

Sykepleien ⁶¹¹⁰

#HVA ER
egentlig
SYKEPLEIE?



Tørr skjede

– ingen hindring for et godt samliv

Remisoft tilfører fuktighet til slimhinnen, samt at lipider styrker og mykgjør hudbarrieren. I tillegg virker *hamamelis virginiana*-vann (trollhassel) på slimhinnenes overflate og styrker den fysiske barrieren. Dermed oppnås lindring og gjenoppretting av tørre og irriterte slimhinner, som kan gi kløe, svie eller smerter ved samleie.



Medisinsk utstyr klasse IIa

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

- ✓ **Lindring og tilfører fukt**
- ✓ **Mykgjør og bevarer elastisitet**
- ✓ **Heling av småskader**

 Fås reseptfritt på apotek

For mer info eller bestilling av prøver, kontakt oss på: post@sanapharma.no

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intinområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved en vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Referanse1: Henneiche-von Zepelin HH et al., Clinical trial shows lasting function of a new moisturizing cream against vaginal dryness. Wien Med Wochenschr.2017;167(7-8):189-195

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no

BEHANDLING SKAL IKKE VÆRE EN SMAKSAK

Opptil 70 % av kreftpasienter opplever smaksforandringer under behandling¹. Dette kan ha en negativ påvirkning på ernæringsstatus og føre til vekttap.²

Bitre, metalliske og andre smaker som kan forårsake kvalme, samt en følelse av **munntørrehet**, er vanlige bivirkninger etter cellegift eller strålebehandling.³⁻⁵

Nutricia introduserer derfor 3 spesialtilpassede smaker i Nutridrink Compact Protein porteføljen – **Kjølede Røde Bær**, **Varmende Tropisk Ingefær** og en **nøytral** variant som er utviklet for å imøtekomme de smaksforandringene kreftpasienter opplever under behandling.

Produktene er utviklet i samarbeid med kreftpasienter.

For å lese mer om hvordan produktene virker gå til www.nutricia.no



Ozempic® (semaglutid): Dosering, refusjonsvilkår og utvalgt sikkerhetsinformasjon^{1,2}

Ozempic® skal administreres én gang per uke, subkutan i abdomen, i låret, eller i overarmen, når som helst på dagen til måltid eller utenom måltid¹

START

0,25 mg
én gang pr uke
i 4 uker

TITRÉR

0,5 mg
én gang pr uke
i minst 4 uker

VEDLIKEHOLD

0,5 mg én gang pr uke
eller
1 mg én gang pr uke
for ytterligere glykemisk kontroll

Refusjonsberettiget bruk²

Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinsulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	232	E11
			Diabetes mellitus type 2
			232

Vilkår:

232 Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon¹

Gastrointestinale bivirkninger: Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale, inkludert kvalme (svært vanlig $\geq 1/10$), diaré (svært vanlig $\geq 1/10$) og oppkast (vanlig $\geq 1/100$ til $< 1/10$). De fleste tilfellene var milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet.

Hypoglykemi: Kombinasjon med SU-preparater eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av SU/insulin ved oppstart.

Diabetisk retinopati: Rask forbedring av glukosekontroll er blitt forbundet med midlertidig forverring av diabetisk retinopati. Økt risiko observert hos pasienter med eksisterende diabetisk retinopati som behandles med insulin og Ozempic®, og forsiktighet bør utvises.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Ikke nødvendig med dosejustering Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 75 år	Barn/ungdom under 18 år
Nyrefunksjon	Let, moderat eller alvorlig nedsatt Begrenset erfaring med alvorlig nedsatt nyrefunksjon	Terminal nyresykdom*
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, forsiktighet bør utvises	

* eGFR (ml/min 1,73 m²) < 15

Referanser: 1. Ozempic® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 18.10.2018) 2. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaevre-register/10b/j06-2> (01.02.2019)

▼ Ozempic «Novo Nordisk»

C Antidiabetikum, GLP-1-reseptoragonist.

ATC-nr.: A10B J06

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 0,25 mg, 0,5 mg og 1 mg: Hver dose (0,19 ml, resp. 0,37 ml og 0,74 ml) inneholder: Semaglutid 0,25 mg (1,34 mg/ml), resp. 0,5 mg (1,34 mg/ml) og 1 mg (1,34 mg/ml), dinatriumfosfatdihydrat, propylenglykol, fenol, saltsyre/natriumhydroksid (for pH-justering), vann til injeksjonsvæsker. 0,25 mg-penn inneholder 1,5 ml oppløsning og gir 4 doser à 0,25 mg, 0,5 mg-penn inneholder 1,5 ml oppløsning og gir 4 doser à 0,5 mg, 1 mg-penn inneholder 3 ml oppløsning og gir 4 doser à 1 mg.

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet: - Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner. - I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt. **Dosering:** Startdose 0,25 mg 1 gang pr. uke. Etter 4 uker skal dosen økes til 0,5 mg 1 gang pr. uke. Etter minst 4 uker med dose 0,5 mg 1 gang pr. uke kan dosen økes til 1 mg 1 gang pr. uke for å bedre glykemisk kontroll ytterligere. 0,25 mg er ikke en vedlikeholdsdose. Ukentlige doser > 1 mg anbefales ikke. Når semaglutid gis i tillegg til eksisterende behandling med metformin og/eller tiazolidindion, kan gjeldende dose av metformin og/eller tiazolidindion beholdes uendret. Når semaglutid gis i tillegg til eksisterende behandling med sulfonylurea eller insulin, bør det vurderes å redusere dosen av sulfonylurea eller insulin for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmålinger av blodglukose for å justere semaglutiddosen er ikke nødvendig. Ved oppstart av behandling med semaglutid i kombinasjon med sulfonylurea eller insulin, kan det midlertidig være nødvendig med egenmålinger av blodglukose for å justere dosen av sulfonylurea eller insulin, dette for å redusere risikoen for hypoglykemi. **Glemt dose:** Injiseres så snart som mulig, og innen 5 dager etter at dosen ble glemt. Hvis det er gått > 5 dager, skal glemt dose utelates, og neste dose injiseres på den opprinnelige planlagte dagen. I begge tilfeller kan vanlig regime med dosering 1 gang pr. uke gjenopptas. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. begrenset erfaring. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. **Barn og ungdom < 18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen data. **Eldre:** Dosejustering pga. alder ikke nødvendig. Begrenset erfaring hos eldre ≥ 75 år. **Tilberedning/Håndtering:** Skal ikke brukes dersom preparatet ikke fremstår som klart og fargeløst eller nesten fargeløst. Skal kun brukes av én person. Bruksanvisningen i pakningsvedlegget må følges nøye. Pennene kan administreres med nåler opp til en lengde på 8 mm og er utformet til bruk sammen med NovoFine eller NovoTwist-engangs nåler. NovoFine Plus-nåler 4 stk. er inkludert i hver pakning. Injeksjonsnålen skal alltid fjernes etter hver injeksjon, pennen skal oppbevares uten påsatt injeksjonsnål. Dette kan forhindre tette nåler, urenheter, infeksjon, lekkasje av oppløsningen og uoyaktig dosering. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler da det ikke foreligger undersøkelser vedrørende uforlikeligheter. **Administrering:** Gis 1 gang pr. uke når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid. Skal injiseres s.c. i abdomen, låret eller overarmen. Injeksjonsstedet kan endres uten å justere dosen. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Dagen for ukentlig administrering kan om nødvendig endres så lenge tiden mellom de 2 dosene er minst 3 dager (>72 timer). Etter at ny doseringsdag er valgt, skal regimet med dosering 1 gang pr. uke fortsettes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Semaglutid er ikke et erstatningspreparat for insulin. Ingen erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse IV, og semaglutid anbefales derfor ikke til disse. Bruk av GLP-1-reseptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Dette bør tas i betraktning ved nedsatt nyrefunksjon, da kvalme, oppkast og diaré kan forårsake dehydrering, noe som kan gi svekket nyrefunksjon. Akutt pankreatitt er sett ved bruk av GLP-1-reseptoragonist. Pasienten bør informeres om typiske symptomer. Ved mistanke om pankreatitt bør semaglutid seponeres; dersom pankreatitt bekreftes, bør behandlingen ikke gjenopptas. Forsiktighet bør utvises ved tidligere pankreatitt. Kombinasjon med sulfonylurea eller insulin kan gi økt risiko for hypoglykemi. Risikoen kan reduseres ved å minske dosen sulfonylurea eller insulin når semaglutidbehandling initieres. Hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin og semaglutid er det sett økt risiko for å utvikle komplikasjoner av diabetisk retinopati, forsiktighet bør utvises hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin. Disse pasientene bør følges opp nøye og behandles iht. kliniske retningslinjer. Rask forbedring av glukosekontroll er forbundet med midlertidig forverring av diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke utelukkes. **Hjelpestoffer:** Inneholder < 1 mmol natrium (23 mg) pr. dose, dvs. praktisk talt natriumfritt. **Biljø og bruk av maskiner:** Ingen/ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Ved bruk i kombinasjon med sulfonylurea eller insulin, bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi. **Interaksjoner:** For utvalgte informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Semaglutid forsinke magetømming og kan potensielt påvirke absorpsjonshastigheten av orale legemidler som gis samtidig. Semaglutid bør brukes med forsiktighet hos pasienter som får orale legemidler som krever hurtig gastrointestinal absorpsjon. Ved oppstart av semaglutid hos pasienter på warfarin/andre kumarinderivater anbefales hyppig INR-monoritering. **Graviditet, amming og fertilitet:** Begrenset data. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisk effekt. Skal ikke brukes under graviditet. Hvis en pasient ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Pga. lang halveringstid skal semaglutid seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet. **Amning:** Utskilles i melk hos rotte. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes, skal ikke brukes ved amning. **Fertilitet:** Kvinner i fertill alder anbefales å bruke prevensjon. Effekten på fertilitet hos mennesker er ukjent. Semaglutid påvirker ikke fertiliteten hos hannrotter. Hos hannrotter sees en økning i brunstperiodens lengde og en liten reduksjon i antall eggløsninger ved doser forbundet med vektapp og økt fettinnhold. **Bivirkninger:** Hyppigst er gastrointestinale bivirkninger, som generelt er milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré. **Stoffskifte/ernæring:** Hypoglykemi ved bruk sammen med insulin eller sulfonylurea. **Vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Oppkast, magesmert, abdominal distensjon, forstoppelse, dyspepsi, gastritt, gastroesofageal reflukssykdom, eruktasjon, flatulens. **Lever/galle:** Gallesten. **Neurologiske:** Svimmelhet. **Stoffskifte/ernæring:** Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika, redusert appetitt. **Undersøkelser:** Økt lipase, økt amylase, vektapp, øye: Komplikasjoner av diabetisk retinopati. **Øvrige:** Trethet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Hjerte/kar: Økt hjertefrekvens. **Neurologiske:** Døsighet. **Øvrige:** Reaksjoner på injeksjonsstedet. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$):** Immunsytemet: Anafylaktisk reaksjon. **Overdosering/Forgiftning:** Overdoser på opptil 4 mg i en enkelt dose, og opptil 4 mg på én uke, er rapportert i studier. Vanligste bivirkning var kvalme. Alle pasientene ble restituet uten komplikasjoner. **Behandling:** Egnede støttemidler til kliniske tegn og symptomer. En lengre periode med observasjon og behandling for disse symptomene kan være nødvendig, tatt i betraktning semaglutid sin lange halveringstid på ca. 1 uke. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. 94% sekvenshomologi for hormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** GLP-1-reseptoragonist som bindes selektivt til og aktiverer GLP-1-reseptoren, målet for endogent GLP-1. Hovedmekanismen bak forlenget effekt er binding til albumin, denne bindingen resulterer i redusert renal clearance og beskyttelse mot metabolsk nedbrytning. Dessuten stabiliseres semaglutid mot nedbrytning av DPP-4-enzymet. Semaglutid reduserer blodglukose på en glukoseavhengig måte ved å stimulere insulinsekresjon og senke glukagonsekresjon når blodglukosen er høy. Mekanismen med blodglukosen senking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming i den tidlige postprandiale fasen. Ved hypoglykemi reduserer semaglutid insulinutsikillelse, og svekker ikke glukagonutsikillelse. Semaglutid reduserer fastende og postprandial glukosekonsentrasjon og HbA1c. Semaglutid reduserer kroppsvækt og kroppsfettmasse ved 26%. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Tmax 1-3 dager. Steady state nås etter 4-5 uker. Absolutt biotilgjengelighet er 89%. **Proteinbinding:** >99%. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd ca. 12,5 liter. **Halveringstid:** Ca. 1 uke. Semaglutid vil være til stede i sirkulasjonen i ca. 5 uker etter siste dose. **Clearance:** ca. 0,05 liter/time. **Metabolisme:** Semaglutid blir i høy grad metabolisert ved proteolytisk spalting av peptidkjeden og seksielll betaksindion av fettresidiedkjeden. Enzymet nøytral endopeptidase (NEP) antas å være involvert i metabolismen. **Utskillelse:** ca. 2/3 utskilles i urin (3% uomdannet) og ca. 1/3 i feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra lys og fuktighet. Skal ikke fryses, og skal ikke brukes dersom preparatet har vært froset. **Etter første gangs bruk:** Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennenheten sitte på når pennen ikke er i bruk, for å beskytte den mot lys. Holdbarhet etter å ha blitt tatt i bruk: 6 uker. **Pakninger og priser:** 0,25 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1161,40. 0,5 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1161,40. 1 mg: 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1161,40.

Refusjon: A10B J06 Semaglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinsulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	232	E11
			Diabetes mellitus type 2
			232

Vilkår: (232) Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin
Sist endret: 21.09.2018. Basert på SPC godkjent av SLV: 18.10.2018. Pris per februar 2019. Refusjon per februar 2019



Novo Nordisk Scandinavia AS

Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo

www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51



NYHET

▼ **OZEMPIC**[®] (semaglutid) – ukentlig GLP-1-analog¹

Tilgjengelig på blå resept til behandling av voksne med diabetes type 2 etter metformin²

- har vist bedre glykemisk kontroll og større vektreduksjon enn Januvia[®], Bydureon[®], Trulicity[®] og Lantus[®]^{3*}
- har vist reduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser^{3**}



**STØRRE
HBA_{1c}-REDUKSJON^{3*†}**

13-20 mmol/mol (1,2-1,8%)[†]



**STØRRE
VEKTREDUKSJON^{3*†#}**

3,5-6,5 kg[‡]



**REDUKSJON I ALVORLIGE
KARDIOVASKULÆRE
HENDELSER^{3**†}**

26% RRR[#]

Indikasjoner⁵ Ozempic[®] er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet:

– Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner

– I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se SPC avsnitt 4.4, 4.5 og 5.1.

****Kardiovaskulær sikkerhetsstudie:** 3297 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko ble tilfeldig randomisert til Ozempic[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling for HbA_{1c} og kardiovaskulære risikofaktorer for å nå behandlingsmål.⁴

Primært endepunkt: Kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt, ikke-fatal hjerneslag (HR 0,74 95% KI 0,58-0,95, p=0,001 for non-inferiority, p=0,02 for superiority, testing for overlevelighet var ikke forhåndsdefinert) 26% relativ og 2,3% absolutt risikoreduksjon.⁴

Ozempic[®] er ikke indisert for vekttap

****** Relativ risikoreduksjon

***** Behandling med Ozempic[®] viste vedvarende, statistisk overlegen og klinisk relevant reduksjon i HbA_{1c} og kroppsvekt i opptil 2 år sammenlignet med placebo og behandling med Januvia[®], Lantus[®], Trulicity[®] og Bydureon[®]³

† Ozempic[®] vedlikeholdsdose 0,5 og 1 mg. Dosen kan økes til 1 mg én gang per uke for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere.¹

‡ Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.³

Referanser: 1. Ozempic[®] SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 18.10.2018) 2. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10bj06-2> (01.02.2019) 3. Ozempic[®] SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 18.10.2018)

4. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:1834-1844 5. Ozempic[®] SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 18.10.2018)



Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

1 GANG PER UKE
OZEMPIC[®]
semaglutid injeksjon



Modell på bildene: Charlotte Luth



Prosjektet «dag/natt Florence»



Morten Bendiksen

Morten Bendiksen og Claire de Wangen ble invitert til å bidra med et kunstnerisk-fotografisk innspill til dette nummeret av Sykepleien. For å belyse sykepleierens mange oppgaver, valgte de seg en henimot kinematografisk tilnærming. De ønsket å se på sykepleierens hverdag som stillbilder fra en film. Samtidig ville de skrå blikket litt, ved å skape en nostalgisk og fiktiv ramme, for slik å fremheve sykepleierens ikoniske og essensielle rolle i et estetisk gjenkjennelig univers.

Bendiksen og de Wangen samarbeider tett for å skape iscenesatte, overraskende, undersøkende bilder og opplevelser av kjente

og ukjente forfatninger av den menneskelige tilstand.

Morten Bendiksen er fotograf med et bredt arbeidsfelt. Han har jobbet redaksjonelt med feature, portrett, mote, reise, mat, dokumentarisk og kunstnerisk.

Claire de Wangen er scenekunstner. Hun lager forestillinger som undersøker hvordan vi opplever og forholder oss til sted, fiksjon og hverandre. de Wangen har laget forestillinger på blant annet et nedlagt sykehjem, en trehytte, et museum, i underjordiske katakomber og på en brannstasjon. Nå er hun er i gang med en vandring gjennom hele Oslo sentralstasjon.

Claire de Wangen



Innhold

Hva er egentlig sykepleie?

Leder, Barth Tholens:
Sykepleie – et grensetilfelle **s. 08**

Ingunn Elstad:
Grunnleggende sjukepleie
gjeld liv og død **s. 12**

1. del

Hva gjør sykepleiere egentlig?

Undersøkelse: 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utført.

Reportasjer fra Kristiansand og Utsira. **s. 20–41**

2. del

Kan sykepleiere brukes til hva som helst?

Les reaksjonene på undersøkelsen fra ledere i organisasjoner, kommune og sykehus.

s. 44–51

3. del

Kan sykepleieteoretikerne svare på hva sykepleie er?

Tegnehanne oppsummerer sykepleierhverdagen

Tekster om og av sykepleieteoretikere.

s. 54–75

4. del

Hva har sykepleiere felles?

En anestesisykepleier, en helse-sykepleier, en operasjonssykepleier, en jordmor, en barneintensivsykepleier og en psykiatrisk sykepleier forteller hva som er sykepleie i deres jobb.

s. 78–96

5. del

For meg handler sykepleie om ...

Sykepleie gjennom litterære skildringer.

s. 108–127

6. del

Hvorfor ble det sånn?

Hierarkiet i helsevesenet lever i beste velgående, eller ... ?

s. 130–143

7. del

Er sykepleie tydeligere definert i andre land?

Møt sykepleiere som har erfaring fra hva sykepleie er i andre land: Polen, Danmark, Palestina, Tyrkia og USA.

s. 146–149

8. del

Kjernen i sykepleiefaget: en oppsummering

Så: Hva burde sykepleie være?

s. 152–156



Illustrasjon: Tegnehanne

Sykepleie – et grensetilfelle

Sykepleiere vil helst «bare» være sykepleiere, men får det ikke alltid helt til.

I Hva skal en sykepleier egentlig kunne? Og hva skal hun eller han gjøre – og ikke gjøre? Det er spørsmålet vi stiller i denne utgaven av #Sykepleien. En skulle tro svaret var enkelt.

En 70 år lang historie som autorisert profesjon, og en akademisk utdanning til bachelorgrad med mulighet for et masterløp, må jo ha avleiret seg i en tydelig bevissthet rundt fagets grenser, sykepleiens egentlige kjerne. Men det viste seg å være mye vanskeligere enn som så.

Himmel og jord

Da jeg i 2004 ble redaktør for sykepleiernes eget tidsskrift, var jeg ivrig etter å forstå hvem jeg hadde med å gjøre. Men når jeg spurte tilfeldige sykepleiere om hva de gjorde, helt konkret, fikk jeg ofte lange, men diffuse svar. På den ene siden virket det som om de holdt på med nær sagt alt mellom himmel og

jord. Men samtidig ville de også fremstå som høykompetente superspesialister som er de som forhindrer at alt går galt i helsetjenesten.

Sykepleiernes bidrag til kvaliteten i helsetjenesten skulle altså være uten sidestykke. Men de samme menneskene klaget gjerne over alt det viktige i sykepleiergjerningen de aldri fikk tid til, fordi de i en travel hverdag måtte ta seg av en haug med trivielle oppgaver.

Ikke bastant

Jeg har nå gradvis vennet meg til at kjernen i faget ikke kan fanges med få ord. Riktignok kan jeg fortsatt forundre meg over at leger så sjelden er i tvil om hva som er deres kjerneoppgaver, mens sykepleiere åpenbart sliter med å formulere hvor deres ansvar begynner og særlig hvor det slutter.

Men etter hvert har jeg også begynt

å sette pris på at sykepleiere ikke er så skråsikre og bastante. Denne stadige søken etter essensen i egen innsats til pasientens beste trenger slett ikke å være noen ulempe. Det er kanskje til og med en styrke.

Profesjonen bygger åpenbart på et holistisk og altruistisk grunnsyn, der en ønsker å se hele mennesket fremfor bare en kroppsdel, én bestemt diagnose eller én akutt tilstand. Det er en holdning andre yrkesgrupper kunne lære noe av.

Grensemarkør

Holisme har mange sympatiske trekk. Men som grensemarkør fungerer den dessverre dårlig. Når alt henger sammen med alt, og det er hele mennesket sykepleieren skal møte, er det ikke lett å vite hva en skal velge bort.

Her får sykepleierne dessuten lite hjelp fra sine arbeidsgivere. Ledere i helsetjenesten krever som en selvfølge at sykepleiere skal foreta mange valg i sitt daglige arbeid. Men de gir dem sjelden det verktøyet de trenger for å kunne si nei til oppgaver de definitivt ikke skulle hatt. Hadde arbeidsgiverne ment alvor når de snakker om sykepleiernes unike kompetanse, hadde de gitt jobben med å vaske doen og smøre brødsriver til andre med kortere utdanning.

Den samme passive holdningen er det også grunn til å mistenke myndighetene for å ha. Norge vil jo gjerne fremstå som verdensmester i likestilling, men myndighetene har ikke løftet en finger for virkelig å få bukt med det kjønnsdelte arbeidsmarkedet her i landet. Kanskje Bent Høie & co. i sitt stille sinn takker Gud for at ansvaret for pleie av pasientene i helsetjenesten i hovedsak er overlatt til kvinner som tradisjonelt har hatt en tendens til å sette pasientens interesser over sine egne? Alternativet ville blitt både dyrere og mindre velvillig.

Bare sykepleiere

Sykepleiere vil gjerne «bare» være sykepleiere. Men det finnes krefter som vil at de skal overta noen av legens tradisjonelle oppgaver, slik at legene får mest

mulig tid til det som er viktigst. Det er fristende for ambisiøse sykepleiere, men det åpner også for et enda større gap i den andre enden: For hvem skal da ta seg av de oppgavene som sykepleierne ikke burde bruke tid på? Mens noen kanskje drømmer om legeaktige oppgaver, forsvinner nemlig stadig flere støttepersoner som sykepleierne tidligere kunne sette sin lit til for å få fikset praktiske gjøremål.

Redningsplanke

Det kan bli mye frustrasjon av sånt. Men det er ikke en desillusjonert utgave om en klagende yrkesgruppe Sykepleien her har ønsket å presentere. Nei, vi håper at denne utgaven kan bli et bidrag til en diskusjon om å gjøre yrket mer «spisset», tydelig og definert.

«Hadde arbeidsgiverne ment alvor når de snakker om sykepleiernes unike kompetanse, hadde de gitt jobben med å vaske doen og smøre brødsriver til andre med kortere utdanning.»

De siste årene har arbeidet med å utvikle ny sykepleieteori ligget litt brakk. Det er leit, for det haster for sykepleiere å finne sin egen plass i en helsetjeneste i endring. Kanskje får de nå en tiltrengt redningsplanke fra det såkalte Blankholm-utvalget, som har sett på prioriteringer i kommunehelsetjenesten. Som Sykepleiens undersøkelse viser i denne utgaven (se s. 26-34), er det nettopp sykepleiere i eldreomsorgen og hjemmetjenesten som sliter mest med å finne sin helt unike plass. Utvalget, som ledes av sykepleieren Aud Blankholm, slår i sin første utredning fast at helsepersonell selv er viktige prioriteringsaktører og at kriteriene for prioritering mellom ulike pasientbehov bør «tydeliggjøres i regelverk som regulerer helsepersonellens rettigheter og plikter».

Kommer dette regelverket på plass, får sykepleierne en gylden anledning til å rykke opp fra å være helsetjenestens vaktmestere til å bli portvoktere og nøkkelbærere. Da kan det bli lettere å gjøre om sykepleie til ren valuta. ■



Barth Tholens
Ansvarlig redaktør
i Sykepleien



Akkurat som Jorunn på 85 år, kan også noen DU er glad i få næringsrike måltider levert hjem av våre hyggelige tidsverter fra Tid™ fra Tine!



Nå leverer TINE middagen hjem til eldre

«Det som er bra er at maten kommer helt hjem til meg, og da slipper jeg å gå og handle» Solveig, 92 år.

«Deilig mat leveres, samme person som kommer hver uke. Omsorg, omtanke og fleksibilitet. Kan anbefales på det varmeste»

Nina som har bestilt Tid™ til sin mor.

Vi leverer ferdige middagsmåltider, mellommåltider og desserter. Måltidene pakkes ferske og vi hjelper til å sette maten helt inn i kjøleskapet. Bestilling kan gjøres både på nett eller per telefon av enten pårørende eller senior selv.

Ønsker du som helsepersonell, eller som familiemedlem, mer informasjon om Tid™ send oss en mail eller ring oss for en hyggelig prat! Vi kommer gjerne på besøk til din arbeidsplass.



tid™

Ring oss på tlf 51 37 14 98
E-post: hei@tid.tine.no
Les mer: tid.tine.no

Sykepleien

01/2019

#Hva er egentlig sykepleie?

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens

barth.tholens@sykepleien.no

Tlf 40 85 21 79

Temareddaktør: Liv Bjørnhaug Johansen

liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no

Tlf 97 63 29 10

Design og illustrasjoner: Monica Hilsen

Forsidedesign: Sissel Vetter

Forsidefoto: Morten Bendiksen og Claire de Wangen

Grafiker: Nina E. H. Hauge

Journalister: Ann-Kristin Bloch Helmers, Eivor Hofstad, Marit Fonn, Nina Hernæs, Ingvald Bergsagel, Ellen Morland, Camilla Klungland Ousdal, Dajana Avdagic

Foto: Morten Bendiksen og Claire de Wangen, Marit Fonn

Striper: Tegnehanne/Hanne Sigbjørnsen

Desk: Ellen Morland

Korrektur/fagartikler: Eivind Solfjell, Signe Marie Flåt, Torhild Apall

Annonser: Ingunn Roald, tlf. 91 60 38 12 (stilling), Silje M. Torper tlf. 22 04 31 67 (kunngjøringer), Maud P. Kaino tlf. 97 74 21 20 (produkt).

Repro og trykk: Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato: 7. februar 2019

Kontakt: Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tlf 99 40 24 09

DEBATTMØTER: HVA ER EGENTLIG SYKEPLEIE?

MANDAG 11. MARS PÅ KULTURHUSET I OSLO KL. 18–20

Når sykepleierne overtar oppgaver fra renholdspersonalet, portører, leger, ledere, vaktmestere og helsefagarbeidere, må de knipe av tiden de skulle ha brukt på de særegne sykepleieoppgavene.

Hvordan skal sykepleiere avgrense faget? I debatten spør vi: Hvordan er det blitt sånn? Er det ikke dårlig samfunnsøkonomi å la sykepleiere vaske gulvet? Og hvordan skal sykepleiere selv komme ut av dette uføret?

Innledere:

Liv Bjørnhaug Johansen, temareaktør i Sykepleien
Ole Thomassen, sosiolog, Universitetet i Sørøst-Norge
Kari Bugge, fagsjef i Norsk Sykepleierforbund

Paneldebatt:

Eli Gunhild By, forbundsleder i NSF
Jan Inge Pettersen, HR-direktør på Ahus
Gry Knutzen, seksjonsleder i Oslo kommune
Nina Olsvold, førsteamanuensis, VID Vitenskaplige høgskole

Debattleder: Barth Tholens, redaktør i Sykepleien

Hvor: Kulturhuset, Youngsgate 6, Oslo

Arrangør: Tidsskriftet Sykepleien

Inngang: Gratis

TIRSDAG 26. MARS ISHAVSHOTELLET, TROMSØ KL. 14–17

Hva er egentlig sykepleie?

En stadig større del av sykepleierens tid går med til koordinering, dokumentering og organisatorisk arbeid foran skjermen. Forsvinner den kompetente pleien og de gode observasjonene? Er systemene en trussel mot hva sykepleiefaget bør være, eller trenger vi å tenke nytt om hva sykepleie er?

Innledere:

Liv Bjørnhaug Johansen, temareaktør i Sykepleien
Ingunn Elstad, professor i sykepleie, UiT
Maria Strandås, stipendiat, fakultet
for sykepleie og helsevitenskap
Lill Sverresdatter Larsen, førsteamanuensis
ved Institutt for helse og omsorgsfag, UiT

Debattleder: Barth Tholens, redaktør i Sykepleien

Hvor: Ishavshotellet, Fredrik Langesgt. 2, Tromsø

Arrangør: Tidsskriftet Sykepleien

Inngang: Gratis

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**™



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

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



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70

info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no

www.silentia.no



Hovudbodskap

Grunnleggjande sjukepleie er avgjerande ved alvorleg sjukdom: for overleving, tryggleik og menneskeleg kontakt. Men han har aldri gitt seg sjølv. Grunnleggjande sjukepleie krev kyndig sjukepleiepersonale døgnet rundt og er svært arbeidskrevjande og kostbar. Derfor er den under sterkt press i den globale omstruktureringa av helsetenestene.

Nøkkelord

Sjukepleie,
Grunnleggjande sjukepleie,
Kompetanse

DOI-nummer

10.4220/Sykepleiens.2018.74511

Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død

Den gode pleien har aldri gitt seg sjølv – den krev fagkunnskap.

■ Dei siste åra har det dukka opp nye diskusjonar om kva sjukepleie er. I essayet «Når sykepleie redder liv» skriv Finn Nortvedt om då han låg dødssjuk på sjukehus:

«Det var gjennom den grunnleggjande sykepleien, det kroppslige stellet, mobilisering og leiring i senga at jeg opplevde sykepleiens betydning på kropp og sjel. Det å bli berørt og tatt på i en slik situasjon av kyndige, faste og gode hender

var det som forankra og holdt meg fast til livet [...]» (1)

Han fortel om ei natt på intensiven då sjukepleiaren var kontinuerleg til stades og tilgjengeleg. Det forstyrra han ikkje; han slappa av gjennom natta:

«Et lite vink eller bevegelse fra min side så var hun der, forhørte seg, la meg til rette i nye leier og rettet på hodeputen uten at jeg behøvde å bruke unødvendig energi selv.»

Ingunn Elstad
Professor emerita,
Universitetet i Tromsø,
Noregs arktiske universitet



Dette er både ei personleg sjukehistorie og ein analyse av sjukepleie på individnivå, frå ein erfaren sjukepleiar og forskar. Det var på spesialavdeling. Men er det vanleg at alvorleg sjuke menneske får slik merksemd og kontinuitet, for eksempel på vanleg sengepost?

Ikkje nødvendigvis. Går vi frå individet til organisasjonen, finn vi i Davina Allen sin studie frå britiske sjukehus «The Invisible Work of Nurses» frå 2014 at opp mot 70 prosent av det arbeidet sjukepleiarar utfører, ikkje er pasientnært (2). Det er sikkert ikkje annleis i spesialisthelsetenesta i Noreg.

Artikkelen «Hva er sykepleie?» av Ragnhild Hellesø, Lill Sverresdatter Larsen, Aud Obstfelder og Nina Olsvold bygger på denne studien (3). På sosiologisk grunnlag tar dei til orde for ei ny forståing av faget, for ikkje å seie eit nytt sjukepleiefag, der sjukepleien til den enkelte blir mindre viktig. Forfattarane går inn for at dei organisatoriske og koordinerande funksjonane blir anerkjende som sentrale og får større plass i utdanninga.

Koordinering og logistikk

I dag går sjukepleiekompetansen inn i logistikkarbeidet i helseføretaka. Opp mot tidsfristane i pasientgjennomstrøyminga – pasienten må ut i dag, andre ventar – kan sjukepleiarane bidra til individuelle vurderingar og justeringar. Det organisatoriske er ikkje usynleg. Det dannar ein tett vev av helsepolitiske vedtak og mål frå topp til botn.

Men sjukepleien er av prinsipp usynleg, systemet er «profesjonsnøytralt». Målsetjingane dannar offentlege «føringar» for retning og omgrep i forskning og undervisning. Bacheloroppgåver i sjukepleie innleier med å referere offentlege dokument om kostnader, forløp, kortare liggetid og samhandling. Då vi var små, sa vi at ei sjukesøster er ei dame som stikk folk med sprøyter.

Eg tenkte at for å forstå sjukepleie er det ikkje nok å sjå på kva sjukepleiarar gjer. Ein må sjå på dei dei ser på, personar som treng sjukepleie fordi dei er sjuke, skrøpelege og i krise. Det spørst om det stemmer. Det kan jo hende at sjukepleiaren blir sittande med headset og sjå i skjermen størsteparten av arbeidstida, som alle oss andre.

«Sjukepleieforskning har vist utbreidde problem i grunnleggjande sjukepleie i store delar av verda.»

Argumentasjonsforma til Hellesø og medarbeidarar blir i moralfilosofien kalla ei naturalistisk feilslutning: «Fordi det er slik, bør det også vere slik.» Det er ikkje sikkert at forskyvinga bort frå pasientoppgåver er ei naturleg utvikling. Helsetenesteaksjonen meiner at det dreier seg om politiske val. Sjukepleiefaget kan kanskje ha eigne, kritiske perspektiv.

Grunnleggjande for pasienten

Sjukepleien som Nortvedt meiner reddar liv, er grunnleggjande for pasienten. Det er dette som skal til for at alvorleg sjuke skal kunne leve gjennom døgnet og frå dag til dag: å ha menneskeleg kontakt, få stelt seg, få seg mat og drikke, få hjelp med vasslating og avføring, å komme seg opp, få variasjon, få ro og eit godt leie – alt dette på ein måte som førebygger forverringar og komplikasjonar (som infeksjonar og trykksår), og som fremmar livsmot, tilfriskning og fred (4).

Det er vanskeleg å avgrense grunnleggjande sjukepleie, som ikkje berre varierer historisk, geografisk, kulturelt og mellom organisasjonane, men frå pasient til pasient og med tilstanden

og utviklinga (5). Kyndig grunnleggjande sjukepleie krev innsikt i samspelet mellom den enkelte, det nære livsmiljøet og andre menneske, og skal kunne legge til rette for den menneskelege økologien (6).

Grunnleggjande sjukepleie (alminnelig sjukepleie, generell sjukepleie) var lenge rett og slett sjukepleie, definert i lærebøker iallfall frå 1600-talet, og forklart og grunnlagt sidan Florence Nightingale (7). Mykje av denne tradisjonen er avleggs, mykje nytt er komme til, og noko gammalt får ny aktualitet, for eksempel når det gjeld hygiene, men grunntrekka i sjukepleien lar seg kjenne att.

Spesialsjukepleien bygger på den grunnleggjande, for eksempel når leiringa i operasjonssjukepleien bygger på kunnskapen om komplikasjonar ved sengeleie, eller når grunnleggjande sjukepleie blir utført under avansert behandling, slik Finn Nortvedt skriv:

«Og det var nettopp hvordan intensivsykepleierne håndterte dette i et høyteknologisk miljø, hvor fokuset også måtte holdes på avansert overvåkning og medisiner, som var avgjørende for min overlevelse [...]»

Grunnleggjande pleie av sjuke er utført til alle tider, godt og dårleg, i alle variantar, og er i prinsippet ikkje avgrensa til dei som kan behandlast, dei som er aktuelle for rehabilitering, som samarbeider eller kan kommunisere med språk.

Grunnleggjande sjukepleie kan tene alle i løpet av livet og inn i døden, på tvers av medisinske tilstandar og organisasjonar (8). Men han har aldri gitt seg sjølv. Grunnleggjande sjukepleie krev kyndig sjukepleiepersonale døgnet rundt og er svært arbeidskrevjande og kostbar. Derfor er den under sterkt press i den globale omstruktureringa av helsetenestene.

Sjukepleieskandale

Det var bakgrunnen for skandalen i det britiske samfunnet då helseføretaket Mid Staffordshire National Health Service Trust vart sett under gransking i 2009. Det begynte med varslingar og kritikk. Pasientar og pårørande kravde offentleg gransking. Det vart kjent at dødsratane var uvanleg høge (9). Mortaliteten i akuttomsorga i åra 2005–2009 var mellom 27 og 45 prosent høgare enn venta (10). Pasientar, pårørande og tilsette på alle nivå fekk uttale seg på høyringar. Dette vart samanfatta:

Pasientar vart liggjande i lange periodar med avføring i senga. Pasientar som ikkje kunne ete utan hjelp, fekk ikkje assistanse. Vatn var plassert slik at pasientane ikkje nådde det. Pasientar fekk ikkje hjelp til å komme på toalettet. Avdelingane og toaletta var skitne. Det vart ikkje tatt omsyn til privatliv og verdigheit, heller ikkje i døden. Vurdering (triage) i akuttmottak vart gjort av ufaglærte.

Mange pasientar og pårørande opplevde å bli møtt på ein avvisande måte (10). Pårørande fortalde korleis dei leita forgjeves for å finne sjukepleiepersonale som kunne gi smertelindring. Pasientar som hadde bede om bekken, vart liggjande fortvila og vente til det var for seint. Svikten var størst i sjukepleien til eldre som var uklære (9). Robert Francis konkluderte i rapporten med at det først og fremst handla om dårleg sjukepleie (9):

«Det kan verke overraskande at det overveldande fleirtalet av klagar undersøkinga avslører, ikkje handlar om medisinske forsømmingar eller feil som har ført til skade eller død – sjølv om rapporten inneheld eksempel på det også – men om alvorlege avvik frå standarden i grunnleggjande omsorg som einkvar pasient har rett til å forvente.» (9, s. 414)

Sjukepleie på liv og død

Erfaringane frå Stafford var ekstreme, men dei lærer oss at den grunnleggjande sjukepleien gjeld liv og død. Som Nightingale sa er det ikkje snakk om ein luksus ein kan unne seg når det passar, det er ikkje eit ansvar eventuelle pårørande kan ta medan fagfolka konsentrerer seg om behandlinga og logistikken.

Francis siterte Nightingale: «Det kan verke merkeleg å måtte seie det, men det første kravet til eit sjukehus er at det ikkje skal skade dei sjuke» (9, s. 395).

«Er det realistisk å vente at folk med bachelorutdanning deltar i vasking av ryggar og assistanse på toalettet?»

Føretaksleiinga vart kritisert fordi prioriteringane var drivne av målstyring, slik at tala hadde førsteprioritet, ikkje pasientane (9, 10). Avdelingar var slått saman for å redusere kostnadane.

Sjukepleiebemanninga, som frå før var kritisk låg, vart skoren ytterlegare ned, slik at ufaglærte assistentar utgjorde fleirtalet av sjukepleiepersonalet, og dei var også altfor få (9). Assistentane vart ikkje registrerte, og det var ingen krav til opplæring. Det hadde sett seg ein fryktkultur som godtok låg standard (10).

Arbeide smart

Debatten etterpå tok opp spørsmål om det var tilstrekkeleg personale, om dei hadde tilstrekkeleg sjukepleiefagleg kompetanse, og om kompetansen vart trekt ut til andre oppgaver enn sjukepleie. Peter Carter, leiar av det britiske sjukepleiarforbundet, sa at dei autoriserte sjukepleiarane var mykje opptatt med registreringsarbeid, og at dei ufaglærte i aukande grad skulle utføre «basic tasks like washing and feeding», kateterisering og mobilisering av pasientane, og plukke opp kompetansen etter kvart (11).

Det var jo ikkje spesielt for Storbritannia; det same er gjort over store delar av verda, ut frå slagord om «å arbeide smart» (12). Det vart også hevda at sjukepleien vart fragmentert fordi grunnleggjande pleie var skild ut. Når mat og drikke var sett ut til kontraktørar, kunne sjukepleiarar tenke at ernæring og væske ikkje var deira ansvar (13).

I Storbritannia, som i Noreg, har ein hatt ei gruppe sjukepleiepersonale med to års utdanning og god kompetanse, men

dei vart erstatta av ufaglærte eller nesten ufaglærte. Samtidig er det færre sengeplassar, slik at alle delar av helsetenesta har svært sjuke pasientar.

Sjukepleieforskning har vist utbreidde problem i grunnleggjande sjukepleie i store delar av verda, om ikkje i ein slik skala (14). Samanhengen mellom sjukepleiarbemanning og kvalitet og tryggleik for pasientane har vore dokumentert i store undersøkingar (15, 16).

Også på norske sjukehus rapporterte ein stor del av sjukepleiarane om ugjerne oppgaver på grunn av tidspress, som munnstell, overvaking av pasienten, hyppig skifte av leie, hudpleie, trøyst og samtale med pasienten (17).

Oppgøvehierarki?

Sjukepleieforskarane Rebecca Feo og Alison Kitson går nærare inn på den grunnleggjande sjukepleien. Dei meiner at ein av grunnane til at han blir nedprioritert, er at også sjukepleiarar oppfattar at det dreier seg om enkle oppgaver som krev lite kompetanse.

Både i utdanning og yrke ser ein for seg sjukepleieoppgåvene i eit hierarki, der ein begynner med enkle mekaniske rutinar og endar med krevjande oppgaver i behandling og logistikk øvst. Dei peiker også på at det er uklårt kven som skal utføre den grunnleggjande sjukepleien (18).

Dominerande kulturar i samfunnet kan også fremme nedvurdering av grunnleggjande sjukepleie. Det dreier seg om tungt manuelt arbeid, og er det ikkje det vi skal bort frå? Grunnleggjande sjukepleie er ikkje høgteknologisk, men lågteknologisk, altså kompetanse i å bruke enkle fleksible reiskapar som skeier og puter.

Det arbeidsomgrepet som ligg til grunn i grunnleggjande sjukepleie, er ikkje arbeid som produksjon. Det er eit mykje eldre omgrep, arbeid som teneste. Den alminnelege sjukepleien særleg i Nord-Europa er utvikla gjennom kvinnekompetanse, og uttrykker også for mange eit patriarkat som elles er avskaffa.

Observasjon av endringar

Men ingen kultur er einrådande. Ungdom går inn i sjukepleien nettopp fordi

dei vil arbeide med menneske og ikkje kan tenke seg å bli sittande framfor ein skjerm.

Utanfrå blir den grunnleggjande sjukepleien ofte oppfatta som enkel fordi han er syklisk: Det same stellet, dei same måltida opp att. Men det er ei filosofisk innsikt at forandring – og stillstand – berre kan vise seg gjennom gjentakingar (19). Som Nightingale seier må sjukepleiaren lære kunsten å observere teikn på endringar som er undervegs (6). Suzanne Burns har eit eksempel frå intensivsjukepleie:

«When a nurse bathes a patient, the process allows for: a full skin assessment, evaluation of comfort, attention to the integrity and cleanliness of wounds and dressings, perineal care, positioning and mobilisation, and attention to airway clearance techniques such coughing, deep breathing and suctioning if necessary.» (12)

«Bør vi satse meir på opplæring av dei ufaglærte? Skal robotane ta over?»

Denne kontinuerlege sjukepleieobservasjonen gjennom pleiearbeidet er nødvendig for å fange opp tidlege endringar, førebygge komplikasjonar og berge liv. Gjennom å skifte leiet hos pasienten, får sjukepleiaren litt betre tilgang til tilstanden hans og kva han treng. Det blir mogleg å vurdere huda samtidig, proaktivt, før teikn på trykksår viser seg, og sette inn tiltak straks (6).

Det krev fagkunnskap. Tidspresset kan komme til eit punkt der det effektivt hindrar merksemd og observasjon. Men grunnleggjande sjukepleie er i seg sjølv ikkje trivielt og gjentakande for sjukepleiepersonale som har lært å observere. Han kan vere så kompleks og kunnskapskrevjande som ein kan ønske.

Den nære framtida

Det er mange spørsmål. Er det realistisk å vente at folk med bachelorutdanning deltar i vasking av ryggar og assistanse på toalettet? Kven skal sørge for



Et skånsomt alternativ!



aminoJern er et lavdose jerntilskudd som er snill mot magen og samtidig gir et svært godt opptak. Man kan ta det til måltider og sammen med all type mat uten at effekten reduseres. aminoJern inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser.

aminoJern er tilgjengelig hos Vitus/Ditt Apotek, i helsekostbutikker og på supervital.no.

Les mer på aminojern.no

For prøver, brosjyrer og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 76.



Dokumentert effektiv og skånsom!

kompetansen i pasientnært arbeid? Har vi nok helsefagarbeidarar, blir dei verande i yrket, og er utdanninga deira i tilstrekkeleg grad innretta på grunnleggjande sjukepleie? Bør hjelpepleiarane innførast på nytt? Bør vi satse meir på opplæring av dei ufaglærte? Skal robotane ta over?

Eldreomsorga i det rike Noreg må te seg som ein ideell marknad for «velferdsteknologi». Kommunar investerer

i kostbar høgteknologi for å spare menneskelege ressursar – det blir kalla «gevinstrealisering».

Som Kari Martinsen peikar på, har robotane ikkje skjøn (20). Dei kan heller ikkje observere. Men det viktigaste er at dei ikkje kan erstatte hendene som held oss fast til livet, som Nortvedt seier. Den grunnleggjande pleien gir menneskeleg kontakt, ei opning til omverda, nokre gongar den einaste. ■

Les mer:



Her finner du Finn Nortvedts essay:
Når sykepleie redder liv



Her finner du fagartikkelen av Hellesø, Larsen, Obstfelder og Olsvold:
Hva er sykepleie?

Referansar

- Nortvedt F. Når sykepleie redder liv. *Sykepleien*. 2014;12:44–9. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/fag/2014/10/nar-sykepleie-redder-liv> (nedlasta 18.12.2018).
- Allen D. *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and health care*. London: Routledge; 2014.
- Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Osvold N. Hva er sykepleie? *Sykepleien*. 2016;103(8):64–6. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.58491.
- Forskergruppen Liv og livsmot, Universitetet i Tromsø. Tilgjengeleg frå: https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=446192 (nedlasta 17.12.2018).
- Englebright J, Aldrich K, Taylor CR. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):50–7.
- Elstad I. *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- Nightingale F. *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. London: Dover; 1969.
- Van Achtenberg T. Call for papers: Examination of basic nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013;45(1):3–4.
- Francis R, The House of Commons. *The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009*. London: The Stationery Office; 2010. Tilgjengeleg frå: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279109/0375_i.pdf (nedlasta 17.12.2018).
- Francis R, The House of Commons. *The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Independent inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust*. Executive summary. London: The Stationery Office; 2013. Tilgjengeleg frå: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf (nedlasta 17.12.2018).
- Peter Carter, RCN, til BBC News. 22.09.2011.
- Burns SM. A return to the basics: 'Interventional Patient Hygiene'. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29(5):247–9.
- Shakespeare J. Fragmentation of basic and nursing care may be to blame for unsafe wards. *British Medical Journal*. 2013;346. Tilgjengeleg frå: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1949> (nedlasta 17.12.2018).
- Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patient's perspective, staff's documentation and reflection on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2000;14(2):120–9.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. RN4CAST Consortium (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:143–53.
- Zhu X, You L, Zheng J, Liu K, Fang J, Hou S, et al. Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: A multisite study in Chinese hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(3):266–73.
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN-4CAST study. *British Medical Journal*. 2014;23(2):126–35.
- Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;57:1–11.
- Gadamer HG. *Truth and method*. London: Continuum; 2004.
- Martinsen K. Fra diakonisse til robot. *Klinisk Sykepleie*. 2017;31(1):20–33.

Sedix®

Demper mild uro - letter innsøvning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnvansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsøvningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsøvning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsøvning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsøvning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning. Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni*. Tidsskrift for Norsk Legeforening 2009;129:1766-8.

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

1. del

Invasive prosedyrer, hårrulling
søppeltømming og terapeutiske samtaler –

Hva **gjør** sykepleiere **egentlig?**

” I tillegg til vasking av do, gulv, håndtak, kjøkken, medisinsrom, fellesarealer, kontorer så er vi også vaktmestere. Fikser det meste som går i stykker. Er det avføringsgris oppetter vegga, en tett vask, en savnet mobillader eller pasienten mangler klær, så ordner vi det.

Svar fra sykepleier i eldreomsorgen
i undersøkelsen om hva sykepleiere bruker tiden sin på.

– Jeg teller ikke minutter

Sykepleier Anne Ragnhild Kråkeland Olsen rakk ni pasienter, en pleieplan og en bestilling hos ergoterapeuten før lunsj.

EN VAKT: Anne Ragnhild Kråkeland Olsen lot Sykepleien følge henne på en helt vanlig dag.



07.22

07.25

Oslo

07.45

07.50

08.00



Kristiansand

Det er åtte plussgrader og duskregn denne tirsdagsmorgenen på Vige i Kristiansand.

Sykepleier Anne Ragnhild Kråkeland Olsen er lys i stemmen og lett i steget der hun runder hjørnet på vei inn i det store gule bygget som rommer sone Kongsgård.

Klokka er 07.22, og Olsen rekker akkurat å trekke pusten dypt før hun åpner døra og går løs på stille rapport og en ny dag i hjemmetjenesten.

Kopling

Kl. 07.25: Stille rapport betyr ikke at det er helt stille i rommet.

Korte beskjeder og spørsmål kastes frem og tilbake. Dosetten som skulle til kreftpasienten i går, hva skjedde med den?

En sykepleier kommer inn med en stor skrivebok under armen, rapport glir over i arbeidsfordeling.

Mellom kaffekopper, en halvfull bleiepakke, den store boka, gule lapper, nettbrett, mobiltelefoner og små notisbøker står en rosa kurv med ferdigpakkede piller.

Kurven tømmes etter hvert som pasient og pleier koples.

Hull i setet

En mann kommer inn.

– 58, sier han.

Det er et spørsmål.

– Hva med 58?

Han trenger nøkler. 58 må ha nytt fører sete. Ja, husker en. Det ser ut som om noen har spist fra det setet. Det har et stort hull.

Mannen får nøkler og et par spørsmål om noen av de andre bilene før han går.

Nå er temaet bil brakt på banen. Det var dette med bensinkortene. Alle må levere inn bensinkortene ved vaktens slutt, systemet fungerer ikke helt, leiebilene skaper kluss. En av hjelpepleierne har tatt ansvar og skal få oversikt over hvilke kort og biler som hører sammen.

Gikk fort i går

Møtet sporer tilbake til pasientfordelingen. Olsen ser over navnene på nettbrettet. Fisker et par poser opp fra den rosa kurven, slipper dem opp i den blå, som hun har i fanget. Sier til de andre at hun ikke rakk tilbake til pausen i går, var ikke inne før kvart på fire.

Det blir kommentert at det gikk fort i går, og det nikkes rundt bordet. I dag skal liste 1 og 8 gå sammen, det er bra.

Nytt navn havner på Olsens liste. Pasienten er ung, har barn, det er første møte med hjemmesykepleien. Hun kikker opp på veggen. Klokka er 07.45. Listen med navn blir stadig lengre.

Det er mange beskjeder. Husk bånd til alarmer. Telefonkort til pasienten. Det er sår på en legg, husk at han skal til fastlegen. Det var tomt for bind i går.

Hvor skal kassettopplæring føres?

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen spør når hun får opplæring på smertepumpen. Hun har vakt kommende helg og må ha opplæring på kasset som skal skiftes. Kassetten på pumpen skiftes annenhver dag, i dag, torsdag og lørdag. Hun er ikke på

HUMØR: Anne Ragnhild Kråkeland Olsen liker å være sykepleier i sone Kongsgård i Kristiansand.



BARE SE: Det kan være fristende å hjelpe til, men denne pasienten skal ordne seg selv.

08.11

jobb på torsdag, men på lørdag. Altså må opplæring skje i dag.

Det utløser flere spørsmål. Hvordan få det inn på listen? Hvor i datasystemet skal det inn? I oppgavelinja? I intervall 1 eller 2? Som pleieoppdrag eller kassettoppdrag?

Klokka er nå 07.50, og de har kommet til han som ikke spiser. Hvordan går det med ham? De smører brødsriver til ham, som han strengt tatt hadde klart å smøre selv. På den annen side, hvis de ikke lager mat til ham, spiser han i alle fall ikke. Og det er også andre ting de tar en vurdering på når de er der. Han blir på listen.

