.</p> <p>s. 27: den som er syk og innlagt i sykehus er mer var overfor kroppens reaksjoner og funksjoner, og har behov for økt støtte, omsorg og nærhet. Mange pasienter sier at de er annerledes, de er mer oppmerksomme på kroppen og opplever at følelser og tanker er forskjellig fra ellers.</p> <p>s.28: en person som er innlagt sykehus er fratatt normalt samvær med familie og venner unntatt på bestemte tider på dagen. Samtidig er det en økt mengde av ukjente og kanskje mindre meningsfulle kontakter med sykehuspersonalet og andre pasienter. Alene i et nytt og fremmed miljø, og med lite eller ingen kunnskap om hva som skjer, kan pasienten lett føle seg usikker og maktesløs.</p> <p>s. 29: usikkerhet er en av de viktigste årsakene til at mennesker føler seg truet. Manglende informasjon om diagnose og behandling er vist fra en studie fra 1973 (volicer og bohannon) var noe av det mest angstskapende under sykehusoppholdet. Når en føler seg usikker, er det naturlig å handle aktivt for å søke mer informasjon om det en er usikker på. Sykehuset med sin maktstruktur, der pasienten er lavest i hierarkiet, gir ikke stor mulighet til det.</p> <p>s.30: "Det er en selvfølge at sykepleieren gir seg tid til å forklare en undersøkelse overfor et barn, og at en forsikrer seg om at barnet har forstått. Men for voksen som er syke, har også behov for omtanke og grundig informasjon for å være mentalt forberedt".</p> <p><b>2 - Kommunikasjon i sykepleien (generelt om kronisk sykdom, ikke HC) - Fagermoen</b></p> <p>Å være syk og innlagt i sykehus er ofte en traumatisk opplevelse. Det er blant annet påvist at det er en direkte sammenheng mellom engstelse og fysiologisk stressreaksjoner. S. 36</p> <p>Å gjennomgå en operasjon blir ofte vurdert som en psykologisk truende situasjon. Det er gjort mange studier for å undersøke om bestemte preoperative forberedelser virker inn på det postoperative forløpet. Det er funnet at preoperativ informasjon både om operasjonen og m forventet postoperativ smerte og ubehag, kombinert med undervisning og spesielle fysiske øvinger (pust, bevegelser) fører til et bedre postoperativt forløp. Det er rapportert at pasienter som gikk gjennom slike forberedelser hadde færre brekninger postoperativt, fikk bedre lungefunksjon, var mindre engstelige, hadde mindre behov for smertestillende medikamenter, samt at de lå på sykehus kortere tid. Dette viser at å forberede pasienten på en operasjon og det postoperative forløpet, har stor betydning for pasienten selv og rent samfunnsøkonomisk (s. 41.)</p> <p>Kronisk sykdom eller varig funksjonssvikt hos en pasient kan føre til at han må lære seg nye måter å ivareta egenomsorg på. Han må også lære om symptomene og behandlingen. Pasienten vil møte utfordringer knyttet til biologiske, psykologiske og sosiokulturelle behov. Å mestre kronisk sykdom og varig funksjonssvikt er en sammensatt prosess. Vanligvis må både pasienten og hans nærmeste skaffe seg ny kunnskap og lære ny adferd. (s.45)</p> <p>Uansett omfang og alvorlighetsgrad av en kronisk sykdom blir pasientenes identitet berørt</p> <p>4 faktorer som er av betydning for et menneske når en skal forsøke å bygge opp en ny identitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opplevelsen av å ha egenverdi</li> <li>- Klargjøring av tidligere selvilde</li> <li>- Et støttende sosialt nettverk</li> <li>- Kontakt med andre som har tilsvarende problemer, og som har klart å gjøre noe med dem.</li> </ul> <p>Ved å klargjøre pasientens tidligere selvilde, får en et inntrykk av hans ønsker og interesser og roller han har hatt. Det er dette opprinnelige selvildet som danner grunnlaget for en ny oppbygning av identiteten. (s.45-46).</p> <p><b>Gode prinsipper for læring</b> (ift å lære å leve med en kronisk sykdom)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Læring fremmes når pasienten er forberedt til å lære. Forberedthet varierer med generell utdanningsbakgrunn, erfaring, intellektuelle evner og motivasjon</li> <li>- Læring fremmes når innholdet i undervisningen blir opplevd som relevant for pasienten i forhold til de problemene han har</li> </ul>
--	--	--	--	---



- Læring fremmes når pasienten deltar i utformingen av mål for læring
- Læring fremmes når det er likhet mellom det kjente og det ukjente (s. 48).

## **DEL 2 – smerter og temperaturforstyrrelser**

### **Kap 4 sykepleie til pasienter med smerter (Almås og Valand) s. 65-103**

Smerteopplevelsen er subjektiv og derfor utilgjengelig for andres kontroll. Ved svært mange smertetilstander, særlig kroniske, har pasienten få eller ingen observerbare tegn på smerte (s. 65)

Sykepleiers erfaringer fra barndommen virker inn på hans eller hennes oppfatning av hva som er “normal” smerteadfærd. Sykepleiers tolkning av andres smerter er derfor preget av ens egen erfaring og skjønn, på samme måte som pasientens reaksjoner er avhengig av hans tidligere erfaringer. Individets adferd er i stor grad påvirket av uskrevne normer i familien og nærmiljøet. I tillegg til barndomserfaringer er erfaringer fra yrkessammenheng med på å påvirke sykepleierens oppfatning av andres smerter (s.66).

Kroniske smerter kan oppleves totalt meningsløse og utmattende både fysisk og psykisk, og smertene kan ofte hvis de varer lenge nok, forandre pasienten mentalt. Pasienter med langvarige smerter venner seg ikke til smertene, men ser ut til å bli mer ømfintlige og lide mer ettersom tiden går. Pasienter med kroniske smerter viser ofte tegn på depresjon med appetittløshet, søvnproblemer og konsentrasjonsproblemer, og mange av dem reagerer også med å trekke seg tilbake fra omgivelsene. (s.89).

Under kap om kroniske smerter hos kreftpasienter:

Økt intrakranielt trykk kan gi hodepine. Det karakteristiske med denne hodepinen er at den forverres i liggende stilling. -> Står ikke noe om HC, er mer ift typer smerter pas med kreft kan utvikle (s. 92).

Utfordringer ved smertelindring:

Sykepleieren har et viktig medansvar for at pasienten får så god smertelindring som mulig. Det kreves at en erkjenner at smertebehandlingen må ta utgangspunkt i pasientenes opplevelse av sine smerter. (s.103)

## **Del 4 sykepleie i forbindelse med operative inngrep**

### **Kap 7 Generell preoperativ sykepleie (Almål)**

*Kapittelet tar for seg hvordan en skal forberede pasienter til operasjon. Viktigheten med tydelig informasjon for å vite hva som kan forventes, samt hvilke undersøkelser som må gjøres før en operasjon.*

Utfallet av en operasjon er avhengig av pasientens tilstand og ressurser, de preoperative forberedelsene, anestesen, den kirurgiske teknikken, den perioperative og den postoperative overvåkingen, samt rehabiliteringen. Sykepleiers preoperative forberedelser – som dette kapittelet omhandler - går blant annet ut på å kartlegge pasientens ressurser, støtte og hjelpe han, og gi han nødvendig undervisning og veiledning om forholdsregler og mulige risikofaktorer.

Psykisk stress før en operasjon

Ofta ubehagelige tanker som dominerer etter hvert som tiden for selve inngrepet nærmer seg. Flere forhold kan uroe en pasient som skal opereres; hørt sykehistorier fra andre. Hatt negative erfaringer fra tidligere sykehusopphold, anestesi.

Prøver og undersøkelser som må foretas før en operasjon er en psykisk belastning for mange pasienter, uavhengig av om de reelt sett medfører smerte eller risiko. S. 143-144

**Behovet for samtale og undervisning:**

Etter legeloven av 1980 har legen plikt til å samtale med pasienten før et kirurgisk inngrep, så sant det lar seg gjøre. Selv om legen informerer enkelt og forståelig om inngrepet, forekommer det ofte at pasienten har oppfattet mye mindre enn det legen har forklart han. Mange har inngrodd legeskrekk så som gjør at de ikke tør å spørre igjen. Etter en slik samtale, kan en rekke spørsmål dukke opp i pasientens bevissthet. En del av disse spørsmålene er av en slik karakter at sykepleier kan utfylle eller gjenta legens informasjon. Om spørsmål går ut over sykepleierens kompetanse og kunnskaper, kan en tilby å formidle kontakt med legen (s. 144).

**Forhold som virker inn på evnen til å tåle påkjenninger:**

Det er ikke et ønskelig mål at pasienten skal være helt avslappet eller være uten frykt for inngrepet. Et kirurgisk inngrep innebærer alltid en viss grad av risiko. Pasienten står bedre rustet til å møte påkjenningene i den post.opr frasen dersom han ikke er likegyldig overfor risikoen eller lukker øynene for den. Moderat grad av stress mobiliserer krefter i oss. Dersom en pas har opplevd frykt og usikkerhet over lang tid før en operasjon, kan han ha brukt opp mye av energien, og har derfor mindre krefter å mobilisere. Alderen og den fysiske formen har stor betydning for hvor mye en pasient tåler av fysisk og psykiske påkjenninger over en viss tid før han blir utmattet. (s.145)

Preoperative forberedelser s. 150-156

- Forberede pas på pusteøvelser, hvordan rulle ut av sengen etter operasjon
- Forberedelser av hud
- Preoperative medikamenter
- Preoperativ samtale

**Kap 9 generell postoperativ og posttraumatisk sykepleie (Almås)**

*Kapittelet tar for seg generelle sykepleieobservasjoner man skal gjøre når man har en postoperativ pasient. Som respirasjon, sirkulasjon, urinproduksjon, smerter. Tar videre for seg vanlige postoperative komplikasjoner og hvordan behandle slike komplikasjoner (DVT, hypovolem, hypovolem, lungeemboli, atlektase, sårkomplikasjoner). - Kapittelet er skrevet naturvitenskapelig. (s.179-200) .*

Anser ikke kapittelet som relevant for oppgaven.

**DEL 12 Pasienter med skader og lidelser i sentralnervesystemet****Kap 30 Sykepleie til pasienter med nevrokirurgiske skader (Lohne og Raknestangen)**

*Kapittelet tar for seg hjernens anatomi, fysiologi og patofysiologi fra et naturvitenskapelig perspektiv. Det beskriver tydelig hvilke observasjoner sykepleier skal gjøre under overvåkning av pasienter med skader i sentralnervesystemet. Tar ikke for seg HC. Skriver om pre- og postoperativ spl til pas med hodeskader, TC og SAH. (s. 611-634)*

Et fellestrekk hos pasientgruppen som blir omtalt her, er at de er i en akutfase. Kirurgiske inngrep i hjernen og i ryggen krever spesiell pre-og postoperativ sykepleie. Mange av de lidelser og skader som rammer sentralnervesystemet, får etter hvert et kronisk preg, og pasienten må leve med disse forandringene resten av livet. Pasienter med kroniske lidelser trenger fremfor alt tid for å innstille seg på et nytt liv. Når en pasient på grunn av en hjernelidelse legges inn på en nevrokirurgisk avdeling, er han naturlig nok ofte følelsesmessig labil. Han trenger derfor mye omsorg og medmenneskelig nærhet. Sykepleier må respektere pasientenes individualitet, og akseptere at mismot og håpløshet er en del av reaksjonene på det å være prisgitt andre og ofte fremmede mennesker. S. 611.

Det er viktig å observere hvordan pasienten reagerer følelsesmessig i den situasjonen han er i. Hans emosjonelle reaksjon i akutfasen er avgjørende for hvordan han vil mestre sin situasjon i fremtiden. Pasientens og omgivelsenes ressurser bestemmer hva pasienten kan klare å løse av problemer, men det er pasientens håp og motivasjon som avgjør hva han kommer til å gjøre med problemene.

Alle nevrokirurgiske pasienter gjennomlever perioder med engstelse og depresjon i større eller mindre grad. s 614-615

**Angst og usikkerhet:** Hvis sykepleieren ikke tar hensyn til pasientens reaksjoner eller prøver å samtale med han om hvordan han opplever sin situasjon, kan resultatet være at han gir opp, med alle de konsekvenser det får. Det er ingen andre enn pasienten selv som kan utføre rehabiliteringsøvinger, og de krever både

				<p>viljestyrke, utholdenhet og pågangsmot over en lengre tid. Pasientens fremtidige funksjonsevne er i vesentlig grad prisgitt hvordan han selv aktivt tar der i treningsopplegget. S. 615</p> <p><b>Sensibilitet:</b> Smerter og følelsesløshet er vanlige symptomer ved nevrokirurgiske lidelser. Hodepine i varierende styrke og varighet følger ofte hjernesykdommer og hjerneskadener. Som regel er hodepinen moderat, og kan komme i trykkbølger.</p> <p>Kapittelet tar for seg overvåking av pasienter i akutt fase etter en hjerneoperasjon eller en hodeskade. De har bygget kapittelet rundt pre og postoperativ sykepleie til pasienter med hjernetumor. Nevner ikke HC. Tar også for seg hodeskader og viktigheten med persontilpasset rehabilitering.</p> <p><b>Bevegelsestrening og rehabilitering:</b> Tar for seg rehabilitering hvis pasienten har fått lammelser ifm en hodeskade etter postoperativt etter en hjerneoperasjon. Sier ikke noe om rehabilitering etter en operasjon hvis han ikke har utviklet pareser. S.624. Siden pasienten i den akutte fasen trenger ro og hvile, starter den nitide gjenopptreningen av bevegelighet 2-5 uker etter operasjon (eller skaden). Da er det viktig at sykepleieren har forebygget komplikasjoner i den kritiske fasen (strekk, tøy, guidet veiledning i øvelser), og på denne måten lagt forholdene maksimalt til rette for rehabiliteringsøvelsene senere. Målet for sykepleien er alltid at pasienten gjenvinner størst mulig grad av funksjonsdyktighet og uavhengighet. S. 624-625</p> <p><b>Hodeskader – noen rehabiliteringsaspekter:</b> Konsekvenser av en hodeskade avhenger av hvor skaden har rammet hjernen og omfanget av skaden.. Selv etter lettere hodeskader kan rekonvalensperioden vare lenge. Pasienter som har vært utsatt for alvorlige skader er ofte innstilt på en langvarig rehabiliteringsperiode, samtidig er ofte pårørende innstilt på å hjelpe pasienten etter skaden. Pasienter som har fått lettere hodeskader, kan derfor oppleve rehabiliteringsfasen tyngre og vanskeligere enn pasienter med alvorligere skade. Hvor raskt og vellykket en person kommer seg etter en hodeskade, er avhengig av pleie og behandling i den akutte fasen, funksjonssvikten etter skaden forståelse og hjelp fra de nærmeste, arbeidsmuligheter og interesser. (s.631). En hodeskade har alltid fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser for pasienten og hans nærmeste.. Gjenopptreningen er avhengig av skadene og en eventuell tilpasning i et nytt, akseptabelt livsmønster. Pasientens motivasjon og vilje, samt mulighet for å bli frisk, er av avgjørende betydning. De nærmeste kan lett få skyldfølelse for at de ikke strekker til. Det kan føre til at de trekker seg noe tilbake, som igjen vil kunne forsterke pasientens opplevelse av motløshet og isolasjon. Det kn derfor ha stor betydning at en følger pasienten og familien opp etter utskrivningen for eksempel gjennom hjemmesykepleie. S. 631.</p>
1995 1996	Generell sykepleie  Bind 1 1996  Bind 2 1995  Bind 3 1996	Nina J. Kristoffersen	Sykepleielærer.	<p><b>Nina J. Kristoffersen</b> Redaktør for generell sykepleie og forfatter av flere av kapitlene. Lærerutdanning fra Norges Sykepleiehøgskole og embetseksamen i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo. Utdanning i gestaltveiledning og sykepleiefaglig veiledning. Hun har klinisk erfaring hovedsakelig kirurgisk avdeling, men også fra sykehjem og</p> <p>Introduksjon av sykepleie: Sykepleierens fundamentale ansvar er firfoldig; fremme helse, forebyggende sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelser. Innebygget i all sykepleie er respekt for mennesket liv, rettigheter, verdighet, uavhengig av nasjonalitet, rase, tro, farge, alder, kjønn, politiske synspunkter eller sosiale status. ICN formulerte sin etikkodeks i 1973, og den er gjengitt i Norsk sykepleieforbunds Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICN's kodeks (Kristoffersen, 1996, s. 11, bind 1).</p> <p>Menneskesyn i sykepleie: Sykepleieren har omsorg for hele personen som er syk eller skadet, og er ikke bare opptatt av hans sykdom, skade eller funksjonssvikt. Sykepleie bygger på et menneskesyn som vektlegger at mennesket er en helhet, og at det er unikt. Menneskeverdet er absolutt, og mennesket har krav på respekt i kraft av at det er et unikt menneske, og ikke i kraft av dets ytelser, status eller ytre kjennetegn. Det er alminnelig å karakterisere mennesket som bestående av en fysisk, en psykisk, en åndelig og en sosial dimensjon. Sykepleie må ytes ut fra en slik helhetsforståelse, slik det fremgår blant annet av Helsedirektoratets beskrivelse av sykepleierens funksjon- og ansvarsområde (1982) (Kristoffersen, 1996, s. 12, bind 1).</p> <p>Pasientens situasjon: Virginia Hendersons definisjon av sykepleie har fått bred anerkjennelse verden over: Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp dersom han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskap og vilje, og gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kristoffersen, 1996, s 13, bind 1).</p> <p>Kompleksiteten i forholdet mellom sykepleier og pasient: Beskriver saksaspekt (det sykepleieren gjør) og relasjonsaspekt (måten det gjøres på). Forhold til pårørende.</p> <p>Sentrale faktorer som virker inn: Samfunnet har gjennom ulike beslutninger fastlagt rammebetingelser som sykepleien utføres innenfor, som i Nasjonal helseplan (St. Meld. Nr. 41:1987-88) og i Samarbeid og styring (St. Meld. Nr. 50: 1993-94) der nasjonale mål og strategier for helsetjenesten er beskrevet. Når sykepleier og</p>

