

#  
**05**  
2015

# Sykepleien

## Nattevakt

**Hjemmesykepleie.** Pasienten er på sitt mest sårbare om natten. **24**



● **Hva skjer**  
Helsesøstre gir råd om dataspill. **18**

● **Sykepleie**  
Refleksjonsgrupper ga ny innsikt. **46**

● **Påfyll**  
Sykepleier Esther dro på hvalfangst. **72**

● **Meninger**  
Tett på Camilla Lien. **84**

# Ovesterin® østriol

## Noen plager i overgangs- alderen er helt nødvendige

- behandling med reseptfritt  
Ovesterin® (østriol) er effektivt



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

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

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

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

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

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

### Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



### Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA  
E-post: [infono@navamedic.com](mailto:infono@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 Navamedic





Skaff deg NSF MasterCard før ferien

# Kortet som gjør reisen tryggere

Bestill ditt NSF MasterCard før ferien - kortet som gir deg gratis reiseforsikring, gratis SMS-varsel og andre smarte fordeler.

Det er mange gode grunner til å benytte kredittkort fremfor bankkort når du er på reisefot - ikke minst ekstra trygghet for pengene dine.



## Med NSF MasterCard har du:

- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gratis SMS-varsel på alle kjøp med kortet
- Gratis reiseforsikring når min. 50 % av reisen er betalt med kortet. Forsikringen er et supplement til reiseforsikringen du kan ha gjennom NSF.
- Kombinert medlemskort og kredittkort
- Ingen årsavgift
- Kan kombineres med NSF Sparekonto med p.t. 2 % sparerente fra første krone og ingen begrensning i antall uttak

**Søk om kortet på [nsfmastercard.no](http://nsfmastercard.no)**

Spørsmål? Ring vår kundeservice 815 22 040

Eff. rente 28,2 %, kr 15 000,- o/12 md. totalt kr 17 116,-  
NSF MasterCard – et produkt fra DNB Bank ASA

**Søk innen 14 dager**

og få tilsendt en flott Exentri kortholder i skinn (verdi ca kr 400) sammen med ditt nye NSF MasterCard.

# RISSKOV BILFERIE

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

MER  
ENN 700  
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO

En fantastisk  
perle i  
Bohuslän

Risskov  
Spesial  
Tilbud

Inkl. 1 x 2-retters meny/buffé

Nyt spa, bad & sol  
Vann Spa, Hotell & Konferens,  
Brastad, Sverige

★★★★

På Vann Spa, Hotell & Konferens kan dere nyte hotellets egen båtbro og private strand. Her bor dere på et av Sveriges beste spa-hoteller

Ank.: Inntil 28.12.15 |

- 3 x overnatting m frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny/buffé
- Gratis spa-inngang
- Badekåpe og tøfler på rom
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP  
TIL 1.107,-

1.959,-

Bestselgere



Rica Havna ligger kun 2 timer fra Oslo i en flott skjærgård. Hotellet har gjennomgått en totalrenovering og fremstår nå i en helt ny drakt.

🇳🇴 | Sør Norge

## Skjærgårdsidyll i Tjøme

Rica Havna ★★★★★

Rica Havna ligger på Tjøme i Vestfold og mange mener det er det ideelle stedet i en flott skjærgård som gir deg følelsen av ferie og ro.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- Adgang til wellness og fitness
- Svømmebasseng
- Gratis parkering & internett

SPAR OPP  
TIL 425,-

999,-

Sommerpakke ankomst: 01.05 - 29.06 og 01.08-30.08



Hotell Phønix Brønderslev ligger sentralt i Brønderslev, og herfra kommer man enkelt til mange severdigheter. Topp moderne & nylig oppusset gir deg et behagelig opphold!

🇩🇰 | Jylland

## 25 km. fra vakre Aalborg

Phønix Hotel Brønderslev ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny
- 2 x aperitif
- 2 x kveldskaffe/-te

3 overnattinger fra: 1.089,-

SPAR OPP  
TIL 423,-

679,-

Miljøtillegg 55 DKK / døgn

Ankomst: Inntil 19.12.15 | Sesongtillegg fra kr. 55 / døgn



Nyt et romantisk opphold i historiske kulliser. Hotel Vinhuset ligger sentralt i Næstved like ved den historiske St. Peder kirken og bare 200 m fra gågate.

🇩🇰 | Sjælland

## Byens hotell siden 1778

Hotel Vinhuset ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffet\*
- 1 velkomstdrink
- Sentral beliggenhet

SPAR OPP  
TIL 1.011,-

899,-

Miljøtillegg 55 DKK / døgn

Ankomst: Mandag - torsdag inntil 27.08.15

Oppgi kode: REISE

➔ [www.risskov.no](http://www.risskov.no) ➔ 32 82 90 00

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

RISSKOV  
BILFERIE

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 59,-

# SOMMERTILBUD!

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



**Risskov  
Spesial  
Tilbud**  
Inkl. 3 x 2-retters meny/buffé

**SPAR <sup>OPP</sup> TIL 784,-**

**829,-**

**Sommer i Jylland**  
**Hotel Falken**  
**Videbæk, Danmark**  
★★★

Hotel Falken er sentralt beliggende i forhold til mange opplevelser i Midt- og Vest-Jylland. Det nyoppussede hotellet har svømmebasseng.  
Bestill innen: 17.12.15 | Ank. on-lø pris: 886-942,-

- 3 x overnattinger
- 3 x frokostbuffé
- 3 x 2-retters meny/buffé
- Gratis internett
- Gratis parkering



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

🇩🇪 | Nordtyskland | Bestill innen 30.06

**Kort vei fra Dansk grense**  
**Landgasthof Tarp** ★★

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

**SPAR <sup>OPP</sup> TIL 310,-**

**779,-**

En av våre bestselgere



På hotellet hersker en avslappet og behagelig atmosfære og vertskapet gjør sitt ytterste for at du skal føle deg hjemme. Perfekt opphold for tur i marka & deilig fjell-liv.

🇳🇴 | Østnorge

**Nyt turer i vakker natur**  
**Skinnarbu Høyfjellshotell** ★★★

- 2 x overnatt. m. frokostbuffé
- 2 x 3-retters middag
- 24t gratis kaffe
- Gratis internett
- Gratis parkering

**3 overnattinger 1.249,-**

**SPAR <sup>OPP</sup> TIL 1.420,-**

**849,-**

Ankomst: Inntil 16.10.15



**800 meter til stranden**

**Hotel New Skanpol** tilbyr dansk design og en skandinavisk touch. Her kan du besøke hotellets bar eller restaurant Jensen Skandynawia.

🇵🇱 | Det nordlige Polen

**Ferie ved Østersjøen**  
**Hotel New Skanpol** ★★★

- 3 x overnattinger
- 3 x frokostbuffé
- 3 x 3-retters meny/buffé
- 2 x kaffe
- 1 fl. mousserende vin

**KJEMPETILBUD**

**1.119,-**

Miljøtillegg 1 EUR / døgn

Ankomst: Inntil 18.12.15 |



**Besøk Lübeck**

Hotellet har koselige rom i lyse farger, og er innredet med varme trefarger. Den gamle delen av byen ligger på en øy omgitt av ulike kanalforbindelser. Flybuss til og fra hotellet

🇩🇪 | Østersjøkysten

**Besøk hansabyen Lübeck**  
**TRYP Lübeck Aquamarin** ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 1 x velkomstdrink
- Gratis parkering
- Sentralt i Lübeck

**SPAR <sup>OPP</sup> TIL 288,-**

**839,-**

Ankomst: Inntil 02.10.15

Oppgi kode: REISE

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

[www.risskov.no](http://www.risskov.no) ➔ 32 82 90 00 ➔

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

**RISSKOV**  
**BILFERIE**

# Dårlig søvnkvalitet er en risikofaktor for kardiovaskulære hendelser<sup>1)</sup>

“Short-sleepers”, spesielt de som har dårlig søvnkvalitet, har økt risiko for kardiovaskulær sykdom (CVD) og koronar hjertesykdom (CHD).<sup>1)</sup>

Det å opprettholde et naturlig søvnmønster er av vesentlig betydning for blodtrykks-reguleringen.<sup>1)</sup>

- Circadin® er det eneste godkjente legemiddelet i Norge som inneholder melatonin<sup>3)</sup>
- Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret<sup>2)</sup>
- Circadin® forbedrer søvnkvalitet og gjør at pasienten føler seg utvilt og opplagt om dagen<sup>2)</sup>

C-preparat til bruk ved primærinsomni med dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år<sup>2)</sup>



Klar for en ny dag!



## Referanser:

1. Hoevenaar-Blom et al, Sleep vol. 34, no 11, 2011 2. Circadin SPC 26.02.14 3. www.felleskatalogen.no

## C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

**DEPOTTABLETTER 2 mg:** Hver depottablett inneholder: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

**Dosering: Bør svelges hele. Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

▲ **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktosemangel (lapp-/laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

**Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoxamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypsoforal, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D0-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zaleplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordiazin kan føre til en økt følelse av ulegenhet sammenlignet med kun bruk av tiordiazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. Overgang i morsmelk: Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

**Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermattitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønsorganer/byst: Menopausesymptomer. Lever/galle: Hyperbilirubemi. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene,

letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmarter. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymf: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blømer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hetetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Ekssem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritis utslett, neglesykdommer. Kjønsorganer/byst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, paresesti.

Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

**Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

**Egenskaper: Klassifisering:** Harmon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-/mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkortet innsøvningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnensammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, alfai-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.

**Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

**Pakninger og priser pr 04.05.2015:** Enpac: 30 stk. 225,90 kr.

# Innhold



05 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 21. mai

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



## Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 14 Slutt på smittefrakk i tekstil
- 17 I nyhetene: Årets helse-søster, Solveig Ude
- 18 Helsesøstre lærer om unges datavaner
- 24 Tema: Nattevakt i hjemmesykepleien
- 38 Strides om helsehjelp til papirløse



Nattevakten må kunne stadig mer. **24**



## Sykepleie

- 42 D-catch blir norsk
- 46 Refleksjonsgrupper ga ny innsikt
- 52 Intervju: Mirjam Lukasse
- 54 Nyttig å dele erfaringer om myelomatose
- 58 Etik: Per Nortvedt
- 60 Hva er miljøterapi?
- 64 Min jobb: Lars-Petter Jelsness-Jørgensen



Teoriene er produkter av sin tid. **58**



## Påfyll

- 66 Smånytt
- 67 Liv laga
- 68 Forfatterintervju: Ane Bjøru Fjeldsæter
- 70 Bokanmeldelser
- 71 Hva leser du nå, Kaja Elena Klunderud?
- 72 En sykepleier i Sørishavet
- 74 Quiz og kryssord



Eventyrlig jobbreise med hvalfangere. **72**



## Meninger

- 76 Eli Gunhild By om kompetanse
- 77 Meninger fra leserne
- 80 Anlovs arrest
- 81 Innspill: Karoline Madsen om lukt
- 82 Kronikk: Heidi Gautun og Christopher Bratt om bemanning
- 83 Enkle grep for en bedre eldreomsorg
- 84 Tett på Camilla Lien



Camilla Lien sa det som det var om tidspres. **84**

Forsidefoto: Dreamsteam

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

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

**Fagpressen** F  
OPPLAGSKONTROLLERT



**Reform.** Skal kommunene klare å bygge opp en effektiv helse- og omsorgstjeneste, må noe grunnleggende skje med fastlegeordningen.

# Faste fastleger



Fakta

**Barth  
Tholens**

Ansvarlig redaktør  
i Sykepleien

Siste gang jeg besøkte legesenteret hvor min fastlege holder til, var venteværelset plutselig utstyrt med en diger betalingsmaskin. Da legen var ferdig med meg, trykket hun et ark i hendene mine. Det hadde en strekkode og kunne skannes i maskinen ved utgangsdøra. Straks lyste det skyldige beløpet opp på displayet. Inn med bankkortet, slå koden og vips så var egenandelen inne på legens konto.

Gjennom egenandelen for konsultasjoner og behandling bidrar vi alle til fastlegens butikk. Største bidragsyter til fastlegens inntekter er likevel det offentlige. Cirka en fjerdedel kommer fra kommunen, mens tre fjerdedel kommer fra staten gjennom takster og refusjoner. Jo flere pasienter fastlegen har på listen sin, og jo flere som behandles, desto bedre blir butikken.

Fastlegeordningen er innbringende for legene. Men så må de også jobbe hardt for det. En lege kan ha opp til 2500 pasienter på listen, men gjennomsnittet ligger på cirka halvparten. Mange av listepasientene vil sjelden komme innom, men hvis alle blir kjølet på én gang, blir det hektisk.

**LUKRATIV.** Dekningen av fastleger er god sammenliknet med mange andre land. Siden ordningen ble etablert i 2001 har antallet fastleger steget jevnt og trutt. I 2014 var det cirka 4700.

Hvor lukrativ en fastlegepraksis er, blir tydelig når vi ser på summene som nye fastleger må ut med for å kunne overta en praksis med tilhørende pasientliste. «Inngangsbilletten» ligger på gjennomsnittlig 700–800 000 kroner, men noen ligger på langt over én million. Hva man egentlig betaler for, er ikke tindrende klart. De nye fastlegene betaler den fratredende legen en slags kompensasjon for arbeidet vedkommende har gjort med å bygge opp praksisen, inkludert investeringer i materiell og utstyr. Men litt stygt sagt betaler de for å få en liste med pasienter som skal gi dem solide inntekter i årene som følger.

Nå er det i utgangspunktet ikke noe galt i at pasienter er forretning og at legene søker en slags avkastning fra sin praksis når de slutter. Mens sykehuslegene alltid har vært ansatt i offentlig virksomhet, har legene ute i kommunene primært jobbet som selvstendig næringsdrivende. Fastlegeordningen er bare en videreføring av en historisk praksis. Den har ikke prinsipielt röknet

ved legen som «privat» aktør, men har forsøkt å stille noen krav til vedkommende i bytte mot relativt lukrative pasientlister. Fastlegen ble fra 2012 forpliktet til å gjøre en innsats på legevakten og delta i andre kommunale aktiviteter. Men mange steder har det skjedd motvillig, og legene har vært kreative i sine forsøk på å tilbringe mest mulig tid i egen praksis.

**MINDRE LUKRATIV.** Mange pasienter er fornøyd med sin fastlege. Men de gode skussmålene stammer i hovedsak fra de friskeste blant oss, altså de som ikke trenger legehjelp i utrenghsmål. Syke eldre med flere diagnoser, kronikere, psykisk utviklingshemmete og personer med psykiske problemer har ikke fått nytte like godt av fastlegene. Det har sammenheng med at disse pasientgruppene har vært mindre lukrative for fastlegene, som tjener mer på pasienter som bare er innom en gang iblant. Blir pasientene for krevende, blir de enten overlatt til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten – eller videresendt til spesialisthelsetjenesten.

Mens fastlegene lever godt på sine lister, har det kommunale apparatet i årevis knirket i sammenføyningene. Rådmenne skal innfri forventningene som ligger i samhandlingsreformen. Det skal drives forebygging og helsefremmende arbeid. Men kommunene sliter med altfor lite kompetanse i egne rekker, mens de har manglet sanksjonsmulighetene mot leger med apati mot «kommunale» oppgaver.

**NØKKELROLLE.** Siden mesteparten av kostnadene ved fastlegeordningen dekkes av staten, og ikke av kommunen, har fastlegens nøkkelrolle i primærhelsetjenesten ikke vært truet. Men samfunnsøkonomisk ville det vært rimeligere om kommunalt ansatte jordmødre, helsesøstre og sykepleiere gjorde mer av fastlegens jobb.

Mange har derfor med spenning sett fram mot regjeringens melding om primærhelsetjenesten. Meldingen, «Nærhet og helhet», inneholder mange gode nyheter for sykepleiere. Helseministeren vil bygge opp «primærhelseteam» rundt pasienter som trenger bred faglig oppfølging. Her vil sykepleierne få sin naturlige plass. De vil få mulighet til å innta helt nye og spennende





Illustrasjon: Marie Rundereim

roller i primærhelsetjenesten. Profesjonene vil ikke lenger «eie» bestemte oppgaver, og pasientenes behov vil stå mer i sentrum.

**HØIES GREP.** Helseminister Bent Høie har tidligere pekt på at manglende samhandling mellom fastlegekontoret, helsestasjonen, sykehjemmet og fysioterapeuten, og ser dette som hovedproblemet med dagens praksis. Etableringen av tverrfaglige team rundt pasienten er nå Høies grep for å få til bedre samhandling. Her skal fastlegen ha det medisinskfaglige ansvaret, men regjeringen åpner for at andre enn fastlegen kan inneha funksjonen som «virksomhetsleder». Det er et prisverdig initiativ.

Med meldingen varsler helseministeren at fastlegens glansrolle i framtiden kan bli noe mindre sentral enn det legene forestiller seg. Her er likevel mye uavklart. Legeforeningen var raskt ute med å fastslå at fastlegen fortsatt skal ha en koordinerende rolle og den medisinskfaglige ledelsen. De vil at fastlegene skal være navet i systemet som alle andre spinner rundt.

**FAST ANSATTE FASTLEGER.** Spør du meg vil mange vakre ord om teamorganisering og tverrfaglighet i meldingen være fullstendig bortkastet om ikke myndighetene gjør noe grunnleggende med fastlegeordningen. Det er et paradoks at kommunene ikke i større grad skal kunne styre legene i den retningen samhandlingsreformen peker. Et nytt finansierings-

## «Det er et paradoks at kommunene ikke i større grad skal kunne styre legene.»

system må derfor på plass for å sørge for at alle i primærhelsetjenesten drar i samme retning. Hadde det vært opp til meg, hadde jeg helt enkelt gjort det mindre attraktivt å være fastlege i Norge, og brukt pengene til å finansiere en tjeneste der beslutningene ble tatt uten privatøkonomiske hensyn. ●

*barth.tholens@sykepleien.no*

# Nutricia er leverandør av veldokumentert sondeernæring som gjenspeiler et sunt og naturlig kosthold



Unik mysedominant **proteinsammensetning** med dokumentert raskere ventrikkeltømming for bedre toleranse.<sup>1-5</sup>



**Multi Fibre-blandingen MF6™** er en veldokumentert og patentert blanding av løselige og uløselige fibrer som reflekterer fibersammensetningen i et sunt kosthold. Fiber er gunstig for tarmfunksjonen.<sup>6-11</sup>



Inneholder en blanding av 6 **karotenoider** fra naturlige kilder. Karotenoider har en positiv effekt på immunforsvaret og er en viktig bestanddel i frukt og grønnsaker. De positive effekter av karotenoider er mye av bakgrunnen for rådet om å spise 5 frukt og grønnsaker om dagen.<sup>12-19</sup>



Inneholder **fiskeolje (DHA og EPA)** som reduserer inflammatoriske komplikasjoner.<sup>20-23</sup>



#### Referanser:

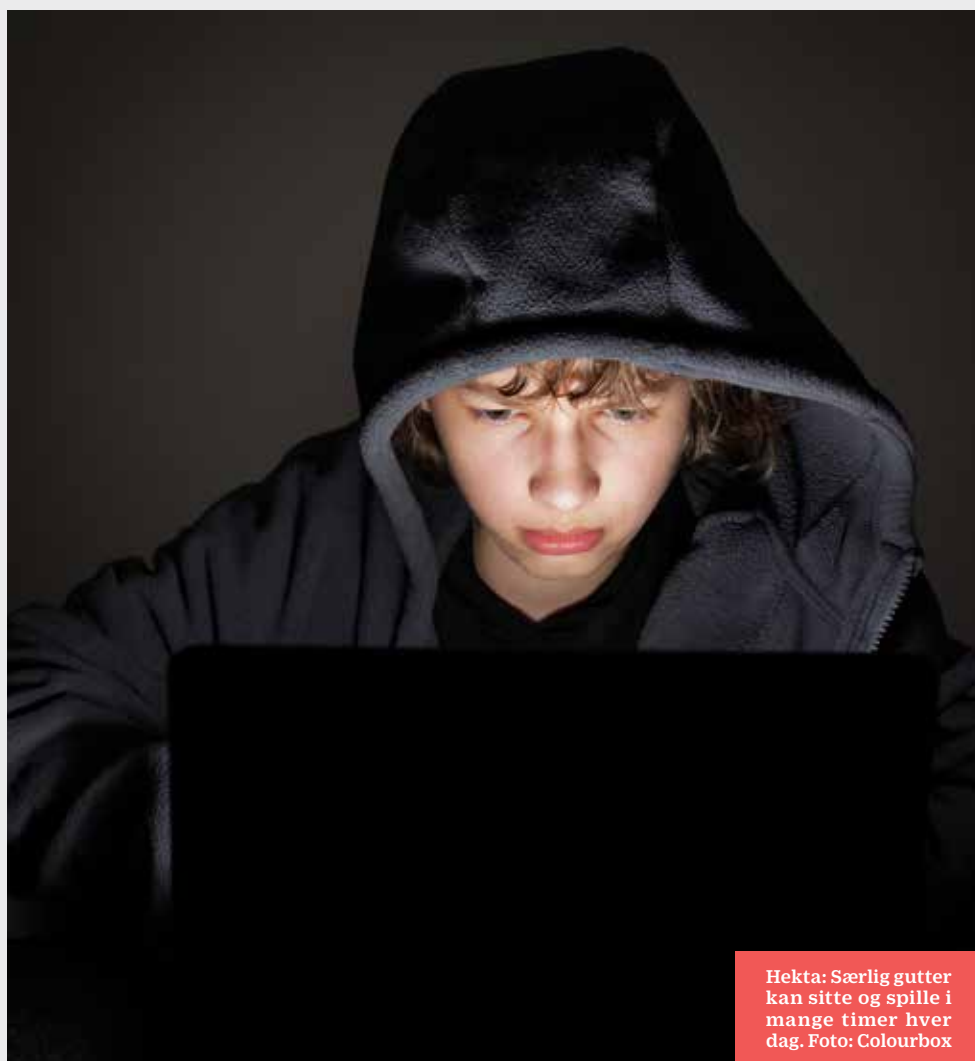
1. Montejo JC. Crit Care Med 1999;27:1447-53. 2. Mizock BA. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:338-44. 3. Mentec H et al. Crit Care Med 2001;29:1955-61. 4. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:14930-5. 5. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6. 6. Wierdsma NJ et al. Ned Tijdschr Dietisten 2001;56:243-7. 7. Silk DBA et al. Clin Nutr 2001;20:49-58. 8. Guimber D et al. Presented at ESPGHAN 2007. 9. Schneider SM et al. Clin Nutr 2006;25:82-90. 10. Trier, E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 595. 11. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; (Suppl 3): 63-64. 12. Vaisman N et al. Clin Nutr 2006;25:897-905. 13. Mayne ST et al. J Am Coll Nutr 2004;23:34-42. 14. Kritchevsky SB et al. J Nutr 1999;129:5-8. 15. De Waart FG et al. Int J Epidemiol 2001;30:136-43. 16. Greenberg ER et al. J Am Med Assoc 1996;275:699-703. 17. Henderson CT et al. J Am Coll Nutr 1992;11:309-25. 18. Berner Y et al. J Parenter Enteral Nutr 1989;13:525-28. 19. Bowen PE et al. J Parenter Enteral Nutr 1988;12:484-89. 20. Brenna JT et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;80:85-91. 21. Calder PC. Braz J Med Biol Res 2003;36(4):433-446. 22. Kris-Etherton PM et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;81:99-104. 23. ISSFAL (2004). Recommendations for intake of polyunsaturated fatty acids in healthy humans. Brighton, International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids.



# Hva skjer

Del 1 Sykepleien 05 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



Hekta: Særlig gutter kan sitte og spille i mange timer hver dag. Foto: Colourbox

## Sett grenser

**Helsesøstre.** Bekymrede foreldre ringer helsestasjonen om sønner som spiller for mye. **18**



**Papirløse.** Kan man nekte noen helsehjelp? **38**



«Vold er et tema på alle mine konsultasjoner fra barnet er ti måneder, eller før.» Solveig Ude, helsesøster. **17**



**Tema.** Nattevakten har stadig større ansvar. **24**



## Blodprøve kan avsløre eggstokkreft

Hvert år rammes 450 kvinner av eggstokkreft. Det finnes ingen undersøkelser som avslører eggstokkreft i tidlig fase. Men tar du blodprøver over lengre tid, kan legene forutsi med stor nøyaktighet hvem som har størst sjanse for å bli rammet av sykdommen, viser studie i Journal of Clinical Oncology.

forskning.no



## Flimner gir økt infarkttrisiko

Personer med atrieflimner har større sjanse for å få hjerteinfarkt. Særlig gjelder det kvinner, ifølge en amerikansk studie med data fra over 14.400 pasienter. Den økte risikoen gjaldt kun non-STEMI-infarkt, som står for cirka 70 prosent av infarkttilfellene.

Dagens medisin



## Seksualitet og spiseforstyrrelser

En amerikansk studie viser at transseksuelle har fire ganger høyere risiko for spiseforstyrrelser enn snittet i befolkningen. Også homoseksuelle har økt risiko for spiseforstyrrelser. 220 000 har deltatt i studien. Ifølge professor ved Washington University, Alexis E. Duncan, er det første gang en studie har hatt nok transeksuelle personer med for å kunne sammenligne med andre seksualiteter. Undersøkelsene er basert på spørreskjema som er delt ut på 223 universiteter over hele USA. Studien er publisert i tidskriftet Journal of Adolescent Health.

videnskab.dk

## Danket ut direktører og leger

**PRISVINNER:** Syv sterke kandidater kjempet om å vinne pasientsikkerhetsprisen på Helsekonferansen i Oslo.

Sykepleier Mette Røsbjørgen ved St. Olavs Hospital i Trondheim ble den som danket ut både leger og direktører. Pasientsikkerhetsprisen ble delt ut for andre gang på Helsekonferansen, som arrangeres av

Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Helsedirektoratet.

Røsbjørgen jobber til daglig som avdelingsleder for sykepleietjenester ved ortopedisk avdeling på St. Olavs. Hun fikk prisen delvis for sitt arbeid i kampen mot trykksår og for god pasientsikkerhetskultur på arbeidsplassen.

Juryen sa i sin begrunnelse at Mette Røsbjørgen har bidratt til god

pasientsikkerhetskultur på arbeidsplassen ved å oppfordre de ansatte til å lære av uønskede hendelser og komme med innspill.

- Hun har etablert faste strukturer, samt egne stillinger og funksjoner for å ivareta pasientenes sikkerhet. Ukentlige resultater gjennomgås på tavlemøter der de ansatte diskuterer forbedringsforslag, står det i begrunnelsen.

## Uenighet om ufrivillig deltid

**Ny rapport.** En Fafo-rapport om ufrivillig deltid sparket i gang debatt: Spekter mener problemet er det upopulære helgearbeidet. NSF mener det er et bemanningsproblem.

sykepleien.no

## Fakta og tall. Svenske sykepleiere

# 23 715

svenske sykepleiere har norsk autorisasjon.

# I 2014

søkte 878 svenske sykepleiere norsk autorisasjon.

# I 2009

søkte 2 000 svenske sykepleiere norsk autorisasjon.

# 2000

Sverige mangler per i dag 2000 spesialisykepleiere.

# 20 %

I løpet av en 20-årsperiode har andelen spesialisykepleiere minsket med 20 prosent i Sverige.



Kreft: Sykehusene strever med flaskehalsler. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Halvparten har ikke kreft

**PAKKEFORLØP:** Fra januar til og med mars i år har rundt 4 500 pasienter vært inne i et pakkeforløp for kreft. Det viser seg at mer enn halvparten ikke hadde kreft, melder Dagens Medisin.

– Vi regner med at andelen av dem som ikke har kreft, vil stige etter hvert, sier Kjell Magne Tveit, strategidirektør for kreft i Helsedirektoratet.

Ifølge strategidirektøren er en betydelig andel av diagnostiserte kreftpasienter inne i registrerte pakkeforløp.

Sykehusene strever med flaskehalsler som; bildediagnostikk, endoskopiske undersøkelser, for eksempel koloskopi – og patologi.

Tveit fikk spørsmål om hvorvidt effekten av pakkeforløpene vil bli

evaluert. Han svarte at det ikke er noe kvalitetsregistrering, men bekreftet at data fra pasienter i forløpene inngår i registrering.

Prosjektleder i Helsedirektoratet, Anne Hafstad, supplerte med at det vil bli publisert resultater gjennom flere kvalitetsindikatorer. De første forløpsdataene skal publiseres i løpet av året.

Dagens medisin

## Kritisk overbelegg ved SUS

Overbelegg truer pasientsikkerheten ved Stavanger universitetssjukehus (SUS), hevder NSF. Årsaken er ifølge NSF anstrengt økonomi, stappfulle avdelinger og stadig flere pasienter. I vinter har sykehuset til enhver tid vært overfylt, blant annet på grunn av influensa.

Aftenbladet

### Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





## Slutt på smittefrakk i tekstil

● Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

**ENGANGSFRAKKER:** Fra 1. juni blir det kun engangsfrakker i gult å oppdrive på Universitetssykehuset i Nord-Norge. Flergangsfrakkene i tekstil kasseres etter råd fra Smittevernssenteret ved sykehuset. Fra 1. juni skal alle avdelinger kun bruke engangsfrakk. Dette gjelder både i Tromsø, Harstad og Narvik.

– De fleste andre sykehus i landet har allerede gått over til gule engangssmittefrakker, sier Annelin Lyshoel. Hun er sykepleier og seksjonsleder ved Smittevernssenteret, Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

De gule frakkene brukes når pasienter er isolert på grunn av smittefare.

**SMITTEBARRIERE.** – Årsaken til utskiftingen er at tekstil er en dårlig barriere mot typisk smitteførende materialer som for eksempel væske, sier hun.

– Smittevernssenteret har også fått tilbakemeldinger fra ansatte som har problemer med å finne riktig størrelse, at ermene er for korte, mansjetten ved håndledet for vid og at en del av frakkene er slitte.

**USIKKERHET.** – Smittefrakkene i tekstil blir også skiftet oftere enn det retningslinjene tilsier, fordi det har vært usikkerhet om samtlige som er innom isolat etterlever riktig av- og påkledning.

Et regnestykke viste at det sannsynligvis ble billigere for sykehuset å benytte engangsfrakker.

«De er varme og klamme, og for store.»

Christine Mathisen Staurset

**SAVNER TEKSTILFRAKKEN.** – Hva er tilbakemeldingene på engangsfrakken?

– Noen synes den er bedre og enklere å bruke enn flergangsfrakken. Andre synes det blir varmt å stå i den lenge inne på et isolat.

Sykepleier Christine Mathisen Staurset er en av dem som savner tekstilfrakken.

– Nei, jeg liker ikke engangsfrakkene. De er varme og klamme, og så er de så store, sier hun.

UNN har også gått inn for endringer på hanskefronten:

– Vi har også gått inn for hansker med lange mansjetter ved bruk på isolat, ut fra smittevernshensyn, sier Annelin Lyshoel.

**LANG ENGANGSFRAKK-ERFARING.** Ved St. Olavs Hospital i Trondheim har de brukt engangsfrakken i flere år.

Årsaken til at de gikk over fra tekstilfrakk til engangsfrakk var

hovedsakelig at avtalen med vaskeriet var såpass kostbar at det ble billigere å bruke engangsfrakk, forteller hygienesykepleier og regional smittevernrådgiver Anita Wang Børseth.

– Er engangsfrakken bedre når det kommer til smittevern?

– Den gir en ekstra barriere mot for eksempel oppkast og søl. På den andre siden er det mange som synes engangsfrakken er klam og varm, og det kan derfor være en fare for at etterlevelsen av frakkbruken blir dårligere, sier hun.

– Fordelen med tekstilfrakken er at mange synes den er mer behagelig å ha på. Men det kan det nok være lettere å bruke en tekstilfrakk flere ganger enn man skal, om den henger tilgjengelig, sier hun.

– Engangsfrakken blir kastet med en gang etter bruk. ●

Ann.Kristin.Bloch.Helmers@sykepleien.no



## Trygg med Safemate

HMS- tiltaket for akutte situasjoner

- ✓ Trygghetsalarm med direkte samtale og lokasjon (GSM/GPS)
- ✓ Opptil fire varselmottakere ringes parallelt
- ✓ Døgnbemannet vaktssentral (valgfritt)
- ✓ Mulighet for stille varsling

www.safemate.no





**NYHET  
AV ÅRET!**  
Masterprogram i  
helseledelse

KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

## Skreddersy din lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart  
i september:  
[bi.no/helse](https://bi.no/helse)

For å møte morgendagens utfordringer, må ledere i helsesektoren beherske endrede ledelsesformer. Handelshøyskolen BI har utviklet et utdanningstilbud på bachelor- og masternivå, spesielt for deg som ønsker å bli, eller er leder i helsesektoren. Nytt av året er et masterprogram i samarbeid med Helsedirektoratet.

- Praktisk helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Helselovgivning
- Etikk

TYNGDEN DU TRENGER

**BI**

# Det er som med biler. En eldre modell krever litt mer vedlikehold.

Aldersrelatert skrøpelighet er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttap og lav fysisk aktivitet. Skrøpelighet er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av tegnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligere for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

Les mer om aldersrelatert skrøpelighet på [www.nutridrink.no](http://www.nutridrink.no)

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjist.



Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200 ml

18 gram protein  
300 kalorier



**NUTRICIA**  
**Nutridrink**  
Næring til livet





# Solveig Ude

## Spør foreldrene om de slår barnet sitt

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Fakta

### Aktuell som

Årets helsesøster og kronikkskriver

**Alder:** 67 år

**Bakgrunn:** Høsten 2014 skrev Solveig Ude kronikken «Derfor spør jeg foreldrene om de slår» i Aftenposten. Hun spør direkte om de slår, klyper, dasker eller knipser barna sine, fortalte hun. Kronikken ble lest av rekordmange. I april ble hun Årets helsesøster for «systematisk arbeid for å sette vold og omsorgssvikt på dagsorden». Hun er også nominert til Stine Sofies stiftelses barnerettighetspris.

#### Hvorfor skrev du kronikken?

– Journalist Carl Alfred Dahl skrev kommentaren «Slår du barnet ditt, da?» om da han var på kontroll med sønnen sin. «Han må ha gått på min helsestasjon», tenkte jeg da jeg gjenkjente spørsmålene. Nå var anledningen der til å fortelle hvordan jeg jobbet på helsestasjonen med temaet vold mot barn.

#### Hvordan gikk det?

– Da jeg ble intervjuet i 1996 i Dagbladet om samme tema, fikk jeg sterk korreks fra arbeidsgiver. Nå fikk jeg ovasjoner og blomster fra lederen. Et tegn på at et tabu er blitt sprengt ved å snakke om det.

#### Hvorfor er vold mot barn ditt hjertebrann?

– Barn er rettsløse og prisgitt de voksne. Vold er tema på alle mine konsultasjoner fra barna er ti måneder, eller før. Hvis foreldre sier at babyen er sint, sur og vanskelig, trenger de kunnskap til å forstå barnet sitt. Barn har ikke annet enn gråt og atferd for å si fra om sine behov før de kan snakke. Ingen barn er ute etter å lage trøbbel. Blir foreldrene irriterte og sinte, må vi utfordre dem på hva de gjør med sinnet sitt.

#### Hva spør du om?

– Om barnet viser vilje, protest og sinne, og hvordan det er for foreldrene.

#### Du spør veldig direkte?

– Jeg spør om de blir sinte, om de får lyst til å slå, og om de slår. Vi snakker om hvordan de omtaler barnet, og hvilke følelser de tillegger barnet. Noen kan også le når barnet gråter eller

bagatellisere barnets følelser. Da spør jeg hvordan de tror det føles. Alle barn skal ha respekt for sitt uttrykk, og oppleve forutsigbarhet og betingelsesløs kjærlighet. Foreldrene får et nytt verktøy i samtalen; kommunikasjon uten slag og sint stemme.

#### Du har blitt truet med drap og advokat?

– Jeg er nok konfronterende og tydelig i mine samtaler når vanskelige situasjoner må snakkes om, og noen kan bli provosert. Jeg skal tale barnets sak, og jeg tåler at noen blir sinte. En skulle

hente hagla, flere skulle ta meg via sin advokat. Men det har blitt med tomme ord.

#### Du har selv gitt klaps på rompen til ditt barn?

– Det angrer jeg på. Vi visste ikke bedre. De tre neste barna ble ikke slått.

#### Er oppdragervold mer utbredt blant utlendinger?

– Samtalen jeg har inneholder samme spørsmål til alle, uansett røtter. Nordmenn bruker kanskje mer time-out. Psykisk omsorgssvikt er nok mer utbredt enn fysisk, og kan være like krenkende. Og langt vanskeligere å avdekke.

#### Når ble du helsesøster?

– I 1982. Jeg ble sykepleier i 1969, 21 år gammel. Jeg har nådd pensjonsalder, men jobber fullt på helsestasjon og barneskole, og jeg holder mange foredrag. Det har tatt helt av etter jeg skrev kronikken.

#### Hvordan er du møtt av dine egne?

– Jeg har følt meg litt alene om å fronte dette temaet, men jeg har fått støtte også. Men nå er volden satt på dagsordenen i mange kommuner. Å få anerkjennelsen som årets helsesøster var utrolig stort for meg.

#### Hva vil du si til helsesøstrene?

– Du ser det ikke før du tror det, er tittelen på Inga Marte Thorkildsens nye bok. Den tittelen sier alt. Slutt å si at ting er vanskelig. Mange vegrer seg for det ubehagelige. ●

marit.fonn@sykepleien.no





# Hvor skal grensen gå?

**Nøtterøy.** Man kan ikke «save» i et onlinespill. Nøtterøys helsesøstre ber foreldre sette seg inn i spillene før grensesetting diskuteres.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

På Nøtterøy har 13 helsesøstre og en psykolog samlet seg rundt bordet på helsestasjonen for å lære mer om dataspill. Lærerne har kontaktet dem og fortalt at prestasjonene på skolen går ned hos dem som spiller fire til fem timer per dag, og dem er det en del av blant guttene.

– De «laner» i kjellerstuene til hverandre, sier en av helsesøstrene, og tenker på et LAN som i «local area network». Det vil si et datanettverk som er geografisk begrenset, for eksempel innen en bolig. Et «LAN-party» er når mange samles for å spille på samme nettverk.

Psykiatrisk sykepleier Øivind Flaaten snakker. Han har skrevet masteroppgave om ungdommers opplevelser med overdreven bruk av online-rollespillet World of Warcraft, også kjent som WoW (se faktaboks neste side).

**GAMBLING OG GAMING.** Flaaten har tidligere hjulpet personer som spiller så mye at det blir et problem, da han arbeidet ved Sykehuset i Vestfold. Nå jobber han i en prosjektstilling i Nøtterøy kommune tilknyttet Tjeneste for psykisk helse og rus.

– Det er ikke noe som heter dataspillavhengighet innen de internasjonale

**«Det er ikke noe som heter dataspillavhengighet innen de internasjonale diagnosekriteriene.»**

Øivind Flaaten



diagnosekriteriene, sier Flaaten.

Selv foretrekker han å kalle det «overdreven bruk». Det er sannsynligvis ulike belønningsmekanismer som settes i gang i hjernen ved gambling (pøngespill) og gaming (dataspill), men det er også funnet likhetspunkter som frigjøring av dopamin og problemer med belønningssystemet. Derfor er det ulike meninger om man kan benytte samme type behandling på de to gruppene.

**PSYKISKE VANSKER.** – Det er særlig mødre, og spesielt alenemødre, som er bekymret og kontakter hjelpeapparatet. Vi vet ikke akkurat hvorfor. Kanskje det handler om fraværende fedre, en mor-sønnekonflikt eller verdikonflikt, eller andre forhold som er uutforsket, sier Flaaten.

Som oftest kommer bekymringer fra

## Dataspilltall



30 prosent bruker mer enn tre timer på datamaskinen per dag, viser tall fra den nasjonale databasen «Ungdata». Da er ikke mobil og nettbrett med i regnestykket.



Medietilsynet sa i 2014 at stadig fler i aldersgruppen 10–14 år bruker dataspill daglig, mens spilletiden for de mellom 14 og 16 år er en time og 48 minutter.



**FLYT:** Guttene Øivind Flaaten intervjuet beskrev en ekstrem følelse av flyt når de spilte. Lojalitet til de andre spillerne kunne også være en grunn til at de ikke ville legge seg. Foto: Colourbox

pårørende fram når den overdrevne spilleatferden har vart over lang tid. Dette blir forsterket av manglende aksept og forståelse for spillene, manglende eller feil grensesetting eller andre underliggende problemer i familien.

– Det er bare 1–2 prosent av dem som spiller som har så store problemer at de behøver hjelp, og da er det ofte psykiske vansker som ligger til grunn, slik som sosial angst, sosial tilbaketrekning eller depresjon, sier Flaaten.

En kartlegging fra Universitetet i Bergen har vist at 10 prosent i aldersgruppen 16–25 år er problemspillere. De har mistet kontrollen, tenker på dataspill hele dagen eller bruker dataspill for å unngå å tenke på andre ting. De har en bruk som går ut over søvnn, skoleprestasjoner og ødelegger virkelighetens sosiale liv med familie og venner.

Utfordringen er å skille ut de som har problemer blant alle de som spiller. Ofte tar ikke foreldre kontakt før ungdommen er godt inne i et problematisk spillemønster, noe som kan ta tre til fire år.

**EMOSJONSREGULERING.** Flaaten gjorde fokusgruppeintervjuer i to omganger i 2008 og 2009 med totalt ti unge gutter som spilte over 2,5 timer eller mer per dag. I tillegg intervjuet han fem som arbeidet for Hjelpelinjen.no, pluss barneverns- og pedagog og gestaltterapeut Héléne Fellmann, som jobber med familier hvor foreldrene opplever at barna spiller for mye dataspill.

I et foredrag på dataspillkonferansen i 2012 hevdet hun at vi i dag regulerer mye mer følelser enn tidligere ved hjelp av teknologi.

Spørsmålet er hva en emosjonsregulering via

en håndbevegelse eller et tastetrykk gjør med oss. Foreldrene som kontakter Fellmann påstår at barnet deres er blitt mer voldelig etter at de begynte å spille dataspill, men spill- og voldsforskere sier at man ikke blir mer voldelig av dataspilling.

– Aggresjon og vold er to ulike akser. Vi trenger aggresjon. Der er kraften vår. Derfor må vi i behandlingsapparatet kunne møte foreldrene med å si, «ja, spillingen fører til mer aggresjon, men det er ikke noe sykt eller farlig med det, og det går an å gjøre noe med det», sa Fellmann på dataspillkonferansen.

**EN STØRRE PAKKE.** På Nøtterøy har de fleste helsesøstre fått bekymrede henvendelser fra lærere når elevenes





Felles grenser: Denne gjengen med helsesøstre anbefaler foreldre om å gå sammen om felles grenser for dataspillene.

→ dataspilling går ut over skoleprestasjoner. Noen få har hørt det samme fra foreldrene. Uansett hvem som melder, innkaller helsesøstrene da til samtale. For det meste handler det om gutter, og om å bli enige om hvilke regler man vil ha i en familie.

– Da er det som oftest som del av en større pakke der ungdommen er trøtt, sliten, uopplagt, har søvnproblemer, dårlig konsentrasjonsevne og liten interesse for skolen, sier helsesøstrene.