Papir i morgen

Olsen har et par minutter på å se over hva som skjuler seg bak navnene. De fleste kjenner hun fra før, men hun må likevel finne ut av dagen, lage en kjøreplan som forhåpentligvis holder. Siste beskjed før hun går: I morgen er datasystemet nede, da må de bruke papir og deretter føre inn i systemet når det er oppe igjen.

08.00, med favnen full av nøkler, blå kurv og nettbrett, rasker hun med en ny rull skotrekke fra lageret og går mot bilen.

Åpne gardiner

Kl. 08.11: Dagens første pasient åpner døra, tar imot medisinen. De veksler noen ord. Han kommer med en morsom kommentar. Latteren til Anne Ragnhild Kråkeland Olsen triller nedover trappegangen. Idet hun går, ser hun at gardinene er åpne. Bra tegn, konstaterer hun.

Noterer kjapt med en finger på nettbrettet inne i bilen.

Men han forsvinner ikke helt fra hodet, og mens hun kjører småveiene inn mot et boligfelt sier hun at han skulle kommet seg mer ut.

Andre pasient, medisindeling. Hun ser på mens damen

svelger tablettene ned. Lytter oppmerksomt mens hun målrettet navigerer seg mot utgangsdøra. Kjapt inn og kjapt ut.

Sykepleie med hendene på ryggen

Tredje pasient, insulin. Eldre dame som har målt blodsukker selv i mange år. Nå har hun begynt å ta insulin med penn og skal ha opplæring.

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen setter seg ved siden av, og kommenterer mens damen gjør det selv. Måler blodsukker, vrir til det er riktig antall enheter på pennen, dobbeltsjekker, reiser seg opp og finner stikksted.

«Jeg noterer fortløpende, så jeg ikke glemmer det.»

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen, sykepleier

Etterpå er det litt problemer med den lille boksen som skal klippe av nålespissen etter bruk. På automatikk er Olsen frempå for å hjelpe til. Hun tar seg i det.

Det er ikke så lett å drive sykepleie med hendene på ryggen, ler hun.

Men det er det Olsen skal gjøre her.

– Målet er at du skal klare dette selv. Og det ser jeg jo egentlig at du gjør, sier hun til pasienten.

Nøkler gjennom bilvindu

Kl. 09.00: Et kjapt blikk på nettbrettet. Tid for å rense sår etter analfistel.



HJELPER: Olsen tar en ekstra pasient for kollegaen.



09.00

– Dette var bra, sier hun fornøyd når hun setter seg inn i bilen igjen.

– Såret væsket mindre i dag. Pasienten har planer om å dra på jobb igjen om ikke så lenge, sier hun.

Hun trekker på seg bilbeltet, logger seg kjapt inn på nettbrettet og skriver noen setninger.

– Jeg noterer fortløpende, så jeg ikke glemmer det, sier hun.

Olsen scroller seg nedover pasientlista på nettbrettet. Hun ser på klokka. Scroller litt mer. Så tar hun mobilen og ringer opp en av kollegene:

– Skal jeg ta noen for deg, spør hun.

Innen et minutt har gått, er hun på vei til et avtalt møte-sted.

«Ta den tiden du trenger, du har god tid.»

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen, sykepleier

– Hun har demensliste i dag, hun har veldig mange.

Kollegaen kommer rett etterpå.

Nøkler utleveres gjennom bilvinduene, og Anne Ragnhild Kråkeland Olsen er på vei til ekstrapasienten.

Ta den tiden du trenger

Kl. 09.30: Ekstrapasienten er en eldre dame som åpner døra i slåbrok. Hun blir om kort tid hentet til eldresenteret, men har fremdeles ikke spist eller kledd seg, og må også ta medisin først.

Olsen kikker inn i kjøleskapet mens hun småprater, smører

en brødskive med brunost, setter et glass Farris ved siden av og rekker damen tablettene.

Med litt møyne går tablettene ned.

– Skal jeg hjelpe deg å finne klær, spør Olsen.

Damen sier nei, jo, tja.

De ser på klokka.

Olsen sier jo, jeg hjelper deg med å finne rene klær, så du rekker å være klar til du blir hentet.

Telefonen ringer, det er mer logistikk for dagen som må på plass, og mens hun går ut i gangen og snakker, reiser damen seg fra bordet og går inn på soverommet, og deretter på badet. Anne Ragnhild Kråkeland Olsen avslutter samtalen, går inn på soverommet og finner frem rene klær, banker forsiktig på badedøra, ser at damen er på toalettet, lukker døren og venter tålmodig utenfor.

– Ta den tiden du trenger, du har god tid, beroliger hun.

Etter noen minutter banker hun forsiktig på igjen og kikker inn. Hun lukker seg inn, snakker lavt og rolig, og kommer ut igjen etter kort tid.

De har blitt enige om at damen klarer å kle seg selv og har tid nok før hun blir hentet.

Olsen småløper ut mot bilen.

Den påsmurte brødskiven med brunost ligger urørt på kjøkkenbordet. Det kan hende det blir tid til å spise den.

Mobil

Hun taster seg frem til neste adresse, setter bilen i gir og kjører akkurat så fort hun har lov til for å rekke frem til neste avtale, mens telefonen ringer – igjen. Hun har ikke tid til å stoppe for å snakke dersom hun skal rekke neste avtale, og handsfree-en i bilen får hun ikke koplet opp til jobbmobilten.



RING-RING: Det blir mange telefonsamtaler i løpet av en vakt.

PÅSMURT: ... betyr ikke spist.



09.30

10.15

Hun har sagt fra om dette, og har blitt bedt om å kjøre inn til siden og stoppe for å ta telefonsamtaler.

– Jeg har ikke tid til å stoppe og snakke mellom pasientene.

Et sjeldent syndrom

Kl. 10.15: Neste pasient er helt ny. Hun rekker så vidt å se på papirene de to skal gå gjennom for å avtale hva hun vil trenge av hjelp. Pasienten har et sjeldent syndrom som blant annet innebærer sterke anfall med kramper. Hun har barn.

– Jeg har ikke hørt om dette syndromet tidligere, så dette blir

«Vi kommer inn i hjemmet og hverdagen deres.»

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen, sykepleier

helt nytt. Og når det er barn inne i bildet, er det greit å nærme seg familien på en positiv og mest mulig skånsom måte. Vi kommer inn i hjemmet og hverdagen deres, sier hun.

Detaljer

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen bruker en time inne hos kvinnen.

Det er mange og viktige detaljer, viser det seg.

De går gjennom forskjellige scenarioer, kvinnen forklarer tydelig og konkret hva som skjer før, under og etter et anfall, om medisinene, forskjellen på anfallene og om sykdomsutviklingen. Olsen noterer, stiller oppfølgingsspørsmål. Det kommer frem at kvinnen venter på et opptreningshjelpemiddel.

Hun får det ikke før etter nyttår.

Ut fra det hun forklarer, framstår det som helt nødvendig å få dette treningsapparatet raskt. Det er intet mindre enn gangfunksjonen som står på spill.

Olsen tilbyr seg å kontakte ergoterapeut for å høre om hun kan få hjelpemiddelet raskere.

Skjemaene om hvilken hjelp hun skal ha fremover fyller de ut til slutt. Det tar bare noen minutter, når de først har snakket seg gjennom det andre.

Enkelte skjebner

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen blir sittende et par sekunder og se fremfor seg i bilen.

– Enkelte skjebner ... de gjør inntrykk, sier hun.

Men det er ingen tid til å dvele. Hun er etter skjema for å rekke neste pasient. Telefonen ringer. Og ringer. Olsen svarer. Og ringer videre for å gi beskjeder, be andre gi beskjeder, kvittere for at beskjed er mottatt.

Medisinutdeling og mulig dusj står det på dette oppdraget. Når dusjet hun sist? Det kan se ut som om det er flere uker siden.

– Kan det stemme? Nei, det vet jeg jammen ikke. Det var lenge, sier hun.

Ti minutter senere er hun tilbake i bilen. Medisinen er gitt. Det ble ingen dusj.

– Hun var bestemt. Hun skulle ikke dusje, sier Anne Ragnhild Kråkeland Olsen.

På kontoret

Kl. 11.40: Hun svinger inn på parkeringsplassen utenfor basekontoret. Det ble ni pasienter før lunsj. Hun snapper med seg bensin-kortet og nettbrettet og haster inn.



PAUSE: Kjapp rapport og fordeling av resten av dagen.

OPPLÆRING: Skifte av kassett til smertepumpe er neste post på programmet.



11.40

12.13

12.23

12.30

12.42

«Tidlig tilbake», kommenterer noen idet hun åpner døra. Olsen hører det bare så vidt, der hun styrer rett mot pc-en som står i et hjørne en halv etasje ned, logger seg inn, og starter med å opprette en pleieplan for den nye pasienten, og sende en søknad på hjelpemiddelet hun trenger så raskt som mulig.

Når hun endelig dumper ned i sittegruppen for å få en pause, er klokken 12.13. Olsen blir sittende og lytte til beskjeder før hun pakker ut brødiskivene. Kjapp rapport og fordeling av resten av dagen i gang. 12.23 er begge brødiskivene spist og hun krøller sammen papiret.

– *Rekker du å gå på do?*

– Nei, det er ikke alltid, svarer hun.

Telefonen ringer

Klokken 12.30 haster hun mot bilen igjen. Idet hun vrir om nøkkelen, ringer telefonen.

Alarmen har gått hos en bruker. Hun har bare tiden og veien for å rekke å møte kollega og sykepleier Sylvia Lind for opplæring på smertepumpe hos en pasient. Men hun må ta seg av dette først.

Hun ringer kontoret og spør om noen kan sjekke opp. Litt mer forsinket nå. Telefonen ringer igjen, og hun må svare:

Alarm avblåst. Brukeren har det bra.

Klokken 12.42 ringer telefonen igjen. Olsen svarer blidt, med blikket stivt festet på veien.

Opplæring

En kvinne nynner på kjøkkenet. Duftlys blafrer i stua. Det er rolig og varmt i huset.

Inne på et av rommene, det som tidligere var kontoret, har de

flyttet senga til mannen. Han har akkurat lagt seg under dyna. Han og kona har vært på sykehuset tidligere på dagen, på et sted de etter hvert kjenner godt: Palliativ avdeling.

Formen er ikke god i dag, men nå er han hjemme. Han kan hvile. På rommet er det bøker, bilder og barnetegninger på veggene. Senga er plassert så han kan se ut av vinduet.

Men han ser ikke ut vinduet nå. Han ligger stille med tidvis

«Hun var bestemt. Hun skulle ikke dusje.»

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen, sykepleier

lukkede øyne. Anne Ragnhild Kråkeland Olsen og kollega Sylvia Lind står ved siden av sengen og snakker seg imellom. De følger instruksene som står i permen. Trinn for trinn trykker de seg gjennom smertepumpa som er koplet til epiduralkateteret.

Det er mange punkter, og Olsen har ikke skiftet kassett på denne pumpa før. På lørdagens vakt må kassetten skiftes. Da blir hun eksperten.

Konsentrert flytter de seg ut til stuebordet for å ha plass til å legge de forskjellige delene utover, og setter i gang med den sterile delen av prosedyren.

Den gule dingsen

De går inn på kontoret igjen, og Olsen kopler pumpen på og gjør innstillingene slik de skal være.



FØRSTE FORSØK: Anne Ragnhild Kråkeland Olsen klarer kassettskiftet på første forsøk. Sykepleier Sylvia Lind veileder.

14.47

15.00

– Pass godt på så du ikke drar ut den gule dingsen der, sier Sylvia Lind og peker på slangen.

– Det er ikke helt krise om du gjør det, det er mulig å få ordnet det, men det er veldig omstendelig, og jeg er ikke helt sikker på hvordan det skal gjøres, så i tilfelle må jeg ringe på sykehuset og spørre, sier Lind.

Olsen er så forsiktig hun kan, og den gule dingsen sitter som den skal når hun er ferdig med påkoplingen.

De rekker akkurat å gå gjennom hele prosedyren – én gang. Så er opplæringen over. De må videre begge to.

En kortere samtale

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen skulle etter den alle første dagsplanen vært i gang med en times psykososial samtale med en pasient nå. Det blir det ikke tid til i dag. Det har hun skjønt for flere timer og innkomne mobilsamtaler siden, så pasienten er allerede informert. Noen minutter over den ny-avtalte tiden er hun på vei inn til det som nå har gått fra en time til en halv times samtale.

På slaget halv tre er hun ute derfra, svinger innom søppel-skuret, kipper et stykke pent brettet kartong opp i en container.

– Man tar jo med seg søpla på vei ut, ler hun.

Hun skriver et raskt notat fra samtalen, setter bilen i gir.

Tilbake på parkeringsplassen utenfor sone Kongshaug noterer hun antall kilometer hun har kjørt i kjøreboka som ligger i bilen, omtrent fire mil, tar den blå kurven under armen og småløper inn, slik hun har småløpt inn og ut dører de siste timene.

I øyeblikket

Hun kommer inn akkurat litt over kvart på tre. Mann og barn venter tålmodig i bilen på plassen utenfor. De skal rekke en konferansetime på skolen.

Hun vinker raskt mot bilen for å vise at hun er på vei.

Det har gått i ett. Klarer hun å legge stelt analfistel, en smurt, men uspist brødslike med brunost, et potensielt livstruende og svært sjeldent syndrom, den konsentrerte opplæringen over en mann i livets siste fase (pass på den gule dingsen!), bak seg? Sammen med de om lag 15 innkomne telefonsamtalene.

«Man tar jo med seg søpla på vei ut.»

Anne Ragnhild Kråkeland Olsen, sykepleier

Og hva med han som har trukket fra gardinene og skulle kommet seg litt mer ut?

Klarer hun å kople av nå?

– Ja, det må jeg. Jeg elsker jobben min og prøver alltid å være til stede i øyeblikket. Jeg gjør det jeg skal gjøre og teller ikke minutter, sier Anne Ragnhild Kråkevik Olsen.

– Jeg tenker ikke på at jeg skulle vært et annet sted når jeg er inne hos en pasient. Hadde jeg gjort det, hadde jeg jo blitt gæren. Da hadde jeg blitt skikkelig stresset, sier hun. ■



6 av 10

sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre

Renhold og kjøkkenarbeid stjeler tid i en hektisk arbeids- hverdag, mens sentrale sykepleieroppgaver må vente, viser en ny undersøkelse.

Tekst **Ingvald Bergsagel**

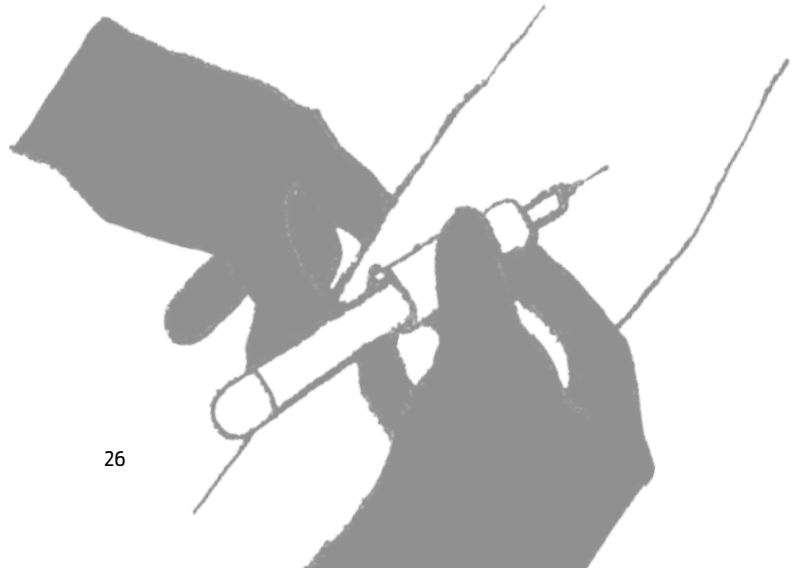
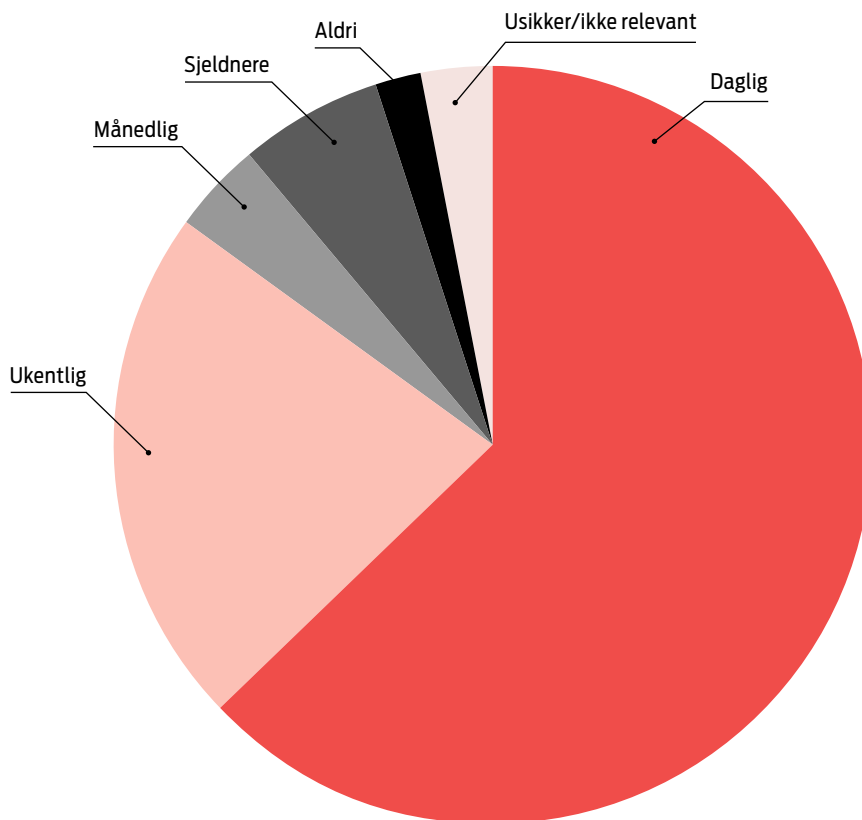


DIAGRAM 1:**Hvor ofte opplever du i jobbsammenheng at du utfører oppgaver du ikke vil definere som sykepleieroppgaver? n=1929**

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)



Det er et stort sprik mellom hva sykepleiere mener de burde bruke tiden sin på, og hva de faktisk gjør, ifølge en ny undersøkelse Sykepleien har gjennomført blant medlemmer i Norsk Sykepleierforbund.

(Se diagram 1.)

85 prosent av sykepleierne oppgir at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver de ikke vil definere som sykepleieroppgaver. 62 prosent svarer at dette er noe de opplever daglig. Kun 1,6 prosent mener at de aldri utfører slike oppgaver.

Opgavene som stjeler mest tid, er ifølge undersøkelsen

knyttet til renhold, mat og måltider, mens sykepleierne mener det blir altfor lite tid til kvalitets- og kompetanseutvikling.

9 av 10 gjør andres oppgaver

Gruppen som i aller størst grad mener de gjør andres jobb, er sykepleiere ansatt i hjemmetjenesten.

Av disse oppgir over 90 prosent at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver andre burde gjort, mens for ansatte på sykehus er det 84 prosent som svarer det samme. Tallet for ansatte på sykehjem er 88 prosent.

Det er primært helsefagarbeidere, renholdspersonell og

DIAGRAM 2:

Hvor ofte opplever du at du utfører oppgaver som følgende grupper heller burde gjort? (Eventuelt hvem «burde» gjort det i stedet.) n=1834

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)

Helsefagarbeidere	75 %
Renholdspersonell	69 %
Kjøkkenpersonell	66 %
Pasienten/brukeren selv	59 %
Administrativt personell	51 %
Leger	48 %
Pårørende	42 %
Fysioterapeut/ergoterapeut/logoped	41 %
Portører	31 %
Leder	30 %
Sikkerhetspersonell	16 %
Andre	17 %

Diagrammet viser prosentandel av sykepleiere som oppgir at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver de mener følgende grupper heller burde gjort.

” Sykehuset skal spare enda mer penger og kutter ressursene til for eksempel helsefagarbeidere, renhold og kjøkkenpersonale. Da ender det med at sykepleierne løper med matbrett og skrubber doringer på bekostning av både stell og medisinsk behandling, fordi disse tingene akkurat der og da haster enda mer.

Sykepleier ansatt på sykehus

kjøkkenpersonell som sykepleiere mener de overtar oppgavene til.

75 prosent oppgir at de ukentlig eller oftere utfører

Om undersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 10 012 tilfeldige medlemmer av Norsk Sykepleierforbund og gjennomført i perioden 12. september til 5. november 2018.

Det ble sent ut én påminnelse, og totalt var det 3412 personer som valgte å besvare hele eller deler av undersøkelsen.

I hovedtallene som presenteres i denne saken, har vi kun inkludert de rundt 2000 deltakere som oppgir at de jobber som sykepleiere. Tallene omfatter med andre ord ikke spesialsykepleiere, ledere, studenter eller pensjonister, dersom ikke annet er oppgitt.

helsefagarbeideres oppgaver, mens tilsvarende tall for oppgavene til og renholds- og kjøkkenpersonell er 69 og 66 prosent.

48 prosent oppgir at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver de mener leger burde gjort.

(Se også diagram 2 over.)

Ideal vs. realitet

I undersøkelsen har vi også forsøkt å kartlegge hva sykepleierne faktisk gjør i løpet av en typisk arbeidsuke. Totalt har vi forhørt oss om 82 oppgaver innen ulike kategorier.

Oppgavene som her scoret aller høyest, var «Administrering av medikamenter etter forordning» og «Journalføring og dokumentasjon (begge 95,9 prosent), «Håndtere søppel» (91,7 prosent), «Ta innkomne telefoner til avdelingen» (91,5 prosent) og «Observasjon og kartlegging av symptomer og sykdomsprogresjon» (89,6 prosent).

(Se også diagram 3 på neste side.)

” Noen ganger får jeg følelsen av at det ingen andre kan eller vil, det er sykepleierens oppgave.
Sykepleier ansatt på sykehus

DIAGRAM 3:

Oppgaver som minst 50 prosent av norske sykepleiere oppgir at de utfører i løpet av en normal arbeidsuke. n=1762

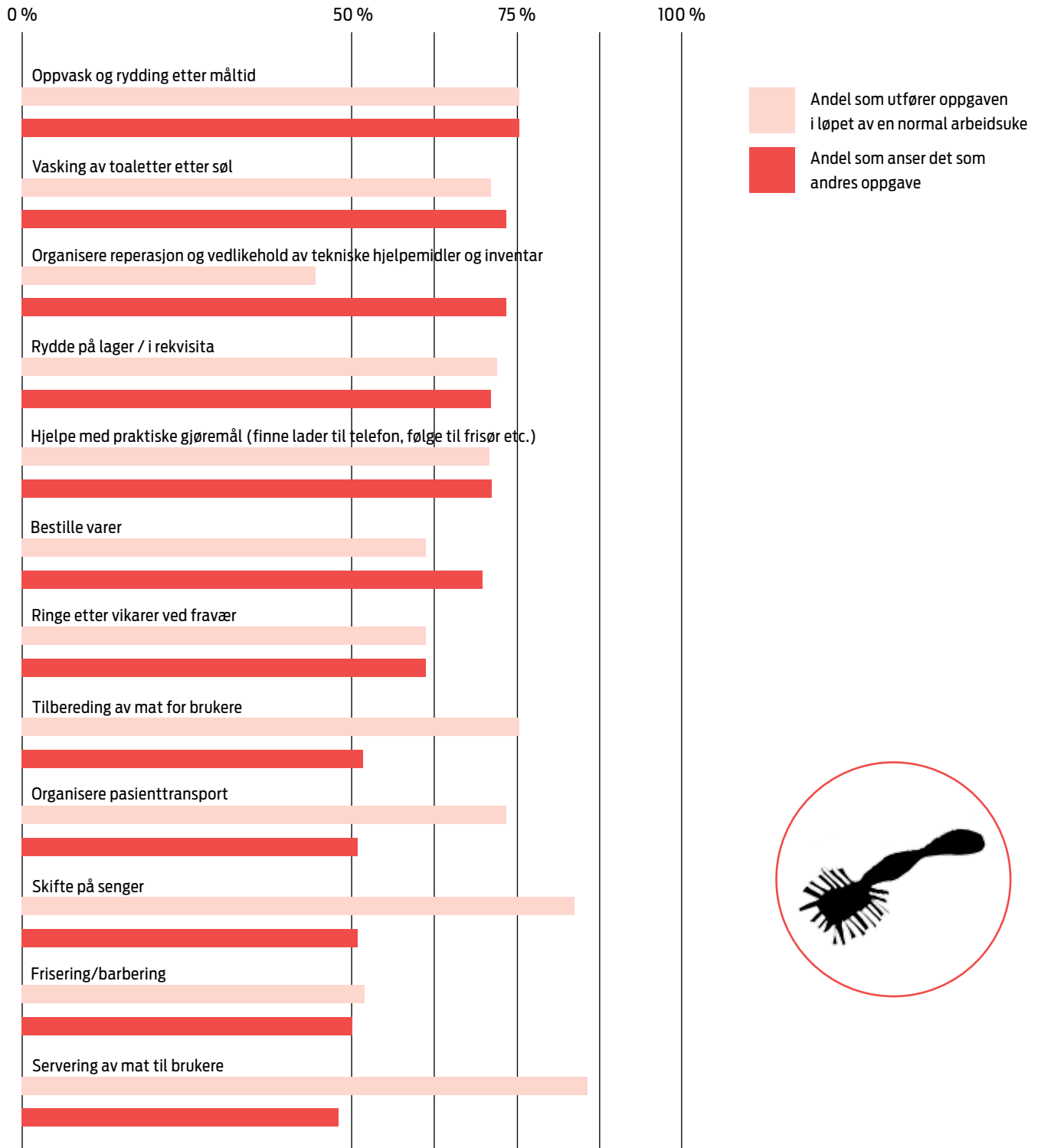
(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)



DIAGRAM 4:

Oppgaver mange sykepleiere utfører selv om de anser det for primært å være andres ansvar. n=1660

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)



” Opplever på sykehjemmet jeg jobber på at det er nokså flat struktur mellom hva som er assistentarbeid, fagarbeideroppgaver og sykepleieroppgaver. Ganske ofte skjer det at sykepleier står og vasker opp, mens assistent er på vaktrommet, eller er i pasientnært arbeid.

Sykepleier ansatt på sykehjem

” Alle de andre kan si: «Dette er ikke min jobb.» Men en sykepleier kan aldri si det, uansett hva det er.

Sykepleier ansatt på sykehus

Når vi siden har spurt om hva deltakerne ser på som klare sykepleieroppgaver og hva som er andres eller delt ansvar, ser vi at det er til dels store avvik mellom ideal og virkelighet.

Tre av fire at de ukentlig vasker opp og rydder etter måltider, samtidig som en like stor andel mener dette primært er andres oppgave.

Drøyt 70 prosent av sykepleierne mener andre bør vaske toaletter etter søl, mens 67 prosent oppgjør at de likevel utfører slike oppgaver i løpet av en normal arbeidsuke.

(Se også diagram 4 til venstre.)

Delte meninger

Undersøkelsen avdekker også til dels delte meninger blant sykepleierne om hva som primært er deres ansvar.

Drøyt 40 prosent mener for eksempel at rekvirering av laboratorieundersøkelser primært er en sykepleieroppgave, mens rundt 27 prosent svarer at dette primært er andres oppgave.

53 prosent mener det primært er en sykepleieroppgave å ta blodprøver, mens 23 prosent mener andre heller bør ta seg av dette.

Også når det gjelder ansvaret for spesialiserte prosedyrer, som blodgass, spinalpunksjon, intubering med mer, er meningen delte.

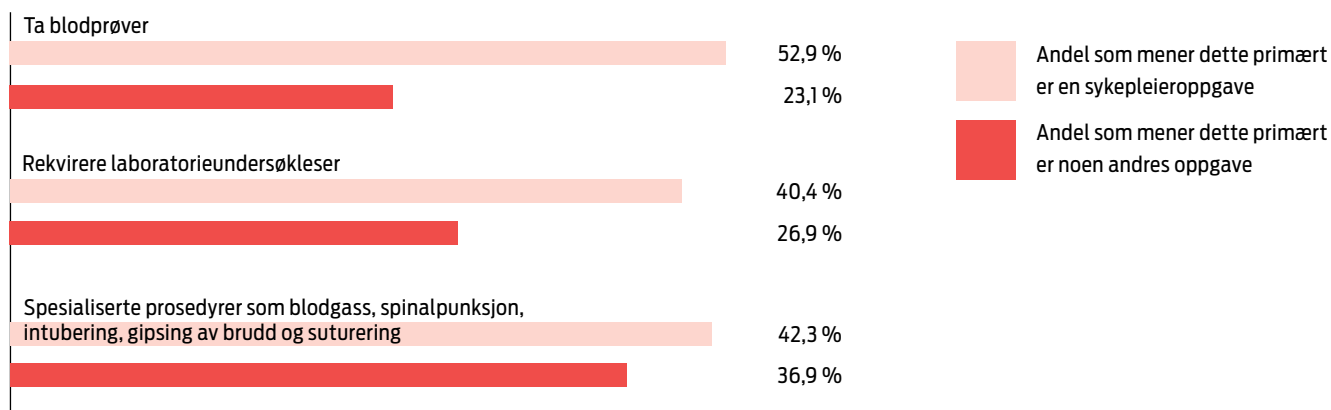
42 prosent mener slikt primært er sykepleieres oppgaver, mens 37 prosent svarer at det primært er andres oppgave. I underkant av 18 prosent mener at ansvaret varierer eller er delt.

(Se også diagram 5 under.)

DIAGRAM 5:

Hvilke oppgaver mener du er klare sykepleieroppgaver, og hvilke mener du andre bør utføre? n=1660

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)



Dette sier sykepleiere i undersøkelsen

” Utenom sykepleie er vi frisører, vaskere, kokker og servitører. Vi er renholdere og søppeltømmere. Vi er psykologer og ledere, og noen ganger må vi også være leger.

Sykepleier ansatt på sykehjem

” Man har mange viktige oppgaver man må prioritere først, men blir aldri ferdig fordi en blir pålagt å lage mat, vaske og rydde. Masse unødvendige oppgaver. Satte man disse oppgavene til andre yrkesgrupper, hadde det ikke vært noen krise med sykepleiermangel.

Sykepleier ansatt på sykehjem

” Sier jeg nei til å vaske gulv, blir jeg oppfattet som vanskelig.

Sykepleier ansatt på sykehus



Lite tid til utvikling

Enkelte typer oppgaver stjeler mer tid enn andre. De oppgavene flest sykepleiere oppgir at de bruker for mye tid på er renhold (70 prosent), mat og måltider for brukere (58 prosent) og vedlikeholdsoppgaver på avdelingen (53 prosent).

46 prosent synes administrative oppgaver tar for mye av deres tid.

Det flest synes de bruker for liten tid til er kompetanseutvikling (73 prosent), kvalitetsutvikling (63 prosent) og tverrfaglig samarbeid (38 prosent).

De oppgavene flest sykepleiere oppgir å bruke passe tid på, er medikamenthåndtering (67 prosent), pasientnære observasjoner og tiltak (63 prosent) og prosedyrer knyttet til medisinsk behandling (60 prosent).

(Se også diagram 6.)

Aldersforskjeller

Yngre sykepleiere opplever noe oftere at de utfører

arbeidsoppgaver de ikke vil definere som sykepleieoppgaver.

Mens 67 prosent av sykepleierne under 30 år oppgir at de utfører slike oppgaver daglig, er det tilsvarende tallet for sykepleiere over 60 år kun 44 prosent.

Årsaken til denne differansen kan både være at yngre sykepleiere utfører andre oppgaver, men også at de har en annen oppfatning av hva som bør defineres som sykepleieoppgaver.

For eksempel mener 65,9 prosent i aldersgruppen 26 til 30 år at tilberedning av mat til brukere primært er andres ansvar, mens kun 40,8 prosent av sykepleiere over 60 år deler denne oppfatningen.

1 av 4 sykepleiere under 26 år mener det å sitte hos urolige pasienter primært er andres oppgave, mens rundt 1 av 30 over 56 år mener det samme.

Fritatt for kjøkkentjeneste?

Resultatene indikerer at spesialisering kan være en måte å utdanne seg vekk fra visse oppgaver.

63 prosent av sykepleierne oppgir at de daglig utfører

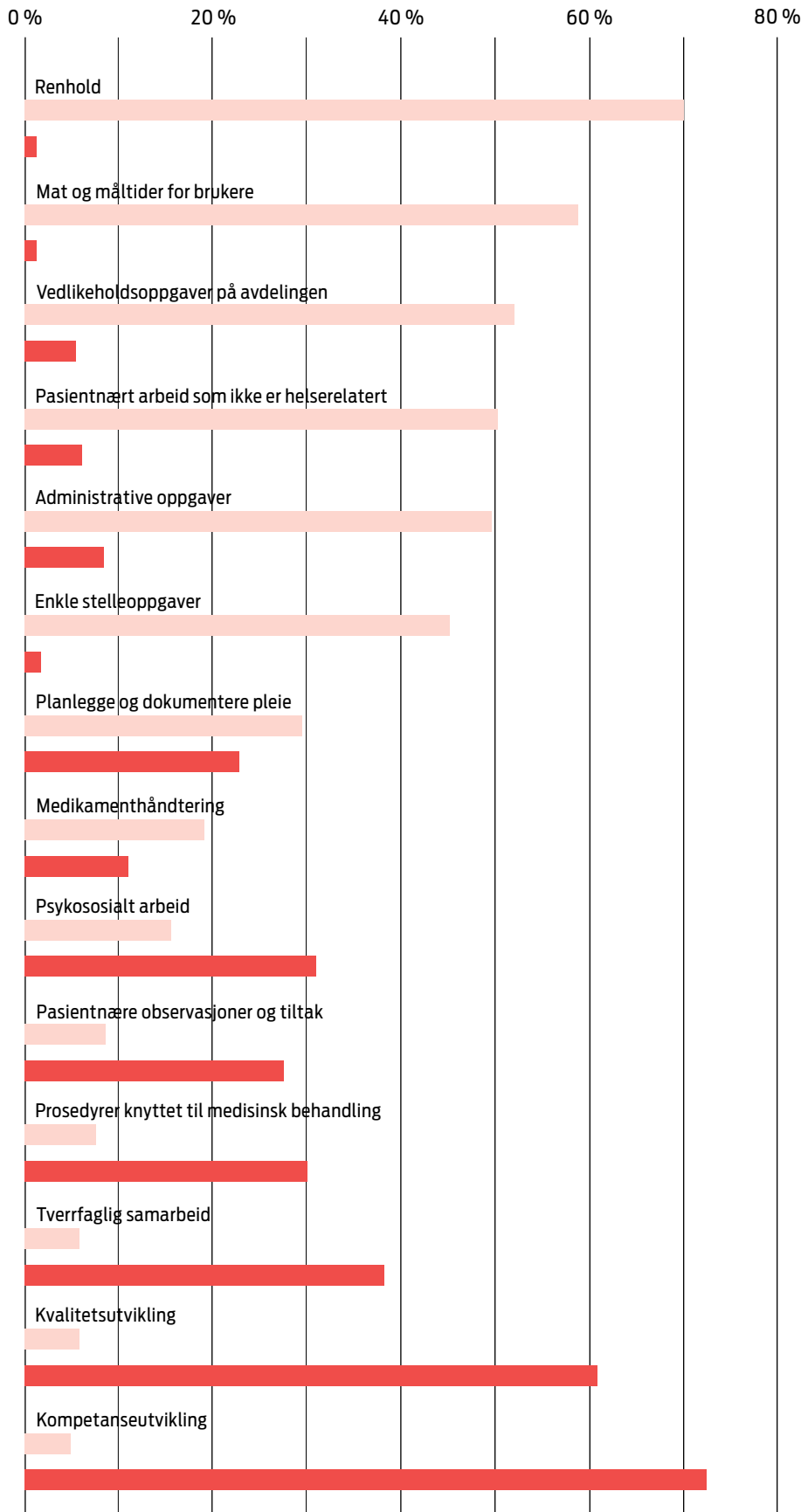


DIAGRAM 6:

Hvor mye av din arbeidstid synes du at du bruker på følgende oppgaver? n=1660

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)



DIAGRAM 7:

Andel sykepleiere/spesialsykepleiere som oppgir at de daglig utfører oppgaver de ikke vil definere som sykepleieroppgaver. n=3246

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)

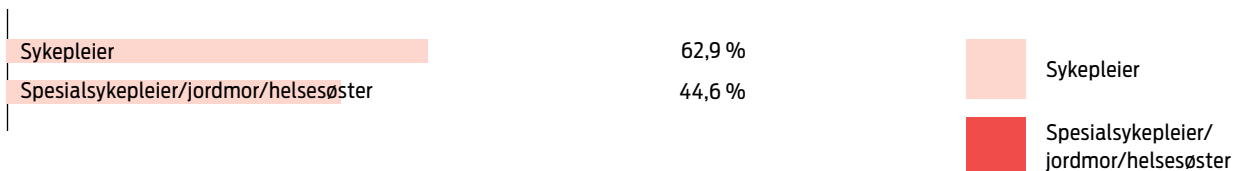
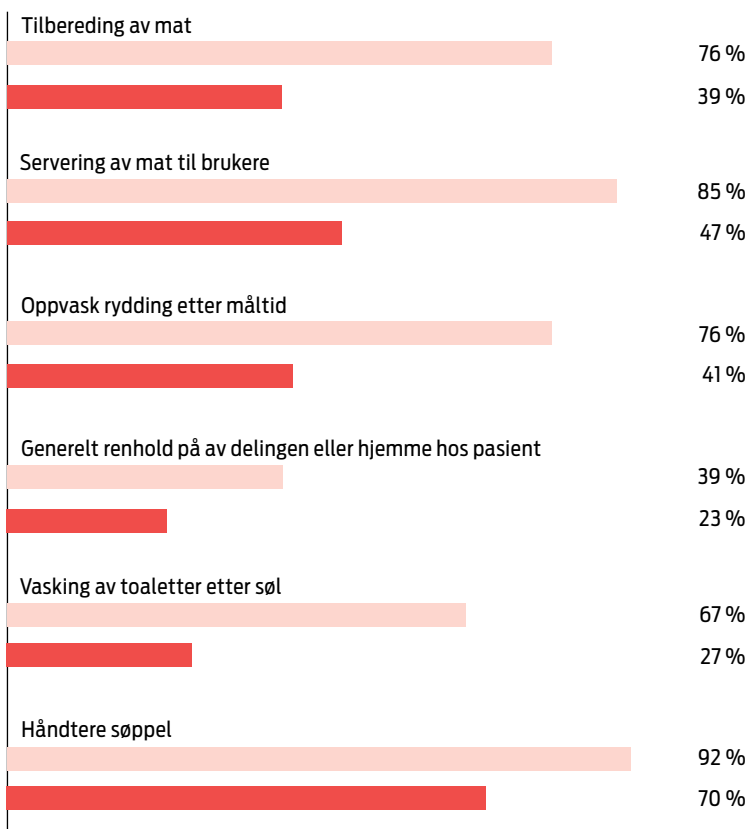


DIAGRAM 8:

Hvilke av følgende oppgaver utfører du i løpet av en normal arbeidsuke? n=1762

(Spørsmål fra Sykepleiens undersøkelse.)



Les mer:



På sykepleien.no finner du flere resultater fra undersøkelsen. Der vil du også kunne lese hvordan sykepleiere har beskrevet sykepleie. Skann qr-koden med telefonen, eller gå inn på nettsiden.

oppgaver de ikke vil definere som sykepleieroppgaver, mens kun 45 prosent av spesialsykepleierne svarer det samme.

(Se også diagram 7 over.)

Forskjellene blir enda tydeligere om vi ser på hvilke grupper respondentene mener burde utføre oppgaver de selv tar seg av.

For eksempel oppgir én av to sykepleierne, men kun én av fire spesialsykepleiere, at de daglig utfører helsefagarbeideres oppgaver.

30 prosent av sykepleierne mener de daglig utfører oppgaver

pasienten eller brukerne kunne gjort selv, mens 13 prosent av spesialsykepleierne svarer det samme.

Ifølge undersøkelsen er det omtrent dobbelt så vanlig for sykepleiere å tilberede mat til brukerne, som det er for spesialsykepleiere å gjøre slikt.

67 prosent av sykepleierne oppgir at de vasker toaletter etter søl i en normal arbeidsuke. 27 prosent av spesialsykepleierne svarer det samme.

(Se også diagram 8 over.) ■

Hold deg opplyst.
Hver dag,
året rundt:

sykepleien.no



Har du en medarbeider
som fortjener heder?



30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL



GOD Plass: Sykepleier Kjersti Klovning Skare har tid til å snakke med Leif Tobias Hansen under middagen på sykehjemmet. Hansen har bodd på øya Utsira hele sitt liv.

«Alle kjenner alle her, og vi passer på hverandre. Jeg tror ikke det kan skje at noen blir liggende syke hjemme uten at vi får vite om det.»

Kjersti Klovning Skare



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

Sykepleieren som må gjøre

alt

Sykepleierne på sykehjemmet på Utsira må både kunne rulle stikkklaken og kjøre ambulanse.

■ Fra kjøkkenvinduet på Siratun sykestue kan sykepleier Kjersti Klovning Skare skimte jorder og en liten knaus. Ingen å se langs veiene.

Havet har saltet utsikten – vinduene på Utsira blir fort grå når regn, vind og sjøsprøyt står inn over øya.

Skare løfter kokt sei fra kjelen over til en tallerken med stødig hånd.

– Det er rolige tider, sier hun.

Hverdagshøytid

Leif Tobias Hansen kommer med gåstol og bukseseler. Sei er noe av det han liker best. Som gammel fisker har han spist mer av det enn de fleste.

I hele sitt liv har han bodd på Utsira. Nå er han 93 år gammel, øyas eldste.

Det er ikke lenge siden Leif Tobias, eller Tobias som han kalles, pakket kofferten og flyttet inn på sykehjemmet. Han trengte ikke flytte lenger enn noen hundre meter.

Det var ikke venteliste.

I spisestuen er det dekket til én.

Det ringer. Alarmtelefonen!

Skare kople seg raskt på. Det er først skraping og susing på linja som gjør meldingen vanskelig å oppfatte. Etter hvert kommer det frem at nødnettet er nede. Det vil vare noen timer. Greit

å vite. Det er 70 minutter med båt inn til fastlandet, Hauge-sund. Rutebåten går fra øya tre eller fire ganger om dagen, avhengig av ukedag.

– Vel, vel. Vi får ringe med vanlig mobil om det skulle være noe.

Hun fortsetter der hun slapp. Gir Tobias Hansen en støttende arm for å komme seg fra godt inn på spisestuestolen.

«Det er rolige tider.»

Kjersti Klovning Skare

Et tent telys, lukten av hjemmelaget middag og ro i avdelingen gjør at måltidet får et preg av høytid.

Slik blir det når det er to på jobb, og bare én av de to beboerne skal spise i fellesstuen.

Sykepleieroppgaver ... og andre oppgaver

Sykepleiervakten startet klokken åtte med at hjelpepleier Bjørgunn Ravndal ga rapport, ettersom hun hadde vært på jobb siden klokka sju.

Etter rapporten leste Skare gjennom en epikrise.

Selv om det bare er to pasienter, er det en rekke syke-



OVERSIKTLIG: Utsira er en liten øy drøyt en time med båt utenfor Haugesund. Kommunen har vel 200 innbyggere.

pleieroppgaver denne vakta:

- Måle blodtrykk
- Dele ut medisiner
- Observere funksjon, kroppstemperatur og sykdomsprogresjon hos begge pasientene
- Dele ut medisin til et barn som er innom
- Delta på legevisitt
- Lese innkommet epikrise
- Fordele og informere om vakter
- Sjekke at hjertestarter virker
- Sjekke temperatur i medisinskap i ambulansen
- Sjekke dato på medisinene i akutt kofferten i ambulansen
- Holde medisinrommet à jour

- Tømme søppel
- Svare på innkomne telefoner
- Hjelp til med å flytte hylle
- Kjøre besøk hjem
- Hente post
- Hente kommunelege på båten

Fordi de er så få, blir oppgavedelingen tydeligere. Hva må det være en sykepleier på jobb for å gjøre, hva kan de dele på?

– Vi deler ansvaret for det som må gjøres mellom oss: En har skyllerommet, en har kjøkkenet. En middag skal kjøres ut.

Faglig oppdatering

I tillegg er det mange oppgaver som bare må gjøres, men som man ikke nødvendigvis trenger å være sykepleier for å få unna:

- Hjelp til med stell og løft
- Snu madrass
- Skifte på og re seng
- Vaske beboernes klær og annet tøy
- Koke utstyr i dekontamineringsmaskin
- Rulle og henge opp stikkklaken
- Tilberede og servere mat
- Rydde og sette bort mat
- Sette inn i og ta ut av oppvaskmaskin
- Vaske, tørke og sette bort kjeler og stekepanne
- Lage kaffe
- Servere kaffe
- Rydde bort kopper



GJØR «ALT»: Å re sengene er en selvfølge for sykepleier Skare.



INGEN Å BE: – Ingen andre tømmer søpla for meg, sier Kjersti Klovning Skare.

De har pasientheis, men begge må hjelpe til i løftene.

Kollega Bjørgunn Ravndal kommer forbi i gangen. Hvisker, så Skare ikke hører det: «Hun er altså verdens beste sykepleier. Vi er heldige her!»

Det Kjersti Klovning Skare sier, er:

– Alle oppgavene må gjøres, sånn er det bare. Det er ingen andre som tømmer søpla for meg. Når det gjelder de oppgavene som bare sykepleierne kan gjøre, er det jo ofte heller ingen andre som kan gjøre det for meg, hvis det er jeg som er sykepleier på vakt neste gang. Hvis det er noe jeg ikke har fått gjort, må jeg selv huske på det neste gang.

Ny undersøkelse

I en undersøkelse Sykepleien har utført blant landets sykepleiere, kommer det frem at de fleste sykepleiere – 85 prosent av de spurte – ukentlig eller oftere utfører oppgaver de mener andre burde gjort.

Blant sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem er tallet enda litt høyere.

Det er oftest oppgaver sykepleierne mener at helsefagarbeidere, renholdspersonale eller kjøkkenpersonale heller burde gjort.

(Se også side 26–34)

Lokale tilpasninger

Utsira ligger ute i Nordsjøen og er landets nest vestligste bebodde øy. Veien som går tvers over øya, er 1,6 kilometer lang.

Forholdene er små her. 200 innbyggere ved siste folketelling. Det betyr landets minste kommune i innbyggertall.

Kommunen må sørge for at alle innbyggerne har lovpålagte tilbud. Samarbeid med omkringliggende kommuner er i praksis ikke så enkelt, med avstander og infrastruktur. Det må bli lokale tilpasninger.

«Det er fint når det kommer nye pasienter hit og det blir litt liv i gangene.»

Kjersti Klovning Skare

Kjersti Klovning Skare erkjenner at hun gjerne skulle hatt flere beboere på sykehjemmet.

– Vi har åtte pasientrom. Det er både plass og tid til seks til her.

Selv om de har fått beskjed om at arbeidsplassene ikke står i fare, koster det jo å drifte et sykehjem.

I en periode hadde kommunen et samarbeid med Haugesund kommune:

– Haugesund kjøpte plasser hos oss, og pasientene var her i noen uker. Så vidt jeg vet, var alle parter fornøyd med ordningen. Men så måtte de spare penger, sier hun.

– Det er fint når det kommer nye pasienter hit og det blir litt liv i gangene. Faglig sett er det mer interessant når jeg må lære nye ting. Jeg liker å holde meg oppdatert, og å jobbe med det sykepleiefaglige, sier hun.

Legen kommer hver 14. dag.

To fastboende sykepleiere bor på øya.

Uten at det står i noen arbeidsavtale, forlater de helst ikke øya samtidig, forteller Skare.

En liten eldrebølge på vei

Sykehjem og hjemmesykepleie går litt om hverandre når det er så få mennesker som har behov for tjenestene.

Per i dag består hjemmesykepleien av utdeling av medisiner hos et par pasienter. Det er sykepleieren som har vakt på sykehjemmet, som tar seg av utdelingen.

Alle som fyller 80, får tilbud om et hjemmebesøk for å kartlegge om det er behov for hjelp. 27 av innbyggerne på øya er over 70 år, ifølge SSB.

Kjersti Klovning Skare har selv vokst opp på Utsira, og kjenner hver og en.

– Alle kjenner alle her, og vi passer på hverandre. Jeg tror ikke det kan skje at noen blir liggende syke hjemme uten at vi får vite om det, sier hun.

Sykehjem og møtested

Selv om det bare er Leif Tobias Hansen som blir servert midtdag i dag, er det mange innom. Fellesrommet på sykehjemmet er på mange måter øyas møtested. Folk setter seg ned for en kopp kaffe og en prat når de først er på vei.

Foruten sykehjem rommer huset kommuneadministrasjon, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fysioterapeut, legekontor, bibliotek. Barne- og ungdomsskolen ligger ut en dør og like opp i bakken.

Ny trapp

Alf, broren til Tobias var på besøk i morges. Etterpå kjører Skare ham hjem. Det tar omtrent fem minutter.

Skare ser til at han kommer seg trygt fra bilen til inngangsdøra.

Det lukter godt av nystekte lapper når de kommer inn i gangen.

– Her er det bare å glede seg, ja, roper Kjersti Klovning Skare innover mot kjøkkenet mens Alf henger av seg jakka.

Hun blir stående og vente til å hun får svar fra underetasjen, og hører at alt er i orden.

Skare får stukket til seg en varm lapp og spiser den i bilen på vei til butikken. På butikken henter hun dagens Haugesunds Avis til Tobias, og annen post til sykehjemmet.

Arvebil

Et par minutter tar turen fra butikken tilbake til sykehjemmet. På veien registrerer hun at ambulansesbilen står utenfor huset til den andre sykepleieren på øya.

Hun skvetter ikke. Dette er helt normalt.

Kollegaen har hatt hjemmevakt natten før. Skare overtar bilen i ettermiddag.

«Vi deler ansvaret for det som må gjøres på mellom oss: En har skylle-rommet, en har kjøkkenet. En middag skal kjøres ut.»

Kjersti Klovning Skare

– Vi «arvet» denne bilen fra Helse Fonna. Kommunelegen har bestemt hvilke medisiner og hva slags utstyr vi skal ha i den, forteller hun.

– I ambulansen har vi akuttbag med utstyr til vitale måltinger; blodtrykk, oksygenmetning og temperatur, hjertestarter, utstyr for innlegging av veneflon og intravenøse væsker, sier hun, og viser frem en liten bag med viktige medikamenter. Her er alt fra Pinex, Stesolid og Naloxon til morfin.

– Ellers har vi oksygen som kan gis både via brillekateter og maske, forteller hun.

I bilen er det også forstøverapparat, EKG-apparat, sug, nakkekrager til både voksen og barn, folie og tepper til å bruke ved nedkjøling, utstyr til spjelking ved brudd og en egen bag med sårutstyr og bandasjer.

– Vi har også en fødekoffert, sier hun.

I selskap

Hvis Skare skal i selskap en kveld hun har hjemmevakt som sykepleier, tar hun ofte med ambulansen. Det er mer praktisk.



PASSER PÅ: Alle kjenner alle på øya.

– Da slipper jeg å dra hjem og hente bilen først om noe skulle skje. Vi har avklart at det er greit at vi gjør det sånn, sier hun.

– Jeg pleier helst bare å ta bilen med hjem i helgene, sier hun. I starten var det litt oppstuss når den gule ambulansen sto rundt omkring utenfor husene på øya.

Nå er folk vant til det.

– Det er en stor trygghet for oss å ha denne bilen. Om nødvendig, kan vi kjøre en person på bære bort til idrettsplassen, som er helikopterlandingsplassen, sier hun.

Redningsskøyta kan raskest være på plass i løpet førti minutter om den er på Karmøy, som er nærmeste havn, forteller hun. Fra Stavanger kan Redningsskøyta bruke halvannen til to timer. Helikopteret kan rekke ut på ti minutter.

Annenhver torsdag er det legevisitt. Da ser legen til pasientene på sykehjemmet, og har timeavtaler som fastlege.

I dag er det en slik torsdag. Legen kommer med båten fra Haugesund. Litt før halv ett skal Kjersti Klovning Skare hente ham på kaia.

Høygaffel i hodet

– Terskelen for å ringe etter hjelp utenfra kan noen ganger være vel høy blant øyfolket, mener hun.

– Vi sykepleierne har ikke lov til å sy, av og til kunne det vært en fordel om vi kunne gjort det, sier hun.

Kvelden før, for eksempel, fikk en gutt en høygaffel i hodet. Resultatet ble et ganske dypt kutt i panna. Når fastlegen ankommer med båten, er det første han må gjøre å sy fire sting på den uheldige gutten.