		Kari Listerud Smebye	Sykepleier med PhD.	<p>hjemmesykepleien. Hun er nå lektor ved Høgskolen i Østfold. Arbeidet ved denne skolen har i mange år omfattet ansvar for læreplan og programutvikling i grunnutdanningen for sykepleiere (s. 0, bind 1).</p> <p><b>Kari Listerud Smebye.</b></p> <p>Sykepleier og har en ph.d. på temaet brukermidvirkning i demensomsorgen fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Smebye har bred arbeidserfaring fra spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tilsynsmyndigheten. Hun har vært engasjert i utvikling av sykepleierutdanningen og faglitteratur til feltet.</p>	<p>pasienten kommer fra ulike kulturer, kan det lett oppstå problemer og misforståelser, de kan ha svært ulike forestillinger om sykdom, behandling og helbredelse, og de vil ha ulike oppfatninger om hva som er god sykepleie. Kulturen påvirker pasientens oppfatning av sine behov, på samme måte vil sykepleieren fortolke pasientens behov ut fra sin kulturelle forståelse. Livssyn: virkelighetsforståelsen omfatter menneskesyn, verdier og etikk (Kristoffersen, 1996, s. 15-16, bind 1).</p> <p>Mål for sykepleie: Overordnede målet med all sykepleie er helse. Helsen har både subjektive (opplevelsen av sin situasjon) og objektive dimensjoner (målbart) (Kristoffersen, 1996, s. 17, bind 1).</p> <p>Kap 1. Ulike syn og perspektiver på helse og sykdom: Ifølge Hendersons definisjon av sykepleie kjennetegnes pasienten av at han mangler ressurser i form av kunnskap, krefter og vilje. Denne ressursviktigen medfører redusert mulighet til å dekke grunnleggende behov. Årsaken til at et menneske mangler ressurser eller evne til å gjøre bruk av sine ressurser, kan være knyttet til hans livssituasjon har endret seg. Det kan komme av sykdom eller skade, men kan også skyldes andre forhold. Uansett endringens karakter, kjennetegnes den ofte av at mennesker opplever en høy grad av trussel, tap eller konflikt. Behovet for sykepleie er altså nær knyttet til menneskets helse og totale livssituasjon (Kristoffersen, 1996, s. 19, bind 1).</p> <p>Hva er helse: Norske leksikon definerer det slik: Det som kjennetegner helsen er evnen til å motstå de påkjenninger vi daglig utsettes for, uten å reagere med sykdom eller mangelfull tilpasning og mistrivsel. Jo større denne evnen er, desto bedre er helsen. I helsen inngår en legemlig (somatisk), en mental (psykisk) og en sosial komponent som er bundet uløselig sammen. God legemlig helse innebærer at de anatomiske strukturer og legemlige funksjoner faller innenfor rammen av det vi vurderer som normalt for den gruppen individet tilhører (rase, kjønn, alder m.v.) og god mental helse at individet har evnen til å forlike motstridende tendenser i eget sinn på en balansert og sosialt akseptabel måte, og til å leve harmonisk sammen med andre. Ved vurdering av helsen legger vi i økende grad vekt på om individet kan utføre de funksjoner i samfunnet som der har fått, at det trives i sine funksjon og er tilpasset til samfunnets normer og regler (Kristoffersen, 1996, s. 20, bind 1).</p> <p>Historisk sett har mennesket levekår alltid hatt stor betydning for helse og sykdom (Kristoffersen, 1996, s. 23, bind 1). Vår forståelse av helse må knyttes til faktorer i samspillet mellom menneskene, miljø og storsamfunn. Aksel Strøm, tidligere professor i sosialmedisin, sier dette om utvikling gjennom de siste hundre årene: Men forlengelsen av levealderen er ikke alt. Viktig er også hvordan vi har det, hvordan vi trives og fungerer. Helsebegreper slik vi nå oppfatter det, inngår livskvalitet som et viktig moment. Har all den stress som følger av livsformen i industrisamfunnet, gått ut over det vi makter å adaptere oss til og derved redusert vår livskvalitet? Ifølge Strøm gir det i dag liten mening å snakke om helse uten å ta utgangspunkt i enkeltmenneskets opplevelse av situasjonen. Det subjektive aspektet er kanskje det mest vesentlige og som avgjør hvordan han eller hun vurderer sin helse. Trivsel og funksjon er viktige kjennetegn ved god helse, kanskje viktigere enn fravær av objektive sykdomstegn. Strøm stiller også spørsmålet om det kan være trekk ved samfunnsutviklingen og ved vår moderne livsform som virker ugunstig inn på folks helse. I denne sammenhengen er det viktig å legge vekt på enkeltmenneskets evne og begrensninger når det gjelder å tilpasse seg et samfunn med høye krav til effektivitet og yteevne. I NOU 1991: 10, som har tittelen: Flere gode leveår for alle, sies det slik: Parallelt med den såkalte velferdsøkningen aner vi en økende misnøye blant folk flest, en misnøye som synes å være nokså uavhengig av vanlige mål for sykdom i befolkningen. Et godt liv er ikke nødvendigvis det samme som god helse i betydningen lite sykdom. Det er mulig å leve et rikt liv med funksjonshemming eller en alvorlig sykdom, og det er mulig å gå igjennom livet uten å ha vært syk en dag, men med en følelse av ikke å ha utrettet eller oppnådd noe. Et godt liv er heller ikke nødvendigvis et langt liv (Kristoffersen, 1996, s. 25-26, bind 1).</p> <p>Mange former for lidelser og helsesvikt oppstår som et resultat av svikt i samspillet mellom individ og miljø, noe som i høy grad involverer fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Å påvise lidelser objektivt og entydig ved hjelp av medisinsk diagnostikk er vanskelig eller umulig. Den subjektive opplevelsen er ikke nødvendigvis i samsvar med objektive funn. Innledningen til det som kalles WHO's grunnlov, har et avsnitt som har betegnelsen WHO's definisjon (1946): Ved helse må forstås at et menneske ikke bare er fri fra sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære (Kristoffersen, 1996, s. 26-27, bind 1).</p> <p>Samspillet mellom fysiske og psykiske faktorer – sammensatte og komplekse årsaksforhold: Vil ikke somatisk sykdommer, som ofte er av kronisk karakter, ofte lede til psykiske problemer og psykiske lidelser? Og vil ikke psykiske lidelser på tilsvarende måte kunne føre til belastninger som gir seg utslag i fysiske symptomer og</p>
--	--	----------------------	---------------------	---	---

sykdommer? Det er antatt at opplevelsen av hjelpeløshet og håpløshet knyttet til problemløsning vil stå sentralt i sykdomsforståelsen (Kristoffersen, 1996, s. 29, bind 1).

Subjektiv opplevelse av sykdom: Det enkelte menneske fortolker symptomene med utgangspunkt i sin kultur og den individuelle livshistorien (s.30). Symptomenes subjektive meninger er for øvrig avhengig av hvilken livssituasjon vedkommende som rammes er i, og hva som er av betydning for personen. Sentrale livsverdier kan bli truet, og han står overfor en situasjon som forutsetter omprioritering av verdier og forandring av levemåte (s. 31).

Innenfor medisin defineres sykdom i stor grad som en objektiv funksjonsforstyrrelse eller svikt. Det å være frisk er da det motsatte. Det å være frisk er derimot ikke det samme som å ha god helse. Helse er derimot knyttet til menneskets helhetlige funksjon og opplevelsen av sin totale livssituasjon. Mange mennesker med medfødte funksjonshemninger eller kroniske sykdommer lykkes derimot i å tilpasse sin tilværelse etter sine forutsetninger, slik at mestrer hverdagen godt til tross for begrensninger. De opplever selv at de har god helse. Opplevelsen av helse henger derfor trolig mer sammen med evnen til å mestre dagliglivet enn med selve funksjonshemningen, funksjonstapet eller sykdommen. Forskjellige personer vil selvfølgelig fungere helt ulik i samme situasjon. Det stemmer overens med at helsen har en individuell, subjektiv komponent. Det viser også at det ikke er et enkelt og entydig forhold mellom helse og sykdom: helse og fravær av sykdom er ikke det samme (Kristoffersen, 1996, s. 31, bind 1).

Katie Eriksson (1984) skiller sin tekning mellom de objektive og subjektive aspektene ved menneskets helse. Det er kulturelle forskjeller både i opplevelsen av helse og opplevelsen av velvære, definisjon: Helse er en integrert tilstand av sunnhet (psykiske), friskhet og velbehag (men ikke nødvendigvis fravær av sykdom). Helse er ikke noe mennesker har, men hva mennesket er, og hun fremhever i sterkere grad mennesket eget ansvar for sitt liv, for sine valg og for sin helse. Jo bedre en person er i stand til å utnytte sitt potensiale og sine muligheter, desto høyere grad av helse. Hvis en person befinner seg vel, kan livet være meningsfylt og godt til tross for kronisk sykdom og truende død (Kristoffersen, 1996, s. 34, bind 1).

Kjennetegn på helse: Strøm (1980): Normal kroppslig og sjelelig funksjon er et resultat av at mennesket har evne til å mestre sin livssituasjon. Mennesket fungerer ikke isolert, men i samspill med sine omgivelser og innenfor et samfunn. Et vesentlig kjennetegn på sjelelig helse er at personen har utviklet sine muligheter optimalt. Sjelelig helse kan vurderes ut fra to ulike perspektiver: - Hvordan menneskets selv er bygd opp og integrert, vurderes som avgjørende for evne til å mestre psykiske belastninger på en hensiktsmessig måte. – Personen relasjon til andre mennesker, familie, venner, kolleger, samt til samfunnet som helhet og til samfunnets verdier og normer vurderes som en viktig side ved den sjelelige helsen (Kristoffersen, 1996, s. 36, bind 1).

Strøm knytter helse til hvordan personer mestrer stress (s. 38). Pasientens egen vurdering avgjør hvor belastende situasjonen oppleves, og hvilke stressreaksjoner som aktiveres (s. 40). Genetisk, fysiologisk, sosialisering, individuelle forhold og erfaring, kulturelle forhold og læring (s. 42). Psykologen Richard Lazarus, en pioner innen moderne stressforskning, definerer psykologisk stress som et forhold mellom personen og omgivelsene som ut ifra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i far. Som tilsier at det er svært individuelt hva som oppleves som stress (s. 44). I enhver situasjon der mennesket utsettes for påkjenninger vil det aktiv forsøke å tilpasse seg situasjonen. Evnen til å tilpasse seg er avgjørende for menneskets normalfunksjon, utvikling og helse (s. 45).

Livsstil er et annet begrep som har stor sammenheng med helse, og defineres ut ifra de alternativer som er tilgjengelig for menneskene ut ifra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge et alternativ framfor et annet (s. 69). Det blir også definert som stabile mønstre av adferd, vaner, holdninger og verdier. Det legges vekt på betydningen av sosialiseringprosessen i utviklingen av en livsstil. To viktige forhold står sentralt, individets verdier og mål, og de begrensninger som individet står ovenfor, og som er med på å bestemme dets valgmuligheter. Valg av livsstil er nært knyttet til mestringsevne, og valgene avgjøres ut fra behovet for å mestre situasjoner, dekke behov, løse problemer eller dempe et ubehag. Valget vil virke positivt eller negativt inn på helsetilstanden (s. 70). I møte med livets utfordringer er det to måter som betegnes, risikoatferd og mestringsadferd. Mennesket har mulighet til å velge atferd, og etablering av mestringsatferd og identifisering av faktorer som er avgjørende for valget av mestringsatferd, må understøttes og fremmes av helsepersonell (s.73). Grunnlaget for

				<p>mestringsadferd er knyttet til identitetsutvikling, og ifølge Antonovsky etableres dette tidlig i barndommen gjennom en grunnleggende opplevelse av sammenheng, en grunnleggende tillit til at det kommer til å gå bra. Personer med en sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen, har en generell tendens til å oppleve sin situasjon som forståelig, meningsfull og håndterbar (s. 74). Forfatter Sigrid Valset går omfattende inn i sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser (s. 491).</p> <p>I bind 2 beskriver Kari Lislerud Smebye behov for sosial kontakt (Smebye, s. 187, bind 2). Sosiale behov varierer med alder og utviklingsfaser, og endrer seg stadig gjennom livet. Faktorer som kjønn, kulturelle og samfunnmessige sammenhengene vil være av betydning for innholdet i kontakten og for hvordan den formidles. Sosialt nettverk, som utgjør de ulike gruppene en person er knyttet til, og helse virke gjensidig inn på hverandre. Den fremkommer en læringsteori, hvor det fremkommer at menneskelig tilknytning og atferd er et resultat av læring (s. 190, bind 2).</p> <p>Sykdomspanoramaet i samfunnet har endret seg i årenes løp, og i den vestlige delen av verden har samfunnsutviklingen ført til materielle velstand (s. 191, bind 2). Men i forhold til sosiale ressurser er det et økende gap mellom ulike sosiale lag av befolkningen, som kommer av at makt og goder er ujevnt fordelt. Samfunnsforholdene fører til belastninger på den enkelte og hvordan vedkommende mestrer dette avhenger av personlige forutsetninger og støtte fra omgivelsene. Det beskrives to modeller som forklarer forholdet mellom sosial støtte og helse. Den ene, bufferteorien, går ut på at sosial støtte er en buffer mot virkningen av belastninger og påkjenninger. Den andre modellen, direkteeffektteorien, går ut på at sosial støtte virker direkte inn på helsen, jo mer støtte, desto bedre helse uavhengig av hvilke belastninger vedkommende utsettes for (192-193).</p> <p>Sosiale systemer har struktur og funksjon bygd opp av forventinger, normer, sosiale roller og systemer. Dette er med på å gi rammer for menneskehetens adferd og for sosiale relasjoner mellom dem (s. 201). Kontakt og felleskap mellom mennesker er i stor grad avhengig av at mennesker tilpasser seg forholdene i de sosiale systemene. Foreldre blir sterke normsendere ovenfor sine barn.</p> <p>En sosial relasjon innebærer at samhandlingen mellom personene en samhandler med har en viss stabilitet, og de ulike personene utgjør et sosialt nettverk (s. 204). Boken gjør rede for ulike kriterier for å vurdere oppbygging, struktur og funksjon i det sosiale nettverket. For å kunne vurdere funksjonen i det sosiale nettverket er det flere kriterier som kan brukes. Endringer i samfunnet påvirkes det sosiale nettverket. Før var de sosiale nettverkene tette, alle kjente alle, mens nå i de moderne storbysamfunnet er nettverkene mer spredt med større sosial avstand mellom mennesker (s. 209).</p> <p>Helsepersonell kan ikke erstatte betydningen av støtten fra nærmeste pårørende. Når barn er syke er det viktig at barnets foreldre får anledning til å være sammen med barnet. (s. 240)</p> <p>Strøm stiller spørsmål ved om trekk ved samfunnsutviklingen og vår moderne livsform virker ugunstig på folks helse, og han utfordrer de tradisjonelle forestillingene omkring velferd og helse.</p>
1997	Nevrologi (1. utg.)	Trygve Lundar (kap. 16)	Professor i nevrokirurgi, overlege Rikshospitalet.	<p><b>Trygve Lundar</b> (1945) vokst opp i Oslo og var sønn av lege Johan L og lege Borghild Berger (Larsen, 1996, Bind 3, s. 644). Lundar</p> <p><b>Kap. 16 Hydrocephale tilstander – Diagnostikk og behandling s. 139-159.</b>  <b>Naturvitenskapelig perspektiv</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitlet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>• Forfatterne trekker frem at de fleste som får anlagt shunt vil kunne leve et fullgodt liv dersom ikke grunn sykdommen som var årsaken til HC gir en annen prognose (s. 150).</li> <li>• Kontroll og oppfølgingen er basert på det medisinske med kliniske symptomer og rutineoppfølging med kontroll bilder av hjernens væskerom.</li> </ul>