Flaaten anbefaler helsesøstrene å verdsette at det er mye bra her, og møte ungdommene med respekt og nysgjerrighet.

– Noen spill krever 4–5 timer enkelte dager. Da kan man ikke ha 1-times grenser. Og noen av medspillerne bor kanskje i Australia med andre tidszoner slik at man kanskje kan få spille noen nat-tetimer innimellom, mener Flaaten.

– Men man kan ikke anerkjenne det når de ikke vil bli med på et viktig familiebesøk eller ikke vil spise middag med resten av familien, protesterer en av helsesøstrene rundt bordet.

## «Aggresjon og vold er to ulike akser. Vi trenger aggresjon.»

Hélène Fellmann

– Uansett må databruken innordne seg familien og de reglene som de voksne setter, slik at foreldreautoriteten ikke faller bort. En åpen dialog er forutsetningen for å få dette til. Kanskje kan helsesøstre spørre ungdommene om hva som vil skje hvis du ikke spiller akkurat da, foreslår Flaaten.

Hans erfaring er at dette, som mye annet i livet, er en fase som for de aller fleste går over.

– Det dabbet av for mange. Og de fleste ser problemet retrospektivt, men ikke mens det er der, sier han.

**FELLES GRENSER.** Det er kanskje her helsesøstre kan gjøre en forskjell. På Nøtterøy er de allerede godt i gang med å snakke om

skjermtutfordringene både ved to- og fireårskontrollen. Og dataspill er tema med foreldrene under andreklassesamtalen og i åttende klasse. Ved foreldreveiledningskurset «De urolige årene» er dette også et tema.

– Vi må jobbe tettere for å hjelpe foreldre å håndtere grenser. Åttendeklassesamtalen er særlig viktig fordi vi da har med «nyfødte tenåringsforeldre» å gjøre. For eksempel anbefaler vi at de går sammen om å sette felles grenser, sier Marit Handeland, en av helsesøstrene.

– Hva savner dere rundt dette temaet?

– Jeg skulle ønske foreldrene turte å ta kontakt. Det kan nesten virke som om det er litt tabu, sier Kristin Stensholt, som er helsesøster ved ungdomsskolen.

– Jeg savner en kort oversikt over hva de ulike spillene handler om i store trekk. En slags dataspillenes ABC, som kan gjøre det lettere for meg å sette meg inn i dette, sier helsesøster Ida Bjørnstad. ●

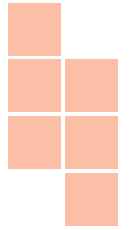
[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)





Avdramatiserer: Øivind Flaaten minner om at det bare er 1–2 prosent av dem som spiller som har så store problemer at de behøver hjelp.

«Guttene jeg intervjuet beskrev en ekstrem følelse av flyt når de spilte.»  
Øivind Flaaten



## Fakta

### Ulike dataspill

- **MMORPG:** (Massively multiplayer online role-playing games). Rollespill der flere kan spille online (via nettet) samtidig. Disse spillene utgjør et verdifullt grunnlag for samarbeids- og utforskningsaktiviteter. Et svært populært eksempel er World of Warcraft (WoW).
- **MOBA:** (Multiplayer Online Battle Arena). Kampspill som flere kan spille online. Et populært eksempel er League of Legends, som man blant annet kan få støtte fra Lånekassen for å spille på Buskerud Folkehøgskole.
- **RPG:** (Role Playing Game). Rollespill hvor spillerne tar rollen som en avatar (oppdiktet fantasifigur). Denne figuren har flere særtrekk som kan utvikles i løpet av spillet, for eksempel helse, styrke og andre egenskaper. Et eksempel er Dungeons and dragons, som bygger på Ringenes herre av Tolkien.
- **RTS:** (Real Time Strategy Game). Strategispill i sanntid. Spilleren styrer økonomien og styrkene til en hær eller en befolkning, og må ta raske strategiske avgjørelser. Civilization III kan brukes for å forstå geografi og historie. SimCity gjør det mulig å forstå byplanlegging.
- **FPS:** (First Person Shoot). Skytespill i førstepersonsperspektiv (ser verden gjennom øynene til figuren man kontrollerer).

Spillerne må kjempe mot fiender for å komme videre i spillet. Et kjent eksempel er COD (Call of Duty). Ofte voldelig innhold, men hvis flere spiller på lag, kan det kreve samarbeid.

- **Skytespill:** Målet er å skyte motstanderne. Reflekser og koordinasjonsevne er viktigere enn strategi. Spillet kan være statisk eller bevegelig. Slåssespill hører også hjemme i denne kategorien. Re-Mission og Immune Attack kan brukes til å lære om immunologi og kreftbehandling.
- **Ballspill:** Spillerne slår en ball rundt på skjermen. Pong og Breakout er eksempler på slike spill. Noen er pedagogiske, blant annet 10 Finger Break Out, et spill som gir opplæring i tastaturskriving.
- **Plattformspill:** Spillerne beveger seg gjennom et miljø ved å hoppe fra plattform til plattform. Nintendo-spillet Mario er et av de mest kjente. De er vanligvis basert på øye-håndkoordinasjon.
- **Oppgavespill:** Spillerne må løse en oppgave for å komme videre i spillet. Handlingen foregår vanligvis på et statisk skjermbilde. Tetris er et av de mest kjente oppgavespillene. De er i hovedsak basert på strategi.
- **Labyrintspill:** Spillerne må finne veien rundt i en labyrint

mens de jages av fiender de må unngå. I disse spillene sees handlingen som oftest ovenifra, og de krever strategi, planlegging og gode reflekser. Pac-Man er et av de mest vellykkete labyrintspillene

- **Sportspill:** Simuleringer av populære idretter. De krever koordinasjon og strategi, særlig hvis spilleren må styre et helt lag. Både Nintendo Wii/ Wii Fit og Playstation Move har en rekke sportspill der man bokstavelig talt beveger seg og deltar i sportsaktiviteter.
- **Racerspill:** I disse spillene deltar spillerne i et løp med for eksempel en bil, motorsykel eller romskip. Racing Academy er basert på denne sjangeren, og brukes til å gjøre elevene bedre kjent med ingeniørkonsepter.
- **Eventyrspill:** Historiebasert handling. Man beveger seg gjennom en detaljert verden, samler inn gjenstander og løser oppgaver til de når det endelige målet. Opprinnelig tekstbasert, men nå finnes spill med både todimensjonal (for eksempel King's Quest) og tredimensjonal (for eksempel EverQuest) grafikk.

Kilde: Dataspillskolen.no





Fantastisk natur og spennende historie!



## Langs pilegrimsruten til Santiago de Compostela

Følg i pilegrimenes fotspor gjennom vidunderlige spanske landskaper, middelalderbyer med vakre kirker – og mer enn 1000 års historie – med Albatros-reiseleder, 8 dager

På denne kulturhistoriske reisen har vi valgt ut noen av de mest interessante stedene på den berømte nordspanske pilegrimsruten – historiske kirker og klostre, imponerende katedraler og pittoreske byer. Vi har lagt inn mulighet for kortere vandring langs pilegrimsruten, hvor vi kommer forbi vinmarker, høysletter og fjellområder – og på egne ben kan følge den meditative reisen pilegrimer i mer enn et årtusen har gjennomført med vandrestav i hånden og endemålet – den hellige Jakobs grav – for øyet. Vi har imidlertid gjort turen komfortabel og tar de lange strekningene med buss, sover på behagelige hoteller og smaker de forskjellige regionenes gode mat og drikke, inklusive vinsmaking i Rioja.

Reis med Sykepleien og Albatros Travel

### DAGSPROGRAM

Dag 1 Oslo – Bilbao

Dag 2 Bilbao – Pamplona. Byrundtur, kirker

Dag 3 Pamplona – Burgos. Kirker, vinsmaking og vandring langs pilegrimsruten

Dag 4 Burgos – León. Burgos-katedralen, kloster og kirker, vandring langs pilegrimsruten

Dag 5 León – Ponferrada. Santa María de León-katedralen, Hostal San Marcos, Gaudís bispepalass, Cruz de Hierro, vandring på pilegrimsruten

Dag 6 Ponferrada – Santiago de Compostela. O Cebreiro-passet, pulpo a la gallega, vandring langs pilegrimsruten

Dag 7 Santiago de Compostela. Byvandring, Santiago-katedralen, pilegrimsmesse og avskjedsmiddag

Dag 8 Santiago de Compostela – Oslo



8 dager

Avreise 22/9 2015

Fra kun **12 998 kr**

Enkeltromstillegg fra kr 2 698,-

### Alt dette får du:

- Fly Oslo – Frankfurt – Bilbao/Porto – Frankfurt – Oslo
- Alle flyskatter og -avgifter
- Norsk reiseleder
- Utflukter og entreer ifølge program
- Vinsmaking på vingård
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Halvpensjon som består av frokost og middag

Les mer og se flere spennende reiser på [www.albatros-travel.no/sykepleien](http://www.albatros-travel.no/sykepleien)

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

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Med forbehold for trykkfeil



# Trives i deltidsstilling

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

**DELTID:** Syv av ti sykepleiere som jobber deltid, ønsker seg ikke heltidsstilling, ifølge den ferske undersøkelsen «Medievaner og holdninger blant sykepleiere» som Respons har laget på oppdrag fra Nordiske mediedager.

**VILLE VALGT DELTID.** I undersøkelsen svarer hele 72 prosent av de spurte som i dag har deltidsstilling, at de ville foretrukket deltidsstilling dersom de kunne velge fritt. Kun 26 prosent ville valgt heltidsstilling, mens 2 prosent var usikre.

I samme undersøkelse oppgir 70 prosent at de i dag jobber heltid. Norsk Sykepleierforbund (NSF) jobber aktivt for å øke antall heltidsstillinger blant sine medlemmer.

«NSF ønsker å fremme heltid, og dette arbeidet står fast.»

Eli Gunhild By

– NSF har et landsmøtevedtak på at vi ønsker å fremme heltid, og dette arbeidet står fast, sier forbundsleder Eli Gunhild By.

Hun understreker at for å nå dette målet, er forbundet avhengig av at arbeidsgivere utlyser hele faste stillinger og at lønns- og arbeidsvilkårene er slik at sykepleiere ønsker å jobbe heltid.

**SYKEPLEIESTUDENTER.** En holdningsundersøkelse blant sykepleiestudenter fra 2012 viste at kun 35 prosent av studentene i 2012 var del-

tidsorientert, mot 75 prosent i 2001.

At de er deltidsorienterte vil si at de ser muligheten for deltidsarbeid som viktig for valg av yrkesutdanning og framtidig jobb, ifølge seniorforsker Bente Abrahamsen ved Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Den nye spørreundersøkelsen fra Respons er foretatt blant 725 representativt utvalgte medlemmer av NSF, tilfeldig trukket fra medlemslister etter samtykke fra forbundet. •

[ingvald.bergsagel@sykepleien.no](mailto:ingvald.bergsagel@sykepleien.no)

NSFs nasjonale lederkonferanse 2015



## «KOMPETENT LEDELSE»

Velkommen til en konferanse med fokus på kompetanse, engasjement og rolle.

**Tid:** 24. -25. september 2015

**Sted:** Park Inn Radisson, Alna, OSLO

**Målgruppe:** Alle ledere, på alle nivå i helse- og omsorgssektoren

**Meld deg på nå!**

- program og påmeldingslink på [www.nsf.no](http://www.nsf.no)

Arrangør: Norsk Sykepleierforbund, NSFs Landsgruppe for sykepleieledere (NSFLSL) og Sentral fagforum i NSF. NSFLSL arrangerer generalforsamling 23.09.2015 på samme sted.



A photograph of a woman with dark hair in a ponytail, wearing a red short-sleeved shirt, leaning over a patient in a hospital bed. The patient is lying on their side, and the woman appears to be providing care or assistance. The background is a plain, light-colored wall.

Tema.  
**Nattevakt  
i hjemme-  
sykepleien**

Nattens hjemme-  
arbeidere. **24**

---

Elektronisk  
nøkkel i Bærum. **26**

---


Kjører 15 mil  
per vakt. **29**

Lindrer: Hjemmesykeplei-  
er Annemarte Aarland  
er velkommen hos kreft-  
pasienten som får morfin.



---

# Sykepleie på soverommet



**Intimt.** De jobber bare om natten. Arbeidsstedet er pasientenes hjem, ofte på soverommet. Nattevaktene møter pasientene på sitt mest sårbare. Selv er de også en mer sårbar arbeidsgruppe enn kollegene på dagvakt.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





# Nattens hjemmearbeidere.

«Vi gjør vårt beste for at ingen skal ligge og ha det vondt om natten.»

Annemarthe Aarland, sykepleier

• Tekst og foto **Marit Fonn**



I halvmørket er Annemarthe Aarland klar med morfinsprøyten. Det er midt på natten. Aarland og makkeren har selv låst seg inn i hjemmet til den eldre mannen som ligger under dynen. Aarland setter sprøyten i butterflyen på magen hans. Den smertelindrende medisinen renner inn under huden.

Kreftpasienten har ventet lenge på dem her på soverommet, men han klager ikke. Han er bare takknemlig for å få hjelp.

**JOBBER BARE NATT.** Aarland (31) er en av de tjue nattevaktene som akkurat nå er på jobb i Bergens hjemmetjeneste. Hun er en typisk natthjemmesykepleier: småbarnsmor, jobber halv tid, tar ekstravakter når det passer.

Hun vil jobbe natt så lenge kroppen tillater det. For å prioritere familien. Barna er 3 og 5 år. Hun begynte i hjemmesykepleien som student i 2008, og har jobbet natt siden 2012.

**SKAL HJELPE HVERANDRE.** Fire timer tidligere: Halv ti på kvelden starter Annemarthe Aarland vekten med en kaffekopp. I sofakroken diskuterer hun og kollegene omorganiseringen de er midt oppi.

Natttjenesten er blitt samlet under én ledelse. Den omfatter 70 sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten. Disse jobber bare natt.

Omorganiseringen innebærer en sammenslåing av soner om natten. Før var det ti, nå er det

fire. Det betyr at noen nattevakter har nytt oppmøtested, og alle har fått flere kolleger å forholde seg til.

Omorganiseringen er økonomisk begrunnet. Penger skal spares. Fordelen er at samholdet kan styrkes og de lettere skal kunne hjelpe hverandre på tvers av sonene. Slik kan vikarbruken reduseres.

**TAR TID Å HENTE NØKLER.** Aarland jobber i storsonen, som består av fire sentrale bydeler. Basen er på Danmarks plass, like ved et av byens største veikryss, men med vidt utsyn til byfellene.

Nattevaktene i sofaen har mange meninger om den nye ordningen med felles oppmøtested. De innrømmer at det er sosialt og koselig å treffe flere kolleger.

– Men problemet er nøkler og biler, fastslår en.  
– Tanken er at vi skal ha pauser sammen. Men da mister vi mye tid på kjøring, sier en annen.

– Det er tungvint å hjelpe hverandre på tvers av soner. Vinningen går opp i spinningen, tilføyer en tredje.

Men noen ganger er det nyttig å få hjelp, medgir de, som da en pasient falt nylig: De trengte å være fire stykker for å hjelpe pasienten.

Men det går mye tid til å hente nøkler rundt omkring på basene. Det er ikke bare å be pasientene om å kopiere flere nøkler heller, de er ofte dyre.

## Fakta

### Nattarbeid

- Arbeid mellom kl. 21 og kl. 06.
- Kan ha uheldige helsemessige konsekvenser.
- Som hovedregel ikke tillatt, men det er unntak for arbeid i helsesektoren.
- Gir rett til gratis helsekontroll som skal tilbys før tiltrødelse og så med jevne mellomrom, mener NSF. Gjelder både sykepleiere i tredelt turnus og i rene nattevaktstillinger.

Kilde: Arbeidsmiljøloven og Norsk Sykepleierforbund

### Nattevakt i Bergen:

- Nattevaktene har 35,5 timers arbeidsuke.
- Hver vakt varer i ti timer, fra 21.30 til 7.30.
- I 50 prosent stilling er det sju vakter i måneden

### Arbeidstid

I 2010 fikk arbeidstakere i tredelt skift-/turnusarbeid rett til reduksjon i ukentlig arbeidstid, forutsatt et visst omfang av natt- og søndagsarbeid. Bestemmelsen har gitt mange sykepleiere kortere ukentlig arbeidstid. Rene nattevaktstillinger ble ikke omfattet av arbeidstidsreduksjonen. Norsk Sykepleierforbund synes det er urimelig, men har ikke fått gjennomslag for kravet.



Proffe: Liv Espenes og Annemarte Aarland liker godt å jobbe sammen. – Vi har opplevd mye på vaktene, på godt og vondt sier de.

– Bergen er langt etter med nøkkelsystem, mener Aarland.

Nøkkelbokser er én løsning. Digitalt nøkkelsystem en annen. Aarland ønsker seg også pasientjournal på smarttelefon.

– Med mobil omsorg vil vi spare mye tid, og pasientsikkerheten vil bli bedre dersom vi kan lese om diagnoser og medisiner når vi får alarmer fra pasienter vi ikke kjenner fra før.

Den bærbare løsningen har allerede blitt testet ut i en av sonene på dagtid.

**GÅR TO SAMMEN.** Den mørkeblå salongen de sitter i er helt ny. Men ikke alle er fornøyde: Møblene har for lave rygglenner til at de kan legge hodet bakover for å hvile.

Her i Bergen går nattevaktene to og to sammen.

Tidene har forandret seg, mener de. Å gå alene er for utrygt, i hvert fall i sentrum. De ramser opp skumle episoder: Pasient truet med kniv. Knust bilvindu, antakelig utført av noen som jaktet på medisiner. Innbrudd på kontoret. Hissige pårørende.

## «Problemet er nøkler og biler.» Nattevakt

De er ofte i store bygg der mange folk ferdes. Føler de seg utrygge, hender det at de snur, så kommer de tilbake senere.

– Vi har bestemt oss for at vi ikke deler oss. Da får det heller gå på bekostning av pauser, sier Aarland.

Kveldsvaktene går alene.

– Men risikoen øker etter klokken halv elleve, da er det mer øde. Vi skal dessuten alltid gå to på alarmer.

– Det som er av mannskap om dagen, har ikke vi som jobber natt like tilgjengelig. Derfor lærer vi å jobbe selvstendig.

**KLARGJØR MORFIN.** Aarland er positiv til sammenslåingen. Hun liker å ha flere typer pasienter og et større fagfellesskap. Hun tar gjerne vakter i andre bydeler.

Kaffekoppen er tømt. Nå går hun på medisinerommet for å klargjøre morfin og andre medisiner pasientene hennes skal ha denne natten. Sykepleier Renate Haaland blir med for å dobbelkontrollere.





**Kontroll:** – Vi vil helst ha ro mens vi holder på med medisiner, men fra klokken 22 pleier det å bli liv i mobilen, sier Anne-marte Aarland. Hun får hjelp av sykepleier Renate Haaland (t.v.).



## Fakta

### Elektronisk nøkkel

Hjemmesykepleiere på Rykkinn i Bærum kommune har testet ut et elektronisk nøkkelssystem. Brukerne har en boks på døren. Ved å trykke på en app på sin iPhone, åpnes døren. Sykepleierne har tilgang til alle brukernes bokser fra sin ene telefon.

De melder om bedre samarbeid, mindre stress og mindre unødvendig kjøring. Med fysiske nøkler brukte de i snitt 5 timer per vakt på å håndtere nøkler, 25 minutter per medarbeider. Nå bruker de 0 timer.

Kilde: Bærum kommune

Aarland får en telefon. Telefonnummeret deres er offentlig, så pasienter og pårørende kan ringe dem når som helst. Det er en pasient hun kjenner godt som ringer.

– Nei, vi kan ikke komme til deg i natt. Men dagvakt kommer til deg i morgen tidlig.

Aarland forklarer hvorfor det er best at

dagvaktet hjelper ham om morgenen. Pasienten gir seg ikke. Aarland må til slutt bli litt streng. Mannen blir sint og legger på.

De to sykepleierne gjør seg ferdig med medisinene.

**INTENSE SMERTER.** Aarland har fått på seg ytterklær. I natt skal hun gå sammen med helsefagarbeider Liv Espenes, som tar den røde akuttsekken på ryggen. De går til parkeringsplassen i mørket.

Ved rattet ringer Aarland til kreftpasienten:

– Vil du at vi kommer nå klokken elleve, eller skal vi vente til klokken ett?

Pasienten svarer ett.

Det er nesten fullmåne, Aarland har erfart at da kvikner pasientene til.

Inn en dør, opp i en heis: Første pasient får parkinsontablett. Oppdraget er gjort på få minutter.

Neste pasient møter dem utenfor huset mens hun lufter hunden sin. Oppe i leiligheten får hun en smertestillende intramuskulær sprøyte, som hun trenger hver fjerde time i døgnet. Hun har trigeminusneuralgi, og ansiktssmertene er intense. De venter en stund i tilfelle hun reagerer på medisinen. Imens prater de om løst og fast. Neste

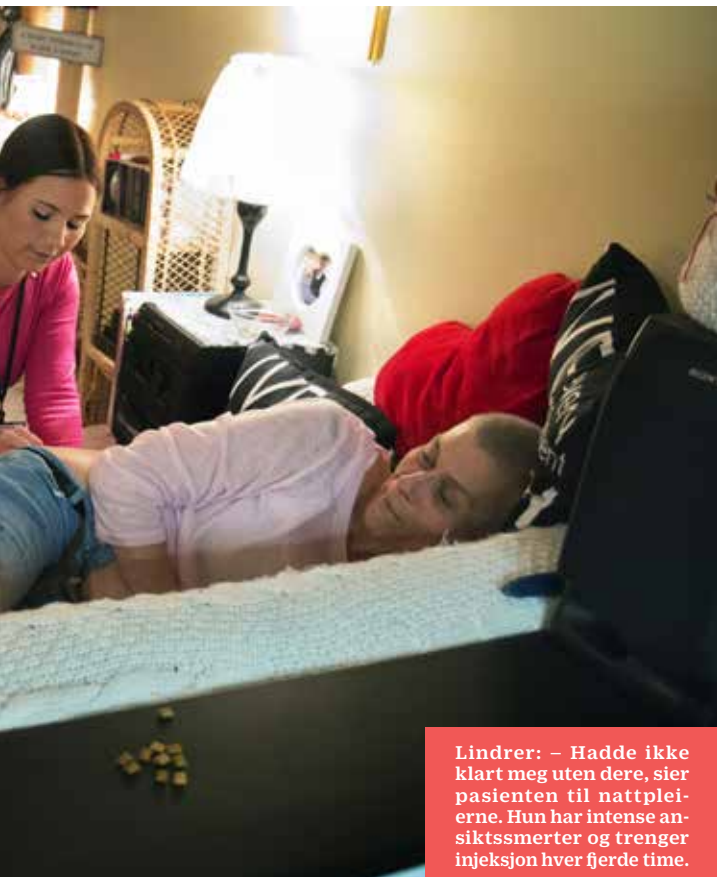
injeksjon skal pasienten sette på seg selv.

Nattevaktene kjører videre til et alderspensjonat. Der er det ikke sykepleier på natt, så Aarland er bakvakt. Damen som nå trenger hjelp, har ikke fått sin blodproppforebyggende injeksjon. Hun gir straks klar beskjed: Espenes har hvitløksånde, og må holde seg unna. Espenes tar avvisningen med godt humør og trekker seg vekk. Aarland injiserer i magen. Besøket tar under fem minutter.

**MÅ VENTE PÅ Å LEGGE SEG.** Legevaktet ønsker tilsyn av en pasient som nettopp er sendt hjem etter et fall. Aarland og Espenes leter for å finne huset, som befinner seg i en sidevei. Damen i sengen har skadet foten, og de to sjekker om såret har sluttet å blø. De konstaterer at bandasjen er tørr og fin og at pasienten har det bra. Fire minutter senere er de ute igjen.

Det begynner å regne. Det er blitt midnatt, og en mann i 90-årene venter på å få legge seg. Han sitter i stuen og skulle helst vært lagt allerede. Etter tjue minutter med stell ligger han trygt i sengen sin.

– Det er trist at pasienter må vente på å få hjelp til å legge seg. Dessverre rekker vi ikke alltid å holde tidspunktene som er satt opp på



**Lindrer:** – Hadde ikke klart meg uten dere, sier pasienten til nattpleierne. Hun har intense ansiktssmerter og trenger injeksjon hver fjerde time.



**Liv og røre:** I sentrum i storbyen kan det bli hektisk, særlig i helgene. Annemarthe Aarland liker litt «action», men som verneombud er hun opptatt av sikkerheten.

**Rundt omkring:** Det kan ta tid å finne fram til nye pasienters adresse. Nattevaktene går alltid to sammen.



arbeidslistene. I natt fikk vi ekstraoppdrag som vi måtte prioritere først, forklarer Aarland.

**ANBEFALER POWERNAP.** Halv ett er de på basen igjen. Aarland sjekker e-meldinger, men får it-problemer og må gi opp. E-meldingene skal sjekkes minst to ganger per natt. Hovedsakelig er det sykehusene som trenger informasjon om pasientene deres – fortest mulig.

De rekker ti minutter i sofaen. Trekker beina opp under seg, puster ut i dempet lys.

– Det er jo anbefalt å ta korte hvilepauser. Nattearbeid hemmer produksjonen av hormonet melatonin, som er viktig for immunforsvaret.

Aarland har lest seg opp på temaet:

– Produksjonen av melatonin foregår når øynene er lukket og lys ikke trenger gjennom netthinnen i øyet. En powernap på 10–15 minutter i dempet belysning kan være helsefremmende for oss som jobber på natt.

Hun legger til at de aldri helt vet om eller når de får pause neste gang.

– Hvis jeg ikke får en hvilestund på nattevakten, er jeg så trøtt om morgenen at det er uforsvarlig å kjøre bil. Vi skal jo også dele ut medisiner i den tilstanden, sier makker Espenes.

**PRIORITERER SMERTELINDRING.** Klokken ett var avtalen, men klokken har tikkert seg til halv to før de låser seg inn hos kreftpasienten som skal smertelindres med morfin.

Hjemmeboende kreftpasienter blir det stadig flere av. Behovet for smertelindring er der til alle døgnets tider.

– Smertelindring prioriterer vi høyt. Vi gjør vårt

**«Fram til klokken ett-to koker det ofte på alarmen.»** Annemarthe Aarland, sykepleier

beste for at ingen skal ligge og ha det vondt om natten. Natten er en ekstra sårbar tid for dem som er syk, sier Annemarthe Aarland.

Enda et leggeoppdrag står for tur. Klokken er to, og mannen i rullestol brummer litt over klokkeslettet. Som vanlig er han i godt humør og lett å hjelpe i seng.

– Du er så sjølhjelpen, du, skryter Aarland.

Siste hånd på verket er å få på plass

bipap-apparatet han bruker mot søvnapne.

– God vakt videre og kjør forsiktig, sier mannen før de drar ut igjen i mørket.

Fem minutter har de brukt på leggingen.

– Vi blir glad i de pasientene vi har gått til i mange år, kommenterer Aarland.

**ENSOMME PASIENTER.** Alarmen de nå har fått er helt som ventet, en gjenganger vil ha kontakt. Han pleier å ringe fire ganger hver natt. De tar turen innom: Han forteller at han hadde vondt i sted.

– Hvor hadde du vondt? spør Aarland.

Hun får ikke noe svar.

– Mange er ensomme. Det er trist når vi ser at de har så sterkt behov for kontakt at de utløser trygghetsalarmen, sier Aarland i bilen.

Noen vil ha snudd puten, andre vil ha et glass vann eller vite hva klokken er. Men ofte har pasientene falt og skadet seg.

– Mange av pasientene har trygghetsalarm, og vi bruker mye tid til å rykke ut på disse. Fram til klokken ett-to og om morgenen koker det ofte på alarmen.

Aarland er nettopp blitt valgt som verneombud.

– Nå jeg googler for å finne stoff om

# Hva skjer. Nattevakt i hjemmesykepleien



→ nattarbeid, får jeg nesten bare treff på brystkreft og ledige stillinger, sier hun.

– Jeg har ofte følt at vi som jobber natt i hjemmesykepleien er en glemt arbeidsgruppe. Vi gjør tross alt en veldig viktig jobb, og behovet for hjelp av nattevakter bare øker på etter samhandlingsreformen.

**BLE KNIVTRUET.** Espenes og Aarland har opplevd mye sammen på jobb – på godt og vondt. Det var de to som ble truet med kniv en natt sist høst. Pasienten hadde en stor kjøttkniv i hånden da hun åpnet for dem. De fikk ringt politiet, som kom med skjold.

– Det var en aha-opplevelse. Vi var jo helt ubeskyttet, sier Aarland.

Som verneombud setter Aarland sikkerheten høyt:

– Slikt skal ikke skje, men vi har ingen garantier

for at slike episoder ikke kan oppstå. Vi kan bearbeide uønskede hendelser ved å snakke sammen om det som har skjedd. Man blir godt kjent med hverandre på natt, man jobber jo tett sammen i ti timer.

De to stoler på hverandre og liker å prate.

– Vi har det supergøy sammen, vi ler mye. Vi er nødt til å bruke mye humor i den jobben vi har. Ellers kan det fort bli veldig slitsomt og trist.

De lurar på hva tittelen på reportasjen skal være. De foreslår selv: «Nattens glemte sykepleiere.»

«Vi er nattens engler. Ha-ha.» Aarland og Espenes

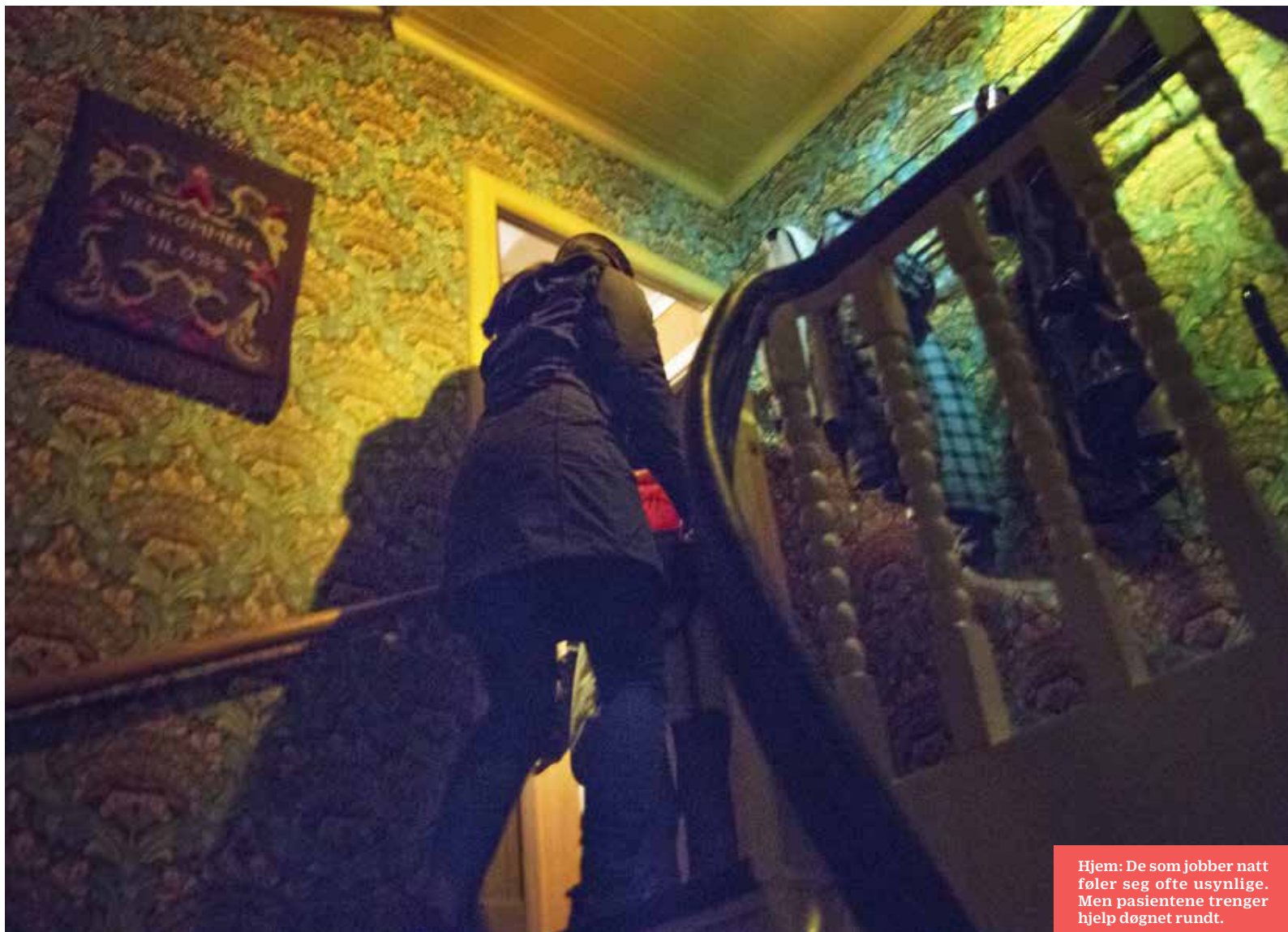
– Eller kanskje litt mer positivt ladet: «Om natten skinner stjernene». Eller «Nattens engler». Ha-ha.

**EN VANLIG NATT.** Natten ender opp uten pause, ingen høneblund, men fire avvik:

- De var forsinket mer enn to timer på et leggesoppdrag.
- Et oppdrag måtte prioriteres bort.
- Vold: Espenes ble slått på armen av en psykisk syk pasient.
- Et ekstraoppdrag fordi kveldsvakten hadde glemt å gi medisin.

Det var 15 pasienter på arbeidslisten, totalt 24 oppdrag.

– En helt vanlig natt med hensyn til arbeidsmengden, oppsummerer Aarland.



Hjem: De som jobber natt føler seg ofte usynlige. Men pasientene trenger hjelp døgnet rundt.

# Nattevaktene kjører 15 mil på en vakt

## LAGÅND: Ønsket om mer samhold mellom nattevaktene fører til mer kjøring.

Sykepleier Elena Sandgathe begynte i august 2014 som prosjektleder for å omorganisere nattjenesten i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Kravet var å spare 2 millioner kroner.

– Å være en nær og tilgjengelig leder er en utfordring siden vi jobber på ulike tider av døgnet. De sover jo, eller har fri, når jeg er på jobb, sier Sandgathe.

Hun har ansvaret for rundt 70 nattevakter i hjemmetjenesten, fifty fifty fordelt på sykepleiere og helsefagarbeidere.

**MER ENN BLEIESKIFT.** Fra nyttår ble ti soner slått sammen til fire. Selve sammenslåingen er hun positiv til.

– Med utvidete soner om natten kan nattevaktene bli kjent med nye kolleger. De får et større faglig fellesskap og kan lene seg på hverandre i vanskelige situasjoner, sier Sandgathe.

Hun har hørt folk si at nattevaktene bare driver med snuing, bleieskift og kateterstell.

– Men de gjør langt mer enn det. De følger opp komplekse problemstillinger og tar mange krevende beslutninger på egen hånd. Nattevaktene kan komme til hjem der de ikke vet hva de møter på. De følger opp brukere i livets



Tenker nytt: Gruppeleder Elena Sandgathe vil at nattevaktene skal samarbeide på tvers av soner. Åshild Bjånesøy i bakgrunnen liker hennes entusiasme.

slutfase som ønsker å dø hjemme, ofte med pårørende til stede.

– Min største motivasjon er å bidra til å skape en nattjeneste med samhold der alle kan være stolte over jobben sin.

## MER SÅRBAR VED SYKDOM.

Det er formiddag og hun har arbeidsplassen sin i det samme rommet som nattevaktene har som møteplass. Bak henne er den blå sofagruppen som har for lav rygg til at den kan brukes som hode støtte for en søvnnig nattarbeider.

– Er det greit å sove på jobb?

– Det er forskjell på å legge seg

## «Nattevaktene tar krevende beslutninger på egen hånd.»

Elena Sandgathe, leder

ned for å sove og å sette seg i en stol med beina høyt. Man kan diskutere hvor grensen går. Vi legger ikke opp til at nattevaktene skal hvile mye om natten.

Nattjenesten er ekstra sårbar for sykefravær:

– På dagen kan man flytte på oppdrag og få



## Ti soner er blitt til fire:

Fra nyttår ble hjemmetjenestens nattjeneste i Bergen redusert fra ti til fire soner. Her er de fire nattsonene:

- Fana og Ytrebygda
- Arna og Åsane
- Laksevåg og Fyllingen
- Storsonen: Solheim, Landås, Sentrum, Sandviken

## Utsatt for vold

Ansatte i helsesektoren er blant dem som er mest utsatt for vold og trusler på arbeidsplassen. En av fire sykepleiere sier de har opplevd det. Omfanget er antakelig enda større innen hjemmetjenesten, rus og psykiatri og akuttmottak. Underrapportering er sannsynlig. Alenearbeid kan gjøre den ansatte mer sårbar, og risikoen øker på kveld og natt.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund (NSF)

## Stortinget gjorde vedtak om vold

- Stortinget vedtok 15. mars å vurdere en ny forskrift om vold og trusler til arbeidsmiljøloven.
- Stortinget ber også regjeringen om å utrede sammenhengen mellom bemanningssituasjonen og vold/trusler på arbeidsplassen.



→ det til å gå på den måten. Men om natten trenger vi akkurat like mange nattevakter hver natt.

Ved siden av henne sitter Åshild Bjånesøy, assisterende gruppeleder. Hun supplerer:

– Ja, det blir så synlig om natten. Melder noen seg syk, må vi ha vikar. Om dagen er det flere på jobb og lettere å ordne seg uten vikar.

Noen velger nattarbeid fordi de videreutdanner seg.

– Er det bra?

– Ja, når man klarer å jobbe og studere samtidig, er det veldig bra. Vi ønsker at nattevaktene skal bygge kompetanse, sier Elena Sandgathe.

Bjånesøy har hatt mange ulike oppgaver i hjemmesykepleien. Hun synes det er forfriskende å jobbe på tvers av generasjoner.

– Vi utfyller hverandre. Elena har ungdommelig spirit og entusiasme. Jeg har erfaringen.

**FÆRRE VIKARER.** Det er en overgang for nattevaktene å tenke at de er tjue på vakt, ikke to:

– Men stadig flere tar vakter der de ikke jobbet før. Vi oppfordrer dem til å jobbe på tvers. Ved å ta ekstravakter i en annen sone, blir det større faglig variasjon. Når vi bruker våre egne, sikrer vi kvaliteten på tjenesten. Vi ønsker å unngå bruk av vikarbyrå. Det er med på å holde kostnadene nede, sier Elena Sandgathe.

**TAR TID Å OMSTILLE SEG.** Karen Hoshovde er sykepleier og

tillitsvalgt for nattjenesten i Bergen.

Hun bekrefter at det er en del misnøye med omorganiseringen blant nattevaktene, som nå er samlet under en leder.

– Før var nattjenesten delt inn i ti soner med ti gruppeledere. De hadde noe ulik praksis med å tildele oppdrag. Noen var strenge, andre liberale.



## «Politikerne kutter. Hvilke tjenester ønsker de på natt?» Karen Hoshovde, NSF-tillitsvalgt

Nå skal oppdragene vurderes likt.

– Men omstilling tar tid, vi kan ikke vente at alt er på skinner med en gang.

**DYRT Å VÆRE TO.** Nattarbeid er dyrt:

– Når politikerne vil kutte, må de spørre seg: Hvilke tjenester ønsker vi på natt?

Hoshovde viser til at det er mange trykksalarmer som utløses om natten, i tillegg til tilgjengelighetstelefon og faste oppdrag.

– For egen trykksalmer går vi dessuten to sammen, det koster jo. I noen områder og med noen pasientgrupper er det økt risiko for å bli utsatt for vold eller trusler. Kveldsvakten går gjerne alene til de samme brukerne. Hvem skal definere når risikoen krever

at vi går to sammen? Hvor går grensen?

**MANGE EKSTRA MIL.** De geografiske avstandene er store utenfor sentrumssonen.

– Det begrenser hvordan man kan samarbeide. Vi kan ikke holde på å kjøre på kryss og tvers av sonene. Det blir lite økonomisk. Men selvfølgelig hjelper vi hver-

andre så langt det lar seg gjøre når det er behov for det.

Selv jobber hun i bydelen Ytrebygda.

– Vi kjører tre mil ekstra hver natt, bare for å komme fram og tilbake til kontorene. I Åsane og Arna er det enda mer: Der kjører de mellom 12 og 15 mil om natten.

– Er driften uforsvarlig?

– Nei, men utrykningstiden er blitt lenger. I Ytrebygda er den økt med 15 minutter, i Arna enda mer. Det går jo ut over pasientene, men de får den hjelp de skal ha, den kommer bare litt senere.

En annen ulempe er at nattevaktene mister kontakt med dag- og kveldsvaktene:

– Det beste er rapport ansikt til ansikt, og det er jo pasienten vi samarbeider om. Nå ringer ansvarsvakten hvis det er

noe spesielt, men det kan lett føre til at man går glipp av viktig informasjon.

**LITT USYNLIG.** Selv har Hoshovde jobbet 50 prosent natt siden 2003.

– Dere er avsondret fra det vanlige arbeidslivet?

– Ja, nattarbeid er noe for seg selv. Det er fort gjort å glemme natten. Vi er litt usynlig. Men grunnen til at mange har holdt ut i så mange år er trivsel. Sparing fører til misnøye og usikkerhet.

Hoshovde hadde gjerne sett at politikerne bevilget de pengene det koster å drive nattjenesten.

– Den er dyr, men nå er vi nødt til å prøve ut den nye ordningen og se om penger spares. Vi som jobber må bli hørt i evalueringen. Det er økte krav til sykepleierne, også på natt. Det blir mer teknisk; pumper, ernæring, væskebehandling. Vi tar oss av dårligere pasienter enn før. Det er det ingen tvil om.

– Hvilken hvile anbefaler du for nattevaktene?

– Vi skal selvsagt ikke sove når vi er på jobb. Noen netter går det i ett, pausene vi får blir tiden i bilen mellom oppdragene. Mange synes derfor at det er godt å kunne legge beina opp og slappe av når vi har pauser.

– Har nattevaktene gode stoler?

– Det er nok ymse. Noen har gode stoler, noen sofa, mens noen har nok fortsatt pinnestoler. Å få strukket ryggen og slappet av på en pinnestol er ikke så lett. ●

marit.fonn@sykepleien.no

## Høneblund, powernap og nøkkelsovn

En kort periode med søvn, 10 til 30 minutter, gjerne i en stol eller sofa. Skal være bra for hjerte og hjerne.

Man kan holde et nøkkelknippe i hånden mens man glir inn i søvnen inntil nøklene faller i golvet og man våkner. Dette gir kortvarig oppkvikkende effekt.

Kilder: Wikipedia og Aktiv i Oslo

## Brystkreft

Det kan se ut til at de som jobber i helsevesenet, spesielt sykepleiere, har en høyere risiko for å utvikle brystkreft enn andre. Dette skyldes endringer i reguleringen av hormonet melatonin, som beskytter mot kreft.