Etterpå kommer gutten inn på sykehjemmet og leverer en lapp. Skare leverer ut antibiotika fra medisinalageret.

Legen har utstyrt sykehjemmet med et utvalg medisiner han mener de bør ha tilgang til. Innbyggerne kan for eksempel komme opp på sykehjemmet og be om antibiotika mot



DAGLIG RUTINE: En av oppgavene på sykehjemmet er å hente post og avis på butikken.

urinveis-infeksjon, mot å vise frem resept. Sykepleieren leverer ut. Tilsvarende mengde medisin blir så levert tilbake når personen har fått hentet ut resepten inne på fastlandet.

– Har den!

Kjersti Klovning Skare står på en stol og strekker seg så lang hun er for å redde en lampe fra å bli knust, mens Bjørgunn Ravndal og en medhjelper balanserer ei bokhylle ned den smale trappen. Skare redder lampen med en hånd, tar imot hylla med den andre.

Lageret på loftet skal endelig ryddes. Ut med gammelt rot, inn med sirlig system.

Hylla bukseres ned på kontoret, gjennom fellesområdet og ut fra sykehjemmet. Inne på et av de tomme pasientrommene har vaskehjelpen dekket hele gulvet med plast, og teipet alle hjørner og lister. Det er ikke så mye å vaske når rommene ikke er i bruk, og hun er i gang med maling.

Skare har kontroll på når programmene på vaskemaskin og tørketrommel er ferdig, og styrer mot skyllerommet.

De store, rutete skjortene til Leif Tobias Hansen henger pent til tørk.

Med raske hender fører Skare et stikkklaken inn i klesrulla. Tar tak i snippene. Bretter i to og henger i tørkeskapet.

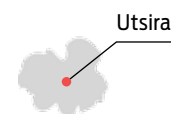
Om to timer skal hun dra hjem. Lage middag, kjøre barn til aktiviteter. Men det betyr ikke at hun går av vakt.

Det er nemlig sykepleiermangel på Utsira. For å holde beredskapen hele døgnet, skal de etter planen være fire sykepleiere. Per i dag er de to sykepleiere og en vernepleier som deler på sykepleierturnusen. Ettersom vernepleieren har ferie denne uka, er de to. Det betyr at Kjersti går fra dagvakt og over i hjemnevakt. Så går hun rett på dagvakt fredag. Og hjemmevakt fredag kveld, natt, hele lørdag.

Ikke før natt til søndag går hun av vakt og har helt fri. For på

søndag skal hun inn til Haugesund og se en forestilling. Da er det øyas andre sykepleier som overtar vakttelefon, beredskap, sykebil.

– Det blir en livsstil, erkjenner hun. ■



TRYGG: Det bor ingen lege på øya. – Det er en stor trygghet for oss å ha denne bilen, sier Kjersti Klovning Skare. I bilen har sykepleierne tilgang til alt fra fødekoffert til hjertestarter.



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

2. del

Skal man prioritere noen oppgaver og kvitte seg med andre, må både ansatte og ledere være enige om hva som er viktigst.

Kan sykepleiere brukes til **hva som helst**?

” Etter de nye reglene med dobbelsignering på hovedkurvene tar dette bort mye tid som kunne vært brukt ved senga. Jeg syns all dokumenteringen går over alle grenser. Jeg er klar over at det må dokumenteres det vi gjør, men i en hektisk hverdag hvor effektiviseringen står i fokus, så rekker vi ikke det som kanskje er mer viktig som for eksempel et munnstell eller leieforandring. Det skal spares penger og nedtak av antall senger og personell, men det blir fortsatt like mange syke personer. De får vi ikke redusert. Vi kan vel ikke låse døra når de står og banker på? Dette er min frustrasjon i hverdagen.

Svar fra sykepleier i eldreomsorgen
i undersøkelsen om hva sykepleiere bruker tiden sin på.

Leder for Norsk Sykepleierforbund: – Skulle ønske jeg kunne be sykepleiere si nei til arbeidsoppgaver

Sykepleiere bør si klart fra når det de må gjøre, ikke er sykepleieroppgaver, mener forbundsleder Eli Gunhild By.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

By har sett Sykepleiens undersøkelse om hva sykepleiere faktisk bruker arbeidstiden på, og hva de selv mener de burde bruke tiden på.

I undersøkelsen oppgir 85 prosent av sykepleierne at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver de ikke vil definere som sykepleieroppgaver. Kun 1,6 prosent mener at de aldri utfører slike oppgaver.

Rulle hår og vaske do

Sykepleierne mener de bruker uforholdsmessig mye av sin arbeidstid på renhold og kjøkkenarbeid, og at det blir for lite tid til kvalitets- og kompetanseutvikling. De gjør ofte oppgaver som de mener blant andre helsefagarbeidere burde gjort.

I fritekstsvarene kommer det frem at mange opplever det som vanskelig å si nei til oppgaver de blir bedt om å gjøre.

Sykepleiens undersøkelse

Sykepleien har fått svar fra 3412 medlemmer av Norsk Sykepleierforbund om hvilke oppgaver de utfører i sin jobbhverdag.

Les om resultatene på side 26–34.

– Så, Eli Gunhild By, rulle hår og vaske do – kan sykepleiere si nei til det?

– Man bør si klart fra om at dette ikke er sykepleieroppgaver. Lederne må prioritere og være tydelig på hva sykepleiere skal gjøre og ikke. Det viktigste er å ivareta grunnleggende behov. Det kan, i noen tilfeller, bety at det er riktig å vaske do. Men dovasking etter søl med kroppsvæsker på et sykehus er andre profesjoner, for eksempel renholdere, bedre til å gjøre.

– Og å rulle hår – det er vel mer en oppgave for frisører, sier hun.

«Det er ikke lurt å bruke en sykepleier til å tørke støv fra nattbord.»

Eli Gunhild By

«Vi er renholdere og søppeltømmere»

I undersøkelsen svarer en av sykepleierne:

«Utenom sykepleie er vi frisører, vaskere, kokker og servitører. Vi er renholdere og søppeltømmere. Vi er psykologer og ledere, og noen ganger må vi også være leger.»

En annen skriver:

«Sykehuset skal spare enda mer penger og kutter ressursene til for eksempel helsefagarbeidere, renhold og kjøkkenpersonale. Da ender det med at sykepleierne løper med matbrett og skrubber doringer på bekostning av både stell og medisinsk behandling, fordi disse tingene akkurat der og da haster enda mer.»

– Men kan sykepleiere i dag si et klart nei til oppgaver arbeidsgiver pålegger dem å gjøre?

– Jeg skulle ønske jeg kunne oppfordre sykepleiere til å si nei til arbeidsoppgaver. Men det kan jeg ikke. Arbeidsgiver har styringsrett, men man må kunne si fra om man som sykepleier gjør oppgaver som ikke er hensiktsmessig. Hvis arbeidsgiver ikke vil høre, må man ta det opp med tillitsvalgt, sier By.

Foruroligende om tidsbruk

Eli Gunhild By mener det som kommer frem om tidsbruken i undersøkelsen er foruroligende:

MELD AVVIK: Et avvikssystem som definerer hvilke oppgaver sykepleiere skal gjøre, må på plass, mener Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund. Arkivfoto: Marit Fonn



” Utenom sykepleie er vi frisører, vaskere, kokker og servitører. Vi er renholdere og søppeltømmere. Vi er psykologer og ledere, og noen ganger må vi også være leger.

Sykepleiers svar i undersøkelsen

– Det er ikke bra at nærmere 70 prosent av sykepleierne sier at de bruker for mye tid på renhold, og over 70 prosent sier de bruker for lite tid på kompetanse-utvikling. Det er sykepleiermangel, og vi vet at muligheten til å utvikle seg i faget er en faktor som får sykepleiere til å bli i yrket, sier By.

«Jeg ønsker ikke at dette skal koke ned til profesjonskamp.»

Eli Gunhild By

Hun mener at for pasientsikkerheten er det også viktig at sykepleiere får hevet sin faglige kompetanse.

– Sykepleierne i kommunene får ansvar for stadig sykere pasienter og trenger å bygge kompetanse for å gi disse god sykepleie. Det er ikke god ressursbruk at sykepleierkompetansen i det daglige blir brukt til å tørke støv av nattbord og å vaske bad. I enkelte tilfeller kan det være riktig at sykepleiere gjør slike oppgaver, men det er ikke sykepleieres primæroppgaver, sier hun.

By mener et nasjonalt og ensartet avvikssystem for kommunehelsetjenesten må på plass for å få til en omfordeling av oppgaver. Det vil synliggjøre hvilke andre yrkesgrupper som mangler for å gjøre oppgaver som matlaging, rengjøring, frisering og så videre.

– Det er jo oppgaver som må gjøres. Noen må ta søpla. Sykepleierne skal se hele pasienten, det er viktig, men svarene i undersøkelsen tyder på at renholdsoppgaver, matlaging og vedlikeholdsoppgaver som

andre burde gjøre, i for stor grad tilfaller sykepleiere, sier hun.

Avvikssystem

For å tydeliggjøre hva som er et avvik, mener By det er nødvendig at avvikssystemet har oppgaver som er lagt inn på forhånd. Det vil kreve en diskusjon i forkant om hva som konkret skal gjøres, og av hvem, mener hun.

– Da vil de «usynlige» oppgavene synliggjøres og fordeles, og det er mulig å skrive avvik dersom man ikke fikk tid til å gjøre en oppgave fordi man måtte overta en annen, sier hun.

– *Har NSF et ansvar for å tydeliggjøre grensene for hva som er sykepleieroppgaver og hvilke oppgaver andre profesjoner bør ta?*

– Jeg ønsker ikke at dette skal koke ned til profesjonskamp. Jeg mener NSF er tydelige på hva som er sykepleieres primæroppgaver: Å ivareta pasientens grunnleggende behov. I praksis vil det variere hvilke behov dette er, hos hver enkelt pasient. Men kanskje er det på tide å synliggjøre hvilke oppgaver det ikke er lurt å sette sykepleiere til å gjøre. Det er ikke lurt å bruke en sykepleier til å tørke støv fra nattbord. Det er dyrt for samfunnet, sier hun. ■

” Sykehuset skal spare enda mer penger og kutter ressursene til for eksempel helsefagsarbeidere, renhold og kjøkkenpersonale. Da ender det med at sykepleierne løper med matbrett og skrubber doringer på bekostning av både stell og medisinsk behandling, fordi disse tingene akkurat der og da haster enda mer.

Sykepleiers svar i undersøkelsen



MÅ VITE: – Det er viktig å ha klart for seg hvilken kompetanse helsefagarbeiderne har, mener Iren Luther, leder for seksjon helse i Fagforbundet. Arkivfoto: Marit Fonn

Leder i Fagforbundet: – Sykepleiere må kunne vaske et nattbord

Når man først gjør et stell, bør sykepleiere kunne vaske over nattbordet samtidig. Men konteksten er viktig, mener Iren Luther i Fagforbundet.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

■ – Hvis helsemyndighetene er litt smarte, hører de på det som kommer frem i denne undersøkelsen.

Det sier Iren Luther, leder for seksjon helse i Fagforbundet.

Hun viser til Sykepleiens undersøkelse, hvor det kommer frem at sykepleiere mener de bruker for mye tid på for eksempel renhold, og at de mener de ofte gjør for eksempel helsefagarbeideres arbeidsoppgaver.

– Mangler ikke bare sykepleiere

Hun mener det som kommer frem, tydeliggjør at det mangler flere profesjoner enn sykepleiere:

– Vi kommer til å ha behov for mange flere helsearbeidere i tiden fremover, men ikke alle heter sykeplei-

«Det er ikke helse-tjenester å rulle hår.»

Iren Luther, Fagforbundet

ere. Jeg synes det ofte fremstilles som at det hovedsakelig er sykepleiere det er for få av. Men når sykepleierne selv så tydelig sier at de så ofte gjør det de mener er andres arbeidsoppgaver, så viser det at det er andre yrkesgrupper som kan komme inn og gjøre en jobb. Ja, vi kommer til å mangle sykepleiere i fremtiden, men også andre helsearbeidere, sier hun.

– Sykepleiere skal ikke gjøre alt. Og det er viktig å ha klart for seg hvilken kompetanse helsefagarbeiderne har, sier hun.

– Poenget er at det må være en klok og fornuftig fordeling av arbeidsoppgavene, mener Luther.

Må delegere

Luther mener undersøkelsen også peker på at sykepleiere må bli bedre på å delegere oppgaver.

– For eksempel mener jeg vask av nattbord er helt innenfor sykepleieroppgavene når man uansett holder på med et stell i senga. Det handler om å ta siste finish i en helhetlig pleiesituasjon. Det tar ikke lang tid å sveipe over til slutt, sier hun.

– Men om man står i et stell, og ikke rekker å vaske over det nattbordet fordi noe annet, mer akutt oppstår, så er det helt greit å spørre om en helsefagarbeider eller noen andre kan gjøre det.

Det bør ikke være så vanskelig å

” Synes det er altfor mange som går arbeidsledig, som lett kunne tatt over mange av arbeidsoppgavene til sykepleiere. For eksempel transportør, renhold, bestilling av varer, håndtering av søppel og så videre. Mye av sykepleierens tid går med til å få avdelingen «til å gå rundt», og dessverre går dette ut over pasientene ... »

Sykepleiers svar i undersøkelsen

” Viktig å tenke på at sykepleie er så mangt, ikke bare tekniske prosedyrer. Det er like viktig med de psykososiale tiltakene og se helheten. Et sår gror ikke like raskt hvis en ikke ser hele mennesket. Kanskje et smil, en dans og litt latter gjør like godt som en Sobril? Tenk så mye en kan observere om en pasient om en kan gå ut med søpla sammen

Sykepleiers svar i undersøkelsen

si: «Nei, jeg må prioritere noe annet. Kan du være så snill å gjøre det?» mener hun.

– Grensa går ved praktisk bistand

Luther mener det er stor forskjell på å sveipe over et nattbord om man har tid, og å gjøre større vaskeoppdrag.

– Å vaske et bad er praktisk bistand. Det skal ikke helsearbeidere gjøre i det hele tatt, verken sykepleiere, helsefagarbeidere eller pleieassistenter. Så der går det en helt klar grense, mener jeg. Vi er omfattet at helsepersonelloven, praktisk bistand inngår ikke der.

– Rulle hår, frisere og barbere, hvem skal gjøre det?

– Å rulle hår er i alle fall ikke noe man skal gjøre i hjemmetjenesten. Det er ikke helsetjenester å rulle hår, sier hun.

– Hva med søppelhåndtering, er det en sykepleieroppgave?

– Å ta med søpla ut er alles oppgave, sykepleiere inkludert. Er du inne på et

rom eller hjemme hos noen, er det klart du kan ta med en søppelpose på vei ut, sier hun.

Observere og kaste søppel

I undersøkelsens fritekst del er det delte meninger. En sykepleier skriver:

«Synes det er altfor mange som går arbeidsledig som lett kunne tatt over

«Å ta med søpla ut er alles oppgave.»

Iren Luther, Fagforbundet

mange av arbeidsoppgavene til sykepleiere. For eksempel transportør, renhold, bestilling av varer, håndtering av søppel og så videre. Mye av sykepleierens tid går med til å få avdelingen «til å gå rundt», og dessverre går dette ut over pasientene ... »

Sykepleiens undersøkelse

Sykepleien har fått svar fra 3412 medlemmer av Norsk Sykepleierforbund om hvilke oppgaver de utfører i sin jobbhverdag.

Les om resultatene på side 26–34.

En annen skriver:

«Viktig å tenke på at sykepleie er så mangt, ikke bare tekniske prosedyrer. Det er like viktig med de psykososiale tiltakene og se helheten. Et sår gror ikke like raskt hvis en ikke ser hele mennesket. Kanskje et smil, en dans og litt latter gjør like godt som en Sobril? Tenk så mye en kan observere om en pasient om en kan gå ut med søpla sammen ... »

Leder for allmennlegene: – Jeg må også tørke oppkast

– De ubehagelige oppgavene ligger rett foran oss, på skottuppene våre, mener lege Petter Brelin.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

I Leder for Foreningen for allmennmedisin og fastlege i Halden, Petter Brelin, har sett på tall fra Sykepleiens undersøkelse. Det er to ting han har bitt seg merke i:

– Det første som slår meg, er at det er relativt liten forskjell på hva sykepleiere oppgir at de gjør av medisinske oppgaver på sykehus og ute i kommunene, sier han.

Godt over halvparten av sykepleierne både i sykehus og i kommunehelsetjenesten svarer for eksempel at de legger inn KAD og PVK, stiller dren og katetre i løpet av en normalarbeidsuke.

Avanserte hjemmesykepleiere

Det er i tråd med noe han har observert over tid: Sykepleierne i hjemmesykepleien står alene med avanserte medisinske prosedyrer, ofte uten å ha fått god opplæring, og de har ingen å spørre.

– Dette har gått litt under radaren. Disse sykepleierne står ofte helt alene ved senga hjemme hos svært syke pasienter, og uten god eller systematisk opplæring skal de utføre avanserte medisinske prosedyrer, sier Brelin.

– Å jobbe i hjemmesykepleien er ikke lenger en enkel oppgave, og jeg tror vi har sviktet litt i å gi disse sykepleierne nok støtte og kompetanse til å utføre de krevende oppgavene, sier han.

Etterlyser kompetanseheving

– Det de svarer på hvilke oppgave de utfører ute i kommunene, skal jeg lære av og ta med meg videre. Jeg tror vi trenger

å skru kommunehelsetjenesten mer sammen, så vi får brukt den samlede kompetansen i kommunene bedre, mener Brelin.

Han synes kommunene bør tenke over hvordan det jobbes systematisk med kompetanseheving.

– Hvordan sikres det at sykepleiere i hjemmesykepleien får den samme kompetansen på medisinske prosedyrer som de som jobber på sykehus? spør han.

Utdatert diskusjon

Hans andre reaksjon går på avgrensning av hvilke yrkesgrupper som skal gjøre hvilke oppgaver:

– Har vi ikke kommet lenger enn at vi diskuterer hvem som skal ta ut søpla? Er ikke diskusjonen om hvem som skal gjøre hva mer på vei mot at vi alle må dele på oppgavene? Jeg opplever at dette er en diskusjon som var mer relevant for tjuze år siden, sier han.

«Å jobbe i hjemmesykepleien er ikke lenger en enkel oppgave.»

Petter Brelin, leder for fastlegene

– Når jeg er på et hjemmebesøk hos en pasient, hender det stadig vekk at jeg setter inn i oppvaskmaskinen og tar med søpla på vei ut. Det skulle bare mangle, sier Brelin.

Boner gulvet om han må

– Fastlegene føler også på at mange udefinerte oppgaver havner på deres bord. Forskjellen er at jeg ikke har en sjef som sier til meg at jeg må gjøre det. Fastleger syr sår, går med søpla, ja, selv boner han også gulvet på fastlegekontoret sitt om det ser for ille ut.

– Som fastlege har jeg gått inn i de

uforutsigbare arbeidsdagene med åpne øyne: En dag må jeg rykke ut og drive livreddende behandling. Neste dag er det noen som spyr utover kontorpulten min. Og hvem skal vaske pulten da? Jo, det er meg, sier han.

– Som helsearbeidere ligger de ubehagelige oppgavene rett foran oss, de må bare gjøres, sier han. ■

Sykepleiens undersøkelse

Sykepleien har fått svar fra 3412 medlemmer av Norsk Sykepleierforbund om hvilke oppgaver de utfører i sin jobbhverdag.

Les om resultatene på side 26–34.

JOBBER ALENE: Fastlege Petter Brelin vet sjelden hva arbeidsdagen bringer og står alene om mange av arbeidsoppgavene på fastlegekontoret i Halden. Foto: Paal Audestad





RIKTIG: – Det viktig å bruke sykepleiernes kompetanse på riktig måte, sier Ahus-direktør Jan Inge Pettersen. Foto: Ann-Kristin B. Helmers

«Alle oppgavene i sykehuset er like viktige.»

Jan Inge Pettersen, HR-direktør

HR-direktør på sykehus: – Helsefagarbeiderne må inn i sykehusene igjen

Det er for kostbart for samfunnet å la sykepleiere gjøre oppgaver som renhold og kjøkkentjeneste, mener HR-direktør ved Ahus, Jan Inge Pettersen.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Ahus-direktøren mener det er på høy tid å få flere helsefagarbeidere og assistenter inn i sykehusene.

– Over flere tiår har det vært en omgjøring av stillinger som hjelpepleiere og helsefagarbeidere over til sykepleierstillinger. Dette har medført at det i veldig stor grad bare er sykepleiere som

er igjen på posten, og som dermed må gjøre alle oppgavene.

– Mitt inntrykk er at omgjøringen av stillinger nå har gått litt for langt, sier han, og understreker at han ikke sitter på noen totaloversikt.

Livsviktige funksjoner

– Bredden av oppgaver som må gjøres på sengepost, har endret seg i liten grad, sier Pettersen.

– Å re senger, stelle og vaske er livsviktige funksjoner på et sykehus. Det er ikke oppgaver man kan velge å gjøre, de må gjøres.

Han er ikke på noen måte overrasket over resultatene i spørreundersøkelsen Sykepleien har utført.

– Undersøkelsen understreker tydelig behovet for større bredde i kompetansesammensetningen innenfor pleie i

sykehus, mener han, og legger til at det delvis er og vil bli knapphet på sykepleiere fremover.

– Da er det viktig å bruke sykepleiernes kompetanse på riktig måte, sier han.

Må bygge nye roller

– I tillegg til flere helsefagarbeidere, mener jeg det er rom for flere assistenter på sykehus. Utfordringen er at vi må bygge disse rollene. I dag er det sykepleiere som gjør mange av oppgavene som helsefagarbeidere eller assistenter kunne gjort, sier han.

– Helsefagarbeidere kan gjøre mange av oppgavene det er vist til i undersøkelsen. Alle oppgavene i sykehuset er like viktige. Alle må gjøres, og alt som utføres må ha god kvalitet.

Faglig utvikling og det å få gjøre viktige oppgaver som du er utdannet for, gir motivasjon og arbeids glede for alle yrkesgrupper, mener han.

– I tillegg tror jeg det kan skapes synergier ved at flere faggrupper utfyller hverandre og bidrar i et helhetlig arbeidsmiljø. Et bredere sammensatt fagmiljø vil bidra til å redusere sårbarheten fremover, sier HR-direktøren.

– Mener du at sykepleierstillinger bør gjøres om til stillinger for helsefagarbeidere eller assistenter?

– Oppgavedelingen må være hensiktsmessig og ivareta pasientbehovet. Der utfordringen er mangel på sykepleiere, er det ingen naturlig løsning å gjøre om sykepleierstillinger til helsefagarbeidere eller assistenter. Det må være gode prosesser fremover for å se

» på arbeids- og oppgavedeling i sykehuset. De konkrete vurderinger må gjøres av ledere i den enkelte virksomhet, sier han.

For kostbart

– Jeg tror det er viktig å endre hvordan dette skal se ut fremover. Først og fremst ut fra hvilke utfordringer og behov både spesialisthelsetjenesten og øvrige deler av Helse-Norge står overfor.

«Når vi sliter med å rekruttere sykepleiere, har vi i alle fall ikke råd til å bruke dem til oppgaver som andre kan gjøre.»

Jan Inge Pettersen, HR-direktør

Dagens organisering blir for kostbar, mener han:

– Når vi sliter med å rekruttere sykepleiere, har vi i alle fall ikke råd til å bruke dem til oppgaver som andre kan gjøre. Jeg tror også at oppgavesammensetningen i sykepleierens hverdag påvirker interessen for yrket og kan påvirke fremtidig rekruttering.

Kvalitet og kompetanse for sykepleierne må få mer oppmerksomhet, mener han:

– Jeg tror vi bedrer kvaliteten på sykepleietjenesten dersom sykepleiere bruker tiden sin på å jobbe med og trene på de faglige oppgavene de er utdannet for å håndtere. ■



I TURNUSEN: Kjøkkentjeneste er i turnusen på KAD 3. Denne dagen er det sykepleier Karianne Bekkelund som må til pers. Foto: Ann-Kristin B. Helmers

Kommunal leder:

– Ja, jeg setter sykepleiere til å styre kjøkkenet

En dag i uken har sykepleierne kjøkkentjeneste.

– Det må jeg for å få helgene til å gå opp, sier seksjonsleder Gry Knutzen.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

■ Det skramler i oppvask og suser i vannrør inne på kjøkkenet på KAD 3, Oslos kommunale døgnettenhet.

Klokken nærmer seg tre, og sykepleier Karianne Bekkelund kan snart sette det siste brettet inn i spylemaskinen før hun rydder og går av vakt. Hele vaktens har hun brukt på kjøkkenarbeid.

– Helt greit med variasjon

– Jeg liker det faktisk, sier Bekkelund.

– Så lenge jeg har tid til det, synes jeg det er helt greit med variasjon i arbeidsoppgavene. Det kan være deilig å trekke seg tilbake fra pasientomsorgen av og til.

– Selv om det er nok å gjøre her på kjøkkenet, opplever jeg noen ganger at jeg får hentet meg inn litt på en slik vakt. Men jeg vet det er delte meninger om det på avdelingen. Noen liker ordningen, andre ikke, sier hun.

– Blir byrde om det er tidspress

Bekkelund er imidlertid helt klar på at *tid* til å gjøre kjøkkenarbeidet er en forutsetning for den positive innstillingen:

– Hvis slike oppgaver kommer oppå



” For min del er sykepleie alt som omhandler pasienten min. En kan ikke velge bort enkelte aspekter, som stelle eller orden bare fordi det ikke er «sykepleiefaglig». I min jobb på sykehjem er det like viktig å vanne blomstene til en pasient som å registrere drikke og diurese.

Sykepleiers svar i undersøkelsen

en travel vakt, blir det en byrde, sier hun, og forteller om en tidligere jobb på et sykehjem, hvor listene over arbeidsoppgaver «aldri tok slutt»:

– Det var alt fra å tørke støv til å ta blodprøver. Jeg hadde sjelden tid til å sette meg ned og snakke med beboerne. Det var eldre mennesker som virkelig hadde behov for noen å snakke med, så jeg opplevde ikke det som greit i det hele tatt, sier Bekkelund.

Vaske senger eller ikke?

Sykepleierne på KAD må vaske sengene selv etter at pasienten er skrevet ut. Det er et hyppig diskusjonstema.

– Jeg synes det også kan være greit av og til. Jeg liker jobben med å re sen-gen, jeg liker å gjøre det ordentlig, lufte godt ut på rommet og gjøre det rent og fint til neste pasient. Men igjen, det må være tid til å gjøre den oppgaven også, sier Bekkelund.

Planlegger oppgavene

Gry Knutzen er seksjonsleder for sykepleiertjenesten ved KAD og legevakt Aker i Oslo kommune. Arbeids-plassen har 72 KAD-senger (kommunal akutt døgn-enhet), og holder til på Aker sykehus.

Selv om belegget varierer, er det fullt opp med oppgaver som må gjøres gjennom hele døgnet.

Knutzen jobber med å systematisere og organisere driften av sykepleiertjenesten. Det innebærer også planlegging av oppgavestyring.

– Sammensatt problemstilling

Hun kjenner godt igjen hovedtrekkene som kommer frem i Sykepleiens undersøkelse: Mange sykepleiere mener de bruker for mye tid på renhold og kjøkkenarbeid, og skulle gjerne hatt mer tid til faglig oppdatering.

– Det er en grunn til at det er slik, dette er en sammensatt problemstilling, sier hun.

«Hvis slike oppgaver kommer oppå en travel vakt, blir det en byrde.»

Karianne Bekkelund, sykepleier

På sengeposten på Aker har sykepleierne kjøkkentjeneste bare på ukedagene.

– Ja, jeg setter sykepleiere til å styre kjøkkenet. Det må jeg for å få helgene til å gå opp, sier Knutzen.

Hun forklarer:

– Vi har lik pasientstrøm i helg som i ukedagene. Når vi lager bemanningsplan, er det viktig å få helga til å gå opp med nok sykepleiere, for at vi skal kunne opprettholde samme faglighet.

Når sykepleierne jobber hver tredje helg, trengs det mange årsverk for å

fylle alle helgene, ifølge Knutzen. Å finne nok sykepleiere til helgene synes hun er utrolig vanskelig.

– Derfor må sykepleierressurser også ta oppgaver som andre kunne gjort, på ukedagene, sier hun.

– Delt syn

Knutzen synes ikke det er optimalt å sette opp en sykepleier på kjøkkenvakt når hun planlegger turnusen.

– Det er mange oppgaver andre enn sykepleiere kan utføre. Både sengevask, kjøkkentjeneste og det å holde orden på medisinerrommet.

Knutzen opplever at det er delt syn på dette blant sykepleierne.

– Noen synes det er tull å bruke sykepleiere til dette, andre synes det er et avbrekk fra pasientarbeidet og opplever det som fint å være på kjøkkenet, sier hun.

I tillegg brukes kjøkkentjeneste for sykepleiere som av ulike grunner trenger tilrettelegging i arbeidet.

– Om man for eksempel ikke kan jobbe pasientnært, kan kjøkkentjeneste eller andre oppgaver som ikke er direkte pasientarbeide, være en løsning, sier hun. ■

Sykepleiens undersøkelse

Sykepleien har fått svar fra 3412 medlemmer av Norsk Sykepleierforbund om hvilke oppgaver de utfører i sin jobbhverdag.

Les om resultatene på side 26–34.



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

3. del

Florence Nightingale, Marit Kirkevold,
Dorothea Orem eller Kari Martinsen?

Kan sykepleieteoretikere **svare på** hva sykepleie er?

” Man er lagerryddere, minileger, assistenter, famlende praktiske akademikere, tatt ifra mulighet til egenkning i systemet, ønsker å være den som er nær pasienten, men fjerner seg samtidig fra denne, sier man skal se hele mennesket, men kan i praksis bare se en flik, tar og gir oppgaver ettersom man liker de osv. osv. Jeg setter meg inn i hvordan Virginia Henderson, Kari Martinsen og Joyce Travelbee definerer sykepleie. Alle ga meg et inntrykk av at ingen faktisk kan definere hva en sykepleier er og skal gjøre. Når det trengs mange studiepoeng for å være i nærheten av å forstå en definisjon av et fag, da bør faget gripe seg selv i nakken.

Svar fra sykepleier i eldreomsorgen i undersøkelsen
om hva sykepleiere bruker tiden sin på.

HVA ER EGENTLIG SYKEPLEIE?

AV TEGNEHANNE

De fleste ser nok på sykepleie som de grunnleggende tingene...



Men det er jo ganske mye mer enn det.

Det er en grunn til at vi trenger (det som i studietiden føltes som) 100 teoretikere for å forklare hva vi gjør.



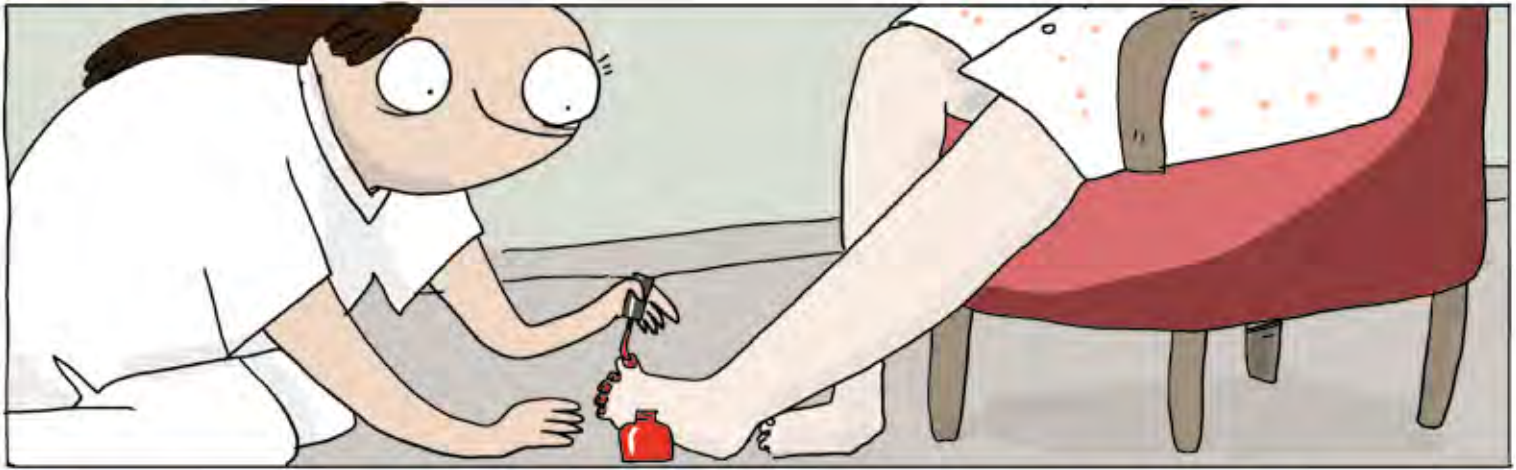
MEG ETTER STUDIET



BYE!
SNAKES ALDRI,
TRAVELBEE

Jeg skal ikke en gang prøve meg på en definisjon.

Sykepleie har bare vist seg å være så veldig mange ting jeg ikke forventet at det skulle være.



Og det er kanskje det som er tingen – Fordi det er så vanskelig å definere, er det og vanskelig å si hvor grensene for våre oppgaver går.



Sykepleie er for eksempel å koordinere.



Og å håndheve kleskoder.



Jeg snakker til deg, mann 60+

Sykepleie er å argumentere på vegne av pasienten.



Og mot pasienten.



Sykepleie er å bry deg om ting du aldri trodde du skulle bry deg om.



Sykepleie er å ta med deg jobben hjem, enten du vil det eller ei.



Sykepleie er byråkrati.



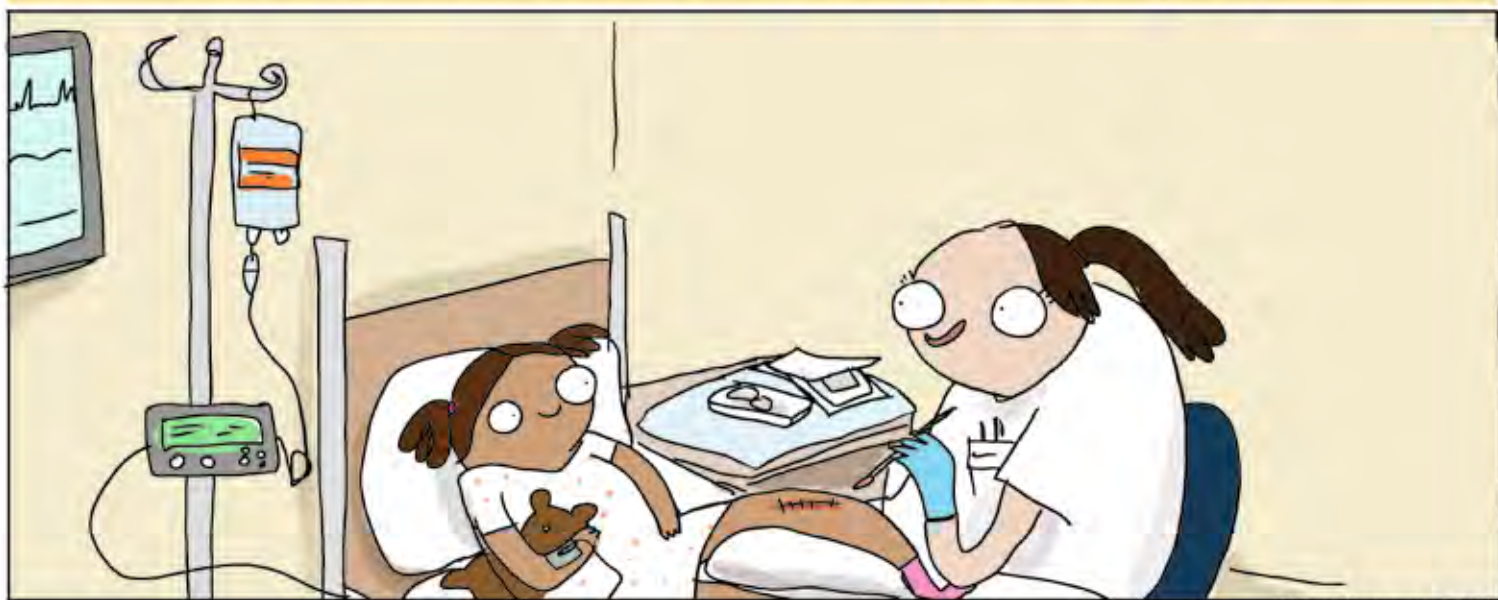
Endeløst byråkrati.



For å prøve meg på en oppsummering: Sykepleie er å aldri være helt sikker på hva din neste arbeidsoppgave kommer til å innebære



Men alltid være 100% sikker på hva som er din viktigste jobb.



Trenger vi sykepleieteori?

For å kunne argumentere overbevisende for å opprettholde sykepleieprofesjonens ansvar og kjerneoppgaver trenger vi en kollektiv og samlet stemme.



Marit Kirkevold,
sykepleier og professor,
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo

■ Sykepleieteoriene hadde sin glanstid på 70- og 80-tallet. Da ble de introdusert først i videreutdanningen for sykepleielærere og sykepleieledere og deretter til studenter i sykepleierutdanningen. Sykepleieteoriene hadde til hensikt å gi et perspektiv på sykepleiefaget og gi sykepleiere et vokabular for å kunne sett ord på hva faget dreier seg om.

Helt fra de først ble introdusert, ble sykepleieteoriene utsatt for betydelig kritikk. Mange har hevdet at sykepleieteoriene primært skulle fremme sykepleiernes profesjonsbestrebelse (1, 2). Andre har ment at de var praksisfjerne og hadde et oppstyltet og fremmedgjørende begrepsapparat (3).

som omsorgsfag og praktisk yrke (4, 5). Etter omtrent 20–25 år i utdanningen er sykepleieteoriene nå på vei ut. De er i stor grad havnet på den historiske skraphaugen. Bør det bekymre oss?

Kritikk av overordnede teorier

Bildet som er tegnet over, refererer i stor grad til de klassiske sykepleieteoriene, slik som Dorothea Orems egenomsorgsteori, Katie Erikssons omsorgsteori og så videre. Dette er de generelle og altomfattende teoriene som gjorde forsøk på å fange inn hele sykepleiefaget i en teori. De var inspirert av tilsvarende generelle teorier fra samfunnsfagene og reflekterer den tiden de ble utviklet i, da generelle, overordnede teorier var «på moten».

Siden da har denne typen generelle teorier vært kritisert også i andre fag. Derfor er det naturlig å stille spørsmålet om vi trenger sykepleieteori i vår tid. Jeg vil hevde ja, og skal i fortsettelsen begrunne hvorfor.

Først kan det imidlertid være

«Denne typen generelle teorier har vært kritisert også i andre fag.»

Atter andre har hevdet at teoriene hadde et menneske- og sykepleiesyn som ikke fanget sykepleiens karakter

grunn til å stoppe opp og reflektere over hva som menes med sykepleieteori. I boken *Sykepleieteorier – analyse og*



evaluering fra 1992 la jeg følgende definisjon til grunn: «Et skriftlig utsagn som beskriver sykepleiefagets karakter og ansvarsområde, enten generelt eller innenfor et delområde av sykepleiepraksis.» (6, s. 65)

Dette er en vid definisjon som innebærer at sykepleieteori ikke bare forstås som å omfatte de klassiske sykepleieteoriene, men derimot åpner for en mye større bredde av hva som kan kvalifisere som sykepleieteori.

Klarer ikke å sette ord på faget

For å besvare spørsmålet om vi fremdeles trenger sykepleieteori, skal vi ta en liten omvei, nærmere bestemt til Göteborgs universitet. Her foregår det for tiden et prosjekt som omhandler «Omvådadsämnet» i sykepleierutdanningen, altså hva som karakteriserer sykepleie som fag og praksis.

Prosjektet har sin bakgrunn i at lærerne i utdanningen er bekymret for at studentene ikke har tilstrekkelig forståelse av hva sykepleie er, når de går ut av utdanningen. De klarer ikke å sette ord på faget på en måte som gjør at det fremstår klart for dem selv og for andre.

Ledelsen satte derfor i gang et prosjekt for å få en bedre forståelse for hva problemet egentlig er, og hva man eventuelt kan gjøre med det i utdanningen. Målet er å få frem et bredere bilde av hvordan man oppfatter og

snakker om sykepleie som fag og dets kunnskapsgrunnlag.

Det er gjennomført til sammen 18 fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra en rekke ulike institusjoner og avdelinger samt med studenter i grunnutdanningen og i ulike spesialistutdanninger for sykepleiere. Analysearbeidet pågår nå.

En av forklaringene på «problemet» som lærerne ved Göteborgs universitet erfarer, er en beslutning om at utdanningen ikke (lenger) skal bygges opp

teoriene for å gi et svar. Dette oppleves ikke lenger som en ressurs for å bevare spørsmålet om hva sykepleie er.

Problemet er ikke særnordisk. Også internasjonalt uttrykkes det en tilsvarende bekymring. Den kanadiske sykepleieren og professoren Sally Thorne publiserte i 2015 en leder i tidskriftet *Nursing Inquiry* med tittelen «Does nursing represent a unique angle of vision? If so, what is it?». Her hevder hun:

«It seems fair to point out that, due

«Det har skjedd en utydeliggjøring av sykepleiefaget i tråd med kravet til tverrfaglighet.»

rundt en eller noe få sykepleieteorier. I stedet har man valgt å bygge undervisningen opp rundt ulike sykepleiebegreper, hvilke varierer fra emne til emne.

Tilsvarende bekymring internasjonalt

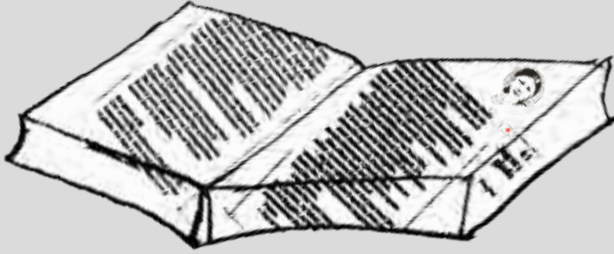
Hvorfor denne omveien til Göteborg? Fordi lærerkollegiet ved Göteborgs universitet hermed setter ord på et mer generelt problem i sykepleiefaget. Også i Norge sliter sykepleiere og studenter med å formulere klart og tydelig hva sykepleie er.

Tidligere henviste man til sykepleie-

to a number of forces at play in the delivery and management of health services these days, the distinctive contribution of professional nursing has become less and less visible.» (7, s. 284)

Med referanse til en tidligere artikkel fra 2012 presenterer hun en mulig forklaring på situasjonen:

«We struggle to delineate what that distinctive expertise actually constitutes in the context of an expanding momentum toward 'diversifying' (and deskilling) the nursing workforce, and dismantling the coordinating systems within



which nursing historically expressed its collective institutional voice.» (7, s. 284)

Thorne peker på at det har skjedd en utdeliggjøring av sykepleiefaget i tråd med kravet til tverrfaglighet, og at sykepleiere mangler en kollektiv stemme som kan målbære og forsvare sykepleiefaget og dets samfunnsmandat. Thornes poeng er at uten en klar beskrivelse av hva sykepleie er og skal bidra med, vil det være vanskelig å forsvare sykepleie som praktisk fag og yrke.

Hva er en «ferdigbehandlet» pasient?

De som taper på dette, er ikke bare sykepleierne, men også pasientene. Thorne peker ikke på gårsdagens sykepleieteorier som svar på denne utfordringen, men mener faget trenger

Begrepet referer imidlertid til *medisinsk* ferdigbehandlet. Men ofte er pasientene ikke ferdigbehandlet i sykepleiefaglig forstand, selv om de er det fra et medisinsk perspektiv. De er ofte i en så avkrefte og utsatt helsemessig situasjon når de er ferdigbehandlet, at de ikke har gjenvunnet evnen til egenomsorg eller har klart å motta den nødvendige informasjonen og opplæringen som ville gjøre dem i stand til å klare seg hjemme.

Det er min påstand at uten en tydelig sykepleiestemme som klart og begripelig kan argumentere for når og hvorfor pasienter trenger profesjonell sykepleie, så kan man heller ikke kjempe overbevisende for at pasienten skal få anledning til å få den nødvendige sykepleien.

«Ofte er ikke pasientene «ferdigbehandlet» i sykepleiefaglig forstand, selv om de er det fra et medisinsk perspektiv.»

en tydeliggjøring av hva det sykepleiefaglige perspektivet innebærer.

Et eksempel som underbygger Thornes poeng, finner vi i begrepet «ferdigbehandlet pasient», som er innarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir bøtelagt hvis de ikke tar imot «ferdigbehandlede pasienter».

Viktig innsikt

Skal vi så pusse støvet av de gamle sykepleieteoriene? Ja, i betydningen at vi nok i stor grad har «kastet barnet ut med badevannet». Å avskrive alle sykepleieteoriene og kaste dem på historiens skraphaug er en tabbe. Mange av dem inneholder viktig innsikt

om hva sykepleie er og bør være, som fremdeles er høyst relevant.

Et eksempel er nettopp Orem's egenomsorgsteori. Den peker på sykepleiernes viktige ansvarsområde når det gjelder å understøtte pasienten og familiens egne ressurser for å ivareta sin helse og utvikling.

Men det betyr ikke at vi skal ta sykepleieteoriene i bruk slik vi opprinnelig tenkte, nemlig å velge en av dem og forkaste resten. Det er hevet over tvil at den måten å anvende sykepleieteori på verken er hjelpsom eller meningsfull. Da trer man én enkelt forståelse ned over en meget kompleks og variert virksomhet.

Trenger nye begreper

Sykepleieteoriene er heller ikke justert og/eller videreutviklet i lys av de siste årenes forskning i og utenfor sykepleie. Dessuten er mange av teoriene bygget på gårsdagens verdens- og menneskesyn, og de har et begrepsapparat som ikke fanger opp dagens sykepleievirkelighet.

Dette kommer godt frem i en debatt i tidsskriftet *Sykepleien* nylig. Her stiller Hellesø, Larsen, Obstfelder og Olsvold spørsmålet «Hva er sykepleie?». De påpeker at «sykepleieres selvforståelse er dårlig tilpasset deres arbeidsvirkelighet» (8, s. 59), og at «i dagens sykepleie ser vi en forskyvning fra det pasientnære arbeidet til mer organisatoriske

«Vi trenger et klart svar på hva sykepleie er – både generelt og innen ulike delområder av sykepleiens virksomhet.»

oppgaver. Derfor trenger vi nye begreper for å beskrive faget» (8, s. 60).

Inger Margrethe Holter er sterkt uenig med Hellesø og medarbeiderne og hevder i et oppfølgende debattinnlegg med tittelen «– Vi må snakke med en felles stemme» at en slik argumentasjon ytterligere vil svekke en allerede sterkt presset sykepleierprofesjon, og gir legitimitet til den rådende styringsideologi som styrer mot en profesjonsnøytral helsetjeneste. Jeg vil argumentere for at vi heller bør bruke tid og krefter på å forenes om hva som har vært og hva som bør være vår profesjons kjerneoppgaver slik at vi får annerkjennelse og aksept for å utføre disse oppgavene (8).

Holter fremhever at mangelen på en felles og entydig måte å formidle sykepleierprofesjonens særegne forutsetninger for å ta seg av bestemte oppgaver i den totale helsehjelpen til pasientene bidrar til at sykepleien utsettes for et sterkt press. Hun påpeker at ved å ikke ha en felles stemme har sykepleierne manglet den nødvendige tyngden i sin argumentasjon for å opprettholde arbeidsoppgaver, som forskning tydelig viser er viktig for pasientsikkerheten og å gi pasienten kvalitativt god helsehjelp. Sykepleierne har derfor blitt drevet mot mer eller mindre delegerte standardprosedyrer og organisatoriske logistikkoppgaver (8).

Etter min mening er både Hellesø og

medarbeidere og Holter inne på noe viktig. Jeg vil mene at det ligger til sykepleierprofesjonens ansvar både å ivareta pasientens og de pårørendes grunnleggende behov på en slik måte at de gjenvinner og/eller bevarer sin helsestilstand eller kan leve så godt som mulig med sykdom, og å sørge for at helsehjelpen er koordinert i det tverrfaglige teamet og på tvers av ulike tjenester og sektorer.

Kollektiv og samlet stemme

For å kunne argumentere overbevisende for å opprettholde sykepleierprofesjonens ansvar og kjerneoppgaver trenger vi en kollektiv og samlet stemme. Det betyr at vi må ha et klart svar på hva sykepleie er – både generelt og innen ulike delområder av sykepleiens virksomhet.

Til det trenger vi sykepleieteorier som kan gi dagens og morgendagens sykepleiere en god forståelse av hva sykepleie er og bør være i ulike kontekster, samt et vokabular til å argumentere for pasient-enes rett til å motta god sykepleie.

Vi står overfor en stor oppgave for å utvikle sykepleieteorier som kan gi sykepleiere og studenter de nødvendige teoretiske ressursene til å argumentere for sykepleierprofesjonens rett til å ivareta sitt ansvar og kjernefunksjoner også i fremtiden. Det skylder vi våre pasienter og deres pårørende. ■

Referanser

1. Martinsen K, Wærnes K. Sykepleierrollen – en undertrykt kvinnerolle i helsesektoren. Del 1. Sykepleien. 1976;63(4):220–4.
2. Martinsen K, Wærnes K. Sykepleierrollen – en undertrykt kvinnerolle i helsesektoren. Del 2. Sykepleien. 1976;63(5):274–82.
3. Alvsvåg H. Har sykepleien en fremtid? Oslo: Universitetsforlaget; 1981.
4. Martinsen K. Teori og praksis i sykepleien – og debatten som har vært tildekket. Sykepleien. 1978;65(1):23–5.
5. Martinsen K. Omsorgens filosofi og omsorg i praksis. Sykepleien. 1981;68(8):4–10, 25.
6. Kirkevoold M. Sykepleieteorier – analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal; 1992.
7. Thorne S. Does nursing represent a unique angle of vision? If so, what is it? Nursing Inquiry. 2015;22(4):283–4.
8. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? Sykepleien. 2016;104(8):58–60. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/hva-er-sykepleie> (nedlastet 20.11.2018).
9. Holter IM (2017). – Vi må snakke med en felles stemme. Sykepleien. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/01/vi-ma-snakke-med-en-felles-stemme> (nedlastet 20.11.2018).

Les mer:



Her finner du fagartikkelen av Hellesø, Larsen, Obstfelder og Olsvold:
Hva er sykepleie?



Her finner du Inger Margrethe Holters svarkronikk:
Vi må snakke med en felles stemme

Hva er sykepleie?

Tekst **Dajana Avdagic**

Dette er sykepleie-teoretikernes definisjoner:



1897–1996: Virginia Henderson

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.»

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som prøvde å beskrive hva sykepleie er, og ideene hennes har hatt en betydelig innflytelse på senere sykepleie-teorier. Henderson beskriver hva som er sykepleierens særegne funksjon og hvilken pleie hver pasient trenger.

Henderson hevder at sykepleie må forstås og utføres i sammenheng med de grunnleggende menneskelige behovene. Hun identifiserer følgende som grunnleggende behov: «Mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den medmenneskelige sammenheng.» Når pasienten ikke klarer å møte disse behovene på egen hånd, har sykepleieren et ansvar for å hjelpe pasienten med dette.



1914–2007: Dorothea Orem

Ifølge Orem er sykepleiens mål å hjelpe pasienten til å være så uavhengig som mulig i disse aktivitetene.

Orem hevder at mennesker har en naturlig evne og et ønske om å ta vare på seg selv. De kan helbredes raskere og bli friskere dersom sykepleiere gir dem muligheten til å ta vare på seg selv etter beste evne.

Hun definerer egenomsorg som «utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære».

Når pasienter ikke er i stand til å utføre aktiviteter i forbindelse med egenomsorg, er det sykepleiens ansvar å hjelpe dem med å gjenvinne denne evnen.

Per Nortvedt, professor og sykepleier

«Sykepleie er å hjelpe den syke som syk, det syke mennesket. Sykepleien dreier seg om alt fra å stille den sykes grunnleggende behov og skånsomt lindre hans plager, til å understøtte hans egenomsorg, alt basert på en forståelse av pasientens sykdomserfaringer og hva pasienten har behov for som syk.»

Fra essay s.66

Ingunn Elstad, forfatter og professor i sykepleie

«Sykepleie er kyndig og nødvendig hjelp til å leve så godt det lar seg gjere gjennom helse og sjukdom, gjennom behandling, diagnostikk, rehabilitering, kriser og krevjande overganger i livet.»

Kilde: Fra boka Sjukepleietenkning, 2014

Norsk Sykepleierforbund

«Sykepleiens særegne funksjon er: Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleieren utfører dette ved å bidra til at pasientene kan leve med konsekvensene av sin helsesvikt og/eller behandling.»