		<p>Johan A. Aarli (kap. 49)</p>	<p>Overlege og professor innen nevrologi, og dekan ved det medisinske fakultet Bergen.</p>	<p>avla sin medisinske embedseksamen i 1970 i Oslo, og 1979 ble han godkjent spesialist innen nevrologi, og deretter nevrokirurg i 1986.</p> <p><b>Johan A. Aarli</b> (f. 1936) vokste opp i Kvindedal, hans far var lærer og mor var husmor (Larsen, 1996, bind 1, s. 38). Aarli studerte medisin, først i Oslo, deretter i Bergen hvor han avla sin medisinske embedtseksamen i 1961 (Schei, 2011). Aarli ble godkjent spesialist innen nevrologi i 1968. Som nevrolog, og senere Dr. Med (1972) har han deltatt på flere studiereiser til Leeds. Chicago og Stocholm.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnes knapt nok ikke noen annen medisinsk tilstand hvor langtidsprognosen er så dramatisk forbedret gjennom de siste 30 årene som hos barn med HC. Fordi resultatene er gode blir antall shuntede individer raskt økende, og behovet for en utvidelse av shuntomsorgen ved de nevrokirurgiske avdelinger må derfor påregnes å vokse jevnt og trutt i årene som kommer.</li> </ul> <p><b>Kap. 29 Hodepine hos voksne s. 281-290.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klassifikasjon av hodepine, skiller mellom primære hodepineformer uten underliggende tilstander til smerten og sekundære der man kan påvise en tilstand.</li> <li>• Ved anamnese påpekes det at det må samles inn data om mulige fysiske og psykiske stressfaktorer (arbeid, økonomi, forhold til kolleger, nære pårørende).</li> <li>• Generelle retningslinjer for behandling antar at de fleste både primære og sekundære hodepineformer har et klart organisk grunnlag. Likevel vil det være viktig å oppdage og redusere spesielle psykososiale, fysiske eller ergonomiske belastninger som kan være med på å forverre plagene.</li> <li>• Kapitelet beskriver ulike hodepine former og tilstander, samt intrakranielle trykkforandringer. Nevner hydrocephalus, tar for seg de akutte symptomene. Nevner samt plager ved lavt intrakranielt trykk, som relateres til spinalpunksjon, ventrikkelhunt grunnet dura rift eller uten kjent årsak.</li> <li>• Avslutningsvis tar kapitelet for seg invalidiserende, terapieresistent og uklassifiserbar hodepine. Hvor det er fokus på medikament tilnærming og overforbruk. Det påpekes at det er viktig med en primærlege med faste kontroller også for at pasienten skal slippe rettferdiggjøre en ny legekonsultasjon. Slike pasienter må ofte lære seg å leve med smertene og dette klarer de best med en støttende og forståelsesfull lege å henvende seg til når det røyner på.</li> </ul> <p><b>Kap. 30 Hodepine hos barn s. 291-297.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitlet inndeles hos barn som hos voksne i vaskulær/migrene, organisk og psykogen/tensjonshodepine.</li> <li>• Fokus på behandling ved migrene og organisk årsak.</li> <li>• Man bør alltid forsøke å få et inntrykk av barnets emosjonelle tilstand. Hodepine kan være et signal om at barnet er utsatt for emosjonelle påkjenninger knyttet til mobbing, familiære eller andre sosiale vanskeligheter. Funksjonsnivået både på skole og fritid er viktige indikatorer på hvordan barnets tilværelse arter seg. Både stress og sult er kjente utløsende faktorer for hodepine.</li> <li>• Organisk hodepine kan skyldes økt intrakranielt trykk forårsaket av blant annet hydrocephalus.</li> </ul> <p><b>Kap. 49 Rehabilitering av nevrologiske sykdommer – Problemer ved rehabilitering hos voksne s. 483-485.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på det medisinske og grad av skade/sykdommens omfang. Tar for seg fysisk og kognitiv rehabilitering.</li> </ul> <p><b>Kap. 50 Habilitering av barn s. 487-495</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I dette kapitlet settes habilitering inn i en nevrologisk referanseramme som omfatter en målgruppe med ulike grader av et ofte livslangt støttebehov, der helsevesenet kun er en av aktørene.</li> <li>• Habilitering vil si å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger. Medisinsk habilitering defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet grunnet sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikt på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.</li> <li>• Definisjonsmessig omfatter begrepet habilitering alle varige funksjonshemninger og kroniske sykdommer hos barn.</li> <li>• Som helsetjenesten for øvrig deles habilitering inn i tre ulike nivå, 1. linjes nivå tilsvarer kommunehelsetjenesten, 2. linje er de fylkeskommunale tilbud, mens 3. linjes nivå er regionale.</li> <li>• <b>1. Linjetjenesten</b> (kommunehelsetjenesten): Organisering av habiliteringstjenesten innad i hver kommune variere betydelig med befolkningsgrunnlag og tilgang på fagpersoner. Statens helsetilsyn arbeider nå (1996) med en veileder i barnehabilitering.</li> <li>• Ved en rekke barnenevrologiske tilstander er det nødvendig med en fortløpende medisinsk kontroll. Hos barn med sammensatte og kompliserte lidelser er det vanskelig å vite om akutte tilstander er relasjon til grunnlidelse eller ikke. Godt kjennskap til barnet og familien kan gjøre denne differensieringen lettere. Samlet sett er det mange grunner til at barn med kroniske tilstander bør ha fast oppfølging hos egen lege.</li> <li>• På slutten av 80-tallet ble det gjennomført en undersøkelse som tok for seg medisinske tjenester for funksjonshemmede (foreldres syn på ytelse av god medisinsk hjelp). Det viser at barna hadde en tilfredsstillende spesialisthelsetjeneste, men at mange hadde et ønske om at den medisinske 1. linjetjeneste hadde mer innsikt i deres situasjon. Etter foreldres mening er det i dag får barn med kroniske sykdommer som har en tilfredsstillende oppfølging i primærhelsetjenesten.</li> <li>• <b>2. Linjehelsetjenesten</b> (fylkeskommunal habilitering): Alle landets fylker har i dag etablert system for habilitering av barn. Organiseringen er forskjellig fra fylke til fylke. Felles er at organiseringen og samarbeidet ligger tett opp til barneavdelingen i fylkene. Antall fagpersoner i habiliteringstjenesten varierer sterkt, hvilket igjen betyr at prioriteringen innen målgruppene blir svært forskjellig.</li> </ul>
		<p>Egil Ruud (kap. 50)</p>	<p>Lege med spesialisering innen barnesykdommer.</p>	<p><b>Egil Ruud</b> (f. 1938). Oppvokst på Rjukan, sønn av funksjonæren Kaare R og husmoren Else</p>	

			<p>Valton, var gift med tannlege Brittmarie Svenland. avla sin medisinske embetseksamen i 1965 i Bonn Vest-Tyskland, med Norsk tilleggsprøve samme år. Han ble godkjent som spesialist innen barnesykdommer i 1975, og har arbeidet som avdelingsoverlege både ved Haukåsen skole (kommunal spesialscole) og Berg gård. Fra 1987 arbeidet hans om sentralist for rehabiliteringen (Larsen, 1996, bind 4, s. 570-571)</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utfordringer i rehabilitering: Samarbeid mellom de ulike linjene. Kritisk periode er overganger og for mange er det den vanskeligste prosessen den som betyr frigjøring fra foreldre over til selvstendige liv. Ofte må familiene kjempe for å få ekstra ressurser. Funksjonshemmede kan oppleve mange spesielle problemer i ungdomstiden. Det medisinske tyngdepunktet flyttes fra barneavdelinger til mer spesialiserte avdelinger uten den helhetlige omsorgen som foreldrene følte i pediatrien. Samtidig bør ungdommene selv ta ansvaret for egen omsorg, i den utstrekning de har mulighet for dette. Vår erfaring er at mange ungdommer med medfødte og tidlige ervervede funksjonshemninger i ungdoms- og voksenalder i liten grad selv tar initiativ i forhold til helsetjenesten. Det må sikres oppfølging gjennom faste avtaler, så vel på primærlegenivå som på spesialistlegenivå.</li> <li>• Fagpersoner setter lett høye mål, og tenker ikke alltid nøye nok på hvilken muligheter hver enkelt familie har til å gjennomføre planene. Behandlere kan fremvise holdninger og forventninger som kan komme på kollisjonskurs med familier med annen kulturell og/eller sosioøkonomisk bakgrunn. Vi finner misforståelser og manglende oppfattelse ved at det brukes for vanskelig språk, eller ved forutinntatthet fra en av partene, noe som gjør at de har vanskelig for å komme i dialog.</li> <li>• I vår streben etter barnets gode utvikling må vi ta i akt både de begrensninger og de muligheter som finnes i hvert enkelt barn og i hver enkelt familie.</li> </ul>
2000	Nevrologi (2. utg.)	<p><b>Kap 16</b> Trygve Lundar</p> <p>Bernt Due-Tønnesen</p>	<p>Professor i nevrokirurgi, overlege Rikshospitalet.</p> <p>MD, PhD. Spesialist i nevrokirurgi.</p>	<p><b>Trygve Lundar</b> – skrevet om tidligere</p> <p><b>Bernt Due-Tønnesen</b>, Senior consultant; MD, PhD. Spesialist i nevrokirurgi med spesialkompetanse innen</p> <p><b>Kap. 16 Hydrocephale tilstander – Diagnostikk og behandling s. 159-167.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitlet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>• Kontroll og oppfølgingen er basert på det medisinske med kliniske symptomer og rutineoppfølging med kontroll bilder av hjernens væskerom og oversiktsbilder av shuntsystemet for å kontrollere lengde, koblinger og evt. ventilinnstillinger.</li> <li>• Til tross for at shuntkirurgi gir mulighet for komplikasjoner både på kort og lang sikt, er langtidsresultatene svært gode. De fleste som får anlagt shunt i dag kan lev et fullgodt liv dersom ikke grunnsykdommen som var årsaken til hydrocephalus, gir en annen prognose.</li> <li>• Det finnes knapt noen annen medisinsk tilstand hvor langtidsprognosen er så dramatisk forbedret gjennom de siste 30 årene som hos barn med hydrocephalus. Selv om endoskopisk 3. VCS har fått en økende plass innen primærbehandlingen av hydrocephalus må også disse pasientene følges opp og det må påregnes en økning innen oppfølging og kontroll av pasienter med hydrocephalus ved de nevrokirurgiske avdelingene.</li> </ul> <p><b>Kap. 29 Hodepine hos voksne s. 305-314</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klassifikasjon av hodepine, skiller mellom primære hodepineformer uten underliggende tilstander til smerten og sekundære der man kan påvise en tilstand.</li> <li>• Ved anamnese påpekes det at det må samles inn data om mulige fysiske og psykiske stressfaktorer (arbeid, økonomi, forhold til kolleger, nære pårørende).</li> </ul>