I høyrisikogrupper er kvinner opp til 60-årsalderen som har arbeidet om natten i 20 år eller mer.

Kilde: Kreftforeningen og forskning.no

## Usunt

Turnus- og nattarbeid har vist seg å være forbundet med søvnvansker, tretthet, søvnighet, gastrointestinale lidelser, kardiovaskulære lidelser, brystkreft, metabolske forstyrrelser, psykologiske symptomer samt ubalanse i forholdet mellom jobb og familie.

Kilde: Søvnforskere i Sykepleien 11/2013



# Noe å tenke på for deg som har mye å tenke på.

Eurocard er mer enn et globalt betalingsmiddel. Vi forenkler også bedriftens betalingsløsninger for at du skal spare tid og penger. Tiden du får til overs kan du bruke til viktige ting, som å tenke ut planer for fremtiden.

**Les mer om hvordan vi kan hjelpe deg på [eurocard.no](http://eurocard.no)**

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 fra 22,96 % til 33,87 %  
(33,87 % hvis årsavgift kr 645). Kredittkostnad kr 1.441–2.086.



**La verden forandres.**



## Gode på håndhygiene

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

**DESINFEKSJON:** Over halvparten av helsepersonell som deltok i Folkehelseinstituttets undersøkelse visste at hånddesinfeksjon virket raskere og er mer effektivt enn håndvask når hendene ikke er synlig forurenset.

Instituttet har nylig gjennomført en spørreundersøkelse der 4 115 sykepleiere, 373 leger og 1 668 hjelpepleiere/helsefagarbeidere har svart.

89 prosent av helsepersonell svarer at de rutinemessig bruker hånddesinfeksjon når de

er på jobb. Ifølge Folkehelseinstituttet er det liten variasjon mellom yrkesgruppene.

Norsk helsepersonell oppgir selv at de er flinke til å ivareta

«Det er liten grunn til å tro at situasjonen er bedre ved norske sykehus.»

Nina Sorknes

håndhygiene, men en dansk undersøkelse publisert tidligere i vår, viser at hver tredje sykehusansatte ikke vasket hender etter døbesøk.

– Det er liten grunn til å tro at situasjonen er bedre ved norske sykehus, sier seniorrådgiver og hygiesykepleier ved Folkehelseinstituttet, Nina Sorknes.

**FORURENSET PYNT.** Hele 98 prosent av helsepersonellet som svarte i undersøkelsen, var klar over at ringer og armbåndsur øker antall mikroorganismer på hendene.

70 prosent svarte at nærmeste leder bidrar positivt for en bedre håndhygiene.

**NASJONAL VEILEDER.** Folkehelseinstituttet arbeider med å lage en ny nasjonal veileder for håndhygiene i helsetjenesten, basert på kunnskap om emnet. Den skal være ferdig i løpet av høsten.

– Den er ett av verktøyene til bruk for å nå målene om infeksjonsforebygging i helsetjenesten, sier Nina Sorknes. •

[kari.anne.dolonen@sykepleien.no](mailto:kari.anne.dolonen@sykepleien.no)

## PSYKEPLEIERE

KF120 BIKRNN



BH Emotion Evo Street



BH Emotion Evo 27,5"



BH Emotion Evo Jet

Hva kan vel være mer pleiende enn å la vinden kile deg i ansiktet mens du suser avgårde på vei hjem? Elykkelen senker terskelen for å velge sykkel som transportmiddel, og i tillegg kommer du rett og slett i godt humør av å bruke den. Derfor liker vi å si at når elykkelen bruker av sine batterier, lader den dine.



## EVO ELSYKLER

Elysklene over er fra spanske BH Emotion – en av bransjens ledende innen kvalitet, design og tekniske løsninger.

Hele utvalget av kvalitetselyskler og alle landets forhandlere finner du på [www.evoelyskler.no](http://www.evoelyskler.no)



# Får ikke gjort det de skal

• Tekst **Marit Fonn**

**HEKTISK:** Hos oss er det ikke nok jordmødre til å tilby fødende en-til-en omsorg i aktiv fødsel, mener halvparten av jordmødrene som har svart på en undersøkelse utført av Norsk Sykepleierforbund (NSF). 1 av 4 sier det hender at de av kapasitetshensyn må avvise eller viderehenvise en som er i aktiv fødsel.

NSF har spurt sine jordmormedlemmer om diverse forhold som gjelder deres yrke. De drøyt 200 som har svart på spørsmålene har jobb som jordmor.

9 av 10 av jordmødrene som har svart på undersøkelsen mener at jordmødre bør få større ansvar for kvinnehelse, som å ta rutinemessig celleprøver og sette inn spiral. Litt mer nølende er de til spørsmålet om helsestasjonene kan ha totalansvaret for helsen til kvinner i fertil alder. 5 av 10 synes at det er på sin plass.

Flere svar fra undersøkelsen:

- De aller fleste oppgir at de i gjennomsnitt har ansvar for én til tre fødende eller andre pasienter på en vakt.
- Nesten halvparten sier det hender de ikke får overvåket kvinnen og/eller barnet i fødsel tilstrekkelig.
- De fleste svarer at de har ansvar for mellom 3 og 6 barselkvinner.
- 1 av 4 sier det bare av og til er nok jordmødre til at de kan følge opp barselkvinnene individuelt.
- På 3 av 10 arbeidsplasser reiser kvinnen som oftest hjem før amming er etablert.

**FLERE FØDSLER.** Hanne Schjelderup-Eriksen, leder i Jordmorforbundet i NSF, er ikke overrasket over at så mange jordmødre sier at de må avvise fødende. Jordmødrene har varslet om for lav jordmorbemanning i årevis.

– Særlig på store klinikker sjonglerer jordmødrene mellom flere

fødende som er i aktiv fødsel samtidig. Jordmødre melder at de får tilsynssaker mot seg på grunn av utilstrekkelig overvåkning av mor og barnet under fødsel.

Ifølge retningslinjer for fødselsomsorg anbefales det at den fødende har en jordmor hos seg under fødselen.

## «Vi trenger 1000 flere jordmødre bare i kommunene.»

Hanne S. Eriksen

**STORE KLINIKKER.** Schjelderup-Eriksen synes det er urovekkende at jordmødre ikke får observert mor og barn tilstrekkelig.

– Det er større press på store klinikker på grunn av nedleggelse av de mindre fødeenheter i distriktene, men bemanningen er ikke justert opp etter behovet.

Jordmødre i Oslo må stadig sende kvinner videre til andre sykehus selv om de er i aktiv fødsel. Schjelderup-Eriksen forteller om en fødende som hadde sju centimeter åpning da hun kom til et Oslo-sykehus.

– Likevel ble hun sendt videre. Men først måtte hun vente, og da var åpningen blitt ni centimeter. Ambulansepersonalet var fortvilet.

Smertelindring, overvåkning og hjelp av jordmor under transporten fikk hun heller ikke.

Schjelderup-Eriksen mener at myndighetene ikke har tatt innover seg at utdanningskapasiteten må økes.

– Vi trenger 1000 flere jordmødre bare i kommunene. Nå er det mindre enn 300 kommunejordmødre som skal ivareta 60 000 gravide og minst like mange nyfødte årlig, sier lederen for Jordmorforbundet. •

*marit.fonn@sykepleien.no*

## MANGLER DU SYKEPLEIERE TIL FERIEEN?

ACCURATE CARE  
GARANTERER LEVERING  
VED BESTILLING FØR  
1.JUNI



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

## Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@solgullet  
Vi feirer den internasjonale sykepleierdagen  
Gratulerer alle flotte sykepleiere



@ctorvik  
#Ebola #HerSkalDuMotstandFinne  
#LegevaktaTrondheim



@anders88  
Only a couple more days until I am back in my  
white scrubs :) can't wait!



@malene5carrie  
Gratulerer med dagen fra Bergen Legevakt



@idaarroy  
Ferdig med første sticket!



@kaffemani  
#yrkesykepleier #lørdagskveld #mitthaukeland



@malenetlfsen  
Fikk bli med anestsilegen inn på operasjon



@ederdelmoral  
#yrkesykepleier



@boksarnaso  
Sånn går nu natta.



## Tror færre vil til Norge

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

**SYNKER: I 2013 søkte 1260 svenske sykepleiere norsk autorisasjon. I fjor sank tallet til 878, ifølge Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK).**

I 2008 og 2009 fikk over 2 000 sykepleiere fra Sverige autorisasjon til å jobbe i Norge.

– Det ser ut til at det er stadig færre sykepleiere som søker norsk autorisasjon. Hva tror Vårdförbundet det skyldes?

– Det er vanskelig å gi ett klart svar på det. En av grunnene kan være at begynnerlønnen er høynet etter sykepleierstudentenes aksjoner som «Ikke under 24 000» og hjelp fra Vårdförbundet. De fleste steder ligger nå begynnerlønnen på mellom 25 000–27 000 kroner, sier Ann Johansson, nestleder i svenske Vårdförbundet.

Svak kronekurs kan ifølge Johansson, være en annen årsak.

**HAR IKKE OVERSIKT.** At færre svenske sykepleiere søker om norsk autorisasjon, betyr ikke nødvendigvis at det er færre svenske sykepleiere som jobber her.

Tall Sykepleien har fått fra SAK, viser at det totalt per i dag finnes 23 715 sykepleiere med utdanning fra Sverige som har norsk autorisasjon.

Sykepleiere i Norge tjener ifølge Johansson rundt 10 000 kroner mer enn sykepleiere i Sverige.

– I tillegg har norske sykepleiere kortere arbeidstid, og ansvar for færre pasienter, sier hun.

Johansson forteller at en svensk sykepleier har ansvaret for rundt 10 svært syke pasienter på akuttmedisinske avdelinger, mens de i Norge har tre pasienter.

– Barnesykepleiere i Sverige forteller at de tidligere hadde ansvar fire alvorlig syke barn, nå har de ansvar for åtte, sier hun.

I kommunehelsetjenesten er det

enda flere pasienter per sykepleier. – Men slik er det vel i Norge også, sier hun.

**MANGLER SPESIALSYKEPLEIERE.** – Hvor stor er sykepleiemangelen i Sverige?

– Vi mangler først og fremst spesialsykepleiere. I løpet av en 20-årsperiode har andelen spesialsykepleiere sunket med 20 prosent. Samtidig har behovet for mer spesialisert sykepleie økt, sier hun.

Johansson sier at en av årsakene til at det er blitt slik er manglende incentiver.

### «Norske sykepleiere har ansvar for færre pasienter.»

Ann Johansson

– To studenter fra Handelshögskolen gjorde en undersøkelse for et par år siden som viste at det tar spesialsykepleiere 19 år å tjene inn utgiftene ved å ta en spesialutdanning. For noen av utdanningene vil det aldri lønne seg, sier hun.

**ALVORLIGE KONSEKVENSER.** Mangelen fører til at operasjoner avlyses, pasienter legges på feil avdeling, kreftsyke barn må reise til sykehus i andre fylker for å få pleie av barnesykepleiere og kreftsykepleiere.

– Listen over konsekvenser er lang, sier Johansson.

Det er ofte de erfarne spesialist-sykepleierne som velger å arbeide i Norge.

– Også nyutdannede reiser av nysgjerrighet, men de er færre så vidt vi vet, sier hun. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



# DET ER MANGE FORDELER VED Å VÆRE SYKEPLEIER



## Norsk Sykepleierforbund har avtale med Esso MasterCard. Noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

- 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- Valgfri PIN-kode



Søk om kort online med din BankID, så får du kortet rett i postkassen! Onlinekjøpet finner du på [essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund](http://essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund)



**Brudd.** Retten til helse er nedfelt i menneskerettighetene.

Men papirløse i Norge får kun akutt helsehjelp.

# Strides om helsehjelp til papirløse

● Tekst og foto **Kristin Charlotte Horn Talgø**

Migranter som får endelig avslag på sin asylsøknad, mister også D-nummeret i Folkeregisteret. D-nummer er et ID-nummer som blir utdelt til personer som ikke oppfyller vilkårene til et vanlig fødsels- og personnummer. Migranter uten D-nummer og lovlig opphold er de som i mediene ofte blir omtalt som papirløse. De kan fortsatt bo flere år i Norge i regi av asylmottak, men har ikke krav på refusjon fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Akkurat hvor mange papirløse som befinner seg i Norge i dag, er vanskelig å si. Statistisk sentralbyrå kom med de siste tallene i 2006 og anslø mellom 10 000 og 30 000 papirløse.

**UKLAR LOV.** Den norske loven om helsehjelp til papirløse er i strid med menneskerettighetene, mener Henriette Sinding Aasen. Hun er professor ved Det juridiske fakultetet ved Universitetet i Bergen.

Retten til helse er beskyttet i artikkel 12 i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter: Her står det at alle skal nyte den høyest oppnåelige helsestandard.

Men i den norske forskriften om «rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket» er all helsehjelp for voksne

papirløse begrenset til «akutt og livsnødvendig hjelp som ikke kan vente».

Målet med forskriften er å sikre lik behandling for personer uten lovlig opphold, og minske uklarheter for helsepersonell. I praksis opplever imidlertid mange helsearbeidere at forskriften er uklar og pålegger dem å ta innvan-

## «Sykehuset i Vestfold avsluttet behandling fordi pasienten var blitt papirløs.»

Tove Kvalbein

dringsregulerende hensyn når de skal vurdere behandling. Sinding Aasen er ansatt ved Forskergruppe for helse- og sosialrett, og hun er ikke i tvil.

– Loven er veldig uklar. Kjempeklar. Helsepersonell vet ikke hvordan de skal håndtere situasjonen, og det går imot medisinsk etikk.

**UMULIG Å AVGRENSE.** Ved Vestfold Migrasjonshelsesenter har de ansatte tatt et aktivt valg for ikke å havne i skvis mellom yrkesetikken og innvandringspolitikken.

Tove Kvalbein er sykepleier og daglig leder ved

Migrasjonshelsesenteret, som er et samarbeid mellom de fire kommunene Stokke, Tønsberg, Nøtterøy og Andebu.

Helsesenteret er som et vanlig fastlegekontor. I tillegg til Kvalbein er det ansatt to leger, en helsesøster og psykolog. Psykologen er ansatt av spesialisthelsetjenesten, men har sin arbeidsplass her.

Alle asylsøkere blir innkalt til en gratis førstegangsundersøkelse etter ankomst. Ved sykdom kan pasienten selv bestille time eller mottaket kan henvise til senteret.

– Noen klarer seg med den ene gangen, mens andre ser vi mer til. Det er mye skader og alle har opplevd grusomme ting. De har et stort behov for samtaler og psykolog, sier Kvalbein.

### TO TREDELER PAPIRLØSE.

Tønsberg asylmottak har gjort et anslag på at to tredjedeler av beboerne er såkalt papirløse, det vil si asylsøkere med endelig avslag. Vestfold Migrasjonshelsesenter tar ikke hensyn til oppholdsstatusen, men behandler alle likt og følger opp. Senteret henviser til sykehus ved behov uavhengig av om pasienten har opphold eller ikke.

– Det har hendt oss én gang at sykehuset har avsluttet behandling da de fikk vite at pasienten ikke hadde rett på behandlingen, fordi vedkommende var blitt

Fakta ●●●●

### Tilbud

Helsesenteret for papirløse i Oslo:

- Driftes av Kirkens Bymisjon, Røde Kors, Extrastiftelsen og frivillige.
- Har hatt rundt 1000 pasienter i året de to siste årene.
- Tilbyr lege, sykepleier, psykolog og fysioterapi.

Helsehjelp til papirløse i Bergen:

- Samarbeid med Norsk Folkehjelp i Bergen, og får støtte fra Extrastiftelsen.
- Har rundt 70 frivillige og kan tilby det samme som et vanlig fastlegekontor.

Vestfold Migrasjonshelsesenter:

- Samarbeid mellom Tønsberg, Stokke, Nøtterøy og Andebu. Fungerer som et fastlegekontor til asylsøkere

såkalt papirløs. De sluttet med en gang, midt i behandlingen.

– Er det forsvarlig?

– Nei, men vi følger opp. Det henger jo sammen med de etiske utfordringene som dukker opp i slike situasjoner. De uten D-nummer har rett på øyeblikkelig hjelp som ikke kan vente, men vi kan jo diskutere i det vide og det brede hva som går under det, sier Kvalbein.

Torgeir Grøtting, analysesjef ved Sykehuset i Vestfold, mener at deres praksis har vært i tråd med gjeldende juss. Men han kan opplyse at sykehuset nå jobber med et nytt «policy-dokument».

**PANTEFLASKER.** – Vi puttes inn i en maskin, og hvis ikke papiret med den rette strekkoden er på, så spytted vi ut igjen og kastes i søppelbøtten. Samfunnet glemmer at det er flasken som skal resirkuleres, ikke papiret.

Det sier «Mariam» som har vært «panteflaske» uten den rette strekkoden i snart åtte år. Hun og mannen kom til Norge i 2004 og fikk endelig avslag i 2007. En novembermorgen i 2010 fikk mannen hennes et hjerteinfarkt. Fordi de trodde at de ville bli anmeldt til politiet dersom de kontaktet legevakten, ventet de til klokken syv på kvelden før de ringte en lege de kjente og stolte på.

De har tre barn på åtte, fem og snart fire år. Mannen sliter fortsatt med helsen og tung pust som følge av hjerteinfarkt. Han er avhengig av tre ulike medisiner for å holde seg frisk. «Mariam» er veldig glad for hjelpen familien får fra et frivillig helsesenter for papirløse i Oslo. Før hun ble kjent med helsesenteret via NOAS, måtte de betale for medisiner selv.

**JUSS-KLUSS.** Den juridiske retten til helsehjelp og asylpolitikk blandes ofte i den offentlige debatten. Kirkens Bymisjon var blant 11 organisasjoner som gikk sammen om et opprop til regjeringen om å gi papirløse i Norge reell tilgang til helsehjelp.

De mener at medisinsk hjelp



**Kritisk:** Daglig leder og sykepleier Tone Kvalbein og helsesøster Mona Jenssen ved Tønsberg Migrasjons-helsesenter frykter at lovverket fører til at sykehus vegrer seg for å sette i gang nødvendig behandling.

skal baseres på behov, ikke oppholdsstatus. Konstituert leder i Kirkens Bymisjon i Oslo, Johannes Heggland, sier at det er svært vanskelig å diskutere helsehjelp til papirløse med politikere uten at asylpolitikk trekkes inn.

Kirkens Bymisjon ønsket å opprette et frivillig helsesenter for papirløse, men ble advart av flere stortingspartier under den rødgrønne regjeringen mot å gå inn i en diskusjon om dette. Venstre, Kristelig Folkeparti og Sosialistisk Venstreparti var de eneste som ikke advarte dem. Likevel fikk Kirkens Bymisjon i samarbeid med Røde Kors opprettet et helsesenter i Oslo for fem år siden.

**ØKONOMISKE KRAV.** Frode Eick, sykepleier og daglig leder for Helsesenter for papirløse i Oslo, mener det er problematisk å stille økonomiske krav til mennesker uten opphold.

– Lovverket er veldig strengt og fører til mye unødvendig lidelse.

Mange går lenge med helseproblemer før de får hjelp.

Dette mener også de ansatte ved Vestfold Migrasjons-helsesenter i Tønsberg. De bruker mye tid på å forklare pasienter at helsehjelp som tannlege eller optiker ikke er gratis. Det er mange av de samme helseproblemene som går igjen. Mange har alvorlige tannproblemer. Noen får ikke i seg mat fordi tennene gjør så vondt. En del har også svært redusert syn.

– Det blir vanskelig når loven sier at hjelpen som skal gis er begrenset til det helt akutte. Dette kontoret er litt spesielt for vi er opprettet for å kunne ta imot pasienter med eller uten papirer, så lenge de bor i kommunene våre, sier Kvalbein.

#### **VELFERDSGODE I DÅPSGAVE.**

Loven om helsehjelp til papirløse overlater til helseforetakene å ta valget. De kan gi behandling, men vil ikke få økonomisk kompensasjon.

Dersom sykehus ikke får regningen dekket av HELFO, vil

kravet i utgangspunktet bli adressert til pasienten. I tilfeller hvor det ikke foreligger noen adresse eller annen kontaktinformasjon til pasienten, vil det bli avskrevet som tap i regnskapet.

Daglig leder Frode Eick mener det er staten som bør endre loven for at det økonomiske skal være overkommelig for alle parter. Han sier også at papirløse er en stigmatisert gruppe. Folk flest har lite kunnskap om hvorfor de er her og bakgrunnen for situasjonen.

– Mange i Norge ser på helsehjelp som et velferdsgode de har fått i dåpsgave. De som sier at bedre helsehjelp til papirløse vil bidra til mer ulovlig opphold vet veldig lite om hva det vil si å være i en slik situasjon, sier Eick.

#### **FOREBYGGENDE VS. AKUTT HJELP.**

Eick sier det har liten effekt på økonomien å innføre bedre helserettigheter for papirløse. Han hevder at det er økonomisk





lønnsomt å behandle tidlig og forebygge, fremfor å vente til man må gi akutt hjelp. Heggland i Kirkens Bymisjon mener også det er store fordeler både menneskelig og økonomisk å gi forebyggende hjelp eller tidlig intervensjon.

– Det er rart at en skal vente til folk er blitt nesten livstruende syke før de får skal få behandling, sier Heggland.

**HELSETURISME.** Et av argumentene fra politikerne før helsesenteret i Oslo ble opprettet, var at bedre helserettigheter ville føre til flere migranter.

Generalsekretær Ann-Magrit Austenå i Norsk Organisasjon for Asylsøkere (NOAS) tror ikke bedre helserettigheter vil føre til «helseturister».

– Man må få det klart fram at det ikke er tilgang på helserettigheter som gjør at folk kommer til Norge, men det kan være manglende helsebehandling som gjør de ikke reiser tilbake, sier hun.

Daglig leder ved Helsesenteret i Oslo er enig.

– Det er en veldig snål tankegang og vitner om at de vet lite om hvordan det er å være ekskludert fra samfunnet. Folk reiser ikke fra hjemlandene sine på grunn av en lege, men fordi de

ikke har noe annet valg, sier Frode Eick.

**LENGE I LANDET.** Alle voksne asylsøkere med endelig avslag på asylsøknaden skal kunne forlate landet i løpet av to til tre uker. All helsehjelp som ikke må gjøres innen den tid skal utsettes og ut-



## «Det er ikke tilgang på helserettigheter som gjør at folk kommer til Norge.»

Frode Eick

føres i landet de tilbakeføres til. Forskriften sier ingenting om utreise innen tre uker er realistisk. I praksis blir mange asylsøkere uten lovlig opphold værende i landet mye lengre.

Daglig leder Kvalbein ved Vestfold Migrasjons helsesenter sier at de treffer på beboere ved mottakene som har endelig avslag, men som har vært i landet i opptil syv år.

Austenå i NOAS mener at lovverket fører til at sykehus vegrer seg for å sette i gang behandling.

– De er redd for å starte behandling de ikke kan fullføre, selv om pasienten blir i landet lenge etter at søknaden er avslått.

**GRUNNLEGGENDE RETTIGHETER.** Per Nortvedt, professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, mener det vil være vanskelig ikke å starte en nødvendig behandling selv om vedkommende skal reise ut og ikke kan slutføres i hjemlandet.

– Det strider mot den grunnleg-

gende plikten til å yte helsehjelp ut fra individuelle behov. Innvandringspolitiske hensyn er ikke uttrykk for universelle, uforgjengelige rettigheter, men skapt av en bestående politisk orden, påpeker Nortvedt.

Leder av Folkerettsseksjonen i Røde Kors, Mads Harlem, er klar i talen rundt dette.

– Helsehjelp dreier seg om grunnleggende menneskerettigheter som skal oppfylles uavhengig av om man oppholder seg ulovlig i riket.

– Synes du det er riktig at mennesker som egentlig ikke har rett til å være i landet skal få helsehjelp på statens regning?

– Ja. Helsehjelp er nødvendig, avslutter han.

### FELLESSKAPETS RESSURSER.

– Å benytte seg av fellesskapets ressurser, enten det gjelder helsetjenester, sosialhjelp eller andre hjelpetilbud, skal forbeholdes personer som oppholder seg lovlig i landet. Det ordinære helsetilbudet bør derfor ikke benyttes i disse tilfellene, sier leder for helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, Kari Kjønås Kjos (FrP).

Hun sier akutt livredning i større grad er en grunnleggende moralsk plikt, og at det derfor er riktig å gi livreddende førstehjelp til ulovlige innvandrere.

– Jeg har tillit til at norsk praksis er i overensstemmelse med menneskerettighetene. Det ville overraske meg om Den Europiske Menneskerettighetsdomstol (EMD) mener det å knytte velferdsrettigheter til lovlig opphold er et brudd på grunnleggende menneskerettigheter, sier Kjos.

### KREVER LOVLIG OPPHOLD.

Kristelig Folkepartis (KrF) representant i samme komité, Olaug V. Bollestad, er ikke enig i leder Kjos' holdninger til papirløse. Hun mener gruppa bør få hjelp av staten også i tilfeller der helsehjelpen ikke er akutt, og ønsker en utredning på feltet. ●

redaksjonen@sykepleien.no

## Helsehjelp til papirløse i Europa:

### Italia:

- I 2009 fikk papirløse i Puglia rett til full helsehjelp og rett til å velge fastlege til sine barn. Myndighetene innså at mesteparten av arbeiderne i jordbruket i regionen var papirløse.
- I 2010 overstyrte statlige myndigheter dette, da de mente regionen ikke hadde kompetansen som skulle til. Domstolene i landet mente Puglia hadde rett til å gi denne hjelpen.
- Samme år vedtok regionale myndigheter i Toscana en lov om helsehjelp til papirløse, basert på menneskerettighetene som sier du skal få hjelp uavhengig av status, på lik linje som en gir husly til hjemløse og gratis måltid til fattige.
- Barn har fått lik rett til fastlege som etnisk italienske barn. Det er imidlertid uklart praksis på området. Ni av 20 regioner har gått i gang med å gi tilbud, men hva slags tilbud varierer sterkt.

### Tyskland:

- Papirløse har rett til samme helsehjelp som asylsøkere, nemlig hjelp ved alvorlig sykdom eller sterk smerte. I praksis gis mest akutt hjelp.
- Sykehus er pålagt å gi landets «Nav» beskjed om planlagte operasjoner. «Nav» har igjen plikt til å si fra til myndighetene om de planlagte operasjonene. Dette betyr at i praksis kan kun akutt hjelp gis uten at helsepersonell bryter taushetsplikten.
- Frivillige helsesentre har i det siste dukket opp i blant annet Frankfurt og Kiel, og det jobbes med å finne en bedre løsning for gruppa.

### Sverige:

- Papirløse har hatt rett til helsehjelp «som ikke kan vente» siden 1. juli 2013, da det kom ny helsereform.
- Før 2008 var ikke helsehjelp til voksne papirløse nevnt med ett ord i svensk lov.
- Mellom 2008 og 2013 var ordlyden «akutt hjelp».
- Ved situasjoner som fødsel måtte kvinnen dekke kostnadene selv. Sveriges største sykehus begynte imidlertid allerede i 2006 å gi den formen for hjelp som utøves etter svensk lov i dag, og utviklet praktiske retningslinjer og et etisk forum.
- I dagens nasjonale lov inngår helsehjelp som tannlege, graviditets- og fertilitetsbistand m.m., mot en sum på ca 5 Euro. Det tilsvarer ca. 43 norske kroner.

Kilde: Platform for international cooperation on undocumented migrants.





# Sykepleie

Del 2 Sykepleien 05 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Bevisste: Refleksjonsgruppene gjorde de ansatte på sykehjemmet mer bevisste på egen læring og faglige praksis. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Faglig refleksjon

**Bedre.** Refleksjonsgrupper for de ansatte ga faglig fellesskap og økt trivsel på sykehjemmet. **42**



**Etikk.** Det er delte meninger om kunnskap i sykepleiefaget. **58**



«De som har opplevd krenkelser eller overgrep i helsevesenet tidligere hadde større risiko for fødselsangst.»

Mirjam Lukasse. **52**



**En fagideologisk metode.** Hva er miljøterapi. **60**



# D-CATCH BLIR NORSK

**Dokumentasjon.** D-Catch er et granskningsinstrument for å vurdere sykepleiedokumentasjon. Prosessen med å tilpasse det til norsk språk og kultur innebar også videreutvikling.

**SAMARBEIDSPROSJEKT:**

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



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.54056

**Torunn Hatlen Nøst,** MSc, sykepleier, St. Olavs Hospital

**Bente I. Tettum,** Cand. san, anestesisykepleier, Oslo universitetssykehus

**Sigrun Aasen Frigstad,** MSc, Høgskolelektor, sykepleier, Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST)

**Kristin Woldstad,** MSc, fagutviklingssykepleier, Oslo universitetssykehus

**Berit Haugan,** Cand. san, sykepleier, prosjektrådgiver, Hospitalitet AS

**Ann Elise Oppheim,** Cand. san, sykepleier, helsefaglig rådgiver, Oslo universitetssykehus

**Beate André,** PhD, sykepleier, Førsteamanuensis, Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST)

**Ann Kristin Rotegård,** PhD, sykepleier, PPS, Cappelen Damm

**H**elt fra Florence Nightingales tid har sykepleiere hatt en tradisjon for å dokumentere planlagt og utført sykepleie, og effekten av denne.

I 2001 ble sykepleiere i Norge lovpålagt å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasient og helsehjelp (1). Forskning viser at standardisering ved bruk av sykepleieklassifikasjoner kan bedre kvaliteten på sykepleierens dokumentasjon (2). Likevel kreves det at helsevesenet i enda større grad blir en lærende organisasjon. Blant annet må vi utnytte og videreutvikle teknologien slik at vi kan fange opp og følge opp sykepleieresultat for å forbedre praksis (3).

**SYSTEM.** Det er forventet at innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ) skal medføre effektivisering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (4). Standardisering og struktur i pasientjournalen blir sett på som essensielt for å innfri disse forventningene. Sykepleiere i Norge anvender som oftest dokumentasjon i fritekst, mens man internasjonalt anvender ulike klassifikasjonssystemer. Helsemyndighetene i Norge har ennå ikke spesifisert krav til terminologi eller klassifikasjon i sykepleieres dokumentasjon av

helsehjelp. Det foreligger kun faglige krav basert på sykepleieprosessen med sykepleiediagnose, mål og tiltak som sentrale elementer (5).

Fagmiljøene i sykepleietjenesten vurderer terminologisystemer som et virkemiddel for å strukturere og standardisere informasjonen, samt bidra til systematiske data om kvalitet i sykepleie og sykepleierens bidrag til pasientresultater og helsegevinster (6). Norsk Sykepleierforbund har anbefalt innføring av ICNP (International Classification for Nursing Practice) i alle EPJ systemer i Norge (7).

**EPJ.** Implementering av nye EPJ-løsninger i flere helseregioner i Norge har aktualisert behovet for økt kunnskap om kvalitet på eksisterende sykepleiedokumentasjon. Dette er nødvendig for en god og effektiv oppfølging og eventuelt styrking av kompetanse og kvalitet på sykepleiepraksis og -dokumentasjon. Investeringer i IKT innebærer store samfunnsøkonomiske utgifter, og prosjektene har et stort ansvar i å forvalte ressursene på en hensiktsmessig måte. Evalueringer av prosjekter underveis er viktig for å sikre at investeringene gir gevinster (8). Å aktivt anvende granskningsinstrument utviklet for å vurdere

sykepleiedokumentasjonens kvalitet, kan bidra til å sikre ledelsen god implementering av EPJ. Slike granskningsinstrumenter kan også brukes for å følge opp effekten av innføring av nye IKT-løsninger.

Vi har oversatt og kulturelt tilpasset et granskningsinstrument for å vurdere dokumentasjon av sykepleie i Norge kvalitativt og kvantitativt. I denne artikkelen presenterer vi den systematiske arbeidsprosessen med oversetting, kulturell tilpasning og videreutvikling av D-Catch (Dutch-Catch) til et norsk instrument, N-Catch (Norwegian-Catch).

**VALG AV KARTLEGGINGSINSTRUMENT.** To prosjektgrupper utførte oversettelsesarbeidet uavhengig av hverandre; en gruppe ved Oslo universitetssykehus (OUS) og en ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

Prosjektgruppene besto av sykepleiere med spesialkompetanse i dokumentasjon som i tillegg fungerte som referansegruppe for hverandres oversettelsesarbeid.

Arbeidsgruppene ønsket å identifisere et valid instrument for en norsk kontekst. Videre skulle instrumentet kunne brukes på fritekstdokumentasjon så vel som strukturert dokumentasjon uavhengig av klassifikasjonssystem eller -struktur. Instrumentet

Fakta ●●●

**Hovedbudskap**

N-Catch II er et norsk granskningsinstrument for vurdering av kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjon. Instrumentet kan anvendes uavhengig av journalsystem og struktur i sykepleiedokumentasjonen. N-Catch II kan være et godt redskap for evaluering ved implementering av nye EPJ-løsninger og for forbedring av sykepleiedokumentasjon i praksis.

**Nøkkelord**

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleie-dokumentasjon
- Gransking
- Kvalitet

skulle også ivareta kulturelle variasjoner og juridiske krav.

Vi valgte vurderingsinstrumentet D-Catch som best egnet for bruk i norsk kontekst. Arbeidsgruppene baserte sitt valg på at VIPS-modellen brukes i sykehuse- ne i Norge og er dekkende for hele sykepleieprosessen. Siden D-Catch bygger på VIPS i tillegg til å romme en mer detaljert granskning av sykepleiediagnose, mente arbeidsgruppene at dette var et viktig instrument å oversette for testing og bruk i norsk kontekst.

Det ble innhentet tillatelse fra Wolter Paans til oversettelse og kulturell tilpasning av D-Catch for å imøtekomme norske myndighetskrav, språk og kultur.

**OVERSETTELSE AV D-CATCH.** Oversettelse, kulturell tilpasning og videreutvikling av instrumentet ble gjort i henhold til vitenskapelige anbefalinger slik at validitet og reliabilitet i det opprinnelige granskningsinstrumentet ble ivarettatt (9).

1. *Oversettelse fra engelsk til norsk.* Den første oversettelsen av granskningsinstrumentet til norsk ble utført ved OUS og dannet utgangspunkt for videre bearbeiding og utvikling. Oversettelsen skulle være så direkte som mulig i den første fasen. Gruppen analyserte og diskuterte eventuelle uklare tekster og begreper og ble enige om innholdet før videre bearbeidelse. Denne fremgangsmåten ble gjentatt under alle trinn i prosessen for å redusere faren for å trekke med seg feil videre i oversettelsesprosessen (9,10).

2. *Frem- og tilbakeoversettelse.* Oversettelsen av granskningsinstrumentet ble sendt til en ekstern oversetter med relevant bakgrunn og kompetanse for tilbakeoversettelse. Tilbakeoversetter hadde ikke tilgang til den opprinnelige engelske versjonen av D-Catch. Deretter ble tilbakeoversettelsen sammenliknet med den opprinnelige engelske originalversjonen. Sammenlikningen samsvarte i stor grad med originalversjonen, men førte også til

mer presise ordvalg i deler av den norske oversettelsen.

3. *Gjennomgang i arbeidsgruppene og kulturell tilpassing.* En referansegruppe ble opprettet for å innhente vurderinger av oversettelsens kvalitet, anvendbarhet og overensstemmelse med standarder innen fagområdet.

Referansegruppen besto av to sykepleiere; den ene hadde doktorgrad og var prosjektleder for totalprosjektet om innføring av EPJ ved sykehuset og den andre var stipendiat med spesialkompetanse innen sykepleieterminologi og dokumentasjon og med erfaring i oversettelse av fagtermer.

Etter diskusjoner og konsensus ble det foretatt flere språklige tilpasninger for å oppnå god forståelse i den kulturelle konteksten. Termer ble vurdert for å få fram riktig mening tilpasset norsk språk og kultur, noe som innebærer modifisering av uttrykk. En ordrett oversettelse kan svekke meningsinnholdet i det oversatte instrumentet. Derfor vil en god språklig oversettelse innebære at man ser helheten i den kulturen man står i (11). Det var vanskelig å finne gode norske uttrykk for enkelte engelske uttrykk. Disse ble derfor sendt til en tospråklig sykepleier med engelsk som morsmål og spesialkompetanse innenfor dokumentasjon for en re-oversettelse.

Wang et al. (12) presiserer betydningen av å anvende tospråklige oversettere med kjennskap til fagområdet når man skal avklare begreper. Dette bidrar til å ivareta instrumentets validitet gjennom oversettelsesprosessen. Vår oversettelse ble justert etter diskusjoner og konsensus mellom arbeidsgruppene og oversetterne. Et eksempel på dette er «diagnostic label» som ble oversatt til «diagnoseformulering», og «medical issues» som ble oversatt til «medisinske problemer».

Uklarheter og spørsmål ble drøftet til vi oppnådde enighet om begreps- og innholdsmessig likhet. Denne fremgangsmåten er i tråd med litteraturanbefalinger

for oversettelse av instrumenter, hvor trinnene gjentas inntil originalversjon og oversatt versjon blir vurdert like med hensyn til innhold (12,13).

Setninger som ikke ga mening på norsk eller som forekom vanskelig å anvende, ble tatt ut uten at det kom i konflikt med meningsinnholdet i resten av den tilhørende teksten. Som en tilpasning til norske lovkrav ble «mål» tatt inn som en variabel. Betydningen av innholdet i instrumentet ble ikke endret, og ekvivalensen mellom de to versjonene opprettholdt.

4. *Videreutvikling basert på ISO-standard.* Kun et av de involverte sykehusene hadde valgt sykepleieklassifikasjonssystemer i dokumentasjonen ved prosjektstart, mens de andre utførte fri-

## «Det kreves at helsevesenet i enda større grad blir en lærende organisasjon.»

tekstdokumentasjon etter VIPS-modellens struktur.

Diagnoseformuleringer danner grunnlaget for vurderinger i D-Catch, men ingen av sykehusene har krav til bruk av PES-struktur. Arbeidsgruppen ved OUS valgte å videreutvikle den delen av instrumentet ved å basere den på den internasjonale ISO-strukturen for sykepleiediagnoser og de krav denne viser til (14). Kvaliteten på sykepleiediagnoser kan være god uten å nødvendigvis bruke PES-strukturen. ISO-modellen kan gi en mer detaljert innholdsvurdering og er en internasjonalt anerkjent standard innenfor sykepleie. Videre ble ISO-standardens krav til sykepleietiltak lagt til grunn for en mer presis forklaring til skåren for sykepleietiltak i veilederen som følger N-Catch instrumentet.

5. *Pilottesting.* Fordelen med en

pilot er at man unngår å starte et større prosjekt som kan inneholde feil og mangler ved å teste ut instrumentet i liten skala for så å gjøre tilpasninger. En pilot vil også teste instrumentets effektivitet (11). Det oversatte instrumentet ble oversendt til en arbeidsgruppe ved St. Olavs Hospital i Trondheim for pilottesting og vurdering av bruk. Det oversatte instrumentet N-Catch ble pilottestet på tre tilfeldige sykepleiejournaler ved hvert av sykehusene. Dette ble gjort for å sikre at instrumentet hadde tydelige kriterier, samt kontrollere kvalitet og praktisk anvendbarhet.

Et av resultatene av pilottesting viste at den første oversettelsen av N-Catch ikke fanget opp og muliggjorde granskning av den enkelte sykepleiediagnosen i tilstrekkelig grad i henhold til PES-strukturen. Dette kan man se i sammenheng med en uttesting av instrumentets effektivitet. Dette løste man ved å gå tilbake til originalversjonen av D-Catch for å vurdere den sykepleiediagnostiske delen av instrumentet på nytt. Derfor gjorde arbeidsgruppen ved St. Olav en ny og uavhengig oversettelse med en ekstern oversetter (se fig 1).

Behovet for å inkludere originalversjonens element knyttet til sykepleiediagnoser formulert etter PES ble synliggjort og dermed inkludert. Samt et tilleggsskjema for vurdering av sykepleiediagnoser basert på dette. Instrumentet fikk etter denne operasjonen navnet N-Catch II. Vi fikk også styrket validiteten ved å benytte to uavhengige oversettergrupper og to uavhengige tilbakeoversettere. Dette er ifølge både Chen et al. og Wang et al. god oversettelsespraksis (13,15). Pilottesting medførte ytterligere språklige presiseringer i granskningsinstrumentet.

6. *Gjennomgang, diskusjon og konsensus på tvers av arbeidsgruppene.* Arbeidsgruppene og referansegruppene vurderte hverandres oversettelse og sammenliknet med egen oversettelse.



Forfatteren av D-Catch ble også kontaktet for å konkretisere og utdype granskningsinstrumentets intensjon der det var uklarerheter.

Gruppene diskuterte, gjorde avklaringer og ble enige om at begge typene vurderinger av sykepleiediagnoser måtte gjøres tilgjengelig. Fordi man ønsket en bredest mulig bruk av instrumentet og for å sikre god vurdering. Veiledningsdokumentet ble videreutviklet og forklart basert på ISO-modellens elementer. Etter å ha oppnådd ny enighet kan granskningsinstrumentet testes ut i en større skala og i andre kontekster.

## RESULTATET BLE N-CATCH II.

Resultat av oversettelsen av granskningsinstrumentet D-Catch er et instrument som er kulturelt tilpasset norske forhold med forankring i internasjonalt anerkjente kriterier for sykepleiediagnose og -tiltak med navnet N-Catch II.

N-Catch II består av to hoveddeler og ett veiledningsdokument for bruk av granskningsinstrumentet. I første del av instrumentet legges generelle data om sykehus, avdeling, klinikk, journalkode og granskerens kode og dato inn. Den andre hoveddelen tar for seg skår for kvalitet og kvantitet av innhold innenfor planverktøy, notater, evalueringer eller vaktrapporter, og utskrivningsnotater.

Mål eller forventede resultater er ansett som en viktig variabel man ønsker å vurdere kvaliteten av. I D-Catch vurderes ikke mål som en egen variabel, men er indirekte integrert under variabelen som dekker evaluering av resultater (16). Cat-ch-Ing (18) har mål inkludert som en variabel. I N-Catch II ble vurdering av mål/ forventede resultater tatt inn som en egen variabel i tråd med kriterier beskrevet i Cat-ch-Ing.

D-Catch viser til PES-struktur i oppbygging av en sykepleiediagnose (16). Man tilstreber at N-Catch II skal favne alle systemer for sykepleiedokumentasjon i sykehus, uavhengig av programvare og EPJ-systemer slik det er i Norge i dag. Resultatet er at N-Catch II

tilbyr to alternativer for vurdering av sykepleiediagnoser.

Granskningsinstrumentets alternativ 5b baserer seg på en direkte oversettelse fra originalinstrumentet og innebærer ingen strukturelle endringer av D-Catch. Her legger man til grunn en praksis hvor sykepleiediagnoser struktureres etter PES-struktur.

**ALTERNATIV VURDERING.** Med alternativ 5a i granskningsinstrumentet har vi lagt til en alternativ vurdering basert på ISO-modellen for sykepleiediagnose. Dette alternativet anvendes for en generell vurdering der praksis ikke har besluttet at PES-strukturen skal brukes. Den kan brukes for å vurdere sykepleiediagnoser i fritekst eller ved bruk av en hvilken som helst sykepleieterminologi.

Det er i tillegg utarbeidet en veileder for å sikre mest mulig felles forståelse og nøytral vurdering for gjennomføring av journalgranskningen. Paans (16) understreker behovet for opplæring og veiledning av de som skal granske journaler for å ivareta validitet og reliabilitet. Derfor er veileder for granskningsinstrumentet oversatt og tilpasset. Veilederen er sentral for å ivareta granskningsinstrumentets validitet og reliabilitet.

**SYKEPLEIETILTAK.** Sykepleietiltak er en annen variabel i granskningsinstrumentet. Veilederen til originalinstrumentet beskriver at krav til maksimal poengsum er at tiltaket «contains all relevant information needed to act ...». Denne forklaringen ble utviklet i N-Catch II og konkretisert basert på ISO-modellen for sykepleietiltaket til «... inneholder all informasjon som er nødvendig for å kunne utføre sykepleietiltaket». Tiltaket er konkretisert med hva (handling og treffmål for handling), hvordan (middel), når (tid), hvor (lokalisering) og eventuelt av hvem/medvirkning (den handlingen er rette mot eller av).

**DISKUSJON.** I oversettelsen

tilstrebet man å finne gode formuleringer for å unngå subjektive tolkninger av granskningen. Oversettelsesprosessen har fulgt vitenskapelige kriterier, men man må likevel bruke skjønn når man velger uttrykk. Forfatteren av D-Catch har vært kontaktet ved uklarerheter, men vår forståelse av granskningsinstrumentet med på-

følgende kulturelle tilpasning kan likevel ha endret instrumentet.

Feil og misforståelser vil påvirke alle trinn videre i prosessen og konsekvensen kan være at instrumentets validitet svekkes (9). Nye studier er sterkt anbefalt for

å undersøke validitet og reliabilitet for granskningsinstrumentet i nye kontekster ved bruk av D-Catch i nye land (16). Dette gjelder også for vår oversettelse av instrumentet.

**N-CATCH II.** For å tilpasse granskningsinstrumentet til norsk dokumentasjonspraksis og kultur var det behov for å endre noe på strukturen i D-Catch. Mål er en selvstendig variabel i N-Catch som skal avdekke om dokumentasjonen inneholder planlagte, individuelle og målbare resultater. Dette er også i tråd med journalforskriftens krav.

Samtidig er dette et valg som innebærer en strukturell endring av granskningsinstrumentet. Kriterier for mål er innhentet fra Cat-ch-Ing for å ivareta instrumentets validitet. Inkludering av mål som en variabel må ikke redusere instrumentets validitet, samtidig som man er klar over at endringen gjør det vanskeligere å sammenligne resultatene av granskning med D-Catch og N-Catch II.

**STYRER VALG AV TILTAK.** D-Catch er basert på en definisjon av sykepleiediagnoser som innebærer en struktur med problem, årsak og symptom (PES).

«Evalueringer av prosjekter underveis er viktig for å sikre at investeringene gir gevinster.»

Sykepleiediagnosen er kjernen i sykepleieprosessen og utgjør grunnlaget for valg av sykepleietiltak for å nå bestemte mål og resultater som sykepleiere er ansvarlig for (16,17).

PES-struktur er en internasjonalt anerkjent metode for å formulere sykepleiediagnoser, og anvendes både med bruk av klassifikasjonssystem og i fritekst (16-18). På en annen side kan PES-strukturen bli rigid i forhold til minimumskrav i den internasjonale standarden ISO 18104 og i henhold til dokumentasjonspraksis ved flere norske sykehus i dag.

Vi ønsket også å gjøre en mer nøytral vurdering av dokumentasjonen for å få frem gode og presise data på kvalitet og kvantitet. Derfor la vi til en alternativ mulighet for å vurdere kvalitet og kvantitet i sykepleiediagnoser. En av hovedhensiktene med ISO-modellen er nettopp å tilrettelegge for systematisk evaluering og forbedring av eksisterende terminologier og fagspråk, og å fremme utviklingen av sykepleieterminologi og dokumentasjon (14).

Man kan altså benytte begge måter å vurdere sykepleiediagnoser på ved å bruke klassifikasjonssystem, standardisert dokumentasjon og fritekst. Forskjellen er at den ene metoden har mer stringente krav, og bør velges når det er besluttet at PES-strukturen skal anvendes. Når sykepleiere formulerer sykepleiediagnoser etter PES-struktur, består sykepleiediagnosen av tre ledd. De tre leddene: problem/risiko/ressurs (P), årsak (E), og tegn eller symptomer (S) utgjør til sammen en helhet og en diagnose som skal tydeliggjøre pasientens behov (16,17).

Den andre favner bredere, i de tilfellene hvor man ikke har besluttet at PES-strukturen skal brukes. Her er det flere måter å beskrive diagnoser på, men med gjenkjennbare og internasjonalt godkjente kjerneelementer (ISO). I ISO-standardens beskrives minimumskriterier for en sykepleiediagnose og et sykepleietiltak. En sykepleiediagnose representerer

en endret status, prosess, funksjon eller atferd observert hos pasienten (15). Eksempler på dette er «nedsatt mobilitet» og «manglende næringsinntak». Sykepleiediagnosen kan også betegnes av lokalisering, gradering, forløp eller retning og tid. Videre gir det mulighet for å granske og sammenligne dokumenter før og etter en eventuell innføring av krav om PES-strukturen og eventuelt klassifikasjonssystem.

**ENDRET VARIABLER.** Vi tilpasset antall poeng det er mulig å skåre i vurdering av kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjonen ved at variable er endret. For eksempel tok vi inn vurdering av målbeskrivelse som ny vurderingsvariabel og fjernet punkt 6 om vurdering av lesbarhet som variabel. Endringene i oversatt verktøy vil føre til utfordringer i å sammenlikne resultater på tvers av land. Det betyr også at det er viktig å vurdere validitet og reliabilitet i N-Catch II.

**MER ENN SYKEHUS.** D-Catch er utviklet og validert for anvendel-

## «Et slikt instrument er etterspurt i klinisk praksis.»

se i vurdering av dokumentasjon ved sykehus. Samtidig fokuserer norsk helsetjeneste sterkt på kommunehelsetjenesten og kvalitet. Det er derfor behov for et granskningsinstrument som kan anvendes for vurdering av sykepleiedokumentasjon utover sykehuskontekst. Videreutviklingen i oversettelsen til N-Catch II kan bidra til at instrumentet kan brukes bredere. Det er viktig at N-Catch II testes ut for validitet og reliabilitet også i kommunehelsetjenesten og i ulike kontekster. Resultatet av en slik bruk bør publiseres for å dele erfaringer, avdekke

eventuelle behov for endring og styrke instrumentets validitet og reliabilitet.

**STUDIENS BEGRENSNINGER.** Oversettelsesprosessen tok utgangspunkt i engelsk, som verken er morsmål for forfatter av D-Catch eller prosjektgruppene. Det er uklart om utsagn hadde blitt annerledes dersom man ikke gikk via et tredje språk, men oversatte fra nederlandsk til norsk.

N-Catch II er pilottestet av de to prosjektgruppene. Instrumentets validitet vil testes reelt når det anvendes av andre enn prosjektgruppen.

**KONKLUSJON.** Artikkelen beskriver trinnene i prosessen med oversettelse og kulturell tilpassning av et instrument for granskning av kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjon i Norge. Et slikt instrument er etterspurt i klinisk praksis.

Et nasjonalt granskningsinstrument som omfatter alle deler av helsetjenesten, basert på nasjonale faglige og juridiske krav, samt internasjonalt standard, vil være et godt hjelpemiddel for ledere, ressurspersoner, forskere og utviklere av dokumentasjonssystemer.

Et granskningsinstrument for sykepleiedokumentasjon vil være et godt redskap for evaluering ved implementering av nye EPJ-løsninger, klassifikasjonssystemer, samt oppfølging av ønskede gevinster som økt kvalitet, effektivitet, pasientresultater og helsetjenestegvinster. Videre bruk og validering av N-Catch II vil være viktig for å realisere potensialet i granskningsinstrumentet. ●

Takk til:

Norsk Sykepleierforbund for finansiell støtte til prosjektet, bidragsyterne Jane Mikkelsen, Kathryn Niemi Mølstad, Elisabeth Ursfjord, Ragnhild Brå Vardehaug og Ingeborg O.Kamsvåg, og Oslo universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning, for tilrettelegging for arbeidet.

### REFERANSER:

1. Lovdata. Lov om helsepersonell, 1999-07-02 nr. 64. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov+om+helsepersonell> (05.08.15).
2. Müller-Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2009; 20 (1): 9-15.
3. Androwich IM. Nursing as a learning discipline: a call to action. Nursing Science Quarterly 2013; 26(1):37-41.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. En innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Meld. St. 9 (2012 - 2013). Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
5. KITH. Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie, Del 1, Nasjonal standard. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet, 2003.
6. NSFID - Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2007.
7. NSF. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/155021/NSF-anbefaler-ICNP> (05.08.15).
8. Nykänen P, Brendler J, Talmon J, de Keizer N, Rigby M, Beuscart-Zephir MC, Ammenwerth E. Guideline for good evaluation practice in health informatics (GEP-HI). International Journal of Medical Informatics 2011; 80: 815 - 827.
9. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology 1993; 46(12): 1417-32.
10. Beaton DA, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine 2000; 25(24) :3186-91.
11. Nord R, Jerpseth H, Fagermoen MS. Betydningen av pilotundersøkelse for validering av oversatte instrumenter. Nordisk Sykepleieforskning 2012;2(1):45-55.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Pa.: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
13. Chen HY, Boore JR. Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review. J Clin Nurs 2010; 19 (1-2): 234-9.
14. International Standards Organization. Health Informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Revision of ISO 18104:2003 - Health Informatics: Integration of a reference terminology model for nursing. ISO/CD 18104: 2011-01-11: International Standards Organization (ISO) 2011.
15. Wang WL, Lee HL, Fetzer SJ. Challenges and strategies of instrument translation. West J Nurs Res 2006; 28(3): 310-21.
16. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. J Adv Nurs. 2010; 66(6):388-400.
17. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Om en forskningsbasert modell for dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet FOU 48; 2000.
18. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. Int J Nurs Terminol Classif 2005 Apr-Jun;16(2):33-43.

### FAGARTIKLER:

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



# REFLEKSJONSGRUPPER GA NY INNSIKT

**Fellesskap.** Faglig refleksjon førte til bedre praksis og økt trivsel på et sykehjem.

**SAMHANDLINGSPROSJEKT:**

Artikkelen bygger på  
**60% praksis**  
**40% teori**



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.54055



**Kari Margrethe Kepple,** Alderspsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF, og Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus

**N**år personalet på en sykehjemsavdeling setter seg ned og reflekterer over situasjoner fra møter med pasienter, bruker sine sanser, beskriver og tar frem sine erfaringskunnskaper, kan mye skje. Personalet ser seg selv og hverandre. De blir lyttet til som enkeltmennesker og ikke bare som en gruppe eller rolle, og de får mulighet til å se pasientene som medmennesker og ikke kun i rollen som sykehjemspasient. Verdien av å legge til rette for faglig refleksjon på sykehjemsavdelingene ble et sentralt tema gjennom arbeidet med kompetanseutveksling. I denne artikkelen vil vi presentere våre erfaringer med refleksjon og refleksjonsgrupper i sykehjem gjennom samhandlingsprosjektet SAMSA.

alderspsykiatriske avdelingene har så langt samhandlet med til sammen 13 sykehjem og registrert 328 personale og 548 pasienter.

Forskningsresultatene fra pilotprosjektet «Kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor» viste at personalet opplevde signifikant økning i kunnskap og mindre belastning. Gjennom faglig refleksjon og økt samarbeid hos personalet, økte trivselen og resulterte i større ro i avdelingen. Dette medfører økt velvære og reduksjon i utagerende atferd hos pasientene (2).

**METODE.** Den kvalitative metoden for artikkelen omfatter interaksjon og dialog i tilknytning til undervisning og refleksjonsgrupper, samtaler og intervjuer. Først presenterer vi noen sentrale begreper før vi utdyper noen mønstre i erfaringsmaterialet. En refleksjonsgruppe er et forum hvor personalet i fellesskap kan reflektere og bli bevisst sin fagkunnskap og personlig erfaringskunnskap, med sikte på å videreutvikle kunnskapen og en felles praksis. Refleksjonsgruppen er et redskap for å nå ulike mål til beste for pasientene.

Refleksjon kan beskrives som et redskap for å tolke og endre vår egen forståelse av det som skjer i og omkring oss selv. Ved å reflektere setter vi ord på egen kunnskap, både den uttrykte og den tause.

Refleksjon gjør oss mer bevisste på vår egen læring og praksis. Gjennom refleksjonen blir kolleger kjent med hverandre som fagpersoner og oppdager at en situasjon oppleves ulikt og tolkes forskjellig av den enkelte.

I refleksjonsgruppene kan kunnskapen fra undervisningen integreres og stimulere til en ny og utdypet forståelse av pasienter og situasjoner i avdelingen. Refleksjonen er ofte knyttet til den enkelte beboer og pårørende, slik at vi ser hele mennesket med livshistorie, interesser, ressurser og problemstilling i sammenheng. På denne måten kan pleieplan og miljøterapi tjene den enkelte pasienten. Temaet kan likevel også være knyttet til en situasjon eller interaksjon som er knyttet til flere pasienter.

En refleksjonsvennlig kultur er viktig både for læring og utvikling, og da trenger vi trygghet og aksept. Vi er alle sårbare, spesielt i vanskelige situasjoner vi føler vi ikke takler. Vi må skape rom for refleksjon sammen (3). Å bli lyttet til, tatt på alvor og få respons på egne innspill blir avgjørende. Å være trygg på at det man sier ikke blir brukt mot en eller som gjenstand for sladder, skaper mulighet for en åpen og ærlig refleksjon. Dette krever mulighet til å gire ned, puste ut og åpne seg for de halvferdige tankene og ideene. Å ha kontakt med

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Refleksjonsgrupper, undervisning og veiledning er de tre elementene i samhandlingsmodellen SAMSA, for kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem. Refleksjon er et viktig verktøy for kompetanseheving og pasientbehandling. Refleksjonsgrupper kan være ryggraden i en videre kompetanseutvikling på sykehjem, for å styrke, bevisstgjøre og utvikle faglig praksis.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Sykehjem
- Refleksjon
- Undervisning
- Veiledning
- Kompetanse



**Kari Hauff,** Alderspsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF



**Astrid Liv Mina Bergem,** Alderspsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF.

**BAKGRUNN.** Vi har undervist i alderspsykiatriske lidelser, og alle temaene er knyttet opp til miljøterapi og personalets erfaringer. Refleksjonsgruppene møttes i de to ukene mellom undervisningen, én gang med og én gang uten veileder. SAMSA-modellen er grundig utprøvd og videreutviklet gjennom flere år med prosjekter i samarbeid mellom alderspsykiatriske avdelinger ved Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmets sykehus og Haukeland universitetssykehus og sykehjem i deres sektor. De tre



Illustrasjon: Colourbox

seg selv, legge bort stresset og vende blikket mot her og nå kan oppleves som både godt og smertefullt.

**ERFARINGER.** Her er skissert tre mønstre i det kvalitative materialet knyttet til noen av prosessene i refleksjonsgruppene. Hensikten er å dele inntrykk fra personlige møter med personale på sykehjem gjennom beskrivelser, tanker og erfaringer. Endring er en krevende prosess, som tar tid, men dette er noen av de positive prosessene vi var vitne til i prosjektet.

Et vanskelig tema som gikk igjen i refleksjonsgruppene, var de pasientene som alltid klaget på alt og som personalet følte de til slutt

ungikk. De beskrev pasienter som var mest på rommet, som ikke fikk besøk og som alltid fant noe å utsette på hjelpen uansett. Ved å se nærmere på pasientens livserfaring og sosiale sammenheng knyttet til kunnskap om personlighetsforstyrrelse, depresjon og utfordringer med å bli eldre og avhengig av hjelp, fikk personalet tak i nye perspektiver og en dypere forståelse av pasienten. Noen ganger oppdaget de at pasienten var fanget i en rolle eller handlingsmønster som gikk aller mest ut over dem selv. Gjennom gruppeprosessen så personalet hvordan de kunne bruke sine egne følelser av udueligheit, mislykkethet og irritasjon

## «Jeg tror vi er blitt flinkere til å ikke ta ting så personlig.»

i møte med pasienten for å forstå pasientens opplevelse og ikke agere ut ifra følelsene. Enkelte opplevde at det ga dem en frihet i situasjonen til å møte pasienten med forståelse og medfølelse, og gjorde det lettere å gi omsorg.

En sykepleier sa: «Jeg tror vi er blitt flinkere til å ikke ta ting så personlig når pasientene er aggressive eller vanskelige, men heller tenker at de har en dårlig dag eller er

utrygge, og at vi prøver å hjelpe dem ut fra det».

**ENSOMHET.** Personalet beskrev ulike vanskelige situasjoner hvor de opplevde å stå alene og håndtere situasjonen så godt de kunne, men kjente på inkompetanse og usikkerhet. De fortalte at de ikke én gang hadde delt sine følelser og tanker med de kollegaene de sto i situasjonene sammen med. Dette var situasjoner som førte til at de tvilte på eget yrkes valg og evne til å gjøre en god jobb.

Det var også situasjoner i refleksjonsgruppen hvor det viste seg at de ikke kjente til hverandres praksis. Dermed kunne de heller ikke gi hverandre støtte eller dele av sin kunnskap og erfaring. En vernepleier sa på avslutningen at en tilleggseffekt av prosjektet og refleksjonsgruppene var at de var blitt kjent med sine kollegaer som fagpersoner. En avdelingsleder fortalte at hun gledet seg over at hun i økende grad overhørte reflekterende samtaler både i uformelle og formelle situasjoner på avdelingen.

I et evalueringsintervju beskrev personalet hvordan de i større grad bruker rapportene til å reflektere og er blitt bevisste på sitt behov for å dele opplevelser og tanker før de går hjem. En sa hun lettere tar tak i en kollega og spør om råd eller deler noe hun opplever som vanskelig og krevende.

**LØSNINGER.** I refleksjonsgruppen kom det ofte opp frustrasjoner over avdelingens fysiske utforming og hvordan den ikke harmonerer med behovene til pasientene som bor på avdelingen i dag. På en avdelingene var det kun én dagligstue, hvor noen av pasientene ønsket å se TV, mens andre ble urolig av den. Likevel fant de en ny løsning da de snudde refleksjonen fra irritasjon over begrensninger til mulige løsninger. De brukte et hjørne i gangen til en stille dagligstue, og dette viste seg å være en løsning de trivdes med.

Et annet tema som gikk igjen, var hvordan situasjoner oppsto på





dagligstuen når ingen var til stede. En avdeling valgte å sette opp en plan for at det alltid var et personale på dagligstuen, og reflekterte rundt hvordan personalet skulle være til stede i miljøet.

I et evalueringsintervju på et annet sykehjem beskrev de hvordan de en dag opplevde at spisestuen var blitt mindre enn før, fordi det var blitt så trangt. De oppdaget da at de fleste pasientene nå sitter i rullestol. Dette førte til at de ominnredet stuen for å tilpasse den nye situasjonen. Personale sa dette var et eksempel på at de reflekterer mer i situasjonene og leter etter løsninger.

**UTFORDRING.** Hverdagen på sykehjem har endret seg mye de siste 10–15 årene, pasientene er mye dårligere fysisk og psykisk enn tidligere. Mange eldre bor hjemme så lenge det er mulig, og antall demente er opptil 80 prosent på sykehjemsavdelinger i dag. Dette er en stor faglig utfordring, som krever kunnskap og kompetanse. I tillegg utfordrer samhandlingsreformen kommunene og dermed sykehjemmene til å ta imot pasientene når behandlingen er startet på sykehuset og ikke når de er

ferdigbehandlet. Vi ser at utfordringene er store og tror ikke at alt kan løses med refleksjonsgrupper, men vi tror at det er et element som kan gjøre hverdagen bedre både for pasienter og personalet. Vi vil derfor knytte noen faglige refleksjoner til de ulike erfaringene fra refleksjonsgruppene.

Personalet opplevde at gjennom refleksjonsgruppene ble de kjent med hverandre som fagpersoner og oppdaget at en situasjon oppleves forskjellig og tolkes forskjellig av den enkelte. Selvrefleksivitet og selvavgrensning er to viktige egenskaper i møte med andre mennesker. Disse egenskapene blir styrket når man får mer kunnskap og muligheten til å reflektere i grupper med kollega om sine følelser og opplevelse fra møter med pasientene. Det er en uvurderlig evne å kunne betrakte seg selv utenfra og å kunne skille mellom egne og andres opplevelse av situasjonen og relasjonen (4). I refleksjonsgruppen kan man få hjelp til å sortere og forstå det man opplever i møte med pasientene ved å lytte til egne og andres innspill. Dette gir både den enkelte og personalet som gruppe mulighet til å styrke evnen til å oppfatte skillet mellom seg selv og

den andre, og å kunne forholde seg til verden på en annerledes måte.

**VIPS-MODELLEN.** Å kunne se pasienten som et lidende medmenneske og ta pasientens perspektiv, er en viktig forutsetning for en empatisk forståelse. Det gir mulighet for en «personsentrert omsorg» (6). Dette er kjent som «VIPS-modellen», som ikke eksplisitt var med i vårt prosjekt, men likevel er sammenfallende med vår erfaring av hva som gir endring både for pasienter og personale. I definisjonen av «personsentrert omsorg» i «VIPS-modellen» står bokstaven V for at vi alle er like verdifulle, bokstaven I for individuell tilrettelegging, fordi vi er forskjellige. bokstaven P for viktigheten av å



**«Ved å reflektere setter vi ord på egen kunnskap, både den uttrykte og den tause.»**

kunne ta pasientens perspektiv, og bokstaven S for at vi sammen skal skape et sosialt fellesskap hvor pasienten trives. Dette kan være en verdifull modell å bruke i

avdelingen for å styrke den helhetlige omsorgen for pasientene.

Vi har erfart at når det kommer en veileder utenfra, kan det føre til distanse og ny energi til gruppeprosessen. Veilederne kan velge å speile deltakernes kompetanse ved å lytte, etterspørre erfaring og få personalet til å se at de selv sitter på løsningen. Når alle deltar, kan den tause kunnskapen hos personalet komme frem og øke avdelingens følelse av felles kompetanse. Personalet fortalte om vanskelige situasjoner de hadde opplevd med utagering og med psykotiske pasienter, spesielt på kveldsvakter og nattevakter. Dette var situasjoner som hadde skjedd for en tid tilbake, men som de ikke hadde snakket om. Det er viktig at disse situasjonene ikke blir stående som noe en gruer seg for, men i stedet er noe de får hjelp til å bearbeide og som øker kunnskap og kompetansen til å møte en liknende situasjon med større trygghet ut ifra sin erfaring. På denne måten kan erfaringen bli en ressurs og ikke en hindring.

## Fakta



### Gaustad-modellen

I perioden 2006–2010 ble Gaustad-modellen for samhandling mellom alderspsykiatriske avdelinger og sykehjem utviklet gjennom et forskningsprosjekt ved alderspsykiatrisk avdeling, Gaustad, Aker sykehus HF, senere Oslo universitetssykehus HF. Fra 2011 ble prosjektet utvidet til et multisenter samhandlingsprosjekt for kompetanseutveksling mellom alderspsykiatriske avdelinger og sykehjem, og omgått til SAMSA-modellen. Prosjektet har mottatt finansielt tilskudd fra Helsedirektoratet i perioden 2009–2013.

## Fakta



### SAMSA-modellen

SAMSA-modellen inneholder opplæring i bruk av utredningsverktøy, registreringsskjemaer og undervisning i alderspsykiatriske lidelser, samt refleksjonsgrupper med og uten veiledning.

- Utredningsverktøy og registreringsskjema: KDV (Klinisk demensvurdering), NPI (Nevropsykiatrisk vurderingsguide), Cornell-skala for depresjon ved demens, BARS uroskala, PADL – Fysisk selvpvholdelsesskala (1).
- Registrering av personalet: Spørreskjema om personalets egen vurdering av kunnskapsnivå og spørreskjema om trivsel og arbeidsmiljø.



**KOMPETANSE.** Et utvidende perspektiv er å se på avdelingen som et praksisfellesskap, et sted for tilegnelse av kunnskap. En levende kontekst som gir nyankomne adgang til kompetanse, en personlig opplevelse av engasjement og å bli innlemmet i en deltakeridentitet. Et velfungerende praksisfellesskap som bygger på et gjensidig engasjement i en felles virksomhet er en god kontekst for å utforske nye innsikter og avansert læring. Det forutsetter en sterk felles kompetanse og respekt for den individuelle erfaring (6). Wengers bok om «Praksisfællesskaper» bekrefter noen av de prosessene vi oppdaget i prosjektet og som vi tror kan være et vitaliserende perspektiv på arbeidsfellesskapet i sykehjem.

Dette er også viktig for alle de situasjonene den enkelte har tilegnet seg kompetanse på, men som kolleger ikke kjenner til. Derfor er det viktig at personalet reflekterer som en gruppe og ikke bare to og to. Donald Schön påpeker at det er en viktig del av profesjonelle yrkesutøveres kompetanse å kunne reflektere over sin egen og andres yrkesvirksomhet, og på den måten vinne ny innsikt til beste for videre praksis. Hensikten med refleksjonen er å utvikle personlig kunnskap og handling med sikte på å utvikle profesjonenes kunnskap og praksis med kolleger (7). Helsefaglig praksis utøves nettopp i spenningsfeltet mellom sensibilitet og refleksjon. Sensibilitet fordi vår praksis forutsetter forståelse for pasientens egenopplevelse av sykdom og helseproblemer. Refleksjon fordi behandling, rehabilitering og pleie krever fagkunnskap og begrunnelse (8).

**FORUTSETNINGER.** En viktig forutsetning for at disse positive prosessene skal få fotfeste i en avdeling, er at refleksjonsgruppene er lederforankret. Avdelingslederen må legge til rette for at personalet får mulighet til å sette av tid til refleksjon og se verdien refleksjonsgruppene har for kvalitetssikringsarbeid på avdelingen. En avdeling består av ulike yrkesgrupper og

ulike personligheter. Refleksjonsgruppen kan få frem positive sider ved å være ulike med ulike perspektiver og få uformelle lederes egenskaper frem på en mer hensiktsmessig måte.

Flerfaglighet er en viktig del av refleksjonen, hvor ulike yrkesgrupper og ulike medarbeidere kan dele sin kunnskap ut ifra sitt perspektiv og sin erfaring. Alle har et unikt bidrag knyttet til den de er og til sin kjennskap til og opplevelse med pasientene, som kan bli mer nyanisert og bredere presentert i praksisfellesskapet. Med dette vil den enkeltes erfaringskunnskap blir tydelig og bevisst og kan videreutvikles til kompetanse. Det er viktig at refleksjonen skjer i en språklig form som er tilgjengelig for alle. Flere sykehjem har i løpet av perioden fått en sykehjemslege i full stilling i stedet for fem fastleger som deler på stillingen. I et av evalueringsintervjuene fortalte personalet at det har vært med på å styrke refleksjonen i avdelingen.

**MILJØTERAPI.** Det er lett å handle ut ifra rutine og autopilot når en har jobbet på samme avdeling med de samme pasientene over år. Kanskje kan refleksjonsgruppene være en måte å holde oppe interessen for å lære, utvide sitt repertoar og tilegne seg nye ferdigheter. Ifølge Schön kan refleksjon være en måte å gå i motsatt retning av «rutinisering» på (7).

På flere sykehjem var de ikke vant til begrepet miljøterapi. Miljøterapiens grunntanke er at det i alle gode relasjoner finnes muligheter til å skape erfaringer som gir grunnlag for økt selvfølelse og sosial mestring hos pasienten. Dette kan føre til større trygghet og mer positiv selvpåfatning (9). Noen av personalet satte ord på at de hadde oppdaget noen av disse ringvirkningene i sine møter med pasientene når de prøvde ut nye handlingsalternativer. To av sykehjemmene ønsket undervisning i oppmerksomt nærvær for å lære å håndtere stress bedre og ha et sterkere fokus på tilstedeværelse i møte med pasientene.

På noen sykehjem og avdelinger



har samhandlingsreformen snudd opp ned på hele avdelingen, og de er blitt en mottaksavdeling for pasienter fra sykehuset hvor behandlingen er startet, men ikke fullført. Endringer, enten de er store eller små, kan øke behovet for refleksjonsgrupper og styrking av faglige fellesskap, hvor en kan komme frem med behov for mer kunnskap og kompetanseutveksling og bli klar over den kunnskapen allerede har. Refleksjonsgruppene kan være ryggraden i en videre kompetanseutvikling på sykehjemmet. Hver avdeling må finne et tidspunkt hvor de kan samles til refleksjon. Det kan være en utvidet lunsj, tid knyttet til morgenen, en ettermiddagsrapport eller på en fast tid som rullerer med et annet møte. Hensikten er å styrke refleksjonen i avdelingen, slik at læringsprosessene fortsetter. Dette kan føre til en bevisstgjøring om hvilke andre problemstillinger de ønsker faglig påfyll i møte med. Mulighetene er mange. De kan søke i faglitteraturen og dele med hverandre. De kan ta kontakt med andre spesialister og legge frem behov for undervisning og oppdatering. Når refleksjon i og utenfor gruppene møter ny kunnskap, kan integrering og utvikling av deres egen og felles praksis føre til inspirasjon og vekst.

**KONKLUSJON.** I løpet av disse fire årene prosjektet har pågått, har vi hatt mange møter, undervisning, veiledninger og samtaler hvor de ovennevnte mønstre er blitt tydelige gjennom refleksjon. Refleksjonsgruppene er blitt en arena for å styrke, bevisstgjøre og utvikle

avdelingens faglige praksis. Et personale som trives sammen, føler seg trygge og får mulighet til å utvikle seg som medmennesker og fagpersoner, gir bedre behandling og pleie.

På bakgrunn av våre erfaringer har vi utviklet en SAMSA-Manual til implementering av modellen for kompetanseutveksling mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger. Manualen er en trinnvis beskrivelse av framgangsmåten for praktisk gjennomføring av SAMSA-modellen og har blitt prøvd ut ved sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger i Bergen og Oslo i 2014. Tilbakemeldingene angående nytteverdien av SAMSA-manualen er positive. ●

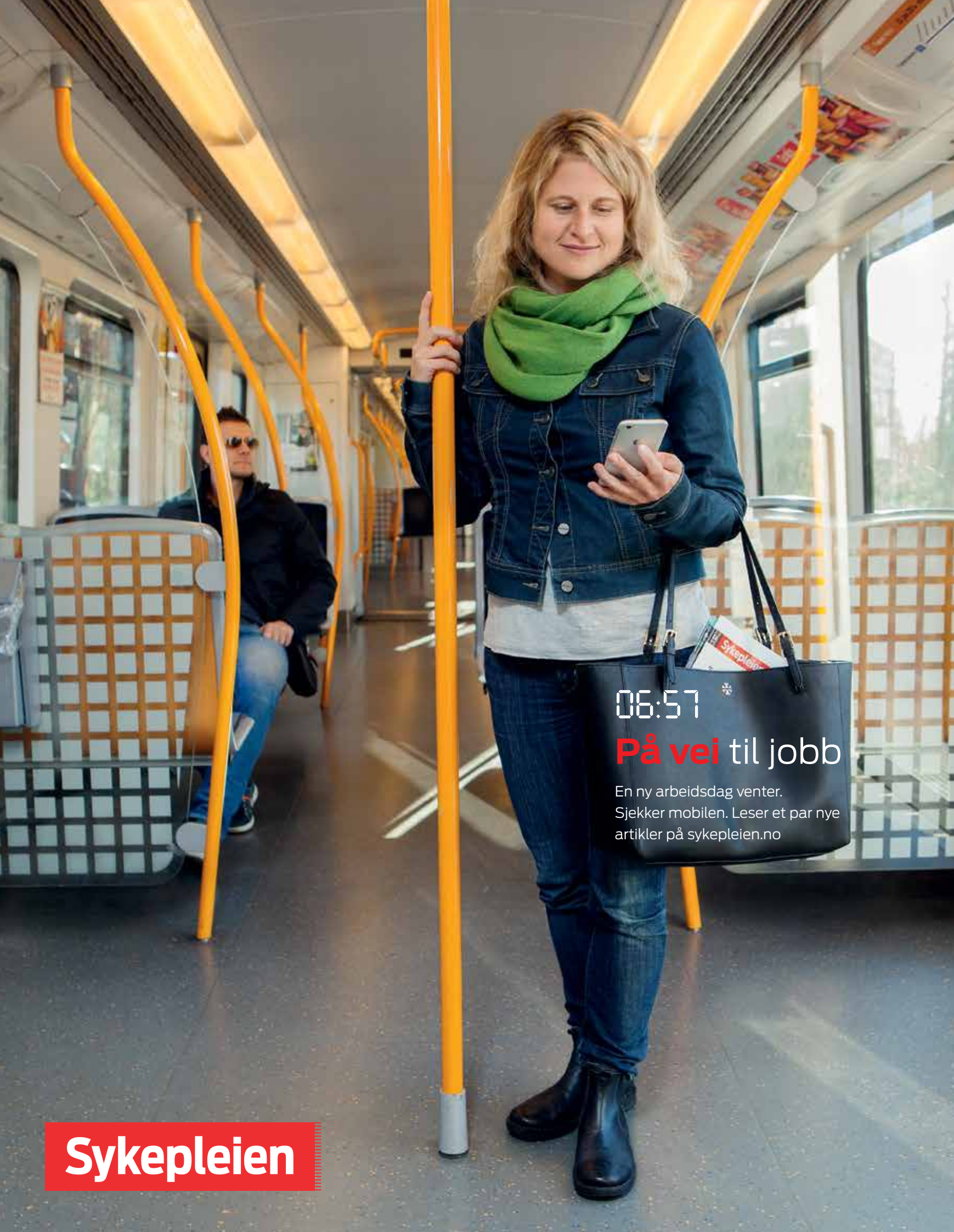
*Takk til Viken Alderspsykiatriske Forskningsnettverk for støtte til skrive og mulighet til å presentere prosjektet.*

#### REFERANSER:

1. <http://www.aldringoghelse.no/?pageID=634> (Nedlastet 3. februar 2014)
2. Aavik E, Bergem M. Avslutningsrapport fra pilotprosjektet «Kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor». Oslo: Alderspsykiatriske poliklinikk, Aker Universitetssykehus HF, 2008. Rapport til Helse Sør-Øst.
3. Bang S, Heap K. Skulle ressurser. Om veiledning i grupper. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
4. Løvlie Schibbye AL. En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie. Oslo: Universitetsforlaget 2002.
5. <http://helsekompetanse.no/fagnett-miljøbehandling/14627>
6. Wenger E. Praksisfællesskaper. Læring, mening og identitet. Opplag 4. København: Hans Reitzels forlag, 2010.
7. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteori. Opplag 4. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag 2000, s.70.
8. Nortvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Opplag 2. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
9. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Opplag 4. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.

#### FAGARTIKLER:

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



06:57 ❄️

## På vei til jobb

En ny arbeidsdag venter.  
Sjekker mobilen. Leser et par nye  
artikler på sykepleien.no

**Sykepleien**



# Noen må tenke langsomt

● Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

**EFFEKTIVITET:** Høyt tempo er karakteristisk for vår tid. Alt skal skje raskt og døgnet strekker ikke til.

Tid er blitt mangelvare, noe som også preger helsetjenesten. Det jaktes på tidstyver som gir unødvendige forsinkelser, skriver Magne Nylenna, direktør i Kunnskapssenteret i en artikkel publisert i tidsskriftet Ledelse (bildet).

Magne Nylenna mener at det av og til er behov for å stoppe opp og tenke seg om. Han viser til Daniel Kahnemans bestselger «Tenke, fort og langsomt». Forfatteren deler her tankene våre inn i to systemer: et raskt og intuitivt system, og et langsomt tenkende, rasjonelt og logisk system. Det er vanligst, og enkelt, å tenke raskt. Det gjelder både for enkeltpersoner og organisasjoner. Vi styres lett av emosjoner, og da går

det gjerne fort.

Kunnskapssenteret og andre forskningsinstitusjoner benytter transparente og internasjonalt anerkjente vitenskapelige metoder for å produsere kunnskap av god kvalitet. Prosessene kan ganske sikkert effektiviseres ytterligere, mener Nylenna. Men arbeid på høyt vitenskapelig nivå tar tid og noen ganger endatil mer tid enn ønskelig.

– Det er ikke nødvendigvis populært å tenke langsomt, men noen må gjøre det, sier Nylenna.

Ledelse blir gitt ut av NSF's faggruppe for ledere i samarbeid med Sykepleien. ●



**SKAPER NETTVERK:** Randi Trannum (i midten) omringet av utenlandske mødre som møtes på mammakafeen i Tønsberg hver uke. Fotograf: Mette Sømoe.

# Mammakafé for minoritetspråklige

● Tekst **Johan Alvik**

**INNVANDRERE:** I Tønsberg møtes kvinner fra ulike verdensdeler på mammakafé hver torsdag formiddag. I samarbeid med diakon og frivillige hjelpere ved domkirken i Tønsberg, har helsesøster Randi Trannum arrangert treffet siden 2013. Kvinnene har forskjellig bakgrunn. Noen er asylsøkere, andre er innvandrere.

Randi Trannum forteller til Tidsskrift for helsesøstre at hun startet mammakafeen fordi hun så et udekket behov for disse kvinnene. Språkvansker og en fremmed kultur gjorde det vanskelig for dem å komme i kontakt med andre.

– Mange hadde brutt kontakten med familie og venner og var bekymret for fremtiden med hensyn til oppholdstillatelse i Norge. Noen hadde traumer og trengte psykososial støtte. Dette ville jeg gjøre noe med, sier Trannum til Tidsskrift for helsesøstre.

I begynnelsen var det bare noen få som møtte opp på mammakafé, men ryktene spredde seg. Nå kommer det rundt 15–20 mammaer hver torsdag.

– Kaféen er først og fremst et møtested, men vi har også andre aktiviteter. Vi har blant annet hatt besøk av en jordmor som har gitt kvinnene veiledning. Vi deler også ut brukt barnetøy og barneutstyr, sier Trannum.

Tidsskrift for helsesøstre blir gitt ut av Landsgruppen av helsesøstre i samarbeid med Sykepleien. ●



## Færre jobber kveld og natt

I fjor jobbet 32 prosent av alle ansatte regelmessig utenom ordinær dagtid, en liten nedgang, ifølge SSB.

## Stress gir eksem

Stress under graviditeten øker risikoen for barneeksem, ifølge en ny dansk studie.

## Lammende virus

Mange barn ble i høst smittet av enterovirus D68, som kan gi lammelser, melder Folkehelseinstituttet.

## Ledelse som livsstil

74 prosent av danske ledere mener ledelse er en livsstil, melder ledernet.no.



# Mirjam Lukasse

## Overgrep kan gi fødselsangst

● Tekst og foto **Susanne Dietrichson**

**Sårbare.** Gravide som har vært utsatt for krenkelser og overgrep i helsevesenet kan utvikle angst for å føde.

**A**rsakene til fødselsangst kan være mange, forteller Mirjam Lukasse, jordmor og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Hun har nylig publisert en artikkel om sammenhengen mellom overgrep i helsevesenet blant gravide, og fødselsangst.

**STUDIE I FLERE LAND.** Lukasses studie er resultat av et flernasjonalt forskningsprosjekt om gravide og fødselsangst. Fødselsangst hos gravide i Danmark, Belgia, Island, Estland og Norge har blitt kartlagt i studien. 2500 norske kvinner ble bedt om å besvare et spørreskjema der 33 spørsmål til sammen målte fødselsangst hos deltakerne og graden av denne.

– Studien viser en sterk sammenheng mellom fødselsangst og overgrep. Vi fant at de som har opplevd krenkelser eller overgrep i helsevesenet tidligere hadde større risiko for fødselsangst, sier Lukasse.

**GRADER AV OVERGREP.** Spørsmålene om overgrep i helsevesenet var delt i tre grupper som skilte mellom tre grader av overgrep; mild, moderat og alvorlig.

For å avdekke mild grad av overgrep i

helsevesenet ble kvinnene spurt om de noen gang har vært utsatt for «grov fornedrelse eller krenkelse» og følt at noen hadde «presset deg eller ikke vist respekt for» synspunktene deres, slik at de i ettertid har vært plaget av det som skjedde.

– Resultatet viser at i Norge har 4 prosent av de gravide opplevd en mild grad av overgrep i helsevesenet, mens litt over 7 prosent har opplevd overgrep i moderat grad, påpeker Lukasse.

– De som hadde opplevd moderat grad av overgrep svarte ja på at de en eller annen gang hadde opplevd at «en «normal» hendelse innen helsevesenet plutselig har blitt til en veldig ekkel opplevelse uten at du riktig forsto hvordan det ble slik».

**FÅ ALVORLIGE.** Kun i underkant av 1 prosent har opplevd alvorlige overgrep.

– Disse svarte ja på at de hadde opplevd at noen innen helsevesenet etter deres oppfatning hadde «foregrepet seg fysisk eller psykisk, misbrukt deg, utnyttet kroppen din eller ditt avhengighetsforhold til egen fordel», forteller hun.

– Resultatet viser at veldig få norske kvinner har opplevd alvorlige overgrep i helsevesenet, noe som selvsagt er bra.

Også i de øvrige landene var det få kvinner som oppga at de hadde opplevd alvorlige overgrep.

– I Norge oppga cirka 15 prosent at de har opplevd overgrep eller krenkelser i helsevesenet i en eller annen form i løpet av livet.

«Veldig få norske kvinner har opplevd alvorlige overgrep i helsevesenet.»

**STORE FORSKJELLER.** Her viste undersøkelsen store forskjeller fra land til land. Estland skåret høyest med cirka 30 prosent, Norge og Belgia skåret lavest med rundt 15 prosent. Men også Island og Danmark skåret høyt med rundt 25 prosent. Forskjellene overrasket Lukasse.

– Det handler om kultur i helsevesenet, derfor synes jeg det er rart at forskjellene på krenkelser i helsevesenet i de nordiske landene var så store, sier hun.

– Det er ikke så rart at Estland skiller seg ut. Som tidligere del av Sovjetunionen har de en helt annen kultur i helsevesenet. Når det gjelder de øvrige landene kan man lure på om spørsmålene ble tolket forskjellig, til tross for at alle ble spurt om det samme.

**MER UTBREDT I PAKISTAN.** Lukasse understreker at helsepersonell i den vestlige verden sjelden begår krenkelser eller overgrep mot pasienter med vilje. Andre steder i verden derimot, hvor ansatte i helsevesenet har en sterkere maktposisjon, er overgrep og krenkelser mot pasienter mer utbredt.

– Jeg har jobbet tre år som jordmor i Pakistan og sett helsepersonell krenke gravide med fullt overlegg, forteller hun.

– Der risikerer pasienter å bli skjelt ut eller til og med slått hvis de ikke gjør som legen eller jordmoren sier. Dette skaper angst og mistillit og kan i verste grad føre til at pasienter unnlater å oppsøke helsehjelp når de trenger det.

**MER SÅRBARE.** Noen kvinner synes også å være mer sårbare for å utvikle fødselsangst og posttraumatisk stressyndrom, for eksempel kvinner som har opplevd overgrep, kvinner som opplever liten støtte fra partner og kvinner med psykisk sykdom.



Lyttende: Mirjam Lukasse mener den gravides ønsker skal veie tyngst under fødselen.

– Kvinner med angstproblematikk blir lettere krenket og er generelt mer sårbare, sier Lukasse.

Hun mener sammenhengen mellom overgrep i helsevesenet og fødselsangst er viktig informasjon til helsepersonell som kan bidra til å forebygge krenkelser.

– Mange faktorer spiller inn på fødselsopplevelsen, ikke bare kvinnen selv, hennes erfaringer og forventninger til det som skal skje.

**VIKTIG Å LYTTE.** I mange tilfeller kan helsepersonell bidra til å trygge kvinner med fødselsangst gjennom å lytte og ta henne med i planleggingen av det som skal skje. For eksempel ved å avtale smertelindring på forhånd.

Hun påpeker at terskelen for å ta keisersnitt generelt er blitt lavere blant norske kvinner. Hun

## «Kvinner med angstproblematikk blir lettere krenket.»

støtter ingen av ytterfløyene i den norske fødselsdebatten for eller imot epidural.

– Jeg mener vi må lytte til kvinnen. Det er ikke jordmor eller gynekolog som skal bestemme om den fødende skal få epidural eller ikke, kvinnens ønske må veie tyngst.

**TIDSPRESS GIR SKUFFELSER.** Ikke alle faktorer som påvirker kvinners fødselsopplevelse er like lett å gjøre noe med; som tidspress og personalmangel.

– Hvis man forventer at den samme

jordmoren er til stede under hele fødselen, vil man sannsynligvis bli skuffet fordi tidspress og personalmangel gjør at jordmor ofte følger flere fødsler samtidig, sier Lukasse.

**INNFRIK IKKE ALLTID FORVENTNINGENE.** En annen viktig faktor er kvinnens forventninger til fødselen. Dette gjelder både forventninger til helsevesenet og sine egne prestasjoner som fødende. Undersøkelsen viser blant annet at sammenhengen mellom alvorlige overgrep og fødselsangst var dobbelt så stor for førstegangs fødende som for kvinner som hadde født før.

– For eksempel kan forventningen til bruk av smertelindring og kontroll bidra til å gi en negativ fødselsopplevelse hvis disse ikke blir innfridd. ●  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)



# NYTTIG Å DELE ERFARINGER OM MYELOMATOSE

**Samtalegruppe.** Pasienter og pårørende hadde utbytte av å møte andre i samme situasjon.

**FAGARTIKKEL:**

Artikkelen bygger på  
50% praksis  
50% teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.54057



**Turid Neverdal Almvik,**  
Kreftsykepleier/  
Forskningssykepleier, Avdeling for Blodsykdommer, St. Olavs Hospital.

**D**et offentlige helsevesenet har plikt til å behandle pasienter, men også til å hjelpe dem til å mestre sykdom og en eventuell endret livssituasjon. Lov om spesialisthelsetjenesten slår fast at opplæring av pasienter og pårørende skal være en av fire hovedoppgaver som sykehusene skal arbeide med (1). Dette har også St. Olavs Hospital nedfelt i sin strategiplan (2).



**Elisabeth Myrmoen,**  
Kreftsykepleier, Avdeling for Blodsykdommer, St. Olavs Hospital.

**SAMTALEGRUPPER.** Flere avdelinger ved St. Olavs Hospital har etablert og driver samtalegrupper for pasienter med forskjellige kreftsykdommer og kroniske sykdommer. Fram til 2012 har Avdeling for blodsykdommer ikke hatt et slikt tilbud. Hematologisk avdeling ved Ullevål sykehus, som er en avdeling vi kan sammenlikne oss med, driver samtalegrupper for myelomatosepasienter med gode tilbakemeldinger (3). Dette motiverte kreftsykepleiergruppen ved vår avdeling til å starte Lærings- og mestringsgrupper (LMG) for denne pasientgruppen. Hensikten var å gi deltakerne en mulighet til å oppleve økt livskvalitet og mestring. Med denne artikkelen ønsker vi å dele våre erfaringer fra arbeidet med å starte opp og drive LMG for myelomatosepasienter og deres pårørende.



**Janne Anita Sundfær,**  
Kreftsykepleier/  
Undervisningssykepleier, Avdeling for Blodsykdommer, St. Olavs Hospital.

**BAKGRUNN.** Mennesker med sykdommen myelomatose lever med vissheten om at sykdommen de har fått ikke kan helbredes. De må gjennomgå belastende cytostatikabehandling i håp om å få symptomfrie perioder og forlenget levetid. Plagene sykdommen, og til dels behandlingen, medfører gir mange et endret liv. Noen må leve med smerter og endret utseende på grunn av sammenfall i skjelettet, og mange må leve med fysiske begrensninger. Med bakgrunn i bedre behandlingsmuligheter, lever mennesker med myelomatose lengre enn før. Dette gjør at et økt antall mennesker lever med sykdommen og dens utfordringer (4). Disse må finne måter å mestre sin nye livssituasjon på. Dette kan være utfordrende for mange som har levd aktive liv i jobb og fritid.

**UTFORDRENDE.** Forskning viser at kreftpasienter har nytte av å møte andre pasienter i samme situasjon, og av å delta i støttegrupper med fagpersoner til stede. Det ser ut som om gruppeundervisning har positiv effekt på psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom. Nære pårørende er viktige for hvordan pasienter mestrer sykdom og behandling. Familie og venner har en sentral rolle i livet til den som er syk (5–8). Det kan imidlertid være

utfordrende å støtte den syke, samtidig som man selv strever med sorg og bekymring. Flere pasienter sier at de ønsker at partner eller nær pårørende skal være med når de selv deltar i gruppen. Tilbudet vårt om lærings- og mestringsgruppe gikk derfor ut til både pasienter og pårørende.

**KARTLEGGING.** Kreftsykepleiergruppen ved Avdeling for blodsykdommer møtes jevnlig for å arbeide med forbedringstiltak for hematologiske kreftpasienter. Tre kreftsykepleiere ble valgt ut til å utvikle og drifte LMG for myelomatosepasienter og deres pårørende. Det første arbeidsgruppen gjorde var å kartlegge behovet for slike grupper. Våren 2011 ble det sendt ut et enkelt spørreskjema til 43 av de myelomatosepasientene som på det tidspunktet gikk til kontroll ved Poliklinikk for blodsykdommer. Der ble de spurt om de var interessert i å delta i en slik gruppe sammen med en av sine pårørende, og i så fall om hvilke temaer de ville ha belyst. Av de 43 svarte 22 at de ønsket å være med. Å få møte andre i samme situasjon var den viktigste motivasjonen for å delta, dessuten faktainformasjon om sykdom, kosthold og fysisk aktivitet. De som ikke ønsket å delta, begrunnet dette med at det var for sent i sykdomsforløpet.

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Deltagelsen i Lærings- og mestringsgruppen har gitt myelomatosepasienter og deres pårørende økt mestring og livskvalitet i forhold til det å leve med myelomatose. Det mest verdifulle for deltagerne har vært å møte likesinnede og dele erfaringer.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Kreft
- Mestring
- Livskvalitet



Givende: Særlig pårørende opplevde samtaletilbud til pasienter med benmargskreft og deres nærmeste som verdifullt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

**SAMARBEID.** Høsten 2011 kontaktet vi Vardesenteret i Trondheim for et samarbeid. Senteret var nettopp åpnet som et tilbud for kreftpasienter i regionen. Alternativt vurderte vi å knytte oss til Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved St. Olavs Hospital, som driver kurs for pasienter og pårørende med kronisk sykdom. Vi valgte å samarbeide med Vardesenteret fordi vi dermed fikk introdusert deres tilbud til våre kreftpasienter og fordi vi ønsket at deltakelsen skulle være gratis. For å minimalisere utgiftene la vi samlingene tetttest mulig opptil ordinær

arbeidstid. De utgiftene som påløp ble dekket via avdelingens budsjett.

**GJENNOMFØRING.** Fra oppstarten våren 2012 er det til sammen gjennomført fire lærings- og mestringsgrupper. De tre første gruppene er gjennomført med deltakere fra kartleggingsarbeidet samt noen nyere diagnostiserte. Det eneste eksklusjonskriteriet har vært kort forventet levetid (=3mnd.). Hver deltakergruppe har bestått av maks seks pasienter og seks pårørende. Det ble gjennomført tre samlinger à 3,5 time for hver gruppe. Denne

## «Nyttig å høre om andres erfaringer.»

oppbyggingen ble valgt for å få kontinuitet i gruppen og skape trygghet og relasjoner mellom deltakerne. Det ble lagt opp til undervisning fra fagpersonell, samt innlegg fra eksterne pasienter og pårørende. Dessuten ble det satt av tid til likemannsarbeid i form av samtaler, der pasienter og pårørende var i grupper både hver for seg og sammen.

Pause med enkel servering på hver samling ga mulighet til uformelle samtaler mellom deltakerne. Tema for undervisningen ble valgt ut ifra resultatet av kartleggingen i 2011, der pasienter og deres pårørende beskrev hvilke temaer de ønsket belyst. Disse var: fakta om sykdom og behandling, ernæring, fysisk aktivitet, smerte, identitet og kroppsbilde, fatigue, trygderettigheter og pasient- og pårørendehistorie. Avhengig av temaene ble det benyttet lege, sosionom, fysioterapeut, kreftspsykiatere og sykepleiere som forelesere.





**EVALUERING.** For å kunne evaluere nytten av samlingene, har deltakerne svart på enkle spørreskjemaer før oppstart, etter hver samling og en måned etter avsluttet gruppe. Før oppstart svarte de på hvilke forventninger de hadde til å delta. Samlet forventet de å få mer kunnskap om sykdom og nyere behandling, samt å møte andre i samme livssituasjon. Svarene på evalueringsskjemaene etter hver samling medførte noen små justeringer av opplegget underveis.

**SKJEMA.** En måned etter siste samling fikk alle deltakerne tilsendt et skjema med spørsmål om hvorvidt det hadde vært nyttig å delta i forhold til forventningene de hadde før oppstart. Dessuten ble de spurt om de opplevde at deltakelsen hadde ført til økt mestring og livskvalitet. Det var faste svarkategorier på noen av disse spørsmålene slik som:

## Fakta

### Myelomatose

Myelomatose eller benmargskreft er en uheldelig blodkreftform som rammer plasmacellene i benmargen. Det finnes mer enn 700 pasienter som lever med sykdommen i Norge, og 300 nye tilfeller oppdages hvert år. Gjennomsnittsalderen ved diagnose er 65–70 år. Symptomer ved sykdommen kan være skjelettsmerter, benbrudd, infeksjoner, anemi, hyperkalsemi og nyresvikt. Kilde: [www.mmm-info.org](http://www.mmm-info.org).

## Fakta

### Lærings- og mestringsgruppe (LMG)

Planlagte, strukturerte samlinger for myelomatosepasienter og deres pårørende. Hensikten er økt opplevelse av mestring og livskvalitet gjennom likemannsarbeid, undervisning og informasjon fra helsepersonell.

«i stor grad», «i middels grad», «i liten grad» og «ingen nytte i det hele tatt». Nesten alle deltakerne svarte at deltakelsen hadde vært nyttig. Svarene var fordelt på «i stor grad» og «i middels grad». På spørsmålet om deltakelsen hadde bidratt til økt livskvalitet og mestring, var svarene fordelt på i stor og i middels grad. I tillegg til de faste svarkategoriene fikk deltakerne mulighet til å skrive hva de syntes om å delta i lærings- og mestringsgruppen i fritekst. To aspekter ble presentert som betydningsfulle for verdien av å delta i LMG:

- Å utveksle erfaringer med like-sinnete
- Informasjon og oppmerksomhet fra helsepersonell

**NYTTIG.** Den største nytten for deltakerne var å treffe mennesker i samme livssituasjon. Flere i gruppen sa at det var nyttig å høre om andres erfaringer. På den måten kunne de bli mer forberedt på utfordringer i sykdomsforløpet. Å møte noen som forstår hva du snakker om, var en befrielse for mange. Det opplevdes godt å vite at man ikke er alene i en slik situasjon. Dette gjaldt både pasienter og pårørende. Inndeling i pasient- og pårørendegrupper hver for seg var den mest positive opplevelsen ved kurset. Deltakerne følte de fikk delt sine sorger og bekymringer, uten å måtte ta noen hensyn med sine uttalelser. Imidlertid opplevde noen få av deltakerne det som en økt belastning å høre andres historier.

**INFORMASJON.** Nytteevalueringene i etterkant av deltakelsen viser at myelomatosepasientene og deres pårørende har behov for informasjon fra helsepersonell, selv når de har levd med sykdommen en stund. Flere av deltakerne sa at det var nyttig å få informasjon om hvordan sykdommen kan arte seg og om utvikling av nye medikamenter. Dette ga trygghet for at de ville få behandling så lenge det var håp om effekt. Deltakerne syntes også det var betydningsfullt at helsepersonell brukte tid og energi på å informere dem om sykdom og behandling og at de fikk mulighet til å stille

spørsmål. For noen skapte deltakelsen mer åpenhet i hjemmet. Det de opplevde sammen førte til at det ble lettere å snakke om sykdommen.

**DISKUSJON.** Resultatet av evalueringen forteller oss at det er viktig å skape et felles møtepunkt både for pasienter og pårørende. Selv om pasientene går på samme poliklinikk er det ingen selvfølge at de møter likesinnete som de kan snakke med. De kan sitte side om side på venterommet uten å vite at de har samme sykdom. Å få en uheldelig kreftsykdom kan oppleves som å stå helt

alene. Pasienten går inn i et ukjent landskap hvor livet tar en ny retning, og det kan føre til stor usikkerhet rundt den endrete livssituasjonen.

Nære pårørende kan ikke fullt ut forstå hvordan det er å være syk. Helsepersonell kan heller ikke bidra med hjelp på den måten en pasient med samme sykdom kan. Når pasienten møter andre i samme situasjon kan de oppleve en felles forståelse. Dette kan gi tro og håp om at man selv kan mestre de utfordringene som kan komme.

**BELASTENDE.** Selv om de fleste deltakerne syntes det var veldig nyttig og godt å delta i lærings- og mestringsgruppen, opplevde noen det som belastende å høre andres erfaringer. Andres historier gjorde dem bekymret for hvordan deres eget sykdomsforløp kunne bli. Kan dette skyldes at de ikke har fått bearbeidet sine reaksjoner etter å ha fått en uheldelig kreftsykdom, godt nok? Det kan også være slik at de ikke har mottatt nok informasjon eller at de ikke har maktet å ta til seg denne. Det er forskjellig hvor mye informasjon pasienten er i stand til å ta imot på diagnosetidspunktet. Pasientene kan være i sjokk og forstår bare det aller viktigste av informasjonen de mottar. Kanskje kan helsepersonell bli bedre til å følge opp informasjon som er gitt, sjekke om den er forstått og eventuelt repetere den?

## «Deltakerne følte de fikk delt sine sorger og bekymringer.»

### FAGARTIKLER:

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



**ALENE.** Ikke alle pasienter har et sterkt støtteapparat omkring seg. For disse kan det være en belastning å høre hvordan andre har stor hjelp fra pårørende. Da ser de hva de mangler, og følelsen av å være alene i kampen mot sykdommen kan bli sterkere. At behovet hos deltakerne er forskjellig og at noen opplever at å delta gjør det vanskeligere å mestre livet med kreft, er noe vi som arrangører av en lærings- og mestringsgruppe må være bevisste på. Kanskje bør helsepersonell være spesielt oppmerksomme på dem som har lite sosialt nettverk. Disse kan ha større behov for støtte fra oss. Dette gjelder ikke bare i gruppesamlingene, men også når de møter til konsultasjoner.

**SAMTALE.** De pasientene som kun går til poliklinisk legekonsultasjon, får ikke automatisk en samtale med sykepleier. Legen har begrenset tid til å snakke med pasienten om hvordan han

eller hun mestrer sin endrete livssituasjon. Først når de trenger behandling får de kontakt med sykepleier. Kanskje bør jevnlig sykepleiekonsultasjoner til disse pasientene om utfordringer sykdommen kan gi, settes i system?

**PÅRØRENDE.** Det kan virke som om de pårørende har størst utbytte av å delta i lærings- og mestringsgruppen. Mange er ofte ikke med på konsultasjonene på poliklinikken. Kanskje har de heller ikke fått tilbud om det. Dette fører til at de har liten kontakt med andre pårørende eller helsepersonell, og er prisgitt informasjonen de får fra pasienten. Ved å delta i LMG fikk de endelig møte andre i samme situasjon, samtidig som de tilegnet seg faktakunnskap om sykdom og behandling.

**KONKLUSJON.** Resultatet av evalueringene viser at de fleste deltakerne opplevde økt mestring og livskvalitet ved å delta i lærings-

mestringsgruppen. Særlig pårørende opplevde samlingene som verdifulle. Deltakerne knyttet kontakt med hverandre og dannet et nettverk som de har hatt nytte av videre i sykdomsforløpet. Gjennom gruppa fikk deltakerne kjennskap til Vardesenteret. Dette er et uformelt møtested hvor de kan få støtte både fra likesinnete og kreftsykepleiere.

De som takket nei til å delta under kartleggingen begrunnet dette med at tilbudet kom for sent i sykdomsforløpet. Vår erfaring viser at pasienter ikke ønsker å delta når de er i den nydiagnostiserte fasen. Det må gå litt tid før de opplever behovet for å delta i en slik gruppe.

Hittil er det gjennomført fire grupper. Evalueringene er fra de tre første. På grunnlag av de positive tilbakemeldingene vil vi fortsatt tilby lærings- og mestringsgruppe for myelomatosepasienter og deres pårørende. Alle som går til kontroll ved vår poliklinikk får tilbud om å delta ved at invitasjonen er lagt ut

på vente- og behandlingsrom. Noen ganger oppfordrer vi aktivt pasienter til å melde seg på fordi vi tror at vedkommende har behov for et slikt tilbud. Informasjon om tilbudet ligger også inne i Vardesenterets kurskatalog. Ut ifra pasientgruppen ser det ut til at det er tilstrekkelig å gjennomføre LMG-samlinger for én gruppe i året. ●

#### REFERANSER:

1. Lov om spesialhelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: 1999. (Nedlastet 12.09.2014)
2. Overordnet strategi for St. Olavs Hospital. Trondheim: 2009.
3. Ulriksen V, Madsen U. Myelomatoseskolen. Tidsskrift for kreftsykepleiere 2010; 1: 18–19.
4. Evensen SA, Brinch L, Tønnefjord GE, Holte H. Blodsykdommer. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
5. Austvoll-Dahlgren A, Nøstberg AM, Steinsbekk A, Vist GE. Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring. Oslo: Kunnskapssenteret, Rapport nr. 09. 2011. ISBN 978-82-8121-405-7/ISSN 1890-1298.
6. Almvik TN. Hvordan et menneske mestrer sin skjebne, er viktigere enn hvilken skjebne det får. Masteroppgave i helsevitenskap. Trondheim: NTNU, 2007.
7. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez P, Juando C. Nursing and cancer support groups. Journal of advanced nursing 2005; 51(4): 369–81.
8. Grahn G. Coping with the cancer experience. Developing an education and support programme for cancer patients and their significant others. European Journal of Cancer Care 1996; 5: 176–81.



Ta en master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre. Heltid, deltid, eller ta enkeltemner.

Studiet er tverrfaglig.

«Jeg er imponert over de dyktige foreleserne på studiet».

– Eva Merete Skjevik.

«Arbeidsgiver vil ha kompetanse og er veldig positive til studiet»

– Ingrid-Marie Nyborg

Les mer på

[www.diakonhjemmet.no/eldre](http://www.diakonhjemmet.no/eldre)



**Kunnskapssyn.** Det er delte meninger om kunnskap i sykepleiefaget.

Både om etikk og om grunnutdanningen av sykepleiere.

# To misforståelser om kunnskap



Fakta

**Per Nortvedt**

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Sykepleieetikk har historisk vært ansett å være en sinnelagsetikk. I sykepleiens historiske tradisjon har det viktige i etisk dannelse vært utvikling av gode holdninger og innlevelse i den sykes situasjon. Dette er en generell menneskekunnskap som alle prinsipielt har en del av, enten en er profesjonsutøver eller ikke. Det er så å si en del av vårt felles moralske kompass.

I moderne sykepleieetikk har man i tråd med utvikling i den medisinske etikken imidlertid lagt vekt på å diskutere og utvikle ulike etiske teorier og prinsipper. Parallelt med teori-dannelse i forhold til ulike perspektiver på omsorg i sykepleien, har man på etikkens område utviklet teorier om empati og moralsk persepsjon, og man har tatt del i teoriutviklingen på omsorgsetikkens område, særlig i lys av Carol Gilligans arbeider med moralsk utvikling på slutten av 1970-tallet. Inspirert av fenomenologien, og særlig den danske teologene K. E. Løgstrups arbeider, har spesielt Kari Martinsen utviklet en teori om omsorg som en grunnleggende moralsk dimensjon i tilværelsen og i sykepleien.

**STOR FORSKNINGSAKTIVITET.** De siste tiårene har vi også sett en voldsom vekst i etikkforskning, både i den medisinske etikken generelt og i sykepleieetikk spesielt. Etableringen av etikkomiteer i sykehus og i kommunehelsetjenesten i Norge, og

**«Studenter får høre at for å skrive en god avsluttende oppgave må denne forankres i en sykepleieteori.»**

tilsvarende arbeid med etikkrefleksjon i klinisk praksis i Nederland, Belgia, i Tyskland og England, har også ført til en vekst i forskningsarbeid som har stor betydning for sykepleiens praksis.

Fra mitt ståsted ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har det de senere år vært stor aktivitet rundt

forskning på prioriteringer i kliniske helsetjenester med flere doktorgrader, også av sykepleiere. Det frambringes forskning på bruk av tvang i sykehjemstjenester og i psykiske helsetjenester, om avslutning av livsforlengende behandling, om reservasjonsrett for helsepersonell, om organ-donasjon og forskningsetikk.

Og dette er bare noe av bildet for etikkens del i Norge. Internasjonalt er omfanget av klinisk-etiske forskningsresultater enormt. Vi har altså sett en utvikling fra holdningsbasert sinnelagsetikk til teoriutvikling og filosofi, og videre til en orientering mot praksisnær forskning på etikkens område. Dette slår i hjel en myte når det gjelder etikk; at å tilegne seg etikk og etiske ferdigheter er en del av vår allmenmoral. Dette er feil, etikk må læres, tilegnes og omsettes i klinisk virksomhet.

For å videreføre denne innsikten arbeider vi ved Senter for medisinsk etikk i dag for å få etablert masterkurs i medisinsk og helsefaglig etikk. Det vil fange opp det store behovet for kunnskap om etikk i kliniske helsetjenester som vi ser gjennom arbeidet med refleksjonsgrupper og etikkomiteer.

**HVA TRENGER MAN Å VITE.** I sykepleiens grunnutdanning kan man historisk se noe av den samme utvikling som man har sett på etikkens område. Fra at utdanningen var basert på medisinske fag og sykdomslære og innlæring av praktiske ferdigheter som en del av yrkesopplæringen ved de ulike sykehus, er utdanningen også blitt teoretisert med utvikling av begrepsapparat og sykepleieteorier. Den utviklingen kulminerte særlig i løpet av 1980-tallet ved sykepleiehøgskolene i Norge.

De senere år har man akkurat som på etikkens område sett en stor utvikling av klinisk sykepleieforskning, en forskning som har som pretensjon om å forbedre praksis.

For at dette skal skje, må forskningen både være relevant for praksis og forskningsresultater må overføres og brukes i praksis. Forskningen må presenteres for kliniske sykepleiere på en måte som gjør at den er forståelig og at klinikerne kan se at den aktuelle kunnskapen kan være virksom.

Formidling av relevante forskningsresultater for praksis er en viktig oppgave for forsknings- og fagutviklings-sykepleierne

ved de ulike sykehus og sykehjem og ved de ulike avdelinger. For mange år siden påpekte Marit Kirkevold ved Universitetet i Oslo viktigheten av popularisering og formidling av forskningsresultater for sykepleiepraksis. Det er viktig at sykepleierne i direkte klinisk virksomhet anvender og får hjelp til å anvende aktuell og relevant kunnskap.

**HISTORISKE TEORIER KAN TÅKELEGGE.** Når det gjelder kunnskapsutvikling i sykepleie er det imidlertid noen misforståelser som må korrigeres. Mange studenter i bachelorstudiet i sykepleie får i dag høre at for å skrive en god avsluttende oppgave må denne forankres i en sykepleieteori. Dette er feil, etter mitt syn. En god bacheloroppgave i sykepleie må først og fremst forankres i relevant kunnskap og forskning på det kliniske området den omhandler. Skal man skrive om smertebehandling hos barn, må man først og fremst ha oversikt over kunnskap om smertelindring og aktuell forskning på dette området.

Troen på at sykepleieteorier garanterer relevans er etterlevninger av en forgangen tid der man hevdet at oppbyggingen av en sykepleievitenskap måtte ha sin bakgrunn i en eller flere teorier om sykepleie. Det er det samme som for eksempel å si at man skulle ha en teori om ingeniøryrkets substans for å anlegge en angitt veistrekning. En bestemt sykepleieteori kan være fruktbar for å kaste lys over et klinisk problemområde, men den kan like gjerne tåkelegge hele undersøkelsen.

Mange av de eksisterende sykepleieteorier er også å regne som produkter av sin historiske epoke, særlig i amerikansk sykepleie, der man anså oppbygging av en bestemt teori om sykepleie som viktig for oppbygging av faget. Mange av disse teoriene er etter mitt syn lite plausible og relevante for sykepleiens kliniske praksis i dag.

Akkurat som på etikkens område ser man i sykepleieforskning en vending fra teoriutvikling mot klinisk empirisk forskning. På mange måter er dette gunstig. Faren er at teoriutviklingen lider. Utvikling av ny teori både på etikkens og sykepleiekunnskapens område er viktig for den videre empiriske forskningen. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



# HVA ER MILJØTERAPI?

**Mangfoldig.** Miljøterapi er et uttrykk for en fagideologisk tenkning mer enn en konkret metode.

**FAGARTIKKEL:**

Artikkelen bygger på  
**20% praksis**  
**80% teori**



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.54066



**Ole Greger Lillevik,**  
 Førstelektor v/  
 Avdeling for  
 Helse og Sam-  
 funn, Høgskolen  
 i Narvik

**D**et er skrevet relativt få fagbøker om miljøterapi sammenliknet med andre mer tradisjonelle psykoterapeutiske terapiformer. Ofte kan beskrivelser av hva miljøterapi er bli uklare og ulne. Selv erfarne miljøterapeuter kan ha problemer med å sette ord på hva det egentlig er (1).



**Lisa Øien,**  
 Høgskolelektor  
 v/Avdeling for  
 Helse og Sam-  
 funn, Høgskolen  
 i Narvik

**KLARGJØRING.** I forbindelse med forskning på miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon har vi intervjuet mange miljøterapeuter. Denne artikkelen er en presentasjon og klargjøring av en definisjon på miljøterapi som vi har utviklet på bakgrunn av blant annet disse samtalen. På den måten håper vi å gi et bidrag til forståelsen av miljøterapi og til å sette ord på hva denne terapiformen er. Artikkelen er et omarbeidet utdrag fra boken *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon* (2).

**INSTITUSJONER.** Miljøterapi har sitt utspring i institusjonsbehandling, og er i dag ofte knyttet til institusjoner der arbeid med barn, ungdom, voksne og personer med utviklingshemming står sentralt (3). Et begrep som i dag ofte blir brukt synonymt med miljøterapi, er miljøbehandling. Gjennom historien har miljøterapi utviklet seg til et mangfold av ulike teoretiske

retninger (4). På bakgrunn av dette kan man si at miljøterapi er et uavgrenset begrep. Når noen sier de benytter miljøterapeutisk tilnærming i arbeidet, kan man ikke uten videre vite hvilken grunnlagstenkning arbeidet hviler på. Den kan for eksempel være basert på en atferdsanalytisk tilnærming som vektlegger endring av uønsket atferd, eller det kan være snakk om en humanistisk fundert tilnærming der man fokuserer på menneskets autonomi. Ulike virksomheter innenfor det samme fagfeltet kan forstå problematikken de arbeider med på ulikt vis, og arbeide etter ulike miljøterapeutiske ideer. Miljøterapi må med andre ord forstås som uttrykk for en fagideologisk tenkning, snarere enn en konkret metode.

**FORUTSETNINGER.** Overordnet kan vi si at miljøterapi betegner en behandlingsform preget av miljøterapeutens planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av det som skjer i samspillet mellom bruker og miljøterapeuten i miljøet, i «her og nå»-situasjonen (5). For at det terapeutiske arbeidet skal forstås som miljøterapi, kreves det noen grunnleggende forutsetninger. Slik vi ser det, må miljøterapien:

- begrunnes faglig
- være planlagt
- nyttiggjøre seg av samhandling i

samspill med omgivelsene

- bidra til fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst
- bygge på et humanistisk ideal som preges av omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet

**STRENGE KRAV.** Miljøterapi er en kompleks og krevende terapiform (3) med strenge faglige krav. Miljøterapeuten må være en fagperson som har kompetanse og ferdigheter innenfor et bredt teoretisk og metodisk spekter, og som samtidig er i stand til faglig kritisk refleksjon rundt de terapeutiske tiltakene. Vi skal i det følgende redegjøre nærmere for det vi mener er de grunnleggende elementene i en holistisk humanistisk miljøterapi. Vi definerer miljøterapi slik: «Miljøterapi er en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg de til enhver tid tilgjengelige ressursene omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar man sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst – og å styrke brukerens egenomsorg. Dette oppnår man ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet».

**TERAPEUTISK VIRKSOMHET.** At miljøterapien er en terapeutisk

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Artikkelen argumenterer for en holistisk humanistisk miljøterapi. Med bakgrunn i en definisjon av miljøterapi, drøftes ulike betingelser for at terapiformen skal kunne forstås som miljøterapeutisk. Artikkelen løfter frem holistisk humanistisk miljøterapi som en bemyndigende og anerkjennende tilnærming.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Miljøterapi
- Vold



Tillit: Empati og anerkjennelse står sentralt i den miljøterapeutiske relasjonen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

virksomhet, innebærer at den har en terapeutisk hensikt med en forventet terapeutisk virkning. Miljøterapien må kunne begrunnes, og den må bygge på anerkjente faglige teorier og metoder. Planlegging av miljøterapien innebærer at den skal kunne beskrives før den iverksettes. Det handler også om å arbeide for å motvirke tilfeldigheter. Samtidig må terapeuten være i stand til å utnytte uforutsette muligheter når de oppstår. Miljøterapien må derfor også gi rom for det man kan kalle terapeutisk spontanitet (3).

**RESSURSGRUNNLAG.** Miljøterapiens tilgjengelige ressurser befinner seg innenfor de institusjonelle rammene. Institusjonell i denne sammenhengen betyr ikke innenfor en bygningsmessig institusjon, men innenfor virksomhetens rammebetingelser. Rammene utgjør de omgivelsene eller det miljøet som miljøterapien utøves innenfor. Miljøet omfatter alt omgivelsene i en gitt situasjon inneholder. Miljøet er ikke avgrenset til et enkelt fysisk område, men er den totale konteksten hvor bruker og terapeut til enhver tid kan være

## «Miljøterapi har sitt utspring i institusjonsbehandling.»

i samhandling for å skape vekst. Det kan med andre ord være alt som er rundt brukeren, alle de fysiske, psykologiske, og sosiale omgivelsene som han eller hun befinner seg i. Det terapeutiske miljøet kan derfor være i eller utenfor en

institusjon, det kan være på arbeidsplassene, i et bofellesskap, på butikken, ute i naturen eller i brukers hjem og/eller sammen med familien, for å nevne noe.

**FAKTORER.** Man kan skille mellom de rammebetingelser som ligger innenfor miljøterapiens myndighetsområde, og de som ligger utenfor. Utenfor myndighetsområdet finner vi faktorer som for eksempel lovverk, forskrifter og økonomiske rammer som virksomheten og den enkelte miljøterapeuten er





bundet av. Dette er faktorer vi alltid er nødt til å ta hensyn til, og som både skaper muligheter og setter begrensninger for tiltakene våre. De faktorene som ligger innenfor miljøterapiens myndighetsområde, er alle de faktorene som det miljøterapeutiske kollegiet mer eller mindre kan påvirke selv. Slike faktorer kan være:

- ansattes faglige kompetanse
- ansattes personlige kompetanse
- antall ansatte og fordeling av stillingsbrøker (deltids-/heltidsstillinger)
- sammensetning av personalet (alder, kjønn, kompetanse)
- trygghet, trivsel og åpenhet
- brukergruppen og enkeltbrukere
- personalgruppen og enkeltansatte
- turnusordninger (hvem og hvor mange er på jobb, når)
- ansvarsavklaringer og stillingsinstrukser
- systemer for rapportering og deling av informasjon
- strukturer for medbestemmelse og innflytelse for både ansatte og brukere
- interne regler og forventninger som styrer de ansattes arbeid
- regler for atferd for brukerne
- tid
- strukturer for samarbeid med og tilgang på eksterne samarbeidspartnere
- fysiske miljøfaktorer

Dette er ikke ment som en fullendt liste, men den viser kompleksiteten av variabler som påvirker det miljøterapeutiske arbeidet. Det vil verken være hensiktsmessig eller mulig å ta hensyn til alle nyanse i omgivelsene, men det er miljøterapeutens oppgave å se hvilke faktorer som påvirker miljøterapien, og samtidig se hvilke muligheter og begrensninger disse faktorene gir (3).

**RELASJONEN.** Samhandling og samvær er sentrale og essensielle elementer i miljøterapien. Samhandling er et begrep som ikke bare innebærer handling, forstått som aktivitet. Samhandling er et relasjonelt begrep. Vi står i samhandling med hverandre, og

gjennom sosiale relasjoner skapes et felles erfaringsgrunnlag. Dette fellesskapet danner grunnlag for brukerens vekst og terapeutens forståelse. Terapeutens forståelse er avgjørende for å kunne hjelpe. Det er erfaringer gjennom å være sammen i «her og nå»-situasjoner som bidrar til vekst og utvikling. Kvaliteten på relasjonen mellom bruker og terapeut er derfor avgjørende for miljøterapiens bidrag til brukerens bedringsprosess (6). Relasjonen danner grunnlaget for en arbeidsallianse der partene kan arbeide mot felles mål. Miljøterapeuten kan arbeide opp mot både enkeltbrukere og grupper av brukere. Når de miljøterapeutiske tiltakene retter seg mot en gruppe, vil gruppens vekst ha betydning for enkeltbrukere, og enkeltbrukeren vil ha betydning for gruppen som helhet.

**HOLDNINGER.** Flere studier viser til hjelpeholdninger som er viktige for trygghet og tillit i relasjonen (7–9). Vi har her samlet noen sentrale holdninger som bidrar til gode brukerrelasjoner:

- Gi anerkjennelse og vis empati
- Vær konsentrert nærværende
- Gi brukerens opplevelse forrang
- Vis likeverdighet
- Vær åpen og ærlig
- Våg å vise deg frem som person
- Våg å le av deg selv, le sammen med brukerne (humor)
- Skap trygghet
- Vis personlig omsorg, innlevelse og vis at du vil den andre vel
- Gi støtte og formidle håp
- Vis evne til samarbeid
- Overfør makt tilbake til brukeren
- Vær forutsigbar med hensyn til både grenser og reaksjoner når grensene trækkes over

**FORMÅL.** Miljøterapien skal bidra til både menneskelig fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst. Brukeren må forstås som en kompleks helhet, hvor alle sider av mennesket gjensidig påvirker hverandre. Problemer knyttet til et eller flere av disse aspektene vil påvirke de andre. Tradisjonelt sett har miljøterapien vært særlig rettet mot å

stimulere til vekst i sosiale ferdigheter, og redusere psykiske problemer. De fysiske aspektene har i større grad blitt sett på som det somatiske helsevesenets ansvar. Slik vi ser det, er det avgjørende at miljøterapeuten ikke overser aspekter ved brukeren som innvirker på helheten. Faktorer som; kognitive ferdigheter, effektive problemløsningsstrategier, impuls kontroll i

stressituasjoner, empatistyrke, trivsel og motivasjon, trygt sosialt nettverk, gode rollemodeller, stabil hjemmesituasjon og kvalitet og stabilitet i relasjoner er alle fak-

torer som bidrar til å styrke brukerens ferdigheter til å mestre indre og ytre utfordringer.

**EGENOMSORG.** Egenomsorg må forstås som det en person gjør for å ivareta sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det handler om evne til selvivaretagelse på mange ulike områder i livet. Nedsett evne til egenomsorg kan skyldes mange og ulike forhold. Det kan for eksempel være mangel på kunnskap om sammenhengen mellom hvordan man lever og de konsekvensene det gir, mangel på sosial støtte, manglende motivasjon, mangel på fysiske og psykiske krefter eller reduserte kognitive evner (9). Miljøterapien skal i seg selv bidra til vekst, og den skal bidra til at brukeren selv kan vedlikeholde vekst. Det innebærer at den skal styrke selvstendighet og autonomi og fremme brukerens evne til egenomsorg.

**PROSESSER.** For å fremme vekst og støtte brukerens egenomsorgsevne er det nødvendig at miljøterapeuten varierer mellom avstand og nærhet, beskyttelse og utfordring, i henhold til brukerens behov (9). Dette er grunnleggende variabler i de terapeutiske prosessene. I samhandling kan brukeren utfordres i trygge omgivelser. Dersom man ikke makter å balansere mellom beskyttelse og utfordring, vil man kunne være overbeskyttende når

## «Miljøterapi er en kompleks og krevende terapiform.»

### FAGARTIKLER:

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

brukeren i realiteten er klar for utfordringer. Vi vil da risikere å overstyre brukerens egen mestring. Det vil igjen kunne føre til passivitet, et redusert selvbylde, lært hjelpe-løshet og institusjonalisering. Der-som man på den annen side gir utfordringer når brukeren ikke har forutsetninger for å mestre situa-sjonen, vil det kunne føre til tapsopplevelser og et redusert selvbylde. Resultatet vil være at brukerens avmakt opprettholdes eller til og med øker. Miljøterapeu-ten evne til å tilpasse tiltak i forhold til bruker og situasjon er derfor avgjørende for resultatet av miljøterapeutiske tiltak.

**ANERKJENNELSE.** Når det tera-peutiske miljøet er preget av aner-kjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet, innebærer det at terapiformen er bemyndi-gende og avmaktsdempende i sitt vesen. I alle relasjoner inngår det makt. Hjelper – bruker-relasjonen er et tydelig asymmetrisk avhengi-ghetsforhold, der en person er av-hengig av en annen persons hjelp. Det hviler derfor et særlig ansvar på hjelperen for å forvalte denne implisitte makten på en moralsk

ansvarlig måte (10). Empati og an-erkjennelse må stå sentralt i den terapeutiske relasjonen. Begge be-grepene er knyttet til forståelse av og for den andre. Det handler om innlevelse og evne til å settes seg inn i brukerens sted. Empati og an-erkjennelse omfatter både et hold-ningsaspekt og et handlingsaspekt som skal sikre at vi ikke bruker vår makt på en måte som krenker den andre.

**ALLIANSE.** Når miljøterapeut og bruker inngår i en terapeutisk alli-anse, betyr det at det er noe man er sammen om, og enige om. Man går sammen, i samme retning. Når man står i en felles allianse, har det også betydning for kvaliteten på rela-sjonen. Man står i et samarbeids-forhold der brukeren og miljøtera-peuten vil det samme. De står i et fellesskap med felles mål, der miljøterapeuten tar hensyn til bru-keren som et selvstendig og like-verdig menneske. Selve kvaliteten på relasjon mellom hjelper og bruker framheves ofte som en avgjørende faktor for resultatet. En del forskning viser nettopp til at hovedårsaken til variasjon i be-handlingsresultater kan forstås ut

fra relasjonelle årsaker, og at gode resultater i realiteten beror på den enkelte hjelperen (11). Kvaliteten på alliansen framheves dermed som viktigere enn metodevalg, teori og teknikk. I den terapeutiske allian-sen må brukerens oppfatning av problemer, årsaker og løsninger ha en avgjørende rolle (12). Å ta hen-syn til brukerens forståelse av egen situasjon gjenspeiler en bemyndi-gende og avmaktsreduserende holdning i samhandlingen. En slik holdning er en forutsetning for at vi skal kunne hjelpe brukeren til makt og myndighet i eget liv.

**AVSLUTNING.** Vi har i denne artik-kelen presentert en definisjon på miljøterapi, og drøftet noen ulike elementer i denne definisjonen. Som vi skrev innledningsvis må miljøterapi forstås som uttrykk for en fagideologisk tenkning, og i min-dre grad som en konkret metode. På bakgrunn av den ideologiske tenkningen kan man utvikle tera-peutiske metoder som igjen er for-ankret i fagspesifikk kunnskap. Vi har ønsket å sette søkelys på en holistisk humanistisk miljøterapi som vektlegger samhandling, alli-anse, anerkjennelse og respekt.

Variasjon mellom støtte og utfor-dring i det terapeutiske miljøet skal bidra til fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst. Miljøterapi er et uav-grenset faglig begrep, og artikkelen kan bidra til bedre å sette ord på hva miljøterapi er. ●

#### REFERANSER:

1. Skårderud F, Sommerfeldt B. Miljøterapiboken. Mentalise-ring som holdning og handling (MBT-M). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.
2. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
3. Olkowska A, Landmark B. Hva gjør miljøterapi til terapi?, Fontene 2009;9:52–9.
4. Skorpen, A, Anderssen N, Øye C, Bjelland AK. Brukerperspek-tiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. Vård i Norden 2008;28:19–23.
5. Bunkholdt V, Larsen E. Metodisk barnevernsarbeid. Oslo: Tano Aschehaug, 1995.
6. Vatne S. Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
7. Lillevik OG, Øien L. Kvaliteter hos hjelperen som kan bidra til å forebygge trusler og vold fra klienter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010;6:13.
8. Borg, M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals. Helping relationships in mental health services. Journal of Mental Health 2004;13:493–505.
9. Hummelvoll K. Helt. Ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
10. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano, 1991.
11. Luborsky L, McLellan T, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry 1985;42:602–11.
12. Halvorsen GS. Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom? Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2008;4:3–8.

xwear.no

## Benytt sjansen - få 20% rabatt!

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



Rabattkode:  
helse



# Lars-Petter Jelsness-Jørgensen

## Nysgjerrig professor

Fortalt til **Kari Anne Dolonen** • Foto **Geir Carlsson**

### Fakta

**Nyutdannet sykepleier i 2005**

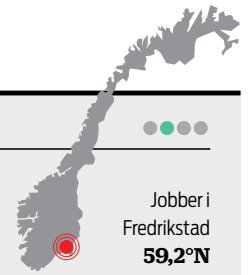
### CV

1994-2002: Studier i etnologi, historie og psykologi

2009: Mastergrad

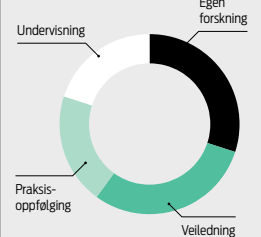
2011: PhD

2014: Professor



Jobber i  
Fredrikstad  
59,2°N

### Når jeg jobber driver jeg med ...



**A**være professor med delt stilling mellom klinikk og høyskole er noe av det jeg virkelig liker med jobben min. Da får jeg kombinert det å drive undervisning av morgendagens helsepersonell med det å jobbe ute i klinikken og finne ut hvor skoen trykker for pasienter og pårørende.

Jeg mener bestemt at vi trenger forskning som er nær klinisk praksis. Det er da vi kan stille viktige forskningsspørsmål som kan gi kunnskap nettopp for at pasienter og pårørende skal få et bedre liv. Det er her noe av drivkraften min ligger.

Skal man bli en god professor, trengs det et stort faglig engasjement, god observasjonsevne slik at man kan stille relevante forskningsspørsmål, og ikke minst utholdenhet.

Det er absolutt ingen 8–16 jobb å være professor. Jeg skal veilede studenter, drive egenforskning, skrive vitenskapelige artikler og også skape synergi i forskningen gjennom internasjonalt samarbeid.

Forskning skjer ikke i det lukkede rom, på det enkelte sykehus, høyskole eller universitet. God forskning har betydning på tvers av profesjoner og landegrenser. Mange kvelder og helger går med til jobbing og konferanser med kolleger fra andre land som befinner seg i andre tidssoner.

Du kan aldri hvile på dine laurbær. Du må hele tiden følge med på fagfeltet ditt og aldri slutte å stille kritiske spørsmål. Det er også noe av jobben min når jeg veileder og underviser studenter. Jeg prøver å få dem til å forstå at de må jobbe evidensbasert, at pasientbehandling må være tuftet på best tilgjengelige bevis. Derfor er det uforståelig for meg at sykepleiere i økt grad snuser på alternative behandlingsmetoder som ikke er testet og begrunnet vitenskapelig. Det jeg yrkesmessig er mest stolt av er å ha nådd en akademisk toppkarriere og at jeg har holdt fokus klart mot målet. I tillegg er jeg stolt av å være en del av et aktivt tverrfaglig forskningsteam, som aldri slutter å stille kritiske spørsmål. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



**Klinisk: Professor Lars-Petter Jelsness-Jørgensen mener vi trenger forskning nær klinisk praksis.**

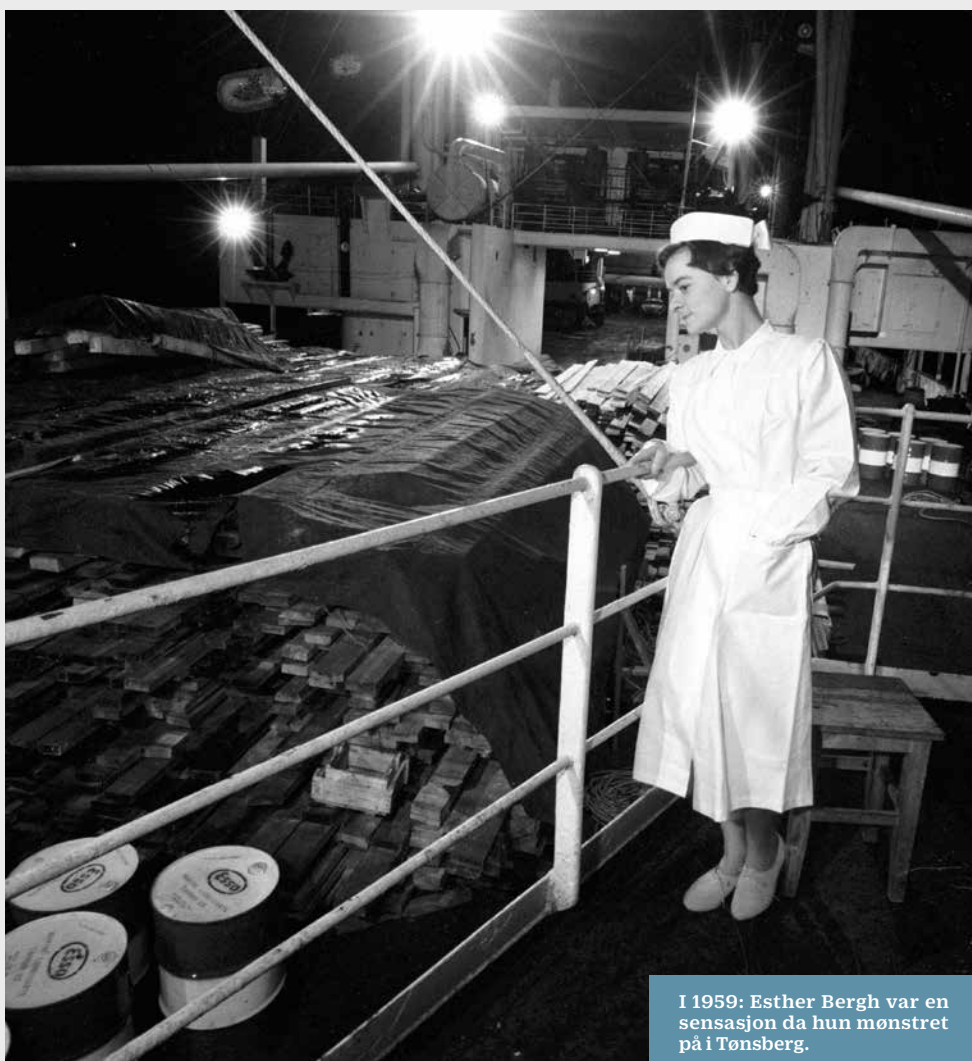




# Påfyll

Del 3 Sykepleien 05 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



I 1959: Esther Bergh var en sensasjon da hun mønstret på i Tønsberg.

## Sykepleier til sjøs

**Hvalfangst.** I seks måneder var 25 år gamle Esther Bergh eneste kvinne på hvalfangst med «Balaena». **72**



### Liv laga.

– Kroppsvæsker er visst sykepleiernes domene. **67**



«Det var verre å komme hjem fra Sør-Suden enn Liberia.»

Ane Bjøru Fjeldsæter. **68**



**Quiz.** Hvilken p-pille er minst farlig? **74**



Dikt



**(hjerterpasient)**

*fra jul og til påske  
tok hun nesten ikke  
til seg mat*

*hun hadde lite igjen*

*hun hadde skinnet  
over skjelettet  
og en pacemaker  
som fortsatte  
å tikke tiden  
gjennom blodet*

*en krevende søvn  
nappet og slet  
i alle hjørnene  
av døgn*

*hun lå i skvis  
mellom kroppen  
som hadde gitt opp  
og teknologien  
som pulserte livet  
videre*

*metronomisk usvikelig*

*fraktet hvert nytt  
sekund henne  
dypere innover  
i ansiktet*

*helt inn dit  
lidelsen mister grep  
og setter seg fri*

*hun tok tidentil hjelp  
hun hadde en strategi*

*hun ville fortsette  
arbeidet med å våkne*

*til lyden  
av et hjerte  
som hadde  
sluttet å slå*

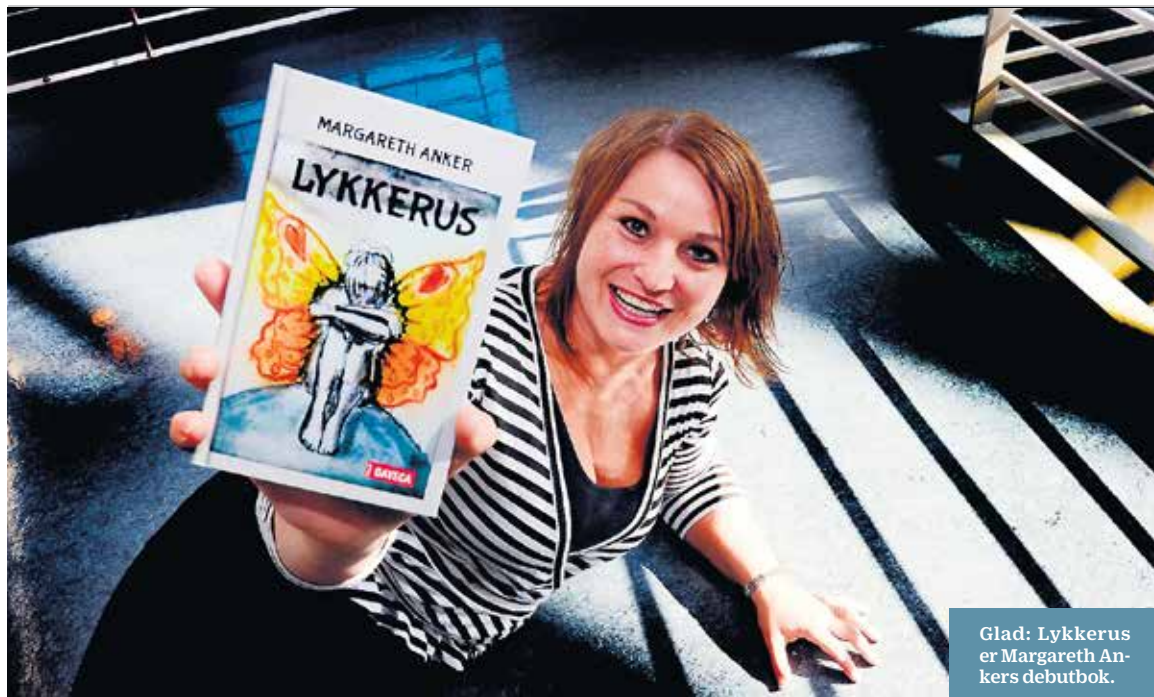
Fra diktsamlingen Epi, Krise, Poe, Si, Cappelen Damm

Om forfatteren



**Arne Hugo**

Arne Hugo Stølan er tidligere sykepleier, nå forfatter og skrivekunstlærer ved Nansenskolen.



Glad: Lykkerus er Margareth Ankers debutbok.

## Debuterer med Lykkerus

**SYKEPLEIER:** Margareth Anker skriver om å være sykepleier, firebarnsmor og yrkeskvinne. Boken heter **Lykkerus** og bygger på hennes egne erfaringer.

Anker har jobbet mange år ved akuttavdelingen på Sørlandet sykehus i Arendal og hun skriver blant annet om da hun ble valgt ut til å jobbe

på AMK-sentralen der.

Hun fikk innkalling til møte med ledelse og trodde først det var noe galt. Så viste det seg at hun var håndplukket til å svare på 113 og fikk to ukers kurs i Trondheim med gratis hjemreise i helgene.

Anker skriver om forskjellige episoder på jobb og i privatliv, og hun

viser hvordan hun har lært seg å takle alvor og hverdag med humor og livskraft.

Skrivingen begynte for mange år siden med lyrikk, og hun har også skrevet stand up-tekster hun har framført selv. Etter utgivelsen av Lykkerus har hun også deltatt på ulike arrangementer og fortalt om boken.

### Legemiddel-håndbok som app

Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell har vært å finne som app til smarttelefon. Nå er det også laget app for nettbrett. Den kan lastes ned fra AppStore eller Google Play.

### Faglitterært forfatterstipend

Cappelen Damm inviterer nye og etablerte fagforfattere til å søke stipend.

Forlaget deler ut ett hovedstipend på 100 000 og to stimuleringsstipend på 25 000 kroner.

Stipend går til det beste konseptet for en lærebok til høyere utdanning.

Frist for å søke er 1. oktober 2015.

### De fleste tar vaksiner

De aller fleste barn og unge i Norge får vaksinerne som er anbefalt i barnevaksinasjonsprogrammet. Det viser tall for 2014.

Flere tar hpv-vaksinen, som er anbefalt jenter i 7. klasse.

Men færre 16-åring er vaksinert mot difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt.

Kilde: Folkehelseinstituttet

## Bøker. 3 om å løpe

### Gjør-det-selv

**LÆREBOK:** Løpebølgen er over oss, og journalist og maratonløper Nina Hanssen har sammen med tidligere landslagsløper Kari Uglem skrevet boka *Løpe*. Det enkleste er ofte det beste. De gir deg rådene du trenger for å komme i gang og finne flyt, motivasjon og glede enten du er i startgropa eller du har satt deg større mål.



### Mot alle odds 1

**DOKUMENTAR:** Samia Yusuf Omar vokser opp i et krigsherjet Somalia og har ett ønske: Hun vil løpe. Giuseppe Catozzella skildrer hennes vei fra løpetrening i burka på nattetid i Mogadishu gater til OL-deltakelse i Beijing, før hun til slutt drukner som båtflyktning på vei til OL i London i 2012. *Ikke si at du er redd* er en sterk dokumentar om en viljestærk personlighet og en påminner om en pågående tragedie.



### Mot alle odds 2

**REHABILITERING:** Etter å ha fått skutt i stykker en arm og en hofte, bestemmer Anne Grethe Solberg seg for å bli Norges kuleste dame med en arm. Å gå er vanskelig, men å løpe er litt lettere, finner hun ut og bestemmer seg for at New York Marathon er målet hun sikter mot. *Et helt menneske i en halv kropp* er hennes fortelling om å reise seg fra sykehussenga som handikappet og ta igjen retten til et fullverdig liv.



## Påfyll. Petit



Liv laga



### Liv Bjørnhaug Johansen

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

### Jack of all trades

**Stor var min overraskelse da vaskedamen kom bort til meg og ba meg vaske gulvet på den siden noen hadde tisset på det. Da jeg forsøkte å innvende at det jo var hun som var ansatt for å vaske, kunne hun informere meg om at vaskepersonalet på sykehuset ikke skulle ha noe med kroppsvæsker å gjøre. Jeg tenkte mitt (mer spesifikt tenkte jeg: Det kaller jeg solid fagforeningsarbeid!), og tørket lydig opp og tok, som beordret med meg søpla ut, da den inneholdt bleier som jo inneholder kroppsvæsker og dermed sorterer utenfor deres ansvarsområde.**

Denne lille episoden gjorde meg oppmerksom på et påfallende trekk ved sykehuslivet, eller kanskje heller sykepleien; mens alle andre har ryddig avgrenset sine arbeidsfelt, tilfaller alle oppgaver som måtte bli til overs oss pleiere. Alt som ikke er definert som noen andres oppgave, tilhører sykepleierens ansvarsområde. Når pasienten må på do i treningen, roper fysioterapeuten «Ferdig! Kom og tørk!», og legen trer behendig til side og slipper oss til med pussbekkenet når pasienten brekker seg. Kroppsvæsker er åpenbart sykepleierens domene, og håndtering av disse må vi kunne innrømme å ha kompetanse på. Det er derimot en hel del andre oppgaver som naturlig tilfaller oss i kraft av at ingen andre vil ha dem, der jeg ofte opplever at kompetansegrunnlaget hos sykepleieren ikke står i forhold til kravene som stilles oss.

Eksempelvis forventer de fleste pårørende at jeg skal være i stand til å stille inn kanaler på TV-en, installere trådløst nett på private nettbrett og pc-er, samt reparere småelektriske apparater som ikke fungerer.

Siden IT-supporten vår består av et telefonnummer vi kan ringe for å stå på vent i 5 minutter for så å få snakke med en mann i en annen by som sier «Har du prøvd å restarte?», faller også det meste av feilsøking og vedlikehold av IT på vår kappe. Er logopeden syk, driver vi språktrening, er postsekretæren borte tar vi telefoner, leverer rekvisisjoner og bestiller varer. I hjemmesykepleien forstår jeg også at vedhogst, rørlegerarbeid, vaktmesteroppgaver, hundelufting og blomsterstell inngår som vanlige oppgaver.

Det er med andre ord ikke så rart at sykepleievitenskapen i stor grad beskjeftiger seg med å besvare spørsmålet «Hva er sykepleie?». Og hvis konklusjonen er at sykepleie er alt det sykepleie driver med for tiden, vil jeg anbefale en dramatisk revisjon og fornying av rammeplaner og pensumlister for sykepleieutdanningen der det legges inn moduler som «Grunnleggende rørløpferdigheter», «Geriatrisk frisering; hårrulling og bruk av leggevann», «Hvordan få en skriver som ikke vil skrive ut til å skrive ut, og andre IT-utfordringer», og «Bilmekanikk for hjemmesykepleiere». På denne måten kan vi sikre at kompetansegrunnlaget og de reelle faglige utfordringen samsvarer. ●



# Ane Bjøru Fjeldsæter

## Om ebola, skam og kjærlighet

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Stig Weston**

### Krise. – Vi må la oss berøre av menneskene som rammes.

Hun var i Liberia da ebolaepidemien var på det verste og Leger uten grenser var de eneste som tilbød hjelp.

Hun har vært med på å skille smittet mor og symptomfri datter, sett syke ligge i samme telt som døde og kjent på skammen over ikke å kunne yte mer hjelp enn absolutt minstemål.

Det skriver hun om i *De uberørbare. En feltarbeiders beretning om ebola*.

**FÅ NYE SMITTETE.** Historiene hun forteller står i sterk kontrast til et vårfylt Oslo. Ane Bjøru Fjeldsæter er på vei til jobb som psykolog i rusomsorgen. Det er snart ni måneder siden hun kom hjem fra Liberia. Der er utbruddet nå under kontroll, med ingen bekreftede tilfeller andre uken i april. I Sierra Leone, der hun hadde sitt første ebolaoppdrag, er det meldt 9 tilfeller.

Det er gledelige tall i en dyster statistikk. I de tre hardest rammete landene Guinea, Sierra Leone og Liberia er det til nå meldt om flere enn 25 000 smittede og 10 000 døde.

**SNAKKET OM DØDEN.** Jobben hennes var å ivareta den psykiske helsen til pasienter, pårørende og ansatte. Etter å ha jobbet med selvmordstruete pasienter i Norge følte hun at hun mestret å snakke om døden. Og å knytte seg til mennesker hun vet hun kan miste.

**KJÆRLIGHET GIR SMITTE.** Ebola rammer den som viser omsorg. Kapitler som «Elskede barn, elskede smittetilfelle» beskriver hvilke dilemmaer sykdommen skaper både for dem som rammes og dem som vil hjelpe.

Om indekstilfellet, gutten fra Guinea som blir kalt pasient O, skriver hun at «vi vet han var et elsket barn, for snart begynte familiemedlemmene hans å dø».

Ebola er egentlig et mislykket virus. Det smitter bare gjennom tett kontakt og dreper verten så raskt at det ikke rekker langt. Derfor burde det være lett å håndtere og eliminere. Hadde det bare ikke slått til blant verdens fattigste.

**BARNA LEKER DOKTOR.** – At utbruddet ble så stort skyldes ikke sykdommen, men den enormt skjeve fordelingen av helsetjenester.

At viruset er så mislykket, gjør at det ikke vil kunne bli et folkehelseproblem i land med moderne helsevesen. Og det, skriver hun, skyldes ikke bare smitteverntiltak, isolasjonsanlegg og høyteknologiske vernedrakter. Men at befolkningen leker

«Folk blir så redde at de mister menneskeligheten.»

Ane Bjøru Fjeldsæter

doktor allerede i barnehagen. De er vant til å gå til legen og har tillit til helsevesenet. Får de mystiske symptomer, oppsøker de helsevesenet. Et utbrudd vil bli kvelt i starten.

I Norge er det nesten 5 leger per 1 000 innbygger. I Liberia er det 0,014. Folk flest har aldri vært hos en lege.

**SYKEPLEIERNE MÅTTE PRIORITERE.** I Monrovia i Liberia ble situasjonen så prekær at helsepersonell ikke hadde ressurser til å kunne ta imot alle pasientene. Sykepleiere og leger ble nødt til å slutte å gi intravenøs væske fordi stikkeprosedyren var for risikabel. Selv om det i noen tilfeller er intravenøs væske som redder liv.

Leger uten grenser advarte lenge, men ble ikke hørt. I ettertid har Verdens helseorganisasjon tatt selvkritikk på at verden reagerte altfor sent på ebolaepidemien.

– Jeg tror det snudde da de amerikanske hjelpearbeiderne Nancy Writebol og Kent Brantly ble smittet. Da ble ressursene satt inn, sier Fjeldsæter.

**FOLK BLIR REDDE.** En fransk sykepleier Fjeldsæter jobbet sammen med, ble også smittet. Senere også den norske legen Silje Lehne Michalsen. Da var ebola førstesidestoff i alle aviser. Det var med ett en sykdom som kunne ramme oss. I kommentarfeltene kom det frem holdninger om at den norske legen burde holdt seg i Afrika og ikke kommet hjem med smitte. Det opprørte Fjeldsæter.

– Folk blir så redde at de mister menneskeligheten, sier hun.

– Og det må ikke skje.

Selv kan hun på et vis forstå redselen.

– Ebola er en veldig dødelig sykdom. Over halvparten som får den vil dø. Det er en frykt som får foreldre til å sette sine syke barn utenfor sykehuset og dra fra dem.

**INGEN BRØD SEG OM SØR-SUDAN.** Å komme hjem fra ebola-oppdrag var annerledes enn å komme hjem fra tidligere feltoppdrag i Sør-Sudan.

– Det var verre å komme fra Sør-Sudan. Da var det så påtakelig at ingen brød seg. Ebola har tross alt fått oppmerksomhet, men det har vært mye



Fakta

## Ane Bjøru Fjeldsæter

**Aktuell med:**  
De uberørbare.  
En feltarbeiders  
beretning

bilder av viruset og leger i beskyttelsesutstyr.

I september skrev hun innlegget «Jeg hater meg selv for å ha møtt denne ungen. Han er her en uke – så er han borte for alltid».

Det handlet om fem år gamle ebolasyke Patrick, som nettopp hadde mistet moren sin. Han ble svakere og svakere, men klarte å be om en sykkel. Hun tenkte «Å Patrick, hvor skulle du ha syklet hen? Du elsket moren din og var nær henne da hun var syk. Nå er du omgitt av oransje gjerder, og du kommer aldri til å lære å sykle».

**SAMLET INN TIL SYKKEL.** Men Patrick overlevde, og historien ble gjengitt i både norske og utenlandske aviser.

– Det ringte en journalist fra Brasil og spurte om han kunne ta med en sykkel til Patrick. Det viser at folk vil hjelpe. Men de står overfor denne svære ebola-greia og føler seg redde og maktesløse. En sykkel ble en konkret måte å gjøre noe på.

Patricks far, William, er en av dem Fjeldsæter fremdeles har kontakt med. Også han overlevde, men mistet ni i familien.

Målet med boken er at disse historiene, om Patrick, William og mange andre, skal berøre.

– Jeg tror det betyr noe for dem som dør at vi ikke glemmer dem. Det høres kanskje ikke ut som viktig hjelp, men jeg tror det er viktig for dem som står i møte med døden at de er i tankene til noen. ●

[nina.hernes@sykepleien.no](mailto:nina.hernes@sykepleien.no)



Sykepleien APP

### Les mer:

Fra boken. Et kapittel:  
Kjærlighet i ebolaens tid.



Fakta

**Selvregulering**

Av Pål Kraft  
Universitetsforlaget, 2014  
224 sider  
ISBN 9788215024530

Anmelder: Thore K. Aalberg, Cand.polit., fagbokforfatter og homøopat

## Selvfølgeligheter og vitenskap

**ANMELDELSE:** Greier du å stå imot impulser om å spise, ha sex, kjøpe noe, å slappe av, sjekke e-post eller surfe på nettet? Halvparten av oss greier ikke det. I løpet av en dag tar vi 35 000 beslutninger, og de fleste av dem er vi oss ikke bevisste. Valg tapper oss for energi. Informasjonsflommen i dagens samfunn er enorm.

Pål Kraft er direktør ved SIRUS og professor ved BI. Forfatterens utgangspunkt er at kroppen og hjernen er den samme som for flere tusen år siden, mens vårt hypermoderne samfunn er et helt annet. Et samfunn som forutsetter evne og vilje til å tilpasse seg samfunnets krav og

normer. Til det trengs det selvregulering som innebærer både viljestyrke, selvkontroll og selvdisiplin. Forfatteren fokuserer på blant annet personlighet, barn, rusavhengighet, spisevaner og fysisk aktivitet, begrensninger og muligheter, men også når selvregulering svikter og hvordan den kan styrkes.

Han er flink til å bruke eksempler som leseren vil kjenne seg igjen i. Boken er full av selvfølgeligheter, som blir bekreftet gjennom forskning. Et eksempel er at seksuell opphisselse på julebord gjør det lettere å være utro. Forfatteren lider av substantivsyke og unngår «jeg» når han omtaler seg selv. Noe som kan oppleves som

arkaisk. Siden målgruppen ikke er forskere, skulle det ikke være nødvendig å ha referansene i selve teksten.

Bokens beste kapitler er de som handler om avhengighet hvor han nevner narkotika, sovemidler, alkohol, koffein og sukker som vanedannende, og fysisk aktivitet og spisevaner. Derfor kunne de to kapitlene av pedagogiske grunner ha innledet boken. De er relativt praktiske og ville ha økt motivasjonen til å fortsette å lese boken. Forfatteren er på sitt beste når han beskriver og analyserer fenomener og på sitt svakeste når han pakker inn egne holdninger i et skinn av vitenskapelighet, som for eksempel at kapitalismen er best. ●



Fakta

**Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus.**

Av Bjørg Marit Andersen  
Fagbokforlaget, 2015  
ISBN: 978-82-450-1681-9

Anmelder: Ingrid Jahren  
Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

## Godt fagstoff – med agenda

**ANMELDELSE:** Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus er del 1 i en serie på to bøker forfattet av dr.med. Bjørg Marit Andersen, en profilert professor i hygiene og smittevern. Hennes lange og brede erfaring preger boka i utstrakt grad. Det er flere agendaer som spilles ut over 400 sider med hovedsakelig godt fagstoff.

Bokas hoveddeler består av lover og forskrifter, forekomst og definisjoner, før forfatteren tar for seg bakterier, virus, parasitter og sopp. Du finner forslag til smitteregimer, og svært god informasjon om valg av desinfeksjonsmidler og varmebehandling/rengjøring. Siden målgruppen er bred, er boka

godt egnet som oppslagsverk. Den har av samme grunn mindre potensial som lærebok. Lengre sekvenser vil stå i fare for å ha liten relevans selv om case-ene kan være nyttige. Flere sykdomsinnledninger er interessante og setter det hele inn i en større geografisk og historisk sammenheng. Andersen er kritisk til norske helsemyndigheters håndtering av pandemisk influensa, og henviser til at kun én smitteverneksperter advarte mot bruk av Pandemrix.

Forlaget kunne ha hjulpet forfatteren mer rent språklig. Begreper som «importpasient» og «moderne seksualpraksis» savner klare definisjoner. Også utstrakt bruk av utropstegn må

kommenteres. Om syfilis sier hun: «I New York var det økende utbrudd av syfilis blant menn som har sex med menn, ved bruk av telefon apper som gjorde det lettere raskt å finne nye sex partnere (!).» Forfatterens bruk av utropstegn transformerer på denne måten fakta til moralsk fordømmelse.

I en elektronisk tidsalder kan det være viktigere å finne hjemmesidene til Folkehelseinstituttet og kjenne prosedyrer for egen helseinstitusjon enn å ha denne boka for hånden. Bokas styrke ligger i å dokumentere og underbygge hvordan tidlig innsats kan være svært kostnadsbesparende. Det gjelder liv, lidelse og penger. ●

Hva  
leser du  
nå?

Kaja Elena  
Klunderud

## Kaffe, klassikere og Felleskatalogen

**LITTERATUR:** – Jeg leste nylig Jack Kerouacs *On the road*, og det inspirerte meg til å gå løs på klassikerne, sier Kaja Elena Klunderud. Dermed kjøpte hun James Joyces *Ulysses*, som ligger klar på kjøkkenbordet. – Men været har vært for fint til at jeg har kommet i gang.

Hun har også nylig lest Kristin Solbergs *Gjennom de renes land*, en journalistisk reisebok fra Pakistan. – Den kan jeg anbefale.

Hun liker best å lese om morgenen når hun har fri eller kveldsvakt. – Lese og drikke kaffe – det er den beste starten på dagen.

– *Leser du noe fagrelatert?*

– Jeg jobber i demensomsorg og leste nylig romanen *Mors Gaver* av Cecilie Enger. Den var en påminner om hvor annerledes pasienter med demens oppleves for pårørende enn for oss som jobber med dem. Ellers er det vel Felleskatalogen som er min mest leste bok ...

LivBjornhaugJohansen@  
sykepleien.no



Alder: 26

Stilling: Sykepleier ved Eikertun sykehjem

## Bredspektret og ujevnt om NPM

**ANMELDELSE:** **Hva skjer med helsesektoren når den skal styres etter prinsipper fra fri markedstenking? Hva skjer når økonomene inntar lederstolene og sykehusene evalueres etter produksjon? Journalist Lise Askvik har vært pasient og begynte å stille seg disse spørsmålene. Hun har fulgt de politiske prosessene i helsesektoren og har i denne boka invitert helsepersonell til å ytre seg om hvordan markedstenkingen preger deres hverdag.**

Det er stor bredde i bokas bidragsyttere. Hovedvektene ligger på leger som nærmer seg pensjonsalder, men vi møter også en hjelpepleier, en langtidspasient, en LIS-lege, en psykolog, en prest, en fysioterapeut og flere sykepleiere som alle har jobbet i administrasjon. De beskriver alle hvordan de på ulike måter kommer i klem mellom systemets økonomiske incentiver og sine egne forpliktelser til faglighet og pasienter. Flere beskriver at tiden bindes opp til administrative oppgaver og at den faglige utviklingen stagnerer fordi det ikke lenger er medisinske som styrer avdelingen, men økonomer. De eldre legenes bidrag gir gode bilder av hva som har gått tapt og de yngre helsearbeiderne utfyller fint ved å vise hvordan man vingeklipper når karrieren beror på lojalitet til et system som stritter imot etiske og faglige prinsipper. Til sammen utgjør disse bidragene en bred og viktig

kritikk av New Public Management.

Boka burde imidlertid vært strammere redigert. Brevformen legger opp til en uformell tone, som gir forfatterne rom til en erfaringsnær kritikk, men den gir også en ramme som tidvis blir pratsom og privat når brevets adressat er en datter eller barndomsvenn. Et par av innleggene er det direkte overraskende at forlaget har latt slippe igjennom kvalitetskontrollen; en lege som bidrar med to dikt på rim som holder julebordskvalitet og en sykehusprest som over en hel side siterer seg selv fra et leserinnlegg i en lokalavis der han går løs på en lokal helbreder – helt på siden av bokas tematikk.

Askviks egne tekster preges av mye kunnskap og meninger, men mye udokumenterte påstander, tendensiøs faktabruk og kildereferanser som «en norsk doktoravhandling noen år tilbake». Vi er dermed overlatt til å ta hennes påstander for god fisk, og det kan det godt hende de er, men det svekker prosjektet at hun ikke har tatt seg tid til henvisninger. Symptomatisk har litteraturlista referanser som «Wikipedia» og «artikler, debatter og rapporter fra ulike medier i papir og på nett». Boka mangler innholdsfortegnelse og gir på flere måter inntrykk av å være et hastverksarbeid. Kanskje er det ikke bare i helsesektoren produksjonspresset gjør seg gjeldende? ●



Fakta

### Helsesviket. Brev fra helsevesenet

Av Lise Askvik (red)  
Aschehoug 2015  
218 sider  
ISBN 978-82-03-  
29530-0

Anmelder: Liv Bjørnhaug  
Johansen, Sykepleier og  
MA i Kulturhistorie

«Når vi slutter å behandle syke som ber om hjelp, når den hippokratiske ed settes til side [...] – har økonomien da fått et usunt overtak?» Lise Askvik i Helsesviket



**Hvalfangst.** I 1959 dro en ung sykepleier fra Stord på hvalfangst, som eneste kvinne blant hundrevis av menn. 56 år senere traff vi henne igjen.

# En sykepleier i Sørishavet

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Scanpix/Erik M. Sundt/privat**

**J**a, hallo?  
Stemmen i den andre enden tilhører en eldre dame. Den noe avsløpne vestlandsdialekten passer også.

– Hei. Det gjelder et gammelt fotografi vi har kommet over. Av en ung sykepleier på vei ut på hvalfangst ...

**ET HALVT ÅR TIL SJØS.** Svart/hvitt-fotografiet er datert 1959. En kvinne i sykepleieruniform skuer utover dekket på det flytende hvalkokeriet FLK «Balaena».

Bildeteksten forteller at hun heter Esther Bergh og er 25 år. At hun skal tilbringe seks måneder i Sørishavet. Balaena hadde et mannskap på rundt 450 mann. Totalt var det rundt 600 mann med på fangst. Bergh var eneste kvinne.

Stemmen i telefonen er våken og blid.

– Den unge kvinnen på bildet, det er nok meg, det. Det var en fantastisk tur, skal jeg si deg.

**VELUTSTYRT SKIP.** På hvalfangst kunne det være langt og lenge til land. Sykdom og skader som oppsto måtte derfor håndteres om bord, og Balaena var i så måte godt utrustet.

I et intervju Esther Bergh ga til Sykepleien etter hjemkomsten i 1960 forteller hun hva de hadde å rutte med:

«Hospitalet var ganske stort: kontor, isolat, 1 stue med regulerbar seng, 1 stue med 6 senger, røntgenrom, operasjonsstue og bad med 2 toalettrom.»

**HJEMME HOS ESTHER.** Et drøyt halvsekel senere, på vestkanten i Oslo, åpner en elegant, eldre dame i stram, blå bluse døren.

– Kom inn, kom inn! Bare sett dere i stua.

Det har gått snart 56 år, men trekkene fra

fotografiet er umiskjennelige; kinnbenene, haken, øynene, smilet. Det milde, men samtidig viljesterke blikket.

– Jeg har nesten ikke snakket om dette siden den gangen, forteller Esther Nørholm (80), født Bergh, etter å ha servert kaffe og sjokolade.

– Men det hender jo, når noen skryter av sine eksotiske ferieturer, at jeg drar trumfkortet og sier at jeg nok har en reiseopplevelse de ikke kan toppe.

Muligheten for å dra på hvalfangst kom i form av en telefon høsten 1959.

Den eventyrlystne og kunnskapstørste kvinnen hadde da bestemt seg for at hun ville reise til Korea. Behovet for sykepleiere var stort etter krigen der. Flere studievenninner hadde allerede reist, men skjebnen hadde noe annet i ermet.

En lørdagskveld i oktober hadde hun vakt på operasjonsstuen ved Oslo kommunale kvinneklinikk da telefonen ringte. En doktor ved samme klinikk var gift med skipslegen på Balaena, og rederiet hadde lett forgjeves etter en mannlig sykepleier for den kommende fangstsesongen. Skepsisen til å ta en kvinne om bord var stor, men om de bare fant den rette ...

Det var ikke mye nøling å spore hos frøken Bergh. Hun så for seg faglige utfordringer, sjansen til å oppleve noe annerledes og – ikke minst – muligheten til å være på havet, som hun elsket så høyt.

– Venninnene mine sa jeg var gæren. Men familien støttet meg fullt ut, forteller hun.

**«Jeg er jo nærmest født i båt.»**

Esther Bergh, sykepleier

**EN SENSASJON I TØNSBERG.** Få uker etter at tilbudet kom, sto hun klar på kaia i Tønsberg kvelden før avreise.

Hun var en sensasjon.

– Det var så mange journalister! Jeg hadde jo ikke tenkt at dette skulle være noe sensasjonelt – at en kvinne skulle dra på hvalfangst. Men det var fordi det var første gang i historien. Det hadde jo ikke jeg tenkt på.

– Seilassen til Antarktisk var et eventyr i seg selv, forteller hun.

En ting var naturopplevelsene. Tordenvær som gjorde natt til dag i korte lynglimt. Stjernehimmlen. Delfinene, flygefiskene og pingvinene som fulgte skipet. En annen ting at Balaena måtte en sviptur innom både Southampton, Curaçao og Cape Town før alt og alle var om bord.

– Jeg lengtet ut. Jeg ville oppleve noe annet og se yrket fra en annen vinkel.

Slik lyder hennes korte forklaring på hvorfor det var nettopp hun som ble første kvinnelige sykepleier på hvalfangst. Sjøen lokket også.

– Jeg er jo nærmest født i båt, forteller hun.

Faren var opprinnelig skipskaptein, men gikk på land i 1926 da han giftet seg med Esthers mor.

– Da jeg var barn, jobbet far som fyrvokter på ei lita øy utenfor Leirvik på Stord. Vi bodde der ute hele sommeren.

Ikke alle var like sjøvant om bord i Balaena, kan hun avsløre.

– Mange, særlig ungguttene på rundt 15 år, ble jo sjøsyke allerede i Biscayabukta, ler hun.

**BEHANDLET SPEKKFINGER.** For sykepleieren ble det faglige utbyttet av turen minst like vesentlig som det personlige.

– Jeg måtte for eksempel assistere ved tannbehandling og lærte meg å bruke røntgenutstyr.





Fangstliv: Esther Bergh i blåhvalens munn.



Sjøvant: Esther Nørholm (tidl. Bergh) elsker havet, men dro aldri til sjøs i embeds medfør igjen.



Før avreise: Esther Bergh (25) var en sensasjon da hun dro på hvalfangst i 1959.

## Fakta

**SYKEPLEIERE TIL SJØS:** De første kvinnene på norske skip med spesiell utdanning for sitt arbeid var sykepleiere. De tidligste dokumenterte var Ingrid Støren (35) og Helga Dahl (38) som i 1913 var ute som sykepleiere på hver sin amerikabåt. Lønnen var lav, men stillingene på amerikabåtene var attraktive. Det kunne være en ekstra sykepleier om bord med symbolsk hyre på én krone, og den egentlige lønnen var da turen. Sykepleiere til sjøs var likevel høyt respektert på denne tiden, og stod sosialt på linje med offiserer om bord.

**HVALFANGST I ANTARKTIS:** Hvalfangstindustrien på den sørlige halvkule startet for alvor på begynnelsen av 1900-tallet, og var først basert på landstasjoner eller fabrikkskip som lå til havn. Fra rundt 1925 startet den såkalte pelagiske fangsten, med flytende hvalkokerier i åpent farvann. Norge var en stor aktør, og i sesongen 1930/31 var 28 av 41 hvalkokerier i Antarktis norske. Toppåret for norsk hvalfangst i Antarktis var 1930/31 med over 25.000 hval.

**FLK «BALAENA»:** Flytende hvalkokeri bygget i Belfast. 164,5 meter langt og 23,6 meter bredt. Hadde sin første sesong i Antarktisk 1946/47. Produserte hvalolje og biprodukter som kjøtt-ekstrakt, förmel og hvalkjøtt. Hugget i 1978.

Kilder: «Sjøens kvinner» (Elisabeth Lønnå, 2010), Hvalfangstmuseet, SSB, Wikipedia

Jeg fikk også ta blodprøver og sette sprøyter, noe som ikke var vanlig for sykepleiere den gangen.

Hun forteller at det var en del influensa på vei nedover til Sørishavet. Den verste skaden på turen var et overarmsbrudd.

– Den skaden vi behandlet hyppigst var spekkfingre, forteller hun.

Fenomenet kalles også rødsyke eller erysipeloid på latin, og er en hudinfeksjon som er utbredt blant fangstfolk i arktiske strøk.

– Vi brukte jo spermhvaler som fendere, og om noen kom borti de råtnende skrottene med hånda, kunne det være gjort. Vi behandlet med såpe,

rennende vann, skrubbe og antibiotika. Det holdt.

Ellers gikk mye tid til vask, rydding, stell av instrumenter og konsultasjoner. Dagene var ikke altfor travle, og hun fikk god tid til å gjøre seg kjent med skip og mannskap.

Det å være eneste kvinne blant hundrevis av menn i månedervis, viste seg å være helt uproblematisk.

– Jeg følte tvert imot at jeg hadde hundrevis av menn som passet på meg, sier hun.

Esther Bergh dro aldri til sjøs i embeds medfør igjen, men har tilbrakt mye av sitt voksne liv i båt.

Fra sitt halvår på hvalfangst fikk hun med

seg gode minner, faglig påfyll og en sekk fylt av figurer mannskapet laget til henne av hvaltenner. Sekken står nå i kjelleren. ●

[ingvald.bergsaget@sykepleien.no](mailto:ingvald.bergsaget@sykepleien.no)



Sykepleien APP  
og Sykepleien.no

### Se mer:

En lengre versjon av denne saken, med flere bilder og video, fins på Sykepleiens app og på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



**Er du en kompetent sykepleier?** Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

**1 Hvilken p-pille har lavest risiko for blodpropp?**

- A Marvelon
- B Loette
- C Yasmin

**2 Hva heter Norsk Sykepleierforbunds søsterorganisasjon i USA?**

- A American Nurses Association (ANA)
- B US Nurses Federation (UNF)
- C US Nursing Organisation (UNO)

**3 Hva heter sykepleier i USA?**

- A Vocational Nurse
- B Nurse
- C Registered Nurse

**4 Hva kan hjelpe mot røde hevelser i huden på små barn (jordbærmerker)?**

- A Betablokkere
- B Pensle sitrønsaft på
- C Antihistamin

**5 Hva øker dersom du jobber mer, ifølge en studie fra Journal of Applied Psychology?**

- A Lykkefølelsen
- B Depresjonssymptomer
- C Vekten

**6 Hvilken funksjon har biskjoldbruskkjertlene?**

- A Regulerer kalsium- og fosfatbalansen

- B Renser blodet
- C Hemmer virus og bakterier i blodet

**7 Hvilket hormon dannes i biskjoldbruskkjertlene?**

- A Tyroksin
- B Oksytocin
- C Parathyroidhormonet

**8 Hva kommer ordet orgasme av?**

- A Latin: Organus (et organ)
- B Sanskrit: Orgasmidharta (en seksuell yogaøvelse)
- C Gresk: Orgasmos (oppsvelling)

**9 Hvilket nervesystem aktiveres av ved stress?**

- A Det parasympatiske
- B Det enteriske
- C Det sympatiske

**10 Hvilket stoff stiger ved stresspåvirkning?**

- A Dopamin
- B Kortisol
- C Serotonin



**Salig avslapning: Er orgasmidharta-yogaøvelsen opphavet til ordet orgasme?**

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😐 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B, 2A, 3C, 4A, 5C, 6A, 7C, 8C, 9C, 10B

## Randis hypokonderkryssord

☺	PRØVE	KAMME NEGA- SJON	▼	EI SKIPSF.	▼	AMMER PLASS.	▼	UKJENT	IDR.- LAG (FORK.)	FU	DYR	PRON.	▼	TRUES	SNEG- LEHUS- ENE	▼	ROM	PRON.	GEN- DELEN KÅT	▼	
ROTT	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
FOR- NÆR- MELSE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	GUD	▼	▼	ANGST	▼	▼	▼	▼
PLATE	▼	KAMME	▼	▼	▼	SKLI	▼	▼	LITEN FYR	▼	▼	▼	▼	ORD	▼	▼	▼	▼	▼	ORGAN	▼
ALTSÅ	▼	▼	▼	▼	DYR	▼	MASET	▼	▼	▼	▼	▼	FLØY HINNE	▼	▼	▼	PAR	▼	▼	▼	▼
GLOR KÅRE	▼	▼	▼	FOT- TØY FLOM	▼	▼	▼	SMÅ	▼	SAM- MEN- FØYES	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	MÅL	▼	▼
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	PLATE	▼	▼	FAT- TIGS- LIG	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	FOF. (OMV.) DRETTE	▼
LIKE	▼	▼	▼	ART. ORG.	▼	▼	LAVINE BYGE	▼	▼	▼	BRUK- KET	▼	▼	ADV.	SELSK. (OMV.)	▼	ORG. DANS- ER	▼	▼	ORGAN	▼
ORGAN STAM- MING	▼	▼	▼	▼	▼	▼	OM	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	ØKT

Se løsning på kryssord side 77.



# Meninger

Del 4 Sykepleien 05 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



På farten: Camilla Lien jobber både som hjemmesykepleier og på akuttmottaket i Arendal.

## Sa det som det var

**Eldre.** Camilla Lien fikk politikernes oppmerksomhet da hun sa sannheten om eldreomsorgen. **84**



### **Sykehjem.**

Bemanningsnorm løser ikke alt. **82**



«Det kan være vanskelig å oppleve at en av dine nærmeste ikke lenger klarer å ta vare på seg selv.» Karoline Madsen. **81**



**Defekt.** Helseutdanningene oppfordrer ikke til å tenke selv. **80**



**Ros.** – Sykepleierne har kanskje det viktigste yrket i samfunnet vårt, sier arbeidsminister Robert Eriksson.

# Nå må vår kompetanse verdsettes høyere



Fakta

## Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

I anledning av den internasjonale sykepleierdagen har NSF mottatt en rekke hilsener fra politikere og arbeidslivstopper. «Dere er der for pasientene og deres pårørende når sykdom gjør livet litt tyngre å bære, og dere er der for kolleger og andre som måtte trenge deres kompetanse og kloke råd», skriver statsminister Erna Solberg.

«Takk for deres daglige bidrag til å utvikle helsetjenester i verdensklasse», hilser direktør i Spekter Anne-Kari Bratten.

«Dere bidrar til et rettferdig og trygt samfunn med faglig styrke, klokskap og engasjement», sier leder av Arbeiderpartiet Jonas Gahr Støre

**USIKKER ØKONOMI.** Det er knyttet stor usikkerhet til hvilken økonomisk vekst vi kan forvente i de kommende årene. Det vi imidlertid kan regne med, er at vi ikke vil se de samme rammene for lønnsoppgjørene de nærmeste årene som vi har vært vant med de senere år. Vi ser at det er en nedgang av antall sysselsatte i flere næringer. Samtidig vet vi at det er et stort behov for kompetent arbeidskraft innenfor helse- og omsorgssektoren. I dette rommet ligger våre muligheter.

I en situasjon med trange økonomiske rammer i oppgjørene, er det avgjørende å prioritere riktig. Og hvorfor skal man prioritere sykepleierne? Kombinasjonen av pleie, omsorg og fagkunnskap gir oss en kompetanse som ingen andre hel-

**MÅ GJØRE KOMPETANSEN SYNLIG.** Sykepleiernes kompetanse er grunnleggende, den er verdifull og effektiv. Dette må vi synliggjøre enda bedre frem mot 2016 for at vi skal bli prioritert. Vår kompetanse og dens store betydning må synliggjøres ovenfor beslutningstakere på alle arenaer, enten det er sykehusdirektøren, rådmannen eller helseministeren.

Det er ikke Spekterdirektør Anne-Kari Bratten eller KS-leder Gunn Marit Helgesen som alene avgjør hvem som skal prioriteres i lønnsoppgjørene. De nevnte rådmennene, kommunestyrene, sykehuslederne og styrene er helt sentrale for de prioriteringer som gjøres eller ikke gjøres i tariffoppgjørene.

Her kommer dere inn – medlemmer og tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund. Dere må sammen med oss synliggjøre verdien av deres kompetanse. Det skal ikke være noen tvil om at sykepleiernes bidrag er effektivt, kompetent og nødvendig. Sykepleierne sitter på en av nøklene for fremtidens helsevesen.

Vi kjenner vår egen kompetanse, og alle vet hvor stor mangelen på sykepleiere blir fremover. Hvis vi klarer å få frem vår betydning, så kan ingen komme i lønnsoppgjøret 2016, 2017 og videre, og si at «vi visste ikke at det var sånn». Skal fremtidens helsevesen sikres, og skal man nå de helsepolitiske målene, må beslutningstakerne våge å prioritere.

**TA ANSVAR.** For å avslutte med helseminister Høies hilsen til sykepleierne på den internasjonale sykepleierdagen: «Sykepleierne gjør en helt avgjørende viktig jobb i den norske helsetjenesten». Han vet hva han snakker om, nå handler det om å ta ansvar. ●

## «Alle vet hvor stor mangelen på sykepleiere blir fremover.»

seprofesjoner i Norge har. Sykepleiernes innsats med både behandling og forebygging, bidrar til at andre arbeidstakere i samfunnet unngår sykdom eller kommer tidligere tilbake etter sykdom og skade. Dette er god samfunnsøkonomi. Og omsorgen som vår gamle mor får på sykehjemmet, rådene din 10-åring får av helsesøster og barnet som forløses av jordmora, er utrolige viktige bidrag i et velferdssamfunn.



Fakta

### Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



## Svart arbeidsliv får drøyt hjelp av regjeringen

**ARBEIDSMILJØLOVEN:** Det internasjonale analyse-selskapet A T KERNLY anslø at Norge taper 420 mrd. kr. i inntekter per år på at kyniske bakmenn organiserer seg og tyner enkeltmennesker. Det er et stort beløp, og det medfører ufattelig mye lidelse for enkeltpersoner og deres familier. Det er mange færre helse-søstre, lærere og kilometer vei i det tapet. Regjeringa har levert tiltakspakke mot arbeidslivskriminalitet, og det er bra, men er det nok? Endringene i Arbeidsmiljøloven som nå er vedtatt, vil kunne trekke regjeringas visjoner og mål i motsatt retning, noe Arbeidstilsynet og andre faginstansers rapport støtter. Men regjeringas iver etter å realisere sin egen ideologi er større enn viljen til å lytte.

Å innføre mer midlertidighet, bryte helgedagsfreden og fjerne kollektiv søksmålsrett er nytt, må vite. Jeg har det også sånn av og til. Noen ganger hender det at jeg tar ut en gammel kjole fra skapet, så ser jeg på den og sier til meg selv: «Kari, den er ny. Kari, den er ny.» Og gjerne en gang til. Det kunne være – ja, det er slett ikke utenkelig – at jeg kunne kommet til å tro på det selv.

Det er ikke bare det at standpunktet kalles nytt, det er det de ansatte vil ha, sier regjeringa, selv om de samme ansatte har gått i tog og ropt

taktfast «nei takk». Det er som i gamle dager da mine barn var små, og jeg i en sammenheng kunne komme til å si: Ja, men det liker du jo. Og jeg fikk til svar: Nei det gjør jeg ikke. – Jo, det gjør du da. – Nei, det gjør jeg ikke. Da snudde jeg meg bort og smilte og visste bedre – akkurat sånn som regjeringa. De har nemlig noen ideologiske mål å gjennomføre.

Det vi ser har en klar politisk skillelinje. Dette svekker arbeidstakernes mulighet til å bidra i kampen mot sosial dumping. Reglene er vanskelige å forstå, og uklare. Det er godt nytt for kriminelle arbeidslivsaktører i privat og offentlig sektor. Arbeidslivskriminaliteten holder på å spise opp næringslivet innenfra, og med økt midlertidighet og arbeidstakerorganisasjonenes reduserte makt, svekkes dette arbeidet.

Det er bekymringsfullt. Det bidrar til å svekke evnen og mulighetene til i fellesskap å ta tak i den største utfordringa: et stadig mer velorganisert svart arbeidsliv. Alle er enige om at den må tas på alvor og at vi må ha kraftfulle virkemidler. Regjeringa har valgt virkemidler som svekker, ikke styrker dette arbeidet.

**Kari Henriksen**, stortingsrepresentant, Arbeiderpartiet

## Kjemp imot!

**UFØRETRYGDET:** 310 000 mennesker i yrkesaktiv alder er uføretrygdet. Vi må ut av skapet og fortelle verden hvem vi er. Og sammen må vi bekjempe stigmatiserende holdninger. For 63 år siden ble jeg født med et handikap og har aldri skammet meg over det. Om jeg fikk velge, ville jeg valgt å komme til verden uten. Men samtidig har disse utfordringene gitt meg styrke og en solid erfaringskompetanse.

Mest skremmende er stigmatiserende og fordømmende holdninger til folk som av helsemessige grunner står utenfor arbeidslivet. Holdningene forsterker arbeidslivets utstøttingsmekanismer mot grupper som til alle tider har slitt med å bli likestilt i samfunns- og arbeidsliv.

Den nye uføretrygden av 1.1.15 skal få flere uføretrygdete ut i jobb, i et allerede stramt arbeidsmarked hvor folk med nedsatt funksjonsevne går bakerst i køen. Disse har en ledighet på 55 prosent (inkl. den skjulte). Ledigheten i den generelle befolkningen er nesten 4 prosent. Jeg leser stadig om hvor ille det er for mange som kommer uheldig ut og på sikt ender i fattigdom. Jeg greier ikke å se på at andre blir urettferdig behandlet og synes derfor de uføretrygdete bør streike, og håper å få med arbeidsgiverorganisasjonene!

**Gunn Pound**, leder av Mental Helse, Stovner

Løsning på kryssord i nr. 05/2015 (se side 74)

☺	PROV	KA	G	T	AM	D	UK	OR	FU	DY	FR	P	TR	SP	S	HO	FR	GE	K	
BOTT	F	O	R	S	K	N	I	N	G	S	F	O	R	S	Ø	K	S	D	Y	R
FØ	Æ	R	E	S	K	R	E	N	K	E	L	S	E	R	A	A	N	U	R	O
PL	C	D	K	M	E	R	S	K	A	S	S	E	D							
AL	E	R	G	O	A	M	A	S	E	T	S	I	D	E	F	A	D	U	O	
OL	S	E	R	S	K	O	E	L	I	E	R	E	S							
U	T	N	E	V	N	E	L	P	U	S	S	E	L	T						
L	E	E	E	I	R	A	S	S	A	D	E	U	A	R	M					
OR	S	K	Å	L	L	É	V	I	Å	Å	L	É	N	E	L	U	E			
U	T	T	A	L	E	L	S	E	S	V	A	N	S	K	E	R	E	S	T	

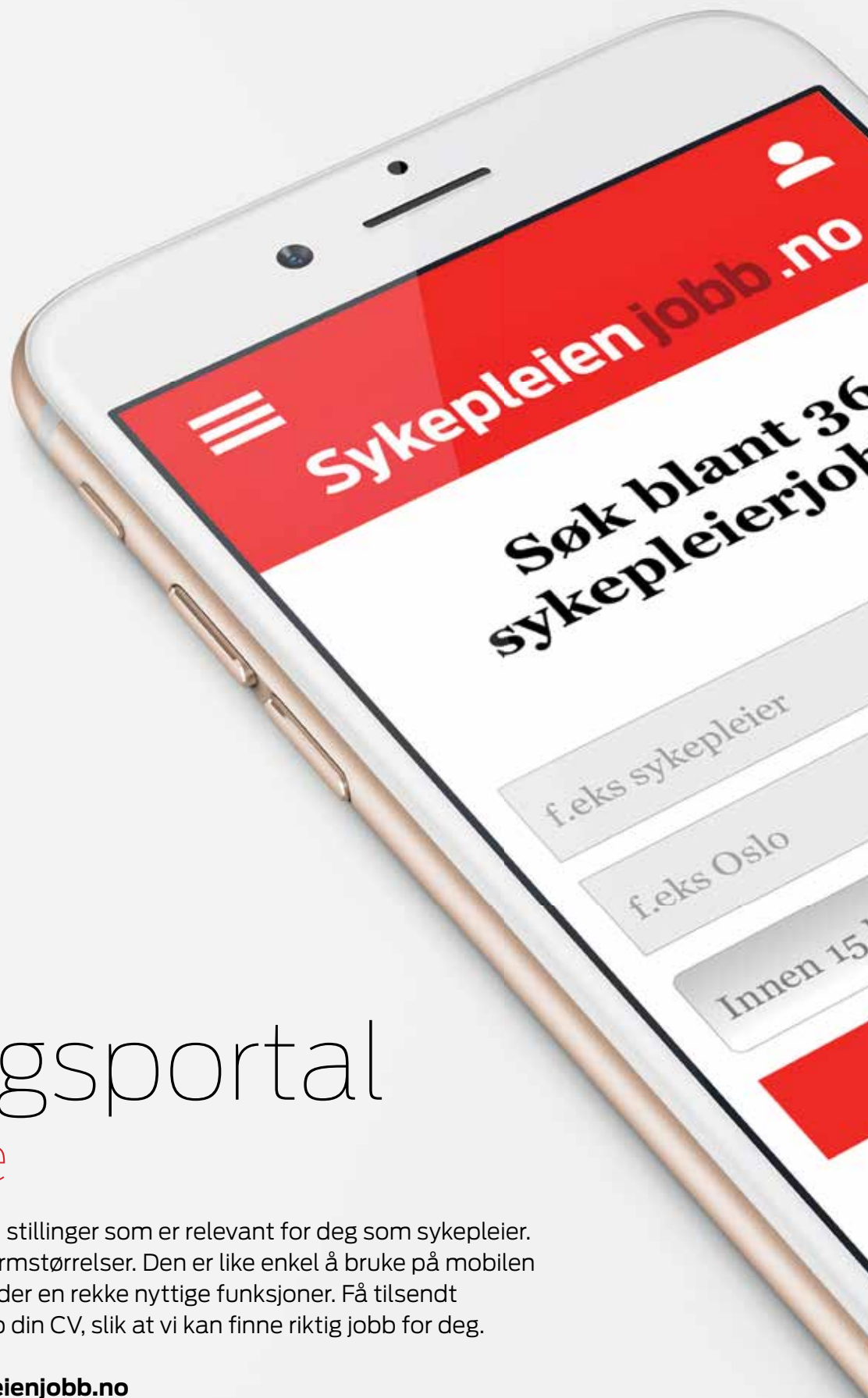
Nr. 4 | 2015

## Manglet forfatter

**FAGARTIKKEL:** I fagartikkelen «Bedre pleie etter kommunikasjonskurs» som stod i Sykepleien nummer 4, manglet dessverre en av forfatterne. 4. forfatter av denne artikkelen er: Marte-Marie Wallander Karlsen, fagutviklingssykepleier, Postoperativ- og intensivavdelingen på Oslo universitetssykehus.

Feilen er rettet på sykepleien.no og på Sykepleiens app.

**Redaksjonen**



# Ny stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no er finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobilen som hjemme foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

**Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no**

**Sykepleien jobb.no**

Relevante  
stillinger.

Enkel å bruke!

Søk

Finn stillinger etter  
arbeidsfelt



**Nedlatende.** Behandler vi voksne som barn eller brukere, så blir de også barn og brukere.

# Defekt helsepedagogikk



Fakta

## Anlov P. Mathiesen

Stilling: Politisk rådgiver i Mental Helse og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

Jeg har jobbet med mange sjuke folk. Sjuke i hue og sjuke i kroppen. Narkomane, psykotiske, utslitte, desperate. Og en av mine store fordeler i dette arbeidet har vært nettopp evnen til å være på lag, å være et respektfullt medmenneske. Eller for å være mere presis: å være en reell voksenperson og et reelt møtepunkt. En person de kan relatere seg til uten å føle at de snakker til et system, en skranke eller en maskin.

Disse menneskene behandles stort sett som barn. De klap- pes på hodet og blir fortalt hva de skal gjøre.

**KOMPETENTE NOK.** Jeg kommuniserer ikke bedre enn andre med narkomane eller psykisk sjuke fordi jeg er flinkere eller klokere. De fleste helsearbeidere er langt mer kompetent enn jeg er. Men jeg hører på hva de faktisk forsøker å si og fortelle hva jeg mener, om jeg synes de tar feil eller er helt ute og sykler. (Psyko- tiske folk er selvsagt unntak, men det er en annen diskusjon.)

Det gjør noe med deg å bli tatt på alvor. Det kan jeg skrive under på. Jeg har selv vært mye sjuk, gjennom rus og tunge depresjoner over mange år. Og da treffer du raskt på det helse- vesenet og det offentlige, i alle dets avskygninger.

Og der, i systemet, finnes det fryktelig mange mennesker som ikke yter en millimeter utover sin arbeidsinstruks. Som egentlig ikke har noe begrep om hva det er å yte omsorg. Gjennom mine år i psykiatri, terapi, NAV, DPS og andre offentlige forlystelser, er det oppsiktsvekkende få mennesker jeg husker

## «Det gjør noe med deg å bli tatt på alvor.»

med glede. De aller fleste representerer den grå massen av tek- nisk kyndige, men menneskelig sett begrensede pleiere. Nes- ten alle helsefag i dag har dessverre den defekten at utøveren ikke oppfordres til å tenke selv i møte med pasient eller bruker.

**GRÅ.** Disse holdningene ligger dessverre innbakt i systemet, i utdanningene og i selve fagenes pedagogikk. Vi må ikke finne på å nedlate oss til å heve brukeren opp til vårt nivå. Vi må for- holde oss grå og ansiktsløse.

Dette er en stor pedagogisk misforståelse som hemmer ut- øvelsen av miljøarbeid, pleie og behandling. Denne pedagogiske systembristen er med på å skape det kjønnsløse byråkratiske skallet som mange opplever i møte med NAV, sykehus, DPS eller institusjoner. Der ligger et uinspirerende slør av meningsløst by- råkrati og venter deg, som forvrenger og vanskeliggjør enhver kontakt. Som fratar offentlige systemer enhver siste rest av men- neskelighet. Som forvandler saksbehandlere fra medhjelper til motstander. Som fører til at tusenvis av rusavhengige og psykisk syke kvier seg for å ta kontakt, selv om de egentlig ønsker hjelp.

**MAKT.** Jeg har diskutert dette mange ganger. Både som pasi- ent og arbeidsgiver. Og den litt sinte motstanden jeg har møtt for dette synet hos både sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og andre forteller meg at jeg muligens treffer en nerve. For til syvende og sist handler dette mye om makt. Det er ikke nød- vendigvis lenger slik at de øverst på yrkesstigen står for de mest nedlatende holdningene. Behandlere, utøvere og miljø- arbeidere liker å oppleve den makten som tidligere var forbe- holdt legene. Og det skjer gjennom språk og holdninger. Dette bidrar i aller høyeste grad til fremmedgjøring og tåkelegging av brukere innen rusomsorg og psykisk helse.

Om det er noe felt eller bransje som ivaretar klisjeen om det byråkratiske og utilgjengelige språk, så er det helsefeltet. Og i spissen står rus og psykisk helse. Dels fordi det er tunge felt, noe som fører til at mange beveger seg der med unaturlig stor forsiktighet, i en slags misforstått respekt som virker mot sin hensikt. Og dels på grunn av en akutt mangel på innovasjon og livsnerve. Hvordan vi prater til pasienten er helt avgjørende for dens opplevelse av verdighet. Det er såre enkelt: Behandler du voksne som barn eller brukere, så blir de også barn og brukere. ●



Fakta

## Fast skribent

Anlov P. Mathiesen  
er fast skribent i Sykepleien.





**Hygiene.** Det er vanskelig å fortelle andre at de lukter vondt.

# Når bestemor lukter vondt ...

Selv synes jeg lukt er et sensitivt tema. Man ønsker ikke å lukte vondt, og det er vanskelig å fortelle andre at de lukter vondt. Men hva gjør du da, når bestemor eller bestefar, mamma eller pappa stadig møter i familiemiddag og lukter vondt?

Ofte er stram lukt gjentatte ganger et tegn på at personen ikke lenger klarer å ta vare på sin personlige hygiene. Det kan være fysiske og psykiske grunner til dette. Det kan bety at personen har vanskeligheter med å vaske seg grundig, for eksempel fordi leddene er blitt så stive og vonde at det er vanskelig å bøye seg.

**USTØTT.** Jeg opplever at mange eldre synes det er skummelt å dusje på grunn av angst for å falle. Hvis personen er ustø (som mange eldre er) kan det være et strev å komme seg inn i dusjen eller opp i badekaret, spesielt hvis badet ikke er tilrettelagt for personen.

Ved hjelp av noen hjelpemidler løser disse problemene seg som regel.

**PERSONLIG HYGIENE.** Uansett, for pårørende kan det være vanskelig å oppleve at en nær og kjær person ikke lenger klarer å ta vare på seg selv. Vond lukt er ofte et tegn på at denne personen er blitt hjelpetrengende. Det kan være

vanskelig å innse for mange pårørende. Personlig hygiene er jo noe vi tar som en selvfølge, og dersom bestemor ikke klarer det en gang, nei da er hun blitt syk og skrøpelig. Mange kan da kjenne på en klump som vokser i magen, og som blir til en stor bekymring. Å lukte vondt er et sensitivt tema som ikke er enkelt å ta opp. Ved å kommentere en persons kroppslukt, kommenterer man ofte den personlige hygien.

Personlig hygiene er viktig for å holde bakterier og infeksjoner unna. Spesielt intimvask er viktig for å unngå sopp og urinveisinfeksjoner. Sopp oppstår også fort under bryst eller mellom større valker som en konsekvens av dårlig hygiene og fukt. Dette kan også skape ubehagelig lukt.

Vond lukt kan også føre til isolering, spesielt hvis personen selv er klar over den vonde lukten. Da kan problemet påvirke selvbildet og det vil være ubehagelig å være sammen med andre.

**SIFRA.** Du som pårørende trenger ikke ta opp vond lukt med den det

» **«Vond lukt kan føre til isolering, hvis personen selv er klar over den.»**

gjelder. Du kan diskret legge ansvaret på for eksempel hjemmesykepleien eller fastlegen. Dette gjør du ved å formidle en bekymringsmelding til enten hjemmesykepleie eller fastlegen.

Da har du sagt ifra, og ofte ender dette i at hjemmesykepleien går inn og bistår i personlig hygiene. Vi kartlegger hvor problemet ligger.

**REDD FOR FALL.** Som nevnt kan lukten kun være en konsekvens av et høyt badekar, eller manglende håndtak i dusjen. Hvis problemet ligger i at personen er redd for å falle, kan hjemmesykepleien bistå i dusj-situasjonen ved å være tilgjengelig.

Har den eldre smerter og stive ledd og ikke klarer å gjennomføre den personlige hygien hver dag, så bistår vi der det måtte trenge.

**RETTIGHET.** Personlig hygiene er viktig for god helse, og derfor er det en rettighet å få hjelp til dette dersom det trenge. Hjemmesykepleie er jo et lavterskeltilbud, som betyr at denne hjelpen ikke koster penger.

Så hvis bestemor lukter vondt, ring nærmeste hjemmesykepleie eller fastlegen og fortell om det. Da slipper du å bekymre deg, og du slipper å tenke over stram lukt i familiemiddagen. ●



Fakta

**Karoline Madsen**

Sykepleier og blogger (hjemmesykepleier-karoline.no)



**Primærhelsetjenesten.** Vil innføring av en fast bemanningsnorm heve kvaliteten i eldreomsorgen?

# Bemanningsnorm er ingen rettesnor



Fakta

## Heidi Gautun

Forskningsleder ved NOVA Velferdsforskningsinstituttet ved HIOA

Regjeringen har lovet å legge fram en stortingsmelding om primærhelsetjenesten i kommunene i løpet av 2015. Et sentralt spørsmål i meldingen er hvorvidt det skal innføres en fast eller veiledende bemanningsnorm for sykehjem. Innføring av en slik norm har med jevne mellomrom blitt diskutert på tvers av partigrensene, helt siden begynnelsen av 90-tallet. I den politiske debatten som nå pågår kan det se ut som om motstanden mot en bemanningsnorm er blitt mindre. En mulig forklaring kan være oppslag i media og undersøkelser som har avdekket uverdige forhold innen deler av eldreomsorgen. På bakgrunn av funn fra en nylig gjennomført undersøkelse blant ansatte i tjenestene, vil vi reise spørsmålet om en bemanningsnorm vil bedre kvaliteten i eldreomsorgen.

Sommeren 2014 gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant 431 av Norsk Sykepleieforbunds tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien. Undersøkelsen dekket 215 kommuner spredd over hele landet. Et sentralt spørsmål for undersøkelsen var hvorvidt innføring av en fast bemanningsnorm i eldreomsorgen vil være et egnet virkemiddel for å heve og sikre kvaliteten i eldreomsorgen.

**BETYDELIGE VARIASJONER.** Undersøkelsen avdekker store variasjoner i planlagt bemanning mellom sykehjem, og så mellom samme type avdelinger i ulike sykehjem. Det er store variasjoner i antall sykepleiere og annet helsepersonell i forhold til antall beboere/pasienter. Variasjoner i bemanning kan altså ikke bare forklares med forskjellige behov for helsepersonell i langtidsavdelinger for demente og somatiske pasienter, eller forskjellig behov i ulike typer korttidsavdelinger eller forsterkede avdelinger som tar imot pasienter fra sykehus. Sykehjemmene tilbyr ulik innsats, også for svært like pasientgrupper.

Det samme mønsteret kommer fram nå vi ser på de tillitsvalgtes vurdering av optimal bemanning i avdelingene de arbeider i: Det er stor variasjon i hva informantene opplever som optimal bemanning i forhold til antall pasienter. Det er derfor vanskelig å bruke svarene til å anbefale hvor mange

sykepleiere og andre helsefagarbeidere som burde være på jobb i forhold til antall beboere/pasienter i sykehjem. Forskjellene i ønsket bemanning kan ha ulike forklaringer, herunder (1) at pleietyngden varierer innen samme type avdeling, (2) pleietyngden endrer seg over tid, (3) variasjoner i ansattes personlige egenskaper og kompetanse, (4) og noen kommuner har bedre økonomi enn andre.

**INGEN KLAR HOLDNING.** Det er vanskelig å konkludere hvorvidt de tillitsvalgte var positive eller negative til å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere. Et stort flertall svarte at en norm ville heve og sikre kvaliteten. Samtidig svarte like mange at det var en fare for at den vil kunne

«Det er ikke samsvar mellom de turnusene som settes opp og faktisk bemanning.»

fungere som en maksimumsnorm, selv om den bare blir veiledende. Informantene ga og uttrykk for at andre forhold, som økt kompetanseheving og det å planlegge etter den aktuelle pasientgruppens behov, vil ha større betydning for kvaliteten.

**UNDERBEMANNET.** Både i denne undersøkelsen og andre undersøkelser har et stort flertall ansatte i sykehjem gitt uttrykk for et betydelig tidspress i hverdagen på jobb. De opplever daglig og ukentlig at tiden de har til rådighet til den enkelte pasient ikke strekker til. Hvorfor fant vi da ikke et større sprik mellom planlagt bemanning som gjøres i tjenestene i dag, og hva som anses som nødvendig bemanning?

Forklaringen kan være at problemet ikke er antallet helsearbeidere som ifølge turnusplanene skal være på jobb, eller

hvilken helsefaglig kompetanse disse har. Problemet kan snarere være at det ikke er samsvar mellom de turnusene som settes opp og faktisk bemanning.

Både denne undersøkelsen og andre kartlegginger og undersøkelser viser et stort og systematisk avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Undersøkelsene viser at avviket skyldes fravær – at færre sykepleiere og andre helsefagarbeidere er på jobb enn planlagt. Videre kan avviket forklares med at flere av vikarene var ufaglærte. I vår undersøkelse så vi også at sykehjemmene langt fra alltid satte inn vikarer, verken faglærte eller ufaglærte.

**HØYT SYKEFRAVÆR.** Ifølge tillitsvalgte og ansatte i tjenestene var et høyt sykefravær hovedgrunnen til avvik mellom plan og faktisk bemanning. Sammenliknet med andre deler av arbeidsmarkedet, er det et høyt sykefravær i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Oversikter viser i perioden 2001–2013 en variasjon mellom 9 og 10 prosent i helse- og sosialtjenestene og mellom 6 og 7 prosent i arbeidsmarkedet for øvrig.

Data i vår undersøkelse ga en indikasjon på at sykehjem i liten grad planlegger ut fra forventet sykefravær. De fleste tillitsvalgte opplyste at forventet sykefravær ikke ble vurdert når turnus settes opp. Dette funnet harmonerer godt med opplysninger fra en studie i 2012, hvor intervjuete toppledere i fem kommuner oppga at det var vanskelig å planlegge bemanning som tar hensyn til sykefravær.

Vi vil sette spørsmålsteget ved vurderingen. Sykefraværet er stabilt høyt innen sektoren og derfor relativt forutsigbart, svingninger til tross. Kommuner og sykehjem bør kunne ha oversikter over tidligere sykefravær og planlegge både når det gjelder økonomiske rammer som settes for hele sektoren, og for turnuslister for den enkelte tjeneste.

Minimumsnivået som den planlagte grunnbemanningen legges på i dag gir stor sårbarhet for fravær grunnet sykdom. Hvis grunnbemanningen tar i betraktning sannsynligheten for sykefravær, vil avviket mellom planlagt og faktisk bemanning kunne bli mindre. Samtidig kan man motvirke kostbar bruk av vikarer, og motvirke bruken av ufaglærte vikarer.

**PLANLAGT OG FAKTISK BEMANNING.** Større samsvar mellom planlagt og faktisk bemanning kan være viktigere enn å innføre en standard bemanningsnorm. De store variasjonene i turnuser som settes opp for sykehjem, også mellom samme type avdelinger, viser at det kan være vanskelig å anbefale en fast bemanningsnorm for sykehjem i dag. Det blir vanskelig å gi en allmenngyldig rettesnor. Siden tillitsvalgtes vurdering av optimal bemanning og planlagt bemanning er ganske lik, virker det også som om det ikke er her problemet ligger.

Et stort flertall blant tillitsvalgte og ansatte forteller om et stort tidspress, med konsekvenser for den enkelte pasient. Vi tror imidlertid at en fast bemanningsnorm vil ha mindre effekt for kvaliteten i tjenestene enn man kanskje kunne håpe. Et mer nærliggende virkemiddel kan være at turnus planlegges basert på den kunnskapen kommunene har om forventet fravær. Da kan kommunene oppnå større samsvar mellom faktisk bemanning og det tjenestene selv opplever som optimal bemanning. ●

## Enkle grep for en bedre eldreomsorg

**HELHETLIG OMSORG:** Jeg mener at det går an å gi helhetlig omsorg til alle. God mat og drikke, anledning til å være ute, aktiviteter, nok kvalifisert personale og legetilsyn ved behov.

Det bør ansettes eget personale til å ta seg av måltider, klesvask, bestillinger av varer, fylling av lager og alt som ikke er direkte pasientrettet. Det vil føre til at sykepleiere og helsefagarbeidere vil kunne jobbe og være nær pasientene i veldig mye større grad enn hva som er tilfelle de fleste steder i dag. Tidstyver på jobben er et økende problem. Dette er resultater Sykepleien skriver om i nr. 12-2014.

Det bør også bli slutt på unødvendig rapportering. Helsepersonell vet hva som skal til for å drive helhetlig pleie. Vi behøver ikke flere skjemaer å fylle ut, men vi behøver mer tid til pasientene. Det som er viktig for oss er at pasienter og pårørende føler seg godt ivaretatt og sett. Det skaper nemlig trygghet og tillit.

Jeg vet at vi på denne måten vil få færre sykemeldinger fordi personalet gleder seg til å gå på jobb, og de trives. De føler at de blir tatt med på å bestemme, de blir lyttet til og de har etisk refleksjon på avdelingen for å finne felles løsninger. Etisk refleksjon er godt forankret i ledelsen og blir aldri nedprioritert. Etisk refleksjon gir bedre kvalitet.

Lederen bør være i avdelingen, kjenne pasientene og ha et overordnet ansvar for at arbeidsmiljøet er bra og at alle jobber forsvarlig.

Personalet føler da at de blir tatt på alvor. De trives fordi det er tid til pasientene, og pasientene er alltid i sentrum. Det er tid til samtaler, tid til å observere hver enkelt pasient og tid til å følge opp alt som skal til for at pasientene skal ha det bra.

Jeg våger å påstå at dette vil føre til færre deprimerede pasienter, noe som igjen gjør dem mer selvhjulpne og øker livsgleden. De føler at noen bryr seg om dem og respekterer dem for den de er. De har fått fortelle sin livshistorie på godt og vondt, og noen har lyttet til dem.

Teknologi og datasystemer bør være tilpasset hvert sykehjem, men teknologien kan aldri overta for menneskelig nærhet.

Samarbeid med frivillige som ønsker å være til nytte er viktig og bør prioriteres. De kan blant annet følge pasientene ut i frisk luft, prate med pasientene, hjelpe til med aktiviteter og underholdning.

Ungdom bør få jobb på sykehjem i sommerferien, og dette bør kommunene være med å sponse. De kan være en ekstra ressurs, og dette kan bli en vinn-vinn situasjon. Ungdommene får sommerjobb og forhåpentligvis interesse for helsefag, og de eldre får en sommer med litt ekstra livsglede.

Like viktig er et godt samarbeid med pårørende, og i de fleste tilfeller er pårørende en ressurs. De som ikke har pårørende skal også bli sett og hørt.

Når døden nærmer seg, skal både pasienten og de pårørende bli godt ivaretatt av en kjent pleier. Tilstrekkelig smertelindring og god helhetlig omsorg er en selvfølge.

Jeg kommer her med forslag til noen enkle grep. Kanskje må det bevilges litt mer til eldreomsorgen, men jeg tror helsevesenet sparer seg til fant med effektiviseringen! New Public Management må vekk fra helsevesenet. Omsorg bør ikke måles i kroner, men i trivsel og livsglede!

**Trine Jaksland Graff**, sykepleier (blogger «Verdig eldreomsorg»)



### Camilla Lien

**Hvorfor:** Hun skrev et usminket leserinnlegg i lokalavisa om tidspresset i hjemmesykepleien, og fikk politikerne på banen.

**Stilling:** 50 % i hjemmesykepleien, 50 % i akuttmottaket ved Sørlandet sykehus, Arendal.

**Utdanning:** Bachelor i sykepleie, et år på markedsføringskole.

**Verv:** Plasstillsvalgt for Norsk Sykepleierforbund

**Alder:** 28 år



Gruet seg: Natten før leserinnlegget og reportasjen om henne skulle på trykk i lokalavisa, sov Camilla Lien dårlig. Ledelsen har vært taus, men ellers har hun bare fått skryt for at hun turte å si fra.

---

# Sannsigersken

**Arendal.** Hjemmesykepleier Camilla Lien sa det som det var i lokalavisa og inviterte ordføreren med på en vakt så han kunne se selv. Hun fikk ja.

• Tekst og foto Eivor Hofstad





**M**inn meg på at jeg må huske vekt, sier Camilla Lien til Sykepleiens journalist.

Hjemmesykepleieren har sjekket dagens oppdrag på pc-en på kontoret siden halv åtte og lest siste nytt om de seks pasientene hun skal besøke før lunsj. Så må hun pløye gjennom håndskrevne beskjeder i en bok. Hun finner PDA-skjermen hun skal ha med ut. Den mobile personlige digitale assistenten fungerer blant annet som stoppeklokke, og det knuste glasset i displayet taler sitt overtydelige språk om sprukket tidsskjema allerede før hun går ut av kontordøra.

*I en leilighet sitter en spinkel gammel dame alene i mørket og venter. Klokken er åtte og hun har så vidt klart å stå opp selv. Tok gåstolen bort til lenestolen ved stuebordet hvor hun fikk dumpet seg ned. Det tok alle hennes krefter. Nå må hun ha hjelp fra hjemmetjenesten til å få laget seg frokost. Hun kan ikke huske at hun spiste noe i går, og er kraftløs. Hjelperen som var der i går hadde smurt fire halve brødskiver med masse pålegg. Det ble så mye at hun ikke fikk lyst på noe. Nå er hun forferdelig trøtt.*

**RØDE TALL.** Når Lien går inn til pasientene må hun klikke seg inn på PDA-en og klikke seg ut når hun kommer tilbake i bilen igjen. Har hun brukt mer enn tiden som er satt av fra kommunens side, blir tallet rødt. Er hun innenfor tidsestimatet, blir tallet grønt.

– Det går aldri en vakt uten at jeg får røde tall, også når jeg synes jeg har gjennomført et godt pasientbesøk. Mennesker måles i røde og grønne tall, det synes jeg er uverdigg, sier Lien.

Hun ble sykepleier i 2013. Lien skjønnte det måtte bli mennesker i stedet for tall da hun tok vakter ved hjemmetjenesten i Oslo ved

## «Mennesker måles i røde og grønne tall, det synes jeg er uverdigg.»

siden av studiene på markedsføringskolen. Men hun er allerede lei av stadig å måtte gå på akkord med det hun har lært i sykepleierutdanningen: At de skal se hele mennesket i sin yrkesutøvelse. Som hjemmesykepleier har hun ikke tid til det.

– Man får kun hjelp til det fysiske og langvarige behovet. Oppstår det noe uforutsett, eller har pasienten behov for å snakke, sprekker tidsskjemaet vårt ganske fort.

Slik er det ikke på hennes andre jobb, ved akuttmottaket på Sørlandet sykehus, hvor hun slipper stoppeklokke.

– Men i hjemmetjenesten har vi et godt arbeidsmiljø og hjelper hverandre når det trengs. Jeg hadde kollapsa for lenge siden hadde det ikke vært for at vi er som en familie.

Som så mange andre kommuner, driver Arendal hjemmetjenesten etter bestiller/utfører-modell. Alle som bruker hjemmetjenesten har fått godkjent behov for en viss type hjelp fra bestillerkontoret. Vedtaket sendes videre til utføreren, i dette tilfellet Camilla Liens arbeidsplass: Hjemmetjenesten avdeling Sentrum ved Plankemyra i Arendal.

Der har de 166 «brukere», som det heter på økonomenes språk, som også hjemmetjenesten har valgt å snakke. 13 ansatte er på

hver dagvakt i ukedagene, tre av dem er sykepleiere. I helgene blir det litt færre.

– Forrige helg var jeg eneste sykepleier på jobb med ansvaret for 166 brukere. Og bank i bordet, det gikk heldigvis bra, sier Lien og henter nøkkelen sin i nøkkelskapet på kontoret.

Hun setter håret opp i hestehale og tar en rosa kurv over armen med utstyret hun trenger for dagens hjemmebesøk.

**BLOD.** *Damen i mørket har hjertesvikt og puster tungt ved den minste anstrengelse. Det hadde vært så godt med kaffe, men hun er ikke i stand til å gå på kjøkkenet og sette over kjelen. Det spinkle brystet hennes går innover. Hendene er blå og stive. Føttene hvite og hovne. Fra de såre leggene pipler blod. Hun lurte på hvem det var hun hørte som låste seg inn i morges før hun hadde stått opp. Hvorfor sa de ikke noe? Hva gjorde de? Hvor blir det av den som skal hjelpe henne nå?*

**ETTER SKJEMA.** Det småregner litt i Arendal denne april dagen, og Lien har tatt en hvit fleecjakke over det blå arbeidsantrekket. Hun svinger ut fra den åpne garasjen på vei til dagens første besøk: Sykehjemmet. Der skal hun levere en medisindosett til en pasient som er innlagt, og gjør det helt uten vedtak av noe slag – det er en av de mange tingene som bare må gjøres.

Etterpå skal en dame få hjelp med blant annet støttestrømper. Kjøringen er ikke medregnet i tidsestimatene, så nå ligger Lien allerede godt etter skjema. Hun drar den stramme strømpesokken over knærne til damen som sier hun klarer resten selv.

– De er her altfor kort tid. Skulle ønske de hadde mer tid til å prate, sier hun.

Lien tar seg tid til noen ord om livssituasjonen, sjekker noen vondter og gir råd om smertestillende, alt utenom vedtak.

Så er det den hjertesyke kvinnen som skal ha medisiner, dusj, veiing og frokost, deretter et par med diabetes som skal ha hjelp med blodsuktermåling og øyedråper.

– Jeg prioriterer blodsuktermålingen framfor hun som skal dusjes. Jeg må huske å ringe henne og få gitt beskjed om at jeg er forsinka, sier Lien, som ikke har vært hos denne pasienten på dagtid før.

Men hun glemmer det. Hun må ringe to andre beskjeder i løpet av formiddagen og bruker ekstra lang tid hos paret med diabetes hvor hun er tildelt skarve tre minutter til hver. Og Sykepleiens journalist glemte å minne henne på vekten, så etter oppdraget blir det en kjapp tur til kontoret for å hente vekt, før hun står på gassen opp til den hjertesyke kvinnen i mørket og låser seg inn nærmere klokken ti.

Lien har jobbet på Plankemyra i fem år og ser at pasientene er sykere etter samhandlingsreformen.

– Derfor skulle vi hatt bedre grunnbemanning så vi kunne brukt mer tid hos dem. Jeg savner tillit til at vi som fagpersoner kan se hva pasienten trenger der og da. Behovene endrer seg fra dag til dag når det er mennesker og ikke roboter det er snakk om. Vi jobber jo med syke, ikke med friske!

*Hos damen i mørket får Lien høre at hun er sein. Hun sitter først*



**Røde tall:** Camilla Lien har ennå ikke vært på en vakt hvor ingen tall ble røde på PDA-en som fungerer som stoppeklokke.



**Tidspress:** Når det må gå fort, tar Camilla Lien telefonsamtalene med innvakten på kontoret mens hun kjører.



**For kort:** Gunn Svanhild Pedersen synes hjemmetjenestens folk er der altfor kort tid og skulle ønske de hadde mer tid til å prate.

*litt hos henne og snakker om hvordan det står til og hva de skal gjøre: Ta medisiner, dusje, veie og spise frokost. Hun tar de blå og stive hendene i sine og spør når de ble sånn.*

*– Husker ikke, hvisker damen og kikker ned mens pusten går.*

*Hun ønsker ikke å dusje og spør om de ikke kan ta det i morgen i stedet.*

*– Jeg tror ikke det blir så lett siden det er satt av tid til det i dag, svarer Lien og gir medisiner med et glass vann.*

*Damen puster ekstra hurtig etter å ha drukket en slurk vann.*

**FULLT BEGER.** Lien og kollegene har lenge snakket om tidspresset i jobben og at det skulle vært artig om ordføreren tok en vakt der. De har rapportert om for liten tid til lederen sin flere ganger, men ingenting har skjedd.

*– Jeg vil ikke være selskapsdame og drikke sherry med pasientene, jeg ber bare om å få bruke sunn fornuft.*

I februar ble begeret fullt for Camilla Lien. Det var ingen spesiell hendelse som gjorde det, bare en sakte modning av tanker: Hun skrev et leserinnlegg til lokalavisa om arbeidshverdagen sin, «Muttere og skruer versus legeme og sjel». Da begynte hjulene å rulle.

*– Agderposten ringte meg opp og sa at dette hadde de ventet på. At noen ansatte skulle si det samme som både pasienter*

*og pårørende har hevdet lenge.*

Avisa trykket et intervju med Lien samme dag som leserinnlegget hennes.