Fra NSF's hjemmeside

Verdens helseorganisasjon (WHO)

«Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. It includes the promotion of health, the prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people.»

Kilde: WHO



1926–1973: Joyce Travelbee

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og, hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene.»

Joyce Travelbees sykepleieteori har hatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning. Teorien hennes handler om det mellommenneskelige aspektet i sykepleiefaget. Ifølge Travelbee må man forstå hva som skjer mellom pasient og sykepleier, og hvordan dette samspillet kan oppleves, for å forstå hva sykepleie er og bør være.

Noen av de mest sentrale begrepene Travelbee bruker for å fremheve sykepleiens ansvar og karakter, er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneskeforhold og kommunikasjon. Disse begrepene tar utgangspunkt i eksistensialistisk filosofi, som teorien hennes er basert på.

Christie Watson, sykepleier og forfatter

«Sykepleie er enklere enn jeg trodde. Vi trenger egentlig ikke teorien. Sykepleie er å hjelpe noen som trenger hjelp.»

Kilde: Fra boka Godhetens språk, 2018



Davina Allen (f. 1953)

Mener det usynlige arbeidet må beskrives bedre

– Davina Allen tar oss med tilbake til sykepleierens opprinnelse, mener Lill Sverresdatter Larsen.

Tekst **Dajana Avdagic**

Det er mange likheter mellom Davina Allen og Florence Nightingale, mener Lill Sverresdatter Larsen.

– Allen mener også at organisatorisk kompetanse og organiseringsarbeid hos sykepleiere er sentralt, sier hun.

Larsen har skrevet kronikken «Hva er sykepleie» sammen med tre andre sykepleievitere. Her trekker de frem den britiske sykepleieteoretikeren Davina Allen og argumenterer for at sykepleierfaget trenger begreper som beskriver sykepleieres kompetanse og bidrag til helse- og omsorgstjenester.

– I dag stilles det større krav til utførelse av sykepleie, og dårlig koordinert og organisert pasientarbeid er en av de største truslene mot kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Derfor trenger vi en bredere forståelse av sykepleierfaget enn tidligere, sier Larsen, som er forbundsstyremedlem i NSF og sykepleier med master i helsefag.

Viktig organisering

– Allen har tilført teoretiske begreper som koordinering og organisering og snakker om viktigheten av å beskrive organiseringsarbeidet til sykepleierne for å forstå jobben bedre. Man skal tilrettelegge til omsorg, for vi trenger mer enn bare klinisk kompetanse.

– Allen setter sykepleie som et yrke i samfunnskontekst. Hun fremmer ideen som Arne Orvik blant andre har nevnt,

«realitetssjokk». Det vi lærer, er knyttet mot det individuelle, og måten sykepleie fungerer på nå, er ikke bærekraftig i dagens samfunn. Allen beskriver først og fremst problemet og fremmer deretter begrepet for å beskrive hva sykepleierne gjør innenfor rammene av arbeidet, sier Larsen.

Sykepleiere gir retning

– *Hva kan vi ta med oss av hennes ideer om sykepleie?*

– Davina Allen snakker om «Work that makes work». Altså arbeid som får arbeid til å fungere, sier Larsen og legger til:

– Noen av de sentrale begrepene hun kommer med er «translational mobilisation». Det er et aktivt begrep

for å matche senger og ressurser med pasienter samt arbeid med overflytting av pasienter. En klinisk kompetanse kombinert med kompetanse knyttet til organisasjon og hvordan det fungerer gjør at sykepleiere kan skaffe seg oversikt over pasientens behov og hvordan dette best kan tilpasses med organisasjonens ressurser, forklarer hun.

Trenger begreper

– *Trenger vi gode sykepleiedefinisjoner?*

– Ja, definitivt. Gode og ulike sykepleiedefinisjoner kan utfylle hverandre, sier Larsen.

– Jeg vil at sykepleiere skal kunne argumentere for den kompetansen og verdien av det som i dag er et betydelig, men usynlig arbeid. Slik kan



«Gode og ulike sykepleiedefinisjoner kan utfylle hverandre.» Lill Sverresdatter Larsen

som betyr å omforme og gi retning. Det betyr at sykepleiere ikke bare tar imot informasjon fra for eksempel pasient eller lege. De gjør også oversettelsesarbeid som gir mulighet for mobilisering av ressurser, og gir retning for viderebehandling, pleie og omsorg.

– «Translational mobilisation» kan videre brytes ned til begreper om kunnskapsarbeid, artikuleringarbeid, arbeid

de faktisk bli verdsatt, tatt vare på og betalt for dette arbeidet. Teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og etisk refleksjonsevne som integreres i en helhetlig base for praktisk profesjonsutøvelse, hjelper et stykke på vei. Men sykepleiere trenger begreper som hjelper dem til å forstå hvilken plass organiseringsarbeidet har i utøvelsen av sykepleie. ■



Her får du
nyheter som angår
sykepleiere

sykepleien.no



By healthcare professionals

VAR Healthcare utvider staben

VAR Healthcare (tidligere PPS) er prosedyre- og kunnskapsbasen med posisjon som den fremste for helse-sektoren i Norden. Kombinasjonen av faglig høy kvalitet, vektlegging av praktisk anvendbarhet og tids-riktig digital løsning, har ført til stor utbredelse i Norge og Danmark. VAR er også i ferd med å etableres i andre land.

Vi utvider staben med to redaktørstillinger. Interessert?

Se mer på www.varhealthcare.no



Tilbake til Nightingale

For Florence Nightingale er erfaringsdimensjonen helt sentral i forståelsen av sykepleiens funksjon og verdigrunnlag.



Per Nortvedt,
professor emeritus,
Senter for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo

«Modell- og rammeverksbevegelsen» var betegnelsen på en streben etter å komme frem til en samlende og fullstendig forståelse av hva som er kjernen i sykepleiefaget (1, 2). Dette var en teoretisk retning særlig i amerikansk sykepleie på 1960- og 70-tallet som også skulle få stor betydning for utviklingen av norsk sykepleietenkning utover på 1970- og 80-tallet.

Sykepleieteoretikerne var spesielt opptatt av å utvikle begreper som var særegne for sykepleiefaget, og som samtidig kunne danne utgangspunkt for forskning og videre tenkning omkring fagutøvelse og forskning. Modell- og rammeverksbevegelsen var særlig opptatt av å forstå sykepleien gjennom brillene til andre fag. Sosiologi, psykologi og samfunnsfag, ja endog moderne systemteori og kybernetikk, ble gjerne utgangspunktet for begrepsutvikling.

Begrepsutvikling eller fenomenologisk analyse

Teoriutvikling via begrepsmessige rammeverk var særlig viktig innenfor

amerikansk sykepleietradisjon, der man på 1950- og 60-tallet så en rekke teorier vokse frem, som senere også satte sitt preg på utviklingen av norsk sykepleievitenskap. Jeg kan nevne Dorothea Orems egenomsorgsmodell, Callista Roys systemteori og Martha Rogers helhetsteori som eksempler på noen av disse teoriene eller rammeverkene, og som særlig var dominerende ved Institutt for sykepleievitenskap i Oslo på slutten av 1980-tallet.

Tanken var at man skulle fange sykepleiens kjerne ved å begrepsfeste sykepleie og bygge forskning og fagutvikling i sykepleiepraksis med utgangspunkt i disse begrepene. Til en viss grad gjelder dette fortsatt, selv om empirisk forskning på kliniske fenomener og problemstillinger dominerer i dag.

I nordisk sykepleieforskningen i nyere tid har særlig den finske sykepleieren Katie Erikssons teorier og tenkning vært en dominerende representant for begrepstenkningen i sykepleien, med sin vektlegging av «lidande» og «vård» som kjernebegreper i sykepleien. På første halvdel av 2000-tallet var Eriksson og den norske sykepleiefilosofen Kari Martinsen engasjert i en debatt om forholdet mellom begreper og fenomener i sykepleien, der Martinsen var sterkt kritisk til den begrepsanalytiske retningen i sykepleieforskningen (3).

Martinsen mente at forståelsen av

sykepleie og forskning ikke først og fremst skulle ta utgangspunkt i begreper, men i fenomener. Martinsen ville gå bak begrepene og studere de fenomenene som sykepleieren erfarer og befatter seg med i sitt praktisk-kliniske arbeid. Dermed knytter hun an til en historisk fagtradisjon i sykepleien, en tradisjon som vi kanskje best får en forståelse av ved å se nærmere på Florence Nightingales syn på sykepleie, slik dette spesielt blir uttrykt gjennom den lille boken *Notes on Nursing (Håndbok i sykepleie)* (4).

Nightingale og sykepleiens egenart

Tenkningen om sykepleiens egenart fikk kanskje sitt klareste uttrykk hos Nightingale selv, men ideen om sykepleiens egenart som et pleie- og omsorgsfag ble også til en viss grad utviklet innenfor katolske ordens-tradisjoner som St. Josephsøstrene, som grunnla og drev mange sykehus i Norge frem til 1960- og 70-tallet.

Diakonissetradisjonen, med grunnleggeren av den første sykepleierutdanningen i Norge ved Lovisenberg sykehus, Ulrikke Nissen, var de fremste talspersonene for det man kan kalle Nightingale-sykepleien i Norge. Nissen skrev også den første læreboken for grunnutdanning i sykepleie i 1877 (5).

Kanskje er innsiktene hos Nightingale, diakonissene og St. Josephsøstrene de mest betydningsfulle for en adekvat forståelse av sykepleiefagets

«Nightingale så på sykepleien primært som en tilretteleggelse av velvære og hjelp til mestring av kroppslig og sjelelig ubalanse.»

funksjon og egenart overhodet, mer enn mange av de kvasivitenskapelige eller vitenskapelige rammeverkene og teoriene som har pretendert å definere hva sykepleie er.

Det er tre viktige momenter hos Nightingale og i den religiøse tradisjonen i sykepleien som er verdt å legge merke til. Det første er hvordan forholdet mellom medisinfaget og selve sykepleietradisjonen ble tematisert. Det andre er vektleggingen av erfaringsdimensjonen ved sykdom og helsesvikt. Det tredje er hvordan denne erfaringsdimensjonen er helt sentral i forståelsen av sykepleiens funksjon og verdigrunnlag.

Sykepleiens forhold til medisinen

Nightingale mente at sykepleieren først og fremst måtte forstå den sykes erfaringsverden som et grunnlag for god pleie. Hun så på sykepleien primært som en tilretteleggelse av velvære og hjelp til mestring av kroppslig og sjelelig ubalanse, en ubalanse forårsaket av sykdom og endog medisinsk behandling. Nightingale sier det på denne måten:

«Fornylsesprosessen som naturen har skapt og som vi kaller sykdom, er blitt hindret av en viss mangel på kunnskap eller påpasselighet i en eller flere av disse tingene, og smerte, lidelse eller forstyrrelser i hele prosessen blir resultatet.

Hvis en pasient fryser eller blir feberhet, hvis en pasient er svak, hvis han blir kvalm etter å ha fått mat, hvis han har liggesår – skyldes det som regel ikke sykdommen, men sykepleien.

Jeg bruker ordet sykepleie av mangel på noe bedre. For mange innebærer dette ikke stort annet enn å dele ut medisiner og legge grøtomslag. Det burde bety å sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og korrekt utvelgelse og oppfølging av dietten – mens man hele tiden husker på at pasienten ikke må tappes for krefter.» (4, s. 18)

Her ser man at Nightingale tydelig står i tradisjonen fra antikkens tenkning om medisin og helse og de hippokratiske skrifter. Sykdom er en forstyrrelse, en ubalanse i naturens orden, og sykepleien er en tilrettelegger for at naturprosessene skal virke på sitt beste for pasientens helse. God sykepleie betyr da å legge forholdene til rette for personens restitusjon fra sykdom, kroppslig og psykisk:

«Mange tror at medisinen står for den helbredende prosessen. Det er slett ikke riktig. Medisinerne er funksjonenes kirurgi, på samme måte som den egentlige kirurgien gjelder lemmene og organene [Nightingale tenker nok her på medisiner som medikamenter, og ikke selve legekunsten, min anm.]. Ingen av delene kan gjøre annet enn å fjerne hindringer, ingen av dem kan helbrede. Det er det

bare naturen som gjør. Kirurgien får kulen ut av lemmet fordi den er en hindring for helbredelsen. Men det er naturen som heler såret. Slik er det også med medisin. Et organs funksjon blir hindret. Så vidt vi vet hjelper medisinen naturen med å fjerne hindringen, men noe mer gjør den ikke. Og det sykepleien er nødt til å gjøre i begge tilfeller, er å gjøre pasienten mest mulig mottakelig for naturens helbredelse.» (4, s. 129)

God sykepleie skal således både koordinere, assistere og understøtte medisinsk behandling, samtidig som man skal gi omsorg og pleie med utgangspunkt i pasientens behov og en forståelse av vedkommendes helhetlige behov for helsehjelp.

Forsøk på en bestemmelse av sykepleien som fag og funksjon

Hvis man tar Nightingales forståelse av forholdet mellom sykepleie og medisinfaget på alvor, vil jeg foreslå følgende begrepsmessige bestemmelse av sykepleiefaget:

Sykepleie er å hjelpe den syke som syk, det syke mennesket. Sykepleien dreier seg om alt fra å stille den sykes grunnleggende behov og skånsomt lindre hans eller hennes plager til å understøtte egenomsorg, alt basert på en forståelse av pasientens sykdoms-erfaringer og hva pasienten har behov for som syk.

I denne formuleringen av sykepleiens



«Sykepleierskens ABC er å kunne tolke enhver endring som kommer over pasientens ansikt, uten at han må slite med å fortelle hva han føler.»

Florence Nightingale

egenart kan man også se et grunnleggende skille mellom medisin og sykepleiefag, formulert slik:

Medisinens hovedfokus er behandling av den sykes sykdom ut fra en kvalifisert forståelse av den enkelte sykdoms årsaker, diagnostikk og prognose. Sykepleiens hovedfokus er omsorg for den

Utallige ganger spør Nightingale: Hvordan er det å ligge i en seng hele dagen og ikke få se ut av vinduet? Hvordan er det for en pasient som hele dagen har gruet seg for en operasjon, plutselig å få vite at operasjonen blir utsatt? Hvordan er det å bli vekket når man akkurat har sovnet? Hvordan virker

inne på sykeværelset, er det absolutt grusomt. Det er umulig å tenke seg at pasienten ikke ufrivillig anstrenger seg for å høre hva som blir sagt. Å liste seg på tå, gjøre noe svært langsomt inne på sykeværelset, er skadelig av nøyaktig de samme grunnene. Faste, lette skritt, en stødig rask hånd er det man bør etterstrebe – ikke en langsom, usikker, subbene fot, den redde, usikre arbeidsmåten.» (4, s. 50)

Dette sitatet viser på en veldig god måte det sentrale perspektivet i sykepleiens virksomhet: forståelsen av hva det er å være syk. Sykepleieren må ved hjelp av sin empati og forestillingsevne kunne sette seg inn i pasientens sted, bytte posisjon med ham eller henne og tenke seg inn i hans eller hennes erfaringsverden. Samtidig må sykepleieren ha en evne til å la seg berøre. Han eller hun må se når noen blir krenket eller såret, eller se hvordan en beskjed om alvorlig prognose og sykdom virker inn på pasient og pårørende.

Det Nightingale sier her, er ikke en erstatning for medisinsk kunnskap eller koordinering av behandlingsfunksjoner, eller en erstatning for et godt skjøn. Det er sykepleierens personlige klokskap og følsomme omdømme som er med på å avgjøre hva som i enhver enkelt situasjon er riktig å gjøre, når pasientens egenomsorg trenger oppmuntring, og når god sykepleie er å ta over for pasienten.

«En god sykepleier skal på en måte være den sykes øyne og ører.»

syke ut fra en forståelse av hans eller hennes opplevelse av det å være syk eller det å bli truet av sykdom.

Lindring av plager, mestringshjelp og daglig ivaretagelse av den syke er den helt sentrale funksjonen i sykepleie. For medisinen er derimot omsorgen for det syke mennesket som subjekt en mindre del av den totale behandlingsevne (2). Ifølge Nightingale er evnen til å forstå pasientens opplevelse og erfaringer en viktig forutsetning for god sykepleie.

Sykdomserfaringene som utgangspunkt

Omfattende beskrivelser av «hva det er å være syk» er Nightingales metode for å nærme seg en forståelse av opplevelsaspektet ved sykdom. Slike beskrivelser sier noe om utgangspunktet for kompetente sykepleiehandlinger.

hvisking på legevisitten inn på den syke, når han vet at det er ham de snakker om?

Se hvordan hun beskriver pasientens situasjon på en legevisitt:

«Jeg har ofte vært forbauset over den tankeløshet (som grenser til utilsiktet brutalitet) som leger og venner legger for dagen når de holder lange samtaler inne på sykeværelset eller på korridoren like utenfor. Pasienten ligger hele tiden og venter på at de skal komme inn. Og hvis han nettopp har snakket med dem, vet han at det er ham samtalen gjelder. Hvis det er en flink pasient, forsøker han å tenke på noe annet og la være å lytte – og dette gjør saken enda verre – for påkjenningen dette er for hans konsentrasjonsevne og anstrengelse i denne forbindelse, er så stor at man er heldig hvis pasienten ikke er sykere i mange timer etterpå. Hvis det hviskes

Ingen regelkunnskap, men derimot god observasjonsevne, kan avgjøre hva som er rett å gjøre i hvert enkelt tilfelle hvor pasienten kanskje ikke har de nødvendige krefter, kunnskap og vilje til å ha den nødvendige omtanken for seg selv. Nightingale sier:

«Den viktigste praktiske kunnskap som kan gis sykepleiere, er å lære dem hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilke symptomer som inkluderer bedring og hvilke det motsatte, hvilke symptomer som er viktige, hvilke som ikke er det, hva det er som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie.» (4, s. 105)

Nightingale gjør på denne måten observasjonskompetansen til en helt essensiell del av sykepleierens praktiske kompetanse. Dette gjør hun også med rette, fordi korrekt observasjon av sykdomstegn, av forandringer i pasientens tilstand, er avgjørende for at pasienten skal få den sykepleie han eller hun behøver.

God observasjon er avgjørende for at medisinsk behandling kan gjennomføres på en kompetent måte. I observasjonen ligger også dette grunnleggende som vi har vært mye inne på allerede, hvordan god sykepleie formidler omtanke.

Omtanke for subjektet som verdiforankring

Nightingales tanker om sykepleie ble skrevet i en tid med det

som medisinfilosofen Canguilhem karakteriserte som et epistemologisk (kunnskapsmessig) jordskjelv i medisinen (6). Medisinen kastet av seg antikkens væskelære og middelalderens spekulative bilde av sykdom som Guds straff.

Mens medisinen som behandlingsvitenskap måtte forankre sitt menneskesyn i vitenskapelig objektivitet, som en nødvendig forutsetning for å utvikles som en behandlingsvitenskap, forankret den nightingalske sykepleien sitt syn på pasienten som subjekt.

Dette var ikke bare et faglig valg, det var også et moralsk valg. En forståelse av den syke som subjekt som et grunnlag for sykepleie, utgjør fundamentet for å kunne skåne den syke for unødige påkjenninger, for å kunne lette vedkommendes byrder, for å kunne se og ha omtanke for det som pasienten ikke orker å ta vare på for sin egen del. En god sykepleier skal dermed på en måte være den sykes øyne og ører.

Paternalisme, vil sikkert enkelte tenke nå. Men smerter og sykdom, nedsatt allmenntilstand, lite søvn eller engstelse tretter ut den syke og gjør ham eller henne enda mindre mottakelig for restitusjon.

Den som er utmattet, orker ikke å tenke på å re sin seng, og skal få slippe å gjøre det. Den som har sterke smerter eller er deprimert, orker kanskje ikke engang besøk av sine pårørende.

Forventningene fra omverdenen, alle de bekymrede blikkene og de andres engstelse, forverrer ens egne plager.

I et særdeles talende sitat fra «Utfyllende kapittel» i *Notater om sykepleie* sier Nightingale:

«Hva er en sykepleierske? ... Kjære søster, det er intet her i verden, bortsett kanskje fra utdanning, som er til de grader det motsatte av prosaisk – eller som krever så mye styrke til å sette deg helt inn i andre menneskers følelser, følelser som du aldri selv har hatt. Hvis du ikke har noe av denne styrken, bør du la sykepleien i fred for deg. Sykepleierskens ABC er å kunne tolke enhver endring som kommer over pasientens ansikt, uten at han må slite med å fortelle hva han føler.» (7, s. 179)

Det moralske her ligger ikke bare i det empatiske blikket, i forståelsen av den sykes situasjon. Det ligger også i vektleggingen av hvordan holdningen og atmosfæren av omtanke er av så stor betydning for den syke og de pårørende.

Med dette knytter sykepleietradisjonen – med sin vekt på den profesjonelles væremåte, empati og karakteregenskaper som bærende i det å vise individuell omtanke – seg sterkt an til en sinelags- og dydsetisk tradisjon i etikken.

Også i våre dager, da pasienter og pårørende kan oppleve objektivisering, krenkelser og dårlig oppførsel fra helsepersonell, er denne holdningsdimensjonen i etikken særdeles viktig. Nightingale er den fremste representanten for en slik etik. ■

Referanser

1. Kirkevold M. Sykepleieteorier – analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal; 1998.
2. Nortvedt P. Sykepleiens grunnlag. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
3. Martinsen K. Fenomenologi og omsorg – tre dialoger. Oslo: Tano Aschehoug; 1996.
4. Nightingale F. Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er. Oslo: Gyldendal; 1984.
5. Nissen, U. Lærebog i sykepleie for diakonisser, Oslo, Gyldendal Akademisk; 2007
6. Canguilhem, G. The normal and the pathological. New York: Zone Books; 1988.
7. Nightingale F. Notater om sykepleie – samlede utgaver. Oslo: Universitetsforlaget; 1997.

– Pleien tar den tiden den tar

Kari Martinsen ønsker seg ulydige sykepleiere.
– Noen må stå på for syke og pleietrengende, sier sykepleiefilosofen.

Tekst og foto **Marit Fonn**

PLEIE SYKE: – Jeg ser sykepleie først og fremst som pleie av syke, sier professor emerita Kari Martinsen. Hun vil ikke at sykepleiere skal være halvveis leger.





Kari Martinsen

- Professor emerita ved VID vitenskapelige høgskole i Bergen og Universitetet i Tromsø.
- Ble sykepleier i 1964, 21 år gammel.
- Ble magister i filosofi i 1974. Skrev om forholdet mellom praktisk og teoretisk sykepleie.
- Tok doktorgrad i historie om diakonisser i 1986.
- Har skrevet elleve bøker. Den siste, *Bevegelig berørt*, kom i 2018.
- Holder foredrag i Norge og Danmark.

«Å være syk og avhengig blir sett på som skammelig.»

– Jeg trives best i Danmark, sier Kari Martinsen. Hun er der ofte. Gjerne for å holde foredrag.

– Jeg får mer nedslag i tenkningen min der enn i Norge, forklarer hun.

Omgitt av bøker på alle kanter er hun trygt plassert i forlaget som nå gir ut bøkene hennes. Det er i Bergen, der hun bor.

Martinsen er sykepleieren som ble filosof, med lidenskap for begrepet omsorg. I utallige bøker og foredrag har hun gnidd det inn: Sykepleie må gjøres med omsorg.

Men det er ikke bare bare for tiden:

– De som pleier godt ved sengen, får ikke noe god oppbakking, sier hun.

76-åringen er professor emerita, som det heter i hunkjønn. Sykepleiefilosofien hennes har gledet og inspirert siden 1970-tallet, men også irritert. Ikke minst dem som syns sykepleiefilosofi er bortkastet i utdanningen, så lenge studentene strever med anatomi og stryker i medikamentregning.

– Vi vil helst være udødelige

«Er sykepleien på vei bort fra sykesenga? Er sykepleierne blitt administratorer og forskere som må overlate den utøvende pleie og omsorg til andre yrkesgrupper?»

Hun kunne sagt det i dag, men teksten er hentet fra forsiden til boken *Pleie uten omsorg?* fra forrige århundre.

– Jeg mener det enda sterkere i dag.

Men Martinsen holder stand:

– Jeg kretser stadig rundt det samme; livets grunnvilkår. Det ikke-valgte.

– *Som er?*

– Det kan være vind og vær. Død, smerte og lidelse. Tillit og håp.

En liten pause.

– Og barmhjertighet.

Grunnvilkårene kan både gi liv og ta liv, forteller hun:

– At vi alle skal dø, er ett grunnvilkår. Det er et under at vi står opp om morgenen, at vi puster og ikke ligger døde.

– *Vi er uten kontroll?*

– Jeg liker ikke det ordet, men det er godt at vi ikke har styringen, for det ville vært en katastrofe. Vi kan ikke bestemme om vi kan puste eller ikke. Vi ser og merker at det er noe vi ikke makter, det er poenget mitt.

Hun legger til:

– Vi vil jo leve – i hvert fall de fleste av oss.

Men det går for langt:

– Døden forsøker vi å komme forbi. Vi vil helst være udødelige og forlenger liv via teknologien. Det er forferdelig hvordan helsevesenet, som er til for vårt felles beste, slåss for å forlenge.

– Å være sårbar, syk og avhengig blir sett på som skammelig. Men vi er sårbare hele livet, vi trenger hverandre, sier hun.

– Omsorg er ikke sykepleie

– *Hva er sykepleie?*

– Pleie av syke ...

Martinsen avbryter seg selv:

– ... det er sant, jeg er positivt overrasket over NSF.

Altså Norsk Sykepleierforbund, som hun i sin tid hadde kontroverser med, fordi noen mente hun var for samfunnskritisk. Siden har hun fått sin renessanse og er blitt bortimot stueren.

Hun fisker opp et blått NSF-hefte om forsvarlighet fra papirbunken sin.

– Har du sett, det står *omsorgsfull sykepleie*. Og det står om plikten til *omsorgsfull* hjelp. Tenk at ordet omsorgsfull ikke er tatt ut.

Hun fortsetter med definisjonen:

– Jeg ser sykepleie først og fremst som pleie av syke.

Til nød kan det også være å forebygge, syns hun. Men viktigst:

– Sykepleie skal ikke være uten omsorg, men omsorg er ikke sykepleie. Omsorg kan gis av andre enn sykepleiere, om du er tannlege eller graver, og omsorg er helt grunnleggende for menneskers liv.



Martinsen resonnerer videre:

– Spørsmålet er hvordan omsorg kan uttrykkes i sykepleien. Jo, ved å være omtentksom og medfølelse – sansende oppmerksom i utøvelsen av det faglige skjønnet.

Forskningsbasert kunnskap er ikke tilstrekkelig for å være en god sykepleier, mener hun. Erfaringskunnskapen er vel så viktig:

– Mange kaller det klinisk erfaring. Jeg liker bedre å snakke om det faglige skjønnet.

Martinsen har kopiert fire ark til journalisten – talen hun holdt da hun ble tildelt St. Olavs Orden i 2011. Med blyant har hun streket under det hun mener er gode poenger. Blant annet om skjønnet, som får dårlige kår når tidspresset råder.

For – som hun skriver – skjønnet fordrer oppmerksomt nærvær, overblikk over situasjonen og innsikt (for eksempel i prosedyrer) for å kunne handle raskt.

Sykepleieren får skyldfølelse i garderoben

Kari Martinsen fastslår at vi lever i en hastig tid:

– Pleien utfordres. Det er et veldig tempo, et akselerert samfunn. Jeg snakker om klokketiden, altså.

– *Hvordan vet du hvordan det er i praksis?*

– Jeg forholder meg til tekster som pasienter og pårørende har skrevet. I avisene og andre steder.

– *Og hva er klokketiden?*

– En konstruert tid, laget for å disiplinere oss i samfunnet. Det er ikke den egentlige tiden. Vi dør ikke når vi stopper klokken, men når hjertet stanser. Vi forveksler timetid med hjerteslag.

Men den egentlige tiden er den vi erfarer:

– Mange snakker om at de opplever det og det. Men det er erfaringen som setter spor. Noe hender deg, noe ryster deg.

Hun eksemplifiserer med sykepleieren som haster forbi en korridorpatient.

– Det gode med tempo er at man ikke ser klart, sier hun. Men i garderoben får hun skyldfølelse. For det hun ikke gjorde. Løgstrup sier at sanseutløste inntrykk setter seg som spor i kroppen.

Knud Ejler Løgstrup er mannen Martinsen har lagt sin elsk på i årevis. Den danske filosofen og prestens tenkning er til stede i de fleste av bøkene hennes.

– Det jeg liker, er at han ser ting nedenfra.

– Rett skyldfølelsen utover!

Tilbake til sykepleieren i garderoben:

– Hun vet at hun burde ha stoppet opp. Hendelsen har satt seg fast sansemessig i kroppen. Inntrykkene springer frem, de melder seg når travelheten er borte. Det sier noe om hvor sanselig det er.

– *Slikt er vel ikke til å unngå, det vil alltid være travelt på sykehus? Det gjelder å prioritere?*

– Ja, men det andre jeg er opptatt av, er hvor man plasserer skyldfølelsen. For dette er en skyldfølelse sykepleierne ikke alltid burde ta på seg. Den er kulturskapt og befalende, som en plikt: Gjør det, gjør det, gjør det! Etikken blir borte, for man blir så opptatt av hva kulturen befaler. Man tror det skal bli bedre med velferdsteknologien, men sykepleierne får i stedet flere oppgaver.

– *Hva kan man gjøre?*

– Skyldfølelsen må rettes utover mot et helsevesen som er styrt av økonomi og produksjon, og med et tids- og dokumentasjonspress som kan gjøre pleien vanskelig. Pleien skjer mange steder på tross av. Det er ikke den enkelte sykepleier som skal bære den samfunnskapte skylden.

«Inntrykkene melder seg når travelheten er borte.»

Dette er en oppgave for NSF å gjøre noe med, mener Martinsen:

– Samfunnsansvaret bør NSF engasjere seg mer i – for å bedre vilkårene for dem som pleier ved sengen.

Vond skam og god skam

Skyldfølelse kan dessuten fort gå over i skam, påpeker hun.

– Vi må ha mer skam i helsevesenet, konkluderer hun overraskende.

Hun nyanserer:

– Å skamme seg fordi du ikke klarer oppgavene, er en vond skam skapt av kulturen vi lever i. Men det fins også en god skam – vi sier jo «han eier ikke skam i livet». Den gode skammen forteller deg at her er det noe man skal være varsom med. For å sanse det, må man være til stede i eget liv. Det er en skam som hører til livets grunnvilkår, en etisk skam som sier: «Gjør ikke det, for ellers kan du skade den andre.»

Hun legger til:

– I sykepleie melder livets grunnvilkår seg hele tiden. Men med travelheten og befallingene får vi ikke tatt imot pasientens erfaring, det som gjør sykepleierne glade.

– *Hva gjør dem glade?*

– Når de får høre at de har gjort et ordentlig arbeid.

Vil ha ulydige sykepleiere

– Vær ulydige, sykepleiere!

Det er Martinsens oppfordring. Slik sykepleierne har vært i tidligere tider:

– Da diakonissene så at de fattige led, gikk de til dem for å hjelpe. De brydde seg ikke om at det ikke var lov. Regelen var nemlig at fattigvesenet skulle ta seg av de fattige, mens diakonissene skulle holde seg til den frivillige menighetspleien.



Også i dag ser sykepleierne nøden, mener hun:

– De ser hvor skoen trykker. Det burde diskuteres på arbeidsplassene en gang i uken: «Hva kan vi gjøre med pleiekulturen?»

– *Hva kan pleierne gjøre konkret?*

– På sykehjem kan de for eksem-

pel snakke om måltidene. Pasientene trenger hjelp til å spise, og mat er viktig for de helende krefter. Hvordan kan de gjøre måltidet til en god og verdig stund? For å få tid til slike samtaler, trengs både ulydige sykepleiere og ledere som klarer å løfte sammen.

– Sykepleien kan være et bilde på samfunnet

Martinsen synes det er underlig at sykepleieutdanningen er treårig, mens lærernes studium er fem år.

– Her burde NSF virkelig stå på. Sykepleierne står jo mellom liv og død, det er minst like viktig som å lære opp barn til å bli gode borgerne. Jeg skjønner at det er økonomisk basert. Det er jo ikke nyttig at folk er syke. Det kan ikke betale seg, og alt skal jo betale seg i dag.

Hun ser det i språket; pakkeforløp, sømløst, brukere – faget er fullt av økonomiske ord.

– *Man kommer ikke unna økonomien i helsevesenet?*

– Og derfor må noen stå på for syke og pleietrengende, parerer professoren.

– Det er hele tiden en kamp om prioriteringer, men det er vanskelig å forstå at vi ikke kan prioritere de mest sårbare. Det er jo penger nok i samfunnet, men klasseskillene er store. Vi fødes sårbare, og vi dør sårbare. Sykepleien kan være et bilde på samfunnet og hvordan vi tar vare på hverandre.

Hun siterer fra *Til ungdommen* av Nordahl Grieg: «Vi vil ta vare på skjønnheten, varmen – som om vi bar et barn varsomt på armen!»

«Jeg synes ikke at sykepleiere skal bli halvveis leger.»

– *Hvordan står det til med sykepleien for tiden?*

– Jeg synes det er en del unge, flotte, omtensomme mennesker som ønsker å stå i pleien. Kan hende den innstillingen avlæres i utdanningen. Vi eldre må gi de yngre mot og overlevere innsikt, så sykepleie blir et humant yrke, ikke et teknisk. Faget må ikke gå ut av sykepleiernes hender.

Ikke for mye forebygging

2500 sykepleiere har svart på Sykepleiens undersøkelse om hvilke oppgaver de utfører, og hvordan de vurderer disse oppgavene. De har fortalt hva de synes de gjør for lite av og hva de gjør for mye av. (Se side 26-34.)

Hva sykepleierne skal bruke tiden på, er en evig diskusjon.

– *Hva mener du – bør sykepleiere overta legeopp-gaver?*

– Det spørres hva som er fruktbart. Jeg er mer opptatt av pasienten. Jeg synes ikke at sykepleiere skal bli halvveis leger.

– *Gipsing og suturering, er det greie oppgaver for sykepleiere?*

– Det må ses i sammenheng med pleie av syke mennesker. Hjemmene blir jo mer og mer som små sykehus, så det kan kanskje være nødvendig at hjemmesykepleiere kan suturere.

– *Og hvor mye bør sykepleiere forebygge?*

– Ikke for mye. Jeg blir så lei, alle skal opp og gå, helst opp på en fjelltopp. Mange får ikke tid til å dø på en verdig måte. Det er bygget en ideologi om at vi skal klare oss selv.

Var selv i sykeværelset

En nyrebekkenbetennelse brakte nylig Martinsen selv inn på pasientrommet – eller sykeværelset, som hun liker å kalle det. I dette tilfellet et tresengsrom.

– Det var utrolig travelt. Mye bråk, det klirret i metall, forteller hun.

– Jeg fikk en telefon, og da spurte den jeg snakket med: «Er du på en fabrikk?»

Martinsen hang opp en gul lapp: «Kan dere lukke døren?»

– Jeg er var for lyder, og medpasienten var så dårlig. Jeg sa at det er så mye larm. De sa: «Man skal ikke sove på sykehus.»

Hun minner om at Florence Nightingale var opptatt av lys

og luft og hvordan sykeværelset kan være et godt rom for pasienten.

– Nightingales første krav er at man ikke skal skade den syke. Sykepleieren må være oppmerksom. For eksempel unngå at lyset brenner om natten og blender pasienten.

Mye handler om hvordan pleierne går ut og inn av rommet:

– Banker man forsiktig på? Farer man inn om morgenen og drar fra gardinen? Man får mye gratis hvis man ser etter hvordan pasienten har det, lytter til tonen i rommet.

– *Er sykeværelset blitt noe annet enn på Florence Nightingales tid?*

– Nå er pasienten kanskje ikke i rommet engang. Kanskje i korridoren. Eller i en stol på poliklinikken. Inne til operasjon, og rett hjem. Rommet er ikke som før, men uansett bør sykepleieren være oppmerksom på hva som gjør et rom, eller et sted, til et godt sted å være den tiden den syke er der.

– *Er det vanskelig å pleie når tiden er knapp?*

– I klokken tid skal det være produktivt. Liggesår er slett arbeid, sa Nightingale. Travelheten fører til at tid går til spille.

Hun forklarer:

– Blodprøve skal tas, men årene vil ikke åpne seg. Hvis sykepleieren er vennlig og bruker tid, åpner blodårene seg. Det blir spart tid.

Kaver og kaver – oppgavene vokser

Tilbake til sykepleieroppgavene:

– *Skal sykepleiere administrere og sørge for at pasienten kommer seg trygt videre etter utskrivning?*

– Det kan være en oppgave å ta på seg, hvis den ellers blir glemt. Ikke all administrasjon er arbeid. Man kaver og kaver og kaver, oppgavene vokser. Det særpreger vår tid, at man settes til meningsløst arbeid.

– *Hva med renhold?*

– Renhold er viktig, skrev Nightingale, og hygienens. Det bør være i helsevesenets kontroll.

– *Servere mat?*

– Det er viktig at pasienten kan kjenne god matlukt. Servering

«Skjønn er kunsthåndverk.»

syns jeg ikke man skal ta ut av sykepleierens hender. For det handler ikke bare om mat. Et måltid inviterer til å få vite mer om pasientenes lidelse og bekymring, om de får i seg nok mat og drikke.

– *Sykepleierne sier i Sykepleiens undersøkelse at de vil ha mer tid til å øke sin kompetanse.*

– Jeg synes det begrepet tåkelegger mer enn det opplyser. Hvordan kom det inn? Hva rommer det? Når moteord dukker opp, må vi spørre: Trenger vi dem?

– *Er «fagutvikling» bedre?*

– Å samtale om erfaring fra praksis er bra. Diskuter hvordan vi gjør det bedre, uten moraliserende pekefinger. De unge trenger at erfarne sykepleiere veileder dem.

– *«Refleksjon» er også et populært ord, i hvert fall blant sykepleielærere?*

– «Ettertenksomhet» er bedre. «Omtanke. «Vurdering.»

– *Er ikke refleksjon en ettertanke?*

– Man kan reflektere både i og etter handlingen. Faglig skjønn er å vurdere en situasjon. Sykepleie kaller på vurderinger. Det er både noe objektivt og subjektivt i skjønnet. Man kan ikke bare gå etter regler. Man kan gjøre feil



når man dokumenterer, og når man følger retningslinjer, det er mitt poeng.

Hun legger til:

– Skjønn er kunsthåndverk.

– Noe å undres over

For mange generasjoner har Kari Martinsen vært en stemme.

– *Hvordan oppfattes du, tror du?*

– Det er jeg ikke så opptatt av. Men hvis det jeg skriver om er noe leserne kan kjenne seg igjen i, tenke med og tenke mot, og tenke videre på, så er det fint.

Filosofi har med menneskers liv å gjøre:

– Min empiri er det som sykepleiere, pårørende og pasienter forteller. De sier noe utover det sykepleie er. Om noe uberørt. Noe å undres over. Jeg har fått til meg ordet hellig.

Hun vet det selv. Når hun bruker et slikt ord, kan hun støte folk fra seg. I hennes siste bok *Bevegelig berørt* skriver hun:

«Jeg er klar over at ordet hellig kan virke anstøtelig, kanskje også gi en følelse av forlegenhet». Og så ber hun leserne være åpne for hvorfor hun våger å ta det ordet i sin munn.

– Jeg tenker ikke over hvem jeg skriver for. Men det jeg skriver, handler om de grunnleggende spørsmål i menneskers liv.

– *Mange etterlyser mer undervisning om anatomi?*

– Jeg kan godt forstå det, sykepleiere må kunne anatomi og fysiologi. I tillegg er det mye teknisk de skal beherske. Men det er for kort tid å lære seg instrumentelle ferdigheter på tre år. Det er ikke bare å sette en magesonde.

– *Man må lære seg håndlaget?*

– Ja, men det gjelder i alt det sykepleierne gjør. Håndlaget må trenes. For eksempel er det en kunst å gi godt munnstell. Den grunnleggende pleien blir ofte forsømt i kavet vårt. Man kan ikke hysje på omsorgen. Kroppene våre er langsomme. Pleien tar den tiden den tar.

Mens hun blir fotografert, skriver hun noen ord på journalistblokken.

Det står: «Håpet er hellig. Håpet og trøsten.» ■



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

4. del

Spesialsykepleiere kan snakke med ungdommer om seksualitet eller gjøre en eldre pasient klar til operasjon – kjernen i yrket er ikke alltid lett å få øye på.

Hva har sykepleiere **felles**?

” Sykepleie er for meg kunnskap til å sette seg inn i et annet menneske sitt liv uten selv å overveldes.

Svar fra en psykiatrisk sykepleier i ambulant akutt-team i undersøkelsen om hva sykepleiere bruker tiden sin på.

Fakta

Anestesisykepleiere

Antall i Norge: Rundt 2000

Kjønnfordeling: 74 prosent kvinner, 26 prosent menn

Gjennomsnittsalder: 48 år

Lengde på utdanningen: 1,5 år (videreutdanning) eller 2 år (master)

Opprettet: 1965

Kilde: ABIO-rapporten og
Therese Jenssen Finjam

Balanserer pust, puls og trykk

Tekst og foto **Nina Hernæs**

Potente medikamenter og avanserte maskiner: Men en viktig del av jobben gjør Thomas Pettersen med hendene.

Varsomt løfter Thomas Pettersen opp pasientens øyelokk. Pupillene er stive og øyeeplene matte. Fra venstre øyekrok triller en tåre.

En kikkhullsoperasjon er nesten over på Sykehuset Telemark.

– Han har litt væske i øyet fordi kroppen er tippet med bena opp og hodet ned. Da renner det lettere tårer og snørr. Han gråter ikke fordi han har vondt, men pasienter i narkose kan gråte hvis de har smerter, sier Thomas Pettersen.

Kontrollerer i sirkel

Han legger øyelokket ned igjen og teiper det så øyet ikke skal tørke ut. Lar blikket gå i en sirkel fra sprøytepumpen bak pasientens venstre hode, nedover slangen der smertestillende uten motstand drypper inn i den perifere venekanylen, videre til tuben i pasientens luftveier, fortsetter til høyre hånd og den andre venekanylen, over til ventilatoren og skopet. Det angir hvor godt oksygenert, ventilert og smertelindret pasienten er. Alle verdier tilsier at pasienten ligger i dyp, smerteløs søvn.

Et stort ansvar

Mens pasienten blir operert, opprettholder anestesisykepleieren hans basale livsfunksjoner.

– Pasientene kommer til oss og gir fra seg kontrollen over egen kropp. Overraskende mange vet ikke at de vil slutte å puste.

Thomas Pettersen tenker ikke på det hele tiden, men det slår ham iblant: Hvis ikke han gjør jobben sin, kan det få forferdelige konsekvenser.

Tanken dukker særlig opp i møte med barn.

– Når foreldre gir fra seg en ettåring til meg, skjønner jeg at det jeg driver med, er et privilegium og et stort ansvar.

Bruker hendene

Maskinene rundt ham måler og regner ut hvor mye oksygen pasienten får, om det når helt ut i de ytterste fingre og tær, om blodtrykket stiger eller synker. Går en verdi opp, må han finne ut hvorfor og kanskje korrigere. Går en annen ned, må han finne ut av det.

Men maskinene forteller ikke alt. Derfor bruker Pettersen hendene. Bøyer seg ned, legger hånden på pannen, kinnene, kjenner at huden er tørr og varm. Tar på ny bort teipen over øynene og kontrollerer pupillene for å se hvor godt opiatene virker.

– Er det greit, Thomas, at vi øker trykket til 16?

En robot med fire armer henger over pasienten. Buken er fylt med gass for å gi kirurgen bedre oversikt. Robotarmene skjærer i en kreftsyk prostata. Kirurgen styrer dem fra et hjørne av rommet.

– Øk, dere, sier Pettersen.

Når gassen spenner ut buken enda mer, blir lungene presset sammen og



STÅLKONTROLL PÅ ANESTESIEN: Thomas Pettersen sørger for at pasienten sover dypt og ligger helt rolig mens kirurgen opererer.

han må avpasse ventileringen. Alt han gjør, er en balansegang for å holde pasienten stabil.

Fra rutine til liv og død

– For meg er basis i sykepleien å hjelpe pasienten til å ta vare på seg selv, sier han.

– På forskjellige nivåer. Her inne går vi så langt at vi overtar funksjoner.

Han gir anestesi til ettåringer og eldre, under rutineinngrep til øyeblikkelig hjelp hvor noen er i ferd med å dø eller også dør på bordet. Han hjelper til på post med å legge kanyler i trøblete årer. Det er action og omsorg, også når han står i akuttmottaket og tar imot traumer.

– Det kan være ganske voldsomt å

bli møtt av femten mennesker, få tøyet revet av og nåler inn i kroppen. Da er det å roe viktig. Min plass er ved hodet. Jeg prøver å få blikkontakt, se pasienten inn i øynene og si: Hei, jeg heter Thomas, og jeg skal passe på deg.

– Når er du mest sykepleier?

– Når pasienten er våken, da kommuniserer jeg med ord. Den pasientopplevde anestesisykepleien handler om å skape trygghet på ti minutter.

Det hender han holder i hånden og stryker over pannen.

– Da tenker jeg etterpå: Nå har jeg vært sykepleier, sier han og ler litt.

– Selv om jeg er like mye sykepleier når jeg skrur på ventilatoren.

– Hva har du mest bruk for fra grunnutdanningen?

– Ikke lett å si, det må jeg ærlig innrømme. Men hovedoppgaven vi skrev, om hvordan sette pasienten i best mulig stand til å ta vare på seg selv, har fulgt meg hele veien. Jeg jobber for å minimere det som kan forhindre at pasienten blir frisk. Det handler om tekniske ting, som å legge kanyler for å smertelindre. Og å ha hender som ikke er røffe og hardhendte.

– Hva er dine viktigste verktøy?

– Hjernen min. Den bruker jeg i møte med pasienten og til å følge med på apparatene som hjelper meg med å utføre sykepleie. Den rommer det jeg vet om sykepleie og pasientens behov. Apparatene er viktige, men verdiløse hvis jeg ikke vet hva jeg skal gjøre med det de forteller meg. ■

Fakta

Helsesykepleiere

Antall i Norge: Rundt 2720

Kjønnfordeling: 11 menn
(0,4 prosent) per november 2018

Gjennomsnittsalder: 48,7 år

Lengde på videreutdanningen:
1 år, eller 2 år (master)

Videreutdanningen startet: 1947

Kilder: Medlemstjenester hos NSF
og Kristin Sofie Waldum-Grevbo

– Mitt viktigste verktøy er meg sjøl

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Randi Elisabeth Olsen bruker både etikken, anatomien, fysiologien og en del av de tekniske prosedyrene fra grunnutdanningen når hun skal være helsesykepleier for de unge i Tromsø.

– Du, har du sett hvordan skilpadder har seg?

Tiendeklassingen på bakerste benk har fått en assosiasjon han bare må dele. Klassen hans er på helsestasjon for ungdom for å lære om kropp og seksualitet fra helsesykepleier Randi Elisabeth Olsen.

– Nei, hvordan er det? sier hun.

– Helt fåkka! Du blir traumatisert for resten av livet hvis du ser den filmen på YouTube!

Olsen står foran powerpoint-presentasjonen sin på ungdomshuset Tvibit i Tromsø, hvor helsestasjonen for ungdom holder til. Hun er dreven i gamet og lar seg fascinere litt av skilpaddenes sexliv før hun går videre i programmet.

Må lytte og kommunisere

To ganger i uka fra september til april underviser hun og kollegaer kommunens tiendeklassinger om kropp og seksualitet. I dag er en kollega syk, så hun må ta hele bolken alene.

– Jobben min er å bidra til at de unge klarer å håndtere de helseutfordringer de står i. Ungdom er så fulle av pågangsmot og ressurser. Det er spennende å hjelpe dem med å hente frem de ressursene.

– *Hva er ditt viktigste verktøy?*

– Meg sjøl og relasjonskompetansen min. Den bruker jeg for å skape tillit.

Jeg må være flink til å lytte og kommunisere. Da jeg jobbet som sykepleier på hjerteavdelingen på sykehuset, hadde vi prosedyrer. Det har vi ikke på samme måte her. Her kan vi ha ti ulike innganger til samme problem. Kommer det en ungdom hit, må jeg prøve å forstå hva den kommer med. Jeg må spille på lag, ta utgangspunkt i det de legger frem, og hjelpe dem å forstå hva det handler om.

Samtykke og porno

Olsen viser ungdommene på Tvibit en film: Consent: it's simple as tea. Filmen er på engelsk, og den mannlige fortellerstemmen bruker en kopp te som metafor for sex.

– Hva prøver de å si i denne filmen? spør Olsen.

– At han er veldig glad i te, sier en av guttene.

– At det er viktig med samtykke før man har sex, sier ei jente.

Olsen går videre til å snakke om forskjellen på porno og sex.

– I pornoen virker det som om de holder på veldig lenge, sier Olsen og fortsetter:

– De må nok ta pauser. Kanskje mister mannen ereksjonen, og så må de fortsette opptaket senere. Men i virkeligheten ...

– Tar de ikke pauser i virkeligheten? avbryter en av ungdommene.



MANGE SPØRSMÅL: Helseyskepleier Randi Elisabeth Olsen har seksualundervisning for tiendeklassinger i Tromsø.

- Jo, de kan selvfølgelig det, men ...
- De kan jo ta en kopp te, kommer det kvikt fra en gutt på første rad.

Mye etikk

Olsen anslår at hun er 60 prosent helseyskepleier, 30 prosent sykepleier og 10 prosent sekretær.

– Vi må søke om en del midler til drift. Nå skal vi i gang med en chattetjeneste, og da har vi søkt hos Helsedirektoratet.

– *Hva bruker du fra grunnutdanningen?*

– Etikken. Pluss en del tekniske oppgaver som innsetting av p-stav, blodprøver og slike ting som jeg ofte gjør på studenthelsestasjonen, hvor jeg er en dag i uka. Anatomien og fysiologien bruker jeg også. Ungdommene er nysgjerrige på å vite hva som skjer i kroppen når man bruker prevensjon.

Olsen er litt psykolog og sosiolog også.

– Helseyskepleiere må forstå både mennesket og samfunnet. Det er kjempeviktig at vi er med i den politiske debatten.

Kjønnsidentitet og kondomer

På Tvibit har Randi Elisabeth Olsen kommet til temaet kjønnsidentitet.

– Er det en mental lidelse hvis du føler deg som dame hvis du er mann, lurer en gutt på.

Olsen avkrefter det, men en av ungdommene er ikke enig.

Så forteller Olsen om Tyskland hvor de har både han, hun og hen, og at vi i Norge har kun to juridiske kjønn. Hun sier man kan kontakte folkeregisteret eller politiet for å få et nytt navn og et nytt personnummer som tilsvarer motsatt kjønn, hvis man ønsker det. De diskuterer begreper som panseseksualitet og ciskjønnede.

Etter lunsj handler det blant annet om prevensjon. Guttene lurer på hva som skjer hvis de tar en p-pille og om jenter kan ha mensén to ganger i måneden. Så blir de satt i grupper for å lære å tre på kondom på en penis av silikon.

– La det være litt rynker på den så den ikke sprekker ved utløsning. Hvis man synes at man kommer for tidlig, kan man bruke to kondomer på én gang for å redusere følelsen, råder Olsen. ■

Fakta

Operasjonssykepleiere

Antall i Norge: Rundt 1000

Kjønnfordeling: Rundt 97 prosent kvinner, rundt 3 prosent menn

Gjennomsnittsalder: 52 år

Lengde på videreutdanningen: 1,5 år (videreutdanning) eller 2 år (master)

Opprettet: 1974

Kilde: ABIO-rapporten, Mette Høyland, NSF og Jan-Thore Lockertsen

– Jeg kommer tett på hver pasient

Tekst og foto **Nina Hernæs**

Inger Liv Svendsgård tåler både blod, tempo og sterke følelser.

– Bare gråt. Du trenger ikke å ta deg sammen overfor meg.

På gynekologisk operasjonsavdeling på Ullevål sykehus har en ung jente lagt seg på operasjonsbordet. Hun prøver å holde stemmen munter, men greier ikke skjule hvordan hun egentlig har det.

– Det er lov å være redd, sier Inger Liv Svendsgård beroligende.

– Men vi skal passe veldig godt på deg.

Unnfangelse og forløsning

Her, i dette korte møtet med den våkne pasienten, utøver Svendsgård viktig operasjonssykepleie. I løpet av noen minutter vinner hun tillit og gir trygghet.