		<p>Johan A. Aarli (kap. 49)</p> <p><b>Kap 50</b> Egil Ruud</p> <p>Finn Sommer</p>	<p>barnenevrokirurgi og medfødte misdannelser i hodeskalle og ansiktsregionen, og seksjonsleder ved Avdeling for nevrokirurgi, Oslo universitetssykehus.</p> <p><b>Johan A. Aarli</b> – skrevet om tidligere</p> <p><b>Egil Ruud</b> – skrevet om tidligere</p> <p><b>Finn Sommer</b> Skrevet flere artikler om banrehabilitering for tidsskriftet til Den Norske Legeforening. Antas dermed at han besitter en stilling som gjør at han har høy status innad i sitt felt.</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle retningslinjer for behandling antar at de fleste både primære og sekundære hodepineformer har et klart organisk grunnlag. Likevel vil det være viktig å oppdage og redusere spesielle psykososiale, fysiske eller ergonomiske belastninger som kan være med på å forverre plagene.</li> <li>• Kapitlet beskriver ulike hodepine former og tilstander, samt intrakranielle trykkforandringer. Nevner hydrocephalus, tar for seg de akutte symptomene. Nevner samt plager ved lavt intrakranielt trykk, som relateres til spinalpunksjon, ventrikkelsjunt grunnet dura rift eller uten kjent årsak.</li> <li>• Avslutningsvis tar kapitlet for seg invalidiserende, terapieresistent og uklassifiserbar hodepine. Hvor det er fokus på medikament tilnærming og overforbruk. Det påpekes at det er viktig med en primærlege med faste kontroller også for at pasienten skal slippe rettferdiggjøre en ny legekonsultasjon. Slike pasienter må ofte lære seg å leve med smertene og dette klarer de best med en støttende og forståelsesfull lege å henvende seg til når det røyner på.</li> </ul> <p><b>Kap. 30 Hodepine hos barn s. 315-322</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitlet inndeles hos barn som hos voksne i vaskulær/migrene, organisk og psykogen/tensjonshodepine.</li> <li>• Fokus på behandling ved migrene og organisk årsak.</li> <li>• Man bør alltid forsøke å få et inntrykk av barnets emosjonelle tilstand. Hodepine kan være et signal om at barnet er utsatt for emosjonelle påkjenninger knyttet til mobbing, familiære eller andre sosiale vanskeligheter. Funksjonsnivået både på skole og fritid er viktige indikatorer på hvordan barnets tilværelse arter seg. Både stress og sult er kjente utløsende faktorer for hodepine.</li> <li>• I en finsk populasjonsstudie av hodepine blant 5-åringer fant man at høy hodepinefrekvens var assosiert med lav økonomisk status, opphold i barnehage, og med et høyt antall fritidsaktiviteter. Barn som bodde i leilighet, hadde oftere hodepine enn barn som bodde i enebolig. Dette kan tyde på at urolige, støyende omgivelser der barnet ikke gis mulighet for hvile og ro, kan utløse hodepine hos enkelte.</li> <li>• Organisk hodepine kan skyldes økt intrakranielt trykk forårsaket av blant annet hydrocephalus. Hodepine som skyldes økt intrakranielt trykk opptrer initialt sporadisk, men blir ofte raskt mer intens og hyppigere.</li> </ul> <p><b>Kap. 49 Rehabilitering av nevrologiske sykdommer – Problemer ved rehabilitering hos voksne s. 521-523.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på det medisinske og grad av skade/sykdommens omfang. Tar for seg fysisk og kognitiv rehabilitering.</li> </ul> <p><b>Kap. 50 Habilitering av barn s. 525-534</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilitering vil si å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger. Medisinsk habilitering defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet grunnet sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikt på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.</li> <li>• Tilstander som dette kapitlet omhandler utgjøres av et spekter av ulike lidelser: 1. Medfødte tilstander, som mental retardasjon, epilepsi, cerebral parese, ryggmargsbrokk, nevrologiske sykdommer og en rekke sjeldne syndromer. 2. Tidlig ervervede nevrologiske skader som sequele etter hodetraumer, nærdrinking, near miss sudden infant death eller infeksjoner i sentralnervesystemet. 3. Utviklingsforstyrrelser som ADHD, Tourettes syndrom og autisme.</li> <li>• Som helsetjenesten for øvrig deles habilitering inn i fire ulike nivå, 1. linjes nivå tilsvarer kommunehelsetjenesten, 2. linje tilsvarer spesialisthelsetjenesten i hvert fylke (tidligere nevnt som fylkeskommunal habilitering), 3 linjenivå er regionalt nivå, knyttet opp mot universitetssykehusene (kompliserte barnenevrologiske utredninger skjer på dette nivået), 4 linje utgjøres av landsdekkende tjenester.</li> <li>• <b>1. Linjetjenesten</b> (kommunehelsetjenesten): Organisering av habiliteringstjenesten innad i hver kommune variere betydelig med befolkningsgrunnlag og tilgang på fagpersoner. Veileder i habilitering av barn og unge (statens helsetilsyn, veiledningsserie 1-98) gir føringer for hvordan kommunen kan organisere tverrfaglig tjenester for barn med habiliteringsbehov. Ved en rekke barnenevrologiske tilstander er det nødvendig med en fortløpende medisinsk kontroll. Hos barn med sammensatte og kompliserte lidelser er det vanskelig å vite om akutte tilstander er relasjon til grunnlidelse eller ikke. Godt kjennskap til barnet og familien kan gjøre denne differensieringen lettere. Samlet sett er det mange grunner til at barn med kroniske tilstander bør ha fast oppfølging hos egen lege.</li> <li>• Primærlege som sosialmedisinsk ansvarlig. Hva med økonomi?</li> <li>• <b>2. Linjehelsetjenesten</b> (fylkeskommunal habilitering): Alle landets fylker har i dag etablert system for habilitering av barn. Organiseringen er forskjellig fra fylke til fylke. Felles er at organiseringen og samarbeidet ligger tett opp til barneavdelingen i fylkene. Antall fagpersoner i habiliteringstjenesten varierer sterkt, hvilket igjen betyr at prioriteringen innen målgruppene blir svært forskjellig.</li> <li>• Utfordringer i habilitering: Samarbeid mellom de ulike linjene. Overgang fra skole til voksenliv vanskeligst, hvor den voksne funksjonshemmede skal over i et mest mulig selvstendig liv. Funksjonshemmede kan oppleve mange spesielle problemer i ungdomstiden. Det medisinske tyngdepunktet flyttes fra barneavdelinger til mer spesialiserte avdelinger uten den helhetlige omsorgen som foreldrene følte i pediatrien. Samtidig bør ungdommene selv ta ansvaret for egen omsorg, i den utstrekning de har mulighet for dette. Vår erfaring er at mange ungdommer med medfødte og tidlige ervervede funksjonshemninger i ungdoms- og voksenalder i liten grad selv tar initiativ i forhold til helsetjenesten. Det må sikres oppfølging gjennom faste avtaler, så vel på primærlegenivå som på spesialistlegenivå.</li> </ul>
--	--	---	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressurssterke familier: Når mor eller far med et funksjonshemmet barn har et yrke innen helsevesenet, spesielt når det er snakk om lege eller sykepleier, skjer det noe med systemet og kommunikasjonen. Både systemet og familiene selv, uavhengig av hverandre, utvikler en slags forventning om autonomi, familiene skal klare seg selv.</li> <li>• Fagpersoner setter lett høye mål, og tenker ikke alltid nøye nok på hvilken muligheter hver enkelt familie har til å gjennomføre planene. Behandlere kan fremvise holdninger og forventninger som kan komme på kollisjonskurs med familier med annen kulturell og/eller sosioøkonomisk bakgrunn. Vi finner misforståelser og manglende oppfattelse ved at det brukes for vanskelig språk, eller ved forutinntatthet fra en av partene, noe som gjør at de har vanskelig for å komme i dialog. Ansvar for å forebygge slik utvikling, ligger så å si alltid på hjelpesystemet. Familiene må møtes der de er, og det må gis rom for at de ikke alltid velger de ideelle løsningene.</li> <li>• I vår streben etter barnets gode utvikling må vi ta i akt både de begrensninger og de muligheter som finnes i hvert enkelt barn og i hver enkelt familie.</li> </ul>
2003	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (3. utg.)	<p><b>Kap 16</b> Bernt Due-Tønnesse</p> <p>Torstein R. Meling</p> <p>Tryggve Lundar</p> <p>Lars Jacob Stovner (kap. 31)</p> <p>Anne-Lise Bjørke Monsen (Kap. 32)</p>	<p>MD, PhD. Spesialist i nevrokirurgi.</p> <p>MD, PhD. Professor i nevrokirurgi</p> <p>Professor i nevrokirurgi, overlege Rikshospitalet.</p>	<p><b>Bernt Due-Tønnesse</b> - beskrevet tidligere</p> <p><b>Torstein R. Meling</b> f. 1968) er spesialist i nevrokirurgi, professor ved Universitetet i Oslo og seksjonsoverlege.</p> <p><b>Tryggve Lundar</b> - beskrevet tidligere</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<p><b>Kap. 16 Hydrocephalus s. 183-194</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapittelet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>• Oppfølging av shuntbehandlede pasienter:</li> <li>• Formålet er å fange opp komplikasjoner tidlig, etablere et sammenligningsgrunnlag for senere radiologiske kontroller, samt opplæring av pasient og pårørende. Hyppighet og intervall av kontrollene bør baseres på dokumentert kunnskap og pasientens behov.</li> <li>• Hos barn kan de fleste kliniske kontrollene utføres ved lokal barnemedisinsk poliklinikk, mens voksne ved lokal nevrologisk poliklinikk.</li> <li>• Til tross for at shuntkirurgi gir mulighet for komplikasjoner både på kort og lang sikt, er langtidsresultatene svært gode. De fleste som får anlagt shunt i dag kan lev et fullgodt liv dersom ikke grunn sykdommen som var årsaken til hydrocephalus, gir en annen prognose.</li> <li>• Selv om endoskopisk 3. VCS har fått en økende plass innen primærbehandlingen av hydrocephalus må også disse pasientene følges opp og det må påregnes en økning innen oppfølging og kontroll av pasienter med hydrocephalus ved de nevrokirurgiske avdelingene.</li> </ul> <p><b>Kap. 31 Hodepine hos voksne s. 359-368</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De ulike hodepinen oppfattes i dag som sykdommer med et klart organisk grunnlag med svært komplekse årsaks mekanismer. Påvirkning av ytre omstendigheter som kan virke forverrende (kosthold, medikasjon, psykiske og ergonomiske belastninger) anses derfor også viktig for behandlingen.</li> <li>• Ved anamnese påpekes det at det må samles inn data om mulige fysiske og psykiske stressfaktorer (arbeid, økonomi, forhold til kolleger, nære pårørende). Punkt 9 – livskvalitet.</li> <li>• Generelle retningslinjer for behandling antar at de fleste både primære og sekundære hodepineformer har et klart organisk grunnlag. Likevel vil det være viktig å oppdage og redusere spesielle psykososiale, fysiske eller ergonomiske belastninger som kan være med på å forverre plagene.</li> <li>• Kapitelet beskriver ulike hodepine former og tilstander, samt intrakranielle trykkforandringer. Nevner hydrocephalus, tar for seg de akutte symptomene. Nevner samt plager ved lavt intrakranielt trykk, som relateres til spinalpunksjon, ventrikkeshunt grunnet dura rift eller uten kjent årsak.</li> <li>• Avslutningsvis tar kapitelet for seg invalidiserende, terapieresistent og uklassifiserbar hodepine. Hvor det er fokus på medikament tilnærming og overforbruk. Det påpekes at det er viktig med en primærlege med faste kontroller også for at pasienten skal slippe rettferdiggjøre en ny legekonsultasjon. Slike pasienter må ofte lære seg å leve med smertene og dette klarer de best med en støttende og forståelsesfull lege å henvende seg til når det røyner på.</li> </ul> <p><b>Kap. 32 Hodepine hos barn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapittelet inndeles hos barn som hos voksne i vaskulær/migrene, organisk og psykogen/tensjonshodepine.</li> <li>• Fokus på behandling ved migrene og organisk årsak.</li> <li>• Man bør alltid forsøke å få et inntrykk av barnets emosjonelle tilstand. Hodepine kan være et signal om at barnet er utsatt for emosjonelle påkjenninger knyttet til mobbing, familiære eller andre sosiale vanskeligheter. Funksjonsnivået både på skole og fritid er viktige indikatorer på hvordan barnets tilværelse arter seg. Både stress og sult er kjente utløsende faktorer for hodepine.</li> <li>• I en finsk populasjonsstudie av hodepine blant 5-åringer fant man at høy hodepinefrekvens var assosiert med lav økonomisk status, opphold i barnehage, og med et høyt antall fritidsaktiviteter. Barn som bodde i leilighet, hadde oftere hodepine enn barn som bodde i enebolig. Dette kan tyde på at urolige, støyende omgivelser der barnet ikke gis mulighet for hvile og ro, kan utløse hodepine hos enkelte.</li> <li>• Organisk hodepine kan skyldes økt intrakranielt trykk forårsaket av blant annet hydrocephalus. Hodepine som skyldes økt intrakranielt trykk opptrer initialt sporadisk, men blir ofte raskt mer intens og hyppigere.</li> </ul> <p><b>Kap. 50 Rehabilitering ved nevrologiske sykdommer s. 593-598</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapittelet omhandler generelle rehabiliteringsprinsipper som gjelder alle pasienter med følgetilstand etter nevrologisk sykdom eller skade.</li> </ul>

	<p>Per Erik Waaler (kap. 32)</p> <p>Johan k. Stanghell e (kap. 50)</p> <p>Egil Ruud (kap.51)</p> <p>Finn Sommer (kap. 51)</p> <p>Ellen Jørum (kap. 54)</p> <p>Per Kristian Eide (kap. 54)</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitering blir ofte brukt som et samlebegrep for alle tiltak av medisinsk, psykologisk, sosialt og arbeidsmessig art som skal hjelpe den syke eller skadede personer til å gjenvinne best mulig funksjon, og skape forutsetninger for et mest mulig normalt liv.</li> <li>• Medisinen er først og fremst sykdomsorientert. Medisinsk rehabilitering bygger derimot på en fysisk, psykisk og sosial funksjonsdiagnose. Det gjelder å bedømme pasientens evne til å fungere i en ny livssituasjon med sine forutsetninger, og å innrette behandlingen deretter.</li> <li>• WHO's modell for konsekvenser av sykdom og skade. Avvik i kroppsfunksjoner, aktivitetsbegrensninger og deltagelsesinnkrenkninger påvirker helsetilstanden, er avhengig av såkalte kontekstuelle faktorer, som deles i miljøfaktorer og personlige faktorer. Et funksjonsmål for helsetilstanden i en slik vid forstand er eksempelvis "tildredshet med livet" (life satisfaction scale – inntrykk av individets tilfredshet med livet generelt, og med ulike viktige aspekter i livet).</li> <li>• Hvem skal ha rehabilitering? Fokus på de med funksjonstap form av fysiske utfordringer og organisering av tverrfaglig team med helse/personell rundt pasienten. Sykepleieren/hjelpepleieren, også kalt pleiepersonalet. Skape optimale forhold for et aktivt rehabiliteringsopphold. Pleieoppgaver med blant annet profylaktiske tiltak mot trykksår, urinveisinfeksjoner og kontrakturer. Tette kontakt med pårørende.</li> </ul> <p><b>Kap. 51 Rehabilitering av barn med neurologiske tilstander s. 599-607</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helhetsperspektiv med brukeren (familien) i sentrum. Individuell plan, innført i 2001, beskrives som et viktig dokument i arbeidet med å få en helhetlig ramme for familiene der hver enkelt familie bidragsytere sammen med fagpersoner.</li> <li>• Rehabilitering vil si å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger. Helhetlig tiltak med brukeren er i sentrum er i dag overordnet i all rehabilitering.</li> <li>• Hydrocephalus nevnes som et av eksemplene på neurologiske tilstander som kapitlet omfatter.</li> <li>• Som helsetjenesten for øvrig deles rehabilitering inn i fire ulike nivå, 1. linjes nivå tilsvarer kommunehelsetjenesten, 2. linje tilsvarer spesialisthelsetjenesten i hvert fylke, 3 linjenivå er regionsykehusene, 4 linje utgjøres av landsdekkende tjenester.</li> <li>• <b>1. Linjetjenesten</b> (kommunehelsetjenesten): Organisering av rehabiliteringstjenesten innad i hver kommune variere betydelig med befolkningsgrunnlag og tilgang på fagpersoner. Veileder i rehabilitering av barn og unge (statens helsetilsyn, veiledningsserie 1-98) gir føringer for hvordan kommunen kan organisere tverrfaglig tjenester for barn med rehabiliteringsbehov.</li> <li>• Målstyring er helt sentralt i rehabiliteringsarbeid, ved å ikke bruke målstyring velger en å stole på tilfældighetenes spill. Utgangspunktene for målstyringen er de individuelle behovene hvert enkelt barn/familie har, samt analyse av "her og nå situasjonen".</li> <li>• Ved en rekke barneneurologiske tilstander er det nødvendig med en fortløpende medisinsk kontroll. Hos barn med sammensatte og kompliserte lidelser er det vanskelig å vite om akutte tilstander er relasjon til grunnlidelse eller ikke. Godt kjennskap til barnet og familien kan gjøre denne differensieringen lettere. Samlet sett er det mange grunner til at barn med kroniske tilstander bør ha fast oppfølging hos egen lege.</li> <li>• Individuell plan – brukervedvirkning.</li> <li>• <b>2. Linjehelsetjenesten</b> (fylkeskommunal rehabilitering): Alle landets fylker har i dag etablert system for rehabilitering av barn. Organiseringen er forskjellig fra fylke til fylke. Felles er at organiseringen og samarbeidet ligger tett opp til barneavdelingen i fylkene. Antall fagpersoner i rehabiliteringstjenesten varierer sterkt, hvilket igjen betyr at prioriteringen innen målgruppene blir svært forskjellig.</li> <li>• Utfordringer i rehabilitering: Samarbeid mellom de ulike linjene. Overgang fra skole til voksenliv vanskeligst, hvor den voksne funksjonshemmede skal over i et mest mulig selvstendig liv. Funksjonshemmede kan oppleve mange spesielle problemer i ungdomstiden. Det medisinske tyngdepunktet flyttes fra barneavdelinger til mer spesialiserte avdelinger uten den helhetlige omsorgen som foreldrene følte i pediatrien. Samtidig bør ungdommene selv ta ansvaret for egen omsorg, i den utstrekning de har mulighet for dette. Vår erfaring er at mange ungdommer med medfødte og tidlige ervervede funksjonshemninger i ungdoms- og voksenalder i liten grad selv tar initiativ i forhold til helsetjenesten. Det må sikres oppfølging gjennom faste avtaler, så vel på primærlegenenivå som på spesialistlegenenivå.</li> <li>• Ressurssterke familier: Når mor eller far med et funksjonshemmet barn har et yrke innen helsevesenet, spesielt når det er snakk om lege eller sykepleier, skjer det noe med systemet og kommunikasjonen. Både systemet og familiene selv, uavhengig av hverandre, utvikler en slags forventning om autonomi, familiene skal klare seg selv.</li> <li>• Fagpersoner setter lett høye mål, og tenker ikke alltid nøye nok på hvilken muligheter hver enkelt familie har til å gjennomføre planene. Behandlere kan fremvise holdninger og forventninger som kan komme på kollisjonskurs med familier med annen kulturell og/eller sosioøkonomisk bakgrunn. Vi finner misforståelser og manglende oppfattelse ved at det brukes for vanskelig språk, eller ved forutinntatthet fra en av partene, noe som gjør at de har vanskelig for</li> </ul>
--	---	--	--	--