*– Natta før grudde jeg meg så mye at jeg ikke klarte å sove. Jeg fryktet at ledelsen ville stille meg til veggs og bli sinte. Men de gjorde ikke det. De var bare tause. Ellers har jeg bare fått positive tilbakemeldinger.*

*– Hvordan har du blitt så modig?*

*– Jeg er eldst av tre jenter og har alltid vært den som sier ifra hvis noe er urettferdig og roper høyest. Det er nok bare sånn jeg er, har ikke blitt oppdratt slik. Ingen av foreldrene mine er slik.*

*– Hva synes du om ledelsens manglende reaksjon?*

*– Min nærmeste leder har sagt at jeg har ytringsfrihet og vi har et avklart forhold. Likevel skulle jeg jo ønske de hadde sagt noe, selv om de ikke hadde støttet meg. Men jeg er veldig fornøyd med at den øverste lederen, ordfører Einar Halvorsen, tok imot tilbudet mitt om å bli med meg på en vakt.*

*– Har dere ført avvik når tidsskjemaet sprekker?*

*– Nei, det kunne vi vært flinkere til, men når vi har dårlig tid i utgangspunktet, blir vi nødt til å jobbe overtid for å føre avvik, så da blir det ikke gjort.*

*Lien spør om ikke damen vil ha litt lys på. Det vil hun ikke.*

«Jeg vil se en endring før jeg slutter.»





Lien snur om på planen og spør om ikke damen vil spise først og så dusje. Det betyr at oppdraget tar lengre tid, men damen trenger krefter for å orke dusjen. Hun får ingen protester.

Damen sier hun ikke har lenge igjen.

– Jeg håper det går fort, hvisker hun.

Lien står på kjøkkenet og får ikke alle ordene med seg. Mens kaffen koker, tar hun oppvasken fordi damen må betale for oppvask selv og har ingen faste som gjør det.

Telefonen ringer. Lien tar den på kjøkkenet og gir den til damen. Hun skjønner ikke hva hun skal trykke på, så Lien må gjøre det for henne. Hun hjelper henne med å legge på også.

**POLITISK GJENNOMSLAG.** Dagen etter at saken om Lien stod på trykk, fikk varaordføreren enstemmig gjennomslag i administrasjonsutvalget for at tidsplanens funksjoner som legges til grunn for hjemmesykepleierens arbeidsdag, legges fram for administrasjonsutvalget, og endelig godkjenning av bystyret.

– Hvordan føles det å ha inspirert til bystyresak?

– Det er som brensel på bålet, smiler Lien.

Aps stortingsrepresentant fra Aust-Agder, Freddy De Reuter, har ringt Lien og lovet å ta saken opp i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget i august.

– Jeg vil se en endring før jeg slutter, hevder Lien.

Damen i mørket bruker lang tid på å spise en halv skive med

brunost og lener seg framover med hodet i hendene mens hun puster.

– Er pusten verst?

– Nei, jeg setter meg sånn for jeg har så vondt i ryggen.

Lien lokaliserer smerten til øverst i ryggen mot nakken. De går inn på badet og dusjer. Etterpå ser Lien på leggene hvor blodet piler. Støttestrømpene er pasientens ansvar å skaffe, men damen vet ikke hvor hun har dem eller når hun brukte dem sist. Lien leter over alt, men finner ingen.

Så kommer hun på at hun må veie damen og får henne opp igjen av stolen. Det viser seg at damen har egen vekt. Kiloene noteres og Lien stabler de hovne beina på en stol og legger et teppe over.

– Klarer du å sitte med beina høyt til neste besøk kommer?

– Ja, hvisker damen.

Lien rekker et besøk til, men ikke det siste, som noen andre må ta for henne. Hun kommer inn til lunsj et kvarter etter de andre. Mens de spiser, tar de pasientgjennomgang og oppdaterer i journal. Møtet varer i 45 minutter, og de rekker ikke rundt bordet, så alle får ikke rapportert om sine pasienter. Lien spør om noen har låst seg inn tidligere på morgenen til den hjertesyke damen, men det har ingen.

Mindre enn en uke etterpå sitter ikke damen i mørket der lenger. Hun døde på sykehus. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

## Tidsskjemaet som sprakk

Her er estimert tid fra kommunens side kontra den reelle tiden Camilla Lien brukte denne formiddagen fram til lunsj. Den estimerte tiden inkluderer ikke kjøring, men det gjør den faktiske tiden.

Dagen startet 07:30 med en times forberedelse (lengre enn normalt siden Sykepleien var med). Kjørte ut kl 08:30.

### 1. oppdrag:

**Estimert tidsbruk:** 0 minutter, siden dette bare var å levere en dosett til en pasient som var innlagt på sykehjemmet, og således ikke noe vedtak fra bestillerkontoret.

**Faktisk tidsbruk:** 10 minutter: 7 minutter kjøring, tre minutter inne på sykehjemmet.

### 2. oppdrag:

**Estimert tidsbruk:** 14 minutter til

støttestrømper, øyeskylling/dråper og medisiner.

**Faktisk tidsbruk:** 29 minutter: 9 minutter kjøring.

Pasienten klagde i tillegg over ryggsmarter. Lien sjekket smertene grundig og ga faglige råd om hvordan vedkommende kunne ta inntil tre Paralgin Forte ved behov, og noterte på PDA etterpå i bilen. Hun tok seg også tid til en kort prat om livssituasjonen akkurat nå.

### 3. oppdrag:

**Estimert tidsbruk:** 6 minutter på to pasienter, til blodsukkermåling og administrering av øyedråper.

**Faktisk tidsbruk:** 37 minutter: 7 minutter kjøring.

Her ble det brukt tid på å snakke om kommende sykehusundersøkelser og prose-

dyrer i den forbindelse. Det var også nødvendig å avklare hvorfor den ene av de to uttrykte frustrasjon og sinne. Lien brukte mye tid på dette og fikk roet ned vedkommende.

### 4. oppdrag:

**Estimert tidsbruk:** 0 minutter, siden dette var å kjøre innom hjemmetjenesten og hente vekt som ble glemt tidligere for å kunne veie neste pasient.

**Faktisk tidsbruk:** 4 minutter: 2 minutter kjøring, 2 minutter inne.

### 5. oppdrag:

**Estimert tidsbruk:** 1 time og 27 minutter til dusjing, veiing, medisiner og mat.

**Faktisk tidsbruk:** 1 time og 32 minutter: 5 minutter kjøring.

På veien må Lien ringe for å få noen andre til

å ta en annen pasient hun skulle skiftet smerteplaster på, fordi hun ikke rekker det.

### 6. oppdrag:

**Estimert tidsbruk:** 23 minutter til øyedråper og medisiner.

**Faktisk tidsbruk:** 24 minutter: 10 minutter kjøring. I tillegg tok hun inn avisen, noe som ikke er lov dersom pasienten ikke har vedtak på det. Pasienten var noe stiv på morgenen og hadde smerter, så Lien hjalp henne med litt påkledding.

**7. oppdra** Dette rakk ikke Camille Lien. Noen andre måtte ta det.

### Totalt estimert tidsbruk:

2 timer og 10 minutter

### Totalt faktisk tidsbruk:

3 timer og 21 minutter



# JOB

**Sykepleien 05 | 2015**

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger  
på nett: [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no)

NORLANDIA CARE GROUP AS driver barnehager, pasienthotell og sykehjem. Vi er til stede i Norge, Sverige, Finland og Nederland. Vi er et norsk selskap med 5500 ansatte og en omsetning på 2,8 milliarder kroner. Vi ser på våre ansatte som vår viktigste ressurs og investerer systematisk i de ansattes kompetanse. Vi arbeider for et godt liv, hver dag. Foruten Oppsalhjemmet drifter vi Tåsenhjemmet og Madserudhjemmet i Oslo, Gullhaug i Bærum, og Orkerød i Moss. Vi har også omfattende eldreomsorgsvirksomhet i Sverige.

## Sykepleier

OPPSALHJEMMET



Vi søker en faglig dyktig og ambisiøs sykepleier. Oppsalhjemmet er helt i front når det gjelder utvikling av faget.

Vi tilbyr en spennende arbeidsplass for deg. Sykepleie ved et sykehjem er ikke hva det var, eller kanskje ikke det du tror. Samhandlingsreformen gir i økende grad komplekse problemstillinger hos beboere som krever sterk faglighet. Du vil oppleve et sterkt fellesskap og engasjement i et tverrfaglig team bestående av flere leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, og musikkterapeut. Hos oss er du aldri alene som sykepleier. Som sykepleier vil du også ha tid til å delta i det sosiale livet sammen med beboerne og bidra til deltagelse i Oppsalhjemmets brede kulturtilbud. Du vil erfare et faglig berikende samarbeid med andre sykepleiere ved andre sykehjem innen Norlandia. Også samarbeidsmøter med andre sykepleiere i regi av Sykehjemsetaten gir impulser og jevnlig fornyelse.

Norlandia er en stor virksomhet med varierte karrieremuligheter for de som ønsker det.

Oppsalhjemmet har kort vei til flott turterreng i Østmarka og til Østensjøvannet med sitt rike fugleliv.

### Mer informasjon

Se mer om betingelser, personalgoder og krav til kvalifikasjoner på [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no) eller på [finn.no](http://finn.no). Send en søknad på mail eller ta kontakt med daglig leder Elin Haug Nygård, [oppdl@norlandiacare.no](mailto:oppdl@norlandiacare.no) 483 10 101

 norlandia

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



## Engerdal kommune

*Det er lett å like kommunen vår. Engerdal kommune ligger i Hedmark fylke med grenser mot Sverige, Trysil, Røros, Os, Tolga og Rendalen. Kommunen har ca. 1370 innbyggere og et areal på 2 200 km<sup>2</sup>. Kommunen har mye å by på enten du liker å gå dine egne, stemningsfulle veier, eller delta i organiserte aktiviteter. Naturen gir stillhet og storhet i uberørte fjell- og skogsområder, men også dramatik og villskap langs elva. Utmærket, jord, skog og reiseliv er viktig for næringslivet. Kommunen er veldrevet og har et godt utbygd tjenestetilbud, med høy kvalitet.*

### Kommunen har for snarlig tiltredelse ledig følgende stillinger:

#### Leder for enheten Helse

Som leder for helse vil du ha ansvaret for folkehelsearbeidet, helsestasjon og skolehelsetjeneste, jordmortjenester, fysioterapi, psykisk helse, folkehelsearbeidet og legetjenesten, og en nylig etablert en frivilligsentral

#### Kommunefysioterapeut, 100 % fast stilling

Stillingen innebærer blant annet kartlegging, veiledning, opptrening, rehabilitering, forebygging, koordinator for hjelpemidler i kommunen.

#### Avdelingsleder innen Pleie og omsorg, 100 % fast stilling, hvorav 50 % vil være administrativ og 50 % på avdeling.

Videreutdanning innen administrasjon og ledelse vil være en fordel.

#### Sykepleier på institusjon, 100 % stilling (75 % fast og 25 % vikariat)

På vår hjemmeside [www.engerdal.kommune.no](http://www.engerdal.kommune.no) finner du fullstendige utlysningstekster og opplysninger om hvordan du søker.

**Søknadsfrist: 5. juni 2015**



## Nord-Aurdal kommune

### AVDELINGSLEDER VED TILRETTELAGTE TJENESTER

Ved Tilrettelagte tjenester avdeling Leira har vi ledig 100 % fast stilling som avdelingsleder. Vi søker etter en avdelingsleder med høy arbeidskapasitet og gode samarbeidsevner til en spennende og utfordrende stilling der du får jobbe i en utviklingsorientert organisasjon samt være en del av et lederteam med fokus på målsettinger, plan og fremdrift.

For ytterligere informasjon om stillingen kontakt virksomhetsleder Mona Kristin Haganæs, tlf. 469 44 415 eller e-post: [mona.kristin.haganæs@nord-aurdal.kommune.no](mailto:mona.kristin.haganæs@nord-aurdal.kommune.no)

Elektronisk søknad sendes via: [www.nord-aurdal.kommune.no](http://www.nord-aurdal.kommune.no) - ledig stilling. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

**Søknadsfrist: 15. juni 2015**

## HEMNES kommune

Sentrumsvn 1 - 8646 Korgen - Tlf. 75 19 70 00 - Faks 75 19 71 01  
E-post: [postmottak@hemnes.kommune.no](mailto:postmottak@hemnes.kommune.no)



#### Helsetjenesten

### Helsesøster

Er du helsesøster og har lyst til å arbeide i Hemnes kommune? Da åpner det seg nå en mulighet i og med at vi har ledig 100 % fast helsesøsterstilling fra 01.09.2015.

Stillingen er nyopprettet og er pt. tilknyttet skolehelsetjenesten fra 1.-10. klasse trinn. Kommunen har ikke videregående skole.

Kommunen har rikt kulturliv og gode muligheter for flotte naturopplevelser hele året. E6 er gjennomfartsvei og jernbane har stoppested. Kommunesenteret er Korgen og nærmeste byer ligger ca 5 mil unna, Mo i Rana og Mosjøen, begge steder med flyplass.

Topp lønn uavhengig av ansiennitet.

**Tiltredelse:** 01.09.15

**Kontaktperson:** sektorleder Gerd Vaag, tlf. 975 26 834 eller helsesøster Berit Bang Andersen, tlf. 918 57 207.

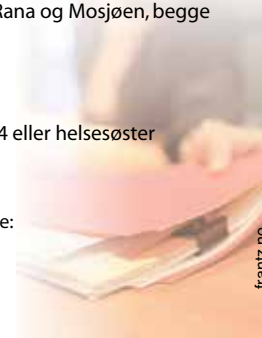
**Søknadsfrist: 11.06.2015.**

**Søknad sendes:** elektronisk via kommunens hjemmeside:

[www.hemnes.kommune.no](http://www.hemnes.kommune.no) – ledige stillinger

Fullstendig utlysningstekst finnes også her.

Søknadspapirene blir ikke returnert.



frantz.no

## KAJALUND SYKEHJEM

Kajalund sykehjem har 27 beboere fordelt på 3 grupper og har avtale med Oslo kommune.

Vi er kjent for høy kvalitet og å ha alle fagstillinger besatt.

#### Vi søker

- 50 -100 % SYKEPLEIER med turnusarbeid hver 3 helg
- VIKARSYKEPLEIER på kveld og helg.

#### Vi ønsker oss dyktige medarbeidere som har

- kompetanse og erfaring fra fagfeltet geriatri
- gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- humor og evne til å arbeide i et miljø med omstilling

#### Vi kan tilby

- spennende og godt arbeidsmiljø
- gode kollegaer og utviklingsmuligheter
- lønns- og arbeidsvilkår iflg avtale med VIRKE

Nærmere opplysninger fås fra daglig leder Geir Karlsen 22510155

Søknad med CV sendes Kajalund sykehjem Sollerudveien 35, 0283 Oslo innen **29.05.15**. [Geir.Karlsen@kajalund.no](mailto:Geir.Karlsen@kajalund.no)



## SYKEPLEIER, HVORFOR SKAL DU VELGE Å JOBBE HOS OSS ?

Hos oss får du mulighet til faglig utvikling og til å jobbe i team med andre sykepleiere. Vi setter kvalitet i tjenesten og arbeidstrivsel i fokus. Korte beslutningsveier når nye tanker og ideer blomstrer er en forutsetning for at vi skal lykkes i å skape en god eldreomsorg og få til stor arbeidsglede hos de ansatte. Vi drifter i dag 6 sykehjem i Oslo på vegne av Oslo kommune. Sykehjemmene er geografisk fordelt i forskjellige områder av Oslo. Vi har mulighet til å skaffe bolig.

### Ulike avtaler

Vi ønsker oss flere sykepleiere til faste stillinger og vikarer ved alle våre sykehjem. Har du lyst til å jobbe på tvers av sykehjemmene, legger vi til rette for dette.

### Kvalifikasjonskrav og egenskaper

Du må ha autorisasjon som sykepleier i Norge og kunne dokumentere gode norsk-ferdigheter muntlig og skriftlig. For fremmedspråklig må du ha bestått Bergenstesten (B2) eller tilsvarende.

Dine sykepleiefaglige kvalifikasjoner og helhetlige omsorg skal danne grunnlaget for å bidra sammen med pasienten, pårørende og kolleger i å skape Den Gode Dagen for pasienten.

Ansatte hos oss skal oppleve Den Gode Arbeidsdagen slik at gode samarbeidsevner er viktig.

### Vi kan tilby

- Unicare omsorg har en høy sykepleiefaglig dekning og vi kan tilby en jobb hvor sykepleiefaglig kompetanse settes i sentrum sammen med det tverrfaglige arbeidet.
- Det er en høy legedekning på alle våre sykehjem slik at det alltid vil være en medisinsk faglig ansvarlig å rådføre seg med
- Egen fagsykepleier ved hvert sykehjem bidrar til et aktivt faglig miljø
- Vi har gode elektroniske verktøy som brukes hver dag
- Det vil alltid være flere sykepleiere på vakt slik at det vil være enkelt å søke råd og bistå hverandre
- God pensjonsordning i KLP
- Mulighet for bolig
- Alle søknader behandles fortløpende

### Ønsker du mer opplysning, ta kontakt med eller send en søknad pr. mail til oss:

Direktør Anne Bråthen, mobil 415 44 782

Mailadr: [anne.braathen@unicare.no](mailto:anne.braathen@unicare.no) eller

systemkonsulent Jon Kåre Kleven, mobil 91835595

Mailadr: [jonkare.kleven@unicare.no](mailto:jonkare.kleven@unicare.no)



Tjøme kommune

## TJØME SYKEHJEM SØKER SYKEPLEIER

Natt 42,25 % fast stilling

Direkte plassert 437.500 i 100 % stilling

Velkommen til Tjøme kommunes nettsider for utfyllende opplysninger og ikke minst til å søke! [www.tjome.kommune.no](http://www.tjome.kommune.no) ledige stillinger.

Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse

Sissel Irene Høisæther tlf: 33 06 79 02, epost: [sho@tjome.kommune.no](mailto:sho@tjome.kommune.no)

Søknadsfrist: 1. juni 2015

NORLANDIA CARE GROUP AS driver barnehager, pasienthotell og sykehjem. Vi er til stede i Norge, Sverige, Finland og Nederland. Vi er et norskeid selskap med 5500 ansatte og en omsetning på 2,8 milliarder kroner. Vi ser på våre ansatte som vår viktigste ressurs og investerer systematisk i de ansattes kompetanse. Vi arbeider for et godt liv, hver dag. Foruten Madserud sykehjem drifter vi Tåsenhjemmet og Oppsalhjemmet i Oslo, Gullhaug i Bærum, og Orkerød i Moss. Vi har også omfattende eldreomsorgsvirksomhet i Sverige.

## Sykepleier

MADSERUD SYKEHJEM



Vi søker en faglig sterk sykepleier til vårt fagteam.

Sykepleie ved et sykehjem er ikke hva det var, og kanskje ikke det du tror: Samhandlingsreformen og en aldrende befolking har gitt en beboersammensetning som er eldre, sykere og har mer komplekse sykdomsbilder. Sykehjem er stedet for deg med trygg faglig forankring og sterk egenmotivasjon for å holde deg oppdatert.

På sykehjemmet blir du konfrontert med akutt situasjoner som krever et klart hode, og kroniske lidelser som fordrer langsiktig behandlingstilnærming. Du vil jobbe som sykepleier i fagteam. Her har vi en sterk gruppefølelse: Vi hjelper, støtter og utvikler hverandre. Fagteam gir impulser for vedvarende læring og trygghet til å stå i de krevende situasjonene.

Hvis du er tiltrukket av en arbeidsplass med lite byråkrati og mulighet for raskt å gjennomføre dine idéer er Madserud stedet for deg. Madserud sykehjem ligger idyllisk til, omgitt av Frognerparkens vakre grøntområder. Vi har et særdeles godt arbeidsmiljø. Madserud er et lite sykehjem med sjel.

### Mer informasjon

Se mer om betingelser, personalgoder og krav til kvalifikasjoner på [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no) eller på [finn.no](http://finn.no). Eller ta kontakt med Kvalitetssjef Anne Hauge Stensland, tlf. 47 02 54 45

norlandia

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



**Kviteseid kommune**

Helse og omsorg

## Einingsleiar for Kviteseid omsorgssenter(KOS) - ID-619

100% fast stilling, ledig frå d.d.  
2. gongs utlysning

Fullstendig kunngjeringsstekst med link til elektronisk søknadsskjema:  
[www.kviteseid.kommune.no](http://www.kviteseid.kommune.no)

Attestar og vitnemål vil bli etterspurd i samband med intervju.  
Spørsmål kan rettast til kommunalsjef Olav O. Kaasa på tlf. 35068130 eller 91301556

**Søknadsfrist:** 05.06.2015

## Barn, familie og helse har følgende stillinger ledige for helsesøster:

- 50 % fast stilling, nr. 3990
- 100 % engasjement ut 2015 med mulighet for forlengelse

Sykepleier med erfaring- og/eller videreutdanning innen fagområdet barn/ungdom kan vurderes for midlertidig tilsetning om stillingene ikke blir besatt av helsesøster.

**Tiltredelse:** 17.august 2015

**Søknadsfrist:** 8.juni 2015



**Kristiansund kommune**

I medvind uansett vær



**Akershus universitetssykehus**

UJO - Universitetet i Oslo

Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Avdeling for nyfødt

## Spesialsykepleiere/sykepleiere

Referansnr: 2608838933

**Les mer om stillingene på [www.ahus.no/jobb](http://www.ahus.no/jobb)**

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

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Meløy er den nordligste kommunen på Helgeland, omlag 12 mil sør for Bodø. Ørnes er kommunens administrasjonssenter og trafikkutepunkt. Kystriksveien, en av Norges vakreste veistrekninger, går gjennom Meløy. Kommunen bindes sammen av et nett av ferge-, hurtigbåt- og bussforbindelser, som kan ta deg ut til øysamfunnene og rundt i kommunen. Meløy har et variert næringsliv med industri, landbruk, fiske, fiskeoppdrett, kraftproduksjon og servicenæringer. Engenbreen, en vestlig utløper av Svartisen, er kommunens største turistattraksjon. Mer om Meløy kommune finner du på blant annet på: [www.meloy.kommune.no](http://www.meloy.kommune.no) og på Meløy Turistkontors hjemmeside.

## JORDMOR

**Saksnr.: 15/632**

100 % vikariat til 1.9.16, med mulighet for fast stilling.

Arbeidssted for tiden: Helsefremmende og forebyggende enhet, med kontorsted Ørnes.

Kontaktperson: Ledende helsesøster Sonja Edvardsen tlf. 75 71 00 00/ 901 35 919.

**Søknadsfrist: 7. juni 2015**



Søknad sendes elektronisk via

[www.meloy.kommune.no](http://www.meloy.kommune.no)

Fullstendig utlysningstekst finnes på vår hjemmeside under fane "stilling ledig".

frantz.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

## Avd. for DPS Nordmøre og Romsdal - DPS Kristiansund pol.

Klinikk for psykisk helsevern

## Fagkonsulenter

**Vi har følgende ledig:**

- 1 års vikariat for fagkonkulentstilling i 100 % fra og med 14.09.2015. Vikariatet er tilknyttet vårt Oppfølgingsteam.
- 100 % fast fagkonsulent tilknyttet vårt ROP team.

Vi skal bygge opp eit nytt behandlingstilbod for pasientar med rus- og avhengighetsproblem. Ref. nr.: 2015/2042.

**Kontaktinformasjon:**

Tor Nygaard, seksjonsleiar, tlf. 991 67 650.

**Søknadsfrist: 7. juni 2015**

**Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)**

**- der du òg finn fullstendig utlysningstekst.**

**Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.**

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*

frantz.no

HELSE MØRE OG ROMSDAL



NOEN  
JOBBER KREVER  
HELT SPEIELLE  
FOLK

DERFOR ER  
HELSE ETT AV  
VÅRE HELT  
SPEIELLE FOKUS-  
OMRÅDER

## DE RIKTIGE FAGLIGE KVALIFIKASJONENE – OG DE MENNESKELIGE

Innen helse kan de personlige egenskapene være like viktige som de faglige. Rett person til jobben kan gi mennesker økt livskvalitet, ja kanskje til og med redde liv. Vi gir deg muligheter, enten du er ute etter jobb eller ser etter nye medarbeidere.



centric.eu  
Tlf. 02360

Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 470 000 mennesker i 26 kommuner.

## ANESTESISYKEPLEIER

### Kir Dagavdeling Bærum sykehus

Referansenr. 2450754719

Søknadsfrist: 4. juni 2015

Bærum sykehus ligger i naturskjønne omgivelser nær Oslo med muligheter for mange gode opplevelser og rekreasjon fra marka, sjøen og storbyen.

Operasjonsseksjonen er organisert i samme avdeling som sterilforsyning, anestesi, postoperativ, intensiv og akuttmottak samt renhold operasjon (AIO). Seksjonen har fokus på fag og godt arbeidsmiljø, med pasienten i sentrum.

**Vi har ledig 80 % stilling, fast, for anestesisykepleier.**

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Anne Dorthe Røsvik, avdelingssykepleier, tlf. 900 13 717.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)



frantz.no

NARVIK KOMMUNE



## Spennende lederstilling i Narvik kommune!

Vi inviterer deg til å søke en spennende stilling som leder for UH i Narvik kommune. Du vil få totalt resultatansvar og ditt bidrag vil være viktig for å utvikle de kommunale tjenester.

### Enhetsleder

Enhet UH har for tiden 118 årsverk og består av dagsenter, 9 omsorgsboliger for 59 brukere, samt tilsyn for brukere i egen bolig. Vi søker en faglig og administrativ leder som kan videreutvikle tjenestene i enheten og som har;

- Utdanning fra universitet eller høgskole
- Ledererfaring og erfaring med personalansvar og økonomistyring
- Kjennskap til offentlig forvaltning og erfaring fra relevant fagområde
- God kjennskap til relevant lov- og avtaleverk

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til: kommunalsjef Lars Norman Andersen, tlf. 959 85 439 eller kommunalsjef Heidi Eriksen Laksaa, tlf. 950 26 897.

Søknadsfrist: 4. juni 2015.

SE STILLINGSUTLYSING PÅ  
[www.narvik.kommune.no](http://www.narvik.kommune.no)

Velkommen som søker!



## Karlsøy kommune

### SYKEPLEIER

Karlsøy kommune har ledige stillinger som sykepleier. Kommunen utvider driften ved sykehjemmet på Hansnes etter at nybygg skal tas i bruk. Vi har derfor ledige stillinger som sykepleier. Det ønskes søkere som er autorisert sykepleier, men også studenter som fullfører utdanning i 2015 kan søke.

#### Karlsøy kommune kan tilby

- Trivelig arbeidsmiljø i et nytt og moderne sykehjem
- God tilrettelegging for videreutdanning
- Hjelp til å skaffe bolig
- Flyttegodtgjørelse
- Lønn etter egen lønnspolitisk plan, høyere enn tariff.
- Rekrutteringsstipend
- Statlige virkemidler, herunder nedskrivning av studielån.

Nærmere opplysninger om stillingene gis av pleie- og omsorgsleder på tlf. 99270284.

**Søknad med vedlegg og bekreftede attester sendes inn via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no) innen 31.05.15**



## Tysvær kommune

*Aktivitet og omsorg har tenester innan heimebasert teneste/heimesjukepleie, aktivitet og institusjonstenester fordelt på Aksdaltunet, Tysværtunet og Nedstrandtunet. Aktivitet og omsorg vil frå oktober 2015 realisera ny organisasjon og ny leiarstruktur. Utfordringane innan pleie- og omsorgstenestene aukar i takt med endring i demografi og nasjonale føringar. Kommunen har fokus på mange fagområde, m.a. KOLS, lindrande behandling, demens og kvardagsrehabilitering. Aksdaltunet skal ha eit overordna ansvar for demensomsorg i kommunen.*

### Frå 1.09.2015 har me følgjande faste stillingar (100 %) ledige i Aktivitet og omsorg:

- Avdelingsleiar allmenngeriatrik avdeling Aksdaltunet
- Avdelingsleiar avdeling for personar med demens Aksdaltunet
- Avdelingsleiar avdeling for personar med demens Nedstrandtunet
- Koordinator Nedstrandtunet
- Koordinator Aksdaltunet

#### Me tilbyr

Ei spanande og utviklande stilling i ny organisering der du får delta i omstilling med å ta inn utfordringar, nye oppgåver og venta demografisk endring i eit lengre perspektiv. Dette i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen, nye lover og nasjonale føringar innan helse og omsorgstenestene. Varierte og utfordrande arbeidsoppgåver i eit fagleg arbeidsmiljø.

**Søknadsfrist: 31. mai 2015**

Meir informasjon, samt søknadsskjema: [www.tysver.kommune.no/stillingar](http://www.tysver.kommune.no/stillingar)



## Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

TERAPI • PEDAGOGIKK • INTERMODAL PSYKODRAMA

I 2016 starter videreutdanning i Kunst- og Uttrykksterapi (60 stp.) ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med utgangspunkt i bevegelse og tilstedeværelse.

Forkurs – Hvordan kan du gjennom kunst og uttrykk transformere uro og depresjon til kraft og kreativitet?

29. – 31. oktober 2015

v/ Melinda Meyer; PhD, EXA, Psyk. pl., og Torill Johnsen; MA i Psykisk helse og EXA

Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Det er også mulighet for 3 ukers kurs i kunst- og uttrykksterapi ved The European Graduate School i Sveits 12.6 – 04.07. 2015.

<http://expressivearts.egs.edu/cas-expressive-arts-digital-arts-and-media>.

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmelding:

Tlf: +47 900 70 017/@:nikut@online.no / web: [www.nikut.no](http://www.nikut.no)

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)

## «Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness» –

**Kurs i Oslo, 2015 – 2016**

(Senter for Stressreduksjon, [www.scat.no](http://www.scat.no))

### INTRODUKSJONSKURS

**Høsten 2015: fredag – lørdag, 9 – 10 oktober**

**OT:** En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring.

Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

**Læringsmål:** Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte.

**Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med.**, tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

Forfatter av flere bøker om OT.

### UTDANNINGER SOM INSTRUKTØR I OT

(3 x 2 dager + egen daglig trening)

**Høstkurset 2015: fredag og lørdag 21 – 22 aug., 18 – 19 sept., 23 – 24 okt.**

**Vinterkurset 2016: fredag og lørdag, 8 – 9 januar, 5 – 6 februar, 4 – 5 mars**

**Læringsmål:** Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

**For mer informasjon om kursene kontakt:**

[ajkroese@online.no](mailto:ajkroese@online.no) , tel. 90151734 eller [www.scat.no](http://www.scat.no)

Norsk Forening for Kognitiv Terapi ønsker velkommen til

## Inspirasjonskonferanse

5.-6. NOVEMBER 2015 SCANDIC HOTEL OSLO AIRPORT

Inspirasjonskonferansen i kognitiv terapi skal være en stimulant og energigiver. Sist kunne vi stolt ønske velkommen over 300 deltakere. Også i år vil det være både internasjonale størrelser og sentrale forelesere fra vårt eget miljø. Fra Nederland kommer Pim Cuijpers, fra Sudan Malik Badri og fra USA Frank Dattilio og Lynne Henderson.

### Øvrige forelesere

Tore Aune	Stian Solem
Håvard Kallestad	Patrik A. Vogel
Åshild Håland	Else-Marie Løberg
Tore Stiles	Trym N. Jacobsen
Odin Hjemdal	

For program og påmelding:  
[www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)



NORSK FORENING FOR  
KOGNITIV TERAPI  
Tlf: 90 54 37 54 • [post@kognitiv.no](mailto:post@kognitiv.no)

## MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BERGEN

NARVIK - TROMSØ - ALTA

[mediyoga.no](http://mediyoga.no) +46 85 40 882 80



## Sykepleien leses grundig

### Lesing

- Papirutgaven av Sykepleien står meget sterkt. Nesten alle leser hele eller deler av Sykepleien
- Gjennomsnittlig lesetid er på 37 minutter
- Sykepleien oppfattes som seriøs og troverdig. Bladet har faglig innsikt og tyngde, og medlemmene er fornøyd med layout og forsider

### Nettsiden

- Fagartikler, forskning og nyheter er det som leses mest på nett
- Nettsidene er nyttige (50 %), oversiktlige og brukervennlige
- 40 % er fornøyd med nettsidene. Veldig få er misfornøyd, men fremdeles er det en del som ikke bruker sidene og derfor ikke har en mening

### Facebook

- Høy kjennskap til Sykepleiens facebookside (70 %)
- Nesten alle som kjenner til facebooksiden har besøkt den

### Annonser

- Sykepleiens lesere, er mest interessert i annonser som omhandler kurs/utdanning (80 %), legemiddel (60 %) og apotekvarer (40 %)
- En stor andel bruker nettsider for å finne stillingsannonser

Kilde: Undersøkelse blant medlemmer i NSF mars 2015 (Ipsos MMI)

**Sykepleien**



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

## Første nordiske konferanse i barnepalliasjon.

Thon Hotel Oslo Airport  
25-27 november.

Barnepalliasjon har de siste årene fått mye oppmerksomhet.

Nå samler Høyskolen i Gjøvik og JLOB noen av verdens mest anerkjente fagfolk på området, og bygger opp kunnskapen og kompetansen i barnepalliasjon.

Helseministeren Bent Høie og grunnleggeren av verdens første Barneospice i Storbritannia The Honourable Sister Frances Dominica kommer.

Meld deg på i dag på [barnepalliasjon.no](http://barnepalliasjon.no)

Kurset er godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 16 timer.



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

TERAPI • PEDAGOGIKK • INTERMODAL PSYKODRAMA

Ny videreutdanning i 'Expressive Arts in Leadership and Coaching' ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen (60 stp) starter i 2016.

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. I løpet av et forkurs på tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med blick på ditt eget yrkesliv. Mer informasjon på [www.nikut.no](http://www.nikut.no)

Forkurs – Stress mestring, egen innstilling og kommunikasjon på jobb: 28. – 30. august 2015

v/ Anne Solgaard; MSc og dansepedagog og Gunnar Reinsborg; Psykodrama regissør og pedagog. Sted: St. Croix Huset, Fredrikstad.

Forkurs – Teamutvikling gjennom kunst- og uttrykksmetoder: 02. – 04. Oktober 2015

v/ Anne Solgaard; MSc og dansepedagog og Per Espen Stoknes; Psykolog, PhD. Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmelding:

Tlf: +47 482 39 944/@:nikut@online.no / web: [www.nikut.no](http://www.nikut.no)

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)



## Bli en god leder for frivillige!

FRIVILLIGHETSKOORDINERING – ELDTREMSORG  
Tverrfaglig, samlingsbasert utdanning

Studiet kvalifiserer deg til å organisere og lede frivillig innsats innenfor eldreomsorg. Du vil også få faglig støtte til å utvikle lokale frivillighetsprosjekter.

Nytt kull i Bergen:

- 3 samlinger fordelt på ett år, totalt 9 dager
- Pris: kr. 3.500,- inkl. studiemateriell og lunsj

**OPPSTART 25. AUGUST 2015**

For informasjon og påmelding:

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

Kontakt: [ehi@verdighetsenteret.no](mailto:ehi@verdighetsenteret.no) | Tlf: 55397748



**Verdighetsenteret**  
OMSORG FOR GAMLE

Verdighetsenteret er et nasjonalt kompetansesenter med et sterkt tverrfaglig miljø innenfor eldreomsorg, frivillig innsats og omsorg ved livets slutt. Vi jobber for at sårbare gamle skal få en verdig alderdom.

# www.vt-medical.com VAKTROMMET

## HELSEARBEIDERE SE HER!

Kjøp utstyr som gjør din jobb enklere!

Vi leverer det **meste** av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner.

Besøk [www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no).



[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)  
[post@vaktrommet.no](mailto:post@vaktrommet.no)  
tel: 926 97 497

Nye Clogs i butikken!

Vi lager alle typer skilt!





# Oppdag Sykepleiens digitale verden



## Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

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

### Tips!

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



## Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien,

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

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

### Tips!

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

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



**Kontakt oss om du trenger hjelp:**  
 bss@nsf.no / 22 04 33 33  
 (hverdager 08.00–15.45)

## Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

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



### Tips!

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

## Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

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



### Tips!

Tast inn «Sykepleien» i søkefeltet når du er på Facebook, og du kommer automatisk til vår Facebook-side. Klikk på «Like»-knappen for å følge med på våre oppdateringer. Du kan også besøke [facebook.com/Sykepleien](https://facebook.com/Sykepleien) En spennende verden venter deg!

**Sykepleien**

# Videreutdanning

## FOR DEG SOM ER I ARBEID

Ved Haraldsplass Diakonale Høgskole har vi tilpasset våre videreutdanninger spesielt for deg som er i arbeid og som ikke kan studere på heltid. Korte ukksamlinger gir deg fortløpende mulighet til å praktisere ny kunnskap i arbeidshverdagen.

Haraldsplass Diakonale Høgskole er en privat, akkreditert høgskole i Bergen med ca. 500 studenter hvor ca. 250 av disse er tilknyttet våre videreutdanninger. Høgskolen har drevet utdanning siden 1918 og ligger like ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.



BODONI - Foto: iStockphoto.com

Studiestart høst 2015

DELTID

2år  
60 Stp.

### LEGEVAKT- sykepleie

Studiestart: 14. september 2015

For sykepleiere som arbeider med akutt syke og skadde mennesker på legevakt eller i annen virksomhet. Studiet har som mål å gi sykepleier økt kunnskap i møte med de svært varierte sykepleiefaglige, allmenntedisinske og akuttmedisinske utfordringene i legevakt. Det legges vekt på utvikling av både klinisk og organisatorisk/ledelsesmessig spesialkompetanse.

**FØRSTE OPPTAK:** 22. april 2015

**FORTLØPENDE OPPTAK:** Etter 22.april 2015

**PRIS PER SEMESTER:** Kr. 16.500,-

**BEKREFTELSESGEBYR:** Kr. 3.000,-

**OPPTAKSKRAV:** Autorisert sykepleier og 1 års fulltids yrkeserfaring etter utdanning.

### VEILEDNING

Studiestart: 28. september 2015

Tverrfaglig videreutdanning i veiledning passer for alle som ønsker å utvikle sin relasjonskompetanse. Studiet gir svært nyttig kunnskap innen coaching og rådgiving med fokus på samspill og kommunikasjon. Veiledning handler om læring og utvikling gjennom refleksjon over erfaring, og bidrar til å styrke den enkeltes ressurser i samhandling med andre.

**SØKNADSRIST:** Fortløpende opptak

**PRIS PER SEMESTER:** Kr. 18.750,-

**BEKREFTELSESGEBYR:** Kr. 3.000,-

**OPPTAKSKRAV:** Treårig høgskole-/universitets-utdanning og 1 års fulltids praksis. Mulig å søke med realkompetanse.

### PALLIATIV sykepleie

Studiestart: 21. september 2015

En videreutdanning rettet mot sykepleiere som arbeider eller ønsker å arbeide med mennesker som har alvorlig, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Tilegnet kunnskap skal være integrert på en slik måte at studentene blir ressurspersoner på sin arbeidsplass og skal kunne påta seg leder- og utviklingsoppgaver innen fagfeltet palliativ sykepleie.

**FØRSTE OPPTAK:** 15. mai 2015

**FORTLØPENDE OPPTAK:** Etter 15.mai 2015

**PRIS PER SEMESTER:** Kr. 12.500,-

**BEKREFTELSESGEBYR:** Kr. 3.000,-

**OPPTAKSKRAV:** Autorisert sykepleier og 1 års fulltids yrkeserfaring etter utdanning.

Samtlige studier er godkjent for lån og stipend i Lånekassen.

## SØK OPPTAK I DAG

Søknadsskjema og ytterligere informasjon finner du på [www.haraldsplass.no/hdh](http://www.haraldsplass.no/hdh).

Har du spørsmål – ta kontakt på telefon 55 97 96 30 eller send en e-post til [videreutdanning@hdh.haraldsplass.no](mailto:videreutdanning@hdh.haraldsplass.no)

**STUDERE MINDFULNESS?** Onsdag 20. januar 2016 er studiestart for Videreutdanning i Mindfulness og du kan søke opptak nå.



**Mette Rasmussen,**  
student palliativ sykepleie

– Dyktige og engasjerte forelesere gjør studiet innholdsrikt og inspirerende. Temaer og oppgaver er relevante, og en blir fulgt godt opp.

Les flere studentintervjuer på våre nettsider.



**Haraldsplass**  
DIAKONALE HØGSKOLE  
Bergen Diakonissehjem

20:33

## Avkobling ved dagens slutt

Litt egentid med multitasking. Drikker te, ser på tv og leser nyheter. Leser en kommentar til tidstyvundersøkelsen om ernæring på helseinstitusjonene. Blir litt sulten og spiser et knekkebrød til 21-nyhetene.





# Miks som du vil og spar opp til 27%

På våre allerede lave priser på populære modeller til arbeid og fritid  
- uten å gå på kompromis med kvaliteten og komforten!

## Modell 25310 - Trento

Damesandal med spenne og korkbunn

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Sort

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 249,-



## Modell 25300 - Venezia

Damesandal med tåstropp og spenne

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Sølv

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 249,-



Kun kr.  
**199,-**  
pr. par\*

## Modell 25230 - Pisa

Damesandal med borrelåslukking.

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Sort/grå - Grå/blå

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 249,-



## Modell 25280 - Firenze

Moteriktig damesandal med  
hælrem og spenne.

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Sort - Hvit

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 399,-



Kun kr.  
**319,-**  
pr. par\*

## Modell 25290 - Parma

Damesandal med hælrem og  
borrelåslukking.

Kvalitet: Imitert skinn med  
innersåle av ruskinn.

Farge: Hvit - Sort - Blå - Rød

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 399,-



## Modell 25180 Monaco

Dame-/herresandal med  
borrelåslukking

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Sort og hvit

Størrelse: 36 - 46

Ordinærpris 349,-



## Modell 25250 Rimini

Ballerinasko med borrelåslukking  
over vristen og liten hæl

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Hvit

Størrelse 36 - 42

Ordinærpris 349,-



Kun kr.  
**279,-**  
pr. par\*

## Modell 25240 Genova

Dame sportssko med elastisk  
snøring med stopper

Kvalitet: Imitert skinn

Farge: Sort - Hvit

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 349,-



## Praxis topp modeller - med ekstra myke såler

### Modell 25270 Torino

Damesandal med borrelåslukking.

Kvalitet: Skinn med innersåle av ruskinn.

Farge: Hvit - Blå

Størrelse 36 - 42

Ordinærpris 549,-



Kun kr.  
**399,-**  
pr. par\*

### Modell 25090 - Paris

Damesandal med mulighet for  
regulering av hælrem og over vristen.

Kvalitet: Skinn med innersåle av  
ekte skinn

Farge: Sort - Hvit - Blå/grå

Størrelse: 36 - 42

Ordinærpris 499,-

*"Da denne modellen er liten i størrelsen,  
anbefaler vi at du bestiller ett  
nummer større enn du normalt bruker".*



\*Du kan fritt velge mellom alle varene på siden og får selvfølgelig rabatt på alt - ved bestilling av minimum 2 par

Tilbudet gjelder til 30.06.15 og du har full bytte- og returret i 30 dager.

Bestill på 57 69 46 00 eller [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

**Praxis**  
Arbeids- og Fritidsklær AS  
Sjøtun Næringspark  
6899 Balestrand