Inn hit kommer kvinner, mange med intenst barneønske, for å fjerne muskelknuter i livmor, skrelle vekk cyster på eggstokker eller åpne tette eggledere. Andre er gravide, men må forløses med keisersnitt. Det er planlagte operasjoner og øyeblikkelig hjelp-situasjoner der sekunder kan avgjøre forskjellen på liv og død.

Mens hun sover

Inger Liv Svendsgård småprater med kvinnen, trygger og stiller viktige spørsmål. Har hun problemer med hoftene? Metall i kroppen? Snart ligger kvinnen i narkose og Svendsgård er med å leire henne på bordet. Legger beina i benholderne.

Ikke skade

– Alt jeg gjør, handler om å ikke skade pasienten, sier Inger Liv Svendsgård. Hun går nedover gangen mellom operasjonsstuen. Bevegelsene er rolige, men har en hurtighet som bringer henne langt ut av syne om man ikke henger tett på.

– Vi må forebygge infeksjoner, forhindre skader på nerver, i muskler eller skjelett. Sørg for at hun ikke fryser. Bli hun kald, øker risikoen for komplikasjoner, sier hun.

Kvinnene kommer inn på stuen, nesten nakne.

– De faster og er kjempestresset. Vi skal ivareta dem.

Svendsgård kjører frem sterile pakker på et trillebord, tar imot en beskjed og gir den videre.

– Pasienten, sier hun, er min premissleverandør. Ikke kirurgen.

Hun ser over skapene fylt med utstyr som gasslanger, troikaer og ulike typer sug.

– Jeg gjør alt jeg kan for at kirurgen skal ha bra verktøy, men hensikten er å gjøre det beste for pasienten.

En egen funksjon

Når hun nitid og med falkeblikk plukker utstyr, krysser av på sjekklister og klargjør preparater som skal videre til patologen, er det pasienten hun server. Det samme når hun pakker opp sterile instrumenter og det flerrer i plast inne på operasjonsstuen. Eller når hun teller



KROPPEN FASCINERER: – Det er helt utrolig hva den finner seg i at vi gjør med den, sier operasjonssykepleier Inger Liv Svendsgård.

nåler for å kontrollere at ingen er glemte igjen inne i pasienten.

Seksjonsleder Trude Rosvold peker på et unikt aspekt ved operasjonssykepleie: Det er en helt selvstendig funksjon. De jobber ikke på delegert ansvar.

– Operasjonssykepleierne her har det totale ansvaret for å desinfisere feltet og leire pasienten.

Å gi omsorg

Og for Inger Liv Svendsgård handler det ansvaret om å utøve sykepleie. Absolutt hele tiden.

– Min kjerne er sykepleie og handler om å gi pasienten omsorg.

Hun mener spesialutdanningen ikke har gjort henne til noe annet, men til noe mer.

– Jeg har veldig mange flere ferdigheter og kunnskaper, og det er ikke til forkleinelse for vanlige sykepleiere, men jeg har spesialkunnskap. Alle vurderinger jeg gjør, er basert på det jeg har erfart og kan. Det gjør at jeg leser situasjonen på en annen måte.

Det grunnleggende består.

– Jeg observerer, følger med og er nær. Kjenner på huden. Det spesielle er at jeg gir sykepleie til en som sover, men det stilles akkurat like strenge krav til sykepleien som når pasienten er våken. Noen sier det er definisjonen på integritet: å gjøre det riktige, selv om ingen ser deg.

Aldri alene

– Kunne andre gjort jobben du gjør?

– Nei. I utlandet fins rene operasjonsteknikere, men de har ikke handlingsberedskap. Treffer kirurgen feil og perforerer tarmen, aner ikke teknikerne hva de skal gjøre. Det gjør jeg. Jeg har et bredt arsenal av tiltak.

Og hun står ikke i en slik situasjon alene. Store, vanskelige vurderinger gjøres sammen med andre.

– Vi jobber alltid i team, kirurger, operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. Det er spesielt med å jobbe som operasjonssykepleier.

En viktig del av jobben er derfor å være en god lagspiller.

– Vi er avhengig av hverandre her inne.

– Hva er ditt viktigste verktøy?

– Hodet og hendene. Og hjertet. ■

Fakta

Jordmor

Jordmor har egen autorisasjon som gir rett til yrkesutøvelse frem til personen blir 80 år.

Antall i Norge: 6587

Kjønnfordeling: 19 menn (0,3 prosent), 6568 kvinner

Gjennomsnittsalder: 49 år (tallet er ekskludert dem over 67 år)

Lengde på videreutdanningen: 2 år

Videreutdanningen startet: 1952.

Fra 1818 var det en egen jordmorutdanning.

Kilde: Helsepersonellregisteret/
Helsedirektoratet. Tallene er per 21.12. 2018

Jordmor på toppen

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Anette Steelman tenker ikke at hun er sykepleier i bunn, men heller jordmor på topp. – Identiteten som jordmor er mye sterkere enn identiteten jeg hadde som sykepleier, sier hun.

Plutselig dempes lyset i de milelange, men stille korridorene på føde/barsel på Sykehuset Østfold, Kalnes. Klokkas har blitt 23, og Anette Steelman er en time inne i nattevakten sin.

Hun er jordmor på avdeling B, dit de som av ulike grunner trenger ekstra oppfølging, kommer. Der går hun tredelt turnus og ruller mellom observasjon, føde og barsel.

Mest jordmor, litt sekretær

I natt skal Steelman ha ansvaret for fire rom på barsel, men kan ved behov også måtte assistere som jordmor ved fødsler.

– Mange drømmer om å bli jordmor. Jeg var ikke en av dem. Men da jeg litt tilfeldig havnet på studiet, ble jeg fullstendig bitt av basillen, sier hun og forklarer:

– Der fikk jeg lære om det friske, om naturlige prosesser og det flotte ved å skape liv. Som sykepleier var det mest patologi og det syke det handlet om.

Steelman er 45 år og har vært jordmor siden 2004. Før det var hun sykepleier i sju år på ulike avdelinger på Ullevål i Oslo. Hun synes det er naturlig at jordmorutdanningen er en videreutdanning til sykepleien. Hun klarer ikke å skille sykepleieren fra jordmor fordi det går så inn i hverandre.

– Jeg bruker grunnleggende sykepleie hele tiden og er avhengig av den kunnskapen for å kunne utføre jordmorfaget.

Hun føler seg som 80 prosent jordmor og 20 prosent sekretær. Så det kunne vært mer tid til å være jordmor, sier hun.

Ser verden gjennom jordmorbriller

– Føler du deg som mer eller mindre sykepleier etter at du tok videreutdanningen?

– Mer jordmor! En jordmor sa at hun i stedet for å være sykepleier i bunn er jordmor på topp. Sånn føler jeg det også. Min identitet som jordmor er mye sterkere enn identiteten jeg hadde som sykepleier.

– Hvorfor det?

– Jo lenger man jobber i et felt, jo mer spesialisert blir man, og kanskje man med det får en sterkere identitet. Jordmoridentiteten har vokst frem gjennom mange år.

– Når er du mest jordmor?

– Når jeg tar imot barn, hjelper til med amming eller snakker med gravide om forventningene til fødselen og tiden etterpå. Men også utenfor jobben. Når jordmødre møtes på fritiden, snakker vi fag. Vi ser verden gjennom jordmorbriller.

Hun følger mye mer med på politiske debatter enn før. Slikt som angår jordmorfaget, som tredelt foreldrepermisjon eller styrking av jordmortjenesten i kommunene, fødselstallene som går ned, og stenging av fødestuer.

– Jeg tror vi jordmødre føler oss litt som kvinnes advokater. Så engasjert var jeg ikke som sykepleier, men da var jeg jo også veldig ung, siden jeg



VIKTIGE HENDER: Hendene er mitt viktigste verktøy, sammen med god kommunikasjon, sier Anette Steelman.

startet utdanningen min som 19-åring. Og nå er jeg leder i Jordmorforbundet NSF i Østfold.

Hendene er viktigste verktøy

På barsel tar Steelman runden før natten og banker på rommene hun har ansvaret for. Hun kjenner på magene og sjekker hvordan det står til med både mor, barn og far. Snakker om fødselen. Spør hvordan det går med blødninger, ammingen og tilbyr løsninger. Noen får tilbud om smertestillende, noen må få blodtrykket eller blodsukkeret sjekket. De legger en plan for mating gjennom natta. Hun registrerer hvem som virker deprimerte og gir dem ekstra oppfølging.

– Sammen med god kommunikasjon er hendene mitt viktigste verktøy. Med dem tar jeg Leopolds håndgrep og kjenner blant annet om barnet ligger i sete- eller hodeleie. Fingrene mine anslår åpningen på mormunnen, lengden på livmorhalsen og fremgangen i fødsel. Jeg bruker også hendene til å kjenne på magene til dem som har født for å sjekke hvordan det står til med livmoren.

Isbind på DIY-metoden

En kvinne kommer ut i korridoren og ber om et isbind for å lindre smertene i underlivet. Hun forteller også at hun tror det var Steelman som tok imot hennes første barn for åtte år siden.

Sykehuset har ikke ferdige isbind, men Steelman tar det hun har til rådighet: En blå plasthanske, isbiter og en liten bleie. Hun fisker opp saksen hun går med i brystlommen og klipper et snitt i bleia, legger isbitene i hansken og hansken inn i snittet i bleia.

– Sånn, dette kan fungere som isbind, sier hun og spør om det er noen spørsmål før natten.

Det er det ikke.

– Og amming, da?

– Jeg kjenner jeg kvier meg litt ...

Steelman spriter hendene og ser nærmere på brystvortene til kvinnen. Hun gir henne råd om å prøve ulike stillinger, så sønnen får andre grep når han skal suge.

– Dette styrer du bra. Men bare si ifra og dra i snora hvis det er noe! ■

Fakta

Intensivsykepleiere

Antall i Norge: Rundt 1600

Kjønnfordeling: 90 prosent kvinner, 10 prosent menn

Gjennomsnittsalder: 47 år

Lengde på videreutdanningen: 1,5 år (videreutdanning) eller 2 år (master)

Opprettet: 1970-tallet

Kilde: ABIO-rapporten og Paula M. E. Lykke

Har skjerpet det kliniske blikket

Tekst og foto **Nina Hernæs**

Anne Cecilie Strand gir intensivsykepleie til de sykeste barna i landet.

– For meg er intensivsykepleie den ultimate videreutdanningen etter grunnutdanning i sykepleie, sier Anne Cecilie Strand.

Hun står i gangen på barneintensiv på Rikshospitalet i Oslo.

– Intensivsykepleie bygger videre på grunnkompetansen, forklarer hun.

– Vi har grundigere kunnskaper om kroppen og kan i mer avansert grad assistere pasienten ved funksjonssvikt. Etter mitt syn kan hele intensivsykepleieren brukes overalt. Kunnskapen er så avansert og samtidig en base for hele sykepleieryrket.

– *Burde alle hatt videreutdanning i intensivsykepleie?*

– Hvorfor ikke?

Gir bredere kunnskap

Hun smiler litt, men stemmen er alvorlig.

– Hvis du sammenlikner med jordmor, er også det en videreutdanning som bygger på grunnutdanningen. Men den spesialiserer seg til en definert gruppe pasienter. Det samme med anestesi, som også er en del prosedyrebasert. Ulike videreutdanninger spesialiserer seg på ulike måter. Jeg synes intensivsykepleie gir en veldig bred kunnskapsbase. Den utfordrer og krever at man oppøver det kliniske blikket.

Ingen vanlige sykepleiere

Til barneintensiv kommer barn med svikt i ett eller flere organer. Alvorlige

drukningsulykker, nyfødte med store misdannelser, barn som er operert, med kreft eller sepsis.

Med rolige skritt går Anne Cecilie Strand inn på en av intensivstuene. En nyfødt er koplet til apparater som overvåker livsfunksjoner. To sykepleiere står rundt den lille sengen. På barneintensiv er det alltid en til to sykepleiere på hver pasient. Avdelingen er bemannet etter norsk intensivstandard, de aller fleste sykepleierne er intensivutdannet. Et par er barne- eller anestesiutdannet.

– Det vi driver med, er så avansert at det ikke er rom for annet, sier Strand.

– Det er som anestesi og operasjon. Det er ikke vanlige sykepleiere uten videreutdanning på de avdelingene.

Kommer fra hele landet

Hit kommer barn fra 0 til 18 år. Når det er ledig kapasitet, også voksne.

– Å yte intensivsykepleie med organstøttende behandling til voksne og barn handler om mye av det samme, men med barn er det mye mer å ta hensyn til, påpeker hun.

– De er ulike både i kilo og utvikling. Normalverdiene er helt annerledes.

En ekstra dimensjon er at hun også ivaretar foreldre og søsken. At de kan komme langveis fra, er en ekstra utfordring. De kan være langt unna familie og nettverk.

– Å ta imot et barn som kommer helt fra Finnmark, som er svært kritisk sykt,



INTENSIVSYKEPLEIER, IKKE SPESIALSYKEPLEIER: Anne Cecilie Strand vil kalles noe som forteller hva hun kan.

der mor har fått være med i helikopteret og far kommer etter, er en type situasjon jeg kan stå i. Den må jeg bruke alt jeg har lært i sykepleien, for å håndtere.

Beholde sin integritet

Hun har alltid visst at hun ville jobbe med denne akutte biten av faget.

– Det har appellert til meg bestandig, å ivareta og gjøre en forskjell for de akutt og kritisk syke pasientene.

– *Hva mener du med å ivareta?*

– Å hjelpe dem til å beholde sin integritet, sin personlige hygiene, gi den behandlingen som er ordinert. Legge til rette for at de skal komme gjennom oppholdet med minst mulig skade på kropp og sjel. Målet er å gjenopprette, at de skal få tilbake det livet de hadde

før, eller legge til rette for en verdig død.

Ser pasienten i en sammenheng

– *Hva bruker du fra grunnutdanningen?*

– Alt. Bortsett fra kanskje de altfor teoretiske sykepleierteoriene, som må ha gått i glemmeboken.

Hun hever ørlite på øyebrynene.

– Den helhetlige tenkningen. Jeg ser pasienten som et selvstendig individ i en sammenheng.

Hun ivaretar det fysiske, det psykiske, det etiske og estetiske.

– Cathinka Guldberg sa noe sånt som at hvis det ikke er pent og rent rundt pasienten, er det ikke kime til godt humør. Det er kjempeviktig, også her.

Sykepleie for henne er å hjelpe mennesker til å kunne ivareta seg selv mest

mulig oppe i en kritisk tilstand.

– Det er felles for alle sykepleiere. Forskjellen her er at de ikke bare er syke, men akutt og kritisk syke.

– *Hva er ditt viktigste verktøy?*

– Meg selv. At jeg er oppdatert, følger med og samarbeider med de andre her på tvers av fag. Det er hele tiden noe nytt. Nytt utstyr, nye medisiner. Intensivsykepleie er ferskvare.

Spesialsykepleier vil hun ikke kalles.

– Hva er egentlig det, spør hun og fnyser litt.

– Det er et møkkaord, det beskriver ingenting, verken hva jeg kan eller hva jeg gjør.

– *Så du er?*

– Intensivsykepleier, slår Anne Cecilie Strand fast. ■

Fakta

Psykiatrisk sykepleier

Antall i Norge: 5350

Faggruppen har 1408 medlemmer, cirka 15 prosent av dem er menn

Gjennomsnittsalder: Cirka 51 år

Lengde på tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid:

1 år, eller 2 år (master)

Opprettet: 1954

Kilde: NSF, Svein Roald Schømer-Olsen og medlemsservice

– Å være er min viktigste jobb

Tekst og foto **Elin Marie Fredriksen**

Psykiatrisk sykepleier Eilin Storaas har alltid med seg filosofen Søren Kierkegaards ideer. Hans hjelpekunst er hennes arbeidsmetode.

– Min jobb er å lytte; høre etter hva den andre prøver å fortelle meg. Reflektere sammen, undre sammen, sier Eilin Storaas.

Det å være der er en av hennes viktigste oppgaver som psykiatrisk sykepleier.

– Det å hjelpe den andre videre i det steget som den andre vil ta, utdyper hun.

– Er det en vanskelig jobb? Å være?

– Noen ganger, ja. Det er viktig å legge seg selv bort. Målet er jo at den andre skal få tro på seg selv, finne sine egne mestringsstrategier og sine egne verktøy. Jeg må ikke bli verktøyet.

Storaas kaller ikke noen pasient, ikke bruker, av og til tjenestemottaker, men stort sett referer hun til «den andre» når hun snakker om menneskene hun hjelper. For å understreke at de er likeverdige, de to som møtes.

Forebygging billigst

Eilin Storaas er fagleder for Rus- og psykisk helsetjeneste i Nordreisa kommune i Troms. Et team med to psykiatriske sykepleiere, en sykepleier med videreutdanning i psykisk helse, en vernepleier, en sosionom, helsefagarbeidere og miljøarbeidere. En uvurderlig tverrfaglighet, mener hun.

– Det er kjempespennende og artig å diskutere problemstillinger med mennesker som har en annen bakgrunn og sosialisering inn i yrket, og ikke minst en annen livsanskuelse.

Storaas selv er mange steder.

Tjenesten er usynlig for de fleste, men er involvert i det meste. DPS, Nav, PPT, fastlege, helsesøster, barnevern, jordmortjeneste, forebyggende gruppe, flyktningtjeneste, barnehager, skoler, ungdomsråd, ungdomskontakt, interessegrupper og frivillighetssentralen er bare noen av dem hun samarbeider med.

Hos enkeltbrukere er det behovet som bestemmer samarbeidet. Da handler det ofte om å forebygge mobbing og utenforskap, sosiale ulikheter og fysiske helseplager.

Forebygging er Storaas' mantra. Hennes mål er å sørge for at færrest mulig barn og unge skal få en rus- eller psykisk lidelse. På lang sikt er det langt billigere enn behandling.

– En ting er økonomi, men den menneskelige belastningen det er å slite over flere år, er svært stor. Hos veldig mange jeg møter, tenker jeg at på et eller annet vis har ikke de voksne gjort jobben. Mange har opplevd mobbing, utestengelser og krenkelser i tidligere år som de bærer preg av i voksen alder.

Fra svingdør til mestring

Jobben med å hjelpe mennesker ut av denne lidelsen har endret seg mye de 20 årene Eilin Storaas har jobbet som psykiatrisk sykepleier.

– Å ja. Tidligere besto mye av arbeidshverdagen i å dosere og dele ut medisiner. Ofte gjaldt det bare å få



VERDIEN AV BILTUR: Eilin Storaas i Nordreisa mener det kan være god sykepleie å lage mat – eller å kjøre bil sammen. – Det viktigste arbeidsverktøyet jeg har, er meg selv.

den rette pillen. Folk brukte mange medisiner som var svært avhengighetsskapende og hadde mange bivirkninger. I dag er både legene og vi flinkere til å vurdere om det er andre ting vi kan prøve først. Diagnose-systemet er kanskje også blitt bedre, og mennesker oppsøker hjelp tidligere. Ikke minst har vi en helt annen åpenhet.

De gamle «svingdørspasientene» – pasienter som går inn og ut av spesialisthelsetjenesten uten å bli nevneverdig friskere – blir stadig færre.

– Før fikk mennesker et vedtak som gjerne ble forlenget, og tilbudet kunne vare i flere år. Nå jobber vi mer aktivt med å spørre hva som er viktig for den enkelte og hva vedkommende ønsker hjelp med. Vi spør: Hvordan

ønsker du at livet skal være om ett år? Hva tenker du at du kan gjøre for å nå dette målet, og hva tenker du vi kan gjøre? Mennesker øver, mestrer, får det til, og trenger etter hvert ikke lenger et tjenestetilbud fra oss.

Dør av somatisk lidelse

Eilin Storaas var ferdig utdannet psykiatrisk sykepleier i 1997. Året etter ble videreutdanningen erstattet med en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. I dag er det 151 ulike helsefaglige utdanninger som kvalifiserer til videreutdanning i psykisk helsearbeid. Studentene lærer mye om kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning. Men for lite om sammenhengen mellom psykiske og

somatiske lidelser og omsorg til hele mennesket, sier kritikerne av dagens videreutdanning.

Og med tanke på at mennesker med psykiske lidelser forkorter levetiden med 15–20 år på grunn av somatisk sykdom, kan det være at de har et poeng, tror Eilin Storaas. Mennesker dør ikke av sin psykiske lidelse, men av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner. Storaas ser denne sammenhengen godt.

– Når symptomtrykket på grunn av den psykiske helsa er stort, er det ikke alltid like greit å ta vare på den fysiske helsa. Det kan være tungt å komme seg ut og være fysisk aktiv. Med matlaging blir det ofte den enkleste løsningen. Det kan bli en del Grandiosa.

– Ser du at mennesker har dårlig fysisk helse?

– Ja. For mange er det utfordrende. Og det ønsker vi å gjøre noe med.

Og her er vi ved nok et av Storaas' hjertebarn: Sekundærforebygging. Jobben ute blant tjenestemottakerne handler mye om å følge dem på møter, til fastlege og Nav og ut i butikken for å handle. Og ikke minst å mestre dagligdagse ting i hjemmet, som god personlig hygiene, et godt kosthold, være fysiske aktiv og få en god natts søvn.

Det er også mye god sykepleie i å gå en tur, mener Storaas. Eller kjøpe en tur. Det blir en del terapeutisk bilkjøring. Storaas opplever ofte at det kan være lettere for mennesker å åpne seg når man sitter ved siden av hverandre i en bil enn overfor hverandre i et samtalerom.

– Det er også noe med det å få bevegelse i sanseninntrykk og tanker. Snakke om det man ser rundt seg, det fine måneskinnet eller de fine fargene ute. Da prøver jeg å hjelpe den andre til å se det som er godt i livet. Uten å bli for entusiastisk, som av og til kan virke motsatt.

– Snakker dere mye om diagnoser?

– Nei, ikke mye. Vi har et nært samarbeid med DPS, og mange går til behandler der. Jeg tenker at det å få være med meg ute og gjøre dagligdagse ting er en del av normaliseringa, og alt som har med diagnose å gjøre snakker man med behandler om.

– Så du er ikke en behandler?

– Kan ikke godt miljøarbeid være god behandling?

Eilin Storaas har en stor verktøykasse. I tillegg til videreutdanning i psykiatrisk sykepleie har hun videreutdanning i voksenpedagogikk, demens, alderspsykiatri og samisk kulturkunnskap. Hun har fulgt opplæringsprogram i kropp og selvfølelse, er kursleder i depresjonsmestring og mestring av belastningslidelser. Og på toppen av dette er hun medisinsk yogainstruktør.

– Hva tenker du om at du som har flere års høyskoleutdanning og videreutdanning skal gå i butikker og hjelpe folk med å handle og lage mat og kjøre tur?

– Å lage mat er mye mer enn å lage

mat. Det er mestring. Det handler om å kjøpe inn mat, om å tilberede mat, lage den god og delikat, slik at man får lyst til å spise den, og det handler om å tenke igjennom hva man spiser.

Doktorgården

Folkehelsearbeid her i landet har tradisjonelt fokusert på somatisk sykdom og risikofaktorer som usunt kosthold, lite fysisk aktivitet, røyk og alkohol. Samtidig vil mellom en tredel og halvparten av oss oppleve minst én periode i livet med en diagnostiserbar psykisk lidelse, ifølge Folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter» fra 2015.

«Hos veldig mange jeg møter, tenker jeg at på et eller annet vis har ikke de voksne gjort jobben.»

Eilin Storaas, psykiatrisk sykepleier i Nordreisa

Psykiske plager og lidelser er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Derfor likestiller nå regjeringen psykisk helse med fysisk helse og vil «skape et samfunn som i større grad fremmer psykisk helse gjennom å legge mer vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening».

Det er musikk i Eilin Storaas' ører. Hun vil at samtlige 4918 innbyggere i Nordreisa skal ha det godt. Mye av folkehelsearbeidet i kommunen skal drives i Doktorgården som åpnet i fjor høst. Et hus «for alle», ifølge Storaas. Med og uten diagnose.

På dette folkehelsesenteret er brukerorganisasjonene Mental Helse og RIO allerede på plass, det samme er Frivillighetssentralen, som driver tilbudet «Aktiv på dagtid». Og Rus- og psykiatritjenesten har kjøpt inn Playstation 4, så ungdom kan komme sammen med voksne og spille.

– Jeg håper også at vi kan få til matkurs og hybelmatkurs for ungdom. Noen ønsker seg fotokurs, så det må vi prøve å få til. Jeg har også lyst til å få

til en internasjonal kvinnegruppe, og utenfor har vi en liten hage, og der kan vi kanskje etter hvert dyrke poteter og gulrøtter.

Selv kan hun tenke seg å holde kurs i pusteteknikker fra yoga. Men hva huset skal romme, blir egentlig opp til hva de som skal bruke det ønsker.

En gave

– Jeg tenker mange ganger at det er en gave å få være sykepleier i møte med folk som deler av seg selv på det mest sårbare i livet, sier Eilin Storaas.

– Hva har du lært i disse årene?

– Ydmykelsen i livet for den andre.

Men også gleden ved å mestre, gleden ved å komme seg igjennom store utfordringer.

– Det er kanskje ingen sykepleiere som bruker seg selv så mye som psykiatriske sykepleiere. Er du nødt til å tenke mye over hvem du er og hvordan du er som person?

– Ja, det viktigste arbeidsverktøyet jeg har er meg selv. Noen ganger tenker jeg på om jeg prater for mye, om jeg prater for lite. Men da spør jeg. Jeg bruker også å si til mennesker at om de synes jeg spør om ting som jeg ikke har noe med, så er det helt greit at de sier ifra. Og det er de flinke til.

– Hvor viktig er kjemien mellom deg og den andre?

– Jeg kan ikke si at jeg har opplevd dårlig kjemi med noen. Men noen ganger kan dørstokkmila være stor, og folk kommer ikke til et avtalt møte. Da kan det hende at jeg tenke: Oi, var det noe jeg gjorde? Er det noe jeg har sagt? Er det noe jeg har misforstått? Jeg kan bli usikker.

– Så du er ikke redd for å vise din egen sårbarhet?

– Nei, det er jeg ikke, det er jo menneskelig, sier hun.

– Jeg tenker en del på hvordan vi snakker om «de andre», men det er jo ikke de andre, det er jo meg og deg. Det er det åpenhet må lære oss. At vi alle har en psykisk helse. Vi sitter alle i et glasshus, og gjennom livet skal vi oppleve noen depresjoner alle sammen. Livet er jo ikke lyserødt for noen, sier Eilin Storaas. ■

Finne ledige stillinger på **sykepleienjobb.no**




HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus

INTENSIVSYKEPLEIERE
Intensivavdelingen


SØKNADSFRIST: 28.02.19 STED: STAVANGER



Eidsberg kommune

SYKEPLEIERE
Stillinger ved fortsterket skjermet enhet


SØKNADSFRIST: 17.02.2019 STED: EIDSBERG



VAR HEALTHCARE

REDAKTØR
Var Healthcare


SØKNADSFRIST: 01.03.2019 STED: OSLO



Sør-Varanger kommune

SYKEPLEIERE
3 x 100 % faste stillinger

SØKNADSFRIST: 14.02.19 STED: SØR-VARANGER



Ringsaker kommune

SYKEPLEIER
Demensenheten

SØKNADSFRIST: 16.02.19 STED: RINGSAKER



Hamar kommune

SYKEPLEIER
100 % Fast stilling


SØKNADSFRIST: 16.02.19 STED: HAMAR



SYKEHUSET ØSTFOLD

SYKEPLEIERE
Gastrokirurgi

SØKNADSFRIST: 17.02.19 STED: GRÅLUM



Alta kommune

SYKEPLEIERE
2 x 100 % vikariat i hjemmesykepleien

SØKNADSFRIST: 28.02.19 STED: ALTA



Norsk Sykepleierforbund

RÅDGIVER
Østfold

SØKNADSFRIST: 15.02.19 STED: SARPSBORG



SYKEHUSET TELEMARK

SYKEPLEIERE
Ferievikariater

SØKNADSFRIST: 15.02.19 STED: SKIEN



Sør-Varanger kommune

FERIEVIKARER 2019
Pleie- og omsorgssektoren

SØKNADSFRIST: 05.03.19 STED: SØR-VARANGER



VESTRE VIKEN

SYKEPLEIERE
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling


SØKNADSFRIST: 17.02.19 STED: VETTRE



HELSE FONNA

SJUKEPLEIESTUDENT?
Hos oss får du jobb og stipend


SØKNADSFRIST: 28.02.19 STED: HAUGESUND



Ski kommune

SYKEPLEIERE
Hjemmetjenesten

SØKNADSFRIST: 10.02.19 STED: SKI



Tysfjord kommune

AVDELINGSSYKEPLEIER
og sykepleiere

SØKNADSFRIST: 11.02.2019 STED: TYSFJORD



FAGBOKFORLAGET

FORLAGSREDAKTØR
For sykepleie

SØKNADSFRIST: 11.02.19 STED: BERGEN



Hovedbudskap

«Hva er egentlig sykepleierens særegne ansvar i psykisk helse- og rusfeltet?» er et ikke uvanlig spørsmål fra sykepleierstudenter og mange sykepleiere i deres første møte med tjenestefeltet. Spørsmålet er ikke av ny dato. Slik var det også da jeg begynte å jobbe på et psykiatrisk sykehus på 1980-tallet. Det er mange grunner til at det er sånn. Her setter jeg søkelyset på betydningen av fagkompetanse og fordypning i sykepleie innen psykisk helse og rus.

Nøkkelord

Psykisk helse og rus,
Fagkompetanse

DOI-nummer

10.4220/Sykepleiens.2019.74841

Hva er sykepleie i psykisk helse- og rus-tjenesten?

Sykepleierutdanningen trenger en spesialisering som er rettet mot rus- og psykiatrifeltet.

Med opprettingen av spesialskolene i Oslo i 1954 var psykiatrisk sykepleie en av de første formaliserte spesialutdanningene i sykepleie i Norge. Utdanningen ga en sykepleiefaglig spesialisering og utdanning til lederskap i psykisk helsevern (1).

Utdanningstiden var på ett år med noen uker med teori og lang praksis ved psykiatriske sykehus. Den la stor vekt på å skape en identitet som psykiatrisk sykepleier. Sykepleiere fra hele landet reiste til Oslo for å ta spesialutdanning

i psykiatrisk sykepleie. I 1960 ble det opprettet spesialscole i Bodø og senere i Tromsø, Bergen og Stavanger.

Mer teori, mindre pleie

Teoriandelen økte utover 1980-tallet idet nye temaer kom til. Psykologien fokuserte på utviklingspsykologi og egofunksjoner, sosiologien på normer, makt, avmakt og tvang, og pedagogikken på læring og veiledning.

Den konkrete og praktisk rettede handlingskunnskapen knyttet til pleie

Åshild Fause
Førsteamanuensis,
Institutt for helse- og
omsorgsfag,
Universitetet i Tromsø,
Norges arktiske universitet



av pasientens plager og problemer fikk etter hvert en underordnet plass, mens interaksjonen mellom sykepleiere og pasienter, som de nå het, fikk større innflytelse og ble mer lagt vekt på (2).

Pleie som begrep og praksis ble gradvis borte. Inger Aanderaa, mangeårige lærer ved videreutdanningen ved Dikemark, hevdet at sykepleierne glemte at pasientene hadde en kropp. I stedet utviklet de en fascinasjon for pasientenes følelser og psykologiske traumer (3).

Å observere bivirkninger av medikamenter, symptomer på somatisk sykdom eller psykisk funksjonshemming kunne lett bli oversett etter hvert som den kroppsnære pleien ble underkommunisert.

Miljøterapi

I samme tidsrom ansatte psykiatriske sykehus personell med ulik helsefaglig, sosialfaglig eller pedagogisk bakgrunn under tittelen «miljøterapeut». Miljøterapi skulle være basisen for virksomheten – også for sykepleiere – noe lærebokforfatter og professor Jan Kåre Hummelvoll understreket (4).

Grunnleggende sykepleie med hovedvekt på betydningen av døgnrytme og søvn, aktivitet og hvile, mat og ernæring, personlig hygiene og stell samt arbeid og samvær med andre fikk gradvis mindre oppmerksomhet til fordel for samfunnsfaglig og pedagogisk kunnskap.

Samtidig hevdet en studie av psykiatritjenesten i noen kommuner at psykiatriske sykepleiere representerte et nødvendig, men ikke lenger tilstrekkelig, faglig perspektiv på feltet (5). Tjenesten måtte også omfatte integrering og normalisering, forebyggende og helsefremmende arbeid og ikke bare dreie seg om å avhjelpe sykdom og plager. Den psykiatriske sykepleierkompetansen skulle ikke lenger være enerådende.

Tverrfaglig utdanning

I 1998 ble videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie lagt ned og erstattet av tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid med tilbud til vernepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre. Hensikten var å bygge ned profesjonskonflikter og bedre det tverrfaglige samarbeidet.

Rammeplanen vektla helsefremmende og forebyggende arbeid og tonet ned basiskunnskaper som fysiologi, psykiatri og psykiske sykdommer og behandlingsformer. Utdanningen skulle utvikle studentenes relasjonskompetanse og rette oppmerksomheten mot brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.

Mestring og samarbeid mellom brukeren og profesjonelle hjelpere ble nå sentrale stikkord (6). Alle studiesteder skulle derimot ha fordypning i tverrfaglig psykososialt arbeid. Kun et fåtall av utdanningene opprettet fordypning i psykiatrisk sykepleie.

Kropp og psyke

At kunnskap om kroppen har vært nedprioritert på feltet ble understreket i førstelektor Rune Karlsens studie av psykiatriske sykepleieres profesjonelle kompetanse (7). Erfarne sykepleiere hevdet at de har særlige forutsetninger

«Psykisk helsevern er så godt som utelatt i undervisningen og litteraturen.»

for å se sammenhenger mellom kropp og psyke, og at det har vært en vesentlig del av deres kunnskapsgrunnlag.

De oppfattet seg som handlingsorienterte, og deres praktiske tilnærminger til pasienter og brukere i dagliglivet gjorde

dem godt rustet til å etablere gode relasjoner med pasientene. Samtidig har spesialsykepleiere over flere år blitt kritisert av andre yrkesgrupper for å være for omsorgsgivende overfor pasienter og brukere.

Sykepleieansvaret

Psykiatrisk behandling har historiske tradisjoner for å være inngripende og er det på mange måter også i dag. Samtidig viser historiske studier at sykepleiere har hatt et særskilt ansvar for å beskytte pasientene mot inngripende og langvarig behandling og avhjelpe plager (8). Å forebygge komplikasjoner og lindre plager som følge av somatisk risiko ved langvarig og alvorlig psykisk sykdom er derfor et særskilt sykepleieansvar.

Mange pasienter og brukere har utviklet somatisk sykdom etter ruslidelser og langvarig bruk av psykofarmaka. Somatisk sykdom er den absolutt viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser (9).

Dagens videre- og masterutdanninger i psykisk helse og rus utdanner både for arbeid i psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid. Samtidig har utdanningene mindre oppmerksomhet på psykisk lidelse og sykdom samt psykiske plager. I stedet fokuserer de på relasjonell kompetanse og samhandling, forebygging, helsefremming, nettverksarbeid og recovery-orientering.

Psykisk helsevern, med sine akuttdelinger og døgnenheter, der tvang, skjerming og medikamentbruk fortsatt har en sentral plass, er så godt som utelatt i undervisningen og litteraturen. Dette står i kontrast til psykisk helsevernloven § 1a, første ledd, som omtaler virksomheten psykisk helsevern som «undersøkelse og behandling og nødvendig omsorg og pleie» (10).

Vi kan derfor spørre oss om

masterkandidater har tilstrekkelig kompetanse til å gi kyndig hjelp til mennesker med alvorlige psykiske helseplager og lidelser.

Flerfaglig kunnskapsgrunnlag

Ifølge sykepleier og filosof Ingunn Elstad er sykepleie å gi kyndig hjelp til å leve så godt som mulig gjennom sykdom og krevende, kritiske faser i livet (11). Yrket stiller mange krav til utøverne om kunnskap og kompetanse, væremåte, omstillings-evne, håndlag og etisk refleksjon.

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag er flerfaglig i sin natur idet fagets kunn-

«Sykepleieren følger pasienten og brukeren gjennom sykdomsforløpet til dagliglivet er gjenopprettet.»

sksbasis bygger på human-, natur-, samfunn- og åndsvitenskapene, men faget kan ikke bare utvikles gjennom generelle teorier og begreper, men ta utgangspunkt i praktisk erfaring.

Sykepleiefaget omfatter derfor både praktisk kunnskap, forskning, fagtradisjon og sykepleieteori. For å kunne forebygge og avhjelpe pasientenes mange plager, må sykepleieren forstå pasientens uttrykk i en prosess der mentale, sosiale, kulturelle, åndelige og biologiske faktorer spiller sammen.

Trygge livsprosessene

Grunnlaget for alt liv er det biologer kaller «livsprosesser», som ikke stopper opp før vi dør (11). Dersom vi ikke får puste eller sirkulasjonen stopper opp, eller dersom vi ikke klarer å innta føde, tar livet slutt. Sykepleie er å trygge livsprosessene og legge til rette for at de går sin gang. Prosessene er like viktige på en intensivavdeling som på en akuttpsykiatrisk avdeling (11).

Livsprosesser er ikke ukjente i sykepleielitteraturen. Det er dem Florence Nightingale skriver om når hun hevder at sykepleie er å underbygge eller støtte opp om kroppens egne naturprosesser (12). Slik kan vi si at kunnskap om

metabolisme eller stoffskifte danner en biologisk basis i sykepleie.

Det er også det Marie Lysnes er opptatt av når hun skriver at «pasientenes lidelser er dødsens alvorlige for dem selv, for familien og for samfunnet, og de er i aller høyeste grad knyttet til en kropp som gir kontinuerlige signaler på at den lider» (13, s. 6). I utøvelsen av pleien viser sykepleieren om han eller hun har tilstrekkelig kunnskap og erfaring om kroppslige plager ved psykisk lidelse og plager som følge av behandlingen.

Sykepleieren må i tillegg kunne «filosofere over handlingenes utslag, dens positive, eventuelt negative, resultater om fortsettelse av handlingen, eventuelle endringer eller avbrudd av handlingen» (13, s. 6). For Marie Lysnes var sykepleierens handlingsvalg basert på inngående kunnskaper om «menneskets mentale og fysiske forsvarverk, samt patologiske utfall» (13, s. 6).

Hun skriver: «Mentalt stress og psykiske lidelser rammer hele kroppen og er udelelig» (13, s. 6). I litteraturen i psykisk helsefag er forståelsen av kropp og biologi som livgivende underkjent og til dels borte. Biologisk kunnskap om kroppen er i mange sammenhenger oppfattet som negativt og ensbetydende med diagnostikk og inngripende behandling.

Lidelse og sykdom

Sykepleiere har lange tradisjoner med å trygge pasienter og brukere, og de erkjenner dermed også lidelse og sykdom i psykisk helse- og rusfeltet. Psykoselidelser er ikke sosiale konstruksjoner, men påfører ofte plager som oppleves av den enkelte og dem som står vedkommende nær. De menneskene vi møter i institusjoner og kommuner, har mange plager og lidelser; de har ikke bare psykiske helseutfordringer.

For å forstå lidelsens karakter er det ikke tilstrekkelig bare å vite hvordan pasienten har det, men også hvordan et psykoseforløp kan arte seg; at det har en begynnelse, en midtdel og en slutt (14). Det krever kunnskap om hvordan sykdom og lidelse oppstår samt hvordan vi kan være i forkant av et sykdomsutbrudd for å forebygge forverring og utvikling av alvorlig sykdom.

Det krever også at vi vet hvordan pasienten erfarer sykdommen. Ikke minst må vi ha kunnskaper om at lidelsen og plagene går over og tar slutt. Det er ikke tilstrekkelig å forebygge og rehabiliterer. Sykepleieren følger pasienten og brukeren gjennom sykdomsforløpet til dagliglivet er gjenopprettet.

Må forstå pasienten

Det å være syk og ha plager er ofte ensbetydende med å ha nok med seg selv. Du er sliten, trøtt, plaget, har endret oppfatning av tid, rom og kropp, føler deg liten, er bekymret, kanskje utrygg, sint eller redd. Da er det viktig å bli forstått og ha en opplevelse av å få hjelp. Sykepleieren er der for at pasienten skal slippe å uroe seg og måtte forklare seg, men heller bli forstått (14).

Det krever at sykepleierne ofte må handle uten å spørre pasienten om hva han eller hun vil. Stadige spørsmål oppfattes gjerne som mas. Ifølge Florence Nightingale spør den late sykepleieren mens den dyktige sykepleieren handler (12).

Her må sykepleieren selvsagt spørre seg om Nightingales oppfatning kollide-

«Sykepleierens ansvar er å fange opp tegn fra en kropp som gir signaler om at den lider.»

rer med pasientens rett til medbestemmelse. Er det å handle uten å stille spørsmål det samme som ikke å ta hensyn til pasientens autonomi? Jeg vil hevde at når sykepleieren bruker sine sanser og sitt kliniske blikk, er vedkommende i stand til å følge med på hva pasientens kropp uttrykker og kan dermed avhjelpe mange plager.

God observasjon

Observasjonen er ifølge Florence Nightingale fortløpende og kontinuerlig, og sykepleie har lange tradisjoner for å være en døgnkontinuerlig virksomhet (12). Sykepleierens ansvar er å fange opp tegn fra en kropp som gir signaler om at

den lider. Det er først når vi prøver å finne ut hva kroppen uttrykker, og så evner å samstemme våre inntrykk med respekt for pasientens rett til medbestemmelse, at vi kan gi kyndig hjelp. Dette er sykepleiens etiske side (11).

Sykepleieren må derfor lære seg å iakttas og observere det kroppslige uttrykket som omfatter alt fra kroppsoverflaten, sår, svette, hudfarge, aktivitetsnivå med mer samt endringer i kroppslige bevegelser, ganglag, blikk, lyder og stillinger, som alle kan uttrykke tegn eller symptomer på endring. Det er ikke nok å vite hva vi skal se etter, vi må også kunne oppfatte og forstå hva vi ser.

Kunnskap om sykdommens karakter

og diagnoser kan hjelpe oss til å se når noe er i ferd med å endre seg. Det vi ser, må relateres til erfaring og kunnskap og hjelper oss til å fange opp endringer.

«Det er ikke nok å vite hva vi skal se etter.»

Noen ganger kan det være forhold vi kjenner til fra før gjennom kjennskap til pasienten, men det kan også være forhold som kommer overraskende og uventet. Det krever lang trening for å se hva kroppen uttrykker og for å oppfatte hvordan pasienten har det.

Klinisk spesialisering

Mange pasienter og brukere er særlig utsatt for fysiske helseplager og har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt. Sykepleiere har et særskilt ansvar overfor denne gruppen. For å forebygge og oppdage symptomer på fysisk sykdom trenger sykepleiere spesialisering i en så kompleks helsetjeneste som psykisk helse og rus.

Dagens videre- og masterutdanninger gir ingen spesialisering i sykepleie. Både fordi pasienter og brukere trenger kyndig hjelp for å gjenvinne krefter og livsmot, må spesialiseringen være klinisk rettet med ansvar for pasienter gjennom forløp i og utenfor institusjonen. ■

Referanser

- Lysnes M. Behandlere – voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1982.
- Fagerland T. Parasitt eller selvstendig fag? Tre essay om kunnskap og psykiatrisk sykepleie. (Hovedfagsoppgave.) Bergen: Det medisinske og Det psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning, Universitetet i Bergen; 1997.
- Vråle GB, Karlsson B, Hummelvoll JK. Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: selvforståelse, praksis og forskning. Hamar: Høgskolen i Hedmark; 2009. Rapport nr. 14 – 2009.
- Holte, J, Hummelvoll JK. Den spesialiserte generalisten: Den psykiatriske helsearbeiders kjernekompetanse og faglige selvforståelse innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste: Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2004. Notat; 02/2004.
- Ramsdal H. Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2004;1(2): 4–17.
- Forskrift 1. desember 2005 nr. 1384 til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1384> (nedlastet 18.12.2018).
- Karlson R. Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning. 2009;4(3):198–204. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0099.
- Fause Å. Samhandling i dagliglivet – et sentralt oppmerksomhet i psykiatrisk sykepleie. I: Fause Å, red. Glimt fra sykepleiefagets historie. Bergen: Fagbok-forlaget; 2017. s.195–239.
- Thoresen A, Høye A. Psykisk syke underbehandles – Ta dødeligheten på alvor. Psykisk helse 2016; 5. Tilgjengelig fra: <https://www.psykiskhelse.no/blaadet/2016/psykisk-syke-underbehandles-ta-overd%C3%B8deligheten-p%C3%A5-alvor> (nedlastet 20.12.2018).
- Lov 1. januar 2002 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (nedlastet 18.12.2018).
- Elstad I. Sjukepleietenkning. Grunnlagstenkning i sjukepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- Nightingale F. Notater i sykepleie, Oslo: Universitetsforlaget; 1997.
- Lysnes M: I ærbødighet. Sykepleie, en åndens, håndens og hjertets gjerning. 1992. Riksarkivet, Pa S – 073, Marie Lysnes (upublisert).
- Sebergesen K, Nordberg A, Talseth AG. Confirming mental health in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study. BMC Nursing. 2016;15:3. DOI: 10.1186/s12912-016-0126-x.

Sykepleie i bilder

Sykepleiens journalist Marit Fonn har gjennom en årrekke tatt mange bilder av sykepleiere i arbeid. Her presenterer vi et utvalg:



Hjerte

– Det er veldig spesielt å jobbe på en hjerteavdeling. Vi får inn en hjertesyk pasient, han blir operert og så sendes han ut frisk, sier Jørgen Hovlandsdal på hjertepost 4 på Haukeland sykehus.

Bildet er fra 2013, da han var trainee på samme post. Bernhard Øye har fått stelt sårene på leggene etter at venene er brukt for å få skikk på hjertet.



Livshistorier

– Erfaringene preger oss som sykepleiere, sier kreftsykepleier Birthe Nesslin Bødtker.

Datteren Cecilie var seks år da hun døde av kreft i 1994.

– Vi hadde avtalt at jeg skulle bli sykepleier. Jeg ville bruke livserfaringen positivt i arbeidet.

Tatoveringen var 50-årspresang til henne selv.

Bildet er fra 2012 da hun jobbet på lindrende enhet på Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Nå er hun koordinator for pakkeforløp for kreft på samme sykehus. >



Rekonstruert

Sår og mengde drenvæske er sjekket. Sykepleier Karin Kverneland Oyenuga på Ullevål sykehus kan nå fjerne drenet, som pasienten har hatt siden rekonstruksjonen av nytt bryst etter kreft. Muskel med vev er hentet fra ryggen og snudd over til stedet brystet skal være.

Bildet er fra 2011. Oyenuga er nå diakon i Rælingen.



Roe ned

– Det er viktig å få pasienten til å roe seg ned. Man kan bruke en hånd eller gi pusteøvelser, i kombinasjon med medisiner. Erfaring betyr mye, sier Helen Littorin-Sandbu, som har vært anestesisykepleier i 28 år.

Her fra dagkirurgien på Ullevål sykehus i 2014, der pasienten får fjernet navlebrokk. Posten ble lagt ned i 2015. Nå jobber Littorin-Sandbu med elektiv ortopedi på Martina Hansens Hospital i Bærum.



Mat og drikke

- Helt greit å servere mat, syns Silje Sæveraas, sykepleier på nevrologisk sengepost på Drammen sykehus.
- Det er fint å kunne hjelpe dem som ikke klarer å hente maten sin selv.

Brudd

– Vi er ikke lenger legens håndlangere, sier sykepleier Birgit Frivoll på den sykepleierdrevne bruddklinikken på Drammen sykehus.

Der gjør sykepleierne oppgaver som legene pleier å gjøre: Tolker røntgenbilder og behandler brudd.

Reportasjen er fra 2016.





Hjemme

– Å gi helhetlig omsorg i pasientens eget miljø er ofte bedre enn på institusjon, sier Kari Smeby Lium, nå pensjonist.

I nær 20 år jobbet hun i hjemmesykepleien i Søndre Land, som kreftsykepleier i åtte av dem.

– Nesten alt av prosedyrer kan enkelt utføres hjemme, som å gi lindrende behandling, stelle VAP og ta blodprøver. Jeg håper at stadig flere pasienter kan få dø i hjemmet sitt dersom de ønsker det.

På bildet steller hun pyelostomikatetre som pasienten har i begge nyrene. Fra reportasjen «Hjem til kreftpasienten» i 2010.



Ansvar

– Å jobbe på sykehjem betyr mye ansvar. Vi har 96 beboere, og man kan være alene som sykepleier på natt-, aften- og helgevakter. Da kan man få lyst til å dele seg i to, sier Joanitha Kaluka.

Hun jobber på en demensavdeling på Domkirkehjemmet i Bergen.

– Etter samhandlingsreformen behandler vi mer ved akutttilfeller og infeksjoner.

På bildet fra 2016 er hun sammen med Jack Haugland fra reportasjen «Sovner mange ganger i døgnet».



Isolat

Små barn kan bli redde når sykepleieren har smittefrakk, munnbind og hansker. Da er mimikk og tonefall viktig. Hos bronkiolitt-pasientene kan munnbindet droppes, og Odin (1) kan selv se at Iselin Sørli er blid. Hun jobber på barneinfeksjonsposten på Ullevål sykehus i Oslo.



Anestesi

– Ved dyp sedering må anestesikyndig personale overvåke, forebygge komplikasjoner og behandle pasienten. Å formidle trygghet er også viktig, sier anestesisykepleier Birgitte Fuglset. Bildet er fra en parkinsonoperasjon på Rikshospitalet i 2017.





Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

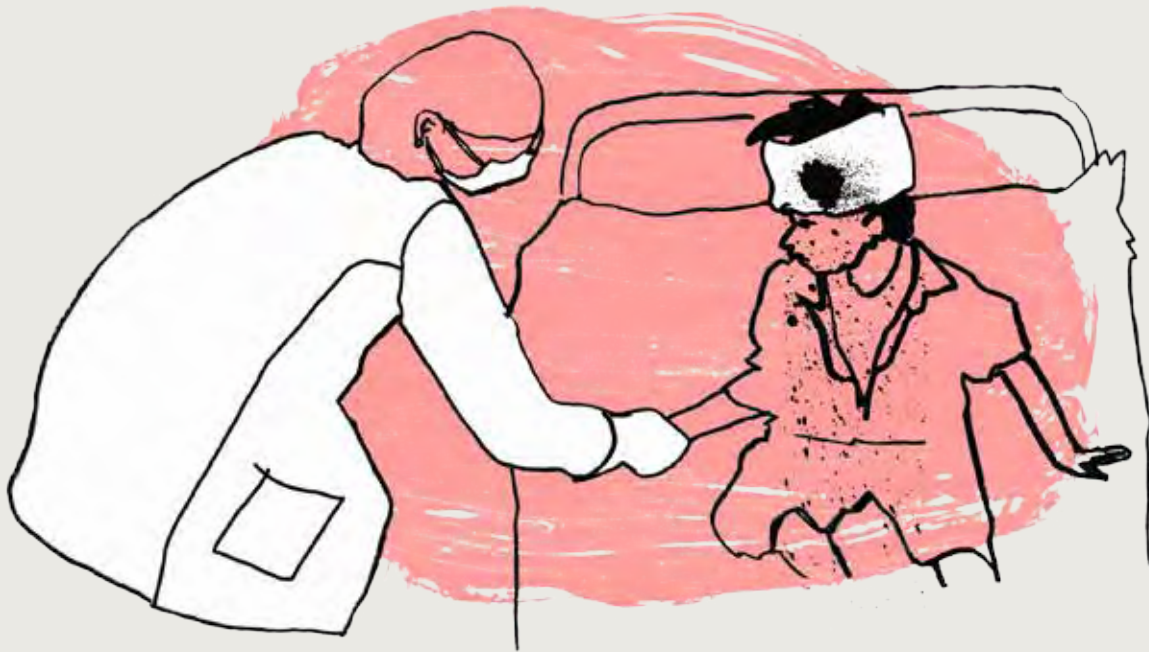
5. del

Seks sykepleier har fanget essensen i faget.

For meg handler sykepleie om ...

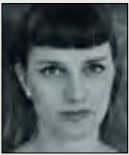
” Midt i en setning om hva min pasient trenger hjelp til, ringer telefonen igjen. Mikrobiologen informerer om oppvekst av gule stafylokokker i fem av fem prøver hos pasienten på rom 1. Ønsker dere at legen skal endre antibiotika fra Vancomycin til Cloxacillin, spør jeg. «Resistensbestemmelsen kommer i morgen, bare informer dem du.»