					<p>å komme i dialog. Ansvar for å forebygge slik utvikling, ligger så å si alltid på hjelpesystemet. Familiene må møtes der de er, og det må gis rom for at de ikke alltid velger de ideelle løsningene. Et videre siktepunkt må være at dette også skal gjelde for den funksjonshemmede i ungdoms- og voksenalder.</p> <p><b>Kap. 54 Nevropatiske smerter s. 627-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nevropatiske smerter er per definisjon smerte som oppstår ved skade eller sykdom på perifere nerver eller i det sentrale nervesystemet. Noen vanlige årsaker: entrapment av perifere nerver, traumer, infeksjoner eller affeksjon av det sentrale nervesystemet som ved cerebrale infarkt, MS og Parkinson sykdom. Karakteristisk for den nevrologiske smerte er at den er kronisk og vanskelig å behandle. Nevropatiske smerter er viktige innen nevrologi og nevrokirurgi fordi disse smertene ofte er svært plagsomme og invalidiserende.</li> <li>Fordi sterk og vedvarende smerte påvirker pasientens livskvalitet og ofte psyke, er det også viktig å snakke med pasienten om disse forhold. Dette er imidlertid sider av smerteproblematikk som ikke vil bli nærmere omtalt i dette kapittel.</li> </ul>
2007	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (4. utg.)	<p><b>Kap 13</b> Bernt Due-Tønnesse</p> <p>Torstein Meling</p> <p>Trygve Lundar</p> <p><b>Kap 28</b> Lars Jacob Stovner</p> <p>Kristian Sommerfelt</p> <p><b>Kap 42</b> Johan K. Stanghelle</p> <p>Frank Becker</p>	<p>MD, PhD. Spesialist i nevrokirurgi.</p> <p>MD, PhD. Professor i nevrokirurgi</p> <p>Professor i nevrokirurgi, overlege Rikshospitalet.</p>	<p><b>Bernt Due-Tønnesse</b> - beskrevet tidligere</p> <p><b>Torstein R. Meling</b> - beskrevet tidligere.</p> <p><b>Trygve Lundar</b> - beskrevet tidligere</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<p>å komme i dialog. Ansvar for å forebygge slik utvikling, ligger så å si alltid på hjelpesystemet. Familiene må møtes der de er, og det må gis rom for at de ikke alltid velger de ideelle løsningene. Et videre siktepunkt må være at dette også skal gjelde for den funksjonshemmede i ungdoms- og voksenalder.</p> <p><b>Kap. 13 Hydrocephalus s. 181-192</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kapittelet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>Oppfølging av shuntbehandlede pasienter:</li> <li>Formålet er å fange opp komplikasjoner tidlig, etablere et sammenligningsgrunnlag for senere radiologiske kontroller, samt opplæring av pasient og pårørende. Hyppighet og intervall av kontrollene bør baseres på dokumentert kunnskap og pasientens behov.</li> <li>Hos barn kan de fleste kliniske kontrollene utføres ved lokal barnemedisinsk poliklinikk, mens voksne ved lokal nevrologisk poliklinikk.</li> <li>Til tross for at shuntkirurgi gir mulighet for komplikasjoner både på kort og lang sikt, er langtidsresultatene svært gode. De fleste som får anlagt shunt i dag kan levet et fullgodt liv dersom ikke grunnsykdommen som var årsaken til hydrocephalus, gir en annen prognose.</li> <li>Selv om endoskopisk 3. VCS har fått en økende plass innen primærbehandlingen av hydrocephalus må også disse pasientene følges opp og det må påregnes en økning innen oppfølging og kontroll av pasienter med hydrocephalus ved de nevrokirurgiske avdelingene.</li> </ul> <p><b>Kap. 28 Hodepine s. 359-370</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De ulike hodepiner oppfattes i dag som sykdommer med et klart organisk grunnlag med svært komplekse årsaksmekanismer. Påvirkning av ytre omstendigheter som kan virke forverrende (stress, kosthold, ergonomiske belastninger) anses derfor også viktig for behandlingen.</li> <li>Ved anamnese påpekes det at det må samles inn data om mulige fysiske og psykiske stressfaktorer (skolesituasjon, arbeid, økonomi, forhold til kolleger, nære pårørende). Punkt 9 – livskvalitet.</li> <li>Generelle retningslinjer for behandling antar at de fleste både primære og sekundære hodepineformer har et klart organisk grunnlag. Likevel vil det være viktig å oppdage og redusere spesielle psykososiale, fysiske eller ergonomiske belastninger som kan være med på å forverre plagene.</li> <li>Kapitelet beskriver ulike hodepine former og tilstander, samt intrakranielle trykkforandringer. Nevner hydrocephalus, tar for seg de akutte symptomene. Nevner samt plager ved lavt intrakranielt trykk, som relateres til spinalpunksjon, ventrikkelshunt grunnet dura rift eller uten kjent årsak.</li> <li>Sekundær hodepine hos barn. Mange av de samme tilstandene beskrevet hos voksne kan forkomme også hos barn. Hydrocephalus blir nevnt som en av de viktigste årsakene.</li> <li>Avslutningsvis tar kapitelet for seg invalidiserende, terapieresistent og uklassifiserbar hodepine. Hvor det er fokus på medikament tilnærming og overforbruk. Det påpekes at det er viktig med en primærlege med faste kontroller også for at pasienten skal slippe rettferdiggjøre en ny legekonsultasjon. Slike pasienter må ofte lære seg å leve med smertene og dette klarer de best med en støttende og forståelsesfull lege å henvende seg til når det røyner på.</li> </ul> <p><b>Kap. 42 Rehabilitering ved nevrologiske sykdommer s. 559-564</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kapittelet omhandler generelle rehabiliteringsprinsipper som gjelder alle pasienter med følgetilstand etter nevrologisk sykdom eller skade.</li> <li>Rehabilitering blir ofte brukt som et samlebegrep for alle tiltak av medisinsk, psykologisk, sosialt og arbeidsmessig art som skal hjelpe den syke eller skadede personer til å gjenvinne best mulig funksjon, og skape forutsetninger for et mest mulig normalt liv.</li> <li>Medisinen er først og fremst sykdomsorientert. Medisinsk rehabilitering bygger derimot på en fysisk, psykisk og sosial funksjonsdiagnose. Det gjelder å bedømme pasientens evne til å fungere i en ny livssituasjon med sine forutsetninger, og å innrette behandlingen og omgivelsene deretter.</li> <li>WHO's modell for konsekvenser av sykdom og skade (ICF). Hvordan avvik i kroppsfunksjoner, aktivitetsbegrensninger og deltagelsesinnkrenkninger påvirker helsetilstanden, er avhengig av såkalte kontekstuelle faktorer, som deles i miljøfaktorer og personlige faktorer. Et funksjonsmål for helsetilstanden i en slik vid forstand er eksempelvis "tilfredshet med livet" (life satisfaction scale – inntrykk av individets tilfredshet med livet generelt, og med ulike viktige aspekter i livet – yrkessituasjon, seksualitet, familieliv, evne til å klare seg selv, fysisk og psykisk helse osv).</li> <li>Hvem skal ha rehabilitering? Fokus på de med funksjonstap form av fysiske utfordringer og organisering av tverrfaglig team med helse/personell rundt pasienten. Sykepleieren/hjelpepleieren, også kalt pleiepersonalet. Skape optimale forhold for et aktivt rehabiliteringsopphold. ADL og fange opp viktig</li> </ul>

		<p><b>Kap 43</b> Egil Ruud</p> <p>Finn Sommer</p>			<p>informasjon som er nyttig for andre i teamet, samt pleieoppgaver med blant annet profylaktiske tiltak mot trykksår, urinveisinfeksjoner og kontrakturer. Tette kontakt med pårørende.</p> <p><b>Kap. 43 Habilitering av barn med neurologiske tilstander s. 565-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helhetsperspektiv med brukeren (familien) i sentrum. Individuell plan, innført i 2001, beskrives som et viktig dokument i arbeidet med å få en helhetlig ramme for familiene der hver enkelt familie bidragsyttere sammen med fagpersoner.</li> <li>• I st. Meld. Nr. 212 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk er rehabilitering og habilitering forstått som: “tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltaking i sosialt liv og i samfunnet”.</li> <li>• Hydrocephalus nevnes som et av eksemplene på neurologiske tilstander som kapitlet omfatter.</li> <li>• Som helsetjenesten for øvrig deles habilitering inn i fire ulike nivå, 1. linjes nivå tilsvarer kommunehelsetjenesten, 2. linje tilsvarer spesialisthelsetjenesten i hvert fylke, 3. linjenivå er regionsykehusene, 4. linje utgjøres av landsdekkende tjenester.</li> <li>• <b>1. Linjetjenesten</b> (kommunehelsetjenesten): Organisering av habiliteringstjenesten innad i hver kommune variere betydelig med befolkningsgrunnlag og tilgang på fagpersoner. Veileder i habilitering av barn og unge (statens helsetilsyn, veiledningsserie 1-98) gir føringer for hvordan kommunen kan organisere tverrfaglig tjenester for barn med habiliteringsbehov.</li> <li>• Målstyring er helt sentralt i habiliteringsarbeid, ved å ikke bruke målstyring velger en å stole på tilfældighetenes spill. Utgangspunktene for målstyringen er de individuelle behovene hvert enkelt barn/familie har, samt analyse av “her og nå situasjonen”.</li> <li>• Ved en rekke barneneurologiske tilstander er det nødvendig med en regelmessig medisinsk kontroll. Hos barn med sammensatte og kompliserte lidelser er det vanskelig å vite om akutte tilstander er relasjon til grunnlidelse eller ikke. Godt kjennskap til barnet og familien kan gjøre denne differensieringen lettere. Samlet sett er det mange grunner til at barn med kroniske tilstander bør ha fast oppfølging hos egen lege.</li> <li>• Individuell plan – brukermidvirkning.</li> <li>• Pedagogisk/psykologisk tjeneste (PP), lovpålagt, kommunal tjeneste. Omfatter alle barn fra spedbarnsalder til påbegynt videregående skole. For videregående skole er tjenesten fylkeskommunal. Alle barn med spesielle behov bør være registrert i PP-tjenesten, med foreldrenes tillatelse. Opplæringsloven gir alle rett til et godt tilpasset fysisk miljø og et godt psykisk miljø.</li> <li>• <b>2. Linjehelsetjenesten</b> (fylkeskommunal habilitering): Alle landets fylker har i dag etablert system for habilitering av barn. Organiseringen er forskjellig fra fylke til fylke. Felles er at organiseringen og samarbeidet ligger tett opp til barneavdelingen i fylkene. Antall fagpersoner i habiliteringstjenesten varierer sterkt, hvilket igjen betyr at prioriteringen innen målgruppene blir svært forskjellig.</li> <li>• utfordringer i habilitering: Overgang fra skole til voksenliv vanskeligst, hvor den voksne funksjonshemmede skal over i et mest mulig selvstendig liv. Funksjonshemmede kan oppleve mange spesielle problemer i ungdomstiden. Det medisinske tyngdepunktet flyttes fra barneavdelinger til mer spesialiserte avdelinger uten den helhetlige omsorgen som foreldrene følte i pediatrien. Samtidig bør ungdommene selv ta ansvaret for egen omsorg, i den utstrekning de har mulighet for dette. Vår erfaring er at mange ungdommer med medfødte og tidlige ervervede funksjonshemninger i ungdoms- og voksenalder i liten grad selv tar initiativ i forhold til helsetjenesten. Det må sikres oppfølging gjennom faste avtaler, så vel som hos fastlege som i de spesialiserte tjenester.</li> <li>• Fagpersoner setter lett høye mål, og tenker ikke alltid nøye nok på hvilken muligheter hver enkelt familie har til å gjennomføre planene. Behandlere kan fremvise holdninger og forventninger som kan komme på kollisjonskurs med familier med annen kulturell og/eller sosioøkonomisk bakgrunn. Vi finner misforståelser og manglende oppfattelse ved at det brukes for vanskelig språk, eller ved forutinntatthet fra en av partene, noe som gjør at de har vanskelig for å komme i dialog. Ansvaret for å forebygge slik utvikling, ligger så å si alltid på hjelpesystemet. Familiene må møtes der de er, og det må gis rom for at de ikke alltid velger de ideelle løsningene.</li> <li>• For å gi grunnlag for å gi barnet en best mulig utvikling må vi være vare for både de begrensninger og de muligheter som finnes i hvert enkelt barn og i hver enkelt familie. Et videre siktepunkt må være at dette også skal gjelde for den funksjonshemmede i ungdoms- og voksenalder.</li> </ul>
2010	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (5. utg.)	<p><b>Kap 14</b> Bernt Due-Tønnesse</p>	MD, PhD. Spesialist i nevrokirurgi.	<b>Bernt Due-Tønnesse</b> - beskrevet tidligere	<p><b>Kap. 14 Hydrocephalus s. 213-225</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitlet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>• Oppfølging av shuntbehandlede pasienter:</li> <li>• Formålet er å fange opp komplikasjoner tidlig, etablere et sammenligningsgrunnlag for senere radiologiske kontroller, samt opplæring av pasient og pårørende. Hyppighet og intervall av kontrollene bør baseres på dokumentert kunnskap og pasientens behov.</li> <li>• Hos barn kan de fleste kliniske kontrollene utføres ved lokal barnemedisinsk poliklinikk, mens voksne ved lokal nevrologisk poliklinikk.</li> </ul>



		<p>Johan K. Stanghell e</p> <p>Frank Becker</p> <p><b>Kap 43</b> Finn Sommer Kjersti Ramstad</p> <p>Arve Vøllo</p>		<p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målstyring er helt sentralt i det praktiske habiliteringsarbeidet. Utgangspunktet for målstyringen er de individuelle behovene hvert enkelt barn/familie har, samt analyse av “her og nå situasjonen”.</li> <li>• Individuell plan – brukermedvirkning.</li> <li>• <b>Habilitering i kommunehelsetjenesten:</b> Organisering av habiliteringstjenesten innad i hver kommune variere betydelig med befolkningsgrunnlag og tilgang på fagpersoner. Veileder i habilitering av barn og unge gir føringer for hvordan kommunen kan organisere tverrfaglig tjenester for barn med habiliteringsbehov.</li> <li>• Ved en rekke barnenevrologiske tilstander er det nødvendig med en regelmessig medisinsk kontroll. Hos barn med sammensatte og kompliserte lidelser er det vanskelig å vite om akutte tilstander er relasjon til grunnlidelse eller ikke. Godt kjennskap til barnet og familien kan gjøre denne avveiningen lettere. Samlet sett er det mange grunner til at barn med kroniske tilstander bør ha fast oppfølging hos egen lege.</li> <li>• Pedagogisk/psykologisk tjeneste (PP), lovpålagt, kommunal tjeneste. Omfatter alle barn fra spedbarnsalder til påbegynt videregående skole. For videregående skole er tjenesten fylkeskommunal. Alle barn med spesielle behov bør være registrert i PP-tjenesten, med foreldrenes tillatelse. Opplæringsloven gir alle rett til et godt tilpasset fysisk miljø og et godt psykisk miljø.</li> <li>• <b>Habilitering i spesialisthelsetjenesten:</b> <u>Handlingsplan for habilitering av barn og unge, IS-1692 (2009).</u></li> <li>• Utfordringer i habilitering: Kritiske perioder for foreldre og barn med funksjonshemninger er overganger (barnehage, div. Skole). For mange familier er likevel overgangen fra skole til voksenliv vanskeligst. Alle fylker har en voksenhabiliteringstjeneste, men tjenestetilbudet i voksenhabiliteringen er ikke så omfattende som i barnehabiliteringen. Det er oftest mindre fokus på medisinske forhold. Den voksne funksjonshemmede skal over i et mest mulig selvstendig liv, og her kan voksenhabiliteringen bidra.</li> <li>• Funksjonshemmede kan oppleve mange spesielle problemer i ungdomstiden. Det medisinske tyngdepunktet flyttes fra barneavdelinger til mer spesialiserte avdelinger. Vår erfaring er at mange ungdommer med medfødte og tidlige ervervede funksjonshemninger i ungdoms- og voksenalder i liten grad selv tar initiativ i forhold til helsetjenesten. Det må sikres oppfølging gjennom faste avtaler, så vel som hos fastlege som i de spesialiserte tjenester.</li> <li>• Fagpersoner setter lett høye mål, og tenker ikke alltid nøye nok på hvilken muligheter hver enkelt familie har til å gjennomføre planene. Behandlere kan fremvise holdninger og forventninger som kan komme på kollisjonskurs med familier med annen kulturell og/eller sosioøkonomisk bakgrunn. Vi finner misforståelser og manglende oppfattelse ved at det brukes for vanskelig språk, eller ved forutinntatthet fra en av partene, noe som gjør at de har vanskelig for å komme i dialog. Ansvaret for å forebygge slik utvikling, ligger så å si alltid på hjelpesystemet. Familiene må møtes der de er, og det må gis rom for at de ikke alltid velger de ideelle løsningene.</li> <li>• I vår streben etter barnets gode utvikling må vi ta i akt både de begrensninger og de muligheter som finnes i hvert enkelt barn og hver enkelt familie. Vi må sette fokus på livskvalitet for barn og familie her og nå. Et videre siktepunkt må være at dette også skal gjelde for den funksjonshemmede i ungdoms- og voksenalder.</li> </ul>
2014	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (6. utg.)	<p><b>Kap 16</b> Bernt Due-Tønnesse</p> <p>Torstein Meling</p> <p>Per Kristian Eide</p>	<p>MD, PhD. Spesialist i nevrokirurgi.</p> <p>MD, PhD. Professor i nevrokirurgi</p> <p>MD, PhD, Professor. Overleve ved Nevrokirurg</p>	<p><b>Bernt Due-Tønnesse</b> - beskrevet tidligere</p> <p><b>Torstein R. Meling</b>- beskrevet tidligere.</p> <p><b>Per Kristian Eide</b> – beskrevet tidligere</p>	<p><b>Kap. 16 Hydrocephalus s. 239-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitlet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>• Oppfølging av shuntbehandlede pasienter:</li> <li>• Formålet er å fange opp komplikasjoner tidlig, etablere et sammenligningsgrunnlag for senere radiologiske kontroller, samt opplæring av pasient og pårørende. Hyppighet og intervall av kontrollene bør baseres på dokumentert kunnskap og pasientens behov.</li> <li>• Hos barn kan de fleste kliniske kontrollene utføres ved lokal barnemedisinsk poliklinikk, mens voksne ved lokal nevrologisk poliklinikk.</li> <li>• Til tross for at shuntkirurgi gir mulighet for komplikasjoner både på kort og lang sikt, er langtidsresultatene svært gode. De fleste som får anlagt shunt i dag kan levet et fullgodt liv dersom ikke grunnsykdommen som var årsaken til hydrocephalus, gir en annen prognose.</li> <li>• Selv om endoskopisk 3. VCS har fått en økende plass innen primærbehandlingen av hydrocephalus må også disse pasientene følges opp.</li> </ul> <p><b>Kap. 26 Hodepine s. 389-401</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste hodepiner har et organisk grunnlag med komplekse årsaks mekanismer.</li> <li>• Ved anamnese er det fokus på hodepinens art, og det nevnes at psykiatriske tilstander må inkluderes i de generelle opplysningene som samles inn.</li> <li>• Kapitlet beskriver ulike hodepine former og tilstander, samt intrakranielle trykkforandringer. Nevner hydrocephalus, tar for seg de akutte symptomene. Nevner samt plager ved lavt intrakranielt trykk, som relateres til spinalpunksjon, ventrikkelsjunt grunnet dura rift, shunt-overdrenasje (lavt åpningstrykk magnetventil) eller uten kjent årsak.</li> <li>• Sekundær hodepine hos barn. Mange av tilstandene beskrevet i det foregående som kan gi sekundær hodepine hos voksne, kan også gi det hos barn. Hydrocephalus blir nevnt som en av de viktigste årsakene.</li> </ul>

		<p>isk avdeling OUS.</p> <p>Lege, spesialist innen pediatri.</p> <p>MD, PhD, professor. Overlege nevrokirurgi.</p> <p><b>Kap 26</b> Lars Jacob Stovner Kristian Sommerfelt</p> <p>Michael Bjørn Russell</p> <p><b>Kap 40</b> Franck Becker</p> <p>Johan K. Stanghell</p>	<p>Inger Sandvig er spesialist i pediatri og overlege, med spesielt ansvarsområde innen epileptologi. Arbeid er på barneavdeling for nevrofag ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet</p> <p><b>Eirik Helseth</b> – beskrevet tidligere.</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avslutningsvis tar kapitelet for seg invalidiserende, terapieresistent og uklassifiserbar hodepine. Hvor det er fokus på medikament tilnærming og overforbruk. I oppfølgingen er det viktig at pasienten har en lege (vanligvis primærlege) å forholde seg til, og faste avtalte kontroller noen ganger i året, slik at pasienten slipper å presentere nye symptomer for å rettferdiggjøre en ny legekonsultasjon. Ofte må slike pasienter lære seg å leve med en del smerter. Dette klarer de best med en støttende og forståelsesfull lege å henvende seg til når det røyner på.</li> </ul> <p><b>Kap. 40 Rehabilitering og habilitering av voksne og barn med nevrologisk sykdom og skade s. 621-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapittelet omhandler generelle rehabiliteringsprinsipper som gjelder alle pasienter med følger tilstand etter nevrologisk sykdom eller skade.</li> <li>• Rehabilitering blir ofte brukt som et samlebegrep for alle tiltak av medisinsk, psykologisk, sosialt og arbeidsmessig art som skal hjelpe den syke eller skadede personer til å gjenvinne best mulig funksjon, og skape forutsetninger for et mest mulig normalt liv.</li> <li>• Medisinen er først og fremst sykdomsorientert. Medisinsk rehabilitering bygger derimot på en fysisk, psykisk og sosial funksjonsdiagnose. Man bedømmer pasientens evne til å fungere i en ny livssituasjon med sine forutsetninger, og å innrette behandlingen og omgivelsene deretter.</li> <li>• WHO`s modell for konsekvenser av sykdom og skade (ICF).</li> <li>• Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en klassifikasjon av helse basert på funksjon og funksjonshemming (ICF). Ved hjelp av ICF kan en klassifisere funksjonskonsekvenser av sykdommer klassifisert i ICD-10 og sette dem inn i en videre helsemessig, sosial og miljømessig sammenheng.</li> <li>• Hvordan avvik i kroppsfunksjoner, aktivitetsbegrensninger og delttagelsesinnkrenkninger (funksjonshemming) påvirker helsetilstanden, er avhengig av miljøfaktorer og personlige faktorer. Et funksjonsmål for helsetilstanden i en slik vid forstand er eksempelvis "tilfredshet med livet" (life satisfaction scale – inntrykk av individets tilfredshet med livet generelt, og med ulike viktige aspekter i livet – yrkessituasjon, seksualitet, familieliv, evne til å klare seg selv, fysisk og psykisk helse osv).</li> <li>• Pasientens personlige egenskaper, hans/hennes sosiale nettverk og teamets evne til å motivere til trening, spiller derfor en viktig rolle.</li> <li>• Fokus på de med fysisk funksjonstap form av fysiske utfordringer og organisering av tverrfaglig team med helsepersonell rundt pasienten. Sykepleieren/hjelpepleieren, også kalt pleiepersonalet. Skape optimale forhold for et aktivt rehabiliteringsopphold. ADL og fange opp viktig informasjon som er nyttig for andre i teamet, samt pleieoppgaver med blant annet profylaktiske tiltak mot trykksår, urinveisinfeksjoner og kontrakturer. Tett kontakt med pårørende.</li> <li>• Habilitering av voksne: Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er et medisinsk kompetanseområde for pasienter over 18 år med psykisk utviklingshemming, autisme, medfødte hjerneskader og følger tilstander etter disse. Alle regionale helseforetak (RHF) er pålagt å legge forholdene til rette for slike avdelinger ved sine helseforetak, og habilitering i spesialisthelsetjenesten skal være en prioritert virksomhet ved helseforetaket. Habilitering kan for praktiske formål oversettes med "dyktiggjøring". Alle deler av spesialisthelsetjenesten skal behandle og habilitere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Helsemyndighetene bruker følgende generelle definisjon av habilitering: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukeres egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Betegnelse "habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten" kan lett forveksles med habiliteringstjenesten i kommunal regi. For å unngå dette bruker både barne- og voksenhabiliteringsenhetene ne ved OUS betegnelsen "nevrohabilitering" om habilitering i spesialisthelsetjenesten. Alminnelig medisinsk oppfølging av brukere i målgruppene skal på samme måte som befolkningen for øvrig skje i regi av en fastlege. Bare pasientproblematikk hvor det kreves spesialkompetanse som kommunen eller fastlege ikke forventes å kunne ha, skal henvises til spesialisthelsetjenesten. Helseledelse – prioriteringsveileder for habilitering i spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• I pediatrien er det vanlig å bruke begrepet habilitering framfor rehabilitering både fordi barn med medfødte tilstander utgjøre en vesentlig del av pasientgruppen, og fordi barn forventes å utvikle seg motorisk, kognitivt, emosjonelt og sosialt med økende alder. Ved ervervede skader hos eldre barn og ungdom blir begge begreper brukt. Fordi habilitering har fokus på funksjon og ikke på sykdom, kan (og bør) habiliteringstiltak settes i gang så snart det påvises forsinket eller avvikende utvikling hos et barn – selv om etiologisk utredning ikke er ferdig. Barnehabiliteringen omfatter aldersgruppen 0-18år.</li> <li>• Generelle prinsipper for habilitering og rehabilitering er de samme for barn og unge som for voksne. Dette gjelder også bruken av ICF (barn og ungdomsversjon). Habilitering av barn og unge er familiesentrert. Slik voksne forventes å delta i sin egen (re)habiliteringsprosess, forventes familien å være sentral i barnets habiliteringsprosess. Barnet selv bør få en gradvis mer aktiv rolle med økende alder – tilpasset sine kognitive forutsetninger. Endepunktene for habilitering er livskvalitet og deltagelse i ønskede aktiviteter. Utgangspunkt for habiliteringstiltak kan være faktorer ved barnet eller faktorer ved omgivelsene.</li> <li>• ICF tilbyr et felles språk og forståelse for tiltak.</li> <li>• Veileder i habilitering av barn og unge fra Statens helsetilsyn gir føringer for barnehabiliteringen på tvers av faggrupper, etater og helsetjenestenivåer.</li> </ul>
--	--	--	---	---



		Nils Olav Aanonson  Kjersti Ramstad  Arve Vøllo			<ul style="list-style-type: none"> <li>Helse- og sosiallovgivningen slår fast (Forskrift om individuell plan, 2004) at "tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan".</li> <li>Pedagogisk/psykologisk tjeneste (PP), lovpålagt, kommunal tjeneste som eventuelt kan være interkommunalt organisert. Omfatter alle barn fra spedbarnsalder til påbegynt videregående skole. For videregående skole er tjenesten fylkeskommunal. Alle barn med spesielle behov bør være registrert i PP-tjenesten, med foreldrenes tillatelse. Opplæringsloven gir alle rett til et godt tilpasset fysisk miljø og et godt psykisk miljø.</li> <li>Det statlige spesialpedagogiske støttesystem (Statped).</li> <li>Overganger:</li> <li>De fleste som arbeider med habilitering, vil møte barn med uhyre sjeldne medisinske tilstander og barn med tilstander som har vært allment kjent og beskrevet i århundrer. De vil møte mestrende familier og mindre mestrende familier og ikke mins familier med ulike kulturbakgrunn. Hver familie har sin unike historie – som habiliteringsarbeidet må ta utgangspunkt i. Barn med samme diagnose kan ha svært ulike ferdigheter og utfordringer. Diagnosen alene vil derfor bare i begrenset grad bidra til forståelse av det enkelte barns utviklingsmuligheter og behandlingsbehov. Her har lege i det daglige nettverket rundt barnet en betydelig pedagogisk oppgave.</li> <li>Alle overganger krever forberedelser, både mentale og praktiske.</li> <li>En hovedmålsetting med habilitering av barn og unge er å legge grunnlaget for et mest mulig selvstendig liv som voksen, og overgangen fra ungdomsliv til voksenliv regnes som den mest omfattende i habiliteringen. I spesialisthelsetjenesten overtar spesialiserte fagfelt for behandling av voksne.</li> </ul>
2019	Nevrologi og nevrokirurgi – Fra barn til voksen (7. utg.)	<p><b>Kap 16</b> Bernt Due-Tønnesen Torstein Meling</p> <p>Per Kristian Eide</p> <p>Inger Sandvig</p> <p>Eirik Helseth</p> <p><b>Kap 25</b> Lars Jacob Stovner Kristian Sommerfelt</p> <p>Michael Bjørn Russell</p>	KAP 16 Alle om tidligere i de eldre bøkene.	Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital	<p><b>Kap. 16 Hydrocephalus s. 239-249</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kapittelet tar for seg fysiologi og patofysiologi med symptomer, utredning, behandling og komplikasjoner fra et naturvitenskapelig perspektiv.</li> <li>Oppfølging av shuntbehandlede pasienter:</li> <li>Formålet er å fange opp komplikasjoner tidlig, etablere et sammenligningsgrunnlag for senere radiologiske kontroller, samt opplæring av pasient og pårørende. Hyppighet og intervall av kontrollene bør baseres på dokumentert kunnskap og pasientens behov.</li> <li>Hos barn kan de fleste kliniske kontrollene utføres ved lokal barnemedisinsk poliklinikk, mens voksne ved lokal nevrologisk poliklinikk (leger med interesse for problemstillingen).</li> <li>Til tross for at shuntkirurgi gir mulighet for komplikasjoner både på kort og lang sikt, er langtidsresultatene svært gode. De fleste som får anlagt shunt i dag kan levet et fullgodt liv dersom ikke grunnsykdommen som var årsaken til hydrocephalus, gir en annen prognose.</li> <li>Selv om endoskopisk 3. VCS har fått en økende plass innen primærbehandlingen av hydrocephalus må også disse pasientene følges opp.</li> </ul> <p><b>Kap. 25 Hodepine s. 357-369</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De fleste hodepiner har et organisk grunnlag med komplekse årsaksmekanismer.</li> <li>Ved anamnese er det fokus på hodepinens art, og det nevnes at psykiatriske tilstander må inkluderes i de generelle opplysningene som samles inn.</li> <li>Kapitelet beskriver ulike hodepine former og tilstander, samt intrakranielle trykkforandringer. Nevner hydrocephalus, tar for seg de akutte symptomene. Nevner samt plager ved lavt intrakranielt trykk, som relateres til spinalpunksjon, ventrikelshunt grunnet dura rift, shunt-overdrenasje (lavt åpningstrykk magnetventil) eller uten kjent årsak.</li> <li>Sekundær hodepine hos barn. Mange av tilstandene beskrevet i det foregående som kan gi sekundær hodepine hos voksne, kan også gi det hos barn. Hydrocephalus blir nevnt som en av de viktigste årsakene.</li> <li>Avslutningsvis tar kapitelet for seg invalidiserende, terapieresistent og uklassifiserbar hodepine. Hvor det er fokus på medikament tilnærming og overforbruk. I oppfølgingen er det viktig at pasienten har en lege (vanligvis primærlege) å forholde seg til, og faste avtalte kontroller noen ganger i året, slik at pasienten slipper å presentere nye symptomer for å rettferdiggjøre en ny legekonsultasjon. Ofte må slike pasienter lære seg å leve med en del smerter. Dette klarer de best med en støttende og forståelsesfull lege å henvende seg til når det røyner på.</li> </ul> <p><b>Kap. 39 Habilitering og rehabilitering av barn og voksne med nevrologisk sykdom og skade s. 555-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habilitering og rehabilitering er å dyktiggjøre mennesker med omfattende funksjonshemning så de kan leve mest mulig selvstendig. Siktemålet er å bedre pasientens funksjon på alle livsområder. Barnehabiliteringen er behandling av barn (0-18år) med medfødt og tidlig ervervet nevrologisk skade eller sykdom utviklingshemning, autisme, cerebral parese, syns- og hørselshemning. Voksenhabilitering er behandling av voksne (&gt;18år) med disse tilstandene. Rehabilitering er behandling av personer i alle aldersgrupper som har fått redusert sin funksjon etter ulike typer skader og sykdommer som påvirker fysiske og/eller kognitiv funksjon.</li> <li>Medisinen er først og fremst sykdomsorientert. Medisinsk rehabilitering bygger derimot på en fysisk, psykisk og sosial funksjonsdiagnose. Man bedømmer pasientens evne til å fungere i en ny livssituasjon med sine forutsetninger, og å innrette behandlingen og omgivelsene deretter. Personer med</li> </ul>