Kine Berglund, St. Olavs hospital: «En hverdag på hospitalet»



**«Der skulle eg ha vore. I Jemen.
Hjelpt dei ungane. Gitt dei mat og medisin.»**

Vera. Sjukepleiar



Annelaug Selstø (f. 1980)
er sykepleier og jobber ved
Helsesenter for papirløse
migranter i Oslo

■ Eg låser sykkelen og tek av hjelmen. Har blitt meir nøyen med hjelm nå som vinteren er på veg. Kvar dag er litt kaldare. Graset ber kvit frost om morgonane, vegane kan vera glatte. Eg har ikkje piggar på sykkeldekkka. Vil ikkje detta. Vil ikkje slå hovudet, få hjerneristing eller hjernebløding. Vil ikkje ende opp på ein intensivpost, eller på nevrokirurgisk avdeling, ikkje som pasient, så eg tek på hjelmen kvar morgon, sjølv om det får meg til å sjå teit ut med det store pannebandet under.

Eg låser meg inn. Skruv av alarmen. Låser opp vaktrommet, som også er mitt kontor. Vårt kontor. Eg heng av meg ytterkleda og tenker på då eg som lita drøymde om å bli popstjerne, psykolog eller forfattar. Det måtte bli ein av dei tre.

På kjøkenbenken står det tomme pizzaesker etter fagkvelden me arrangerte for dei frivillige kvelden før. Me lærte meir om tortur, og om korleis me kan finne spor av det. Ulike typar arr og merke, etter ulike typar slag med ulike instrument. Korleis me kan snakke om temaet med våre pasientar.

Me spør dei som kjem for fyrste gong, om dei har vore utsette for vald eller anna misbruk. Om dei synest det er i orden å snakke om. Dei fleste svarar ja. Nokre deler også grufulle opplevingar.

Eg set på kaffi og ryddar bort pizzaeskene. Fyller oppvaskmaskina, set den på. Ryddar på plass nokre stolar, tømmer bosset. Å rydde er ofte også ei oppgåve sjukepleiarar gjer. Å vera sjukepleiar er meir enn å ha eit klinisk blikk. Ein må også ha praktisk sans.

På laboratoriet finn eg tre konvoluttar i kjøleskapet. Tre posar fulle av prøveglas med blod. Eg tek dei med til pulten min. Går tilbake og hentar kaffi, låner også med meg radioen frå venterommet.

Å sjå over blodprøvane krev ikkje mykje konsentrasjon. Eg kan høyre morgonnytt medan eg sjekkar dei. På radioen seier dei at 85 000 born har døydd av svolt i Jemen dei siste tre åra grunna borgarkrigen. Eg ser for meg tevebileta av dei utsvelta borna.

Der skulle eg ha vore. I Jemen. Hjelpst dei ungane. Gitt dei mat og medisiner. Kanskje også omsorg. Men eg veit ikkje om eg tør. Eg trur ikkje eg tør å reise dit. Det er for utrygt med all bombinga. Eg er her. I Noreg. I Oslo.

Eg kan også gjere nytte for meg her på Helsesenter for papirløse migranter. Å jobbe her kjennest ofte litt som å vera i felt. Berre at alt her er trygt og lett. For meg. Ikkje for pasientane våre.

Eg slår opp pasientar i journalsystemet på datamaskina. Må finne nummer eg



kan skrive opp på blodprøvene. Laboratoria på Oslo universitetssykehus vil ha personnummer på alle prøvar. Våre pasientar har ikkje det, så eg lagar hjelpe-nummer basert på nummer frå vår journal. Når eg er ferdig, ringer eg etter bod som kan levere prøvane for meg.

Eg er aleine på helsesenteret. Sjefen min er på møte på Stortinget. Han vil be politikarane ta ansvar for våre pasientar. Alle har rett på grunnleggande helsehjelp etter FN sine menneskerettar. Artikkel 12 i Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter seier: «Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende.» Slik er det ikkje for alle i Jemen.

Slik er det ikkje for alle i Noreg heller.

I forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket står det at «alle som oppholder seg i riket, har rett til øyeblikkelig hjelp». Vidare står det at «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern».

Menneskerettane er rausare enn den norske forskrifta.

Faduma kjem. Ho har henta posten. Kjem inntulla i boblejakke og sjal.

– God morgon, seier ho med lys stemme og legg ein bunke brev frå seg.

– Det var mange brev i dag, seier ho og heng frå seg vinterkledda.

Faduma er helsefagarbeidar. Ho er mi, og heile helsesenteret, si høgre hand. Ho ryddar, ordnar, vaskar, steriliserer, skriv lister, kokar kaffi, pratar, opnar døra, tolkar, smiler, passsar på både oss tilsette, frivillige og pasientar, gir råd. Er varm og nær.

– Går det bra med deg? spør ho. – Ja, takk, svarar eg. Så spør eg henne.

– Ja, bra! Svarar ho fort, før ho forsvinn til sitt kontor med alle konvoluttane. Det kjem til å bli mange folk og mykje lyd her i løpet av dagen. Det er tysdag. Opningsdag. På tysdagar har me ope for pasientar på kveldstid.

Her er ennå stille, og det er rom for konsentrasjon. Eg er laga slik at eg tenker best når det er stille rundt meg.

Nå vil eg lese meg opp på ein av våre faste pasientar. Ei kvinne som kjem ofte. Ho har samansette problemstillingar, og eg kjenner at eg må bli betre kjent med ho. Som person. Som pasient. I historikk. I klinikk. Eg må lese heile journalen for å forstå kva som er gammalt, og kva som er nytt. Kva som er pågåande, og kva som er avslutta.

Eg skrollar ned til starten av journalen. Det fyrste notatet er frå 2009. I snart ti år har ho levd her i landet, på sida av samfunnet, sidan ho ikkje har fått asyl. Ho flykta frå eit krigsherja land. Eit av borna hennar har gyldig opphald i Noreg. Det andre vart truleg drepen i heimlandet. Og ho har ikkje noko land ho høyrer heime i.

Hennar heim handlar ikkje om statsborgarskap. Det handlar om kvar son hennar er. Eg les om magesmerter, depresjon og høgt blodtrykk. Ho bur på sofaen hos sonen, og det er krevjande. Ho trur at svigerdottera synest ho er i veggen. Dessutan må sonen forsørge henne. Halde henne med mat.

Men etter dei fekk born, går det betre. Bestemora fungerer som barnevakt og dagmamma. Det er godt for sjølvkjensla at ho innimellom kan vera til nytte. For ho har inga inntekt. Ho har ikkje personnummer, ho får ikkje ta lovleg lønna arbeid og betala skatt. Ho har ikkje rett på trygd eller pensjon, eller fastlege.

Ho blir sliten av å passa born, og ho får ikkje kvile ordentleg, der ho søv i stova til sonen. Ho har ingen stad å trekke seg tilbake for seg sjølv. Dessutan får ho ryggsmertner av sofaen ho søv på.

Eg tek notat i boka mi, lagar eit punkt for kvar problemstilling. Ryggsmertene

er pågåande. Gjentakande. Eg kan jo sette ho opp til fysioterapeut. Men me kan truleg ikkje tilby meir enn éin enkelttime, det er stor etterspurnad etter dei få timane.

Men om ho kunne lært nokre styrkeøvingar for ryggen, kunne det kanskje blitt betre? Det ho treng, er vel ei ordentleg seng. Eit rom, ein stad i ein leilegheit. Det kunne ho ha betala for sjølv om ho berre kunne tatt seg ein betala jobb.

Magesmerter, depresjon og høgt blodtrykk. Eg leitar etter førre blodtrykksmåling. Det er berre eit par månadar sidan sist ho sjekka det. Det ser ut til å ligge stabilt med god medisinerer. Og magesmertene ser ut til å vera grundig undersøkt og utreia.

Ho tek syrenøytraliserande tabletar. Men kanskje ho treng kostråd? I eit notat står det at svigerdottera ikkje likar at ho tek seg til rette på kjøkenet. Vil me kunne nå gjennom med kostråd då? Det står også at ho gjekk til psykolog for nokre år sidan. Men treng ho å bli tilbydd det igjen?

Eg skriv på lista mi at eg må diskutere henne med Sonja, sosionom og koordinator for psykisk helse her på helsesenteret.

Det er ikkje lenge sidan eg overtok stillinga. Ho eg vikarierer for, har reist bort for å jobbe eit år i Kenya. Me byter på å vera koordinerande sjukepleiar. Jobben går ut på å fylgje opp relevant somatikk. Ringe opp personar med positive prøvesvar. Be dei kome for å få antibiotikatablettar, få D-vitamin eller kome til kontroll for det eine eller andre.

«Ho har reist frå born. Har ikkje sett dei på over åtte år. Dei kan ha vore ungdomar då ho reiste bort.»

Fylgje opp oppgåvene dei frivillige legane og sjukepleiarane har starta på. Sette personar på liste til tannlegebehandling. Sette opp gravide kvinner til jordmor, eller tipse fertile kvinner om tilbodet me har med gratis prevensjon. Gjere det me kan for å halde hjula i gang, halde i trådar, passe på at alle blir nok passa på.

Ringe til pasientar. Nokre svarar ikkje. Kanskje ein person som treng kontroll for sin hiv, har blitt sendt ut av landet. Eller sit på Trandum. Eller er redd for kven som er i den andre enden av telefonen og let vera å svara.

Eg skulle ikkje bli sjukepleiar. Mamma var det, og eg lika ikkje lukta på sjukeheimen ho jobba på. Det lukta institusjon. Det var før eg starta å sakne eldre folk i livet mitt.

Eg finn ein ny journal, ein ny pasient eg vil lese meg opp på. Ei vaksen kvinne frå Aust-Afrika. Ho har budd i Oslo i sju år, utan gyldig opphald. Det står at ho flykta frå militærteneste i heimlandet.

Ho har reist frå born. Har ikkje sett dei på over åtte år. Dei kan ha vore ungdomar då ho reiste bort. Dei kan vera vaksne nå. Kvinna har diabetes. Insulintrengande.

Viss ikkje ho hadde fått medisin frå oss, ville ho då fått hjelp i det offentlege systemet? Kva er «helt nødvendig» og «ikke kan vente uten fare for nært forestående død»? Eller «alvorlig skade»? Når døyr ein eigentleg av for høgt blodsukker? Og kor alvorleg skal ein alvorleg skade vera?

Sonja kjem. Ho kan regelverket, systemet, kjenner organisasjonane, institusjonane, prosessane, alt som går føre seg utanfor våre veggjar.

Ho har med seg engasjementet over alt. Før ho får av seg jakka, fortel ho om ei kvinne ho er veldig uroleg for. Fortel at ho låg vaken på natta og grubla. Eg kjenner eit lite stikk av dårleg samvit, for at eg ikkje har mista nattesøvnen for nokon av pasientane ennå. Er eg for profesjonell?

– Kva skal me gjere med henne? spør Sonja. Kvinna ho snakkar om, er gravid. Ho er gravid etter å ha vore saman med ein norsk mann. Ein norsk statsborgar. Ho vart lurt hit til kontinentet. Vart lova jobb. Men han som lova henne arbeid, sa ikkje at jobben var å selje sex.

Ho var villig til å vitne i ei rettssak mot mannen som fungerte som hallik, men saka vart lagt bort, og nå tør ho ikkje å reise heim til landet ho kjem frå. Ho er redd for å møte han ho flykta frå. Mannen som har trua både ho og familien hennar i heimlandet.

Ho møtte ein norsk mann. Han var snill i starten. Men vart valdeleg når han vart full. Nå kan ho ikkje lenger leve med han. Men ho har ingen annan stad å bu.

Sonja er redd kvinna nå må selje sex igjen. Det er ikkje rart Sonja fryktar det. Korleis kan ho elles få seg jobb, utan gyldig opphald? Utan personnummer? Utan skattekort? Korleis skal ho elles kunne flytte frå han som drikk og slår?

Eg spør om Sonja har snakka med jordmor og kvinna. – Ikkje ennå, svarar Sonja. Kvinna kom hit fyrst i går. Men ho har satt henne opp til jordmorkontroll om ei veke. Sonja heng frå seg ytterklede, set seg, søkk ned i stolen.

– Eg må kalle henne inn igjen og kartlegge nettverket, seier ho og er mentalt ein annan stad. Ho er inni ein konsultasjon. – Kanskje ho har ei veninne ho kan bu hos. Ho kan ikkje bu på gata med ein baby. Så kjem Frode. Han er dagleg leiar her. Han er også sjukepleiar. Eg let han henge av seg før eg spør korleis det har gått.

Han brukar lang tid. Skiftar frå støvlar til innesko. Eg er utolmodig. Brukar ventetida til å forsyne meg sjølv, Sonja og han med kaffi. Faduma har sett inn reine koppar.

– Så? spør eg. Han ser over avtalelista for i dag. I kveld er det han som har ansvarsvakta. Det byter me på, eg og han. Han set seg i sofaen.

– KrF møtte ikkje, seier han. – Kva?! seier eg. – Var det ikkje dei som inviterte? – Jo, svarar han. Dei melde avbod før helga.

– Så? spør eg.

– Me får håpe dei tek med seg dette inn i regjeringsforhandlingane, seier han.

Vårt langtidsmål er at helsesenteret skal stenga. At det ikkje skal vera bruk for oss lenger. At alle her i landet, med eller utan personnummer, skal ha lik rett til grunnleggande helsetenester. Kanskje til og med som oss å få «den høyest oppnåelige helsestandard».

Frode forsvinn inn på sitt kontor, og eg finn bunken med epikrisar og prøvesvar som Nils har sett over. Nils er den einaste lønna legen her. Men han er berre lønna ein halv dag i veka, og han jobbar i alle fall to dagar.

Han er frivillig også, som så mange av dei andre. Som alle dei andre legane. Sjukepleiarane. Bioingeniørane, fysioterapeutane. Jordmødrene og psykologane, tannlegane og miljøarbeidarane.

Me har stor breidde i frivillige. Det er mange som gir av seg sjølv og si tid og jobbar gratis for oss. Ein gong i månaden, eller oftare.

Det er så fint å vera del av eit tverrfagleg lag. Det er givande å ha all denne kompetansen på vårt vesle helsesenter. Over 150 frivillige, som samarbeider om å gjere liva til våre pasientar litt betre. Våre frivillige møter, ser, behandlar personar som er van med å bli oversett og tilsidesett elles i samfunnet.

Nils har sett på gule post-it-lappar på skriva eg ser gjennom, på ting han vil eg skal fylje opp. «Innkall til D-vitamin», står det på eit prøvesvar. «Vis dette til infeksjonslegen», står det på eit anna. «Er dette kjent frå før?» står det på eit lab-ark med eit positivt hepatitt B-resultat. Eg ringer nokre fleire pasientar før det faste koordinatormøtet.

På møtet går me fyrst gjennom nokre av pasientane som me deler uro for. Eller som treng både jordmor og tannlege, sosionom og sjukepleiar. Me snakkar om ein mann utan tenner, som er underernært. Ei kvinne Sonja opplever som mogleg suicidal, som har tapt anken i UNE.

Frode fortel at han har blitt kontakta av ein kollega på Bymisjonsenteret, om ein mann utan gyldig opphald som har kreft og ikkje får behandling. Når vil kreftcellene gi «nært forstående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter»? Vil det bli billigare og lettare å behandle vedkomande då?

Etter møtet gjer me oss klare til kveldsopninga. Frode fordeler frivillige legar og sjukepleiarar og psykologar og bioingeniørar og farmasøyt og miljøarbeidarar på ulike rom. Sonja hjelper ei frivillig, ei som også er pasient hos oss, med å lage mat til dei som kjem på vakt. Faduma heng opp namnelappar på dører, og eg sender ut ein e-post til alle sjukepleiarane på lista vår.

Ei av dei tre som står på vakt i dag, har meldt avbod. Ho har henta sjukt born i barnehagen og kan ikkje jobbe likevel.

Som sjukepleiar kan eg jobbe «på golvet». Som sjukepleiar kan eg jobbe med administrasjon. Eg kan jobbe ved ein pult, ved ei seng, og eg kan jobbe på ein feltklinikkk ute i bushen. Eg kan jobbe klinisk og byråkratisk. Globalt og lokalt. Sjukepleiaryrket er allsidig.

Dei frivillige startar å kome. Mange kjem rett frå ein annan jobb, så det varierer kva tid dei rekk å vera her. Sidan både Frode og eg er sjukepleiarar, kan ein av oss starte med å skrive pasientar inn. I dag blir det meg, sidan Frode har ansvarsvakt og må vera tilgjengeleg for dei frivillige.

På venterommet fyller det seg opp. Det er alt tolv pasientar som har kome, sjølv om me eigentleg ikkje opnar før klokka fire. Men folk vil sikre seg å få hjelp, så dei kjem tidleg for å stille seg i kø, og me slepp folk inn ein halvtime før opning.

Stemminga på venterommet er god, og eg tenker på det eg har blitt fortald fleire gonger, både frå pasientar og frivillige: Personane som kjem, opplever å kjenne seg sett. Folk finn seg kaffi og te. Nokre forsyner seg med kjeks. Nokre småpratar. Ein rumensk mann spør om tannlegen kjem i dag. – Yes, she will be coming, svarar eg.

Eg loggar meg på maskina i eit av mottaksromma. Går ut og ropar inn fyrstemann. Ein eldre mann reiser seg og rettar opp nummerlappen som det står 1 på. Eg tek imot vaksinekortet som me brukar som pasientkort. Tek han i handa og seier hei. Spør om han snakkar norsk. – No, svarar han. – Somali? spør han.

Faduma er oppteken, så eg må ringe etter tolk. Det tek litt tid, men til slutt får eg napp. Så set eg høgtalaren på telefonen. Tolken presenterer seg for mannen og fortel at han har teieplikt.

Mannen frå Somalia er i 60-åra. Han har diabetes type 2 og hypertensjon. Han er tom for diabetesmedisin og vil også måle blodtrykket. Eg fyller ut ei bestilling med fingerprøve av både korttids- og langtidsblodsukker.

Så ber eg tolken be han ta av skjorta så eg kan måle blodtrykket. Eg forklarar at det vil bli veldig stramt rundt armen. Det er han klar over, han har gjort dette mange gonger. Så ler han litt av meg, så ler eg litt av meg, så pumpar eg mansjetten opp og slepp lufta gradvis ut. 130 over 75. Eg viser det på ein lapp til han.

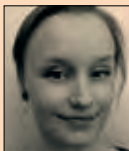
– Very good, seier eg og held opp ein tommel og gløymer telefon-tolken. Mannen vil halde lappen sjølv. Han rettarut armen, held lappen langt framfor seg, er tydelegvis langsynt. Så held han også opp tommelen og smiler breitt og er nøgd.

Eg er også nøgd. Å velje dette yrket er kanskje det smartaste eg har gjort. Jobben eg har her på helsesenteret, må vera den beste jobben eg kan få. Og kanskje ein dag skal eg jobbe med gamle folk, slik mamma gjorde. Slike som han, når han blir eldre.

Eg er så glad i jobben min. I yrket mitt. Og det aller beste er å sitte slik, saman med ein pasient, som smiler og er glad når blodtrykket er målt. ■



En hverdag på hospitalet



Kine Berglund (f. 1987)
er spesialsykepleier på
sengepost for elektiv ortopedi,
St. Olavs hospital

■ Rom 1:

Har du først fått en infeksjon, øker sjansen for å få det igjen, men noen er mer uheldige enn andre.

Jeg hjelper ham i dusjen for niende gang. Han kan forberedelsene utenat, men vi går igjennom alt allikevel. Vi tar blodforlikelighetsprøver, infeksjonsprøver, sjekker blodprosent og blodets koagulasjonstid. Blodprosenten er lav, jeg bestiller to poser blod til operasjonsavdelinga.

Han er ikke prega av blodprosenten sin, den har sikkert vært lav siden forrige inngrep, noe som ikke er lenge siden. Bare akkurat lenge nok til at han rakk å tro det kom til å gå bra den gangen.

Arret på hofta er rødt og hissig. Huden glinser, og fingeravtrykkene mine står igjen når jeg sjekker ødemene hans. Da han kom, hadde han feber og nedsatt allmenntilstand, men natt til i dag sprakk såret, og det tømte seg rikelig med puss. Det etterlot ingen tvil om behovet for reoperasjon, men formen ble i hvert fall bedre.

Han klarer egentlig alt selv, men jeg blir hos ham uansett. Kropp og hode vet hva som skal skje, men det tærer på sjelen å bli skuffa åtte ganger på rad og så gjøre seg klar til dyst atter igjen. Vi snakker om været, jeg oppdateres på barnebarna, de er hans store glede, jeg fokuserer på dem. Nattbordet hans er tomt bortsett fra et kort fra dem. All mat og drikke er fjerna, det nærmer seg nå, og han får ikke innta noen ting disse siste timene før inngrepet.

Sånt blir man tørr i munnen av, jeg tilbyr ham en ekstra tannpuss. Han er sliten og lukker øya. Klokka tikker og går, han venter tålmodig. Tre biter inn i lunsjen min ringer de fra operasjon: «Dere kan komme ned nå.»

På operasjon møtes vi av flere grønnkledde. Han får et varmeteppe over seg og hette på hodet, mens han blir spurt om personnummeret sitt for søttisjette gang. Anestesisykepleieren kjenner han fra før, det fremkaller et smil. Jeg gir en kort rapport før jeg klapper ham på skuldra. «Ser deg etterpå.»



Rom 2:

Hun har vært pasient hele livet. Foreldrene hennes er på fornavn med hele barnekliviken. Hennes cerebrale parese gjør at hun har lite språk og mye spasmer i kroppen. I tillegg har ryggsoylen hennes vært formet som en S. Derfor er hun her. Hun har blitt rettet opp.

Operasjonssåret hennes går fra nakke til korsrygg. Røntgenbildene viser skruer og stag langs hele lengden av ryggen hennes. Noen ganger er ortopedi glorifisert snekkerarbeid.

I dag er første dag hun skal opp av senga etter operasjonen. Hun gruer seg, sier mor. Jeg forstår det, sier jeg, selv om jeg faktisk ikke forstår hva pasienten sier.

Jeg forklarer hvordan vi lettest får henne opp på sengekanten, som er målet i dag. Hun har ikke lyst. Det er vondt, sier mor. Det renner en stille tåre fra øyekroken på dette lille mennesket som ikke kan fortelle meg hva hun kjenner på.

Jeg kommer forberedt og gir henne smertestillende, forklarer hva hun får, hvor effektivt det er, og hvor mye bedre ting blir snart. Hun lener hodet sitt vekk fra meg, mot vinduet. Jeg spør hva hun kikker på. Responsen tolkes av mor for meg. «Hun er så glad i å være ute.»

En motivasjon! «Hvis vi får deg opp på sengekanten i dag, er det ikke lenge til du kan opp i rullestol og komme deg ut», sier jeg. Hun snur hodet mot meg igjen. Skal vi prøve nå, spør jeg. «Ja», sier hun. Det forsto jeg.

Rom 3:

Jeg går langs en korridor av enerom, med skyvedører på gløtt. Stille mennesker i blått sitter bak små skrivebord ved store senger. Pasienten min er klarert av anestesilege og skal flyttes fra intensivten tilbake til sengeposten.

Hun er nesten ikke til å kjenne igjen. En heftig infeksjon ga henne blodforgiftning, blodtrykket sank, og hun har fått pose etter pose med væske for å opprettholde sirkulasjonen.

Dessverre blir lite av denne væsken faktisk værende i sirkulasjonssystemet. Etter kort tid siver det ut i vevet og gir store hevelser. Hun er så hoven at de var nødt til å klippe av ringen hennes. Den ligger i en liten pose i et pussbekken på bordet.

Ved første overblikk ser jeg i hvert fall fem slanger og to pumper koplet til henne. Jeg får en utfyllende rapport av sykepleieren på vakt. Hun forteller at den vandrivende behandlingen har gitt pasienten en elektrolyttforstyrrelse som må korrigeres. Jeg noterer meg hva som skal gis når, og etterspør siste blodprøver.

Mye er på bedringens vei. Dessverre har hun lav albumin, noe som forverrer ødemene hennes. Optimalisert ernæring er vesentlig for å snu situasjonen. Hun har så vidt begynt å drikke selv, men sliter med å spise etter intuberingen. Intravenøs ernæring er forordnet. Jeg etterspør antibiotikadoseringa. Den ene varianten hun får, kan gi nyresvikt og må følges opp nøye med blodprøver.

Vi gjennomgår væskebalansen. Alt som går inn og ut, dokumenteres og summeres opp. Målet er å få trukket henne for den overflødige væsken hun har i kroppen. Hun ligger tolv liter i pluss nå. Det er bedre enn det var.

Jeg skaffer meg oversikt over alle målinger, preparater, doseringer og tider før jeg hjelper de blåkleddene med å kople pasienten av skopet, som faktisk viser stabile vitale parametre. Alle poser hektes ned, slanger og papirer samles, og vi triller bortover korridoren. Pasienten min er bare så vidt våken, hun er fremdeles svært syk og medtatt, men hun trenger ikke lenger ligge på intensivten. Det er en god ting.



Rom 4:

Kort tid etter at akuttmottaket meldte pasienten, kommer det en akutttralle nedover gangen. Portøren og tre av oss sykepleierne flytter pasienten over i senga på en-to-tre. Så sterke damer, sier hun, mens hun lager noen grimaser. Det var nok vondt, selv om det var en kjapp forflytning.

To av oss hjelper henne med å få stelt seg og skifta til sykehustøy, mens de snakker om hendelsen og helsehistorien hennes. Hun har lett hypertensjon og proteser i begge hofter, ellers frisk. Uforskamma sprek til 90 år å være. Bor hjemme uten hjelp, men har en trygghetsalarm.

Den er jo grei å ha, forteller hun. Fallet i dag var bare uflaks, på vei fra stua til kjøkkenet var det en teppekant hun ikke så. Nå ligger hofta i en unormal vinkel og er vond når hun flytter på seg.

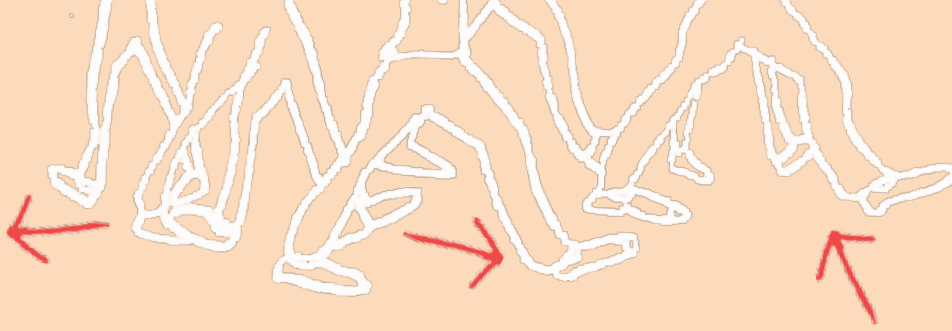
Mens dette foregår på rommet, samler jeg papirene fra mottaket og begynner å skrive innkomstnotat. Min kollega rapporterer at pasienten skårer 0 på NEWS. Tenk det, 90 år!

Røntgen viser at hofta er ute av ledd. Reponering forsøkt i mottaket, uten hell, jeg sjekker operasjonsplanleggeren for å se om hun er meldt til reponering der. Navnet hennes står på akuttlista, det blir nok litt ventetid.

Vi sørger for alt av papirarbeid og forberedelser og hjelper fruen med å finne en god stilling, hofta til tross. Vår største bekymring i venteperioden er utvikling av trykksår, derfor endrer vi jevnlig hvordan hun ligger, for å sørge for tilstrekkelig sirkulasjon til alle deler av huden.

Denne dama tåler en støyt. Hun gir ikke uttrykk for smerter i det hele tatt. Vi må spørre henne spesifikt hva hun kjenner på, og om det er noe hun vil ha hjelp med. Jeg vil ikke være til bry, sier hun, og klapper meg på armen. Vi passer på at ringeklokka hennes er i nærheten og setter døra på gløtt så vi ser henne.

Mange i hennes aldersgruppe utvikler forvirringstilstander i forbindelse med sykehusinnleggelse, men ikke denne dama. Hver gang jeg stikker innom, finner jeg henne enten på telefonen med familien sin eller med nesa i avisa. Hun kikker opp like blid hver gang og takker for alt vi gjør. Vi er heldige som bor i Norge, sier hun.



Arbeidsstasjonen:

Hvitkledd bein med sokker i sandalene passerer meg hurtig her jeg har satt meg foran dataskjermen på arbeidsstasjonen. Jeg har som mål å ferdigstille en utreiserapport til kommunen før vaktskiftet. Mens jeg etterstreber mine 65 ord per minutt på tastaturet, ringer telefonen. «Røntgen klokka 12.30 for rom 2. Dere sender portør. Takk.»

Jeg ringer kollegaen som har det rommet, og gir beskjed. Kort tid etter flagrer en hvit frakk imot meg: «Hvor er permen til Rom 5?!» Jeg finner den og svarer kjapt på et par spørsmål legen har.

Midt i en setning om hva pasienten min trenger hjelp til, ringer telefonen igjen. Mikrobiologen informerer om oppvekst av gule stafylokokker i fem av fem prøver hos pasienten på rom 1. Ønsker dere at legen skal endre antibiotika fra Vancomycin til Cloxacillin, spør jeg. «Resistensbestemmelsen kommer i morgen, bare informer dem du.»

Jeg sjekker hvem som opererte den pasienten, og ringer vedkommende. Et helt annet menneske svarer. «Hun står og opererer, hun, ja.» «Kan du be henne ringe meg tilbake? Takk skal du ha.» Jeg formidler prøvesvarene til sykepleieren som har ansvaret for pasienten det gjelder. Vi noterer oss det på pasientoversikten vår begge to.

Jeg rekker å skrive en halv setning til før sjefen ringer for å minne meg om at jeg skal delta på HMS-møte med henne og verneombudet klokka ett. Jeg blir ikke ferdig til da, tenker jeg, men jeg kommer så langt jeg rekker.

Mens tankene mine hopper fra HMS til helseopplysninger om min utreiseklare pasient, ringer telefonen igjen. «Du ble skrevet ut herfra for noen dager siden, og nå siver det fra såret?» «Ja.» «Har du feber? Hvordan er smertene? Hvordan ser såret ditt ut? Får jeg personnummeret ditt, så skal jeg snakke med legen og ringe deg tilbake?»

Personen det gjelder, er en såkalt svingdørspasient. En ufrivillig stamkunde. Jeg har spurt henne om personnummer så mange ganger at jeg egentlig kan det utenat. Jeg vet også at hun må komme inn for kontroll, men dobbeltsjekker med legen før jeg tar noen avgjørelser. «Da ringer jeg henne tilbake og ber henne komme inn for blodprøver og sjekk av såret etter klokka to.» «Den er grei.»

Pasienten blir glad for å få komme direkte til avdelinga, jeg kan nesten høre henne senke skuldrene. «Da sees vi snart. Ha det så lenge.»

Klokka nærmer seg HMS-møte. Jeg logger meg av dataen, utreiserapporten min er påbegynt i hvert fall. Kveldsvaktene får fortsette på den. Telefonen ringer idet jeg reiser meg: «Pasienten på rom 4 kan komme til operasjon.» «Den er god, vi er i farta.»

På veien til sjefens kontor huker jeg tak i sykepleieren som har ansvaret for det rommet, og gir beskjed. «Endelig!» sier hun og hiver i seg siste slurk av sin lunkne kaffekopp.

Jeg tar meg en kaffekopp selv. Oddsen er høyere for å få drukket en kopp kaffe i sin helhet sittende i et møte enn ute i pleien. Hvis du kan kalle det kaffe, da. Den batterisyra som står på kannene, er langt fra kvalifisert etter min mening, men den er sterk, og det hjelper.



Rom 5:

Hun har sykehusskrekke. Vi vet ikke hvorfor, og hun vil ikke fortelle oss. Alt er skummelt, og helst vil hun at en lege skal gjøre alt hos henne. Det kan være utfordrende å få forståelse for hvorfor legen er så lite tilstedeværende. «De jobber både på operasjon og poliklinikken og her på sengeposten hos oss. De kan dessverre ikke være her hele tida.»

Dessuten, tenker jeg i mitt stille sinn, er det ikke en legeoppgave å administrere medisinen du trenger, sjekke bandasjene dine og sørge for at du spiser og er i aktivitet. Det er min jobb.

Mens jeg kopler ned dagens andre dose antibiotika, tar jeg en kjapp statussjekk. Venekanylen fungerer fint, ingen tegn til infeksjon. Bandasjen på operasjonssåret er tørr, huden rundt er fredelig. Hun kunne for lengst ha bytta prekestolen med krykker, men den fungerer som støtte for psyken like mye som for kneet.

Vi avtaler at hun kan reise hjem på permisjon etter at hun har trent i dag, og at hun kan være hjemme inntil neste dose medisin. Det gleder hun seg til.

Ei venninne henter henne i totida. På vei ut slipper hun prekestolen og går med krykker og et smil om munnen bort til heisen. Hun må dessverre tilbake igjen og være her litt lenger, i sykemiljøet hun så sårt vil unngå, men dette er bedre enn ingenting. Vi vinker henne av gårde. Bare 46 doser antibiotika igjen nå.

Rom 6:

Rommet er tomt, men alle senger må være klar til bruk på kort varsel, derfor tar jeg meg tid til å reie opp litt kjapt. Mens jeg strekker et laken, hører jeg den intense, uavbrutte pipelyden som er stansalarmen. Studenter spør ofte hvordan den alarmen høres ut, vi viser dem alltid, men denne lyden er umulig ikke å reagere på når den utløses.

Jeg kikker på displayet. Rom 3, pokker, håper det er falsk alarm, tenker jeg mens jeg løper nedover gangen. Som sykepleier er det få ting som legitimerer løping i korridoren. Jeg har det ofte travelt, og kunne nok deltatt i en kappgangkonkurranse uten nevneverdig trening i forkant, men løping er forbeholdt stansalarmer.

De fem meterne til rommet forseres på et par sekunder, kort tid etter har resten av avdelinga, pluss flere fra naboavdelinga, ankommet også. Kollegaen som utløste alarmen, avviser at det er en faktisk hjertestans, pasienten har kun besvimt. Heldigvis har hun ikke falt.

Vi triller dostolen hun sitter på, så nære sengekanten som mulig, og ved hjelp av fire personer og et av våre magiske stikkklaken flytter vi henne over i senga. Der legges hun i sjokkleie, med beina opp og huet ned. Vi tar noen målinger, henger opp litt væske, og sakte, men sikkert kommer hun til seg selv igjen.

Jeg blir værende på rommet til pasienten er ferdigstelt og lagt godt til rette i senga. Det hele tar i underkant av tre kvarter. Egentlig skulle jeg ha vært på to andre rom nå og levert ut kveldsmedisin. Min mentale arbeidsliste omprioriteres mens jeg avlaster hælene til pasienten med ei pute.

Jeg spør min kollega om det er noe mer hun trenger. «Nei, tusen takk, nå klarer vi oss. Vi er ferdig med aktivitet for i dag», sier hun, og smiler til pasienten, som puster letta ut. På vei ut ser jeg at det ringer på naborommet. Vanlig pasient-signal, ingen grunn til å løpe.





Rom 7:

Han snakker ikke norsk. Ikke så mye engelsk heller, men han er blid som ei sol, og språkbarrieren forhindrer ham ikke i å kommunisere. Vi nikker og smiler, peker og ler, og Google Translate lærer oss å si «smerter», «mat» og «bandasje» så han forstår.

Han flirer når vi kommer med Paracet fire ganger i døgnet, men skyller dem pliktoppfyllende ned med kaffe. Store deler av dagen oppholder han seg utendørs. Vi har etter beste evne forklart risikoen ved røyking, dessverre har han ikke klart å slutte. Vi er derfor fornøyd med at han i det minste er godt mobilisert, og slår oss til ro med at dette kanskje er det beste vi får til for ham.

Rom 8:

Pasienten har sagt seg villig til å la en student få øve på steril håndtering av hennes sentrale venekateter. Noen synes det er stressende, i dette tilfellet er det definitivt studenten som er mest stressa.

Vi har gjennomgått prosedyren på forhånd, studenten har tørrtrent på et kateter jeg teipa fast til bordet på pauserommet. Nå står jeg og småprater med pasienten mens jeg observerer dypt konsentrerte og lett skjelvende hender gjøre klart det sterile utstyret. Hansker, kompresser, saltvann, munnbind. Det hele tar litt vel lang tid, men jeg fokuserer på pasienten og lar studenten jobbe.

Underveis i prosedyren gjør jeg meg noen mentale notater jeg skal gi tilbakemelding på når vi kommer ut av rommet. «Husk å plassere utstyret ditt et sted det får ligge i ro, pasientene kan flytte på seg og ved et uhell gjøre det usterilt dersom du har det i senga. Når du sjekker om du får blodvar på kateteret, ikke trekk tilbake så mye, da må du bytte kran. Sjekk at du får med deg alt utstyret ut igjen. Vi skal ikke ha på oss at pasientene får trykksår fordi vi mista en sprøyte-topp i sengetøyet og glemte å plukke den opp etterpå.»

Dryppet er hengt opp og satt i gang, hvor fort skal det gå, spør studenten mens hun fikler med rulleklemma på intravenøsettet. «Innpå en time.» Hvor fort er det, spør hun mens hun stirrer på dryppet, jeg ser henne prøve å mane frem det hun har lest om dråpetelling. Cirka sånn her, sier jeg og stiller inn dryppet slik jeg vil ha det. «Vi stikker innom etter hvert og sjekker at det går i riktig tempo.»

Studenten takker pasienten for tålmodigheten. Pasienten smiler og skryter av hvor flink hun var. Det er viktig at dem får øvd seg, sier hun og blunker til meg.

Garderoben:

«God vakt, sees i morra.» Klokka er 22.09, jeg slukker lyset og tar heisen ned i kjelleren med resten av kveldsvaktene. Nesten alle skal på igjen i morgen tidlig. Med litt reisevei, en matbit og tannpuss snakker vi som regel fem timer søvn, litt mer hvis du er heldig.

På bussen kommer jeg på at pasienten på rom 4 ba om et glass vann rett før jeg dro. Ja ja, nattevaktene skal jo innom alle, de fikser det. ■



Samtaler på sengekanten



Cecilie Ann Molvik Markvoll (f. 1975) er sykepleier i hjemmesykepleien i Leirfjord kommune

– Jeg skulle ønske noen kunne skrive ned livshistorien min, sa den gamle pasienten (la oss kalle ham A) da jeg var innom for å hjelpe ham med kveldsmaten. – Jeg har levd lenge og opplevd mye, og jeg har ingen å fortelle det til. Vet du om noen som kunne gjort det for meg? Kunne du gjort det, kanskje?

Spørsmålet kom da jeg satte meg ned ved kjøkkenbordet etter å ha smurt på noen brødskiver og gitt ham medisin. Jeg måtte nesten konsentrere meg for å greie å si nei, og det var ikke grunnet manglende årsaker. Foruten at jeg verken hadde tid eller anledning, ville det å ta på seg en slik rolle i tillegg til å jobbe i hjemmesykepleien bli for vanskelig.

Siden jeg er særdeles glad i å skrive, forsto jeg imidlertid ønsket hans veldig godt. Jeg har skrevet ned deler av livshistorien til mine foreldre, og jeg har begynt på min egen. Etter som jeg blir eldre, innser jeg hvor viktige fortellingene våre er for oss alle. A hadde lite og ingen kontakt med sin familie. Han hadde virket litt dårligere i det siste, syntes jeg, uten at jeg kunne sette fingeren på hva som var galt.

Jeg beklaget og sa at jeg ikke kunne hjelpe ham. Jeg visste ikke av noen andre heller som kunne, men sa at jeg håpet det ordnet seg.

Noen kvelder senere var jeg tilbake hos A, denne gangen for å hjelpe ham med å legge seg. Vi pleide ikke å hjelpe til så mye, ei støttende hand kunne noen ganger være nok. Det hadde vært ei heftig ettermiddagsvakt, og klokka viste at jeg lå litt etter skjema. Neste oppdrag ventet, men jeg kunne ikke forlate ham uten videre. Det var tydelig at han ville noe.

Jeg satte meg på sengekanten for å ønske ham god natt. Hodet hans hvilte på puta, og han så på meg ei stund før øynene hans ble blanke. – Det første jeg husker av faren min, er at han slo meg. Jeg var tre år gammel, og vi var i vedskjulet. Det gjorde så veldig, veldig vondt, ja ikke bare selve slaget, men det at han slo meg. Jeg glemmer det aldri.

Tårene hans rant ned på puta. Den gamle mannen hadde treåringens uttrykk da han fortsatte å fortelle om en vond barndom som han ikke hadde satt ord på, inntil nå. Jeg ble sein inn den kvelden for å skrive rapport.

Da jeg kom tilbake på kontoret, var jeg berørt av det A hadde fortalt. Jeg hadde på følelsen at det ikke var tilfeldig at han valgte å fortelle det nå, men jeg visste bokstavelig talt ikke hvor jeg skulle plassere samtalen vår. Var den i det hele tatt sykepleie?

Jeg lot være å notere hendelsen i journalsystemet. Riktignok var det ingen relevante hovedpunkter i pleieplanen der dette kunne anses som en daglig rapport, men jeg kunne skrevet et notat om det. Hvis min forsinkelse hadde skyldtes at A hadde fått et sår jeg måtte forbinde, ville jeg fortalt mine kolleger om det uten å nøle. I tillegg ville jeg dokumentert det i skriftlig rapport.

Selv om jeg følte at samtalen med A var viktig, nevnte jeg den kun i en bisetning for nattevakten under den muntlige rapporten. Samtalens innhold holdt jeg for meg selv. Hvorfor dokumenterte jeg ikke det som hadde hendt?

Sykepleien, i likhet med medisinen, praktiserer ofte et dualistisk syn på helse.

Fysiologi og anatomi skilles fra det emosjonelle, sykdommer skilles fra erfaringer. De forskjellige grunnutdanningene vektlegger sykepleieteori og naturvitenskap ulikt. Den moderne sykepleien er blitt mer instrumentell og inndelt i mange spesialiseringer for ulike sykdommer og pasientgrupper.

I utgangspunktet er det aldri galt med kunnskap om kropp og sykdom. Det er godt at noen ønsker å fordype seg, det kommer utvilsomt pasienter til gode. Bør vi likevel stille spørsmål ved om kunnskap i en slik form kan virke begrensende, all den tid livet og kroppen ikke kan stykkes opp på samme måte?

Noen ganger kan det være hensiktsmessig med soner og måleenheter, selv når det gjelder kroppen. Men om ingen har oversikt og faktisk snakker med

«Fortellingen kan hjelpe oss til å erfare vår tilværelse som meningsfull.»

pasienten, så kan vi gå glipp av mye verdifull informasjon som kanskje kunne spart både pasienten og samfunnet for unødvendige belastninger.

Hvordan kan vi forsøke å sikre oss at pasienter både blir snakket med og lyttet til? Nye videreutdanninger? Kanskje behøver vi noen samtalesykepleiere, eller noen livsfortellingsykepleiere? Hva med en toårig master i til-stede-i-øyeblikket?

Jeg husker en pasient som kom tilbake fra et sykehusopphold grunnet lungebetennelse. Han tisset ofte om nettene da han var innlagt, og hadde noe motvillig vært hos uro-sykepleier på sykehuset. Med seg hjem hadde han henvisning til ultralyd og urolog. Dette til tross for at han hadde insistert på at det ikke var slik hjemme. Og riktig nok, da han kom hjem, stoppet tissingen om natten.

– Jeg lå mye på sykehus som barn, fortalte han senere. På den tiden fikk ikke foreldre være sammen med barna sine på sykehuset, og jeg var mye engstelig. – Jeg har tenkt på det nå, sa han, om det kanskje var derfor jeg tisset mye om nettene på sykehuset.

Betydningsfulle øyeblikk, slik som det med A på sengekanten, tror jeg er viktige for vår kropp og helse. Så viktige synes jeg de er, at de fortjener å nevnes formelt i en rapport. Formen er jeg usikker på, men detaljert innhold trenger ikke noteres med mindre pasienten ønsker det og det er naturlig.

Jeg tror kanskje min taushet om det som hendte, skyldes at jeg synes det er uklart hvor en slik fortelling hører hjemme. I sykepleiejournalen, i pleieplanen eller i muntlig rapport? Kun mellom pasient og sykepleier?

Kanskje er det en avveining man må ta når den dukker opp. Liv og død og sykdom og mennesker og jobb og barmhjertighet går i denne jobben over i hverandre. Slikt lar seg ikke enkelt kategorisere og plassere. Livsfortellingene våre er betydningsfulle både for sykepleien og helsevesenet ellers, om enten den strenge og avgrensede rapportformen omfavner dem eller ikke.

I våre livsfortellinger ligger det muligheter til helbredelse, tilgivelse og anerkjennelse. Fortellingen kan hjelpe oss til å erfare vår tilværelse som meningsfull. Når man på slutten av livet ytrer en fortelling, så handler den ofte om forsoning. Og forsoning er en forutsetning for å gå videre med noe, eller for å avslutte noe.

Relasjonene mellom mennesker, også pasienter og sykepleiere, er viktige for helsen. Det er ingen grunn til å føle at samtaler på sengekanten er en mindreverdige form for sykepleie. At noen setter seg litt ned, kan være akkurat den sykepleien en trenger når en er gammel og syk og innhentes av livet.

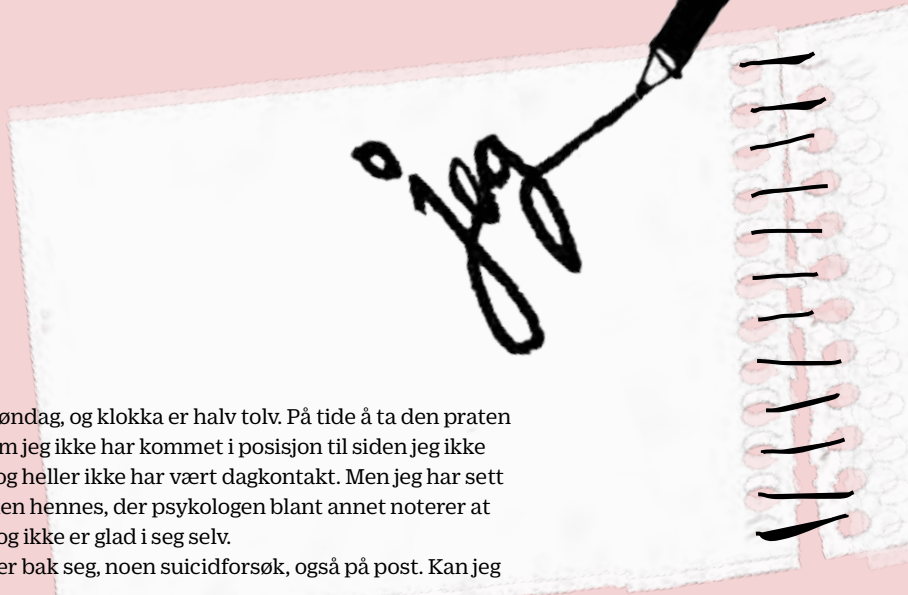
Det hører med til historien at A døde noen måneder senere. Jeg vet ikke om han fikk tak i noen som skrev ned livshistorien hans, jeg tror ikke det. Men nå lever litt av fortellingen hans videre likevel, om enn på en annen måte enn han forestilte seg. ■



Sykepleie i mørket



Kjetil Skotte (f. 1966)
er sykepleier ved DPS
Lillehammer og rosenterapeut



Hun har sovet godt, det er søndag, og klokka er halv tolv. På tide å ta den praten jeg i to uker har villet, men som jeg ikke har kommet i posisjon til siden jeg ikke er primærkontakt for henne og heller ikke har vært dagkontakt. Men jeg har sett henne og fått lest litt i journalen hennes, der psykologen blant annet noterer at pasienten har lav selvfølelse og ikke er glad i seg selv.

Hun har utallige innleggelses bak seg, noen suicidforsøk, også på post. Kan jeg bidra med noe?

Hun ligger på senga med strikketøy på magen og pc på fanget, jeg får sitte ned og kan stille det enkle, åpne spørsmålet «Hvordan har du det i dag?».

Hun forteller om de svingende følelsene hun hadde i en sosial sammenheng nylig, der hun kjente på gleden ved å være med venner og følte at hun ble satt pris på. Samme kveld kunne hun også kjenne på håpløsheten ved å være til stede, for hvorfor skulle hun fortjene å ha det bra sammen med venner, hvorfor skulle de gidde å være sammen med henne?

– Jeg tenker ofte at de er sammen med meg bare for å være greie og for at jeg ikke skal være alene, mens de innerst inne egentlig ikke bryr seg. Det er jo helt håpløst, for jeg vet jo at de er vennene mine, og at jeg er heldig som har dem. Men jeg klarer ikke å tro på det, det er som om jeg straffer meg selv og ikke fortjener å ha det bra.

– Hvorfor er det slik, tror du?

Pasienten surrer seg litt inn i noen tankerekker, men jeg spør igjen om hvorfor hun føler at hun ikke er verd å ha disse vennene, hva kommer det av?

– Jeg hadde en mor som avviste meg mye i barndommen. Hun var alenemor og hadde nok med brødrene mine, de tok mye plass. Jeg lærte meg at mine følelser ikke betydde noe, og at jeg ikke måtte bryr henne.

– Så det har blitt et mønster at du ikke er verd det samme som andre?

– Ja, det blir som om jeg avviser meg selv, og så lar jeg andre avvise meg.

– Du har lært at du ikke kan ta plass. Er det ikke på tide å bryte det mønsteret?

– Jo, men jeg tror ikke jeg klarer det.

– Hva er det som er vanskelig?

– Jeg klarer ikke si til meg selv at jeg er god nok eller verd å like, jeg tror ikke på det.

– Jeg har lest litt i journalen din om alle de tøffe stundene og depresjonene du har, og at du har vært mye innlagt. Jeg tror at du kan bryte den tendensen og begynne å bli mer glad i deg selv og innse at livet er verd å leve. Det vet jeg at du klarer. Jeg vet det, fordi jeg har selv hatt liknende tanker. Men jeg har jobbet med å endre tankene mine, fordi det er faktisk mulig, og etter hvert har jeg sett at jeg har mye å være takknemlig over og mye å leve for. Skriver du dagbok?

– Jeg har gjort det av og til, men jeg orker egentlig ikke, selv om jeg tror det er lurt å gjøre.

– Ja, det er nemlig det. Et tips kan være å skrive ned tre ting hver kveld før du legger deg om hva som har vært bra med deg i dag. Tre ting der du kan skryte litt av deg selv, helt enkle ting. For eksempel at du greide å rydde litt i dag, eller orket å gå på butikken, eller at du strikket litt. Det er alltid noe å finne som er bra ved en selv, selv om en ikke tror på det, så finner du noe hvis du leter.

– Jo, det er sikkert en god idé, men jeg tror det er vanskelig å få til. Jeg er så vant til å tenke at jeg ikke fortjener å ha det bra, det er et eneste tankekaos i hodet. Kjæresten min sier at hvis han hadde vært en dag i hodet mitt, så hadde han blitt gal.

– Vet du at hjernen er som en muskel? Den kan trenes opp akkurat som muskler til å endre seg. Det danner seg spor i hjernen når man tenker mye negativt, og det kan være vanskelig å komme ut av de sporene og inn på nye spor. Men ved å jobbe med seg selv hver dag og forsøke å endre tankemønstrene så kan du danne nye spor og lære hjernen å tenke annerledes.

– En annen ting som du også kan skrive ned, er tre ting du er takknemlig for fra dagen som har vært. Det er alltid noe å være takknemlig for, uansett. Et smil fra en nabo, at det er fint vær eller fine farger på trærne. Eller at du har en kjæreste. Hvis man begynner å se etter de gode tingene, så går det an å se at de er der, og at det er mye i livet å være takknemlig for.

– Det er sant, jeg vet jo det. Men jeg har så dårlig selvfølelse at jeg ikke synes jeg orker å leve, at det hadde vært best å slippe. Jeg har så mye selvmordstanker, selv om jeg ikke vil gjøre det heller. Jeg vil jo leve.

– Det er ingen som egentlig ønsker å dø, men noen er så fortvilte og slitne at det blir den siste utveien. Det er forferdelig trist. Hvis du blir borte, så blir det et stort tomrom etter deg. Det er mange som er glad i deg, og som kommer til å savne deg utrolig hvis du tar livet ditt. Du trengs her på jorda, fordi du er et godt menneske og har mye å gi til andre. Tenk for en livserfaring du har som du kan bruke.

– En annen fin ting er å be om hjelp om kvelden til noe du gruer deg for i morgen. Det hjelper å skrive det ned og kjenne på det, for eksempel at du trenger hjelp til å orke å stå opp, eller gå på et vanskelig møte, eller bare få være til.

– Jeg klarer aldri å be noen om hjelp. Det er det vanskeligste ...

Tårene begynner å renne, og vi bare sitter og lar dem komme. Etter en stund sier hun at det skjedde noe nå, hun klarte å kjenne på tristheten og sorgen over livet sitt, og at hun har vansker med å fortelle andre hvor vondt hun har det.