		<p><b>Kap 39</b> Kjersti Ramstad</p> <p>Arve Vøllo</p> <p>Espen Lien</p> <p>Nils Olav Aanonsen</p> <p>Bjørnar Hassel</p> <p>Grethe Månun</p> <p>Frank Becker</p>			<p>behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Medisinsk rehabilitering er rettet mot fysisk og/eller kognitiv funksjonshemming som følge av skade/sykdom uansett alder. Rehabilitering og rehabilitering kjennetegnes av samarbeid mellom mange yrkesgrupper, brukermedvirkning og samordneprosesser. ICF (WHO's modell for helse) rammeverket kan brukes til å beskrive funksjon, og strukturere tiltak.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientens motivasjon er avgjørende for (re)habiliteringsresultatet. Personlige egenskaper, hans/hennes sosiale nettverk og teamets evne til å motivere til trening, spiller derfor en viktig rolle.</li> <li>• Rehabilitering og rehabilitering av barn med neurologiske tilstander:</li> <li>• HC nevnes ikke som tilstand med behov for rehabilitering, men flere tilstander som hjerneinfeksjon, MMC, hjernesvulst nevnes.</li> <li>• De fleste som arbeider med habilitering, vil møte barn med uhyre sjeldne medisinske tilstander og barn med tilstander som har vært allment kjent og beskrevet i århundrer. De vil møte mestrende familier og mindre mestrende familier og ikke mins familier med ulike kulturbakgrunn. Hver familie har sin unike historie – som habiliteringsarbeidet må ta utgangspunkt i.</li> <li>• Habilitering av barn og unge tar utgangspunkt i funksjonssvikten. Behandlingen er familiesentrert og familien må delta i (re)habiliteringsprosessen. Barnet selv bør få en gradvis mer aktiv rolle med økende alder – tilpasset sine kognitive forutsetninger. ICF, egen barne- og ungdomsversjon.</li> <li>• Et mest mulig selvstendig liv som voksen er et hovedmål for (re)habiliteringen av barn og unge, og overgangen fra ungdomsliv til voksenalv innebærer de mest omfattende endringene. Tidlig planlegging er nøkkelordet.</li> <li>• Pedagogisk/psykologisk tjeneste (PP), lovpålagt, kommunal tjeneste som eventuelt kan være interkommunalt organisert. PP-tjenesten skal hjelpe barn, elever, lærekandidater, læringer, praksisbrevkandidater og voksne med behov for særskilt tilrettelegging. Hensikten er at de får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud.</li> <li>• BUP. Det statlige spesialpedagogiske støttesystem (Statped).</li> <li>• Rehabilitering av voksne:</li> <li>• Mennesker med medfødte (eller tidlig ervervede) neurologiske lidelser trenger et livslangt spesialtilpasset omsorg- og helsetilbud. Habiliteringstjenesten står for dette tilbudet. Habiliteringstjenesten har to nivåer: et kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• Rehabilitering av funksjonshemming som følge av sykdom og skade. Behov for nye vurderinger og tiltak er blant annet knyttet til endringer i sykdomsaktivitet, livsovergang, og til nye sykdommer som kommer i tillegg til en eksisterende tilstand. Følgetilstander etter alvorlig sykdom og traume bør derfor ses på som kroniske sykdommer som medfører nye og økende utfordringer over tid.</li> <li>• WHO har utarbeidet to klassifikasjonssystemer for å beskrive helse: ICD-10 for å klassifisere sykdom og ICF for å klassifisere funksjon, funksjonshemming og helse. Diagnosen sier lite om hvilke konsekvenser sykdommen får for pasienten og gir dårlig grunnlag for valg av tiltak. Derfor er det nyttig å supplere ICD med ICF for å kartlegge funksjonskonsekvensene av diagnosene i ICD-10-systemet. Ifølge ICF-modellen medfører neurologisk sykdom/skade avvik i kroppsfunksjoner eller –strukturer, som resulterer i aktivitetsbegrensninger og deltagesinnskrenkninger. Målet er å gjøre personer til så aktive livsdeltagere som mulig, slik at de kan delta i familieliv, yrkesliv og fritidsaktiviteter. Disse forholdene blir omfattet av området deltakelse ifølge WHO's klassifikasjon. Å gjenvinne funksjon fører som regel til mer deltakelse, hvor mestring og oppbygning av en ny identitet og nye interesser er helt avgjørende. Helsetilstanden påvirkes av miljøfaktorer og personlige faktorer. Miljø faktorer er alt som omgir personen – som bygningsmessige forhold, støtteordninger og holdninger i samfunnet. Personlige faktorer er kjønn, alder, interesser, livsstil, mestringsevne osv. Et individs helsetilstand er dermed avhengig både av funksjonen med hensyn til aktivitet og deltagelse og av miljøfaktorer og personlige faktorer.</li> <li>• Tverrfaglig team. Syke-/hjelpepleieren/helsefagarbeideren, også kalt pleiepersonalet. Skape optimale forhold for et aktivt rehabiliteringsopphold. ADL og fange opp viktig informasjon som er nyttig for andre i teamet. De har blant annet som oppgave sammen med legen å kartlegge ernæringsstatus og følge opp og evaluere eventuelle ernæringsstiltak, profylaktiske tiltak mot trykksår, urinveisinfeksjoner og kontrakturer. Tette kontakt med pårørende.</li> <li>• Individuell plan skal sikre at pasienter som trenger langvarig og sammensatt helsehjelp, får et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Den skal sikre pasientens medvirkning og styrke samhandlingen mellom de forskjellige tjenesteyterne. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester slår fast at kommunen skal utarbeide den individuelle planen.</li> </ul>
2009	The clinical practice of Neurological and	Joanne V. Hickey  Redaktør og	Sykepleier, Neuroscience Nurse. Professor	<b>Joanne V. Hickey</b> , står som redaktør og forfatter av bøkene i serien The Clinical practice of Neurological and	<p><b>Forord (s. Xiii) av Hickey</b></p> <p>6 utgaven markerer 25 års jubileum fra første bok i serien ble gitt ut</p>

<p>neurocurgic al Nursing</p> <p>6. utgave</p>	<p>kapittelfo rfatter</p>	<p>Emerita 2020</p>	<p>Neurosurgical nursing. Hickey tok sin doktorgrad i 1987 ved The University of Texas, Austin og har i ettertid av dette arbeidet som Assistant Professor Nursing &amp; Attending Nurse, Neuroscience Nursing (1991-1996), Clinical Associate Professor of Neurology (1996-2002), Consultant on research and neuro practice issues (2002-2006), Division Head, Acute and Critical Care (2000-2006). Program Director, Acute Care Nurse Practitioner (2009-present). I årene 2003-2020 stod hun oppført som Professor tenured, men fra 2020 står hun oppført som Professor Emerita 2020. (<a href="#">Microsoft Word - CV FY2020 Hickey work 9-2-20 (uth.edu)</a>)</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<p>I løpet av disse årene har det skjedd en fenomenal utvikling av nevrologisk og nevrokirurgisk vitenskap, praksis og pasientbehandling. Siden første utgaven har det skjedd en kunnskapseksplasjon i feltet, som gjør at en nå forstår nevrofysiologi og nevropatofysiologi på molekylært og genetisk nivå.</p> <p>Boken fokuserer på behandling av voksne nevrovitenskaps pasienter.</p> <p>Pasientsentrert pleie er sentral. Pasienten skal selv være delaktig i han/hennes pleie.</p> <p>Boken er ment som en referanse og pålitelig resurs for praktiserende sykepleiere i begynnende og avanserte roller, sykepleiestudenter, sykepleiefakultetet og andre yrkesgrupper. --&gt; Skal hjelpe sykepleier til å gi en rasjonell behandling og identifisere pasientresultater. Pleie pasienter med nevrologiske problemer og funksjonsnedsettelse krever en spesiell kunnskap og ferdigheter for å støtte optimalt funksjonsnivå, livskvalitet og pasientresultater.</p> <p>For tiden er det en økning i kroniske helseproblemer som krever like kraftige, men lavteknologiske strategier som vurdering av risikofaktorer, helsefremmende, sykdomsforebyggende og symptomhåndteringsstrategier for optimal helse og livskvalitet. Hjørnesteinen i arbeidet er pasientopplæring.</p> <p><b>Kap 1 The state of the Science og NeuroscienceNursing Practice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsevesenets oppbygning</li> <li>- Mektige politikere, økonomi, demografi, sosiologiske, teknologiske og helse-trender er med på å forme helsesystemet som nasjonen er i møte. med økende helsebehov og forventninger fra et vidt mangfoldig publikum. s. 3</li> <li>- Medisin og sykepleie blir mer spesialisert ettersom praksisen utvikles til å bli mer eksperter på ulike prosedyrer og utstyr. S. 6</li> <li>- Som spesialutøvere må nevro-sykepleiere være tilpasset pasientens helhetlig behov ved å samarbeide med primærpleiere for å oppnå optimale resultater på tvers av et sømløst helsevesen av omsorg.</li> </ul> <p><b>Nevroykepleie (s.9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spesialitetspraksis bygger på kunnskapen om grunnleggende sykepleievitenskap og deretter legger til den dybdekunnskapen og kompetansen som kreves for å gi spesialisert omsorg til den nevrovitenskapelige pasientpopulasjonen.</li> <li>- Gjennombruddene innen kunnskap om nevrovitenskap og den (genomiske?) alderen lover at de raskt skiftende behandlingalternativene som er tilgjengelige for pasienter, vil utfordre dimensjonene til praksis og omsorg.</li> </ul> <p><b>Kap 10 Behavioral and psychological responses to neurological illness. (av Joanne V. Hickey) s. 206-212</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tar for seg de vanligste psykiske/emosjonelle følelser pasienter med nevrologiske sykdommer ofte får. --&gt; angst, frykt, frustrasjon, sinne, stigmatisering, depresjon osv.</li> <li>- Etter hver følelse, der det er et avsnitt med hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten gjennom dette. (approach).</li> </ul> <p><b>Kap 11 Rehabilitations of neuroscience patients (Hickey)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjenopretting av helse eller forbedring av funksjon er hovedfokuset for rehabilitering. S. 213</li> <li>- De fleste definisjoner for rehabilitering er basert på: the international classification of functioning, Disability and health published by WHO. S. 213</li> </ul>
--	---------------------------	---------------------	--	---

- Rehabilitering er en dynamisk prosess for å hjelpe en person til å oppnå optimal fysisk, emosjonelt, psykologisk, sosialt og yrkesmessig potensial, samt opprettholde verdighet, selvspekt og en livskvalitet som er så selvopplyllende og tilfredsstillende som mulig s. 213.
- Tar for seg rehabilitering av fysiske skader, som ryggmargsskade. Trene opp etter svelgpareser, talevansker, vannlatningsproblematikk, kognitive utfordringer.
- Ved utskrivelse skal sykepleier kartlegge pasientenes ADL etter hvor mye hjelp de trenger hjemme. Dette, sammen med andre yrkesgrupper sin evaluering vil avgjøre pasientens pleiebehov etter utskrivelse. Familie skal inkluderes for å avklare hvor mye de kan hjelpe til i et slikt rehabiliteringsprogram. Kan pasienten reise hjem, eller må den på et rehabiliteringssenter? S. 238

Avsnitt 4 Common Management problems with neuroscience patients.

**Kap 13 – intracranial hypertensjon: theory and management of increased intracranial pressure. (av Hickey og DaiWai M. Olson)**

Sykdomslære om hydrocephalus. Medisinsk tilnærming til klassifikasjon, behandling, tegn og symptomer på shuntsvikt, over- eller underdrenasje s. 303-304

**Kap 14 – Management of patients undergoing neurosurgical procedures (Hickey og Jamie L. Zoellner)**

Tar for seg preoperativ sjekklister med hva sykepleier skal gå gjennom med pasienten. Et punkt på denne sjekklisten er familie. Tar ikke for seg pasientens historie, familiehistorikk, kun at man skal avklare med familien hvor lang tid operasjonen vil ta, hva de kan forvente seg postoperativt, informere om visittider, besøkstider. Ift pasienten skal man forsterke informasjonen operatør har gitt tidligere, lære eventuelle pusteteknikker som skal brukes postoperativt. Og gå gjennom hva pasienten kan forvente under innleggelsen og tiden etter. s. 309

s. 333 --> Behandling med VP-shunt er beskrevet medisinsk. Tar for seg hvordan operasjonen gjøres, samt hvordan pumpe på ventilen ved behov. Skriver ikke noe om pasienten, eller utfordringer ved denne behandlingstypen.

**Kapittel 27 Chronic pain (Hickey)**

- Smerte er en subjektiv og personlig opplevelse. S. 624
- Nøkkelpunkter for å behandle pasienter med kroniske smerter (s.627):
- Begynn med en generell anamnese. Historie og fysisk undersøkelse
- Utfør en funksjonell undersøkelse for å lage en baseline på hvordan den kroniske smerten har innvirkning på pasientens livssituasjon. Hvilken innvirkning har det på pasientens quality of life, aktiviteter.
- Bruk kartleggingsverktøy for å fange opp hvordan de kroniske smertene har innvirkning på pasienten
- Samle inn data om: lokalisasjon, intensitet, variasjon, rytme, hva som virker som smertelindring, hva forsterker smertene osv
- Dokumenter alle strategier som brukes for smertekontroll, inkludert medikamentelle tiltak, fysiske tiltak, psykiske tiltak som pasienten bruker
- Avklar hvor fornøyd pasienten er med han/eller hennes nåværende behandlingsplan

Pasienter som blir behandlet for kroniske smerter trenger oppfølging med jevnlig intervaller (s. 631)

				<p><b>Nursing managment of patients with cronic pains</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Å være sykepleier til en pasient med kroniske smerter krever at en nærmer seg multidimensjonelt til pasienten. S.631</li> <li>- Sykepleiere bringer en unik helhetlig biopsykososial tilnærming til pasienter med kroniske smerter, gjennom en inkluderende forståelse av den unike smerteopplevelsen og dens virkning på fysiske, psykologiske og sosiale domener. s. 631</li> <li>- Gjennom intervjuer og fortløpende dialog med pasienten kan sykepleier bedre forstå pasientens smerter og dens innvirkning det har på livet til pasienten. Ved å gjøre en god kartlegging, kan sykepleier (og smerteteam) komme med forslag til hvordan behandle pasientens smerter. Ved alle kroniske sykdommer er undervisning og støtte nøkkelkomponenter for å oppnå en suksessfull behandling. S. 63</li> </ul> <p><b>Kapittel 28 Hodepine (Hickey)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I kapittelet om hodepine gjør de en full gjennomgang av pasientens og familiens anamnese. Hodepinene som tas opp i kapittelet er mer kronisk hodepine som stresshodepine, migrene, kluster hodepine osv. Ved denne gruppen er det viktig med en full kartlegging av pasientenes hodepine historie --&gt; full anamnese fra barneårene. S. 637</li> <li>- Generell historie anamnese – skader, sykdommer fra barnesårene. Tannhelse, syn, forsinket utvikling osv</li> <li>- Familie historie --&gt; karlegge om noen i familien sliter med hodepine, allergier, emosjonelle proble, depresjon i familien</li> <li>- Arbeids historie --&gt; hva slags arbeid, arbeidsmiljøet. Andre medarbeidere som også har hodepine?</li> <li>- Personlig og familie forhold --&gt; hva i livet er du bekymret for? Hobbyer. Ditt forhold til familiemedlemmer. Hva ønsker du å forandre med livet ditt? Hvordan reagerer du på stress?</li> <li>- Spesifikk hodepine historie --&gt; når startet den, lokalisasjon, osv....</li> <li>- Hodepine som kommer som sekundært til noe annet blir omtalt da det er viktig å finne ut hvorfor pasienten har hodepine. Det er en tabell om:</li> </ul> <p>Classification of secondary headaches from the international headach society. (s.636)</p> <p>Hydrocephalus som sykdom blir ikke omtalt, men det står at for høyt eller for lavt CSF trykk kan føre til hodepine.</p> <p>Hos pasientpopulasjonen i sykehusene er ofte sekundær hodepine relatert til andre helseutfordringer. Sykepleiere som tar seg av denne pasientgruppen, håndterer hodepine med analgetika gitt på nødvendig basis. S.644</p> <p>Nurse assessment: En detaljert sykepleie undersøkelse og sykepleie historie er viktig for å kunne planlegge pasientens behandling. Her er det viktig å inkludere pasienten for å få detaljert historie om dens hodepine. Viktig å ta seg tid til å lytte og samle all informasjon. Hos pasienter innlagt på sykehus kan hodepine være en forventet bieffekt av operasjon eller et underliggende problem slik kartlegging av hodepinehistorie er ikke nødvendig i slike tilfeller (s. 644).</p>
2020	The clinical practice of Neurological and neurocurgical Nursing  8 utgave	Joanne V. Hickey (redaktør og kapitelforfatter)	Sykepleier, Neuroscience Nurse. Professor Emerita 2020	<p><b>Joanne V. Hickey –</b> skrevet om tidligere</p> <p><b>Andrea L. Staryer.</b> MS, RN. AGPCNP-</p> <p><b>Tekst fra Hickey og Andrea L. Staryer (forord) (s. ix)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siden den 8 utgaven har utviklingen i helsevesenet, teknologi, nevrovitenskapelig pasientbehandling, og nevrovitenskapelig sykepleie fortsatt å utvikle seg raskt, primært påvirket av et nasjonalt imperativ for kvalitet og sikkerhet og omsorg basert på vitenskapelig bevis. - kom av en rapport (Crossing the Quality Chasm: A New Health system for the 21st Century (2001) - utgitt i 2001 som viste at:</li> </ul> <p>--&gt; den ultimate oppgaven til U.S health care system er å fortsette å redusere byrden ved sykdom, skade og funksjonsnedsetting, og å forbedre helsen og funksjonen til befolkningen i USA.</p>

	<p>Andrea L. Staryer</p> <p>Lisa W. Thomas</p>	<p>BC, CNRN - Neurosurgery nurse Practitioner, Distinguished. Department of neurological Surgery.</p> <p><b>Lisa W. Thomas</b> DNP, RN, CNS. Assistant Professor, Clinical director, DNP program. Department of Graduate studies.</p> <p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boken omhandler fremdeles voksne/geriatrike neurocitenskapelige pasienter. Ønsker man informasjon om behandling av barn med nevrologiske/nevrokirurgiske utfordringer må man søke tekster omhandlende dette.</li> <li>- Boken er ment som en referanse og pålitelig resurs for praktiserende sykepleiere i begynnende og avanserte roller, sykepleiestudenter, sykepleiefakultetet og andre yrkesgrupper. Evidensbasert praksis er forventet å bruke i all behandling av pasienter.</li> <li>- Nevrosykepleiers praksis er i et svært kompleks og utfordrende miljø som tar seg av like komplekse pasienter med flere behov. Det er derfor viktig at den moderne nevrosykepleier engasjerer seg og holder seg oppdatert i high-level assesments, infomation processing and decision making.</li> </ul> <p>Tilkommet to nye kapitler i boken siden forrige utgave.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beyond the hospital: preparing and Caring for neuroscience patients after acute care</li> <li>- Hydrocephalus</li> </ul> <p><b>Kap 1 The state of the Science og NeuroscienceNursing Practice (Hickey)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Første og andre tiåret av 2000-tallet har fokusert seg på kvalitet, pasient sikkerhet og målbare pasientutfall i helsesektoren.</li> <li>- I 2008 ble det satt ett mål om at innen 2020 skulle 90% av pleien og kliniske beslutninger tas som følge av beste up-to date informasjon og beste evidensbaserte informasjon. Dagens estimat viser at 20% av all pleie er evidens basert. Den eksepsjonelle veksten av ny kunnskap fra grunnleggende og klinisk forskning har utvidet det vitenskapelige grunnlaget for betydelig utvikling innen alle praksisområder, også nevrovitenskap og nevrovitenskapelig sykepleie. (S.1)</li> <li>- Nye behandlingsmuligheter bidrar til å stille spørsmål omkring, kvalitet, tilgang, kostnader, verdi og etisk implikasjon av teknolog og kunstig intelligens til praksis.</li> </ul> <p><b>Kap 9 Hydrocephalus (Nancy E. Villanueva)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medfødt hydrocephalus forekommer hos 1-2 av 1000 fødsler, og er den vanligste årsaken til hjernekirurgi hos barn. (s. 217)</li> <li>- Tar for seg patofysiologien, klassifikasjon av hydrocephalus (kommuniserende-, ikke kommuniserende), hvordan vurdere pasienten (både barn og voksen), hvilke symptomer man skal se etter samt de ulike shuntventilene (s.217-222)</li> <li>- Shunt malfunction --&gt; beskriver årsak til hvorfor shunter kan slutte å virke. (s.222-224)</li> <li>- Utfordringer de beskriver til shunt er: shunt dysfunksjon i maskinvaren, infeksjon, hos barn (vokser fra det distale kateteret som fører til gjentatte operasjoner, spesielt ved VA shunt hvor en ikke kan legge ekstra kateter slik som ved VP shunt), feilstilling av det peritoneale katetertuppen. (s.223-224)</li> <li>- Tar ikke for seg pasienten, eller utfordringer pasienter kan møte utenom dette.</li> </ul> <p><b>Kap 12 – Neurosurgical procedures: patient care managment (Madden, Ruiz and Shahlaie)</b></p> <p>Postoperative fasen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viser ulike skjema som sykepleier skal bruke i den postoperative fasen etter de ulike operative inngrepene. Skjemaene er delt inn i:</li> </ul> <p>Nursing managment after supratentorial and infratentorial sugery (s.277-280)</p>
--	--	---	---

Basic Nursing Magment after cranial surgery (s.281)

Nursing managment after Transssphenoidal Surgery (s.290)

- Tar for seg ulike postoperative komplikasjoner man skal være forberedt på, samt hvordan forebygge disse (s. 282-286). Eks lekkasje, infeksjon, Diabetes insibutus,blødning osv.
- Sykepleiers rolle i rehabilitering og planlegging av utskrivelse --> craniektomi er en vanlig nevrokirurgisk behandling som brukes. Hvor lang tid det tar før en pasient er tilbake til normalen, eller behovet for videre rehabilitering er individuelt. Her spiller pasienten alder og bakgrunnen for operasjonen (er det en benign eller malign tumor) inn. Hvor mye operasjonen vil påvirke pasienten og dens pårørende avhenger av dette, derfor viktig med individuell planlegging og vurdering. (s.287)
- Omhandler ikke pasientenes eller pårørendes opplevelse.
- Future trends s. 291
- kraniale operasjoner har blitt mindre invasive noe som resulterer i mindre mobiditet, kortere sykehusinnleggelses og pasientene kommer seg raskere etter operasjonen.
- Minimalt invasiv nevroendoskopi viser stort løfte for reseksjon av ventrikulære lesjoner i møte med hydrocephalus. Denne teknikken reduserer omkringliggende vevstraumer under disseksjon og øker den anatomisk visualisering.
- Man kan nå gå gjennom nesen, eller øyenbrynet til pasienten i stede for å gjøre full kraniektomi
- 

### **Kap 13 Rehabilitations of patients with neurological disorders (Hickey and Lisa W. Thomas)**

- **Rehabilitering** er en dynamisk prosess for å hjelpe en person til å oppnå optimal fysisk, emosjonelt, psykologisk, sosialt og yrkesmessig potensial, samt opprettholde verdighet, selvspekt og en livskvalitet som er så selvoppfyllende og tilfredstillende som mulig s. 294
- Tar for seg rehabilitering av fysiske skader, som ryggmargsskade. Trene opp etter svelgpareser, talevansker, vannlatningsproblematikk, kognitive utfordringer.

#### **En filosofi om rehabilitering: (s.294)**

1. En person med funksjonsnedsettelse har en egenverdi som omskriver funksjonsnedsettelsen: hvert menneske er et unikt holistisk menneske som har rett og ansvar til å ta informerte personlige valg rundt sin helse og livsstil.
2. Rehabilitering starter med en gang en pasient søker hjelp fra helsevesenet. "Think rehab" fra det øyeblikket man har første kontakt med pasienten
3. Omfattende rehabilitering forlanger en aktiv rolle av alle medlemmer i et team rundt pasienten gjennom fortløpende kommunikasjon, like pasient mål, koordinert jevnlig behandling
4. Pasient sentrert rehabilitering krever en aktiv deltagelse av pasienten og dens familie for å oppnå optimal rehabilitering. Pasienten må være motivert for å oppnå optimal rehabilitering
5. Rehabilitering involverer aktivt pasientens familie da de er pasientens potensielle støtte system og hjelp i overgangen når pasienten skal hjem og tilbake i samfunnet. Familiemedlemmer skal møtes på deres individuelle nivå av forståelse av situasjonen, og det skal tas hensyn til deres utdanning, sosioøkonomisk og kulturelle bakgrunn for å forstå rehabiliteringsmålene og metodene som er valgt for å nå disse målene. Familien er også en viktig informasjonskilde om pasientenes personlighet og livsstil, som vil være til hjelp i overgangen tilbake til samfunnet.

6. En individuell pasient og familie evaluering er viktig for å avklare deres mulighet for å delta i rehabiliteringsprosessen. Alle familier kan ikke delta like mye i denne prosessen
7. Pasienten opplever sykdom og funksjonsnedsettelse innenfor rammen av hans/hennes tidligere tilpasningsmønstre. Styrkene og svakhetene i en persons personlighet er i hovedsak det samme under sykdom. Teamet rundt må anerkjenne de sosiale og kulturelle påvirkningene som påvirker pasientens tilpasningsmønster og aksept for omsorg.
8. Rehabilitering finner sted innenfor rammen av pasientens hele liv, de sosiokulturelle aspektene ved livet, hans/hennes jobb eller yrke, familie, hjem, plass i samfunnet, religion og selvtilit. Når sykdom inntreffer, blir familielivet avbrutt og forandret. Sykdom påvirker ikke bare pasienten, men også hele familien. Derfor, rehabilitering inkluderer familiens behov.
9. Rehabilitering er en dynamisk prosess med progresjon, "på stedet hvil" og tilbakeslag.
10. Overganger i omsorg omfatter planer for fortsatt rehabiliteringstilbud og omsorgs koordinering. Pasienten og familien skal inkluderes i planene som legges.

**Kapittel 25 Nursing management of patients with pain, seizures, and CNS infections (Maureen F. Cooney)**

- Behandle pasienter med kroniske smerter er en av de største utfordringene i helsevesenet i dag (s. 621).
  - De økonomiske utgiftene fra tradisjonelle og utradisjonelle behandlingene på kroniske smerter er estimert til en million dollar årlig (s.621)
  - Smerte deles inn i akutt og kronisk smerte. Kronisk smerte er kontinuerlig smerte, denne er kompleks og multidimensjonal som har innvirkning på pasientens velvære, funksjonsnivå og livskvalitet. S.621
  - Kronisk smerte syndrom er en kombinasjon av symptomer assosiert med kroniske smerter som kan føre til negativ påvirkning av pasientens humør, føre til fatigue, redusert aktivitet og tap av libido. S.622
  - Nevropatiske smerter er ofte assosiert med kroniske smerter, og er forårsaket av en skade eller dysfunksjon av det perifere nervesystemet eller central nervesystemet. S. 622
  - Har et eget kapittel som heter; assessment and management of chronic pain. Denne delen undersøker vurdering og behandling av kronisk smerte for å gi sykepleieren en evidensbasert og praktisk tilnærming til smerte. Tar kun for seg ulike metoder man kan behandle kronisk smerte som fysisk aktivitet, terapi, medikamenter. Viktig å se hele pasienten i vurderingen ved kronisk smerte, samt jevnlige oppfølginger for å se at tiltak som settes inn er optimale. S. 629-635
  - Oppfølging av pasienter med kroniske smerter må skje med faste, jevnlig intervaller (s.635)
1. Kvalitative kjennetegn ved smertesymptomer og smertenivå
  2. Vurder effekten av til gjeldende smertebehandlings strategier
  3. Erkjenn at noen pasienter utvikler feiltilpassede atferdsmønstre på grunn av sin kroniske smerte. Derfor viktig å følge opp hvordan pasienten ter seg, samt jevnlig psykisk vurdering av pasienten er nødvendig for å plukke opp og sette inn tiltak mot psykiske problemer tidlig.

**Kap 26 Headache (Amy F. Larson)**

- Patofysiologi omkring hodepine (s.639)
- I kapittelet om hodepine gjør de en full gjennomgang av pasientens og familiens anamnese. Hodepinene som tas opp i kapittelet er mer kronisk hodepine som stresshodepine, migrene, kluster hodepine osv. Ved denne gruppen er det viktig med en full kartlegging av pasientenes hodepine historie --> full anamnese fra barneårene. S. 643 --> LIK SOM FORRIGE BOK
- Ikke alle kraniale strukturer i hodet er sensitive for smerte. Eksempler på de som er;



					<p>Pain- sensitive cranial structures; (s.639) (NYTT)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstracranial (hud, muskler, ekstrakranielle arterier, nese, noen deler av øyet, tenner)</li> <li>2. Intrakranielle venøse bihuler og deres storeblodårer</li> <li>3. Hjernehinner: deler av dura mater i bunnen av hjernen og arterier</li> <li>4. Kraniale/ eller andre nerver som facialis, vagus, 3. og 4 cervikale nerve</li> </ol>
2011	Neuroscience Nursing – Evidence Based Practice	<p>Stuart Hibbins</p> <p>Sue Woodward (redaktør)</p> <p>Ann-Marie Mestecky (redaktør)</p>	<p>Førsteamanuensis i helse- og sosialfag/ barnesykepleie ved London South Bank University</p> <p>Sue Woodward (redaktør) - Lecturer, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College London</p> <p>Ann-Marie Mestecky (redaktør) Lecturer, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College London</p>	<p>Høy økonomisk-, kulturell- og sosial kapital</p>	<p><b>Kap 25 : Hydrocephalus, av Stuart Hibbins</b></p> <p>- Siste årene et redusert antall pasienter med hydrocephalus grunnet tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk. Flere barn med shunt grunnet blødning. s.414</p> <p>- Før 1950 tallet fantes det ingen behandling for hydrocephalus, og hydrocephalus ble sett på som en fatal tilstand. Men tross stor utvikling i behandlingen med shunt, er det fremdeles mye komplikasjoner knyttet til shuntbehandlingen. S. 418-419.</p> <p>- studier viser at 40% av alle shuntsystemer vil ha en malfunksjon ila det første året etter at den ble satt inn. S.421</p> <p>- tar for seg både barn og voksen.</p> <p>- postoperativt etter en shuntoperasjon – tar for seg leierestriksjoner.</p> <p>DISCHARGE OF SHUNTED PATIENTS : The diagnosis and treatment of hydrocephalus will be a time of great anxiety for parents and patients, and it is the role of the nurse to provide reassurance and support. There has been a greater awareness during recent times of the need for vigilant follow-up for shunted patients, however a small number of patients continue to suffer blindness or death as a result of undetected shunt malfunction. Particular attention should be given to those patients who move from pediatric to adult services. (S. 424).</p>