Smerten over dette er stor, og bekreftes ved at hun sier hun føler at alt hun gjør, er feil. Når hun endelig forsøker å be om den hjelpen og støtten hun trenger, så føler hun seg ikke forstått av oss som arbeider i psykisk helsefeltet.

Jeg blir med ett maktesløs, for hva hjelper vel mine råd når hun ikke tror på at hun kan hjelpe seg selv? Når hun føler at hun ikke blir sett av oss som er der for å hjelpe henne, gjennom mange år?

Jeg vet at jeg ikke kan leve livet for henne. Jeg kan bare gå med henne på veien, være der som en støtte og medspiller, sammen med henne i mørket. En av de viktigste oppgavene mine er å vise henne at hun ikke er alene, vise henne de små stripene av lys som skinner inn, forsøke å gi henne litt håp for livet. Gi henne litt verktøy, en tro på sin egen kraft, den sterke kraften som ligger i oss alle, og som får oss til å leve videre.

Jeg vet at det nytter, jeg vet at det alltid er håp. Hvis vi jobber sammen, spiller på samme lag, alle vi som er rundt: psykolog, psykiater og miljøpersonalet. Hvis vi har tro på at det nytter, så smitter det over på pasienten. Så lenge hun føler seg sett og tatt på alvor, at hun blir lyttet til. Av oss som er sammen med henne og snakker med henne hver dag.

Det er miljøterapi. Det er sykepleie. ■

Fra Florence til Nancy



Caroline Boda Waksvik (f. 1981) er avdelingsleder på Brevik sykehjem

På morgenrapporten får jeg beskjed av nattevakten om at herr Hansen ser litt «pjusk» ut, og at det er litt vanskelig å beskrive. Og ganske riktig: Under stell roter han til rekkefølgen med kluten når han vasker seg, han pleier ikke det. Han ser litt blek ut.

Til frokosten bruker han lengre tid enn vanlig, han nærmest stirrer på brødskivene, ser nesten ut som at han ikke vet hva han skal gjøre med dem. Jeg går av vakt og tenker over at herr Hansen, ja, han ser litt «pjusk» ut.

På kveldsvakt neste dag får jeg beskjed om at herr Hansen har hatt et fall. Han har aldri tidligere hatt problemer med å holde seg på beina. Jeg ser det når han kommer gående, han er litt ustø.

Dette er en helt typisk hverdag for en sykepleier på sykehjem. Diffuse beskjeder, rapporter og observasjoner stiller store krav til sykepleiernes breddekompetanse. «Pjuske» pasienter kan være på vei til å bli alvorlig syke. Den eldre – den geriatriske – pasienten er kompleks og har sjelden et sykdomsbilde som er forenlig med hva man ellers kan betegne som normalt. Man kan betegne den geriatriske pasienten som atypisk.

Herr Hansen er en typisk sykehjemsbeboer. Han er multimorbid, med lett grad av nyresvikt, lett hjertesvikt, noe nedsatt funksjon i bevegelsesapparatet og en mild demensdiagnose i tillegg.

De normale aldersforandringene må heller ikke glemmes. Han har høy alder, og det er jo klart at dette har en innvirkning på hele hans habituelle tilstand.

De små forandringene forteller meg at det er noe i gjære. Rapportene om at han ser «pjusk» ut, er diffuse, men også helt riktige. Han sovner til og fra under hele vaktene, men er lett å vekke. Jeg setter meg ned ved siden av ham og tenker at her må jeg undersøke saken nærmere.

Jeg sitter rolig og observerer respirasjonen hans, den er uanstrengt, men jeg hører en liten pipelyd. Har jeg hørt den før, tro? Det høres ut som en liten fugl har tatt bolig i brystet hans. Hvorfor er han så ustø, da?

Herr Hansen lokker frem detektiven i meg. Å være sykepleier på sykehjem krever at vi tar frem Nancy Drew-en i oss og går systematisk til verks. Herr Hansen har blitt et mysterium jeg må løse.

Jeg undersøker ham fra topp til tå. Herr Hansen synes at jeg er en meget brysom detektiv. Pumper opp blodtrykksmansjetten, teller puls og respirasjon. Var det et lite host jeg hørte tidligere, sammen med sangfuglen i brystet hans? Hvordan er avføringen og vannlatingen? Hvordan så urinen ut? Driker han greit?

Han synes også at jeg stiller veldig mange rare spørsmål. Nesten som at jeg forvirrer ham med denne inngående undersøkelsen. Hvorfor falt han så plutselig? Står han på betablokkere, ACE-hemmere eller diuretika?



Jeg ber ham løfte på beina så jeg kan sjekke skoene hans. Jo, de er stødige og har hælkappe. Er han dehydrert? Best å legge frem en drikkeliste og få personalet til å motivere ham til å drikke mer.

Herr Hansen må vise tungen, noe han synes er enda mer underlig. Jeg sjekker tannstatusen når jeg først får ham til å gape. Tennene ser greie ut, men kunne nok trenge en skikkelig puss. Tar en temp, den er 36,5, som var litt lavt.

«Hva er det nå som gjør at han er litt «pjusk»? Tør jeg å se det litt an?»

Har han vondt? Han har jo klaget litt over smerter, men klarer ikke å sette fingeren på hvor. Jeg klemmer litt her og der på ham, ser om han reagerer med smertereaksjon. Finner frem smertekartleggingsskjemaet.

Herr Hansen begynner å bli utålmodig, men detektiven i meg får blod på tann. Jeg saumfarer tidligere rapporter etter noe som kan kaste litt lys over tilstanden hans. Frem med forstørrelsesglasset, på med hanskene, her skal det virkelig undersøkes.

Jeg tar en HB og en urinprøve. Han har kateter, så kateteret må byttes, jeg klemmer det av og så kan prøven tas. Utslag på urinstiksen gjør at jeg sender til dyrking.

Noen av funnene drøfter jeg med tilsynslegen og blir oppfordret til å ta en CRP. Herr Hansen drikker lite, men har høy HB og lavt blodtrykk. Han har ikke feber, men har CRP som er litt forhøyet. Han hoster litt, men surkler ikke. Noe høy respirasjonsfrekvens og puls. Han er blek og blir mer og mer forvirret.

Jeg kontakter legen og mistenker at herr Hansen har en infeksjon, men er usikker på hvor. Litt hoste og litt utslag på en urinstiks er mine beste beviser.

Nå har jeg klemt, kjent, lyttet, stukket, løftet og undersøkt herr Hansen etter alle kunstens regler, og han er nå svært lite fornøyd med meg. Jeg på min side er svært så fornøyd med dagens undersøkelser. Jeg sitter igjen med mange svar og enda flere spørsmål.

Tilsynslegen ringer og lurer på hvordan det går. Jeg sammenfatter bevismaterialet mitt, men klarer ikke å konkludere. Jeg ringer pårørende og informerer om at herr Hansen ikke er helt i form, og at jeg ikke klarer å sette fingeren på akkurat hva som feiler ham. Samtidig beroliger jeg dem med at vi holder ham under nøye observasjon.

Herr Hansens kompleksitet setter virkelig min breddekunnskap på prøve. Jeg saumfarer mitt eget hode: Hvordan var det nå med nyrene, strever de fordi han virker litt dehydrert? Hoster han fordi han plages av hjertesvikten? Hva er det nå som gjør at han er litt «pjusk»? Tør jeg å se det litt an?

Herr Hansen har ikke fått antibiotika så lenge han har bodd her, men jeg vil ikke gå til det skrittet ennå. Behandlingsveilederen hans sier at han skal behandles på sykehjemmet og unngå sykehusinnleggelse. Han er HLR minus. Så da har jeg behandlingsstatus.

Utgangspunktet til herr Hansen har gått fra «pjusk» til muligens alvorlig syk, og jeg må ta mine neste valg med omhu. Jeg velger å se det litt an – i samarbeid med kolleger, tilsynslege og pårørende er vi enige om det. Gjennom det neste døgnet skal vi forsøke å motivere ham til å drikke. Samtidig legger jeg en plan, sammen med kolleger og tilsynslege, i tilfelle hans situasjon skulle forverre seg.

To dager etter kommer jeg på vakt igjen, og herr Hansen er ute og går i gangen. Han husker meg fra noen dager tilbake og stikker tungen ut og blunker til meg. Jeg tenker at denne gangen gikk det bra, det var væske han hadde behov for.

Jeg blunker tilbake til herr Hansen og kikker meg om etter neste mysterium. ■





Uten



Liv Bjørnhaug Johansen
(f. 1979) er sykepleier ved lindrende
enhet i Drammen kommune og er
temareaktør i Sykepleien.

■ Oksygenmetningen er lovende. Jeg fjerner nesegrime og sier «Vi måler om en liten stund. Kanskje du ikke trenger den». Urinkateteret har jeg allerede fjernet. Jeg har plukket av EKG-elektroder fra brystet og blodprøvedotter fra armene. Skrudd av skopet. Vi trenger ikke lenger å overvåke ham.

To venefloner i albuekrokene har jeg også tatt vekk – bare en på underarmen lar jeg stå. I tilfelle. «Klarer du å sitte litt på sengekanten, tror du?» Av med sykehustrøya og på med en T-skjorte fra bagen hjemmefra. «Finne-marka o-løp 2016» står det på den. Sponset av et lokalt trelastfirma.

Sittebalansen er fin. Jeg lirker en joggebukse over ankene, og han reiser seg langsomt. Med litt støtte kommer han seg over i stolen.

Det er en forsiktig utgraving. Pasientkroppen langt der nede i sykehussenga, som var koplet til alle våre slanger og måleinstrumenter, må gradvis vike når jeg avdekker et menneske. Et menneske som løp orientering i 2016. En person som sitter oppe i en stol og snart må svare på hva han har lyst på til frokost.

Jeg har alltid likt aller best å fjerne ting. Alle disse katetrene, nålene og tubene som har blitt lagt, kanskje i hui og hast, kanskje i en dramatisk akutt-situasjon, eller kanskje i en travel operasjonsstue, de tar så mye oppmerksomhet. De dominerer fortellingen om ham.

Men nå er det etterpå, og vi skal se om det går fint uten. Se hva vi kan finne igjen av personen. Kanskje er han ikke helt som før, men vi skal starte på det lange etterpå-et. Uten alle tingene.

«Jeg har alltid følt meg nærmest kjernen av sykepleien når jeg tar noe vekk.»

Hun er begynt å bli kald, men når vi forsiktig snur henne, kjenner jeg varmen henge igjen i underlaget. Den siste kroppsvarmen hennes, konservert i madrassen hun lå på.

Vi lirker av all plasten som festet spinalkateterets hårtynne slange til magen. Fjerner kateteret. Butterflyen på overarmen. Så sonden og plasteret på nesa.

Barnebarnet kom med en litt sliten rosa nattkjole hun ville at mormoren skulle begraves i. Vi klipper den opp i ryggen og trekker den over hodet hennes. Hun er død, men jeg føler at vi hjelper henne tilbake. Rehabiliterer.

Jeg har alltid følt meg nærmest kjernen av sykepleien når jeg tar noe vekk. Da jeg jobbet på sykehus, var det fineste jeg visste, nettopp å fjerne alle de medisinske rekvisittene og avdekke mennesket under.

Nå jobber jeg med palliasjon. Når jeg fjerner noe nå, er det ikke begynnelsen på noe nytt, det er gjerne slutten på det hele.

Allikevel står jeg med den samme opplevelsen: Når jeg fjerner sonder, nesegrime, pasientskjorta og kateteret – da finner jeg deg. Og jeg, sykepleieren, jeg er her for deg, ikke for behandlingen din, sykdommen din, systemet du ufrivillig har blitt en del av, skjemaene som skal fylles ut, og alle målingene som skal tas. Jeg er her for deg. ■



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

6. del

Tidsnød, ansvarsoversvømmelse
og utydelig yrkesidentitet

– hvorfor ble det sånn?

” Sykepleiere tar på seg mye, av og til for mye. Dette kan nok bidra til noe rolleklarhet om hva sykepleie er eller bør være. Min opplevelse er at sykepleiere som gruppe er for svake da vi ikke står tilstrekkelig samlet som for eksempel flygeledere eller heismontører ser ut til å gjøre. Sykepleiere godtar litt for mye «av hensyn til husfreden» og egne, familiære behov. Det er lett for arbeidsgiver å splitte oss opp.

Svar fra sykepleier i eldreomsorgen
i undersøkelsen om hva sykepleiere bruker tiden sin på.



*50-TALLET: Det var like hektisk å være sykepleier før. Men pasientene er sykere nå.
Arkivfoto: Finnmark fylkesbibliotek*

– Det er viktig at folk kjenner til betydningen av sykepleiernes innsats, sier Åshild Fause.

– Det er tøffere i dag enn på 50-tallet

Tekst **Camilla Klungland Ousdal**

Åshild Fause har tidligere jobbet som sykepleier, og hun har skrevet bok om sykepleiernes historie i Norge.

Hun forteller at sykepleiere har måttet slåss for bedre utdanning, med protester fra leger og sykehussjefer. Først på 1970-tallet ble sykepleie et yrke på lik linje med andre.

Men like oppsiktsvekkende er det kanskje at sykepleiernes hverdag er like hektisk i dag som for et halvt århundre siden.

– Sykepleier og senere forbundsleder, Helga Dagsland, gjorde en undersøkelse på 1950-tallet ved to av landets sykehus. Hun hadde samme funn om sykepleierne den gang som undersøkelser viser i dag. Nemlig at sykepleieren har altfor mange oppgaver, sier Fause, som er førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag på UiT.

Fause mener at arbeidsvilkårene for sykepleierne er enda tøffere i dag

med færre sykehussenger, sykere pasienter og stort arbeidspress. Og at sykepleie fortsatt ikke er et yrke som andre.

– Mange ser på sykepleiere som altoppførende, og som lite viktig når det kommer til lønn. Men hele helsevesenet hviler på sykepleiere. De har ansvaret for pasienten hele døgnet, hele året, sier Fause.

Hun forteller at sykepleiere ikke fikk vanlig lønn for arbeidet sitt før i 1956,

men kost, losji og lommepenger. Det var ikke meningen at de skulle gifte seg og stifte familie.

I etterkrigstiden var sykepleiermangelen stor på grunn av at sykepleierne sluttet i utdanningen og yrket.

På 1960-tallet startet utdanningen av hjelpepleiere som skulle assistere sykepleiere, slik at sykepleiere kunne avgrense oppgavene sine. Men siden helsevesenet vokste, var det fortsatt ikke nok sykepleiere.

Fause mener sykepleiere alltid har nytt stor respekt for det arbeidet de gjør, men likevel blir tatt for gitt, og de får ikke mulighet til å hjelpe de syke slik de ønsker.

Det er ifølge henne tre hovedtrekk som har påvirket arbeidsforholdene til sykepleiere gjennom historien: Sykepleierutdanningen, arbeidsvilkårene på sykehus og manglende diskusjon om hva sykepleie er.

Idealisme i bunnen

– Sykepleierne er så viktige for helsesektoren at de som har kontroll over sykepleiernes utdanning, også har styring med helsevesenet, sier Fause.

Begrunnelsen folk har til å velge sykepleierutdanningen er den samme i dag som for 50 år siden. Det ligger en idealistisk innstilling i bunnen som handler om å hjelpe andre, samt at de får jobb når de er ferdigutdannet.

– Pasientene er fortsatt syke, og det å gi kyndig hjelp gjennom sykdom krever kunnskap og en innstilling preget av idealisme og humanisme, sier Fause.

Hun syns det er synd at det ikke er flere mannlige sykepleiere da hun mener de passer godt inn i yrket. Samtidig påpeker hun hvordan sykepleierutdanningen har påvirket kjønnsdelingen i yrket.

Menn kunne ikke bli sykepleier før i 1948. Etter dette var det fortsatt få mannlige søkere. Utdanningen var organisert med internat med boplikt.

– I dag ville vi ikke tenkt at det var rart at menn og kvinner bor sammen i internat, men på den tiden var det utenkelig, sier Fause.

Dårlig utvikling av arbeidsvilkår

Hun mener det har hatt stor innvirkning på sykepleiernes arbeidsforhold at sykepleielederne, som var opptatt av det sykepleiefaglige, forsvant for omtrent 15 år siden.

– Vilkårene for å utøve sykepleie har blitt dårligere etter at sykepleierledere med kunnskap om betydningen av pleie ble borte. Pleie kan ikke erstattes av forebygging og rehabilitering. Dersom lederen ikke løfter frem pleien, blir vår virksomhet usynlig.



«Dersom lederen ikke løfter frem pleien, blir vår virksomhet usynlig.» Åshild Fause

Hun ser en stor forskjell mellom sykepleielederne før og nå.

– I dag er avdelingslederne mer opptatt av å holde budsjettet enn å stille faglige krav, slik som sykepleieledere gjorde før. Før måtte sykepleierlederen være sykepleier, men i dag kan også andre yrkesgrupper, som ergoterapeuter og vernepleiere, være ledere.

Noe av det aller viktigste som påvirker sykepleieryrket, og vilkårene på sykehus, er ifølge Fause hvordan de med makt over sykepleierutdanningen og helsevesenet ser på sykepleiere.

– Det ligger i vår fagtradisjon at sykepleie er vanskelig å avgrense. Sykepleieren er leder, portør, er vasker gulv, lager mat, stiller pasienten og assisterer legene. De gjør mange ting for at pasienten skal ha det godt. Dette nyter arbeidsgivere godt av.

Hun viser til at sykehusdrift handler mer om kroner og øre nå.

– Styringssystemet fungerer slik at sykehuset tjener penger på noen pasienter, mens andre blir en utgift. Det bryter med tanken om at man jobber med syke mennesker, og det påvirker sykepleierne som står igjen med pasienten døgnet rundt, sier hun.

– Før lå en pasient som hadde hatt blindtarmsoperasjon, på sykehus i flere dager. I dag blir pasienten sendt hjem neste dag. Dette gjør

at de pasientene som ligger på sykehuset, er mye sykere i dag enn de var på 1950-tallet, sier hun.

– Mange sykepleiere har ofte dårlig samvittighet til tross for at de står på gjennom hele vakta. Det viser at arbeidshverdagen til sykepleiere må organiseres bedre, mener Fause.

– Sykepleiere må ta selvkritikk

Fause mener at sykepleiere også må ta selvkritikk på hvordan arbeidsforholdene har blitt som de har.

– Vi har skyld i det selv. Vi har vært for opptatt av å være imøtekommende for andre sine krav., sier hun.

– Sykepleiere er ikke ofre, men de kan fort fremstå slik. Men vi har tatt valg selv langs historien. For eksempel så laget vi ikke bråk da de tidligere sykepleielederne ble fjernet.

Fause mener at det viktigste vi kan gjøre, er å diskutere sykepleie og stille faglige krav.

– Når jeg tenker tilbake til da jeg jobbet som sykepleier på 1980- og 90-tallet, var vi mer kritiske til det som foregikk rundt oss enn studentene er i dag, sier hun.

Fause understreker sykepleiernes viktige rolle i helsevesenet.

– Det er sykepleierne som har vært grunnpilaren i helsevesenet. Et samfunn uten et godt helsevesen går til grunne. Det er viktig at folk kjenner til betydningen av sykepleiernes innsats.

Konsekvensene av å fortsette på samme måte, med mange oppgaver til sykepleieren, tror Fause fører til at flere forlater yrket.

– Å oppleve å få så lite anerkjennelse for et så stort ansvar, må være utmattende i lengden.

– Jeg tror ikke du blir utbrent av å være engasjert, men du kan bli utbrent av å oppleve at du ikke strekker til i jobben, sier Åshild Fause. ■



UTMATTENDE: Dagens organisering overlater mer ansvar til sykepleiere uten at de får mer innflytelse, mener Ole Jacob Thomassen. Foto: Mostphotos

For å «overleve» i dagens organisering kan det hjelpe sykepleierne å betrakte yrket sitt som et håndverk heller enn omsorg, mener Ole Jacob Thomassen.

Mener sykepleierne oversvømmes av ansvar

Tekst **Camilla Klungland Ousdal**

Den nye måten å organisere sykehus på har hatt betydning for sykepleiernes forhold til yrket, mener førsteamanuensis Ole Jacob Thomassen.

Med New Public Management, en modell hentet fra det private næringslivet, har organiseringen blitt fokusert på mer effektiv behandling for pengene.

– Ledelsen vil si at problemet er at sykepleiernes oppfatning av sitt yrke, og omsorgsutførelsen som gjaldt for 30 år siden, ikke passer inn i dagens struktur. Mens sykepleierne vil si at de ikke vil tilpasse seg en måte å gjøre

omsorgsarbeid som skal passe inn i dagens organisatoriske rammer, sier Thomassen, som jobber ved Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap ved Universitetet i Sør-øst-Norge. Han har blant annet forsket på sykepleiernes arbeidsforhold, og skrev sin doktorgradsavhandling om integritet i arbeidslivet.

– Et av trekkene ved de organisatoriske rammene er at sykepleiere skal gjøre arbeidet ut ifra en mer avgrenset forståelse av hva sykepleier er, og ut fra mer spissede instruksjoner. Samtidig er det økt vekt på grundig

rapportering for å sikre informasjon til det neste leddet som skal overta behandlingen av pasienten.

En ansvarsoversvømmelse

Sykepleierne opplever i dagens organisering av helsevesenet det Thomassen kaller en ansvarsoversvømmelse. Dette innebærer at hver enkelt sykepleier får ansvaret for å påta seg stadig flere oppgaver. Både oppgaver som de ikke anser som sine egne, og oppgaver de mener er nødvendige å utføre, men som i dag ikke ligger innenfor rammene av det de skal gjøre i sykehuset.

Et trekk ved hvordan New Public Management generelt fungerer i offentlig sektor, er at ansvaret for å få jobben gjort delegeres nedover, mens arbeidstakerne påvirkningskraft over større rammebetingelser reduseres, påpeker Thomassen.

– Det betyr at en sykehusavdeling kan få ansvaret for å oppnå økonomiske mål, men at den ikke er med på å definere hvilke måltall som skal gjelde. Dermed ender ansvaret for å innfri krav ofte opp på den enkelte sykepleieren på avdelingen.

Mange sykepleiere retter krav innover

Sykepleieryrket er ifølge Thomassen preget av sterke moralske begrunnelser og har blant annet røtter i kristen barmhjertighetstradisjon. I tillegg spiller kjønn sterkt inn på ansvars-oversvømmelsen til sykepleiere.

– Fra et sosiologisk perspektiv kan man si at kvinner læres til ta et stort individuelt omsorgsansvar. Det er selvsagt ikke fordi kvinner er født slik, men på grunn av sterkt etablerte kjønnsroller som gir kvinner en selvforståelse knyttet til å være omsorgsgivere. Og at de skal strekke seg langt for dette, sier han.

Thomassen mener at dette kan forsterke ansvarsoversvømmelsen for mange sykepleiere:

– Kanskje vil sykepleiere, hvor majoriteten er kvinner, oftere rette kravene til å gjøre god pleie innover mot seg selv, fremfor utover og oppover, det vil si mot organisering og ledelse. Dette kan påvirke hvordan de jobber i pasientsituasjoner, mener han.

– Min forskning viser at sykepleiere med høy sannsynlighet velger å gjøre det de mener er riktig ut fra sin sykepleiefaglige integritet, og ofte presse seg selv hardt for å få gjort dette.

Mange sykepleiere opplever at ansvarsoversvømmelsen går utover den faglige integriteten.

– De opplever at de likevel ikke får gjort den jobben som de føler at de burde få gjort. Det oppleves alvorlig for mange. For sykepleiere, og annet helsepersonell, handler arbeid om mer

enn bare å gå på jobb og få lønn.

Følelsen av utilstrekkelighet og å gå på akkord med arbeidet sitt og seg selv setter seg i kroppen, mener Thomassen.

– Det er en sterk sammenheng mellom psykisk belastning og kroppslig belastning. Spenning i hodet blir spenning i kroppen.

– En stille lidelse i arbeidslivet

Manglende muligheter for å ivareta integritet kan være en vesentlig bakgrunnsliggende årsak til sykefravær.

– Jeg kaller det en stille lidelse i arbeidslivet. Integritet i arbeidsliv handler om betydningen av å ivareta det jeg kaller et profesjonelt yrkesansvar som rommer det å opprettholde nødvendige faglige standarder, sier han.

– For sykepleiere handler det i stor grad om å se og erfare at arbeidsplassen faktisk bidrar konstruktivt til pasienters bedring.

Han viser til at det høyeste sykefraværet er i helsesektoren.

– Mye av dette skyldes et sprik mellom det man ønsker å oppnå og det man faktisk oppnår i jobben, og hvordan dette kan belaste arbeidstakere.

For å gjøre noe med dette mener

for å løse de utfordringene som organiseringen er med på å skape, sier han.

En håndverksrasjonalitet

For at sykepleiere selv skal kunne bidra til å adressere problemet som et organisatorisk problem, mener han at det kan være viktig for sykepleiere å øve seg i å tenke på yrket som drevet av det han kaller for en håndverksrasjonalitet, og ikke bare en omsorgsrasjonalitet.

– Ved håndverksrasjonalitet kan sykepleiere se på jobben sin drevet av et sett av håndverksferdigheter, fremfor en jobb motivert av moralske prinsipper. Det betyr at utførelse av «godt arbeid» kanskje kan assosieres mer med å utføre yrkeshandlinger som rent praktisk bedrer pasientens helse. Eksempelvis er det viktig å være «tett på pasientene» for å få kunnskap om pasientens helse, og ikke bare for å utføre omsorg.

Ideen om håndverksrasjonalitet er ikke å snakke ned det moralske rundt omsorgen i yrket.

– Omsorgen er en viktig del av sykepleieprofesjonen. Ved også å tenke på sykepleie som håndverksrasjonalitet, kan man tydeligere adressere ansvarsoversvømmelsen som et organisatorisk problem.



«En sykehusavdeling kan få ansvar for å oppnå økonomiske mål, men den er ikke med på å definere hvilke måltall som skal gjelde.» Ole Jacob Thomassen

Thomassen at man må se det som et organisatorisk problem som må løses på riktig nivå. Han mener det ikke skal løses med individuelle løsningsstrategier, som han forteller at i utstrakt grad brukes for å håndtere problemer på arbeidsplasser.

– Dette gjøres for eksempel gjennom kurs i mindfulness. Det anser jeg får å være en taktikk for å gjøre mennesker mindre sårbare for omgivelsene og finne ro i seg selv. Problemet er at dette bidrar til mer ansvarsoversvømmelse da arbeidstaker i tillegg gjøres ansvarlig

En viktig side ved å bruke håndverkerrasjonalitet er å få frem at når sykepleiere opplever at de ikke får gjort jobben godt nok, er det ikke fordi de ikke er moralske nok, men at de mangler de organisatoriske rammene til å utføre sitt håndverk.

– Da tvinger man frem diskusjoner knyttet til hvordan man organiserer arbeidet på gode håndverksmessige måter. Som, for sykepleieres del, vil handle om de strukturelle forutsetningene for pasientenes bedring, sier Thomassen. ■



De merker at det er et maktforhold.
Men sykepleiere ved Sørlandet sykehus
føler ikke at hierarkiet i sykehuskorridorene
begrenser dem i jobben.

Tekst og foto **Camilla Klungland Ousdal**



KOLLEGER: Hjelpepleier Anita Mollestad (t.v.), sykepleier Kristine Haugjord Refsnes og sykepleier Trudi Nilsen Lohne jobber sammen på Lungeposten på Sørlandet sykehus.

Å jobbe i midten av sykehushierarkiet

Blålyset blinker utenfor hoveddøren til Sørlandet sykehus. Innenfor renner vannet i en turkis, flisbelagt fontene. Lenger inn står stoler langs veggene. Folk venter. Flere slitne har ansikter. Noen med et bekymret drag over seg.

Et par svinger videre nedover korridorene ligger Medisinsk

sengepost 1D. Lungeposten, som den også kalles. På en oppslagstavle ved vaktrommet henger oversikten over døgnets vaktlag. Side om side står bilde og navn på sykepleierne og hjelpepleierne som er å finne på avdelingen.

I dagligstuen sitter sykepleierne Trudi Nilsen Lohne (30) og





ROLLER: Man må forstå rollefordelingen for å gjøre en god jobb for pasientene, mener sykepleierne Trudi Nilsen Lohne (t.v.) og Kristine Haugjord Refsnes på medisinerrommet.

Kristine Haugjord Refsnes (27) i hvite uniformer. De tenker seg om et øyeblikk før de svarer på hvordan de opplever hierarkiet på avdelingen.

– Jeg føler ikke så mye på hierarkiet her. Jeg jobbet på kirurgisk tidligere. Der var det mye mer tydelig. Her føler jeg meg mer sidestilt, sier Refsnes.

– Vi er her for å gjøre en god jobb for pasienten, og vi samarbeider for å få det til. Noen samarbeider man bedre med enn andre. Noen forstår rollefordelingen bedre enn andre. Vi har mange oppgaver som flere kan gjøre, og noen som bare sykepleiere kan gjøre, og så er det oppgaver bare legene kan gjøre, sier Lohne.

«Du ser på noen at lufta går ut av ballongen på grunn av noe man sa.»

Trudi Nilsen Lohne, sykepleier

Delegering og hierarki

Refsnes føler at det blir en avstand mellom sykepleiere og hjelpepleiere når hun må be dem ta oppgaver som kan oppfattes som kjedelige, som pasientstell.

– Pasientstell er kjempeviktig, men jeg må delegerer, fordi jeg har oppgaver som hjelpepleiere ikke kan gjøre. Da føler jeg at jeg lager et hierarki, men det må til for å få ting til å fungere, sier Refsnes.

Hun har aldri blitt møtt med negative kommentarer når hun delegerer oppgaver.

– Jeg føler bare på det selv. Når det blir mer travelt, blir alle kortere i kommentarene. Da kan man føle på en litt

dårlig stemning. At de syns det blir urettferdig eller noe. Dette kommer nok mest av at det er dårlig tid. Stemningen er bra når det er mindre travelt, sier Refsnes.

– Generelt sett snakker vi mye med kroppsspråket, uavhengig av yrkesgrupper, og det kontrollerer vi ikke like mye som ord. Du ser på noen at lufta går ut av ballongen på grunn av noe man sa, sier Lohne.

– Men som regel er det ikke et problem å delegerer, og vi får forståelse, fortelle Lohne.

Hun forteller at det hele tiden er en dialog mellom yrkesgruppene på avdelingen.

– Det vil alltid være et hierarki, men jeg føler ikke det er noe som begrenser oss i jobben. Sjeldent i så fall, sier hun.

Sykepleierne forteller at de gjør mange av de samme oppgavene som hjelpepleierne.

– Samtidig er det godt å ha noen som ikke kan gjøre sykepleieroppgaver. De kan gjøre de viktige tingene som vi må nedprioritere fordi vi må gjøre behandling. Vi er så avhengige av dem, sier Lohne.

Kommunikasjon med leger

Refsnes føler hun kommuniserer bedre med hjelpepleierne enn med legene.

– Jeg treffer hjelpepleierne oftere. Jeg har lunsj med dem, og det har jeg ikke med legene på samme måte, sier Refsnes.

– Sykepleiere og hjelpepleiere er mer sårbare sammen. Det er vi som står sammen i vanskelige situasjoner. Vi forteller legen om det, men så er de ute av bildet etter hvert, og vi skal fortsette å stå i situasjonen, sier Lohne.

– Jeg føler ikke at jeg stanger med legen. Men i en situasjon kan en lege si at «jeg forstår det er vanskelig, men du må bare si til pasienten at slik er det». Fortsatt kommer du ingen vei med pasienten. Så ber du legen gå inn til pasienten selv. Etterpå

The doctor-nurse game

- Teori lagt frem av Leonard Stein i 1967.
- Omhandler det hierarkiske forholdet mellom sykepleiere og leger, og underliggende holdninger som påvirker spillet Stein omtaler som «the doctor-nurse game».
- Målet med spillet er at sykepleieren skal komme med forslag til pasientbehandling samtidig som hun/han fremstår passiv. I tillegg skal hun presentere forslaget på en måte som gjør at det fremstår som legens forslag.
- I spillet må både sykepleiere og leger være bevisst på ikke-verbal kommunikasjon og kryptiske beskjeder.
- Hovedregelen i spillet innebærer at det ikke må være åpen uenighet mellom sykepleier og lege. Om sykepleieren er uenig, må hun/han fremme et forslag uten at det fremstår som at hun/han kommer med et forslag. Om legen ønsker råd fra sykepleieren, må han/hun be om det uten direkte å spørre om det.

Kilde: «The Doctor-Nurse Game» av Leonard Stein 1967

The doctor-nurse game i nyere tid

- Spillteorien har blitt mye diskutert. I 1990 så Stein sammen med David T. Watts og Timothy Howell igjen på teorien. Da hevdet de at sykepleierne hadde sluttet å spille spillet.
- De viste til sosiale endringer som har påvirket spillet. De påpekte at spillet ikke var dødt, men at endringer vil fortsette å spre seg.
- De mente at begge yrkesgruppene hadde fordeler av at de ble mer gjensidig avhengig av hverandre. Når en underdanig blir mer frigjort, kan også den dominante ble mer frigjort.

Kilde: «The Doctor-Nurse Game Revisited» av Leonard Stein, David T. Watts og Timothy Howell 1990

«Alle oppgavene vi gjør, er sykepleieroppgaver.»

Trudi Nilsen Lohne, sykepleier

kommer legen ut og har endret mening fullstendig fordi han eller hun selv har stått i situasjonen. Det er frustrerende. Da tenker jeg at vedkommende ikke har hørt på det jeg sier. Det skjer ikke ofte, men av og til, sier Refsnes.

I 1967 lanserte Leonard Stein en teori om «the doctor-nurse game» som omhandler det hierarkiske forholdet mellom sykepleiere og leger. Den tok blant annet for seg hvordan sykepleiere på en forsiktig og underdanig måte kommer med forslag til legen. Helst på en måte som får forslaget til å fremstå som legens egen idé.

Sykepleierne på lungeposten føler ikke at de må være like forsiktige når de kommer med forslag.

– Samtidig kan jeg kjenne igjen teorien. Jeg vinkler meg nok inn på en spesiell måte. Jeg tenker sikkert at legen er over meg, og da lager jeg det hierarkiet selv. Etter hvert som jeg blir kjent med legen, vet jeg at jeg ikke trenger å gjøre det på den måten, sier Lohne.

– Jeg kjenner den også igjen. Om du kjenner legen, kan du være litt mer rett frem, men jeg stiller også spørsmål slik at «men du, en gang var det slik at ... stemmer ikke det lenger?», sier Refsnes.

Samtidig opplever begge sykepleierne at leger spør om hjelp og råd fra sykepleierne. Lohne tror at de må menneskeliggjøre hverandre for å få et mindre skille mellom yrkesgruppene.

– Å få tid til den «skal du noe koselig i helga?». Slik at det ikke bare er at du tar de vanskelige avgjørelsene og jeg utfører. Det er et maktforhold, selv om man ikke merker det direkte fordi vi samarbeider bra, sier Lohne.

Tidspresset og poteten

Sykepleierne fra 1D føler de har en plass i hierarkiet som lar dem gjøre jobben sin, men at det skorter på tid.

– Vi bruker mye tid på oppgaver andre kunne ha gjort. Som å rydde, vaske, lage og servere mat, fylle på utstyr og den slags. Sånt sett kunne vi delegert mer og brukt mer tid på sykepleierrettede oppgaver, sier Lohne.

– Samtidig er det viktig at sykepleiere jobber med helheten. Som å lage eggerøre til Olga som har problemer med ernæring. Og å hjelpe Arne som har angst, fordi han ikke får puste og tror han skal dø. Alle oppgavene vi gjør er sykepleieroppgaver, sier Lohne.

Det organisatoriske tar opp mye av tiden til sykepleierne.

– De dagene jeg går visitt, føler jeg nesten at jeg bare organiserer: Tar telefoner, kontakter kommunen, sjekker at utstyr er tilgjengelig og delegerer videre oppgaver fra legen, sier Refsnes.



MED TILT-MASKINEN: Sykepleierne Birte Tversland Lia (t.v.) og Siv-Anita Nomedal på medisinsk sengepost 2A mener sykepleiere kan brukes til alt, som en potet.



SAMARBEIDER TETT: Hjelpepleier Anita Mollestad (t.v.) og sykepleier Trudi Nilsen Lohne på lageret.

«Legene har litt mer definerte oppgaver, men vi må reie opp senga og gjøre mye forskjellig.»

Siv-Anita Nomedal

– Hvis du ser for deg en potet som kan brukes til alt; der har du sykepleieren, sier Lohne og flirer.

I dagligstuen har sykepleierne reist seg og skal gå ut.

– Du må se denne. Kristine har denne koppen på vaktrommet, smiler Lohne.

På koppen er det en teip som gjør at det står «A cup of Vival». Originalt sto det «A cup of survival».

Begge smiler lattermildt idet de går ut av dagligstuen.

– Du er overalt

Opp en etasje ligger Medisinsk sengepost 2A. Gangene der er iøynefallende like som på 1D. Beige linoleumsgulv og hvite vegger. Antibac-dispensere spredt rundt på veggene. En jevn strøm av mennesker i hvite antrekk i gangene. De går med høyt tempo og behagelige sko.

Sykepleierne Siv-Anita Nomedal (53) og Birte Tversland Lia (51) jobber på Medisinsk sengepost 2A. De mener også at sykepleieren er en potet som kan brukes til alt.

– Du er på skyllerommet, medisinrommet, kjøkkenet og pasientrommet. Du er overalt, sier Lia.

– Legene har litt mer definerte oppgaver, men vi må reie opp senga og gjøre mye forskjellig, sier Nomedal.

Nomedal forteller at det er utfordrende å stå mellom hjelpepleiere og leger:

– Innimellom hender det at jeg blir tilkalt for å tørke over toalettet fordi vaskepersonell ikke vasker badet før det er gjort. Men det handler om å få alt til å gå rundt, sier hun.

– Du kan si nei til oppgaver, fordi man er nødt til å prioritere. Har du ting som brenner, gjør du det. Og det blir akseptert, sier Lia.

Samtidig som oppgavene glir mellom yrkesgruppene, mener de at oppgavene deres er klare.

– Til syvende og sist er sykepleie definert, og vi har for eksempel transfusjoner og medisiner. Jeg har visitt denne uka, og da skal jeg ha oversikten over pasientene. Ofte har vi kontakt med pårørende. Å sitte foran PC-en og koordinere tar mye tid, sier Nomedal.

Noen oppgaver har glidd over fra å være legeoppgaver til å bli sykepleieroppgaver.

– Da jeg begynte her, tok ikke vi blodgass. Det var det kun kandidatene som gjorde. Men nå har vi overtatt den oppgaven, sier Lia.

Gastroleger på brødskiva

Ingen av dem føler at de merker noe til «the doctor-nurse game» på avdelingen.

– Vi har veldig god dialog, men det er alltid noen leger som skiller seg litt ut, sier Lia.

– Gastrolegene kan du smøre på brødskiva. De er veldig snille, sier Nomedal.

Lia forteller at legene spør sykepleierne om råd, men at det er forskjell på legene.

– De fleste er veldig hyggelige, men de jobber forskjellig. De medisinske legene setter seg oftere ned på sengekanten og ser hele bildet. De kirurgiske legene kommer inn og sier «ja, det var det kneet», og ser kanskje ikke hele bildet, sier hun.

– Det er også hierarki innen legeprofesjonene. Men vi merker ikke dette i det daglige, legger hun til.

Verken Lia eller Nomedal føler det er vanskelig å delegere til hjelpepleiere.

– Det er veldig innforstått at slik er det. Om du går alene som sykepleier, vet hjelpepleierne at de har mer ute på avdelingen å gjøre. Vi er med når vi kan, men det er en del ting som vi må gjøre, sier Nomedal.

– Hjelpepleierne her har jobbet lenge og er veldig flinke. Når de er ute på avdelingen, kan du stole på at det er trygt. De er observante, sier Lia.

De forteller at det er noen oppgaver som noen hjelpepleiere ikke ønsker å gjøre.

– Noen hjelpepleiere føler seg kanskje usikre. Da kan det bli flere oppgaver igjen til sykepleiere, som en hjelpepleier kunne gjort, sier Nomedal.

– Vi jobber i et team

Anita Mollestad (52) er hjelpepleier nede i første etasje på lungeposten. Hun føler ikke at hun kjenner noe til hierarkiet mellom hjelpepleiere, sykepleiere og leger.

– Vi jobber i et team. Det er ikke slik at sykepleierne er over meg og at jeg bare er en liten hjelpepleier som jobber på gulvet, sier hun.

«Det er ikke slik at sykepleierne er over meg og at jeg bare er en liten hjelpepleier som jobber på gulvet.»

Anita Mollestad, hjelpepleier

Hjelpepleieren mener at legene er lydhøre.

– Mange av de eldre ser nok legene høyt oppe, men legene er ikke sånn. De er ikke høye på pæra bare fordi de er lege, sier hun.

Samtidig som oppgavene mellom yrkesgruppene kan være glidende, føler hun det er en klarhet i oppgavefordelingen. Hun har forståelse for at hun blir bedt om å ta et pasient-stell når sykepleieren må gjøre en oppgave som krever sykepleierautorisasjon.

– Vi jobber sammen for å få det til å svive rundt. Vi trenger alle. Vi er på tilbudssiden. Det er ikke slik at «maser du nå igjen». Det kjenner man ikke på, sier hun.

Hjelpepleierne bruker mer tid på kjøkkenet enn sykepleierne, ifølge Mollestad.

– Vi fordeler oppgaver. Sykepleierne går på medisinerommet. Det å kunne være på kjøkkenet syns jeg er en god ventil. Du kan lukke dørene og senke skuldrene litt. Noen avdelinger har kjøkkenassistenter og sparer tid på det, sier Mollestad.

Merker ikke noe skille

På Medisinsk sengepost 2A jobber kjøkkenassistent Jorunn Sjøkvist (53). Hjelpepleier Torbjørg Bruskeland (62), forteller

at de får mer tid ute i avdelingen når Sjøkvist er på jobb.

– Når hun serverer middag, får vi tid til å skrive i DIPS, sier Bruskeland.

Verken hjelpepleieren eller kjøkkenassistenten føler at det er et hierarki på avdelingen.

– Vi kjenner hverandre godt og gjør oppgavene oppi hverandre. Jeg merker ikke noe skille. Jeg føler ingen står over andre, forteller Bruskeland.

– Jeg merker heller ikke noe forskjell. De dagene jeg ikke er her, gjør sykepleierne det samme som meg på kjøkkenet. Og det er ingen problemer med å si ifra om noe man ikke er fornøyd med, sier Sjøkvist.

– Vi har det veldig greit her på avdelingen. Kanskje vi tåler litt mer av hverandre enn andre som ikke har det så greit, sier Bruskeland.

Hjelpepleieren føler ikke at det er stor forskjell i rollefordelingen, men påpeker at yrkesgruppene er sertifisert til forskjellige oppgaver. Hun opplever at nyutdannede sykepleiere ikke alltid vet hva en hjelpepleier kan gjøre og ikke gjøre.

– Om jeg blir spurt om å legge inn permanent transurethralt kateter (KAD), sier jeg at jeg ikke kan gjøre det, forteller hun.

Noen situasjoner med medisin syns Bruskeland kan være litt vanskelige.

– Når jeg kommer inn og serverer frokost hos en pasient, står kanskje medisinen på nattbordet. Da må jeg gå ut til en sykepleier for å spørre om det er morgenmedisinen. Sykepleiere skal gi medisinen til pasienten. Om jeg skal gi, må jeg få beskjed om det, forteller hun.

Avklart hvem som bestemmer

Nede i første etasje på lungeposten jobber overlege Terje Skraastad (50). Han er spesialist i lunge- og indremedisin. Han mener at det er et hierarki mellom yrkesgruppene på sykehuset.

– Om det skjer noe med en pasient og man må ta avgjørelser, er det avklart hvem som bestemmer. Sånt sett er det et hierarki. Man har oppgaver knyttet til stillingen man går i. Vi må ha en rollefordeling. Det kommer man ikke utenom, sier han.

– Jeg har gått inn i det systemet som eksisterer, men jeg har vært bevisst på at vi kommuniserer. Vi har et felles mål, og vi snakker ordentlig sammen, sier Skraastad.

Han forteller at han prøver å være lydhør overfor innspill fra sykepleiere.

– Sykepleierne er mer bedside enn legen i det daglige, og de kan vite hvordan utviklingen har vært gjennom flere dager. Jeg erfarte tidlig at det er mange dyktige sykepleiere som er flinke til å observere. Om jeg får en bekymring om tilstanden til en pasient fra en sykepleier, tar jeg det på alvor, sier han.

Angående «the doctor-nurse game», tror han at ting har forandret seg.

– Man hører om disse lange togene av leger og sykepleiere i visitten før i tiden. Jeg har aldri jobbet innenfor et slikt system. Jeg innbiller meg at det var et tydeligere hierarki tilbake på 1960-tallet, sier overlegen.

– Jeg tror det er mye mer dialog nå, fremfor kun direkte



RENHOLD: I korridoren på Lungeposten stopper Lohne opp ved bordet med kaffeservering og vasker kaffeflekker av fatet.

meldinger fra legen. Dette kan variere mellom personer, profesjoner og hvor man befinner seg på huset, sier han.

Glidende oppgaver

Selv om Skraastad mener det er en tydelig oppgavefordeling, tror han det er noen glidende oppgaver.

– Ved utfylling av rekvisisjoner, bestilling av blodprøver og slike praktiske ting er det kanskje uklart hvem som skal gjøre hva. Også ved kommunikasjon med pårørende. Noen ganger er det naturlig at sykepleierne har hovedtyngden av det, og andre ganger er det mer naturlig at legen går inn og tar den biten, sier han.



«Vi leger rådfører oss mye med hverandre.»

Terje Skraastad, overlege

Skraastad mener også at å ta blodgass har glidd fra å være en legeoppgave til en sykepleieroppgave. I hvert fall inne på lungeposten, hvor blodgass tas daglig. Han føler ikke at han delegerer bort legeoppgaver til sykepleiere.

– Det er mulig sykepleierne vil si noe annet. Det kan for eksempel gjelde bestilling av blodprøver. At sykepleierne har det vel så travelt og at det kunne godt legen ha gjort, sier han.

Ved delegering av prosedyrer, er Skraastad åpen for dialog om en sykepleier ikke føler seg trygg på oppgaven.

– Man skal ikke utsette folk for risiko. Da kan sykepleieren ha med en mer erfaren sykepleier. Andre ganger er det naturlig at

jeg gjør det. Et eksempel på en slik oppgave er skylling av dren, sier han.

Utfordringer når krisen oppstår

I krisesituasjoner ser Skraastad at det kan være utfordringer med hierarkiet.

– Det vet jeg at noen sykepleiere har erfart på vakt. For eksempel at det blir en akutt forverring og samtidighetskonflikter for vakthavende lege som må tilkalles for avklaring, sier han.

– Det kan nok kanskje oppleves vanskeligere for sykepleiere enn for legen, men også for legen. Fordi legen er avhengig av å innhente informasjon for å ta den korrekte avgjørelsen, sier Skraastad.

Det banker på døra inn til dagligstuen på lungeposten. En lege stikker hodet inn. Bak henne står to andre leger.

– Jeg må ha et ord meg deg, sier hun og ser på overlegen.

Etter noen minutter kommer han tilbake. Legeteamet har diskutert behandling av en pasient.

– Vi leger rådfører oss mye med hverandre. Vi jobber tett på vår seksjon, sier han.

– Behov for å hjelpe

Tilbake hos sykepleierne på lungeposten reflekterer de over sin plass i hierarkiet og hvorfor sykepleierne ofte ender opp med å absorbere andres oppgaver.

– Jeg tror det ligger naturlig i mange av oss som velger å bli sykepleiere, at vi har et behov for å hjelpe. Basert på faglig tyngde og som et medmenneske. Da er det veldig lett å si «jeg ordner det». Selv om det langt ifra er din oppgave, sier Lohne.

– Jeg er sykepleier for å hjelpe pasientene. Å være der uansett hva det måtte være, sier Refsnes. ■

KUNNGJØRING

LANDSMØTET

2019

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 2019



Landsmøtet avvikles på Clarion Hotel & Congress Oslo Airport 4.-8. november 2019. **Helsepolitisk dag** starter 4. november kl. 12.00 - 15.00, etterfulgt av **landsmøteåpningen** kl. 16. **Forhandlingene** starter 5. november kl. 08.30.

AV NSFS VEDTEKTER § 8 D FREMGÅR BL.A. FØLGENDE:

«Prinsipielle saker som vedrører organisasjonens funksjon, arbeidsform og struktur skal behandles på landsmøtet.

Medlemmer som ønsker å fremme saker til landsmøtet, **skal fremsende disse gjennom sitt fylkeskontor**. Sakene må være forbundsstyret i hende minst 6 måneder før landsmøtets åpning. Sakene skal være begrunnet/utredet.»

Medlemmer som ønsker å fremsende saker til landsmøtet må oversende disse til sitt fylkeskontor med nødvendig begrunnelse/utredning og forslag til vedtak innen 23. april 2019 for at fylkeskontoret skal kunne overholde frist for videresending.

Fylkeskontorene sender sakene videre til NSF's hovedkontor.

Sakene skal være forbundsstyret i hende senest 3. mai 2019.

Fylkeskontoret sender sakene via e-post til:

LM2019@arbeidsrom.sykepleierforbundet.no

LANDSMØTET 2019 SKAL FORETA FØLGENDE VALG:

- forbundsleder
- nestleder
- 2. nestleder
- 6 forbundsstyremedlemmer
- 6 varamedlemmer til forbundsstyret
- leder av kontrollutvalget
- 3 medlemmer til kontrollutvalget
- 4 varamedlemmer til kontrollutvalget
- leder av rådet for sykepleieetikk

- 8 medlemmer til rådet for sykepleieetikk
- leder av nominasjonskomiteen
- 6 medlemmer til nominasjonskomiteen
- 6 varamedlemmer til nominasjonskomiteen

AV NSFS VEDTEKTER § 12 C FREMGÅR BL.A. FØLGENDE:

«Forslag til kandidater fra fylkesstyrene, faggruppene, Rådet for sykepleieetikk, Kontrollutvalget og enkeltmedlemmer skal være registrert i den elektroniske løsningen senest 2 måneder før landsmøtet åpnes. Forslagene skal være begrunnet. Kandidater som foreslås, godkjennes når villighetserklæringen er mottatt i den elektroniske løsningen.»

Valgkandidatene presenteres fortløpende på NSF's hjemmeside.

Dette innebærer at skriftlige forslag på kandidater, vedlagt kandidatens villighetserklæring, må være nominasjonskomiteen i hende **innen 4. september 2019**. En elektronisk løsning for å fremme forslag til valgkandidater samt villighetserklæring vil være tilgjengelig på **nsf.no/lm2019**.

Alle forslag må sendes via den elektroniske løsningen.

Annen informasjon i forbindelse med landsmøtet vil fortløpende bli lagt på **nsf.no/lm2019**

Olaug Flø Brekke
generalsekretær

I henhold til NSF's vedtekter, § 8C, holdes landsmøtet hvert fjerde år innen utgangen av november måned.

– Sykehushierarkiet lever i beste velgående, særlig inni hodet på folk, sier Nina Olsvold, som har forsket på sykepleieres yrkesrolle i sykehus.

Hierarkiet vi ikke snakker om

Teks og foto **Camilla Klungland Ousdal**

I Nina Olsvold er utdannet sykepleier, men har jobbet lite i yrket.

– En av grunnene til det er at jeg syns det var vanskelig med hierarkiet som sykepleiere jobber i, sier hun,

Olsvold begynte på sosiologi og er nå førsteamanuensis ved fakultetet for helsefag på VID vitenskapelige høyskole. I sin doktorgradsavhandling forsket hun på sykepleieres yrkesrolle i sykehus.

Et av funnene hennes var at sykepleieres plassering i hierarkiet, mellom hovedsakelig leger og helsefagarbeidere, kan være utfordrende.

– Sykepleiere står i midten. Samtidig gir den plasseringen dem en unik kompetanse rundt det å kunne jobbe i mellomrommene mellom de ulike aktørene, for å skape oversikt og helhet i pasientforløpet, sier hun.

– Det er en viktig posisjon som er dårlig beskrevet av sykepleiere selv, og dårlig forstått i sykehusorganisasjonen. I tillegg gjør nærheten til pasientene det vanskelig å sette grenser for egen yrkesrolle.

Ved å observere arbeidet i sengepostene så Olsvold hvor vanskelig det kunne være for sykepleierne å gjennomføre oppgavene sine da de konstant måtte forholde seg til uforutsette situasjoner som oppsto og skapte avbrytelser. Samtidig er jo det uforutsette noe som må håndteres, påpeker hun.

– Fordi sykepleiere er plassert så tett på pasientene, må de absorbere

oppgaver som tilhører aktører både høyere og lavere i hierarkiet. Om en pasient kaster opp på gulvet, er det ikke alltid mulig å få tak i en renholder. Mitt inntrykk er at mange sykepleiere heller ikke er komfortable med å overlate denne type oppgave til andre.

–Alt og ingenting

Olsvold mener pleiebegrepet er et sekkebegrep.

– Det blir alt og ingenting.

Sykepleiere har selv problemer med å artikulere innholdet i det. De har fastholdt helhetlig og individuell omsorg som kjernen i faget, men den direkte pasientpleien er kun en del av yrkesrollen, sier hun.

De organisatoriske oppgavene blir ifølge Olsvold ofte oppfattet som noe



«Det er ingen enkel måte å beskrive et sykehushierarki på.» Nina Olsvold

annet enn sykepleie av sykepleierne selv. Men det å drifter sengeposter, koordinere og administrere behandlinger og skape oversikt for å sikre et mer eller mindre helhetlig pasientforløp mener hun er helt sentralt i sykepleie.

Sykepleiere kan, ifølge Olsvold, føle at de må være forsiktige med hvordan oppgavene fordeles for å ivareta et godt arbeidsmiljø og en god tone i posten.

– I de generelle sengepostene, hvor jeg observerte og intervjuet, var sykepleierne veldig opptatt av at de skulle gjøre det samme som helsefagarbeiderne. Men samtidig må sykepleierne ivareta en del oppgaver som en helsefagarbeider ikke kan gjøre. På noen avdelinger er medikamenthåndtering, dokumentasjon og utskrivningsplanlegging nærmest en heldagsjobb.

Vanskeligere med legene

Olsvold mener likevel at relasjonen mellom sykepleiere og leger er mer problematisk enn mellom sykepleiere og helsefagarbeider. Hun mener profesjonshierarkiet er basert på en tanke om at det bare er leger som diagnostiserer og behandler.

– Bildet er selvfølgelig mer sammensatt. Sykepleiere må kunne stille foreløpige diagnoser eller vurdere symptomer opp mot mulige tilstander, og de både foreslår og utfører behandlinger i sengepostene på daglig basis. Ofte justerer de på pasientens behandlingsplan innenfor visse rammer. Går man utover disse, må en lege godkjenne det, men det er gråsoner.



PÅVIRKER: Det vanskeligste er forholdet mellom sykepleiere og leger, mener forsker Nina Olsvold. Arkivfoto: Erik M. Sundt (NB: Bildet er tatt i en annen sammenheng enn hva teksten omhandler.)

En nedarvet struktur

Olsvold påpeker at flere leger, spesielt nyutdannede, ønsker eller trenger hjelp av sykepleiere. Dette er ikke alltid like lett for legene, og de kan bli uglestet for det. Olsvold mener at hierarkiet gjør relasjonen mellom sykepleier og lege dysfunksjonell i mange tilfeller, og at begge yrkesgrupper bidrar til å opprettholde det. Det er en nedarvet struktur det ikke er tatt et oppgjør med, i motsetning til mange andre organisasjoner, der hierarkiet er bygget ned.

– Det handler egentlig mer om statusforskjeller og silotenkning enn et formelt hierarki, sier hun.

– Det er ingen enkel måte å beskrive et sykehushierarki på, men at det lever i beste velgående, særlig inni hodet på folk, er det ikke tvil om, sier hun.

Et hierarki skaper sosial distanse mellom mennesker, men denne kan ifølge Olsvold brytes ned på et øyeblikk.

– Jeg husker særlig en episode med en ny kvinnelig kirurg som var veldig blid og hyggelig, og som hilste på alle. På den posten var det uvanlig, så det

ble en litt merkelig stemning på vaktrommet, fordi sykepleierne ikke visste helt hvordan de skulle reagere. Det som er helt vanlig atferd utenfor sykehuset, kan altså fremstå som høyst usedvanlig innenfor.

– En potent miks

Ifølge Olsvold anerkjenner nærmest ikke sykepleiere at hierarkiet er et problem, men de har likevel mye å fortelle om det når de blir spurt om det.

– Flere sykepleiere har sterke følelser knyttet til det å ikke bli hørt og sett av leger eller ledelse. Kombinert med travle arbeidsdager og dårlige arbeidsforhold blir dette en potent miks. Flere forlater yrket på grunn av det.

Olsvold viser til at temaet er lite forsket på i Norge, spesielt gjelder det forholdet mellom sykepleiere og leger.

– Jeg opplever det som litt tabu. Ikke desto mindre er det et veldig viktig tema. For hva kan det føre til at man ikke klarer å kommunisere skikkelig? For eksempel i de vanskelige gråsone-ene, hvor det ikke er opplagt hva som er det riktige å gjøre og hvem som sitter

på ekspertisen. Det er klart det kan gå utover pasientsikkerheten.

På grunn av den gjensidige avhengigheten mellom sykepleiere og leger, er det veldig viktig med et godt samarbeid. Lege må ofte tilkalles for tilsyn på grunn av en forverring i en pasients tilstand. Om legene er opptatt et annet sted eller synes henvendelsen fremstår som triviell eller lite akutt, er det ikke sikkert de kommer med en gang.

– I akutte situasjoner hvor det kan handle om liv og død, skaper det mye ansvarsstress for sykepleieren som står ved pasientens seng, når legen ikke kommer, særlig for en usikker sykepleier som ikke våger å handle uten fullmakt, sier hun.

Lite bevisste leger

Hun peker på fullmakter som en kilde til frustrasjon

– Sykepleiere vet hva som må gjøres i mange tilfeller, men de har ikke fullmakt til å handle. Ofte må de løpe etter legene for å forsikre seg om at de får de nødvendige signaturer på skjemaer eller forordninger.

– Mønsteret er at legene ikke forholder seg til helheten av nødvendigheter i sengepostene på samme måte som sykepleiere gjør. Leger er opptatt av sitt fag og det medisinske i forholdet til pasienten.

De er også lite bevisst på sin egen posisjon i forhold til sykepleierne og sin plass i det hierarkiske systemet, mener Olsvold.

Ifølge Olsvold er hierarkiske organisasjoner ofte preget av at det knytter seg prestisje til funksjoner og oppgaver som ivaretas av grupper høyere i hierarkiet enn man selv er. Det går utover motivasjonen og stoltheten man føler for arbeidet:

– Det å ha ansvar for skyllerom, matservering eller å stille pasienter er langt nede i prestisjehierarkiet, men ikke desto mindre viktig for pasientene. Da er det trist når slike oppgaver ikke verdsettes, selv ikke av dem som utfører dem. Hierarkiet fester seg til oppgaver og påvirker relasjonene mellom menneskene i en organisasjon. Det kan være veldig destruktivt. ■



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

7. del

Mer autoritært, mer teknisk eller
i større grad avhengig av pårørende?

Er sykepleie tydeligere
definert **i andre land?**

” Jeg har lang erfaring som sykepleier. Er opprinnelig fra Hviterusland og jobbet der i nesten ti år som sykepleier. Har bodd 18 år i Norge. Så jeg har et helt annet «blikk» på hva som er sykepleieroppgaver. Det er ikke overraskende at det er stor mangel på sykepleiere i landet fordi de utfører altfor mange oppgaver som helt andre personer burde ha gjort.

Svar fra undersøkelsen om hva sykepleiere bruker tiden sin på.

Tekst og foto **Ellen Morland**

I andre land betyr sykepleie noe annet enn i Norge. Arbeidet er organisert på en annen måte, og statusen til yrket kan være annerledes. Her forteller fire sykepleiere som har jobbet både i Norge og utlandet, om sine erfaringer.



Polen: Kunne aldri kalle legen ved fornavn

Det å ta en kaffe med kirurgene og ha en faglig diskusjon med dem hadde vært utenkelig i Polen, forteller Luiza Stawowy.



Luiza Stawowy

Jobber nå: På Rikshospitalet som operasjonssykepleier.

10 år i Norge: Jobbet først i bemanningsbyrå, tok videreutdanning i operasjonssykepleie

11 år i Polen: Utdannet sykepleier som yrkesfag, pluss 5 år deltids masterstudie.

Det er kulturforskjell mellom polsk og norsk arbeidsliv, og det merkes godt når man er sykepleier.

Det som overrasket meg mest da jeg begynte å jobbe i Norge, var at vi kan omgås kollegaer sosialt, på jobben og for eksempel på julebord. På jobben kan vi ta en kaffe med kirurgene, og vi kan ha faglige diskusjoner. Sykepleiernes ansvarsspekterområde er også bredere her i Norge, vi jobber mer selvstendige enn i Polen. Vi kan komme med forslag eller si vår mening om for eksempel bandasjelegging. Det ville aldri skjedd i Polen. Heller ikke det at vi kaller hverandre med fornavn.

Sykepleiere har veldig lav status i samfunnet i Polen. De lave lønningene har vel en del av skylden for det. Det var ikke en lønn å leve av, mange hadde flere stillinger for å tjene nok til det de trenger. Likevel holdt det ikke til å kunne reise på ferie, for eksempel, slik jeg nå kan. Dette gjorde folk utslitt, og frustrerte sykepleiere har ikke pasienten i sentrum.

Mange gjøremål var årsaken at de hadde ikke tid til å snakke med pasientene eller de pårørende. De pårørende gjør veldig mye mer i Polen. De kommer oftere

på besøk, følger pasienten på do, gjør stell og hjelper til ved måltidene. Hvis ikke de kommer, må pasientene ofte klare seg selv, hvis de ikke maser veldig om hjelp.

En sykepleier i Polen har ofte ikke mulighet til faglig utvikling. Arbeidsgiverne vil ha sykepleierne på jobben, ikke på kurs. Det måtte de bruke fritiden og sine egne penger til. Her har jeg fagdager som jeg kan bruke til faglige seminarer, e-læring eller kurs.

Vi manglet avvikssystemer i Polen. Ved en konflikt eller et problem måtte vi finne en løsning der og da, og ofte ble problemet glemt, eller det endte med unødvendige konflikter. Det førte ofte at feilene gjentok seg. Her er vi mer åpne for diskusjon og konflikthåndtering, og det synes jeg er bra.

Der jeg jobbet, var det ikke hjelpepleiere eller assistenter. Sykepleierne måtte ta all jobben deres. ■

«Sykepleiere har veldig lav status i samfunnet i Polen.»

Luiza Stawowy

Danmark: Hjelpepleierne hadde kontroll på mat og stell

Her i Norge gjør sykepleierne mer av alt. Det var annerledes i Danmark, og det likte Tone Lill Bek godt.



Foto: Privat

Tone Lill Bek

Jobber nå: På Vennesla og Iveland legevakt og er tilkallingsvikar i fengselshelsetjenesten. Har også jobbet på sykehjem.

5 år i Danmark: Utdannet sykepleier, erfaring fra sykehus, praksissteder under utdanningen, og fra sommerjobb/ekstravakter i hjemmesykepleien i Aalborg.

Det beste sammenlikningsgrunnlaget har jeg fra hjemmesykepleie og i sykehjem i Danmark og Norge. Det som er aller mest tydelig, er at det i Danmark var mye klarere definert hva som er arbeidsoppgavene til en sykepleier. Det var å dele ut medisiner, planlegge og koordinere ved utskrivning, tilkalle lege, stelle sår, legge dosetter og så videre. Altså typiske sykepleieroppgaver. Bistand til personlig hygiene og rengjøring ble ikke gjort av sykepleiere.

Her i Norge gjør sykepleierne mer av alt. De smører brødkiver, driver med personlig hygiene og slike ting, i tillegg til sykepleieroppgavene.

I Danmark var det hjelpepleierne som styrte sykehjemmet, sykepleierne kom innom og gjorde sykepleieroppgaver. Tjenesten var riktignok litt annerledes organisert der jeg jobbet, enn det er i Norge.

Jeg syntes det fungerte veldig godt i Danmark med denne arbeidsdelingen. Det gjorde også at hjelpepleierne fikk en mer definert rolle. Det var de som hadde stålkontroll på alt som hadde med mat, personlig hygiene og renhold å gjøre. De hadde veldig god kompetanse på ernæring. Dermed kunne de følge opp pasientene bedre. Var det en som slet med å få i seg maten, satte de inn det ekstra som skulle til for å ta vare på denne pasienten.

Hjelpepleierne ble altså spesialister på sitt område. Det tror jeg ga dem en større yrkesstolthet og motvirket gnisninger mellom dem og sykepleierne. Selvfølgelig steppet også sykepleierne inn hvis det var tid og behov for det. Alle er jo med og drar lasset. Men det er noe med det å ha tydelig definerte arbeidsoppgaver. Når du kommer

på jobb, vet både legen, sykepleieren og hjelpepleieren hva som er sine arbeidsoppgaver.

«Jeg vet ikke hvorfor det har blitt slik det er i Norge.»

Tone Lill Bek

Jeg vet ikke hvorfor det har blitt slik det er i Norge. Det jeg ser, er at det ble en forskjell da kokkene og kjøkkenene forsvant fra sykehjemmene. Da måtte hjelpepleierne og sykepleierne gjøre jobben. Da ble også matkvaliteten dårligere. Det luktet ikke lenger mat i avdelingen. Det var ikke lenger mulig å få kokken til å lage en kake eller noe annet ekstra hvis det var en anledning. Slike ting. Så min vurdering er at det er et dårligere tilbud i norske sykehjem nå.

Der jeg jobbet i Danmark, jobbet de fleste fulltid. Det var en fordel, for personalet ble mer stabilt. Man jobbet annenhver helg, og da var det faste team som jobbet sammen.

I Norge er det mye mer av deltid, det gjør det mer uoversiktlig.

Jeg har inntrykk av at sykepleierbemanningen var lavere i Danmark. Det var kanskje en årsak til at sykepleier- og hjelpepleieroppgaver ble tydeligere definert. Rapportene var også kortere. Sykepleiere hadde rett og slett ikke tid til å gjøre alt det de gjør i Norge.

Lønnen var dårligere i Danmark, og skatten var høy. 48 prosent fra første krone. Det er ikke som her, at studenter kan ha sommerjobb og få det på frikortet. På det feltet er Norge best. ■

Palestina: Sykepleierne var oftest menn

Hvis en pasient døde, var det ganske vanlig at pårørende skyldte på sykepleieren. I Gaza var det en helt annen arbeidshverdag for Abdallah Abudayya.



Abdallah Abudayya

Jobber nå: Ved VID vitenskapelige høgskole som førsteamansuensis.

I Palestina, Gaza: Fra 1988–93 på sykehus og med oppsøkende helsehjelp. Har også undervist og hatt oppdrag for hjelpeorganisasjoner.

I Norge: I Skedsmo kommune, hjemmesykepleien, tok master og ph.d. i internasjonal folkehelse.

Utdannet: I Kairo, 1986, og har spesialisering i førstehjelp og kirurgi.

akuttsykepleieroppgaver, som å sette injeksjoner og stelle ulike sår og skader. Jeg assisterte leger og tannleger ved større skader og ved behov. Senere ble sykehuset utvidet med mange nye avdelinger: kirurgisk, medisinsk og fødeavdeling. Jeg ble etter hvert leder og fikk om lag 50 sykepleiere under meg. Da ble det mer administrasjon og operasjonssykepleie.

Helsetjenesten i Gaza var underlagt de israelske helsemyndighetene inntil 1994. Etter Osloavtalen tok de palestinske myndighetene ansvaret for helse for palestinere i Gaza og på Vestbredden. Senere, i juni 2007, tok Hamas over kontrollen i Gaza. Dette var ikke så positivt for helsetjenesten. Det ble dår-

«Av oppgaver kunne jeg gjøre mer i Gaza enn her.»

Abdallah Abudayya

ligere utdanning og dårligere organisering av tjenesten. Og sykepleierne får dårligere lønn, hvis de i det hele tatt får noen lønn. Hamas ansatte sine egne sykepleiere, og mange av de gamle ble kastet ut.

Det var stor forskjell på å jobbe som sykepleier i Gaza og Norge. For det første var det farligere å jobbe som sykepleier under okkupasjon og når militær konflikt foregikk. Særlig fordi vi måtte ut når det var portforbud for å hjelpe folk som trengte oss, uansett av risikonivå. Vi var også utsatt for mer press fra pårørende. Hvis en pasient døde, var det ganske vanlig at pårørende skyldte på deg som sykepleier og kom med trusler. Her i Norge er man beskyttet mot slikt.

Et annet problem var at sykepleiere i hovedsak var menn, og at det dermed var komplisert å få gitt kvinner behandling. Deres menn måtte gi tillatelse, og hvis mannen nektet, ble det ikke noe behandling.

Da jeg begynte å jobbe i hjemmesykepleien i Skedsmo, opplevde jeg å komme til en tjeneste som var systematisk organisert. Her var det også definert hva en sykepleier kan gjøre og ikke gjøre. Det fins retningslinjer.

Av oppgaver kunne jeg gjøre mer i Gaza enn her. For eksempel sy en pasient etter en operasjon, men som regel under tilsyn av lege. Det hendte også at noen som ikke var sykepleiere, sydde. Det kunne skje fordi det ikke var regulert hvem som kunne gjøre hvilke arbeidsoppgaver.

Alt av medisin håndtering kunne jeg også gjøre, for medisiner var mye mer tilgjengelig. Pasienten kunne selv gå på apoteket og kjøpe antibiotika uten resept. Det het seg at legen skal ordinere medisiner i sykehusene, men i praksis er det ofte sykepleierne som gjør det likevel.

Det var to nivåer av sykepleiere i Gaza: staff nurses, som hadde bachelor, og practical nurses, som hadde mindre enn to års utdanning. Det var ønsket at sykepleierne skulle ha bachelor, men på grunn av stor sykepleiermangel var det likevel en alternativ, kortere utdanning for å få raskere tilgang på personell. Hvis det var staff nurse tilgjengelig, fikk disse naturlig nok mer ansvar, men practical nurse overtok ansvaret hvis det ikke var andre til stede. Og det skjedde ofte, siden det var stor sykepleiermangel.

Det var altså vanskelige arbeidsvilkår og lav status for sykepleiere i Palestina, motsatt av slik vi har det i Norge. Folk spurte meg: Når skal du bli lege? Det var en av grunnene at jeg ville studere videre. ■

■ I Gaza jobbet jeg på et lite sykehus som fungerte som en legevakt, der jeg på den tiden var eneste sykepleier. Det var småskader, mange av dem som følge av krig og uroligheter. Jeg hadde

Tyrkia og USA: Mer utbredt med assistenter enn i Norge

Både i Tyrkia og i USA var det flere nivåer av sykepleiere med ulik lengde på utdanningen, forteller Sezer Kisa.



Sezer Kisa

Jobber nå: På Oslomet som førsteamanuensis, jobber blant annet med praksis for sykepleierstudenter

5 år i USA: Som barsel og gynekologisk sykepleier på sykehus

19 år i Tyrkia: 8 av dem som sykepleier i en kvinneklinikk og 11 år som høyskolelektor på en sykepleierhøyskole.

Utdannet: I Tyrkia.

Det tyrkiske helsevesenet er dominert av en tradisjonell medisinsk tilnærming. Med andre ord, legen tar en beslutning angående pasienten, og alle andre følger legens ordre uten å stille spørsmål. Selv om samarbeid alltid blir anbefalt i alle deler av helsevesenet, blir sykepleieren ansett som legens assistent. Derfor opplever sykepleiere i Tyrkia problemer med sin autonomi. Mangel på samarbeid skaper flere konflikter.

Jeg har observert en mer pasient-sentrert samarbeidskultur med gjensidig tillit og respekt mellom helsepersonell både i Norge og USA.

Selve oppgavene som sykepleiere utførte, var ikke så ulike i de forskjellige landene.

I USA er sykepleierens oppgaver bestemt av hva slags type diplom de har eller sertifikatene de får. I avdelingen der jeg jobbet, var mitt hovedansvar som sykepleier å administrere medisiner, håndtere intravenøse tilganger, observere og monitorere pasientenes tilstand, dokumentasjon, pasientundervisning og rådgivning, og kommunikasjon med andre yrkesgrupper.

I USA og Norge er oppgavebeskrivelsene og arbeidsdelingen knyttet til sykepleie mye tydeligere enn i Tyrkia. Dermed er arbeidet utført av sykepleiere bedre organisert.

Det som er annerledes både i Tyrkia og USA, sammenliknet med Norge, er at det er flere nivåer av sykepleiere med varierende lengde på utdanningen.

Selv med flere utdanningsnivåer får alle tittelen sykepleier i Tyrkia. De med høyest utdanning skal altså ikke nødvendigvis gjøre mer avanserte oppgaver. Det er heller ikke så stor forskjell på lønningene fra dem med kortest utdanning til dem med bachelor. Dette skape frustrasjon og konflikter.

I Tyrkia regulerer lovverk og reguleringer hva som er sykepleieres oppgaver og ansvarsområde. I USA er

det sykepleierorganisasjonene og helseinstitusjonene som tydeliggjør sykepleierens oppgaver og ansvar. Men felles for alle er at mangel på sykepleiere gjør at de også må gjøre

«I Tyrkia blir sykepleieren ansett som legens assistent.»

Sezer Kisa

enkelte andre oppgaver som egentlig ikke er sykepleieroppgaver. Det kan være sekretær oppgaver eller husarbeid. Men det er mer utbredt med assistenter både i Tyrkia og USA. I Tyrkia har vasking og matlaging vært outsourset i mange år.

Vi ble oppfordret til kurs og fagutvikling på det sykehuset jeg jobbet ved i USA. Den amerikanske sykepleierorganisasjonen og andre profesjonsorganisasjoner oppfordrer sykepleiere til å ta kurs og fullføre et visst antall studiepoeng hvert år. Mange arbeidsplasser krever jevnlig resertifisering. I Tyrkia er ikke det påkrevet for de fleste sykepleiere, men noen som jobber med dialyse, organtransplantasjoner og nyfødtintensiv blir tilbudt utdanningsprogrammer organisert av helseinstitusjonen.

Både i USA og Tyrkia hadde jeg en lønning som gjorde at jeg levde bedre enn den gjennomsnittlige amerikaner eller tyrker. Likevel rapporterer den tyrkiske sykepleierorganisasjonen at tyrkiske sykepleiere med disse lønningene lever under fattigdomsgrensen.

Siden 2007 har menn kunnet få plass på utdanningene i Tyrkia. Det har gitt sykepleierprofesjonen noe høyere status, men statusen til yrket er likevel lav sammenliknet med USA og Norge. ■



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen

8. del

Det er ingen grunn til at sykepleiere skal ha noen potetidentitet.

Kjernen i sykepleiefaget: En oppsummering

” Sykepleie er å møte den andre med empati. Sykepleie er å ha fokus på hele mennesket. Å være en god sykepleier betyr at man evner å se sammenheng mellom psykisk og fysisk helse.

Svar fra sykepleier i eldreomsorgen
i undersøkelsen om hva sykepleiere bruker tiden sin på.

Tekst **Liv Bjørnhaug Johansen**

Gulvvask, hårrulling, detaljstyring eller skyhøye dokumentasjonskrav – hvilke av disse utgjør egentlig truslene mot sykepleieprofesjonen, og hva er sykepleie egentlig? Vi har spurt tre av dem som har som jobb å røkte faget.

Hva er sykepleie, og hva burde det være?



Kari E. Bugge
(f. 1958) er fagsjef i Norsk Sykepleierforbund.

Hva er egentlig sykepleie?

– Er du sykepleier, må du alltid hjelpe når helseproblemer oppstår, om du er på jobb eller privat. Sykepleie er et sammensatt fag. Det er å hjelpe mennesker i alle aldre og livsfaser med å dekke grunnleggende behov når helseutfordringer oppstår, bidra til diagnostisering og medisinsk behandling, utføre sykepleieprosedyrer og mere sammensatte tiltak, bidra til forebygging og økt mestring, både hos pasienter og pårørende, og understøtte det friske hos den syke.

Sykepleie bidrar til at

mennesker med helseutfordringer kan bo hjemme, at behandling blir gjennomført både på sykehus og i kommunene, at komplikasjoner forebygges og oppdages i tide.

Sykepleie inneholder kunnskap om helsetjenesten og samfunnet, rettigheter og plikter i forebygging, behandling, rehabilitering og livsavlutning. Sykepleiere har kunnskap om hvordan helse-tilbudene henger sammen og er gode koordinatører.

Hva er de største utfordringene for sykepleierollen i dag?

– Slik jeg ser det, er det at behovene for sykepleie i befolkningen øker uten at det satses på å bruke sykepleiekompetansen på en bedre måte. Sykepleievitenskapen innehar kunnskap om virksomme sykepleietiltak, blant annet for hvordan

pasientene, pårørende og brukerne opplever og mestrer sykdom og død. Denne kunnskapen etterspørres av pasienter og pårørende, men har liten plass i helsetjenesten.

Dette, sammen med mangel på tid, fører til at mange sykepleiere ikke er fornøyd med det tilbudet de kan gi pasientene.

I deler av helsetjenesten har sykepleiere en utydelig rolle, samtidig som de tar stort ansvar. Dette er nok grunnen til at mange dyktige sykepleiere slutter.

Trenger vi nye definisjoner av hva sykepleie er?

– Jeg tror ikke definisjoner har så stor betydning. Sykepleie er et stort og sammensatt fag. Vi trenger at det kommer tydeligere frem hva sykepleiere har av kunnskap og kompetanse, og ikke minst det ansvaret de tar. ■



Elisabeth Sveen Kjølrsrud (f. 1951) er psykiatrisk sykepleier og har skrevet doktoravhandling om profesjonsetiske utfordringer knyttet til helseforetaksmodellen. Hun er leder av Rådet for sykepleieretikk.

Hva er sykepleie?

– Jeg synes definisjonen til Virginia Henderson fremdeles står seg: «Sykepleie er å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten ikke selv har styrke, kunnskap eller vilje til å møte disse behovene». Vi kan også ta med oss Florence Nightingales visjon og mål om å hjelpe pasienter til å mestre sykdom og behandling for å bli frisk, leve med sykdommen eller få en fredfull død.

Dette er grunnleggende. Samtidig må vi ta innover oss at mye er endret siden Nightingale. Sykepleie i vår tid er også mer kompleks og sammensatt, ikke minst grunnet nye organisatoriske modeller og en teknologisk utvikling i stor fart. Sykepleie i dag er dermed så mye mer enn tidligere.

Hva er de største utfordringene for sykepleierollen i dag?

– Styresmaktene har et ønske om å redusere den profesjonelle makten. Dette viser seg på flere områder.

Først og fremst kom det endringer i lovverket, i 1999, med en felles helsepersonellov, hvor begrepet profesjonsnøytralitet forekommer. Dernest ser vi nye idealer for ledelse ved innføring av helseforetaksreformen på begynnelsen av 2000-tallet. Den nye lederrollen skulle være profesjonsnøytral, med vektlegging på effektivitet og økonomi. Dette brøt med den tradisjonelle tanken, hvor faget sto sentralt.

For det tredje er også sykepleierens tradisjonelle jurisdiksjonsområde under press, eksempelvis fordi sykepleierens tidligere spesifikke oppgaver også utføres av andre yrkesgrupper. Alt dette handler fra styresmaktens side om å bremse profesjonaliseringen, fordi dette er kostnadskrevenende.

Den amerikanske professoren i sosiologi Eliot Freidson er opptatt av profesjoner, og skrev mye om deprofesjonalisering. Freidson har analysert profesjoners status i avanserte industrisamfunn, der konkurranse og effektivitet har blitt vektlagt på bekostning av den skjønnsutøvelse og yrkeskontroll av arbeid som kjennetegner profesjonalismens egen logikk.

Jeg tror Freidson har et viktig poeng når han sier at den største utfordringen for

profesjonene i fremtiden handler om det kulturelle og ideologiske. Det handler om å bevare tradisjoner og ivaretagelse av de spesifikke verdiene den enkelte profesjon har med seg og er bærere av. Han viser også til at profesjonene selv må ha makt til å ikke komme inn under organisasjonenes kontroll, og selv stå som garantister for den kvaliteten som er på utøvelsen og på de tjenestene de skal utføre. Hvis ikke, vil profesjonsetikken utvannes og bli utydelig.

Sykepleiere i dag strever med å etterleve både lovverket og de yrkesetiske retningslinjene, og vi opplever at stadig flere sykepleiere opplever moralsk stress.

Trenger vi nye definisjoner på hva sykepleie er?

– Ja, vi trenger å redefinere hva vi ønsker at sykepleie skal og bør være, ikke minst fordi vi har store profesjonsetiske utfordringer i endret kontekst. Sentralt her er menneskesyn, og ikke minst handler det om den profesjonelles lojalitet. Hvor skal den være? Hos pasient, organisasjon, eller profesjonsfelleskap? Hvordan skal vi integrere slike hensyn?

Det er dermed viktig å drøfte hvordan profesjonsetiske hensyn må og bør ivaretas i et arbeidsliv i endring. ■

hva burde det være?



Maria Strandås (f. 1985) er doktorgradsstipendiat ved Nord universitet. Hun forsker på sykepleier-pasient-relasjoner i hjemmesykepleien og hvordan sykepleiere og pasienter forholder seg til og håndterer de organisatoriske systemene de er underlagt. Hun har kritisert kommunenes styringsmodeller for å være for rigide og detaljstyrte, og hevder det utfordrer profesjonell sykepleiepraksis.

Hva er sykepleie?

– Sykepleieres ansvarsområder og funksjoner spenner vidt, og det finnes ikke et enkelt svar på hva sykepleie egentlig er.

For meg handler sykepleie om å bruke både hjertet og hjernen. Om å kombinere en subjektiv følelse av at «noe» ikke stemmer, med kliniske vurderinger basert på objektive data og målinger.

Sykepleie er en helhetlig tilnærming med mål om å hjelpe pasienten i å oppnå, opprettholde eller gjenopprette det pasienten selv opplever som best mulig helse og velvære. Det innebærer også å være litt kameleon – å tilpasse seg pasienten. Det er å være veileder for en pasient som trenger forklaring, heilagjeng for en annen som nesten ikke maktet, og en trygg hånd å

holde i ved livets slutt. Sykepleie handler om å møte både menneskets og sykdommens behov, fordi de er ikke alltid de samme.

Hva er de største utfordringene for sykepleierollen i dag?

– Jeg mener at nedskjæringer, effektivisering og standardisering av sykepleieoppgaver er alvorlige trusler mot sykepleieprofesjonen og mot pasientsikkerheten. Pasientene er eldre og sykere enn før. Deres tilstander svinger, og behovet for å utøve skjønn på stående fot og på en klok måte er helt nødvendig. Allikevel skal sykepleieres arbeidsoppgaver i økende grad forhåndsbestemmes, styres og måles, samtidig som tiden som er til rådighet skrumpes inn.

Sykepleieres ansvarsområder vokser. Det er svært bekymringsfullt at muligheten til å gjøre selvstendige vurderinger og handle ut fra faglig og etisk skjønn i møte med pasientenes komplekse og skiftende behov, innskrenkes.

Det er et problem at sykepleiernes tid spises opp av ikke-pasientnære oppgaver som for eksempel rapportering eller støvtørring, og at verdien av ikke-målbare aktiviteter som for eksempel en samtale, ikke anerkjennes

nok. Sykepleieidentiteten settes under press når vi må nedprioritere deler av vår faglighet, våre verdier og profesjonsetikk.

Trenger vi nye definisjoner av hva sykepleie er?

– Sykepleiernes særegne funksjon og ansvar er ikke tydelig nok avgrenset. Dermed er det behov for nye definisjoner av hva sykepleie er, samtidig som vi skal holde fast ved våre sykepleiefaglige kjerneverdier. For dersom sykepleie strippest for sitt fundament, er det da sykepleie som praktiseres?

Sykepleie skal utvikle seg for å møte samfunnets behov, men sykepleie er også limet i et stadig mer komplisert helsevesen. Det er vi som kjenner pasienten best og er best egnet til å koordinere et helhetlig pasienttilbud. Vi kan ikke slippe pasientnære oppgaver, og nye definisjoner må ivareta vår nærhet til pasienten samtidig som våre andre oppgaver og roller tydeliggjøres og begrenses.

I lys av fremtidens alvorlige mangel på sykepleiere er det kanskje like viktig å definere hva sykepleie ikke er. Da kan sykepleieres kompetanse prioriteres riktig, så ikke sykepleiernes ansvarsområder fortsetter å vokse inn i det uendelige. ■

Potetproblemet

Om man skal definere hva sykepleie egentlig er, bør man høre på hva sykepleierne sier, ikke se på hva de gjør, mener Liv Bjørnhaug Johansen.

Sykepleiefaget er i stor endring. Teknologi, nye krav til dokumentasjon, kvalitet og samhandling trekker oss stadig oftere til PC-skjermene. Legemangel bøtes på med overføring av oppgaver fra leger til spesialsykepleiere. Kunnskapsbasert praksis med sjekklister og kvalitetssikrede prosedyrer utfordrer tidligere tiders forståelse av kunnskap som erfaring, skjønn og klinisk blikk.

Samtidig har den hissige debatten om fagdefinisjoner som raste på 90-tallet, stilnet, og sykepleien som høyskolefag anklages for å være ullent. Med denne utgivelsen av Sykepleien har vi ønsket å gjøre opp en slags status. Hva tenker egentlig sykepleiere om faget sitt? Hva er egentlig sykepleie?

Vi har gjennomført en omfattende spørreundersøkelse som ble besvart av over 2000 sykepleiere, der vi har spurt hvilke oppgaver de faktisk utfører i hverdagen, og hva de tenker sykepleiere burde gjøre. Når ikke svaret på disse to spørsmålene ble det samme, har vi forsøkt å forklare hvorfor det er sånn.

Hva mener sykepleiere sykepleie er?

Når jeg leser sykepleieres egne tanker om faget sitt, synes jeg ikke det er ullent. Om formuleringene er ulike og ståstedene forskjellige, står likevel dette fast: sykepleie er å hjelpe folk som trenger hjelp. Så enkelt.

«For meg er basis i sykepleien å hjelpe pasienten til å ta vare på seg selv», sier anestesisykepleieren fra den høyteknologiske operasjonsstua, der han styrer maskiner og medikamenter som holder alle vitale funksjoner i gang.

Og operasjonssykepleieren som leier, teller og dekker opp, motiveres ikke av prosedyrene og kirurgene, men av at akkurat denne pasienten skal beskyttes mot infeksjoner og komplikasjoner.

Det er en lang vei fra den psykiatriske sykepleieren som forsøker å sette livsmot i en deprimert pasient, til den geriatriske sykepleieren som nitid observerer og søker etter årsaker til den begynnende funksjonssvikten hos en eldre mann. Men de gjør det samme: de bruker kompetansen sin til å hjelpe den andre.

Hva sykepleiere gjør

Det er når vi begynner å se på hva sykepleiere gjør, at bildet begynner å bli ullent. For om alle er enige om at det er i arbeidet med og for pasienten at sykepleie skjer, er det lett å se hvorfor frustrasjonen er så stor.

Vi har altså spurt 2000 sykepleiere om hva de gjør. Og kartet over sykepleieres oppgaver avdekker et underlig landskap som spenner fra medisinsk utredning og behandling til vaktmesteroppgaver og renhold. Avanserte prosedyrer gjøres ikke lenger bare av de spesialiserte på sykehusene. Også i kommunene og hjemmetjenestene stelles invasive dren, og alvorlig psykisk syke følges opp.

Samtidig det over 75 prosent som angir at de hver uke rydder og vasker opp etter måltider, over 90 prosent må ta imot innkommende telefoner til avdelingen og 37 prosent må selv vaske rommene mellom pasienter.

Om man kun ser på oppgavene sykepleieren faktisk utfører, er det ikke rart at faget vanskelig lar seg definere.



Liv Bjørnhaug
Johansen
temaredaكتور i Sykepleien

Sist i undersøkelsen hadde vi et åpent spørsmål der vi ba folk legge inn noen linjer om hva de mener sykepleie er. Jeg så for meg at disse fritekstsvarene ville romme linjer om privilegiet det er å få være der for andre og lovprisninger av verdens viktigste jobb. Det gjør den også, men disse drukner i den massive frustrasjonen over flommen av oppgaver som står i veien for å få utført sykepleie.

Administrasjon og gulvvask

Frustrasjonen følger to hovedspor. Det ene er knyttet til alle de nye administrasjonsoppgavene og de økende kravene til dokumentasjon. Men det andre sporet er det som faktisk fremstår som det største problemet og tidssluket: en uendelig rekke av enkle, praktiske oppgaver. Sykepleiere vasker gulv, tilbereder mat, rer senger, vannet blomster, vasker rom og medisinskteknisk utstyr. De gjør vaktmesteroppgaver og portørtjenester.

Alt dette er trivielle oppgaver som hvem som helst kunne gjort. En respondent beskriver det slik: «Sykepleiere gjør andres oppgaver hver dag. Alle de andre kan si: Dette er ikke min jobb. Men

en sykepleier kan aldri si det, uansett hva det er.»

Sykepleie foran skjermen

Forfatter og professor Ingunn Elstad skriver at hun tidligere har brukt utsagnet «for å vite hva sykepleie er, skal du ikke se på hva hun gjør, men hvor blikket hennes er rettet». Nå lurer hun på om det kanskje ikke lenger har gyldighet – er ikke blikket vårt stadig oftere rettet mot skjermen? Er vi på vei vekk fra den pasientnære pleien og over i administrasjon av pasientforløp? Er det en bevegelse vekk fra sykepleien, eller er det en naturlig utvidelse av feltet vårt?

Den britiske sykepleieforskeren Davina Allen mener sykepleierens koordinerende og organisatoriske rolle i pasientforløpet er underkommunisert og må løftes opp og inn i fagets identitet og skoloring. Hos sykepleierne vi har spurt, er synet på administrative oppgaver blandet. 36 prosent synes de bruker passelig mye tid på dette, men hele 50 prosent synes det går med for mye tid. Og administrative oppgaver som ikke er direkte knyttet til pasienten, kommer langt opp på listen over oppgaver sykepleierne mener andre burde utført.

Midt i hierarkiet

Medisinen og legen har alltid hatt en sentral plass i sykepleiefaget. Professor og sykepleier Per Nortvedt beskriver Florence Nightingales tanker om medisinen som en brikke i den totale helbredelsesprosessen – kirurgen fjerner kulen, sykepleien sørger for å gi pasienten den nødvendige pleien og skape et miljø som gjør at såret kan gro.

Å administrere, utføre og understøtte medisinsk behandling i et avklart ansvarsforhold, der legen ordinerer og vi utfører og observerer, inngår som en selvfølgelig del av sykepleiefaget. Det er få i undersøkelsen vår som reagerer på at oppgaver som tradisjonelt har tilhørt legene, nå skyves over på dem. Bare 16 prosent sier de daglig gjør oppgaver de mener legen heller burde gjort.

Mer uavklart fremstår derimot forholdet til helsefagarbeiderne. I stor utstrekning gjør sykepleiere og helsefagarbeidere de samme oppgavene, men

sykepleierne har en rekke andre oppgaver i tillegg. 54 prosent av respondene i undersøkelsen svarer at de daglig gjør oppgaver de mener helsefagarbeidere heller burde ha gjort.

I fritekst gir flere uttrykk for at helse-

pasient, slik at du kan leve et godt og fullverdig liv, både med og uten sykdom. La oss gjøre jobben vi utdannet oss til, og ikke utnytt oss mer! Vi er sabla lei av å ha kloke hoder som ikke brukes.»

«Om man kun ser på oppgavene sykepleieren faktisk utfører, er det ikke rart at faget vanskelig lar seg definere.»

fagarbeidere har lite forståelse for hvor mye tid dokumentasjon, medisiner og administrasjon tar – og at sykepleierne føler seg uglesett om de ber om bistand til praktiske oppgaver for å få frigjort tid til arbeid foran skjermen.

«Sykepleiere må blir flinkere til å delegere», sier Iren Luther i Fagforbundet. Men samtidig minner hun oss på at helsefagarbeidere også er helsepersonell, og heller ikke skal gjøre oppgaver som renhold og praktisk bistand. Oppgavene sykepleierne i størst grad gir uttrykk for at de mener andre burde gjøre, er nettopp det som ikke er pasientrelatert, men knyttet til vedlikehold og drift av avdelingene. Oppgaver heller ikke helsefagsarbeiderne vil ha.

Hvorfor ble det sånn?

«Rammebetingelsen er rett og slett ikke rigget for å utføre sykepleie i tråd med de verdiene faget har tradisjoner for», sier sosiolog Ole Jacob Thomassen. Det er ikke faget vårt som er utydelig, problemet er at arbeidsgiverne våre ikke er interessert i det vi synes vi skal bruke tiden på. Fagsjef i Norsk Sykepleierforbund, Kari Bugge, hevder at den kompetansen sykepleiere sitter med, og som sykepleievitenskapen utvikler, er etterspurt av pasienten og deres pårørende, men i liten grad av arbeidsgiverne. En sykepleier uttrykker det slik i undersøkelsen vår:

«Jeg ble ikke sykepleier fordi jeg elsker å lage mat, eller krølle håret til frøken Hansen på rom 208. Jeg ble sykepleier fordi kompetansen jeg innehar og bygger opp, skal gagne deg som

Potetproblemet

«Potetproblemet» har det stått på en lapp på pulten min mens jeg har jobbet med dette prosjektet. «Vi er som poteten – vi kan brukes til alt», sier ofte sykepleiere, noen ganger lakonisk, noen ganger med en viss stolthet.

Da nordmenn på 1700-tallet begynte å bruke poteten til å lage mel, tynne ut kjøtt og fisk og lage lefser og sprit av, var det utløst av at vi sultet på grunn av dårlige kornavlinger. Da fant vi noe vi lett kunne dyrke i overflod, og brukte det til alt mulig. Selv om resultatet ble så som så, mett det og holdt nøden på avstand.

Det er ingen grunn til at sykepleiere skal ha noen potetidentitet. Vi er mangelvare – det er ikke vi som burde brukes til ting andre kunne gjort like godt. Det er oppløftende å høre HR-direktøren ved Ahus medgi at det er dårlig samfunnsøkonomi og uheldig for rekrutteringen å la sykepleiere gjøre oppgaver som renhold og kjøkkentjeneste. Vi kan håpe på at sykepleiermangelen innhenter arbeidsgiverne våre og presser frem en avgrensning, men det er til syvende og sist sykepleierne selv som må kjempe for sin egen integritet.

En sterk profesjonell identitet yter motstand mot styresmaktens behov for kostnadsreduksjon, skriver sykepleierforsker Elisabeth Kjølrsrud. Vi må vekk fra identiteten som helsevesenets potet og fortsette å definere og kjempe for kjernen i faget vårt; å hjelpe den som trenger hjelp. Og det må, som Kari Martinsen sier, få ta den tiden det tar. Noen andre kan reparere faksmaskinen og sette på kaffen. ■



Fra prosjektet «dag/natt Florence» av De Wangen/Bendiksen



Lovisenberg diakonale høgskole

Master- og videreutdanninger i:

- Intensivsykepleie
- Allmennsykepleie
- Nyfødtsykepleie
- Operasjonssykepleie
- Palliativ omsorg
- Klinisk veiledning

Søknadsfrist

1. mars

for studier med oppstart
høst 2019

Les mer på www.ldh.no



MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Mastergradstudier

UiT - Norges arktiske universitet tilbyr følgende mastergradsstudier som er aktuelle for sykepleiere:

- **Master i aldring og geriatrisk helsearbeid**
- Mulighet for desentralisering
- **Master i helsefaglig utviklingsarbeid**
- **Master i helsepsykepleie (tidligere helsesøster)**
- **Master i jordmorfag**
- **Master i psykisk helsearbeid**

Søknadsfrist: 1. mars 2019, med unntak av master i helsefaglig utviklingsarbeid som har søknadsfrist 15. april 2019.

Studiene er deltidsstudier over tre år som gir 120 studiepoeng. Oppstart er i august 2019. Oppstart forutsetter tilstrekkelig antall studenter.

Nærmere opplysninger om hvordan søke og om opptakskrav, oppbygging og innhold finner du på <https://uit.no/utdanning/opptak> og på <https://uit.no/utdanning> eller ved å henvende deg til Institutt for helse- og omsorgsfag – iho.studier@support.uit.no eller tlf. 77 66 06 07/77 64 52 66. Spørsmål om opptakskrav kan også rettes til opptak@uit.no eller tlf. 77 64 40 00.

Det skal søkes via UiTs søknadsweb: <http://uit.no/sokweb>.

UiT Norges arktiske universitet

Postboks 6050 9037 Tromsø | Tlf. 77 64 40 00 | uit.no



NSF ønsker alle sykepleieledere i Oslo, Akershus og Østfold velkommen til gratis lederkonferanse i Oslo.

TID:
6 mars 2019

TEMA:
Kompetente sykepleieledere og sterke fagmiljøer.

For mer informasjon:

<https://www.nsf.no/kurs-og-konferanser/4183166/540896>
eller scan qr-kode:





UiO : **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



Master i avansert geriatrisk sykepleie

Deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere klinisk spesialisering og faglig videreutvikling. Du tilegner deg avansert kunnskap og ferdigheter til å gjennomføre systematiske kliniske vurderinger og iverksette gode helsetiltak for eldre pasienter.

Med denne utdanningen vil du bli etterspurt til nye og faglig utfordrende roller som avansert geriatrisk sykepleier. Du vil være godt kvalifisert for utfordrende fagstillinger i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Studiet er organisert som et samlingsbasert deltidsstudium over fire år. Du må ha minimum to års klinisk praksis for å søke studiet. Arbeidsgiver kan søke om tilskudd til utdanningen gjennom Helsedirektoratets finansieringsordning.

Kontakt:

helsam-studentinfo@helsam.uio.no
Programleder tlf. 22850566/22850568

Søk innen 15. april
(1. mars for tidlig svar)

www.uio.no/ags



Takk, bare bra?

Et kurs i forebygging og mestring av depresjon for eldre

”Takk, bare bra...” (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, pris og påmelding!

Neste kurs er 25. til 28. mars 2019.



www.oslo.kommune.no/sff



sff@syke.oslo.kommune.no



@SFFOslo



Ta videreutdanning med oppstart høsten 2019

Campus Drammen

- Dermatologisk sykepleie (30 stp.)
- Psykososialt arbeid med familier med barn 0-4 år (30 stp.)
- Helseledelse (30 stp.)
- Sår- forebygging, behandling og lindring (30 stp.)
- Smertebehandling (30 stp.)
- Hjerneslag (30 stp.)

Campus Porsgrunn

- Helsesykepleier (60 stp.)
- Samspill og tilknytning for barn og nære omsorgspersoner (30 stp.)
- Psykisk helsearbeid (60 stp.)

Campus Vestfold

- Diabetes for sykepleiere (30 stp.)
- Geriatrisk vurderingskompetanse (30 stp.)
- Personorientert helserett (30 stp.)
- Psykososialt arbeid med barn og unge (60 stp.)
- Psykisk helsearbeid (60 stp.)

Kurs:

- Akutt syke eldre - observasjoner og tiltak
- Kommunal Saksbehandling for helse- og omsorgssektoren

usn.no/studier/videreutdanning/helsefag


Høgskolen i Østfold

Er du sykepleier og klar for et kompetanseløft?

Vår samlingsbaserte heltidsmaster i avansert sykepleie ved kronisk sykdom gir deg:

- Etterspurt spesialkompetanse
- En sterkere sykepleierfaglig rolle
- Karrieremuligheter innen rådgivning, administrasjon og forskning

✉ Studier-fred@hiof.no

Les mer på www.hiof.no/studier



Søknadsfrist
1.mars





IGA

Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI

IGA tilbyr et tverrfaglig utdanningsprogram i gruppepsykoterapi. Hovedutdanningen starter med en 2-årig basisdel (Trinn A). Kandidater uten tilstrekkelig teori- og erfaringsbakgrunn for opptak på Trinn A, kan starte med et 1-årig Grunnleggende trinn. Grunnleggende trinn kan også tas alene, som en innføring i gruppepsykoterapi. For å gjøre utdanningen tilgjengelig for søkere fra hele landet, arrangeres blokk-kurs med fem årlige samlinger á tre dager. Utdanningen består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. I tillegg deltar alle i lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene.

Grunnleggende trinn formidler grunnleggende kunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi, med sikte på å kunne lede grupper i førstelinjen og fungere som koterapeut i terapigrupper i behandlings-institusjoner innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Trinn A utdanner kandidaten til å kunne arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå. Trinn A kan søkes av kandidater som har fullført Grunnleggende trinn eller av kandidater som har tilsvarende teori- og erfaringsbakgrunn, se egen informasjon om inntakskriterier på IGAs hjemmeside.

IGA tilbyr moduler tilknyttet hovedprogrammet i mentaliseringsbasert terapi (MBT) og Rus- og avhengighetsbehandling i grupper.

Etter Trinn A er det mulig å ta en 2-årig fordypningsdel (Trinn B).

Utdanningen foregår ved Voksenåsen kurs- og konferansehotell i Oslo.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside www.iga.no.

Søknadsfrist 15. april 2019.

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
Tel: 466 11 630, E-post: iga@iga.no



UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Master i interdisiplinær helseforskning

Er du interessert i forskning og fagutvikling og vil bidra til kunnskapsutvikling innen eget fagområde?

Studiet gir deg en analytisk tilnærming til dagsaktuelle helsefaglige problemstillinger som du vil ha nytte av i klinisk arbeid, som leder, i undervisning, fagutvikling og forskning.

På vårt masterprogram kan du komme med ideen din og få kunnskap om hvordan du gjennomfører et forskningsprosjekt. Masteroppgaven kan også knyttes til pågående forskningsprosjekter ved vårt fagmiljø.

Studiet er organisert med faste ukentlige studiedager og er tilrettelagt for både hel- og deltidsstudenter.

Kontakt:

helsam-studentinfo@helsam.uio.no

Søk innen 15. april
(1. mars for tidlig svar)

uio.no/helseforskning-master

VID
vitenskapelige
høgskole

Studier for deg som er sykepleier!

VID har studiesteder i Bergen, Oslo, Sandnes og Stavanger. Totalt har vi 23 videreutdanninger, 13 Mastergrader og 2 PH.D. og her viser vi noen av de studiene som er spesielt relevant for deg som er sykepleier.

Videreutdanninger VID Bergen

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Avansert gerontologi
- Kreftsykepleie
- Palliativ sykepleie
- Veiledning

Videre- og masterutdanninger VID Sandnes

- Forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming
- Medborgerskap og samhandling
- Livsstyrketrening
- Psykisk helsearbeid
- Familieterapi og systemisk praksis

Videreutdanninger VID Oslo

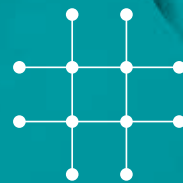
- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Livsstyrketrening
- Familieterapi og systemisk praksis
- Nyresykepleie
- Kreftsykepleie

Masterutdanninger VID Oslo

- Tjenesteutvikling til eldre
- Sykepleie og helse-sykepleierutdanning
- Familieterapi og systemisk praksis
- Verdibasert ledelse
- Diakoni

Søknadsfrist 15. april
Etter dette praktiseres fortløpende
dersom ledige plasser

For mer informasjon
om våre studier, se vid.no



VID

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER 2019

Er du sykepleier som ønsker å ta en master- eller videreutdanning?
NTNU i Trondheim, Gjøvik og Ålesund tilbyr:

Master i klinisk sykepleie, med seks ulike studieretninger:

- Anestesisykepleie
- Avansert klinisk sykepleie
(Gjøvik og Ålesund)
- Barnesykepleie (Trondheim)
- Intensivsykepleie
- Kreftsykepleie
(Trondheim og Ålesund)
- Operasjonssykepleie

Videreutdanning i sykepleie:

- Anestesisykepleie
- Avansert klinisk sykepleie
(Gjøvik og Ålesund)
- Barnesykepleie (Trondheim)
- Intensivsykepleie
- Kreftsykepleie
(Trondheim og Ålesund)
- Operasjonssykepleie

ABIO er 90 stp på fulltid
AKS og K er 60 stp deltid

Søknadsfrist: **15.04.2019**

Nærmere informasjon: ntnu.no/studier



Sykepleier eller spesialsykepleier til spennende jobb

Denne vinter, vår og sommer har vi flere ledige oppdrag enn noen gang fra Tromsø i Nord til Oslo i Sør. Du kan oppleve vakker natur eller storbyliv.

Vi har spesielt stort behov for intensivsykepleiere, nyfødttintensivsykepleiere og barnesykepleiere. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Nå har du virkelig sjansen til å reise å oppleve nye avdelinger og nye eksotiske steder.

Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse. Vi dekker din reise og bolig.

Vi har i år meget god sommerbonus for deg som er sykepleier og spesialsykepleier. Book deg før 1. mars og få 2500,- ekstra i sign-on-fee i tillegg til sommerbonus. Kontakt oss for mer info om denne!

www.dedicare.no/nurse

+47 74 80 40 72 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE