

13 2013  
7. november 2013  
101. årgang

# Sykepleien

NSF mot reservasjon 14  
Profesjoner under press 56  
Endelig på helse-toppen 84

## Røyking + operasjon = dobbel risiko

I Sverige ber kirurgene om røykfrihet  
åtte uker før og etter operasjon.  
Denne ideen har ikke kjangs i Norge. 22



Det **er** forskjell på sondeløsninger...

**Nye Nutrison** med **dokumentert** raskere ventrikkeltømming<sup>1,2,3</sup> for **bedre toleranse**

**p4** En **patentert** proteinblanding fra **Nutricia**:

- Animalske og vegetabilske proteinkilder\*
- En forbedret aminosyreprofil<sup>4</sup>
- Påvist å gi raskere ventrikkeltømming

**Nye Nutrison** med **p4** sammensetning for **bedre toleranse!**



\* 35% myse, 25% kasein, 20% soya og 20% erter

**Referanser:** 1. Abrahamse E et al. Gastric non-coagulation of enteral tube feed yields faster gastric emptying of protein in a dynamic in vitro model. PP239. Clin Nutr 2012; 7, Suppl 1; 119. 2. Nutricia Advanced Medical Nutrition. Data on file 2012. 3. van den Braak C et al. A novel protein mixture containing vegetable proteins renders enteral tube feeds non-coagulating after in vitro gastric digestion. Clin Nutr 2012; <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.11.016>. 4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002: Geneva, Switzerland). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. 2007; WHO technical report series; no 935.



# Enbrel<sup>®</sup>



- Vedvarende fordeler<sup>1</sup>
- Opprettholdt respons<sup>1</sup>
- Fleksibel behandling<sup>1</sup>

*Enbrel er fortsatt 1.valget i biologisk behandling av plakkpsoriasis<sup>2</sup>*



1. Både kontinuerlig og intermitterende etanercept behandling forbedret PGA og PASI skår.  
Ortonne JP, Griffiths C, Dauden E, et al Expert Rev Dermatol. 2008;3:657-665.

2. LIS - TNF/ BIO avtaler 2013



Helsesøstre og jordmødre har mulighet til å sette p-stav som en delegert oppgave fra legen, basert på helsepersonelloven<sup>1</sup>

Faktisk størrelse:  
4cmx2mm

## Gi de unge jentene muligheten til å bli uavhengig!

Langtidsvirkende, østrogenfri og brukeruavhengig prevensjon i opp til 3 år kan være det rette **hvis hun:**



Ønsker å unngå graviditet de neste 3 årene.



Kan ha lett for å glemme p-pillene, eller syntes det vil være lettere å slippe å tenke på prevensjon hver dag.



Ønsker raskt tilbakevendende egglosning etter fjerning.

Nexplanon må bli fjernet etter 3 år og kan da samtidig bli erstattet av et nytt Nexplanon implantat, hvis ønskelig.

Helsesøstre og jordmødre kan sette inn p-stav som en delegert oppgave fra legen, basert på helsepersonelloven §5. Kun lege har forskrivningsrett!<sup>1</sup>

For mer informasjon og video se nettside: [www.nexplanon.no](http://www.nexplanon.no)

### Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsetnings- og uttaksprosedyrer før metoden tas i bruk. Slik opplæring kan gis i regi av MSD. Kontakt [ingunn.teigen@merck.com](mailto:ingunn.teigen@merck.com).
- Det er viktig å innformere om at blødningsmønsteret vil kunne endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Før forskrivning av Nexplanon<sup>®</sup> vennligst se preparatomtalen

### Nexplanon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

**IMPLANTAT 68 mg:** Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, baryumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subdermalt mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartere tilstander. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtryksmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på anti-hypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endinger i blødningsintensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidsbehandling med legemidler som inducerer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, neflavinir, nevirapin, efavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet oppstår skal implantatet fjernes. **Overgang i morsmelk:** Skilles ut i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amming. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet)

må forventes. **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnsgener/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerter/kar: Hetetokter. Hud: Alopeci. Kjønnsgener/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ):** Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Genital utflod, vulvovaginalt ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskel-skjelettsmerter. Nevrologiske: Migræne, sømnløse. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, søvnløshet. Øvrige: Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arddannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgenett, ikke nedbrytbart, bøyelig implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndsledet i en steril engangsapplikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** De sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og redusering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetnings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Lege som har liten erfaring med teknikkene rådes til å tilegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsapplikator) kr 1145,60. **Sist endret:** 28.02.2013

1) LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

WOMN-1081649-0001(apr-2013)



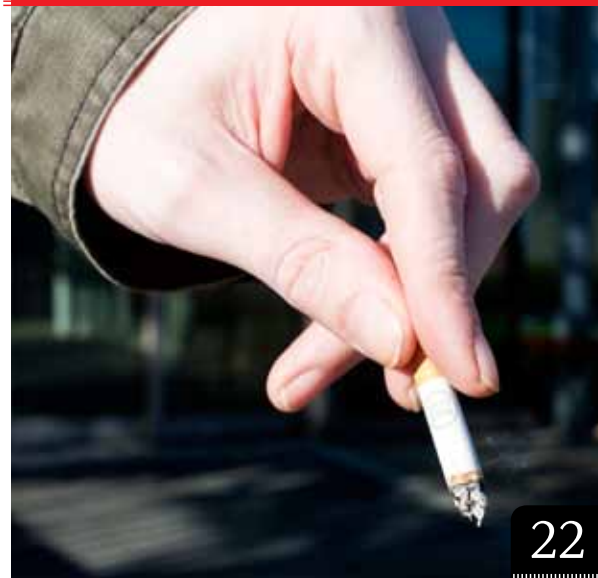
MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, [www.msd.no](http://www.msd.no)  
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.

 **Nexplanon<sup>®</sup>**  
68 mg etonogestrel



## Tema: Røykfrie operasjoner

- 22 Operasjon røykepause
- 24 – Røyken er medisinen min, men operasjon må jeg ha
- 26 Ortopedene som ikke ville operere røykere
- 28 Norske pasienter vil bestemme selv
- 29 Har totalforbud mot røykere



# Innhold

13 2013 Sykepleien

## Hva skjer

- 8 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – småstoff
- 13 Vi bare spør  
Hulda Gunnlaugsdottir
- 14 – Må henvise til abort
- 16 Slakter norskopplæringen
- 17 Vet ikke hvor mange som klager
- 19 Taklet 22. juli-stress
- 21 Sykepleier fikk Nordisk råds litteraturpris

## Der ute

- 32 Smånytt fra utlandet
- 34 Touchmetoden
- 36 Notiser
- 38 Teamet presentert? Sjekk!
- 42 Kos får sansene på gli
- 46 Godt møte med praksis
- 50 Min jobb: Nina Strand

## Fag og bøker

- 52 Samarbeid gir god praksis
- 55 Fagnotiser
- 56 Profesjoner under press
- 58 Opplever samarbeidet forskjellig
- 62 Fagnyttig
- 64 Forfatterintervju: Kristin Solberg
- 66 Bokanmeldelser
- 68 Hjertesvikt krever spesialkompetanse
- 72 Etik: Berit Daae Hustad
- 74 Fagdebatt: Ann Kristin Austarheim
- 76 Quiz og kryssord

## Mennesker og meninger

- 78 Eli Gunhild By om sykepleierkonsultasjoner
- 79 Meninger
- 81 Innspill: Karen Brasetvik
- 82 Kronikk: Morten Nørholm og Karin Anna Petersen
- 84 Tett på Bent Høie
- 89 Stillingsannonser
- 94 Kunngjøringer



Si din mening på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)  
Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

### Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf.: 02409

E-post: [redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)

Ansvarlig redaktør Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.

Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

Tlf. og e-postadresser på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)  
no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:  
Color Print A/S



84 Nå er helseministeren blå.

38 Sjekkliste gir færre feil.



«Selen får praten i gang.»

42



## AKSJONISTEN

### Bjørn Arild Østby

Stilling: Fungerende ansvarlig redaktør i Sykepleien  
E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

# En betenkelig runddans

Politikere går ut av politikken, inn i PR-bransjen og tilbake til politikken. Hvilke bindinger tar de med seg?

Den nye regjeringen kommer ni av 38 statssekretærer rett fra PR-jobber inn i regjeringskontorene. Det samme er tilfellet blant statsrådenes nye politiske rådgivere. Her har fire av 14 bakgrunn fra PR-bransjen. I tillegg kommer mat- og landbruksminister Sylvi Listhaug (Frp) rett fra jobben som rådgiver i PR- og konsultantselskapet First House.

– Jeg opplever dette som en enorm anerkjennelse av bransjen vår. I Geelmuyden. Kiese har vi rekruttert «the best and the brightest» i 25 år, og det er lurt av den blåblå regjeringen å trekke vekslers på disse talentene, sier PR-nestor Hans Geelmuyden til Klassekampen.

Er det virkelig så «lurt»? Hva vet vi om disse «the best and the brightest»?

PR-byråene og deres påvirkningsagenter opererer med hemmelige kundelister. Det er derfor umulig å vite noe om hvilke bindinger de nye statssekretærene og politiske rådgiverne har til tidligere oppdragsgivere. Kolleger, presse, forskere og allmennheten har ingen mulighet til å vurdere om standpunktene og

rådene deres er motivert av egeninteresse. Mens norske PR-folk får holde kundene sine skjult, tvinges de i USA til å fortelle hvem som betaler dem.

I Maktutredningen fra 2003 mente norske stortingsrepresentanter at profesjonelle lobbyisters innflytelse er relativt stor. Ti år seinere er den ikke blitt mindre. Likevel er forslag om et lobbyregister blitt nedstemt i Stortinget fire ganger. Begrunnelsen er at «et slikt register er byråkratisk, vanskelig å håndtere og vil drive lobbyvirksomhet ut av Stortinget og departementene og inn i lukkede rom».

Nå som landet har gått fra flertalls- til mindretallsregjering vil PR-bransjens makt øke. Interessen for å betale for lobby- og PR-arbeid vil stige. Er dette en utvikling vi ønsker? Bransjen selv kaller det medvirkning. Jeg kaller det uheldig påvirkning.

Bjarne Håkon Hanssens overgang fra statsrådstillingen i Helsedepartementet til PR-selskapet First House i 2009, satte for alvor lyset på utfordringene når politikere går direkte fra politikken til å jobbe med myndighetskontakt i PR-bransjen.

De siste årene har vi sett en ny tendens: Politikere går ut av politikken, inn i PR-bransjen og tilbake til politikken. Den nye politiker-typen er en politiker som like gjerne jobber for et parti-program som for et PR-byrå med hemmelige kundelister. En svært betenkelig utvikling hvor politikk mer og mer synes å handle om form, og stadig mindre om budskap.

Overgangen fra PR-bransjen til politikken medfører andre – og etter min mening – langt



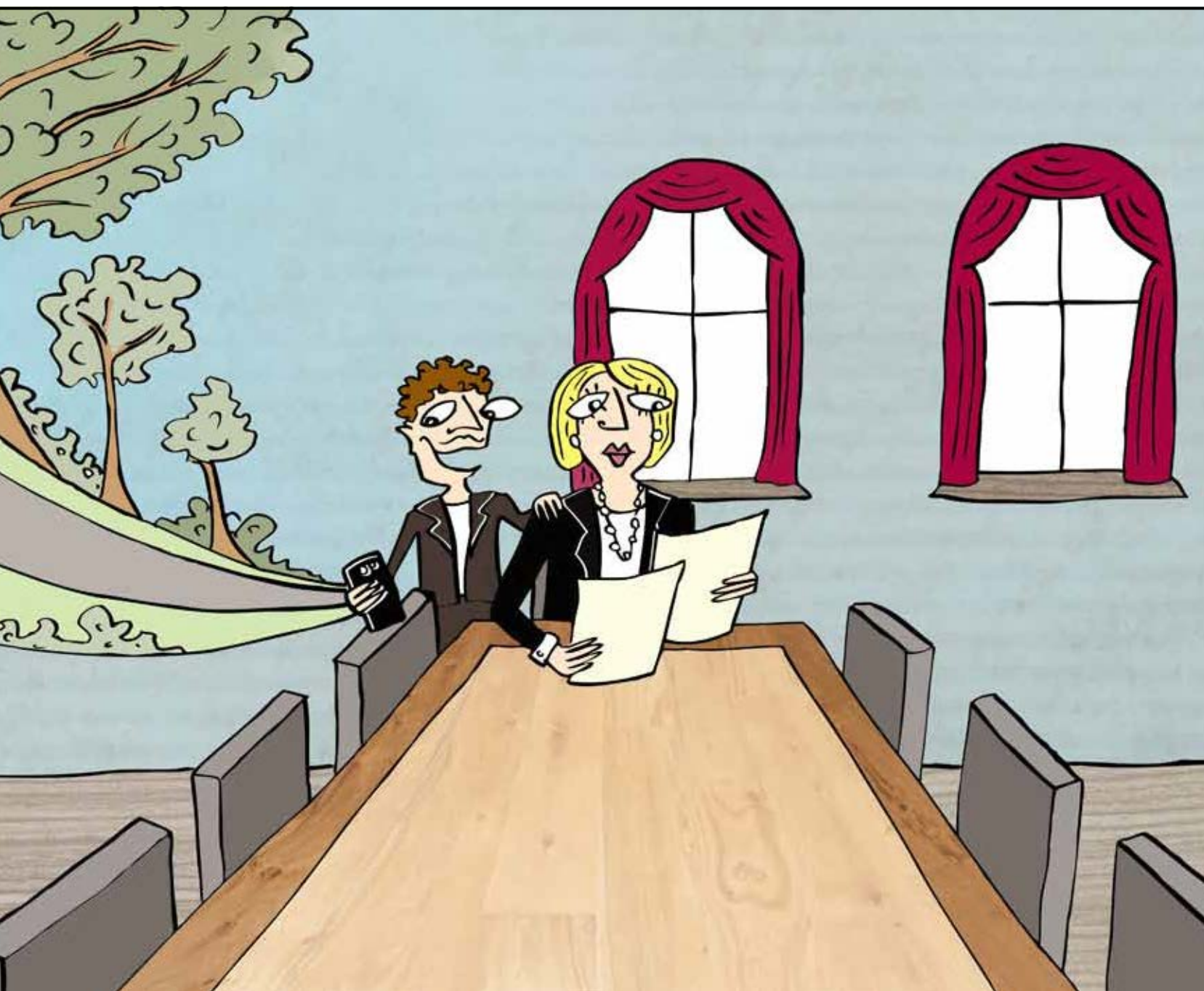
større problemer enn overgangen fra politikken til PR-bransjen. For mens politikere tar med seg kjent kunnskap og nettverk ut av politikken, tar konsulenter i PR-bransjen med seg uidentifiserbare agendaer og interesser inn i politikken.

Når en sykepleier eller Statoil-ansatt går inn i politikken, er det klart for alle hvilken erfaringsbakgrunn og hvilke interesser de representerer. Man vil lytte ekstra til sykepleieren i helsepolitikk og den Statoil-ansatte i oljepolitikken, fordi de sitter på relevant sakkunnskap og erfaring. Men når man debatterer sykepleierlønninger eller prøveborring i Lofoten og Vesterålen, vil man ha i bakhodet at de to kan ha egeninteresse av henholdsvis

## Sagt & ment

«Hva er fleksibilitet? Er det noe som skal tas i bruk når arbeidsgiverne ønsker seg noe de ikke får?» spør leder **Tone Rønoldtangen** i LO Stat i intervju med Aftenposten.





høyere lønninger og godkjenning av prøveboring.

Det er en grunn til at vi ikke blander sammen politikk, vår lovgivende forsamling i Stortinget og den utøvende makten i regjeringen med kjøp og salg. Politiske beslutninger skal ikke være til salgs. PR-bransjens enorme vekst og rådgivernes nokså fri vandring mellom PR-jobber og politiske posisjoner sår tvil om politikkenes legitimitet.

Norsk politikk utformes ikke lenger i en relasjon mellom partier og velgere, men i økende grad i lukkede rom der PR-bransjen leverer premisser for beslutninger. Det vil alltid være behov for at noen snakker sammen i fortrolighet. Med PR-byråene og skaren av

rådgivere kommer det likevel en ny dimensjon inn i systemet. Det skapes et permanent rom for profesjonelt bakspill der bindinger og økonomiske ressurser har betydning for hvilke interesser som får gjennomslag.

Vi kan ikke i et demokrati akseptere at beslutningstakerne våre holder hemmelig hvilke klienter de har jobbet for tidligere. Den profesjonelle lobbyismen må ikke få ete seg inn i statsmakta uten å spille med åpne kort. ■■■

«Bransjen selv kaller det medvirkning. Jeg kaller det uheldig påvirkning.»

Bjørn Arild Døttby

## Husokkupanter på 85 og 94 år



Foto: Kåre Breikvik/TV 2

Mildrid (85) og Torborg (94) nekter å flytte fra et nedlagt aldershjem og er nå blitt husokkupanter.

Kvinnerad kommune i Hardanger bestemte seg for å legge ned Varaldsøy aldershjem for å spare penger. Dette skjedde i fjor. Men Mildred og Torborg nektet å flytte.

– Vi har det så kjekt atte, forteller kvinnene til TV 2.

– Vi synger mye, forteller Mildrid.

Selv om de to stort sett klarer seg selv, får de noe hjelp fra hjemmehjelpen. 16 beboere måtte flytte, og de moderne rommene står tomme.

– Vi syns det var forferdelig trist med de som måtte flytte, sier okkupantene, som ikke har noen planer om å flytte fra hjemmet sitt.

– De legger seg ikke ut med gamle kvinnfolk. Da kan det skje litt av hvert, siterer Mildrid til lokalavisen Kvinnheringen og ler godt sammen med den gode venninnen sin.

TV2

## Doping varer «evig»

Effekten av kortvarig dopingbruk kan vare i mange år etter at man sluttet.

– Om mekanismene hos mennesker er like de vi finner hos mus, kan det være snakk om flere tiår med virkning, sier professor Kristian Gundersen ved Institutt for biovitenskap ved Universitetet i Oslo til forskning.no.

Han er en av forskerne bak en studie om effekten av anabole steroider.

– Våre data kan føre til at man endrer reglene for utestengning av dopingtatte utøvere, sier Gundersen.

Forskning.no

**NYE REGLER:** Ny forskning kan endre reglene for utestengning for dopingtatte utøvere. Foto: Colourbox



## Sputnik turnerer sykehjem

Fenomenet Sputnik har for alvor inntatt norske sykehjem. Knut Storbukås spiller hvert år hundrevis av konserter for eldre, og noen gleder seg mer enn andre til å møte lastebilsjåføren fra Drangedal. En av dem er 92 år gamle Harry Hartvigsen på Eikertun sykehjem i Hokksund.

– Dette kan bli moro, sier han til NRK Telemark.

– Da skal vi ta den sangen som jeg nå synger for 5 992 gang. Og den heter «Skilles Johanne», sier Knut «Sputnik» Storbukås til publikum.

For 92-årige Harry har konserten innfridd forventningene.



**JOHANNE, IGJEN:** Knut «Sputnik» Storbukås spiller konserter på sykehjem, og har alltid med slagere «Skilles Johanne». Arkivfoto: Aftenposten/Arash Nejad.

### Les mer om:

**14** – Må henvise til abort >

**16** Student krever strengere språkkrav >

**19** Taklet 22. juli-stress >

**21** Fikk litteraturpris >

Tekst **Kari Anne Dolonen**  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

**sykepleien.no**

Helsenyheter hver dag på  
sykepleien.no



# Hva skjer

## Sykehjem får stryk

De eldre er ikke fornøyde med korttidsplassene ved Stavangers sykehjem, ifølge en brukerundersøkelse.

En score på under 70 poeng (på en skala fra 1–100) har kommunen definert som uakseptabelt. På hele 12 av 15 spørsmål er resultatet under 70.

Minst fornøyde er de eldre med muligheten til å være med og bestemme aktivitetene på sykehjemmet (score på 36 poeng) og med muligheten til å påvirke tidspunkt når de skal spise (39 poeng) og hva de skal spise (40 poeng).

Målet kommunen har satt seg for brukertilfredshet i eldreomsorgen er 80 poeng.

Sykehjemmene som gjør det best i undersøkelsen, er lindrende enhet ved Boganes sykehjem (74,9 i snittpoeng), intermedieær avdeling ved Stokka og byens rehabiliteringsavdelinger på Øyane og Bergåstjern sykehjem (72,2) og plassene i Spania.

932 spørreskjema ble sendt ut mellom mars og juli 2013. 347 brukere svarte.



## Karl Evang-prisen til Ole Mathis Hetta og Tayyab M. Choudri

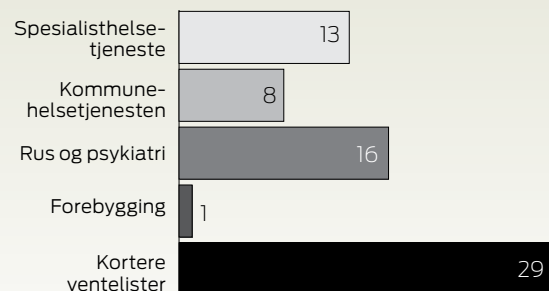
Ole Mathis Hetta får prisen for å ha vært en tydelig stemme for den samiske pasienten. Han har arbeidet som distriktslege, kommuneoverlege, fylkeslege og kvalitetsrådgiver. Ole Mathis Hetta er nå ansatt som seniorrådgiver i samisk samfunnsmedisin i Helsedirektoratet.

Tayyab M. Choudri er leder av Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG), som han startet på 1990-talet. I gruppa har han tatt opp et bredt spekter av folkehelseproblemer. For eksempel mental helse, kosthold og mosjon. Choudri er utdannet hjelpepleier i Norge, og har studert psykologi og folkehelse i England.

Helsetilsynet

## Hva mener du?

Hva vil den nye regjeringen prioritere?



Antall avgitte stemmer: 67

Kilde: Sykepleien.no

## Sprengt kapasitet ved OUS



Åtte pasienter har mistet livet mens de ventet på utredning for hjertesykdom på grunn av store kapasitetsproblemer ved akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus. Både senger og intensivsykepleiere er mangelvare.

– Dette er ekstremt syke pasienter, sier klinikkleder Øyvind Skraastad til TV 2.

Hittil i år har over 300 pasienter ved Rikshospitalet fått utsatt operasjonen på grunn av manglende intensivkapasitet.

Ved Ullevål har 649 pasienter fått utsatt operasjonen siden det er for få operasjonssykepleiere og operasjonssjuer, melder TV2.

## Nordfjord sykehus er ikke sykehus...

...det mener i hvert fall Legeforeningen.

– Nordfjord sykehus kan ikke kalles sykehus, og er uegnet som modell for fremtidens lokalsykehus. Et sykehus må ha akuttkirurgi for i det hele tatt å kunne kalles et sykehus, skriver Den norske legeforening i en høringsuttalelse om forsøket ved Nordfjord sykehus.

Legeforeningen mener modellen i Nordfjord minner om de kommunale lokalmedisinske sentre.

Planene for Nordfjord-sykehuset skal etter planen behandles i styret for Helse Vest i desember.



**BART:** Movember-aksjonen håper på ny rekord. Foto: Colourbox.

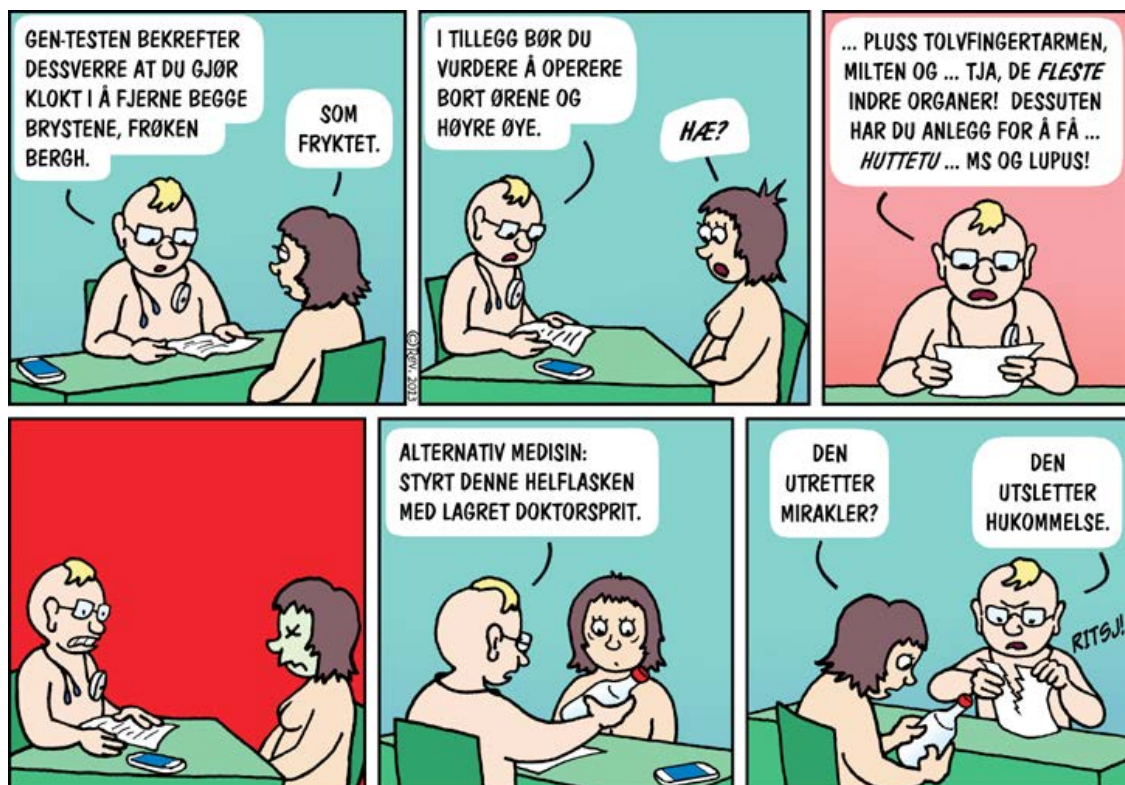
## Barter mot kreft

Tre menn dør av prostatakreft hver dag i Norge. Også i år legger norske menn barberhøvvelen på hylla og lar skjegget gro. I fjor samlet Movember-aksjonen inn nesten 4,9 millioner kroner til kreftforskning. Tusenvis av norske bartemenn satser på ny rekord i år. Visjonen er å få menn til å undersøke seg jevnlig hos legen for å redusere antall

kreftdødsfall.

– Prostatakreft er den hyppigste kreftformen i Norge og en av krefttypene som tar flest liv. Hver dag får 14 norske menn diagnosen, totalt er det 5 000 nye tilfeller årlig. Det er behov for mer kunnskap, både blant leger og folk flest, sier generalsekretær Anne Lise Ryel i Kreftforeningen til NRK.

## TERAPI av Bodil Rørvhaug



## Meninger fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



### Flere får ny pupp med en gang

– Endelig! Dette var gode nyheter for den som blir berørt av brystkreft!

(Vibeke LSH)

### Sier nei til omskjæring av gutter

– FANTASTISK!!!! Jeg er selv mor til to gutter og en jente, hvor far gjerne vil omskjære guttene. Har sagt blankt nei, og brukt samme argumenter som kronikkforfatterene. Dette får de bestemme selv når de er gamle nok. Får ikke rost dere nok!

Sykepleier (Trebarnsmor)

# Alltid forskjell på original og kopi!

Sterisol®System – den eneste komplette hudpleieserien i bransjen, helt uten konserveringsmidler.



Sterisol®System  
Originalen!  
30 års erfaring

# Hulda Gunnlaugsdottir

Aktuell som: Avgått direktør på Ahus

Alder: 55 år

### BAKGRUNN:

Hulda Gunnlaugsdottir var direktør på Aker sykehus under hovedstadsprosessen. Så dro hun hjem til Island for å lede rikshospitalet der, og da kom finanskrisen. For tre år siden ble hun toppdirektør på Ahus. 15. oktober gikk hun på dagen. Hun ville innføre flere helgevakter, men styret var uenig.

# Gikk etter helgekonflikt

### Sa du opp eller fikk du sparken?

– Etter siste styremøte forsto jeg at jeg ikke hadde den støtten jeg måtte ha. Da var det på tide å gi seg.

### Det kom plutselig?

– Jeg var uforberedt. Ahus har vært i en kritisk situasjon i tre år. Økonomien er fortsatt krevende. Uansett – vi har effektivisert 12 prosent.

### Er du en tøffing?

– Jeg mener Ahus er et godt sted både for pasienter og ansatte, derfor er jeg villig til å stå i stormen.

### Ble du overrasket over sykepleiernes motstand mot å jobbe mer helg?

– Nei. Men Ahus har to valg: Behandle færre og nedbemanne – eller ta fatt i organiseringen. Vaktforslaget gjelder alle i turnus; radiografene, bioingenjørene ...

### Men de bråker ikke så mye som sykepleierne?

– Nei.

### Forstår du motstanden?

– Ja, når man skal sette de ekstra helgene inn i en ordinær turnus, tar man fra folk frivilligheten og økte lønninger i form av overtid.

### Føler du deg misforstått?

– Nei, men folk hører ofte det de vil høre. Økt helgejobbing er bare ett av mange tiltak vi jobbet med for at det skal bli bedre for pasienten og mer forutsigbart for ansatte.

### Kunne du gjort noe annerledes?

– Styret har vært orientert om dette siden februar. Men når det kom til gjennomføring, endret styret mening. Skulle jeg gjort noe om igjen, ville jeg ha skrevet med røde bokstaver: Vi har to valg: redusere pasientbehandling og nedbemanne, eller organisere arbeidet bedre, som inkluderer mer helgearbeid. Ahus er politianmeldt, det vil si også styret. Det kan ende i titalls millioner i bot.

### Er du glad for å slippe nå?

– Nei. Jeg har så stor tro på at Ahus kan bli

enda bedre. Jeg ville vært med til vi var i havn, ikke slutte halvveis.

### Er du bitter?

– Nei. Det er bortkastet energi. Det er forskjellig forståelse og ansvarsfølelse.

### Sykepleiere synes du har vært usynlig?

– Det forstår jeg ikke. Jeg har fått mange meldinger fra golvet med takk for å være tydelig og synlig.

### Tillitsvalgte synes ikke de har blitt hørt?

– Det forstår jeg. Vi har vært i en prosess i hele

år og ble enige om mange ting, men var uenige om helgearbeidet. Dette er en kontroversiell sak, som også angår Sykepleierforbundet sentralt.

### Syns du det er greit at saken skal i arbeidsretten?

– Å si ja til Spekter til å bruke Ahus som eksempel på brudd på fredsplikten, er den vanskeligste beslutningen jeg har tatt som direktør på Ahus. Jeg sa ja fordi tillitsvalgte sa klart fra at de ikke ville arbeide videre med nye bemanningsplaner så lenge jeg opprettholdt vedtaket om helgearbeidet.

### Du tror fortsatt på å øke helgevaktene?

– Jeg mener det er en god vei. Det skaper forutsigbarhet for personalet og gir bedre kontinuitet for pasientene.

### Hvor er sykepleieren i deg?

– Erfaringen fra yrket er alltid med. Men jeg er først og fremst leder.

### Det blåser på toppene. Hvordan liker du det?

– Det kan være tøft. Men en toppleder har alltid valgmuligheter. Å være leder nærmere pasienten er vanskeligere.

### Det var fint sagt.

– Full avdeling, sykdom, du må beordre folk på jobb, de ansatte blir irriterte på deg ... Fjerdelinjelederne trenger mer støtte fra dem over.

### Hva skal du gjøre nå?

– Kose meg. Nyte livet. Trene. Være med min datter på 15. Ta det med ro.

### Og så blir det ny lederjobb?

– Nå skal jeg ikke tenke på det. Det er en kunst i seg selv. Jeg har vært sykepleier i 35 år, og leder i 25.



Tekst og foto Marit Fonn  
marit.fonn@sykepleien.no

# – Må henvise til abort

Norsk Sykepleierforbund sier nei til at leger skal få reservere seg mot å henvise til abort.

Tekst **Susanne Dietrichson og Nina Hernæs**

**N**oen legers ønske om å reservere seg mot å henvise til abort, har blitt en het politisk potet.

– Debatten kom brått på, sier Berit Daae Hustad, som leder Rådet for sykepleieetikk i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Høyre har vært tydelig imot at leger skal få reservere seg, derfor har vi ikke tatt opp spørsmålet det siste året.

Hustad uttaler seg som leder, ikke på vegne av hele rådet.

## Samvittighet

Hun viser til at leger og sykepleiere stadig står i situasjoner som kan utfordre samvittigheten.

– For eksempel å stå på operasjonsstue og se en pasient blø i hjel, fordi han er Jehovas vitne og nekter blodoverføring, er en kjempebelastning. Men pasienten har rett til å nekte blodoverføring, og det er pasientens rettigheter vi skal respektere.

Hustad presiserer at hun har stor respekt for at det er mange vanskelige situasjoner som kan



**RESPEKT FOR SAMVITTIGHET:** Men helsepersonells samvittighet skal ikke stå i veien for pasientens rettigheter, mener Berit Daae Hustad. Foto: NSF.

det er derfor den er så viktig. Hensikten med fastlege, er at man skal ha én lege å forholde seg til og slippe og gå rundt til ulike leger for ulike ting, understreker Hustad.

– Leger og sykepleiere skal ikke flagge politisk eller religiøst ståsted. Som helsepersonell er vi

få adgang til å reservere seg mot å henvise til abort. Norsk gynekologisk forening, som organiserer de legene som behandler abortsøkende kvinner på sykehusene, er uenig. De oppfatter det som en klar krenkelse av en kvinne om en fastlege nekter å henvise henne til abort, ifølge et høringsvar fra april.

Flere politikere fra Høyre, som helseminister Bent Høie, har tidligere sagt klart nei til reservasjonsretten. Det er en avtale med Kristelig Folkeparti som gjør det mulig med en reservasjonsrett. Ifølge NRK ser det ut som om stortingsrepresentantene til Høyre blir instruert til å stemme for en reservasjonsrett.

## Vil ramme de unge

Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre i NSF, er ikke i tvil om at reservasjonsretten vil ramme unge jenter hardt.

– Unge jenter som har blitt gravide og ønsker abort er i en svært vanskelig og sårbar livssituasjon og spesielt avhengige av å møte en forståelsesfull lege. Hvis de møter en lege som reserverer seg vil det kunne bli en ekstra belastning for dem, sier hun.

– Ofte dreier det seg om unge jenter som ikke har full oversikt over helsevesenet. Det å skulle finne en ny lege hvis man blir avvist av fastlegen sin blir en ekstra barriere i en allerede vanskelig situasjon. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

**«Fastlegen skal være en man kan gå til, uansett hva det er, og få hjelpen man har krav på.»** Berit Daae Hustad

utfordre helsepersonells samvittighet.

– Men gjør samvittigheten det vanskelig å utføre bestemte oppgaver, må man vurdere å finne et annet arbeidsområde.

## Prinsipielt

Forbundsleder Eli Gunhild By sier NSF er sterkt imot at helsepersonell kan få reservere seg mot helsetilbud de skal gi befolkningen.

Berit Daae Hustad frykter en reservasjonsrett kan sette fastlegeordningen på spill.

– Ordningen skal sikre at alle får lik behandling. Fastlegen skal være en man kan gå til, uansett hva det er, og få hjelpen man har krav på. Med en reservasjonsrett vil noen oppleve at fastlegen sier «dessverre, dette kan jeg ikke hjelpe deg med».

– Men helseminister Bent Høie sier pasientene skal informeres godt på forhånd?

– Jeg mener denne saken er prinsipiell, og

nøytrale, og det er også grunnen til at vi bærer uniform. I møte med pasienten skal vi ikke blande oss selv inn. Når noen reserverer seg mot å henvise til abort, viser de hva de selv mener.

## Subutex og blod

Hustad er også redd for at en reservasjonsrett ikke vil stanse ved abort.

– Det kommer til å åpne opp for en kaskade av ting helsepersonell ønsker å reservere seg mot, tror hun.

– Vi har behandlet saker der sykepleiere vil reservere seg mot å gi Subutex til gravide narcomane og saker der sykepleiere vil reservere seg mot å gi blod, fordi det strider mot deres samvittighet, sier Berit Daae Hustad.

## Gynekologene imot

Den norske legeförening har et landsstyrevedtak om at leger av samvittighetsgrunner bør

## Dette er saken:

► En spesialavtale mellom den nye regjeringen og Kristelig Folkeparti gir fastleger adgang til å reservere seg mot å henvise kvinner som søker abort, av samvittighetsgrunner. Avtalen er innbakt i samarbeidsavtalen som Høyre og Fremskrittspartiet fikk i stand med Kristelig Folkeparti og Venstre. Venstre nektet å skrive under på akkurat dette punktet.

► Legeföreningen støtter reservasjon for henvisning og behandling knyttet til liv og død.

► Den forrige regjeringen påla leger å henvise etter at legene hadde hatt reservasjonsrett frem til 2011, fra abortloven ble vedtatt i 1975.

# Klar for en ny dag?



Nycomed: a Takeda Company



Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret.<sup>1,2)</sup>

Circadin® bedrer søvnkvalitet, og pasienten føler seg uthvilt og opplagt påfølgende dag.<sup>1,2,3)</sup>

Indikasjon: Circadin® er indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter som er 55 år og eldre.<sup>1</sup>



Klar for en ny dag!

Depottablett melatonin

**circadin®**

Klar for en ny dag

## Referanser:

1. SPC 2. Aging Health 2008 4(1), 11-21 3. Otmani et al. Hum. Psychopharmacol Clin Exp (2008). Published online in Wiley InterScience

## C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

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

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

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

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

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

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

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

**Bivirkninger:** *Mindre vanlige (<1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sørdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tør hud. Kjønnsganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet:

Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet. Nyre/urinerier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. *Sjeldne (<1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, bløtmer i munnens slimhinner, sørdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hørdetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus utslett, neglesykdommer. Kjønnsganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelsmerter, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

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

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. *Virkningsmekanisme:* Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnansettningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. *Absorpsjon:* Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (T<sub>max</sub> = 3 timer og C<sub>max</sub> = 1020 pg/ml). *Proteinbinding:* Ca. 60%. *Fordeling:* Bindes hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. *Halveringstid:* 3,5-4 timer. *Metabolisme:* I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.

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

**Pakninger og priser pr 01.08.2013:** Enpac: 30 stk. 198,30 kr.

# Slakter norskopplæring

Språkkravene for utenlandske sykepleierstudenter bør være strengere, mener Andrés Alcega.

Tekst **Kari Anne Dolonen** og **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Kari Anne Dolonen**

**A**lcega går tredje året på sykepleierutdanningen på Høgskolen Diakonova i Oslo. Han er en engasjert student som har bodd i flere land og snakker fire språk: Spansk, portugisisk, engelsk og norsk. Han er opprinnelig fra Venezuela.

Etter noen år i Norge, mener han at norskopplæringen har et stort forbedringspotensial:

– Jeg mener nivået på norskopplæringen i Nor-

ge er for dårlig og ustrukturert. Når man skal ut i så viktige jobber som de som finnes i helsevesenet, må det stilles høye krav. Slik det er i dag gjør systemet oss en bjørnetjeneste, mener han.

Forskrift om høyere utdanning stiller krav til språkkunnskaper ved opptak, og studenter med utdanning fra land utenfor Norden må dokumentere norskkunnskaper, for eksempel ved bestått Bergenstest. Disse språkkravene er for lave, mener Alcega.

– Lave språkkrav er med på å holde forestillingen om at helsepersonell som har norsk som andrespråk, ikke kan kommunisere godt nok, mener han.

– Studenter som ikke kan språket godt nok vil slite i studiet, få middels eller dårlige karakterer som igjen vil gjøre det vanskelig å komme inn på videreutdanninger senere.

– Et annet problem er når studentene skal ut i praksis. De som kan norsk dårlig vil bli møtt med

forutinntatte holdninger fra praksisfeltet, som får nok en student som ikke klarer å kommunisere godt nok, sier han.

## – Stryker før eller senere

Konsekvensene er ifølge Alcega at flere av disse sykepleierstudentene før eller senere stryker – enten i teori eller i praksis.

– Sykepleierstudentene vi snakker om her har ofte reist fra sine hjemland fordi det er vanskelig å få jobb og utdanning der. De kommer til Norge og tar opp store studielån som de regner med de vil klare å betale tilbake når de er ferdig utdannet sykepleier. Når de stryker, går oppholdstillatelsen deres ut, og de sendes tilbake til hjemlandet verre stilt enn noen gang, forteller Alcega som har hørt mange tragiske historier om slike skjebner.

## Øk nivået

– Så hva bør gjøres?

### Kritikkverdige episoder

- › I 2012 gjorde NRK en spørreundersøkelse blant 1 474 ansatte ved norske sykehjem. De stilte spørsmålet: «Har du opplevd kritikkverdige episoder som følge av at ansatte snakker dårlig norsk?»
- › 62,2 prosent svarte ja
- › 11,8 prosent svarte vet ikke
- › 26 prosent svarte nei



**DÅRLIG:** – Jeg mener nivået på norskopplæringen i Norge er for dårlig og ustrukturert, sier Andrés Alcega.



– Språkkravene bør endres og gjøres strengere, og norske språkkurs bør gjøres bedre.

Han mener Norge bør se til sine naboland.

– Sverige og Danmark har hatt lengre erfaring enn Norge når det gjelder utenlandske studenter. De stiller høye krav, men har også god og strukturert språkundervisning, mener han.

#### – Alvorlige saker

Andrés Alcega får støtte fra NSF Student. Nestleder Margrete Kanstad forteller at de får 10 til 12 henvendelser i året fra studenter som stryker i praksis fordi de snakker for dårlig norsk.

– Omfanget er kanskje ikke så stort, men hver sak er alvorlig, sier Kanstad.

Halvparten av disse sakene dreier seg om studenter som har alle papirene i orden. De har bestått alle formelle språktester, men sent i studiet stryker de i praksis med beskjed om at de ikke kan godt nok norsk.

#### Bør fanges opp før studiestart

– Dette får store konsekvenser for dem det gjelder, sier rådgiver i NSF, Morten Kristoffersen.

– Det kan godt være at de som styrker ikke kan godt nok norsk, men da bør systemet fange dem opp før de kommer inn på sykepleierutdanningen, mener han.

– Dette er først og fremst et systemproblem.

Studenter som blir offer for dette havner i en fortvilet situasjon. Mange gråter når de forteller sin historie i telefonen. Selv om de har alt det

de som skal arbeide med mennesker i vanskelige livssituasjoner, må beherske god kommunikasjon. Kommunikasjon er kanskje en av de

## «Før eller senere stryker de.» Andrés Alcega, sykepleierstudent

formelle i orden og bestått alle tester utdanningssystemet stiller til dem, står de igjen med høy studiegjeld, men ingen fullført utdanning, sier Kristoffersen.

#### Ønsker bedre språktesting

NSF student vil forhindre at studenter kommer i slike situasjoner. Derfor vedtok årsmøtet en resolusjon hvor NSF Student ønsker å få mer egnede språktester på plass. Begrunnelsen er at sykepleiefaget krever mer enn hverdagslig språk for å kunne tilegne seg fagkunnskap, gjøre seg forstått, forstå, lytte og formidle.

NSF Student ønsker språktester som sikrer at søkeren kan komme seg gjennom sykepleierutdanningen. Dersom en sykepleierstudent har bestått denne språktesten, skal de ikke kunne strykes med begrunnelse i dårlig språk senere i utdanningen.

– Det er ikke for å sile ut mennesker fra andre land. Tvert imot mener vi at helsevesenet trenger fagfolk fra alle kulturer og språk. Men

viktigste oppgavene vi som sykepleiere driver med, sier Margrete Kanstad. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

#### Fire veier til norsk

##### Det er fire retninger man kan gå for å tilfredsstille språkkravene for sykepleierstudenter med norsk som andrespråk:

- › Bestått eksamen i norsk på Vg3-nivå (Kunnskapsløftet)/norsk som andrespråk på VKII-nivå (Reform 94)
- › Bestått eksamen fra trinn 3 i norsk for utenlandske studenter ved universitetene
- › Bestått eksamen fra 1-årig høyskolestudium i norsk språk og samfunnskunnskap for utenlandske studenter.
- › Test i norsk – høyere nivå, skriftlig («Bergstesten») med minimum 450 poeng eller karakteren «Bestått» etter ny vurderingsordning fra høsten 2009.

# Vet ikke hvor mange som klager

Statens helsetilsyn vet ikke hvor mange klager eller bekymringsmeldinger de får som gjelder dårlig språk hos helsepersonell.

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers**

Statens helsetilsyn har dessverre intet verktøy som gjør det mulig å trekke ut klagesaker sortert på språk som tema, opplyser seniorrådgiver i Helsetilsynet, Svein Zander Bratland, til Sykepleien.

Bratland og Gunnar Bondevik i Statens helsetilsyn har imidlertid gjort en studie av tilsynssaker knyttet til situasjoner der legehjelpen haster. Studien er en gjennomgang av tilsynssaker over en femårsperiode fra Hor-

daland (Bratland/Bondevik i Læring av feil og klagesaker – Helsetilsynets Rapport 7/2009). Studien viser at nesten halvparten av hendelsene som burde vært unngått er knyttet til leger med fremmedspråklig bakgrunn. Selv om det i undersøkelsen ikke ble avdekket mangelfulle språkkunnskaper i vesentlig grad, relaterte behandlingsfeilene seg til manglende erkjennelse av Alvoret i situasjonen.

Dette ble ifølge studien ansett å kunne være

forårsaket av begrenset norskkulturell og lokal kompetanse. De utenlandske legenes vakt deltakelse og vaktbelastning lot seg imidlertid ikke studere. Studier utført ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har vist at utenlandske leger deltar i legevaktarbeid med en større hyppighet enn norske leger (Sandvik/Hunskår Tdnlf 2012). ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

**NÅ ENDA BEDRE!**  
- fra første til siste dråpe -

# En *god start* i livet begynner med en skje tran!

*"Gi daglig tilskudd av vitamin D fra  
fire ukers alder gjerne i form av tran"*  
- Norske helsemyndigheter

## Til alle mammaer og pappaer

Det er ekstra viktig med riktig næring i de første leveårene, når kropp og hjerne skal vokse og utvikle seg. Möller's Tran er laget av norsk arktisk torsk og er tilpasset norske forhold av ernæringsspesialister for å gi de beste helseeffektene!

- ✓ Rik på den naturlige **OMEGA-3- FETTSYREN DHA**. DHA har dokumentert positivt virkning på normal hjernefunksjon og syn\*.
- ✓ **VITAMIN D** bidrar til et godt immunforsvar og et sterkt skjelett.
- ✓ **VITAMIN A** bidrar til å opprettholde normalt syn og immunforsvar.



## **NYHET!**

### **Möller's Tran har blitt enda bedre!**

Som en del av Möller's nye kvalitetsprogram har vi nå mer av de naturlige antioksidantene som beskytter de sunne omega-3-fettsyrene i tranen. Du får derfor et bedre produkt fra første til siste dråpe!

**Anna Oppedal Tokheim,**  
Möller's ernæringsfysiolog

## *Trantips*

- Begynn med noe dråper (2,5 ml) ved 4-6 ukers alder. Øk mengden gradvis til dagsdosen blir 5 ml innen barnet er 6 mnd.
- Gi tran før badetid, så unngår du søl og flekker på klærne.
- Spedbarn er vant til lunken mat, så det kan være lurt å holde skjeen under lunket vann før tranen helles i.
- Proov EasyTran sprøyten, hvis det er vanskelig med skje. Les mer på [easytran.no](http://easytran.no)



# Taklet 22. juli-stress

Fordi personellet var godt trent, ble få rammet av posttraumatisk stress etter 22. juli.

Tekst og foto Marit Fonn

**S**ykepleier og postdoktor Laila Skogstad har fått svar fra nesten to tusen som var i aksjon etter terrorhandlingene 22. juli 2011. Sammen med psykiater Øyvind Ekeberg har hun studert materialet. Begge er tilknyttet Oslo universitetssykehus (OUS).

Helsepersonell, politifolk, brann- og redningspersonell, sivilforsvar, heimevern og frivillige har svart på spørsmålene om deres psykiske helse etter de ekstreme opplevelsene.

## Følte seg truet av væpnet politi

– En god del har hatt sterke inntrykk. De har sett folk som var fortvilet og som ikke fikk kontakt med sine kjære. De har sett skadete og omkomne. Flere opplevde fare for eksplosjoner og skudd, og de har selv vært redde for å bli skadet. Dette gjelder særlig de som var på skadestedet, sier Skogstad.

Men også personell som var på sykehus kunne oppleve seg truet, fordi det var væpnet politi på området.

## Forbigående stress

Skogstad forteller at det var liten forskjell i rapportering mellom de ulike yrkesgruppene.

– Til tross for at flere hadde sterke inntrykk og opplevde trusler, var det få som opplevde dette som svært belastende.

En del hadde forbigående stressreaksjoner, men få slet med posttraumatiske stressreaksjoner ti måneder etter hendelsen. De tilfeldig frivillige har hatt mer posttraumatiske problemer.

– Det er som forventet at det var de frivillige som opplevde mest stress. De ble jo kastet ut i det, for eksempel på campingplassen ved Utøya. De færreste var trent på oppgavene de måtte takle.

Skogstad hadde trodd at deltakelsen ville plage innsatspersonellet mer.

– Mange har opplevd forbigående stress, men de har vært trent i å takle liknende oppgaver, og har derfor vært forberedt. De er godt kjent med akutte situasjoner og vet hva de skal gjøre. ■■■  
marit.fonn@sykepleien.no

# Det er mange fordeler ved å være sykepleier



Norsk Sykepleierforbund har en avtale med Esso MasterCard – noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

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

Søk om kort på:

[www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund](http://www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund)



[essomastercard.no](http://essomastercard.no)  
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



**POSITIVT:** Nå har Laila Skogstad håndfaste tall på at innsatspersonell taklet 22. juli-stress.



## Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på [www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

kun 1 kapsel/døgn



 Navamedic



# Sykepleier fikk litteraturpris

Kim Leine var sykepleier på Grønland. Han ble fristet av den lette tilgangen til piller, og ville vekk fra sykepleieryrket. Nå har han fått Nordisk råds litteraturpris. Tekst **Nina Hernæs**

**D**ansknorske Kim Leine, som er utdannet sykepleier, har skrevet flere romaner. I den første, Kalak, skriver han om da han reiste fra Danmark til Grønland for å jobbe som sykepleier.

Sykepleien intervjuet Leine etter bokutgivelsen i 2007. I jobben på et helsesenter i en liten, isolert bygd på Øst-Grønland begynte han å forsyne seg av medisinskapet i en periode da han følte seg psykisk nedbrutt. Jobben som eneste med helsefaglig utdanning ble etter hver svært ensom. Leine opplevde et samfunn der alkoholmisbruk og selvmord var utbredt. Han opplevde også at hans grønlandske kjæreste omkom i en ulykke.

Han avsluttet intervjuet med Sykepleien med å si at han vil prøve seg som heltidsforfatter, noe han alltid har drømt om. Seks år senere vinner han altså den prestisjetunge Nordisk råds litteraturpris.

*Profetene i Evighetsfjorden* er Leines fjerde roman.

Juryen begrunner tildelingen med at romanen er et medrivende epos om undertrykkelse og opprør, et antikonialistisk, vidt forgrenet verk, som fantaserer over mennesket som kropp og tanke.

Prisen er på 350 000 danske kroner. ■■■

nina.hernæs@sykepleien.no



Foto: Anne-Sophie Fischer Kalden

**NORDISK:** Kim Leine, opprinnelig fra Seljord i Telemark, har fått Nordisk råds litteraturpris for romanen *Profetene i Evighetsfjorden*.



## Full oversikt med DIPS!

Med DIPS Panorama får du oversikt over medikasjon, observasjoner og væskeregnskap i ett bilde!

DIPS Panorama erstatter dagens papirkurve på sengepost. Det enkelte sykehus kan selv definere hvilke variabler som kan registreres i DIPS Panorama. Sømløs integrasjon med DIPS Medikasjon gjør at utdeling, seponering og nulling av valgt medikasjon kan gjøres i bare én operasjon fra kurvebildet for dem som har valgt å ta i bruk vår moderne medikasjonsløsning. DIPS Medikasjon gjør at pasientens medikasjon kan håndteres fullstendig elektronisk.

[www.dips.no](http://www.dips.no)



## Tema Røykfrie operasjoner

- 24 – Røyken er medisinen min ›
- 26 Ortopedene som ikke ville operere røykere ›
- 28 Tror nordmenn vil bestemme selv ›
- 29 Krever tre måneder uten røyk ›

# Operasjon røyk

**UNNTAKET:** Sykehuset Levanger er alene i Norge om rutinemessig å informere røykerne om økt risiko for komplikasjoner etter operasjon, oppfordre til røykeslutt og tilby hjelp til det. Likevel klarer ikke alle pasientene å ta fire måneders røykepause.

- I Sverige er det vanlig å be pasientene være røykfrie flere uker før og etter operasjon fordi det halverer risikoen for komplikasjoner.
- I Norge får ikke alle røykere en gang vite om den store risikoen.
- Men nå skjer det noe i Levanger.

# kepause

Tekst Eivor Hofstad Foto Lena Knutli



**RØYKEN LINDRER SMERTEN:** Else-Marie Hansen (til høyre) har røykt siden hun var 16 og vet at hun kan halvere risikoen for komplikasjoner etter hofteoperasjonen hvis hun stumper røyken. Men å slutte er lettere sagt enn gjort. Eirin Hustad til venstre.



# «Røyken er medisinen min, men operasjon må jeg ha.»

Else-Marie Hansen har ikke klart å stumpe røyken til hun skal opereres i hofta, men hadde gjort det dersom sykehuset krevde det. Tekst Eivor Hofstad

**D**et er prepoliklinisk dag ved ortopedisk avdeling ved Sykehuset Levanger i Nord-Trøndelag. Else-Marie Hansen, født i 1945, er en av tre pasienter som i dag får møte ortoped, fysioterapeut og sykepleier. De får viktig informasjon før de skal opereres innen to uker.

Det er andre gangen sykepleier Eirin Hustad går gjennom den nye rutinen de innførte i oktober: Å snakke med pasientene en og en om hvordan det går med røykepausen de er blitt anbefalt fra sykehuset. Anbefalingen er åtte uker før og fire til åtte uker etter operasjonen, for at komplikasjonsrisikoen skal halveres.

#### Krav fra Helsedirektoratet

I rundskriv fra Helsedirektoratet for Nasjonale mål og prioriterte

områder for 2013 står det svart på hvitt at regionale helseforetak/helseforetak bes om å «etablere tilbud om tobakksavvenning før operative inngrep».

Sykepleien har spurt alle helseregioner i landet om de har gjort dette, og ingen har kunnet vise at det faktisk er etablert, spisset spesielt mot operasjonspasienter, bortsett fra Sykehuset Levanger. Det er heller ingen sykehus som rutinemessig oppfordrer til røykeslutt i ukene før og etter operasjon. Det varierer fra kirurg til kirurg, og de fleste sykehus nøyer seg med å kreve røykfrihet fra midnatt før operasjonsdagen. Ved Nordlandssykehuset gjelder tre måneders røykeforbud før og etter operasjon for pasienter som får gjennomført ryggkirurgi.

Helse Nord-Trøndelag fikk tobakksavvenningsklinikker både i Levanger og Namsos allerede i 2005. Hit kan de pasientene



«Foreløpig har ingen blitt provosert. Vi krever ikke røykfrihet, vi bare oppfordrer. *Eirin Hustad, sykepleier*



**PÅDRIVER:** Sykepleier Ingrid Olga Hallan er rådgiver ved rehabiliteringsklinikken ved Sykehuset Levanger og pådriveren bak tobakksavenningsklinikene i Helse Nord-Trøndelag. Ideen til dem hentet hun fra Sverige.

som skal opereres henvises, hvis de ønsker hjelp til å kutte ut røyken i forkant av operasjonen.

Eirin Hustad anslår at under 20 prosent av dem hun snakker med røyker. Ifølge den siste HUNT-undersøkelsen, er det kvinner over 55 år som røyker aller mest i Nord-Trøndelag. Det er også disse kvinnene de ser mest på ortopedisk avdeling i Levanger.

– Samtalene går greit, tar liten tid og er jo et veldig viktig arbeid. Foreløpig har ingen blitt provosert. Vi krever ikke røykfrihet, vi bare oppfordrer. I tillegg forteller vi hvorfor de bør ta en pause og tilbyr hjelp til hvordan de skal gjøre det, sier hun.

#### Røyken lindrer litt

Else-Marie Hansen har røykt siden hun var 16 år og drar daglig gasser fra 20 Marlboro-sigaretter ned i lungene. Siden januar i år har hun hørt mange ganger at hun bør slutte å røyke før hun skal opereres i hofta, som er så hardt angrepet av artrose at hun må ha nytt hoftelodd. Men hun klarer det ikke. Røyken er som medisin for henne.

– Når jeg har smerter, er det godt med en røyk. Jeg koser meg med den. Det kan gjøre så vondt at jeg kan skrike, både når jeg går, sitter og ligger. Da tar jeg en røyk og det kjennes som jeg er i himmelen. Den lindrer litt, men det varer ikke så lenge før jeg må ha en ny, forteller Hansen.

– Har du noen gang prøvd å slutte?

– Ja, én dag, men «då vart e så ful at dæ gjekk ut over både mainn og unga», sier Hansen på helgelandsdialekt og ler.

Hun sier all informasjonen om risiko for komplikasjoner går inn på henne og at det er helt i orden at de sier det så mange ganger. Det er ikke irriterende. Hun har prøvd nikotinplaster, men synes ikke det hjelper noe mot suget.

– Jeg har lyst på røyk «lik førribaska».

– Du kan også prøve tyggis. Eller du kan spise appelsin eller sitrus eller drikke appelsinjuice, så smaker ikke røyken så godt, foreslår sykepleier Hustad og spør:

– Når smaker røyken best?

– Om morgenen. Da koser jeg meg med kaffe og røyk.

– Du kan prøve å bryte noen mønstre. Kanskje du kan unngå den rett etter frokosten. Gjør noe annet i stedet, foreslår Hustad.

– Ja, hvis jeg holder på med noe, kan jeg glemme å røyke. Men å vaske er pyton for meg, så det gjør mannen min.

#### – Legene gir sterkere signal

Operasjonspasientene i Levanger har også fått brev med brosjyre om røyking og operasjon. Fra oktober er det dessuten innført at ortopedene bringer temaet på banen ved første polikliniske undersøkelse. Planen er at også fastlegene skal ta røykesamtalen ved første henvendelse fra pasient. Til sammen blir det da fire anledninger hvor pasientene får gjentatt budskapet.

– Når leger gir pasienten en beskjed, er det et mye sterkere signal enn når sykepleiere gjør det. Sånn er det bare. Derfor er det kjempeviktig at legene snakker om røykeslutt i forbindelse med operasjon, sier sykepleier Ingrid Olga Hallan.

Hun er rådgiver ved rehabiliteringsklinikken og har ansvaret for det helseforebyggende arbeidet ved Sykehuset Levanger. I tillegg leder hun nettverksgruppen Tobakksfrie helseinstitusjoner og har

«Når jeg har smerter, er det godt med en røyk.

*Else-Marie Hansen, pasient*

laget brosjyren «Røyking og operasjoner», som sendes ut til alle pasienter som skal opereres i Levanger.

– Det er uetisk at vi i Norge ikke gir operasjonspasientene bedre informasjon om risikoen de pådrar seg ved å røyke, sier hun.

#### Tar risikoen på kjøpet

Else-Marie Hansen har bare fire dager igjen før den store operasjonen. Fremdeles har hun sjansen til å påvirke komplikasjonsrisikoen i mer positiv retning. Eirin Hustad sier hun kan spørre legen om Hansen kan få noe sterkere smertelindring enn paracetamol fram mot operasjon.

– Jeg kan kanskje klare å gå ned til 12 per dag, sier hun.

– Hva tenker du om risikoen du utsetter deg for?

– Den får jeg ta på kjøpet, jeg har veldig godt «grohold», og da jeg tok den andre hofta for fem år siden, fikk jeg ikke vite noe om økt risiko. Ikke fikk jeg noen komplikasjoner heller.

– Hva hvis du ble nektet operasjon fordi du røykte?

– Da hadde jeg slutta. For jeg må opereres!

#### Komplikasjoner hos røykerne

› Sigarettgassene fører til kraftig hypoksi (mangel på oksygen) i vevet og dårligere blodgjennomstrømming i huden. Derfor har røykere mye høyere risiko for å få komplikasjoner etter ortopedisk og generell kirurgi, som:

- Sårinfeksjon
- Dårligere sårleging
- Dårligere fraktur leging
- Økt smerte etter ryggoperasjoner og korsbåndoperasjoner
- Hjerne- og lungeproblemer
- Større arr

› Røykerne har dessuten økt medisinbruk, lengre sykmeldinger, brudd ved lavere alder og flere brudd. De har også lengre liggetid på sykehuset og blir dyrere for helsevesenet.

*Kilder: Richard Løfvenberg, overlege i ortopedi ved Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, og brosjyren «Røyking og operasjoner» fra Helse Nord-Trøndelag, laget i samarbeid med Hanne Tønnesen.*



# Ortopedene som ikke

En ulydig overlege og en pragmatisk klinikkssjef i Umeå var starten. Nå ber de fleste sykehus i Sverige om at pasienten tar mange ukers røykepause før og etter planlagt operasjon.

Tekst Eivor Hofstad Foto Michael Lundsten

**K**lokka nærmer seg halv sju på ortopedisk avdeling ved Norrlands Universitetssjukhus i Umeå i oktober 2008. Overlege Richard Løfvenberg har ennå ikke rukket å komme seg hjem etter en lang onsdagsvakt. Han skal bare forberede seg litt til dagen etter.

På planen står en reoperasjon av en kvinne som tidligere har hatt en vanskelig fotoperasjon. Hun er røyker, men har lovet at hun denne gangen skal ta en røykepause i åtte uker før og etter operasjonen, slik at hun skal bedre sine sjanser til å bli frisk. Nå har hun vært røykfri i et halvt år, og alt lover bra.

## Ble utskjelt

Løfvenberg tenker bare å se til henne før han går hjem, så han svinger innom rommet hennes. Det lukter røyk.

– Da sier jeg at vi får utsette operasjonen. Hun blir veldig lei seg, minnes Løfvenberg.

Etter en lang diskusjon med pasienten, ender det med at operasjonen strykes.

Dagen etter er det godt synlig at det er et tomt hull i tidsplanen for dagens operasjoner.

– Jeg ble utskjelt på morgenmøtet. Jeg fikk smake sjefspisken og måtte forklare meg. Ingen støttet meg da, sier Løfvenberg.

## «Nu jävlar»

Klinikkssjef på ortopedisk avdeling, Olle Svensson, var på den tiden også leder for Svensk Ortopedisk Förening. Han husker at han så at Richard Løfvenberg hadde strøket operasjonen og at han sa: «Men kjære Richard. Hvordan kan det ha seg?»

Richard svarte at pasienten hadde lovet å slutte å røyke, men ikke hadde gjort det.

– Da spurte jeg om han trodde på julenissen. Det gjorde han ikke. «Ok, da går vi i gang da», sa jeg. Men han nektet, forteller Olle Svensson.

En uke seinere fikk Løfvenberg i oppdrag av klinikkssjef Svensson

EN RÖKFRI OPERATION

Hjälp dina patienter att  
**ta en rökpaus**

SVENSK ORTOPEDISK FÖRENING

"Ett perioperativt rökstopp reducerar  
postoperativa komplikationer med cirka 50 %  
– både vid akut och elektiv kirurgi!"

Olle Svensson  
Ordförande, Svensk Ortopedisk Förening (SOF)

Läs mer på  
[www.enrokfrioperation.se](http://www.enrokfrioperation.se)

# vil operere røykere



**KLAR MELDING:** Olle Svensson (til venstre) og Richard Løvvenberg har sørget for å ha budskapet klart og tydelig i venterommet på ortopedisk avdeling. Dødningshodet over sigarettene symboliserer en osteoclast, en celle som bryter ned bein.

å organisere prosjektet «røykfrie operasjoner» på ortopedien i Umeå.

– Richard er et typisk foreningsmenneske, så da denne anledningen til et prosjekt kom skliende på et bananskall var det bare å sette i gang. Fra da var jeg helt med: «Nu jävlar – skall vi sluta röka her!».

Socialstyrelsen var først fiendtlig innstilt, og styremedlemmene på sykehuset ropte til Svensson.

– «Du får ikke!», skrek de. Men jeg sa ingenting og bare fortsatte.

Svensson forfattet en ny pasientinformasjon om at best mulig sikkerhet ved operasjon er selvsagt. Blodtrykk, lungefunksjon og hjertefunksjon skal være bra. Nå ble det lagt til at pasienten også skulle være røykfri åtte uker før og etter operasjon.

## Dansk og svensk studie

Siden 1944 har sammenhengen mellom røyking og operasjonskomplikasjoner blitt evaluert i over 300 artikler. En dansk stu-

«Arbeidet med røykfrie operasjoner har gjort mer nytte enn alle hofteprotesene jeg har operert. *Olle Svensson*

die fra 2002 av AM Møller bekreftet praksisen til de to svenske ortopedene. Den viste at 18 prosent av kne- og hofteopererte som ikke røykte fire til åtte uker før og etter operasjon, fikk komplikasjoner. Tilsvarende tall i røykegruppen var 52 prosent, nesten tre ganger så mye. David Lindström ved Karolinska Institutet fant en lignende effekt i 2008 ved planlagt generell kirurgi. Tiden var egentlig overmoden for å implementere all kunnskapen i praksis.

Siden mars 2009 har alle operasjoner ved avdelingen vært såkalt røykfrie. Pasientene får vite om kravet ved første konsultasjon og får beskjed om å ringe tilbake for operasjonsplanlegging når de har vært røykfrie i en uke. Da blir de satt opp til operasjon om to måneder. For de akutte operasjonene kreves en måneds røykfrihet etter operasjon.

## Røykfriombud

Pasientene får hjelp til å stumpe røyken av avdelingens røykfriombud, samt fra en tobakkspreventiv mottakelse i sykehusets regi hvor de kan gå til samtaler en gang i uka. Ulike substitusjonsprodukter med nikotin som plaster og tyggegummi må de betale selv.

Løvvenberg anslår at det bare er 10 prosent av pasientene deres



som er røykere ved første konsultasjon der de får vite om kravene til røykfrihet.

– De fleste uttrykker takknemlighet over at vi stiller et så klart krav til dem. Ingen har krevd det av dem før. Men noen blir sinte,

«Det er diskriminerende ikke å kreve røykfrihet, når vi vet at pasienten da kan halvere risikoen for komplikasjoner». *Richard Løfvenberg*



og noen ringer aldri tilbake, sier han.

Til å begynne med ble legene kritisert for at den strenge anti-røyke-praksisen gikk ut over pasientens autonomi og var diskriminerende mot røykerne. Det var i første rekke kolleger, politikere og sosialstyrelsen som var negative.

– Men vi snudde på det og sa at det er diskriminerende ikke å

kreve røykfrihet, når vi vet at pasientene da kan halvere risikoen for komplikasjoner. Hvorfor skal vi ikke optimere i ortopedien? Man gjør jo det ved hypertensjon for eksempel, sier Løfvenberg.

### 11 spesialistforeninger med

Olle Svensson reiste de første to årene mye rundt i Sverige og holdt foredrag for kolleger om hvor viktig det er at pasientene er røykfrie når de skal opereres. Han dro til og med til Kina hvor det er mange som røyker.

– De så på meg som om dette var det rareste de hadde hørt.

Men da han dro til India hvor det er få som røyker, sa inderne: «It is a very good idea!»

Han snakket også til norske kolleger, men de ville ikke endre praksis.

– «Ja vel, så bra,» sa de. Men så skjedde ingenting. Norge er mer konservativ enn Sverige på en del områder, mener Svensson.

Etter to år slo Løfvenberg og Svenssons metode gjennom på nesten alle ortopediske avdelinger i Sverige. I år skrev elleve spesialistforeninger innen kirurgi under på en deklarasjon om å oppnå røykfrihet ved operasjon innen utgangen av 2013. Praksis i Sverige nå er å informere om hva som kan vinnes med en røykestopp og tilby pasienten hjelp med å slutte.

Løfvenberg tipper at Sverige vil få et statlig krav om røykestopp

## Tror nordmenn vil bestemme selv

Ortopedleder tror grunnleggende forskjeller mellom svensker og nordmenn kan være noe av forklaringen på ulik praksis i de to nabolandene. *Tekst Eivor Hofstad Foto privat*

**K**nut Fjeldsgaard er leder i Norsk ortopedisk forening. Han bekrefter at vi i Norge ikke har noen generelle retningslinjer rundt røykfrihet eller noen tilbud om røykavvenning før elektive ortopediske operasjoner, slik det er blitt vanlig å ha i Sverige.

– Noen operasjoner vet vi gir helt klart dårligere resultater, og noen operasjoner vil enkelte kirurger ikke gjøre på røykere. Særlig ryggoperasjoner og enkelte pseudartroseoperasjoner, der bruddene ikke har grodd og pasientene har mye smerter.

Fjeldsgaard mener de har gitt klare råd om røykfrihet, men at det har vært vanskelig å kreve det av pasientene.

– Kanskje er den norske folkesjela noe av grunnen til at det

ikke er så lett, sier han og utdyper:

– Ikke er jeg historiker og ikke er dette noen argumenter å slå i bordet med, men Norge har aldri hatt adel og nordmenn er ikke vant til å bli fortalt hva de skal gjøre, de vil bestemme selv. Norge har sagt nei til EU to ganger selv om regjeringen har anbefalt medlemskap, mens i Sverige gjorde de som de ble anbefalt første gang. For meg viser dette litt av forskjellen på nordmenn og svensker.

Fjeldsgaard synes det er interessant at røykfrihet kan halvere komplikasjonene, og vil gjerne høre mer om det.

– Vi er i kontakt med Sveriges ortopediske forening om dette. Kanskje er det en mulighet å få det til i Norge også.



**INTERESSERT:** Knut Fjeldsgaard synes det er interessant at røykfrihet kan halvere komplikasjonene, og er i kontakt med Sveriges ortopediske forening om det.

i forbindelse med operasjon innen tre år. I år skal til og med nettsiden til prosjektet «røykfrie operasjoner» tas over av Landstinget.

– Røyking er den største folkehelsefaren, men vi har inntrykk av at de fleste som slutter i forbindelse med operasjon forblir røykfrie. Arbeidet med røykfrie operasjoner har gjort mer nytte enn alle hofteprotesene jeg har operert, sier Svensson.

#### Jussen

Pelle Gustafson er sjeflege i Patientforsikringen LØF, som har hatt ansvaret for å drifte nettsiden til prosjekt «røykfrie operasjoner». Han mener det ikke finnes noe støtte i lovverket for å nekte en røykende pasient operasjon.

– Dermed kan ingen svenske sykehus kreve at en røykende pasient gjennomfører en røykfri operasjon. Skulle en slik sak komme til domstolen, skulle risikoen være stor for at legen dømmes for diskriminering, sier han.

Det reagerer både Svensson og Løfvenberg på.

– Det er heller ingen lov som sier at leger må operere en pasient. Jeg skulle likt å se den lege som vil forsvare dobbelt så høy risiko for komplikasjoner når man kan unngå det, sier Løfvenberg.

Men Svensson er ikke like streng som Løfvenberg:

– Når det kommer til stykket, begrenser vi oss til å si at du

bør ikke røyke. Hvis det er en Chesterfield-type gammel dame som sitter der blir det jo en avveinings sak, innrømmer han.

– Men det er et krav. Du kan si at vi krever det, insisterer Løfvenberg.

#### Mangler statistikk

Nå skal ortopedisk avdeling i Umeå innføre krav om en viss BMI også, siden forskning viser dårligere operasjonsresultat hos dem som er ekstra overvektige.

– Jeg har allerede gjort det for egen del, sier Løfvenberg.

Ortopedisk avdeling i Umeå har ingen tall som kan vise at deres krav om røykfrihet faktisk har ført til færre komplikasjoner.

– Vi har ingen pålitelig statistikk. Det er nok den største oppgaven innen kirurgien: Å få til en rimelig komplikasjonsstatistikk etter operasjoner, sier Svensson.

Men hvordan gikk det med kvinnen som skulle opereres den gangen i 2008?

– Hun klarte å stumpe røyken og fikk sin operasjon, sier klinikkssjef Svensson.

– Jeg gjorde helt rett og ville gjort det samme i dag, sier overlege Løfvenberg.

eiwor.hofstad@sykepleien.no

## Krever tre måneder uten røyk

Plastikkirurgene i Tromsø nekter å gjøre planlagte operasjoner på røykere, og de har en vektgrense på 27 BMI. Tekst Eivor Hofstad Foto UNN

**P**lastikkirurgene er oftere strengere enn ortopedene på røyking. I Tromsø er de ekstra strenge.

– Vi har totalforbud mot røykere for elektiv kirurgi. Pasientene må være dokumentert røykfrie i tre måneder for å komme på venteliste hos oss, og har også røykeforbud tre måneder etter operasjon, sier Erling Bjordal.

Han er avdelingsoverlege ved plastikk- og håndkirurgisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Avdelingen opererer blant annet all slags brystkirurgi, bukplastikk, hånd- og brannskader, liggesår og hudkreft. Bjordal sier grunnen til den strenge praksisen er at det på enkelte operasjoner er dokumentert opptil en tredobling av komplikasjoner hos røy-

kerne sammenliknet med ikke-røykere.

– Røyking kan gi styggere arr, nekrose og sårruptur som kan være så alvorlig at hele buken spretter opp og man får et hull som er verre enn det man i første omgang kom for å operere. Komplikasjoner er utrolig ressurskrevende for både helsevesenet og pasienten. De tar tid og gir nedsatt livskvalitet med smerter og sykmeldinger.

– Har dere nektet noen pasienter operasjon?

– Å, ja da. Pasientene blir allerede informert om våre krav på poliklinikken, og for mange blir det provoserende og vanskelig. Vi gjør vårt beste for å motivere dem til røykeslutt, men den praktiske gjennomføringen overlater vi til fastlegen, sier han. ■■■



**SIER NEI:** Erling Bjordal sier det er tre ganger så mye komplikasjoner hos røykere som hos ikke røykere etter plastikkirurgi.



**apotek**  
SPESIALUTVALG

# ENKLERE VEI TIL SYKEPLEIEARTIKLER

SYKEPLEIEFAGLIG KOMPETANSE

BREDT PRODUKTSORTIMENT

FRI LEVERING RETT HJEM

HJEMMEBESØK

## Gode råd er dyre – hos Boots er de gratis!

**Visste du at Boots apotek har over 70 sykepleiere?** De er der for å hjelpe alle som trenger det med å bruke sykepleieartikler riktig og kommer gjerne på hjemmebesøk for å tilpasse utstyr. Uansett utfordringer innen inkontinens, stomi, kateter, sår, vansker med ernæring eller lignende, så finner vi rett utstyr for deg. Vi er landets største leverandør av sykepleieartikler og har derfor et svært godt utvalg. Boots apotek finner du på 150 steder i Norge og vi kan tilby alt innen helse og velvære. I tillegg kan du bestille alt du trenger av sykepleieartikler over telefon og mange apotek leverer produkter på døren uten ekstra kostnad.

**BOOTS APOTEK SPESIALUTVALG:** Boots apotek Alta 78 44 41 50 • Boots apotek Arendal 37 00 42 00 • Boots apotek Askim 69 81 72 00  
• Boots apotek Elverum (Marin senteret) 62 41 91 40 • Boots apotek Fredrikstad 69 39 65 10 • Boots apotek Hamar (Maxi storsenter) 62 55 53 60  
• Boots apotek Kristiansand (Bandagisten) 38 17 18 00 • Boots apotek Kvaløysletta (Tromsø) 77 75 89 90 • Boots apotek Lande (Sarpsborg) 69 10 25 70  
• Boots apotek Larvik 33 13 24 40 • Boots apotek Moa 70 17 80 50 • Boots apotek Molde 71 25 92 00 • Boots apotek Moss 69 20 46 20  
• Boots apotek Orkla, Orkanger 72 48 38 50 • Boots apotek Samarit, Sandnes 51 60 97 60 • Boots apotek Spelhaugen (Bergen) 55 17 60 10  
• Boots apotek Stjørdal 74 83 31 00 • Boots apotek Tynset 62 47 18 88 • Boots apotek Ullensaker 63 97 01 01 • Boots apotek Ørnen, Haugesund (Helseleveranser) 52 70 35 80

**SPESIALUTVALG\*:** Boots Spesialutvalg HomeCare 800 30 411 • Medicus sykepleiesenter, Skien 35 50 28 80 • Stavanger Helsehus 51 52 35 31 • Trondheim 73 53 37 20

\*Leverer ikke legemidler.



Hent din e-Resept hos oss!

boots.no  /bootsapotek



Bufetat

Foto: Kina Baido

**«Noen sier god natt til  
meg hver kveld.  
Da blir jeg varm inni  
meg og sover godt.»**

Det handler ofte om de små ting, det mange tar for gitt. Å ha en som hjelper med leksene, som sier «god natt» og som gjør at du sover godt, hver natt. Det handler om å være trygg, å vite at noen bryr seg. En god oppvekst varer livet ut. Du kan være med å utgjøre en forskjell i et barns liv.

fosterhjem.no



# Der ute

Les mer om:

**32** Touchmetoden >

**38** Sjekklister hindrer feil >

**42** Kos får sansene på gli >

**46** Godt møte med praksis >

Tekst **Eivor Hofstad**  
eivor.hofstad@sykepleien.no  
Illustrasjonsfoto **Colourbox**



## Forurenset nettmorsmelk i USA

Det har blitt vanligere å dele morsmelk igjen, blant annet for adopterte barn og for barn med mødre som har gjennomgått brystoperasjoner. En av måtene dette gjøres på er via nettsider som formidler annonser fra privatpersoner som selger melk. Nå viser det seg at denne melken ofte er forurenset av bakterier, ifølge en amerikansk studie publisert i Pediatrics. Forskerne sjekket melk som ble kjøpt via en populær nettside i USA og fant høye nivå (74 prosent) av gram negative bakterier. De fant også noen tilfeller av salmonella. Mengden bakterier i enkelte av prøvene var nok til å gjøre spedbarn syke.

Kilde: New York Times

## Obamas helsereformbråk fortsetter



Rundt 85 prosent av amerikanerne har helseforsikring gjennom jobben eller det offentlige (for fattige, funksjonshemmede og eldre), mens de resterende 15 prosent ikke har det. Det gjelder 48 millioner mennesker, likevel har USA verdens høyeste helseutgifter per innbygger.

Nå har Obama gjennom sin helsereform (obamacare, på folkemunne) bestemt at alle må ha helseforsikring innen

utgangen av mars neste år. Regjeringen lanserte derfor en nettside 1. oktober, HealthCare.gov, hvor man kan sammenligne ulike forsikringstilbud før man bestiller. Man kan også se om man har rett til tilskudd, og søke om dette.

Problemet er at nettsiden går treigt og folk kommer heller ikke gjennom på telefon. Helseminister Kathleen Sebelius har fått massiv kritikk og krav om å gå av, men

## Likelønns-gap i SVERIGE

Svenske menn tjener 18 prosent mer enn svenske kvinner, viser den nye lønnsrapporten fra LO. Gjennomsnittslønnen for samtlige kvinner i landet var 26 700 svenske kroner i måneden i fjor. For menn var tilsvarende sum 31 500.

De svenske tallene skiller mellom arbeidere og funksjonærer. Blant arbeidere er forskjellen i lønn mellom de to kjønn 14 prosent, mens den for funksjonærene er hele 27 prosent.

Rapporten viser også at arbeidernes lønn har økt mer enn funksjonærenes, selv om sistnevnte gruppe fremdeles ligger høyere. Lønns-gapet mellom arbeidere og funksjonærer ligger nå på drøyt 10 000 kroner i måneden.

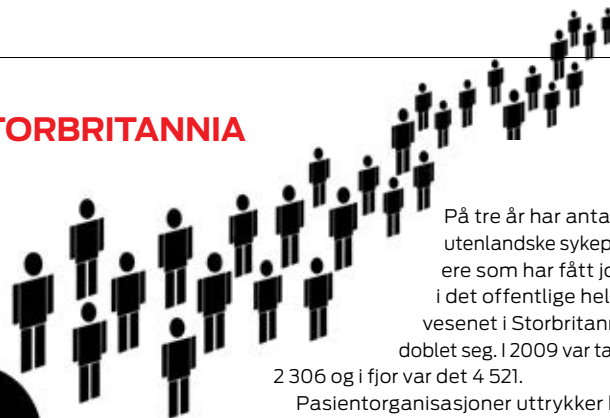
Kilde: Du och jobbet



har stått støtt gjennom stormen. Imidlertid gjorde hun en famlende figur da hun stilte i humorprogrammet «The daily show with Jon Stewart». Etterpå holdt hun en lav profil i media, men tok bladet fra munnen 22. oktober da hun i et blogginnlegg fortalte at hun har hentet inn haugevis av it-eksperter, blant annet «veteraner fra topp-selskaper i Silicon Valley» for å rette opp i dataproblemene.

Kilder: BBC, New York Times

## Utenlandske sykepleiere doblet i STORBRITANNIA



På tre år har antallet utenlandske sykepleiere som har fått jobb i det offentlige helsevesenet i Storbritannia, doblet seg. I 2009 var tallet 2 306 og i fjor var det 4 521.

Pasientorganisasjoner uttrykker bekymring over sikkerheten, siden de fleste av disse sykepleierne ikke kontrolleres på språk eller kompetanse.

Sykepleierledere er ikke glade for utviklingen, siden den kommer samtidig med at man har mistet 5000 offentlig

ansatte sykepleiere siden 2010.

Generalsekretæren i Royal College of Nurses, Peter Carter, sier i flere aviser at den store summen som brukes på å rekruttere sykepleiere fra utlandet er symptomatisk for en type korttidsplanlegging som er endemisk i NHS (det offentlige helsevesenet). Han utdyper:

– Det er rett og slett lammende at på den ene siden blir sykepleierstillinger kuttet og praksisplasser redusert, mens på den andre siden jakter desperate sjefar etter utenlandsk arbeidskraft.

Kilde: Royal College of Nursing



## TSJEKKISKE sykepleiere er overarbeidet

Nesten en tredel av tsjekkiske sykepleiere tar seg av 24 pasienter hver, ifølge en spørreundersøkelse av 6 000 sykepleiere. 85 prosent av dem rapporterte en økende byrde av administrative oppgaver. Over halvparten sa de manglet ressurser. Det tsjekkiske sykepleierforbundet sier at under slike forhold vil sykepleierne løse de alvorligste problemene først og at pleien dermed blir sikker, men ikke av høy kvalitet. *Kilde: Nursing Standard*

## Alarm fra DANSKE legevaktsykepleiere



Mer enn halvparten (60 prosent) av danske sykepleiere på landets legevakter/akuttmottak (de danske skadestuen) har opplevd at forsvarlig sykepleie er under press på grunn av dårlig arbeidsmiljø. Det handler om lang ventetid, mangel på informasjon og stresset personale. Det viser en ny rapport fra Dansk Sygeplejeråd.

Sosiolog og dr. med Tage Søndergård Kristensen står bak rapporten. Han peker særlig på to forhold som har vært med på å skape det dårlige arbeidsmiljøet: Legevaktene har hatt langt flere forandringer i form av omlegginger og nedskjæringer enn andre arbeidsplasser, samtidig ligger de lavest av alle med hensyn til forutsigelighet.

*Kilde: Dansk Sygeplejeråd*



## BRITISK helsepersonell får ikke skjule ansiktet

Helseminister Dan Poulter i Storbritannia ønsker ikke at britisk helsepersonell med pasientkontakt skal kunne gå i plagg som dekker til ansiktet, slik som nikab og burka. Han mener det kan stå i veien for en effektiv og empatisk kommunikasjon med pasienter og deres familier.

17 offentlige sykehus har allerede et forbud mot slike plagg,

og Poulter har bedt om at sykehusene går gjennom dagens råd og lager nye uniformsregler. Tidsskriftet Nursing Standard har foretatt en spørreundersøkelse på sine nettsider hvor 150 sykepleiere har svart. 92 prosent støtter ministeren, mens 8 prosent synes det skal være lov å dekke til ansiktet.

*Kilde: Nursing Standard*

## AUSTRALSKE sykepleierråd hjalp ikke

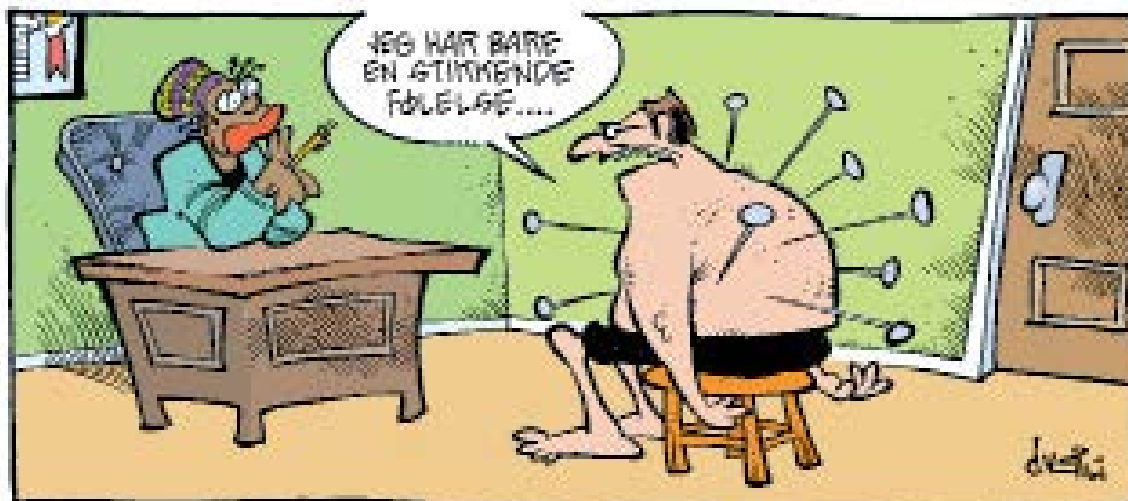


Sykepleierrådgivning over telefon resulterer ikke i bedre glykemisk kontroll enn standard behandling, viser en australsk studie. 473 pasienter med type 2 diabetes fra 59 primærhelsetjeneste-praksiser ble randomisert til enten å få rådgivning fra sykepleiere over telefon, eller å få standard behandling. Sykepleierne ble opplært i et spesielt utviklet coaching-system, som tok sikte på å gi åtte telefonrådgivninger og en rådgivningstime ansikt til ansikt. Gjennomsnittet i studien var imidlertid bare tre telefonsamtaler per pasient. Standard behandling var vanlig oppfølging fra fastlegesenteret mellom baseline og 18 måneders oppfølgingskontroll. Den kunne inkludere rådgivere, ernæringsfysiolog og diabetesspesialister.

Studiens hovedresultat ble publisert i BMJ i september.

*Kilde: ACP Internalist*

## Riskhospitalet



Avdelingen kastet alle permer og håndskrevne papirer med praktiske pasientopplysninger.

Tekst Eivor Hofstad/Åse Dragland Foto SINTEF/Werner Juvik

# Touch- metoden

**P**å vaktrommet ved trygghetsavdelingen ved Dønski bo- og behandlingssenter i Sandvika er det blitt mindre papir. I stedet er det kommet opp en 50 tommer stor touch-skjerm som personalet plottet inn korte praktiske beskjeder på.

– Det tok noen uker før det ikke føltes som en ekstra belastning lenger. Nå synes jeg det er veldig praktisk for raskt å få tilgang til kort og grei informasjon, sier sykepleier Camilla Baarsrud.

#### Ingen journalerstatning

Skjermen erstatter ikke det vanlige elektroniske journalsystemet deres, Helios, som de fremdeles bruker for

#### Slitsomt for øynene

Planen er at legevakten og sykehus også skal få samme system, slik at de skal kunne snakke med hverandre uten å måtte ringe.

Siden dette er et utviklingsprosjekt, har ikke alt vært fiks ferdig fra dag én. Hittil har de for eksempel vært nødt til å plote inn beskjeder direkte på skjermen. Av og til kan det dermed bli tilløp til kø foran skjermen.

– Å stå så tett inntil skjermen er også slitsomt for øynene og ikke optimalt for skuldrene. Men før jul er planen at vi skal kunne skrive inn informasjon via datamaskinene våre. Det blir nok bedre, sier Baarsrud.

**«Vi får plass til mye på skjermen, og har fått en helt annen oversikt.»**

*Liv Heidi Svenberg, avdelingsleder*

mer utførlige daglige rapporter. I stedet er den god til raskt å gi en oversikt over hva som til enhver tid skjer på avdelingen.

Trygghetsavdelingen har 17 plasser og er et tilbud til eldre som bor i eget hjem og klarer seg i hverdagen, men som av ulike grunner opplever at hverdagen blir vanskelig. De ansatte må ofte skrive pasienter ut og inn, samtidig som de skal holde styr på en rekke oppgaver, som å fordele og klargjøre rom, følge beboere opp med kosthold, medisiner og planlegge videre pleie. Alt må så koordineres med pårørende, hjemmetjenesten, tildelingskontor, legevakt og sykehus.

#### Plass til mye

Også avdelingsleder Liv Heidi Svenberg ser stor nytte av tiltaket:

– Vi får plass til mye på skjermen, og har fått en helt annen oversikt enn tidligere. Med et enkelt klikk har vi for eksempel oversikt over alle rom. Og om legevakten ringer, kan vi med et klikk se at det reiser ut to pasienter i morgen, så da har vi plass, sier hun.

Prosjektet er et samarbeid mellom forskere fra SINTEF, selskapet Imatis og Dønski bo- og behandlingssenter i Bærum. Arbeidet støttes av Regionale forskningsfond og Innovasjon Norge. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



**HOPPET I DET:** – Vi bare hoppet ut i det før sommeren.

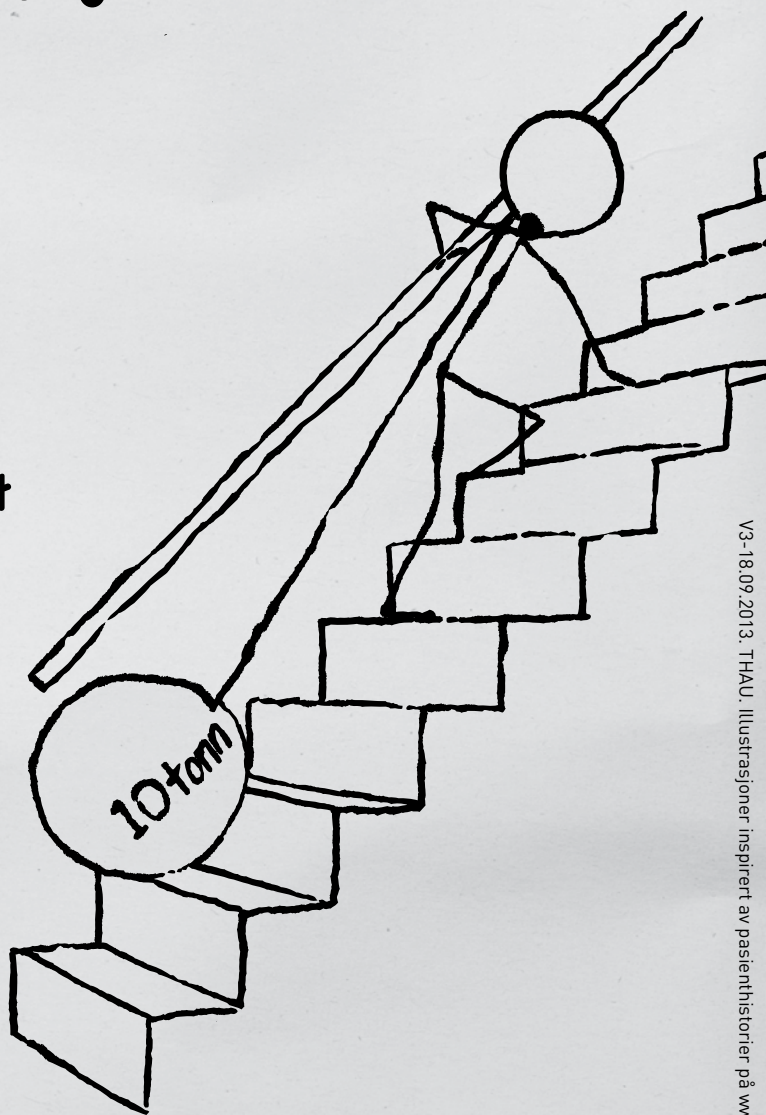


og det tror jeg var lurt, sier sykepleier Camilla Baarsrud om overgangen til touchskjerm fra permer og håndskrevne notater. Kollegene Grete Sørensen, Liv Heidi Svendberg og Unni Rolfsen i bakgrunnen.



# Må et problem byttes med et annet? Egentlig.

TARGINIQ® er effektiv mot sterke smerter og motvirker opioidindusert obstipasjon



Rutinene har nok vært der før også. Men nå skal de sies – høyt og tydelig.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

# Teamet presentert?

## ✓ Sjekk!

**D**et er tidlig morgen inne på gynekologisk operasjonsavdeling ved Kvinneklubben ved St. Olavs Hospital. Etter et morgenmøte med gjennomgang av dagens operasjonsprogram, er det ikke mye tid til å summe seg før første pasient kommer. Deretter går det slag i slag. Nye pasienter, nye tilstander.

På stue 7 går ikke alt som planlagt på morgenmøtet rett før. Alt kan ikke planlegges når man har med mennesker å gjøre. Slik sett er det ikke helt riktig å sammenligne piloter og operasjonsteam. Men på ett område har kirurgien likevel tatt lærdom av pilotenes sikkerhetsrutiner: Sjekkliste, det er lurt.

### Hvilke spørsmål?

Sjekkliste under operasjoner har nemlig vist seg å redusere både dødelighet og

Sykehuset støtter seg på internasjonale tall som viser at det er en gevinst ved å bruke sjekklister, og har ikke målt effekten selv.

Overlege Christian Tappert og assisterende avdelingssykepleier Svanaug Hollingen, som begge jobber på gynekologisk operasjonsavdeling på Kvinneklubben ved St. Olavs Hospital, har jobbet med å få den nye prosedyren på plass. De har blant annet brukt tid på å definere ved hvilke operasjoner sjekklister skal brukes.

– Skal sjekkliste brukes ved små inngrep? Tilbakemeldingene har vært at det er for tidkrevende å måtte gå gjennom sjekklister da. Ved mindre inngrep skjer det ofte at rekkefølgen av pasienter og operasjonsstue skiftes, og det kan være forskjellige operatører som utfører inn-

hogget i stein. Det kan være at noe må endres etter hvert. Det er allerede planlagt et oppfølgingsmøte med alle klinikker om hvordan prosedyren fungerer. Og hvordan sjekke at sjekklister er sjekket ut? Per i dag skjer gjennomgangen muntlig. Man kan tenke seg tilfeller hvor det kan bli ord mot ord om hvordan den er gjennomgått, siden det kun dokumenteres om sjekklister er tatt, ikke hvordan og hvilke svar som ble avgitt. Dette kan det også bli en endring på, når datasystemene tar høyde for den nye prosedyren.

### Flere bruker den

Svanaug Hollingen kan fortelle at innføringen av sjekklister har blitt positivt mottatt blant de ansatte. Men alt har ikke gått helt knirkefritt.

– Nei, det er jo noe med at folk må oppleve at sjekklister er relevant for arbeidet først. Mange har jobbet her lenge, og har innarbeidete rutiner. Rapportering for rapporteringens skyld er det naturlig nok mange som føler de ikke har tid til. I prosedyren åpner vi for at sjekklister kan tilpasses slik at den er relevant. Her på Kvinneklubben har vi tilpasset sjekklister som skal brukes ved hastesection – hastekeisersnitt – og dette har ført til at bruk av sjekklister ved dette inngrepet har økt fra 40 prosent til 90 prosent.

Sjekklister er en fast rekke med spørsmål som skal gjennomgås før, under og etter operasjonen.

Før operasjonen er det enten anestesisykepleier eller operasjonssykepleier som har ansvaret for



**«Det er jo et poeng å unngå at det er operasjonssykepleieren som står der og opererer»**

Sissel Ulvang, operasjonssykepleier

komplikasjoner ved kirurgi. Pasientsikkerhetskampanjen i Norge har bruk av sjekklister som ett av hovedpunktene for å øke pasientsikkerheten, med henvisning til internasjonale studier.

St. Olavs Hospital tok i bruk sjekkliste for trygg kirurgi allerede i 2011. Men det er likevel bare få uker siden de fikk en prosedyre på plass, som sier tydelig hva, hvor og når den skal gjennomgås.

Vi har derfor bestemt oss for at sjekklister skal brukes ved alle operasjoner hvor det opprettes operasjonsprotokoll i OpPlan, som er vårt styringsverktøy, sier Tappert. Dette er også i tråd med holdningen til styringsgruppen i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen.

Hvilke spørsmål som skal med, har også vært et hett diskusjonstema. Selv om prosedyren nå er på plass, er den ikke



**KLAR!** Operasjonssykepleier Sissel Ulvang går gjennom sjekkliste før et inngrep på stue 7 på gynekologisk operasjonsavdeling ved St. Olavs Hospital.



**KONSENTRERT:** Overlege og operatør Ingrid Marie Ringen i dyp konsentrasjon under en laprotomi.

å gå gjennom lista. Første spørsmål skal bekrefte at det er riktig pasient som ligger på bordet. Videre skal man blant annet forsikre seg om at stedet som skal opereres er avmerket, og at anestesisjekk er utført og medikamenter kontrollert.

#### Mange aktører

Rett før operasjonsstart tar man en såkalt «time out». Da skal alle ta en pause fra det de holder på med, mens lista blir gjennomgått. Hele teamet blir presentert med navn og funk-

er, operasjonssykepleier, jordmor, barnepleier, barnelege, intensivsykepleier.

Hun fortsetter:

– Og i enkelte tilfeller kan det være enda flere; radiolog, radiograf, kanskje må vi tilkalle urolog. Det kan være at far er til stede, studenter, både medisinstudenter og operasjonssykepleierstudenter. Ja, og kanskje kommer det trillinger. Dette er ytterpunktene, selvsagt, men av og til er det mange inne på stuen. Og det er jo et poeng å unngå at det er operasjonssykepleieren som står der og opererer, sier hun

#### Kommer i mål

Teamene som opererer varierer, også denne formiddagen. En ekstra hasteinnkalt operatør her, en ny sykepleier der, og et par sterilt kledde unge mennesker som går fra stue til stue og ser på. De er studenter.

Inne på stue 7 er det som var planlagt som en lapraskopi blitt gjort om til en laprotomi. Det er sammenvoksninger mellom organer i buken til pasienten. Sissel Ulvang har overtatt plassen etter en annen operasjonssykepleier, som i sin tur fortsetter inne på en annen stue. Nytt kirurgisk utstyr behøves. Operatøren får assistanse fra en annen overlege. Etter en intens arbeidsøkt med full konsentrasjon kommer teamet i mål.

De har kommet til siste del av sjekklisen. Sissel Ulvang leser opp;

«Hvilke inngrep er gjennomført?», og «Har det vært uønskede hendelser eller problemer med utstyret som det skal varsles om?». En etter en svarer operatør, operasjonssykepleier, anesthesi. Ingen avvik avdekkes under denne delen av gjennomgangen. Men da vet de i alle fall det. ■■

## «Folk må oppleve at sjekklista er relevant for arbeidet.»

*Svanaug Hollingen, ass. avdelingssykepleier*

sjon. Med munnbind ser de fleste veldig like ut.

Presentasjon gjøres hovedsaklig før første inngrep, og når det kommer nye inn til operasjonsteamet, forteller operasjonssykepleier Sissel Ulvang.

– Under enkelte inngrep, for eksempel hastekeisersnitt, kan det være mange i rommet. Hun ramser opp:

– Lege, anestesilege, anestesisykeplei-

er, med en liten latter, før hun sier med alvor:

– Sjekklista har absolutt en hensikt. For pasienten først og fremst. For flyten på arbeidet til alle i teamet har den også noe å si. Det er veldig greit å måtte tenke gjennom om alt utstyret er på plass, for eksempel, så slipper vi å måtte ut og hente inn en ekstra maskin under inngrepet.

aknbh@sykepleien.no



# Huskelappen

Dette er sjekklista for trygg kirurgi ved St Olavs hospital:



## Forberedelse

*før innledning av anestesi*

### Har pasienten bekreftet?

- Identitet
- Operasjonsfelt
- Type inngrep
- Metall i kroppen

### Er operasjonsfeltet merket?

- Ja
- Ikke aktuelt

### Er nødvendig pasientinformasjon og billedinformasjon tilgjengelig?

- Ja

### Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert?

- Ja

### Preoperativ hårklipp korrekt utført?

- Ja
- Nei
- Ikke aktuelt

### Har pasienten kjent allergi?

- Ja
- Nei

### Vanskelig luftvei/risiko for aspirasjon?

- Ja, og utstyr/assistanse er tilgjengelig
- Nei

### Risiko for >500 ml blodtap? (>7ml/kg hos barn)

- Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig
- Nei

### For pasienter med diabetes:

- Er blodsukkeret innenfor normalområdet?

### Risiko for hypotermi?

- Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt
- Nei



## Time out

*før operasjonsstart*

### Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?

- Ja

### Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:

- Hva er pasientens navn?
- Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side?
- Er pasienten i rett leie?

### Gjennomgang av potensielle risikofylte hendelser:

#### Kirurg:

- Hva er forventet blodtap?
- Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til?
- Er det behov for ekstra utstyr eller ekstra undersøkelser?
- Hva er forventet varighet av operasjonen?

#### Anestislege og anestesisykepleier:

- Hva er pasientens ASA-klassifisering?
- Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?

#### Operasjonssykepleier:

- Er steriliteten på instrumentene bekreftet?
- Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?

### Infeksjonsforebyggende tiltak:

- Er antibiotikaproylaksen gitt i henhold til prosedyre og normalt i løpet av de siste 60 minuttene?
- Ja
- Nei
- Ikke aktuelt

### Er tromboseprofylakse forordnet?

- Ja
- Nei
- Ikke aktuelt



## Avslutning

*før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet*

### Teamet gjennomgår muntlig:

- Hvilke inngrep er gjennomført?
- Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker/tupfer, nåler og annet utstyr?
- Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium?
- Har det vært uønskede hendelser eller problemer med utstyret det skal varsles om?
- Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten.

### Lokale tillegg/spesielle tillegg for enheten:

#### Trygg kirurgi

- › Sjekklisten for trygg kirurgi ble lansert globalt av Verdens helseorganisasjon i 2008.
- › I tillegg til å redusere dødelighet og komplikasjon ved operasjoner, kan riktig bruk av sjekklisten også bedre kommunikasjonen og samarbeidet på operasjonsstuen.
- › Ifølge prosedyren ved St. Olavs hospital kan en overfladisk gjennomgang av sjekklisten virke mot sin hensikt. Derfor er det viktig at gjennomgangen skjer systematisk og hensiktsmessig.

## Å pludre med robotselen Selma kan gi Ingrid, Gerd og Sverre bedre helse.

Tekst Hanne Borgen Vassnes Foto Erik M. Sundt

# Kos får sansene på gli

## Fakta

► Forskningsprosjektet «Dyreassisterte- og robotassisterte intervensjoner som helsefremmende tiltak for eldre personer med demens» ledes av professor Camilla Ihlebæk ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Det er et samarbeidsprosjekt med Antrozoo-logisenteret i Ås, Nøtterøy kommune, Utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem i Vestfold og Høyskolen i Vestfold.

► Prosjektet er finansiert av Oslofjordfondet og Regionale Forskningsfond Hovedstaden. Etolog og stipendiat Christine Olsen jobber sammen med stipendiat Nina Jøranson med gjennomføring av prosjektet.



**ER DU VIRKELIG?:** Sverre er en av de som er frisk nok til å forstå at Selma ikke er en ekte sel. Likevel vil han likevel både pludre og kose med henne.

**J**a da ja da, du er så fin atte. Ja da ja da.

Robotselen Selma får kos og koseprat på sykehjemmet Kamfjordhjemmet i Sandefjord. Fem beboere sitter i ring, og den hvite, pusete selen går fra fang til fang.

Nå er det Gerd sin tur. Hun klapper robotdyret kjærlig over ryggen, legger ansiktet helt inntil hodet til selen og snakker til den med myk og rolig stemme. Selen svarer med å lage tilfredse pipelyder tilbake og «logrer» med selrompa.

Etter en liten stund får sidemannen overta, en skøyeraktig herremann som kaller seg selv kong Sverre. Han er av dem som godt forstår at selen ikke er levende. Ikke alle gjør det. Deltakerne i forskningsprosjektet har demens i varierende grad, de fleste har Alzheimer. De har truffet robotseler av denne typen flere ganger før, men for de fleste av dem oppleves møtet med selen likevel nytt for hver gang. Det er tydelig at de setter pris på å være sammen med selen.

– Vi ser på dem at de både blir i bedre humør og mer sosiale av å være til stede på disse samlingene. De får klarere tale, og det de sier har mer mening, forteller geriatrisk sykepleier Bente Hildre.

Hun leder seansene med selen sammen med to andre pleiere på Kamfjordhjemmet.

### Systematisk kos

Forskerne ønsker å se om dyreassisterte og robotassisterte intervensjoner kan ha en helsefremmende effekt på eldre personer med demens.

To halvtimer i uka i seks uker har pleierne ved Kamfjordhjemmet gjennomført systematiske «kosestunder» med robotselen Selma med en gruppe på fem deltakere. De skal holde på i tolv uker. Til sammen deltar cirka 250 brukere fra sykehjem og dagsentra i Østfold, Vestfold og Akershus. Alle er over 65 år og har demensdiagnose eller kognitiv svikt. Deltakerne trekkes ut til enten å delta i aktivitet med robotsel eller hund, mens den siste gruppa blir kontrollgruppe og fortsetter med de aktivitetene de vanligvis har tilbud om der de bor. Alle pleierne som leder gruppeaktivitetene er erfarne pleiere og følger samme mal for gjennomføring. Forskningsprosjektet skal ikke se etter forskjeller mellom intervensjonstypene hund eller robotsel, men mellom intervensjonsgrupper og kontrollgrupper.

– Et levende dyr, eller en slik robot, fungerer som et medium som gjør det lettere å få i gang samtaler med den som er sammen med dyret. Hunden eller roboten stiller ikke krav til deg ved å stille vanskelige spørsmål, slik mennesker kan gjøre. Den gir uforbeholden respons, forklarer Nina Jøranson, sykepleier og stipendiat ved Universitetet for miljø- og biovitenskap i Ås. Jøranson og etolog og stipendiat Christine Olsen er de ansvarlige for gjennomføringen av prosjektet.

### Gode erfaringer

Dyreassistert omsorg praktiseres allerede flere steder, med gode erfaringer, ifølge Nina Jøranson. Flere studier beskriver at samvær med dyr, og med

robotsel, kan redusere symptomer på blant annet agitert atferd og depresjon hos personer med demens. Samværet øker også kommunikasjonen og generelt velvære. Slike selroboter er i bruk i eldreomsorgen blant annet i Danmark.

– Vi er de første som bruker den systematisk og i et forskningsprosjekt i Norge, forteller Jøranson.

### Japaner

Robotselen er utviklet i Japan og ble egentlig laget for eldre mennesker som ikke kunne komme seg ut og bodde slik at de ikke kunne ha kjæledyr. Etter at de ble tatt i bruk, ble man oppmerksom på hvilken effekt den hadde på de eldre. Særlig viste det seg at samvær med slik robot var nyttig for demensrammete. Det finnes liknende roboter både av katt og hund.

– Grunnen til at vi valgte å bruke en sel, er at det er få som assosierer noe med seler. Hadde vi for eksempel valgt en robotkatt, tror vi det ville være lettere å reagere på at den ikke var levende, forklarer Nina Jøranson.

Den halvmeter lange selen ser ut som et stort kosedyr. Men rett under den hvite pusete pelsen finnes sensorer som gjør at den reagerer på berøring. Inni er den programmert til å respondere på stimuli den får fra dem den er sammen med. Den reagerer både på å bli snakket til og på berøring. Den svarer ved å bevege seg. Lydene den lager er opptak fra ekte selunger.

### Får noe å prate om

Før prosjektet startet ble alle



**GIR OMSORG:** Robotselen Selma gir beboerne på Kamfjordhjemmet mulighet til å gi omsorg. Som vanlig er det de som får omsorg. Selen vekker til live gamle minner for Ingrid. Hun synger vers av barnesanger få husker i dag.





**«Noen av de som til vanlig er veldig stille, begynner å snakke.»**

*Bente Hildre, geriatrisk sykepleier*

deltakernes funksjonsnivå testet. Aktivitetsnivå og søvnmønsteret ble målt med en aktivitetsmåler (Aktigraf), som deltakerne hadde festet til håndleddet i en uke. I tillegg ble symptomer på depresjon, uro og tendenser til aggressiv atferd vurdert av pleierne. Informasjon om faste medisiner ble også samlet inn. Tegn på

generell livskvalitet, som interesse, smil, prat og sosial omgang ble vurdert. Disse målingene blir gjennomført før, halvveis i prosjektperioden og etter at intervensjonene er gjennomført.

– Nei, kom du til meg da. Det var hyggelig, sier Sverre, som har Selma på fanget.

Han klapper og kjæler med den hvite



**POPULÆR ROBOT:** Robotselen Selma går fra fang til fang i løpet av halvtimen seansen varer. Den pusete bylten får både Lillian og Ernst til å begynne å skravle. Sverre, Gerd og Ingrid deltar i samtalen mens de venter på tur. Det er slike virkninger forskerne fra UMB ønsker å dokumentere i sitt forskningsprosjekt.

pelsbunten. Selma åpner og lukker øynene og gir fra seg rolige koselyder. De andre i ringen ser på mens han småprater med roboten.

– Du har vel sett seler, Ernst, du som har vært hvalfanger?

Bente Hildre forsøker å få i gang en samtale i gruppen om et tema hun vet mange av dem kan assosiere seg med.

Ernsts øyne lyser opp. Han har sett både seler og hvaler, og ramser opp fjerntliggende land og farvann han har vært innom i løpet av sine år om bord på en av Sandefjords mange hvalfangstskuter. Han retter seg opp og lener seg fram mot de andre. Han forteller om skip som sank og tunge skift.

– Det var vel et hardt liv, kan jeg

tenke meg. Hvordan var det for kvinnene da, Gerd?

– Ja, de var jo hjemme alene de vet du, svarer Gerd.

Hun forstår hva de snakker om, og kan også huske tilbake.

På den andre siden av sirkelen begynner to av damene å snakke litt seg imellom, mens selen Selma igjen bytter fang.

– Allerede fra første økten så jeg hvordan noen av deltakerne ble mer oppmerksomme og fokusert. Noen av dem som til vanlig er veldig stille, begynner å snakke både til selen, men også til oss og til de andre deltakerne. Vi skulle gjerne brukt selen her hele tiden, ikke bare to halvtimer i uka, sier Bente Hildre.

#### Få gi omsorg

– Sov dukke Lise, sov og bli stor.

Ingrid har fått Selma på fanget og vugger fra side til side og synger. Stemmen er uklar, men vi kan likevel høre at gamle sangvers dukker fram i hodet på Ingrid. Selen kurrer og lukker øynene. Halvtimen er over. En av deltakerne har

**«Her er det de som får gi omsorg. Det er bra for alle mennesker.»** *Nina Jøranson, sykepleier og stipendiat*



reist seg og gått, mens de andre ikke viser tegn på å forlate selen. De følger alle med på Ingrid som bysser roboten som om hun forsøker å få et barn til å sove.

– En viktig effekt med samvær med selroboten er også at pasienten får anledning til å gi omsorg. Dette er mennesker som er avhengig av andres omsorg. Her er det de som får gi. Det er bra for alle mennesker, sier Nina Jøranson.

Forskerne regner med å være ferdig med prosjektet i 2015. Klarer de å dokumentere at samvær med dyr, og med robotsel, har en helseeffekt, kan flere kanskje få mer tid med Selma. ■■■

Se filmen om Selma her (scan koden med smarttelefon):



Sykepleierne på ortopedisk vet hvordan de skal gi studentene en god periode.

Tekst og foto Ingrid Kvitrud



# Godt møte med praksis

«Betryggen-  
de å høre at  
vi aldri skal  
gå alene.»

Oda O. Østenengen, student

Enden av en halvsirkel sitter sykepleier Elin Thobru og fagsykepleier Janne Moen. De skuer utover tretten tredje-semesterissykepleierstudenter. Studentene står alle overfor sitt første møte med å jobbe på sykehus: De skal i praksis.

Studentene er stille mens Thobru og Moen ønsker velkommen. Ermer brettes gjentatte ganger, pappkoppen klemmes på og skjerv dras opp foran munnen.

– Da tenker jeg vi tar en presentasjonsrunde hvor alle sier navnet sitt og hvor de har hatt praksis før, sier Thobru mens hun slår hendene sammen med strålende øyne.

Etter runden med stikkord, tar Thobru en ekstra repetisjon for å se

om hun husker navnene: «Charlotte, Annicka, Line, Nora ...». Thobru tar alle tretten uten feil.

Studentene sperrer opp øynene, ser forsiktig på sidemannen, og smiler. Både Thobru og resten av avdelingen legger vekt på at studentene skal føle seg velkomne i praksisen.

## Følelsene kommer nesten opp

Det er første dag i praksis på ortopedisk sengepost på Elverum sykehus Innlandet. Oda Oppegård Østenengen (20) og venninnen Susanne Enget (22) er to av studentene som skal tilbringe de neste åtte ukene her. De var begge spente og nervøse da de stod opp denne morgenen.

– Jeg gikk hit i dag, og da jeg så sykehuset komme til syne, ble jeg kvalm av nervøsitet, sier Østenengen.

– Vi har jo vært i praksis på sykehjem før, og da var jeg ikke nervøs første dag. Men det er så mye mer ansvar på et sykehus, sier Enget til nikk fra venninnen.

Thobru og Moen er klar over at studentene ofte gruer seg.

– Studentene skal ikke grue seg til å komme på jobb. De må føle seg trygge, fordi man må være trygg for å kunne lære. Og vi vil jo at de skal lære så mye som mulig. Da må vi være imøtekommende og vise vanlig folkeskikk og respekt, forteller Thobru.

Inne på de ansattes toalett henger et A4-ark. Her er det uthevet i rødt sju «kollegiale tips». Det kan være greit å bli minnet på hva som gjør arbeidsmiljøet godt.

## Introdager og hovedveileder

På avdelingen har de gjennom flere år jobbet med å utvikle et godt opplegg for praksisstudenter. Noe av det som gjør opplegget spesielt, er to introdager i starten av praksisen. En slik dag er Østenengen og Enget med på i dag. På disse introdagene skal studentene få masse informasjon. Hovedformålet er likevel ikke bare å informere, men nettopp å få tatt studentene godt imot.

– Vi har hatt introdager i seks-sju år. Vi fant tidlig ut at vi måtte samle dem for at de skal vite at vi bryr oss om at de skal få en bra praksis, sier fagsykepleier Moen.

Det andre spesielle avdelingen gjør, er å ha en hovedveileder som er frikjøpt fra turnus til å jobbe med studentene. Sykepleier Thobru fyller denne rollen. Hovedveilederens funksjon er å sikre at alle studentene kan det som kreves av dem: Hun skal være med på veiledninger med lærer fra høyskolen, evalueringer og minimum en dag i stell med hver student.

Hovedveileder Thobru forteller gjentatte ganger studentene at hvis de ikke får nok oppfølging, er det bare å komme til henne.

– Å ha introdager og hovedveileder som er frikjøpt fra turnus er noe vi tror alle praksissteder bør ha. Det gir studentene det de trenger: Trygghet og oppfølging, oppsummerer Thobru.

## Forberedelser kan formidle mye

Thobru og Moen har gitt muntlige beskjeder om hva de forventer av studentene. Nå skal mye av det samme



**SPENNENDE:** Østenengen og Enget sjekker fram og tilbake på turnusen sin.



**MYE Å SE:** Ingen av studentene er kjent på sykehuset, så hovedveileder Elin Thobru viser vei. Tretten nervøse studenter har første dag i praksis på ortopedisk avdeling.

leveres ut skriftlig: Sikkerhets- og taushetserklæring, døgnrytme, tegninger av skjelettet og liste med nyttige uttrykk. Bunken med papir vokser i hendene på studentene. Et av arkene får likevel mer oppmerksomhet enn de andre, og det er ikke på grunn av de spreke fargene.

– Forstår dere når dere skal jobbe ut ifra turnusen? spør Thobru.

Hun får ingen svar til å begynne med. Alle er opptatt med å føre fingrene fram og tilbake langs raden hvor navnene deres står.

Thobru har lagt ned mangfoldige timer i å sette opp turnusen og få lagt inn fargene.

– Det tar mye tid å få kopiert alle papirer vi skal dele ut, finne garderobes, ordne bruker til dem på datasystemet, og bestille id-kort med bilde, sier Moen som har hjulpet Thobru med forberedelsene.

Det er blitt matpause og studentvenninnene Østenengen og Enget ler og sier at de nå er blitt husvarme. Nervene er borte.

– Jeg merker at de er godt forberedt. Når vi sitter og snakker så lenge får vi

et forhold til dem. De er hyggelige, omsorgsfulle og virker ivrige. Det smitter over, sier Østenengen.

– Jeg gleder meg til å begynne, sier Enget nesten i en overlappende setning.

Moen og Thobru har tidligere lest i Sykepleien at mange studenter opplever at praksisstedet ikke alltid er like godt forberedt.

– At vi er forberedt viser studentene noe så enkelt som at vi vet at de kommer, sier Moen.

#### Holder kvalitet hellig

– Man skal ikke bruke mobil på jobb. Man skal rett og slett ikke ha den i lomma, sier Moen etter pausen.

– Dere får heller ikke bruke noen smykker, parfyme eller snus, følger Thobru opp.

– Nå er vi skikkelige strenge med dere, ikke sant? sier Moen spøkefullt mens hun lener seg mot halvsirkelen av studenter.

Listen er lang over hva studentene må forholde seg til på avdelingen. Men hovedveileder Thobru og fagsykepleier Moen mener det er viktig at studentene

får vite hva som kreves av dem på forhånd.

– Når studentene er ferdige her må de ha en standard vi kan forsvare. Da er det greit at de vet hva vi forventer, slik at det ikke blir vanskelig å begrunne det om noen ikke får godkjent praksisen, sier Thobru.

Studentene Østenengen og Enget forteller at de har hørt at de er strenge i praksisen på ortopedisk, og at folk har strøket.

– Jeg blir ikke skremt av at de er strenge. Da føler jeg at de er seriøse, sier Østenengen.

#### Selvstendige, men ikke alene

Studentene skal hver dag ha følge med en sykepleier eller en hjelpepleier som skal være daglig veileder. Daglig veileder skal gi tilbakemeldinger til studenten og til hovedveileder Thobru. Slik kan hovedveileder hele tiden forsikre seg om at ingen glipper, og studenten få vite hva som er bra og hva han eller hun bør jobbe mer med.

– Dere skal utføre prosedyrer og dokumentere med en gang. Dere kan ikke

**«Studentene skal ikke grue seg til å komme på jobb.»**

*Elin Thobru, hovedveileder*





**DELER:** Enget og Østenengen skal ha samme skap i ukene som kommer.

bare stå og se på, sier Moen.

Det er nesten som om studentene krymper seg.

– Men dere skal aldri utføre prosedyrer eller dele ut medisiner uten at en sykepleier er der og veileder dere under utførelsen, sier Moen alvorlig.

– Det var betryggende å høre at vi aldri skal gå alene, sier Oda Østenengen på utpust.

Venninnen Susanne Enget opplevde i sin forrige praksis å måtte gå mye alene, med dårlig veiledning og oppfølging.

– Vi studenter tok ofte alt stellet på sykehjemmet alene mens veilederen og de andre sykepleierne gjerne tok seg en lang røykpause. Da var det ingen vi kunne spørre om det var noe vi lurte på. Det irriterte oss at de aldri kom og så på hva vi gjorde, eller for å høre om det gikk bra, forteller Enget.

– Vi slår hardt ned på det om vi ser at studentene brukes som gratis arbeidskraft. Det er de ikke, de er her for å lære, sier fagsykepleieren og hovedveilederen seg enig om.

## «Dere kan ikke bare stå og se på.»

Janne Moen, fagsykepleier



**GOD STEMNING:** Det skorter ikke på smil og latter når Moen og Thobru gir informasjon.

### Framtidens sykepleiere

Lisa Bergavatn Ekseth har akkurat blitt ferdig med åtte uker praksis på avdelingen. Hun er svært fornøyd og sier at hun har lært og fått vært med på masse. Ekseth bekrefter på telefonen at det ikke var noe å si på arbeidsmiljøet: Hun ble tatt godt imot og hovedveileder hadde god oversikt. Daglig veilederes tilbakemeldinger satt hun pris på, også nå i ettertid.

– Jeg ble nesten overveldet av positive tilbakemeldinger. Men jeg ville gjerne

hatt litt mer konstruktiv kritikk, og det tror jeg mange er enig med meg i, sier Ekseth.

Thobru og Moen forteller at de stadig jobber med å forbedre opplegget. Etter alle praksisperioder evaluerer de og studentene hele perioden sammen. De vil gjerne fortsette å forme framtidens sykepleiere.

– Vi vil jo at de skal bli gode, for en dag skal de kanskje pleie oss. ■■■

ingrid.kvitrud@sykepleien.no

**Hjem til jul?**

**AVIS**  
We try harder.

Husk å bestille leiebilen din hos Avis og få **25% rabatt**. Vær tidlig ute med bestillingen, det lønner seg. Vi har biler i alle størrelser og du finner oss over hele Norge. Les mer om avtalen på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

**Behandling / forebygging av ligge- og trykksår**

**Wima-labben**  
Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår  
Bedrer mulighetene for sårleging  
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende

**Wima produkter**

Les mer om Wima-labben på vår nettside: [www.wima.no](http://www.wima.no)

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy





NSF MasterCard  
– et produkt fra DNB Bank ASA

## Mange fordeler i ett og samme kort

Er du lei av at lommeboka flommer over av kort? Nå har du mulighet til å skaffe deg NSF MasterCard som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparingrente fra første krone.

### NSF MasterCard - et trygt og solid kredittkort

Uansett hva og hvor du betaler, er kredittkort et sikkert betalingsmiddel. Du belaster ikke din egen konto, men får en månedlig faktura på alle kjøp du har foretatt med kortet. Ser du noe som ikke stemmer, tar du kontakt med Kundeservice. Betaler du alt på forfallsdato, påløper verken renter eller administrasjonsgebyr.

### God sparingrente fra første krone

Alle som har NSF MasterCard kan opprette en tilleggskonto for sparing til p.t. 2,8 % sparingrente fra første krone. Det er ingen begrensning i antall uttak.

### Søk med BankID og få svar med en gang

Gå inn på [www.nsfmastercard.no](http://www.nsfmastercard.no) og søk med BankID utstedt av hvilken som helst norsk bank. Du får svar umiddelbart. Kortet kommer i posten om noen dager.

## Mange fordeler i ett og samme kort

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varsling av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av transportkostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med din BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparingrente fra første krone.

## Nina Strand

Alder: 64 år

Yrke: Pasientvert, pensjonert sykepleier med spesialutdanning innen diabetes

Arbeidssted: Sykehuset Levanger i Nord-Trøndelag

## Alltid beredt

Jeg synes det er greit å sette av tid til frivillig arbeid når jeg er pensjonist.

Fortalt til Eivor Hofstad Foto Lena Knutli

**P**asientvertene eller poliklinikkvertene som vi også kalles, står klar i mottakelsen når pasienter og besøkende kommer inn på sykehuset. Vi er alltid to stykker og hjelper de som kommer med å finne fram. Er det noen som har betydelige gangvansker eller gir uttrykk for at de ser dårlig, kan vi tilby å støtte dem eller kjøre dem i rullestol. Vi viser hvordan kølappsystemet fungerer og slår av en prat for dem som ønsker det. De ansatte kan ringe oss på mobiltelefoner når de trenger hjelp til å følge pasienter et sted.

Pasientvertene skaper trivsel og hygge og er imøtekommande. Blir jeg provosert, kan jeg ikke vise det. Men det går helt fint, for det er alt sammen ting jeg har med meg fra sykepleieryrket.

En gang jeg fulgte en pasient i rullestol inn på do, sa hun: «Skulle tro du var sykepleier!» Det var kanskje måten jeg beroliget henne på, som avslørte meg. Jeg holdt henne og sa at «dette er ikke farlig, jeg støtter deg.»

Tidligere har jeg vært røntgensykepleier ved sykehuset her, så jeg kjenner gangene godt. I 11-tiden kjører vi ut traller med kaffe, te, saft og kjeks til de ulike poliklinikkene. Det går med tre store kanner med kaffe på en dag.

Vi jobber fra klokka 09:00 til 13:00 og har to stoler i mottakelsen vi sitter på når det er rolig. Det varierer hvor mange jeg hjelper rundt hver gang. Det kan være fra fem til 20 stykker. Selv er jeg her bare annenhver torsdag siden jeg bor tre mil unna, men de fleste er her en dag i uka.

Det er et veldig koselig og artig arbeid. Når jeg kommer hjem etter en dag på sykehuset er jeg ikke sliten som jeg kunne være da jeg jobba som sykepleier. Nå kan jeg si til mannen min: «Det har vært så trivelig i dag!», men jeg kan ikke si hvem jeg har truffet eller hva som har skjedd, for jeg har taushetsplikt.

Pasientverter er et servicetiltak sykehuset har hatt i 15–20 år. Vi får ingen lønn, men kan blande oss en salat til lunsj og få middag hvis vi ønsker. Dessuten får vi være med på sosiale tiltak som turer og konsert, mot at vi betaler en liten slant av egen lomme. Det eneste jeg kunne ønsket annerledes er uniformsjakkene våre. De kunne godt hatt en friskere farge.

Da jeg gikk av med særaldersgrense for sykepleiere, hadde jeg lyst å finne på noe. Jeg synes det er greit å sette av tid til frivillig arbeid. Jeg har også meldt meg inn i Røde Kors og har blitt «bestemor» til to fra Sudan, i tillegg til de jeg har fra før som bor i Oslo. Dessuten har jeg en 10 prosents stilling i kommunen der jeg setter reisevaksiner. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:  
Samarbeid for  
bedre praksis. Side 52

FAGARTIKKEL:  
Hjertesvikt krever tidlig  
intervensjon. Side 68

FORSKNINGSNYHET:  
Profesjonsetiske  
utfordringer. Side 56

Kritisk  
om Samhand-  
lingsreformen.  
**Se bokan-  
meldelser**  
side 66

Sykepleien

# Fag

bøker  
& kultur



FORFATTERINTERVJUET:  
«Det gjør meg rasende  
at vi har vært så lenge  
i Afghanistan uten å  
bygge opp samfunnet.»

Side 64

**ULIKT OM SAMARBEID:** Deltakerne i ope-  
rasjonsteamet opplever samarbeidet innad  
i teamet forskjellig. Arkivfoto: Stig Weston

Side  
**58**



Side  
**72**

«Det er viktig at man har et reflektert forhold  
til hva man bruker telefonen til.» **BERIT DAAE HUSTAD**



## FAG

# Sykepleierutdanning

**Kirsten Vistnes**, høyskolelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for helse, ernæring og ledelse

**Kathrine Lindgaard Ask**, fagutviklings- sykepleier, medisinsk divisjon, Ahus

**Hilde Kristin Byklum**, fagutviklings- sykepleier, kirurgisk divisjon, Ahus

**Vivi Graff av Øhr**, praksiskoordinator, Høgskolen i Oslo og Akershus

# Samarbeid gir god praksis

Et godt samarbeid mellom høyskole og praksissted er viktig for å utdanne funksjonsdyktige sykepleiere.

**A**kershus universitetssykehus (Ahus) tar årlig imot cirka 440 sykepleiestudenter i praksis, om lag 300 av disse er i kirurgisk og medisinsk divisjon. Behovet for praksisplasser er økende. Sykehus og høyskole har ulike roller og skal bidra forskjellig når det gjelder undervisning og veiledning av studenter, og bør ha felles mål om å gjøre sykepleierutdanningen best mulig.

Bachelorutdanning i sykepleie innebærer cirka 50 uker praksis. Dette utgjør cirka halvparten av den treårige utdanningen. Rammeplan for sykepleierutdanningen stiller detaljerte krav i forhold til både innhold og lengde av de ulike praksisperiodene. Utdanningene og praksisstedene må legges til rette slik at den enkelte praksisperioden blir meningsfull for studentene. Utdanningen skal gi studentene handlingskompetanse og handlingsberedskap innenfor mange områder. Vi erfarer at studentene mener at den delen av utdanningen som foregår i praksisfeltet er den viktigste.

En studie av læringsbarrierer for sykepleiestudenter i klinisk praksis, viser at mange studenter opplever at manglende systematisk opplegg for læring på avdelingene er en stor barriere (1). Dette bekrefter inntrykket fra hverdagen i medisinsk og kirurgisk divisjon på Ahus. Fagutviklings- sykepleiere og ledere ser at dagens opplegg for studentene bør samordnes bedre og at innholdet kan forbedres.

## Samarbeidsprosjekt

Ved Universitetssykehuset i Akershus ble det høsten 2011 iverksatt to prosjekter i samarbeid med daværende Høgskolen i Akershus, ett i medisinsk divisjon og ett i kirurgisk divisjon. Prosjektene ble iverksatt ved hjelp av høyskolens samarbeidsmidler.

Hensikten med disse to prosjektene var å bidra til bedre kvalitet og organisering av praksisstudiene, samt å se på hvordan man kan legge til rette for å øke antall praksisplasser i framtiden. Prosjektet på medisinsk divisjon har sett på organisering og oppfølging av studenter i praksis. Prosjektet på kirurgisk divisjon har sett på forberedelse til og mottak av studenter i praksis.

For å sikre god planlegging av og kontroll på begge prosjektene ble det satt ned en felles styringsgruppe, ledet av assisterende direktør ved kirurgisk divisjon. I styringsgruppa satt også en representant for høyskolen og for kirurgisk og medisinsk divisjon. De to prosjektene hadde hver sin prosjektgruppe ledet av hver sin prosjektleder, som er fagutviklings- sykepleiere i hver sin divisjon. I prosjektgruppene satt det sykepleiere fra praksis og representanter fra høyskolen. Prosjektene hadde en referansegruppe med ressurspersoner fra sykehuset, høyskolen og studenter.

## Organisering av praksis

En vanlig organiseringsmodell er at hver student skal forholde seg til en kontaktsykepleier i hver praksisperiode. Dette er et system med både fordeler og ulemper. En ulempe er at det begrenser antallet studenter praksisstedet vil ta imot. En annen ulempe er at studentene får se lite til hverandre fordi de ofte går i ulike vakter. Modellen har klare fordeler hvis student og sykepleier har en god kontakt og sykepleieren har interesse for veiledning og er en god rollemodell (2).

En annen modell er at en større gruppe studenter veiledes av en gruppe sykepleiere. Dette gir studentene mulighet for å støtte og lære av hverandre gjennom praksisperioden. Fungerer studentene bra kan de etter hvert få flere sykepleieoppgaver, og fungere nesten som sykepleiere med en god støtte i bakhånd mot slutten av studiet (3).

## Fremmer læring

Fra læringspsykologien og stressteorier vet vi mye om hva som hemmer og fremmer læring (4). Faktorer som hemmer læring kan for eksempel være engstelse, opplevelsen av å ikke bli sett, mangel på kontroll, stress og andre former for mistrivsel og utrygghet. Faktorer som fremmer læring kan være trygghet, mestring, kontroll og motivasjon (5). Jensen skriver i sin avhandling om verdien av studenters fellesskap. Hun har studert deltidsstudenters utvikling av læring og identitet i praksisfellesskapet. Kunnskapsproduksjonen skjer ved at de ulike deltakerne deltar med ulike bidrag som sammen danner en forståelse av helheten (6).

## Ulike modeller

På Høgskolen i Buskerud har det vært gjennomført prosjekter med studentdrevet post (6), og på

## Hovedbudskap

Artikkelen viser at både forberedelse til og samarbeidet i praksisperioden mellom praksis, høyskole og student er avgjørende for å legge til rette for god kvalitet og læring i studentenes praksisperiode.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Praksisstudie » Utdanning » Veiledning



**ULIKE MODELLER:** Den vanligste organiseringsmodellen for studenter i praksis er at hver student skal forholde seg til en kontaktsykepleier, men det finnes også andre modeller der studentene går i tospann eller team. Arkivfoto: Bo Mathiesen

Diakonhjemmets høgskole har det i flere år vært studentdrevet team på sykehuset (3). Alle prosjektene tar utgangspunkt i det å ha mange studenter på ett praksissted. Ved Høgskolen i Oslo og Akershus har det vært gjennomført ulike prosjekter med mange studenter på sykehjem (8), studentpost på sykehus (9) og prosjekt D04, der et helt kull fikk største del av utdanningen i praksis (10,11). I dette prosjektet ble begrepet fagteam innført, det vil si at studenter, sykepleiere og lærer møtes ukentlig til undervisning og veiledning.

Ved Høgskolen i Gjøvik ble en alternativ praksismodell presentert i 2003, hvor man hadde mange studenter på ett praksissted og vektla studentenes ansvar for egen læring (12). Denne modellen ble lansert som en alternativ praksismodell sammenliknet med den tradisjonelle kontaktsykepleiermodellen. Planen var å innføre modellen på flere av høyskolens praksissteder. En oppfølgingsartikkel sammenlikner de to modellene og presenterer en studie som beskriver midtveisvurderingen i den alternative praksismodellen (2).

Den såkalte tospannmodellen, der to og to stu-

denter går sammen i praksis, ble utprøvet ved Høgskolen i Buskerud (13). Også ved Høgskolen i Østfold bruker man tospannmodellen. På noen av praksisstedene er det flere tospann, slik at det blir en gruppe studenter. Høyskolen har også tverrfaglige tospann som er satt sammen av en sykepleiestudent og en vernepleiestudent.

#### Prosjekt medisinsk divisjon

Her var hensikten å beskrive arbeidsmetoder og formalisere samarbeidet om studentoppfølging mellom høyskole og sykehus. Ulike modeller for oppfølging av studenter og prosedyrer i tilknytning til disse ble beskrevet som verktøykasser.

Prosjektet startet med en kartlegging. Alle sengeområder ble bedt om å fylle ut et skjema med spørsmål om hvordan studentene ble organisert og fulgt opp. Ut fra dette har prosjektgruppa kommet frem til en beskrivelse av fire ulike veiledningsmodeller:

- ▶ En-til-en kontakt,
- ▶ To-til-en kontakt,
- ▶ Tospann
- ▶ Studenttett tun eller team.

#### Prosjekt kirurgisk divisjon

Ved kirurgisk divisjon var hensikten å gjøre studentene bedre forberedt til praksisperioden, og bedre selve mottaket av studentene. Alle de kirurgiske sengeområdene ble bedt om å presentere seg med pasientgruppe(r), diagnoser, prosedyrer

## «Vi vet at studentene lærer best når de får gjøre reelle sykepleieoppgaver.»

og rutiner. Man utarbeidet studenthefter med felles forventninger for alle sengeområdene. Dette materialet ble i neste omgang lagt ut på høyskolens læringsplattform (Fronter) slik at studentene fikk tilgang. På denne måten kunne studentene bli kjent med de ulike sengeområdene og forberede seg i forkant av praksis. Her ligger også kontaktinformasjon, slik at det er enkelt for studentene å finne navn og mailadresser til studentansvarlige ved sengeområdet. Sidene oppdateres minst en gang per år.



### Eksempel på verktøykasse:

Sjekkliste til bruk ved studenttett tun/team	Kryss av	Ansvar	Kommentar
Sett sammen en gruppe bestående av 3–5 sykepleiere	<input type="checkbox"/>	Fagutviklingssykepleier*	Disse bør ha tidligere erfaring med studenter
Send studentenes egenpresentasjon til gruppa	<input type="checkbox"/>	Fagutviklingssykepleier*	
Lag et program for veiledningsmøter (fagteam) med studenter, lærer og en eller flere sykepleiere fra gruppa	<input type="checkbox"/>	Lærer i samarbeid med fagutviklingssykepleier*	F. eks. hver torsdag, kl. 13–15. Obligatorisk for studentene (fanger opp både dag- og kveldsvakter). Legg inn både veiledning (ansvar: lærer) og undervisning fra sykepleiere (evt. fra student el. lærer)
Koordiner at sykepleiere fra gruppa kan være med på fagteammøtene	<input type="checkbox"/>	Fagutviklingssykepleier*	Koordinerer og har ansvar for fagteamprogram og vurdering
Turnuskriterier: Studentene skal dekke opp alle vakter. Det må lages turnus til antall studenter, med utgangspunkt i turnusene til sykepleierne i gruppa, eller bruke vedlagte mal	<input type="checkbox"/>	Fagutviklingssykepleier*	Vedlegg: eksempel på oppsett av studentturnus, åtte studenter i åtte uker
Studentene skriver ukelogg/refleksjonsnotat	<input type="checkbox"/>	Fagutviklingssykepleier*	Daglig eller ukentlig, kommenteres av sykepleier
Lag program for forventnings- og vurderingsmøter	<input type="checkbox"/>	Lærer i samarbeid med fagutviklingssykepleier*	Midtveisvurderingen skal alltid være individuell

\*Fagutviklingssykepleier eller den som har studentansvar ved sengeområdet

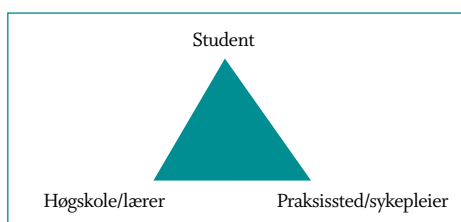
### Resultat

Prosjektet på medisinsk sengeområde har ført til en bevisstgjøring av hvilke forutsetninger som må være til stede når man velger modell for oppfølging av studenter. Verktøykassa som er laget er et nyttig hjelpemiddel til dette. Vi ser også at det enkelte sengeområdet må finne sin måte å organisere på, det må være en viss fleksibilitet rundt de ulike modellene. Alle sykepleiere på området må oppleve et eierskap til den valgte modellen, og ikke at en modell blir valgt av ledelsen uten å involvere de ansatte som skal ha den daglige kontakten med studentene.

Prosjektet i kirurgisk divisjon har sikret studentene gjennomarbeidet og lik informasjon, uavhengig av praksissted. Evaluering etter oppstart er udelte positiv, studentene har hatt stor nytte av informasjonen på Fronter og mener det gjør dem bedre forberedt før oppstart i praksis. Prosjektet blir nå innført også i medisinsk divisjon.

### Konklusjon

Studentens læring i praksis er kompleks og avhengig av mange faktorer. Disse faktorene viser seg i stor grad å være avhengig av hverandre og kan skisseres ved hjelp av en trekant:



Kristin Heggen betegner overgangen til høyskolesystemet som frihet fra å delta i sykepleierens oppgaver satt opp mot frihet til å delta i utøvelsen av sykepleie (14). Denne overgangen kom allerede da sykepleiestudentene gikk over til å bli høyskolestudenter med de rettigheter det innebærer. Samtidig vet vi at studentene lærer best når de får gjøre reelle sykepleieoppgaver. Dette blir en balansegang som både skole og praksis må være klar over, og lage klare avtaler om.

Disse prosjektene på Ahus har vist betydningen av et godt samarbeid mellom høyskole og praksisfelt. Vi har jobbet sammen og lært av hverandre. Praksisperiodene er ikke noe som overlates til praksisstedet, og teoriperiodene bør også inkludere sykepleiere fra praksis. Bare på den måten kan vi lykkes i å utdanne gode og funksjonsdyktige sykepleiere. ■■■

### REFERANSER

- Kjersheim MD. Learning Barriers in Clinical Nursing Practice. Hovedoppgave, UIO, 2005.
- Bjerkvold MP, Myhren AB, Hedelin B. Sykepleiestudenters erfaringer med midtveisvurdering i alternativ praksismodell. Norsk tidsskrift for sykepleierforskning, 2008; 10: 44–56.
- Wisløff EMS. Studentdrevet team som læringsarena. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole, 2006.
- Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984.
- Berntsen K, Bjørk IT. Nursing students' perceptions of the clinical learning environment in nursing homes. J Nurs Educ. 2010 Jan; 49(1): 17–22.
- Jensen KT. Å være student i en feltbasert utdanning. Avhandling til graden dr.polit. Universitetet i Oslo, 2006.
- Jensen U, Onshuus K. Studentdrevet post. Et samarbeidsprosjekt mellom Drammen kommune, omsorgstjenestene Strømsø og Høgskolen i Buskerud, avd. helsefag, 2003.
- Onstad RF. Økt ansvar og selvstendighet for sykepleiere i praksis på et bo- og behandlingssenter. FOU- rapport, Høgskolen i Akershus, Avdeling for sykepleierutdanning, 1997.
- Gulpinar S, Johnsen HN. Studentposten S4, tilrettelagging, gjennomføring og evaluering. Rapport, Høgskolen i Akershus, Avdeling for sykepleierutdanning, 2003.
- Sortland K. The Competence Reform in Nursing Education. I: Holmesland, Icara da Silva, Lundin, Judy Deanne (Eds). Formal and Informal Learning: Shall the Twain Ever Meet in Adult Education? Akershus: Forskningsserie, Høgskolen i Akershus, 2009: 67–99.
- Jerpseth H. Ny sykepleierutdanning, med arbeidsplassen som læringsarena. Høgskolen i Akershus, Avdeling for sykepleierutdanning, 2007.
- Bjerkvold MP, Myhren AB, Sørlie K (2003). Alternativ praksismodell: Et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset Innlandet, Gjøvik og Høgskolen i Gjøvik, avd. helsefag. Tidsskriftet Sykepleien 2003; 17: 39–42.
- Slettebø Å, Bryn V, Hovdsveen R, Veitsle K, Syvertsen A. Hjemmesykepleien: Praksisstudier i tospann. Sykepleien forskning 2009; 1: 44–50.
- Heggen K. Sykehuset som "klasserom". Praksislæring i profesjonsutdanningene. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

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

## Botulisme blant sprøytenarkomane

**Personer som har injisert** heroin i Oslo-området og Vestfold har fått botulisme.

Per 28. oktober 2013 var det meldt to bekreftede og fire mistenkte tilfeller av botulisme hos personer som hadde injisert heroin. Folkehelseinstituttet ber helsepersonell om å se etter botulismesymptomer hos injiserende misbrukere.

Det har ikke vært noen dødsfall blant de syke. Fire er menn og to er kvinner, og de er i aldersgruppen 35–55 år. Fem av de syke er innlagt på sykehus i Oslo-området og én i Tønsberg.

Heroin som sirkulerer i østlandsområdet, kan være forurenset med botulismesporer.

Injiserende misbrukere som utvikler kliniske tegn på botulisme, skal henvises til sykehus for vurdering og prøvetaking. Prøvetaking kan ikke skje i primærhelsetjenesten.

Botulisme er en alvorlig sykdom med

nervelammelser, som skyldes toksiner (giftstoffer) produsert av bakterien Clostridium botulinum. Det finnes tre former for botulisme: matbåren-, sår- og spedbarnsbotulisme. Injiserende misbrukere kan utvikle en alvorlig form for sårbotulisme når de injiserer stoff.

Symptomer:

- › Øyelokkslammelser
- › Dobbeltsyn
- › Svelgevansker/talebesvær
- › Lammelser
- › Uttalt munntørhet
- › Vanskeligheter med å puste
- › Tiden fra smitte til sykdom (inkubasjonstiden) kan variere med cirka 7–14 dager.

Kilde: Folkehelseinstituttet



**SMITTE:** Bakterier som danner sporer, som botulismebakterien, kan gi alvorlig infeksjon ved at stoffmisbrukere injiserer heroin som er forurenset med bakterier. Også brukerstyr kan være forurenset med bakterier. (Foto: Richard Villalon/NTBscanpix)

**Tre gode kremer for tørr og kløende hud, eksem og psoriasis!**

<p><b>Avocado Kroppskrem</b> 250 ml.</p>  <p>Kun kr. <b>298,-</b></p>	<p><b>Aloe Vera Kroppskrem</b> 250 ml.</p>  <p>Kun kr. <b>298,-</b></p>	<p><b>Naturkremen PSODERM</b> Meget bra for psoriasis og tørr hud. 250 ml.</p>  <p>Kun kr. <b>769,-</b></p>
---	--	--

Kjøp alle tre kremene samlet, og få vår ALOE VERA Bio-Gel for uren hud og brannskader med på kjøpet. Verdi kr. 259,- **GRATIS!**  
Bestill på telefon 37 27 70 07 eller e-post: jatrygve@online.no

 **DEN GRØNNE LEGEN** 

Postboks 168, 4795 Birkeland - Tlf. 37 27 70 07 - [www.dengronnelegen.no](http://www.dengronnelegen.no)



**Helse- og velferdsledelse**  
Masterutdanning, 60 sp. (1. året)

Jus i helse- og velferdssektoren, 7,5 sp.  
Økonomi i helse- og velferdssektoren, 7,5 sp.  
Ledelse og endringer i organisasjoner, 15 sp.  
Ledelse og forbedringsarb. i grunnenh., 15 sp.  
Helse - velferdspolitikken, 15 sp.

**Samlingsbasert over 2 år. Start: Tønsberg 24. jan.**  
I samarbeid med Høgskolen i Sogn og Fjordane.

**Info: tlf 33 42 78 20 / [www.folkeuniversitetet.no](http://www.folkeuniversitetet.no)**

*- kunnskap gir muligheter*

 **Folkeuniversitetet**  
Sør-Øst

**Nydelig indisk mat**

Velkommen til et hyggelig måltid på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!  
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt 18 c  
Telefon 22 42 53 11  
[www.jaipur.no](http://www.jaipur.no)

 **JAIPUR**  
Indian Restaurant/Bar  
Family operated since 1996

# Profesjoner under press

Da sykehusene ble foretak, forsvant noe av sykepleiens særpreg.

Tekst **Nina Hernæs**

**D**et mener Elisabeth Sveen Kjølrsrud. Hun har nettopp disputert for doktorgraden med avhandlingen *Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak. En kvalitativ studie av sykepleiere ved to psykiatriske akuttposter i et helseforetak*.

Kjølrsrud er psykiatrisk sykepleier og jobber som samhandlingskoordinator og leder for lokalmedisinske tjenester i Setesdal.

## Intervju

Hun ville finne ut om helseforetaksreformen har påvirket sykepleie som profesjon. Det har den, ifølge hennes studie.

Kjølrsrud intervjuet 14 sykepleiere og to enhetsledere fra to akuttpsykiatriske poster på et sykehus et sted i landet. Hun hadde to forskningsspørsmål.

## «Sykepleiere kan se forskjell på psykose og lavt blodsukker.»

Det første var: Hvilke etiske og moralske utfordringer opplever sykepleiere i sin arbeidshverdag på to psykiatriske akuttposter på en psykiatrisk avdeling?

– Nesten alle nevnte autonomi, standardisering og raske utskrivninger, forteller Kjølrsrud.

En sa: Jeg står ofte med hjertet i halsen når pasienter skrives ut.

– De er redd for å ha oversett noe og synes alt går så fort. De sier det aldri er en kald seng.

Tvang ble også nevnt som en utfordring, men det har ikke nødvendigvis noe med foretaksreformen å gjøre.

– Jeg tror tvangsbruk er noe sykepleiere i psykiatrien alltid har diskutert, sier Kjølrsrud.

– Med dette første spørsmålet lar jeg det være åpent om foretaksreformen har ført til endringer. Men svarene viser at sykepleiere opplever krysspess. Mangel på tid skaper moralsk stress.

## Dokumentasjon

I det andre forskningsspørsmålet tok Kjølrsrud opp foretaksreformen. Hun ville vite hvordan reformen påvirker deres muligheter til å handle som profesjonelle.

– Alle sier de må dokumentere mer. De sier at det er bra og viktig å dokumentere, men at det blir mindre tid til pasientene, forteller Kjølrsrud.

– De sier også at det er blitt mer standardisering. Alt skal telles og måles, og i psykiatrien brukes det mer psykometriske tester.

Ved for eksempel depresjon, vil en slik test angi grad av lidelse som et tall.

– En av informantene sier man er blitt mer opptatt av dette tallet enn av pasienten. På en måte mister man pasienten av syne.

## Verdsetting

Organisering var også et tema flere tok opp. Veien til ledelsen var blitt lengre, mente de.

– Tidligere var de som bestemte hva sykepleierne skulle gjøre, med på møter i postene. Nå foregår planleggingen andre steder. Noen av sykepleierne sa de ikke ble verdsatt lengre. Det førte til at de kanskje ikke ga alt i jobben og en mente det på sikt kan virke devaluerende på profesjonsetikken.

Flere sa de manglet forbilder.

– Når tjenestene blir mer standardisert, kommer kanskje ikke forbildene til syne lenger, sier Kjølrsrud som forklaring på det.

– Det kan synes som særpreget for de ulike profesjonene blir borte.

For eksempel fant hun at sykepleierne tenkte mer på etikk enn før. Men det var ikke sykepleieetikken de tenkte på, men allmenn etikk og juss.

## Standardisering

Sykepleierne og enhetslederne jobbet på to ulike poster. Svarene de ga, var ganske like. Men ett område skilte seg ut. Mens den ene enhetslederen mente det ikke var forskjell mellom profesjonene på posten, mente den andre at det var viktig å ha sykepleiere. Sykepleiere kan se forskjell på psykose og lavt blodsukker, ble det sagt.

I avhandlingen diskuterer Kjølrsrud det profesjonsspesifikke.

– Tradisjonelt har vi sagt at tverrfaglighet er viktig, og ved å jobbe tverrfaglig utfyller vi hverandre. Men jeg opplever nå at standardiseringen er så sterk, at det profesjonsspesifikke ser ut til å





**VIL HA DISKUSJON:** Elisabeth Sveen Kjølrsrud mener standardiseringen i helsevesenet har tatt helt av. Foto: Jan Aabøe/Aust-Agder fylkeskommune.

forsvinne. I stedet for å utfylle hverandre, gjør alle det samme. Og det mener jeg er vanvittig viktig å ta tak i.

### Skjønn

Kjølrsrud peker på at standardiseringen passer godt inn i utviklingen mot kunnskapsbasert praksis.

– Å søke etter den beste vitenskapelige dokumentasjonen for alt man gjør, er veldig bra. Men dersom kunnskapsbasert praksis blir enerådende, reduseres skjønn, sier hun.

– Skjønn er noe som må læres, fra den erfarne til den uerfarne. Å bruke skjønn mener jeg er å

være profesjonell.

Når skjønn reduseres, og alt standardiseres, mener Kjølrsrud vi må diskutere hva slags menneskesyn vi bygger på.

– I norsk sykepleie har vi tradisjon for et kristent, humanistisk menneskesyn. Legger vi det menneskesynet til grunn, eller er det et teknisk, økonomisk et?

### Kvalitet

Kjølrsruds hovedfunn er at sykepleierne er lojale og handler slik systemet forventer, men at de ikke alltid er enig i systemets ideologi. I dette

krysspresset opplever de moralsk stress.

– Er du overrasket?

– Jeg er overrasket over hvor regulert og standardisert sykepleien er. Det har tatt helt av. Jusen styrer, og spørsmålet er hva det gjør med kvaliteten. Arbeidet med helsereformen begynte med en offentlig utredning som het *Pasienten først*. Men jeg spør om det er til pasientens beste at fagkunnskapen blir nedprioritert til fordel for det tekniske og økonomiske systemet.

– Kan funnene dine overføres til andre deler av helsevesenet?

– Man kan aldri være sikker, men jeg vil tro at jeg ville fått lignende svar andre steder. Svarene jeg fikk, var ganske like. Det de sa om mangel på tid og økte krav til dokumentasjon var helt identisk.

### Bevisst

Avhandlingen er blitt møtt med stor interesse. Folk sier de tror mange ikke forstår hva som er i ferd med å skje. En eldre sykepleier sa hun hadde lagt merke til at sykepleiere ikke lenger presenterer seg med tittel, bare navn.

– Er du bekymret for utviklingen?

– Jeg synes det er litt urovekkende at statlige føringer gir så sterke utslag i praksis. Sykepleiere må være bevisst sin egen rolle. Spørsmålet vi må stille er: Hva er det vi mister, og hva er det vi får? Jeg er redd vi mister noe viktig. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen, anestesisykepleier, høyskolelektor og redaktør i Inspira

# Operasjonssykepleier opplever minst støtte

Deltakerne i operasjonsteamet opplever samarbeidet forskjellig.

**P**å sykehus er operasjonsstuen det stedet hvor man hyppigst rapporterer feilbehandling og avvik. Dette er sannsynligvis på grunn av at operasjonsstuen representerer komplekse omgivelser hvor teknologi, kompetanse og ressurser krever koordinering under tidspress (1). Feil på operasjonsstuen kan ha katastrofale konsekvenser for pasienter, pårørende, helsepersonell og hele organisasjoner. Forskning viser at dette kan forekomme som et resultat av interpersonlig dynamikk, hvor kommunikasjons- og samarbeidsproblemer oppstår mellom teammedlemmene (2).

## Komplikasjoner

Fare for komplikasjoner før, under og etter kirurgiske inngrep skyldes mange faktorer. Det kan dreie seg om pasientens helsestatus eller

komorbiditeter. Valg av anestesi, prosedyre, tilgjengelighet og kvalitet på utstyr, personalets utdanning og organisasjonenes sikkerhetskultur kan også virke inn. Ved kirurgi kan uønskete hendelser blant annet dreie seg om operasjon av feil pasient, feil side eller feil organ, mangelfull behandling eller feildosering av medisin og anestesimiddel, apparatsvikt og smitteoverføring. Uønskete hendelser kan gi opphav til alvorlige komplikasjoner og død. Selv om en operasjon aldri kan være helt risikofri, antar man at risiko for komplikasjoner og avvik kan reduseres betydelig.

## Samarbeid

Kvaliteten på samarbeidet mellom profesjonelle helsearbeidere har vist seg å påvirke utfallet av pasientbehandlingen. Feil i koordinering og kommunikasjon mellom teammedlemmene har ført til høyere dødelighetsrate blant pasienter, lengre sykehusopphold, mer postoperativ smerte og lavere funksjonsnivå blant pasientene. I de tilfellene hvor sykepleiere oppgir et positivt samarbeid mellom sykepleiere og kirurger er pasientutfallet bedre (3,4). Dette viser hvor viktig det er å ha fokus på tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon for å ivareta pasientsikkerheten. Mange utenlandske undersøkelser viser til klare forskjeller i opplevelsen de ulike medlemmene av teamet har av det tverrfaglige samarbeidet inne på operasjonsstuen (2,3,4).

I denne artikkelen vil jeg forsøke å svare på om denne diskrepansen i opplevelsen av samarbeid også eksisterer i norske operasjonsteam.

## Metode

I denne studien har jeg benyttet et validert, kvalitetssikkert, kvantitativt spørreskjema utviklet ved Universitetet i Stavanger (UiS) på oppdrag fra Helse Vest. Spørreskjemaet ble utviklet med tanke på å undersøke helsepersonells holdning til pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur i forbindelse med operative inngrep. Spørsmålene omhandler blant annet pasientsikkerhet, avvik, ledelse, kommunikasjon og samarbeid.

Undersøkelsen ble opprinnelig sendt ut til 349 respondenter i mars 2011. Kriterier for å delta i studien var at man deltok i operasjonsteam og hadde direkte pasientkontakt. På bakgrunn av disse kriteriene ble utvalget begrenset til 248. Besvarelsene er basert på informert samtykke.

Personopplysninger om respondentene ble slettet idet de besvarte det elektroniske spørreskjema. Data er tilgjengelig også etter prosjektets slutt, men da i aidentifisert form.

Samtykke er innhentet fra UiS, det aktuelle helseforetakets forsknings- og utviklingsavdeling, FOU, samt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

## Funn

Studien tar utgangspunkt i fire påstander fra spørreskjemaet, som gir ulike mål på samarbeidet mellom medlemmene i teamet. Tre av påstandene tar utgangspunkt i teamets arbeid inne på operasjonsstuen:

› Team: Når det er mange oppgaver som skal løses raskt arbeider vi sammen som et team for å løse oppgavene.

## Hovedbudskap

Kvaliteten på tverrfaglig samarbeid har stor betydning for pasientutfall etter sykehusbehandling. Det er påvist at ulik opplevelse av samarbeidet har negativ effekt på dette. Denne artikkelen viser til en utfordring: å skape et felles bilde av samarbeid i tverrfaglige team.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Anestesi › Operasjon › Kirurgi › Samarbeid



**VARIERENDE:** Overleger og kirurger opplever 100 prosent støtte i operasjonsteamet, mens operasjonssykepleierne var den gruppen i undersøkelsen som mente samarbeidet i teamet fungerte dårligst. Arkivfoto: Stig Weston

	Populasjon: N=	Antall respondenter	Svar i %
Anestesisykepleiere	57	33	58
Operasjonssykepleiere	78	48	61,5
Anestesilege	29	19	65,5
Assistentlege kirurgi	46	32	69,6
Overlege kirurgi	38	6	15,8
Totalt	248	138	55,6

**TABELL 1:** Oversikt over respondentene i den ekstensive studien.

- › Støtte: I vår seksjon støtter vi hverandre.
- › Respekt: I vår avdeling behandler vi hverandre med respekt.
- › Den siste påstanden tar utgangspunkt i samarbeid på tvers av avdelinger som medlemmene i teamet har behov for å samarbeide med:
- › Samarbeid mellom avdelinger: Samarbeidet

fungerer godt mellom avdelinger som har behov for å jobbe sammen.

#### Respondentene

Av 248 respondenter var det 138 som returnerte spørreskjemaet tilstrekkelig utfyllt. Dette gir en svarprosent på 55,6 totalt, noe som er et til-

fredsstillende resultat, ifølge Jacobsen (5). Det eksisterer store forskjeller innad i gruppene med hensyn til svarprosent. Tabell 1 viser svarprosent og antall respondenter (N) i de ulike profesjonsgruppene:

I de fleste gruppene er svarprosenten god. I gruppen overlege kirurgi derimot, er svarprosenten på 15,8. Funn i denne gruppen vil derfor ikke være representativt for hele populasjonen. Men respondentene i denne gruppen har overveiende like svar, noe som gjør at funnene likevel er tatt med i presentasjonen og analysen.

#### Opplevelse av samarbeid

De fire påstandene var utformet med fem svaralternativer. Alternativ 1 hadde verdien «helt uenig», alternativ 2 hadde verdien «uenig», 3 hadde verdien «både/og», 4 «enig» og 5 «helt enig». Da jeg analyserte med utgangspunkt i fem svaralternativ, kom det ikke frem vesentlige forskjeller mellom gruppene. Jeg foretok derfor en rekoding av verdiene til å være enten enig eller uenig, at noe forekommer enten sjelden el-



Operasjonsteamets opplevelse av:	Uenig	Både / og	Enig	MEAN	St.dev	N=
Team	2,8 %	30,6 %	66,6 %	3,78	.755	119
Støtte	3,6 %	19,8 %	76,6 %	3,98	.958	138
Respekt	1,2 %	22,2 %	76,6 %	3,95	.722	138
Samarbeid mellom avdelinger	16,5 %	37,4 %	46,1 %	3,33	.895	138

TABELL 2: Operasjonsteamets opplevelse fordelt på fire påstander.

ler ofte, samt at jeg beholdt «både/og». Bivariat analyse med variablene antall arbeidstimer per uke og antall år erfaring fra aktuelle spesialitet, viste ingen signifikante forskjeller på de fire påstandene.

Tabell 2 viser svarene på de ulike påstandene fra respondentene totalt sett, gjennomsnittlig score (MEAN) og standardavvik (st.dev):

Funn i tabell 2 viser at teamets opplevelse av samarbeidet inne på operasjonsstuen er overveiende positivt. Ved å fokusere på samarbeid utenfor operasjonsstuen svekkes denne positive

### Positiv opplevelse

Svarene viser at det eksisterer en variasjon, men at respondentene i all hovedsak har en positiv opplevelse av samarbeidet i operasjonsteamet (jf. figur 1). Denne opplevelsen svekkes når man ser på samarbeidet utenfor operasjonsstuen. Variabelen både/og innebærer tolkningsmuligheter.

Anestesilege-gruppen utpeker seg som overveiende enig i alle påstandene (se figur 1), og samsvarer mest med anesthesisykepleier-gruppen, sett bort fra påstand 4. Anestesilege-gruppen opplever i stor grad å jobbe som et team i tillegg til støtte og respekt. Når man ser alle påstander over ett, er anestesilege den gruppen som opplever samarbeidet i teamet som mest positivt.

Gruppen assistentlege kirurg er minst enig i at man arbeider som et team for å løse oppgaver. Dette er den eneste gruppen hvor noen respondenter svarer «uenig» på flere påstander. Cirka halvparten mener at samarbeidet ikke fungerer godt. Likevel opplever denne gruppen også i stor grad støtte og respekt.

### Støtte og respekt

Overleger og kirurger opplever 100 prosent støtte og respekt. Denne gruppen mener likevel ikke at samarbeidet fungerer optimal. De har en veldig positiv opplevelse av samarbeidet inne på operasjonsstuen. Dette samsvarer med funn fra tidligere utenlandsk forskning.

Anesthesisykepleierne er enige i at man arbeider som et team. De opplever støtte i teamet og at man behandler hverandre med respekt. Likevel er det kun 39,4 prosent som opplever at

samarbeidet fungerer godt utenfor operasjonsstuen. Anesthesisykepleieres opplevelse samsvarer mye med assistentlege kirurg-gruppens når det gjelder støtte og respekt. Anesthesisykepleierne opplever i større grad at man arbeider som et team, mens de har mindre opplevelse enn legene av at samarbeidet fungerer godt mellom de ulike avdelingene.

Operasjonssykepleierne har følelsen av å arbeide i team, men er den gruppen som i minst grad opplever støtte og respekt. De er også den gruppen som mener samarbeidet fungerer dårligst.

### Diskusjon

Tilbakeblikk viser at denne studien har både styrker og svakheter. Hvordan den enkelte aktør opplever samarbeidet vil variere fra tid til annen, fra person til person, og også siden teamets sammensetning er forskjellig, fra dag til dag. Opplevelsen av samarbeid er en subjektiv opplevelse som også er knyttet opp mot relasjoner og kjemi mellom de enkelte i teamet. Svarene som kommer frem i dette prosjektet kan være andre enn om de samme spørsmålene ble stilt om ett år. Det er i tillegg bakgrunnsvariabler som ikke ble etterspurt i spørreskjemaet, men som ville vært interessant å undersøke om har en innvirkning. Dette dreier seg for eksempel om kjønn og alder.

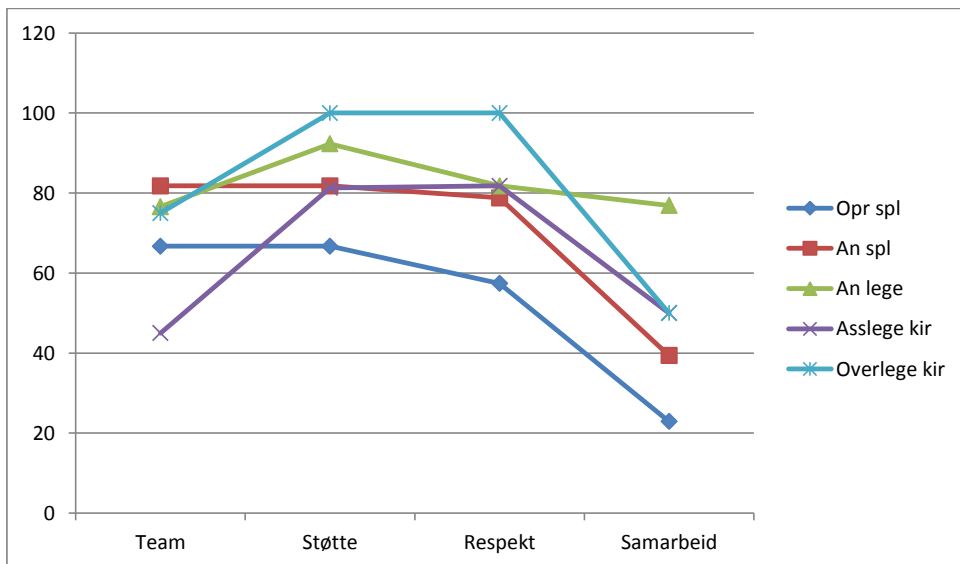
### Styrker og svakheter

Styrken ved å benytte et allerede utviklet spørreskjema er at man kan nå ut til et større antall respondenter enn ved bruk av kvalitativ metode. Den største faren med kvantitativ metode er,

## «Overleger og kirurger opplever 100 prosent støtte og respekt.»

opplevelsen (jamfør samarbeid mellom avdelinger). Denne tendensen bekreftes ved analyse innad i de ulike profesjonsgruppene, med utgangspunkt i antall respondenter oppgitt i prosent, på verdien «enig»:

Figur 1 gir en grafisk oversikt over svarene ifra de ulike profesjonsgrupper på påstandene, med utgangspunkt i prosentandel som sier seg enig i påstanden. Det kommer frem at forhold innad i teamet, som opplevelsen av respekt og støtte, i hovedsak er positiv. Når samarbeidet løftes ut av operasjonsstuen blir denne opplevelsen mer negativ. Figuren viser også at det er forskjell på hvordan respondentene opplever samtlige av påstandene: Den største differansen eksisterer mellom gruppene overlege kirurg og operasjonssykepleier.



FIGUR 1: Opplevd samarbeid mellom teamets medlemmer.

ifølge Jacobsen, at den kan gi undersøkelsen et overflattisk preg. Siden metoden er innrettet på å nå mange enheter, er den ikke kompleks og går ikke i dybden (5).

Frafall av respondenter er kommet til syne som systematisk skjev; en spesiell gruppe kommer ikke med i undersøkelsen i like stor grad som de andre. En analyse av de ulike spesialiteter innenfor kirurgi ville kanskje gitt et mer nyansert bilde.

Med bakgrunn i utforming av spørsmålene kan svarene være mer et resultat av selve undersøkelsen enn en måling av hva teammedlemmene faktisk mener. En kvantitativ tilnærming krever solid kunnskap om det fenomenet man skal studere for å kunne utvikle verktøy til å måle det med (6,7). Dette, i tillegg til prosjektets rammer, er bakgrunn for at jeg valgte å benytte et ferdig utviklet, validert og kvalitetssikret spørreskjema. Flere av spørsmålene innebærer rom for tolkning. For eksempel kan «i vår avdeling» tolkes som avdeling for anestesi, operasjon eller kirurgi, ikke operasjonsavdelingen som en helhet, av de ulike profesjonsgruppene.

### Gyldighet

Intern gyldighet handler om hvorvidt resultatene oppfattes som riktige (5). I denne undersøkelsen er validering foretatt ved å sammenlikne med annen teori som støtter opp under funnene. Hvorvidt en studie har ekstern gyldighet avhenger av i hvilken grad funnene kan genera-

liseres (5). Med bruk av kvantitativ metode vil man etterstrebe statistisk generalisering hvor man med bakgrunn i funn fra et utvalg kan overføre funn til å gjelde en større populasjon. I hvilken grad funn vil ha overføringsverdi til andre operasjonsteam i Norge kan diskuteres. Til en viss grad vil de være overførbare til andre operasjonsavdelinger som jobber under samme forhold; med samme teaminndeling og samme organisering, en teoretisk generaliserbarhet. Profesjonsinndelingen vil være den samme uavhengig av arbeidssted, og de ulike profesjonenes roller vil også være den samme, uavhengig av hvor operasjonsteamet har sin funksjon.

### Oppsummering

Funn fra den ekstensive studien viser samsvar med tidligere utenlandsk forskning. Samtidig vises en annen tendens: Det eksisterer ikke bare en forskjell i opplevelsen av samarbeid mellom leger og sykepleiere, men også innad i de ulike gruppene. Studien har identifisert ikke tidligere beskrevne gruppeforskjeller; mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger, overleger og assistentleger i kirurgi. Den største forskjellen finnes mellom operasjonssykepleier og anestesilege.

Teori viser til at der hvor man har ulik opplevelse av samarbeid vil samarbeidet påvirkes i negativ retning idet man «drar i ulik retning». Som utgangspunkt for videre forskning ville det være interessant å undersøke om disse forhold

## «Anestesisykepleierne er enige i at man arbeider som et team.»

eksisterer også ved andre operasjonsavdelinger. Det ville også være spennende å undersøke om ulikheten i opplevelse av samarbeid eksisterer også mellom sykepleier og lege ved andre sykehusavdelinger, sykehjemsavdelinger og helseforetak, og i hvilken grad dette eventuelt innvirker på tverrfaglig samarbeid. ■■■

### REFERANSER

- Mishra A, Catchpole K & McCulloch P. The Oxford NOTECHS System: reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre. *Qual Saf Health Care* 2009;18: 104–108.
- Makary MB, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman A, Rowen L & Pronovost P. Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 746–752.
- Mills P, Nelly P & Dunn E. Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *J Am Coll Surg* 2007. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281.
- Carney B, West P & Neily J. Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN J* 2010; 91: 722–729.
- Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. (2. Utgave). Høyskoleforlaget 2010.
- Berlin J, Carlström E & Sandberg H. Team i vård, behandling og omsorgserfarenheter och reflektioner. Studentlitteratur 2009.
- Brink PJ, Wood MJ. Advanced design in nursing research. (2. Utgave). California: Sage Publication 1998.

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

## Diabetesdagbok på iPhone

I april lanserte Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin appen Diabetesdagboka. Appen skal gjøre det lettere for mennesker med diabetes å følge opp sykdommen.

Appen var laget for Android, men snart kommer den også for iPhone.



Illustrasjon: Colourbox

## Mye alkohol kan gi hjertetribbel

Store mengder alkohol gir betydelig økt risiko for hjerneslag og høyt blodtrykk, ifølge en ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Trolig gir mye alkohol også økt risiko for atrieflimmer.

Funn fra fem systematiske oversikter, som bygget på 196 primærstudier, er oppsummert i rapporten.

Et inntak på 100 gram alkohol daglig, det vil si åtte glass vin, gir betydelig økt risiko for hjerneslag og høyt blodtrykk. Et inntak på 25–50 gram gir trolig også økt risiko.

Kilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

## Å reflektere over praksis

Jeg visste ikke at jeg kunne så mye handler om handlingskunnskap. Hver dag bruker profesjonsutøvere praktisk kunnskap de ikke er bevisste de har. Forfatterne, Gus Strømfors og Marit Edland-Gryt, har som hovedmål å inspirere både studenter og fagfolk til å bruke refleksjon over praksis som en måte å lære på.



Illustrasjon: Colourbox

## Paracetamol kan være uheldig

En ny studie antyder at langtidsbruk av paracetamol under graviditet kan ha uheldig påvirkning på barnets utvikling.

Paracetamol er et av de legemidlene som brukes mest under svangerskap. Men det fins lite forskning på langtidseffekter av bruken. Den nye studien bruker data fra den norske mor- og barnundersøkelsen. Forskerne har sett på 3 000 søskenpar. De sammenliknet barn som hadde blitt eksponert for paracetamol i svangerskapet med søsken som ikke hadde blitt eksponert. Barna som var blitt eksponert for paracetamol i flere enn 28 dager, hadde dårligere grovmotorikk, dårligere evne til å kommunisere og mer atferdsproblemer sammenliknet med søsken som ikke hadde blitt eksponert for paracetamol. Tendensen ble også sett hos dem som var eksponert kortere enn 28 dager, men den var svakere.

Det ble ikke funnet tilsvarende langtidseffekter hos barn av mødre som hadde tatt ibuprofen under svangerskapet.

Forskerne sier dette bare er en studie, og det er behov for flere.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Foto: Erik M. Sundt

Foto: Silig Weston

## Sykepleiere til Høie

Den nye helseministeren, Bent Høie fra Høyre, tar med seg to sykepleiere som statssekretærer. Det er Lisbeth Normann, tidligere forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, og tidligere direktør for kommunikasjon og samhandling ved Sykehuset Østfold, Anne Grethe Erlandsen.

## Andre perspektiver

*Psykisk helsearbeid* er en ny bok fra Bengt Karlsson og Marit Borg. Boken skal beskrive og forklare psykisk helse med andre begreper og referanserammer enn det som er vanlig.



## – Å behandle homofili er uetisk

World Medical Association (WMA) sier homofili er naturlig og at forsøk på å behandle legning er brudd på menneskerettighetene.

I en uttalelse sier WMA at slik praksis er uetisk og må straffes.

WMA er en internasjonal organisasjon for legeforeninger, og jobber med etiske spørsmål. Den norske legeforening er med i WMA.

Bård Nylund, leder for Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) sier uttalelsen er viktig.

– I flere land i verden straffeforfølges homofile, påpeker han.

– Når man i et land har flertall for å kriminalisere homofile, sier det noe om et menneskesyn som man nok også finner hos helsepersonell i det landet.

Han viser til at man ikke trenger bevege seg så veldig langt for å finne holdninger som gjør det problematisk for homofile i møte med helsevesenet.

– For noen år siden viste en stor undersøkelse at mange svenske sykepleiere syntes det var utfordrende med homofile

pasienter. I Norge i dag diskuteres det om leger skal få reservere seg mot å henvise lesbiske til kunstig befruktning, sier han.

I uttalelsen fra WMA heter det at homofili er en naturlig variasjon i menneskelig seksualitet. All form for stigmatisering, kriminalisering og diskriminering fordømmes.

Nylund i LLH sier forsøk på å «behandle» homofili nok er sjeldent i Norge.

– Hvis det skjer, er det nok snarere i regi av menigheter enn av helsevesenet, sier han.

– Men vi ser at de som jobber i helsevesenet trenger mer kompetanse i møte med homofile. Legningen blir lett underfokusert eller overfokusert. Enten vektlegges den overhodet ikke, ellers så tillegges den betydning for alt. Holdninger begrenser homofiles tilgang til helsetjenester.

Han legger til at Norge er langt fremme internasjonalt.

– Vi har en veldig progressiv lovgivning, som har påvirket holdninger, sier han.

– Andre land går i motsatt retning, og påvirker holdninger i det vi mener er gal retning.



Foto: Silig Weston

Nylund viser til Uganda, som vil innføre dødsstraff for homofili.

– Det oppfattes nok ikke som en oppfordring til å oppføre seg spesielt all right mot homofile.

## Lær å søke

*Bare søk!* heter en ny bok av Ingeborg Støren, der hun trinn for trinn viser hvordan en litteraturstudie gjennomføres.

Det er en andre utgave av boken, som skal være et nyttig supplement til bøkene *Bare skriv!* og *Bare fortell!*



## Hjertet og hjernen

Den andre internasjonale konferanse om hjertet og hjernen arrangeres 13. og 14. februar 2014. På programmet står blant annet forebygging, behandling, diagnostisering og tverrfaglig samarbeid. Se mer på [www.hjertetoghjernen.no](http://www.hjertetoghjernen.no)

Illustrasjon: Colourbox

## Sier nei til omskjæring av gutter

Helsesøstre og barnesykepleiere mener omskjæring av gutter bryter med medisinsk-etiske prinsipper.

Leder for helsesøstrene, Astrid Grydeland Ersvik, og lederen for barnesykepleierne, Anja Smealand, står sammen med lederne for Norsk barnelegeforening, Barnekirurgisk forening, Rådet for legeetikk og barneombud Anne Lindmoe. Sammen har de skrevet en kronikk som har stått på trykk i Aftenposten.

– *Hvorfor gikk dere sammen om å skrive kronikk om omskjæring nå?*

– Vi deltok på et nordisk samarbeidsmøte mellom barneombudene. I tillegg til å skrive kronikk, benyttet vi anledningen til å skrive en felles uttalelse til alle de nordiske myndighetene. Det er de samme som har vært med på å skrive uttalelsen, som har undertegnet kronikken, sier Astrid Grydeland Ersvik.

– *Hvorfor er denne saken viktig for helsesøstrene?*

– Vi møter mange av guttene på helsestasjon som har blitt omskåret og mener det er ugreit. Som helsesøstre skal vi snakke barnas sak. Omskjæring er et irreversibelt inngrep og når det i tillegg ikke finnes medisinske grunner til inngrepet, mener jeg man må vente til guttene er gamle nok til selv å bestemme om dette er noe de vil, sier hun.

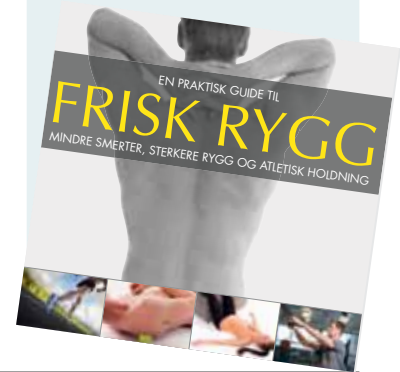
Grydeland Ersvik legger til at dette er en sak som hele Norsk Sykepleierforbund som organisasjon er opptatt av og enig om.



## Gir kunnskap om rygg

*Frisk rygg* er en ny bok av Lennart Krohn-Hansen og Anders Aasen Berget. De er fysioterapeuter og vil hjelpe dem med vondt i ryggen med å ta kontroll over smertene. De har selv sett hvor mange myter det fins om rygg og hvordan kunnskap kan motvirke svært mange rygglidelser.

Boken skal basere seg på internasjonale retningslinjer for behandling av ryggsmarter.



## Strever mot faglig trygghet



**STORT ANSVAR:** Nyutdannede jordmødre synes den første tiden i jobb er vanskelig, ifølge en studie Anne Brunstad har gjort. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Nyutdannede jordmødre er teoretisk sterke, men usikre i praksis. Det viser en studie der jordmor Anne Brunstad undersøkte hva som karakteriserer nyutdannede jordmødre som jobber med fødsler.

Hun skriver i en artikkel i *Jordmora* at overgangen fra jordmorstudent til nyutdannet jordmor kan være krevende. Jordmødre er mye alene når de jobber med fødsler, og de jobber i komplekse situasjoner, som ikke kan standardiseres. De må bruke skjønn, som må utvikles gjennom erfaring.

I Norge er jordmorstudiet toårig, og opptakskrav er tre års utdanning som sykepleier og minst ett års praksis. I løpet av jordmorstudiet må studentene ha tatt imot barnet ved minst 50 spontane fødsler. Studiet er delt likt mellom teori og praksis.

Anne Brunstad brukte kvalitative forskningsintervjuer, og intervjuet både nyutdannede og erfarne jordmødre som jobber ved høyteknologiske avdelinger på fire sykehus. Intervjuene ble analysert, og analysen viste et tema som

karakteriserer nyutdannede. De strever mot faglig trygghet. Dette temaet omfattet tre kategorier, de søker bekreftelse, opparbeider tillit og reflekterer teoretisk.

Flere av de erfarne jordmødrene framhevet at nyutdannede måtte få lov til å være usikre i starten. Men noen sa at balansen mellom å spørre om råd og fremstå som usikker var hårfin. Noen nyutdannede fremsto som de var utrygge på om de kunne det som var forventet av dem.

For de nyutdannede var indre bekreftelse like viktig som bekreftelse utenfra, fra kolleger.

Alle de nyutdannede beskrev den første tiden som vanskelig, noen sa det kunne ta opp mot fire måneder før de følte seg trygge. Tilliten de oppnådde var et samspill mellom å få og å mestre oppgaver på en god måte.

De erfarne jordmødrene mente de nyutdannede var teoretisk sterke, men noen mente de manglet det kliniske blikket. Flere av de erfarne sa at de nyutdannede framstod som positive,

**EGET FAGBLAD:** I siste *Jordmora*, fagbladet til Jordmorforbundet i NSF, har Anne Brunstad skrevet artikkelen

*Hvordan er det å være nyutdannet jordmor på fødeavdeling?*

selsikre og trygge, samtidig som de var usikre og søkte hjelp. De nyutdannede var selv bevisste på at de manglet erfaring.

Studien viser at tilliten og støtten nyutdannede fikk fra de erfarne, kunne ha positiv betydning for deres trygghet.

Anne Brunstad skriver i artikkelen at det er viktig at nyutdannede blir motatt på en slik måte at de føler seg trygge, og at god personlig og faglig utvikling skjer.



## A Nurse in Time

For Evelyn Prentis var ikke sykepleie et kall, likevel skildrer hun i boken *A nurse in time* en ung kvinnes forvandling fra novise til erfaren sykepleier på en inspirerende og rørende måte.

Sykepleiere møter mye lidelse. Det er sjelden ens egen, likevel er den tung å takle. Derfor er det en enorm trøst å lese hvordan andre sykepleiere har gjort det før en. Det er en lettelse å innse at de og, til tross for steinansikt i møte med de harde sidene av livet, hadde akkurat de samme paniske tankene i hodet.

Prentis beskriver et helsevesen av en annen tid, men opplevelsene er like aktuelle i dag. Hun skriver om hvor skremmende det er å ha noens liv i sine hender og hvor mye som forventes av folk det øyeblikket de har valgt å bli sykepleiere. For det er ikke så rent lite.

Jeg husker best den gangen en lege ba meg kjenne etter om det gangrenøse såret til pasienten min gikk inn til beinet. Jeg kjente etter, og betvilte sterkt mitt eget yrkesvalg de sekundene det tok.

Prentis forteller også om samholdet hun opplevde blant de unge sykepleierspirene. De ble selvsagt delegert de tyngste arbeidsoppgavene av sine overordnede oversøstre, en hverdag vi i min generasjon ikke egentlig kan se for oss. Likevel forteller hun om et arbeid vi kan kjenne oss igjen i. Om de personlige krigene som utkjempes hver dag i et sykehus, og hvordan en sykepleier kan utgjøre en forskjell.



*Evelyn Prentis*

# Krigens helter

Kristin Solberg skriver om lidelsene utenfor statistikken.

Tekst Nina Hernæs Foto Stig Weston

**F**å ting er så urettferdige som krig og konflikt, sier Kristin Solberg. Som korrespondent for Aftenposten rapporterer hun jevnlig fra konfliktfylte områder langt hjemmefra. Nå er hun aktuell med bok om en jordmorskole i Afghanistan.

– Jeg er ikke en reporter som flyr etter kuler, sier hun, på snarvisitt i Norge.

Solberg er interessert i de andre historiene, historiene om hvordan krig og konflikt rammer samfunn, kvinner og barn.

Da hun begynte på boken, var det 200 ganger større sjans for at en afghansk kvinne døde av komplikasjoner ved graviditet enn at hun ble skutt. Siden er mødre- og barnedødeligheten gått noe ned, men er ennå blant de høyeste i verden.

– På grunn av krigen er det mangel på helsepersonell og ofte for farlig å ta seg til sykehus. Men de som dør fordi de manglet jordmor kommer ikke i noen statistikk over krigsofre.

Boken hennes heter *Livets skole*, og er historien om de afghanske kvinnene som risikerer alt for å redde liv. Skolen ligger i Wardak, en naboprovins til Kabul. I to år bodde Solberg i Kabul.

– For å skrive med autoritet, måtte jeg være der, sier hun.

Å bo i Wardak var ikke aktuelt, det var for farlig. Hun ble frarådet i det hele tatt å reise dit, og på de siste tu-

rene var hun så redd at hun er glad det er over.

Doktor Khadija Safi, en kvinnelig afghansk lege, er sjef for jordmorskolen. Hun lærer også jentene om fred og menneskerettigheter, som motvekt til krigskulturen hun mener preger landet. Da doktor Khadija leste manuset, var hun glad for at hennes historie var korrekt fortalt og at Solberg hadde fått fram hva hun står for. Men hun sa i beskjedenhet: «Du har gjort meg til en helt». «Du er en helt», svarte Solberg.

## «Jeg er stort sett sint hele tiden over urettferdigheten jeg ser.»

Hun var lei av at afghanske kvinner ofte kun blir framstilt som ofre, uten egen vilje, styrke og mot.

– Da jeg kom dit første gang, slo det meg hvor sterke og modige de er. Jeg har møtt politikvinnen som får bank av ektemannen fordi hun jobber, men som fortsetter å gå på jobb hver dag. Og jordmødre som vandrer i snøen, på veibombefengte veier for å hjelpe til under fødsler. De gjør en utrolig viktig jobb, og de fascinerer meg.

Jordmorskolen i Wardak er utsatt. Det er ikke godt å vite hvem som er venn og hvem som er fiende. Da Solberg vurderte faren for å bli kidnappet på reisene dit, kom hun til at sju ulike grupper kunne tenkes å stå bak.

Det er en usikkerhet innbyggerne og elevene på jordmorskolen må leve med hele tiden. De kan aldri helt vite hvem som står bak når noe skjer. Det kan være Taliban, det kan være opprørere, det kan være vestlige styrker. I den usikkerheten må de leve livet så normalt som mulig.

– Hvilke følelser har du skrevet boken med?

– En periode fikk jeg tårer i øynene hver gang jeg snakket om jentene. Jeg ble så glad i dem, de inspirerte og motiverte meg. Jeg prøver å forstå hvor

motet deres kommer fra.

– Blir du sint?

– Jeg er stort sett sint hele tiden over urettferdigheten jeg ser. Men jeg prøver å finne en måte å leve med det sinnet. Skolen ga meg håp og det er viktig. Den viser at det nytter.

I Afghanistan får jenter på landsbygda ofte ikke lov eller mulighet til å utdanne seg. Jenteskoler blir bombet og familier presses til å ta døtre ut av skolen. Jordmorskolen befinner seg i en gråsoner.

– Fordi mannlige leger ikke skal undersøke kvinner, er det behov for jordmødre. Menn, også i Taliban, erfarer at kyndig fødselshjelp kan redde koner, svigerinner og døtre fra å dø





i barsel. Derfor kan det tillates at kvinner utdannes til jordmødre. Men synet på dette kan variere fra dal til dal, avhengig av hvem som har makt i praksis.

Mange betaler en høy pris for å gå på skolen. I boken forteller Solberg blant annet om broren til en av elevene, som ble truet på livet fordi søsteren går på skolen og må sette seg i gjeld til Taliban for at hun skal få fullføre.

De fleste hun skriver om, omtales med eget navn.

– Det er en viss risiko forbundet med det, men de har fått lest opp manuset og er klar over at boken kan bli oversatt og lest av folk som vet hvem de er.

«Vi gjør ikke noe galt, vi har ingenting å skamme oss over», sa jordmødrene til Solberg.

– Dette skulle være en bok som viste afghanske kvinner som de individene de er. Da tror jeg det var viktig for dem å stå fram med navnet sitt. De vurderte selv risikoen som liten sammenliknet med alle andre farer de utsettes for.

– Er du bekymret for dem?

– Ikke på grunn av boken, men for forholdene de lever under. Afghanske kvinner er veldig utsatt. De tar ikke for gitt at de lever om ti år, sier Solberg.

– Det gjør meg rasende at vi har vært så lenge i Afghanistan uten å

## Kristin Solberg

Aktuell med: Livets skole

bygge opp samfunnet. Vi har ikke brydd oss nok om sivilbefolkningen.

I arbeidet med boken var hun på ulike sykehus.

– Jeg så mye som ikke kom med i boken. Jeg glemmer ikke en baby på sykehuset i Kabul. Det var en gutt født i uke 28. Han var så liten, og lå under en varmelampe og skalv. Han gråt ikke, men når jeg lente meg helt inntil ham, hørte jeg lav gråt likevel. Han hadde ikke navn, bare et nummer. Han ble ikke registrert noe sted.

En lege sa: «I vesten ville han overlevd, her dør han».

– Det var veldig sårt. Han var rett og slett født på feil sted. Etter 35 år med krig, er ikke Afghanistan der landet skulle ha vært. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



### Makt og avmakt

Ettiske perspektiver på feltet psykisk helse  
Av Terje Mesel og Paul Leer Salvesen (red.)  
298 sider  
Portal Akademisk forlag, 2013  
ISBN: 978-82-92712-74-0

## Åpner for diskusjon

**ANMELDELSE:** Omtrent samtidig som denne boken ble utgitt, ble den internasjonale kodeksen for psykiatrisk sykdom endret. Flere nye diagnoser kom til og noen ble fjernet. Blant annet blir sorg nå regnet som en psykiatrisk lidelse. Det normale blir i visse tilfeller definert som sykt. På denne måten synliggjøres den makt som et diagnosesystem kan ha og hvordan psykiatrien griper inn i vårt dagligliv. Den definerer hva som er friskt og sykt. Diagnoseenes makt og avmakt er ett av de mange perspektivene denne antologien tar for seg.

Bokens fem deler er rettet mot henholdsvis psykisk helse som fenomen, møtet og samtalen med pasienten, samhandling og etiske og rettslige forhold. Bokens mangfoldige perspektiv viser godt bredden i det tette samarbeidet mellom Sørlandet Sykehus og

Universitetet i Agder.

Tre av bokens nitten bidragsytere har bakgrunn som sykepleiere.

Anders Johan W. Andersen er medforfatter til en kritisk artikkel der det argumenteres for et nytt faglig grunnlag for psykisk helsearbeid. Her pekes det interessant på innsikter fra førmoderne filosofi og nyere kvantefysikk.

Åshild Slettebø er aleneforfatter av et kapittel om makt og avmakt i samhandling med helsevesenet. Hun diskuterer erfaringer med avmakt hos både pasienter, helsepersonell og pårørende. Hun bruker blant annet begrepet hegemonisk makt for å forstå de usynlige strukturene som fins i hverdagen, som vi tar for gitt og i liten grad problematiserer. Slettebø er kritisk, men også konstruktiv når hun viser at opplevelsen av avmakt tross alt kan håndteres.

John-Kåre Vederhus har sin erfaring fra rusfeltet. Han skriver om etiske aspekter ved tvangsbehandling av rusmiddelavhengige. Jeg synes den etiske diskusjonen om autonomi versus velgjørenhet og forholdet mellom individets og samfunnets interesser er interessant. Han konkluderer med at bruk av tvang gir en sterk etisk forpliktelse til å gi et kvalitativt godt tilbud som oppleves som meningsfullt og relevant for dem som tvangsinnlegges.

Boken er spennende og aktuell både for helsepersonell og andre som er opptatt av de vanskelige dilemma behandlere og samfunn står overfor når det gjelder rus. Jeg savner imidlertid et register. Det ville gjøre boken mer egnet som studiebok for studenter og andre som er opptatt av den etiske problematikk og diskusjon som boken så godt legger opp til. ■■■



### Kreftens gleder

Av Gregers Ottesen  
115 sider  
Gyldendal, 2013  
Royaltyinntektene av denne boka går til Leger uten grenser  
ISBN 978-82-05-45842-0  
Anmelder: Laila Solli Reitan, intensivsykepleier

## Livsgleden seirer

**ANMELDELSE:** Gregers Ottesen er utdannet siviløkonom og har bakgrunn fra reklamebransjen og som journalist. Etter 14 år med alvorlig kreftsykdom deler han sine erfaringer. Kreftens gleder er først og fremst basert på forfatterens egne erfaringer og observasjoner som kreftsyk. Boka er skrevet for den kreftsyke, deres pårørende, venner og kolleger.

Tittelen på boka, *Kreftens gleder*, får oss til å hoppe i stolen da vi kun forbinder kreft med noe negativt. Budskapet er å vise det positive og gode sykdommen kan bringe med seg. I boka beskriver Ottesen sin mestringstenkning som han har lært seg for å kunne tåle livet som alvorlig syk. «Hvordan holde hodet frisk når en stadig må ut på planken». Slik beskriver han utfordringen med å være langtidsoverlever. Han gir også konkrete råd om hvordan

en kan mestre å være alvorlig syk. Ett av rådene er å være åpen. Åpenhet er nøkkelen til et godt liv med kreft, mener Ottesen, fordi åpenhet sveiser familien sammen og gir menneskene rundt mulighet til å hjelpe.

Jeg tror mange vil ha stor hjelp i få konkrete råd når de får en alvorlig sykdom og har problemer med å samle tankene. Men det er viktig å tenke på at dette er forfatteren sin mestringstrategi. Dette er det som er riktig for ham. Forfatteren mener blant annet at forum for kreft ikke er godt for ham, og unngår derfor miljøer der han treffer andre kreftpasienter. Mange lesere vil undre seg over dette, fordi de erfarer å finne god støtte i å treffe andre i samme situasjon.

I kapittelet om de virkelige heltene, som er skrevet som brev til kjæreste, døtre, venner og kolleger,

kommer leseren veldig nær de indre følelsene til forfatteren, og en får et godt bilde av opplevelsen av det å være kreftpasient. Det å ha kreft har stor innvirkning på pasientens hele liv. Vi som helsepersonell ser kun deler av dette i møte med pasienten som for eksempel er inne til behandling på sykehuset. Vi kan derfor ha nytte av å lese boka.

I boka kaster forfatteren seg også inn i debatten om livsforlengende behandling. Hvor mye er en borger villig til å betale for at en annen borger skal få et lengre liv og bedre livskvalitet? Dette er et spørsmål Ottesen debatterer.

Forfatteren innfrir når han sier han vil inspirere. For leserne av boka vil se at livet med kreft også har positive sider. Boka vil gi inspirasjon til å leve videre med en alvorlig sykdom og samtidig føle at man har et godt liv. ■■■

## Den utfordrende samhandlingen

**ANMELDELSE:** Aksel Tjora og Line Melby presenterer refleksjoner rundt samhandlingsreformen i denne boka. Mye er sagt og ment om samhandlingsreformen siden den ble lansert av daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen i Stortingsmelding nr. 47, 2008–2009. Boka svarer på noen av spørsmålene som ikke stilles i samhandlingsreformen, men som burde vært stilt. I så tilfelle kan boka være av interesse for både forskere, studenter, helsepersonell, administratører og politikere som er opptatte av gode helsetjenester og koordinering av disse.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen presenterte tre utfordringer som reformen søker å løse. For det første: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester. For det andre: At tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. For det tredje: At den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I midten av oktober 2010 gikk Helse- og omsorgsdepartementet et skritt videre med reformplanene. Tre dokumenter ble lagt ut til høring, nemlig

forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, forslag til ny lov om folkehelsearbeid samt et grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan.

Samhandlingsreformen har aktualisert samhandling som løsning på mange utfordringer innen helsetjenestene, både når det gjelder kvalitet, sikkerhet og effektivitet. Med dette som utgangspunkt presenterer boka en rekke analyser av organisering, koordinering, samarbeid og samhandling, i og mellom enheter i helsevesenet. Temaene spenner fra høyeste politiske nivå til de minste detaljer i helsepersonellens arbeid og viser både hvordan samarbeid og samhandling håndteres politisk, organisatorisk, profesjonelt og praktisk og hvordan konflikter oppstår i spennet mellom slike nivåer.

De fleste kritikerne av samhandlingsreformen er enige i at siden ikrafttredelsen av reformen, 1. januar 2012, har forslagene til en slik reform stort sett møtt entusiasme og tilslutning både blant politikere og fagfolk på ulike nivåer. De kritiske innvendingene har vært få, og det er overraskende.

En av kritikerne er professor Tor Inge Romøren fra senter for omsorgsforskning Øst, Høgskolen i Gjøvik.

Han fremmer blant annet følgende kritiske punkter: At samhandlingsreformen har mistet pasientfokuset og at den foreslår løsninger som vil kunne kaste helse- og omsorgstjenesten ut i organisatoriske og økonomiske eksperimenter med usikre utfall.

Romøren kommenterer dessuten en mangel på analyser av utviklingen i helsevesenet etter foretaksreformen fra 2001, og hva det var ved denne reformen som gjorde at den ikke har ført til alle de forbedringer som den forespeilte. Den forrige store helseformen ser ut til å være glemt allerede.

Er det en ting ved denne boka jeg har en innvending mot, så er det at den muligens i enda større grad kunne problematisere samhandlingsreformen som etablert norm i norsk helsevesen, og hva dette kan få av konsekvenser på lang sikt. I stedet byr de ulike kapitlene på teorier rundt ledelse som grunnlag for hvorfor endringene av ledelsesstrukturene kommer. Ledelsesteorier er i og for seg greit nok, men en ytterligere problematisering rundt selve reformen og dens virkninger savnes. De tidligere nevnte problematiseringer kan være noe for redaktørene Tjora og Melby, dersom en ny versjon av boka skal utgis. ■■■



### Samhandling for helse

Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten  
Av Aksel Tjora og Line Melby (red.)  
339 sider  
Gyldendal Akademisk, 2013  
ISBN 978-82-05-42552-1  
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier og master i sykepleievitenskap



### Liker det sterkt

– Jeg holder på med *Alene sammen* av Abraham Verghese, sier **Karen M. Brasetvik**, fylkesleder for Norsk Sykepleierforbund i Østfold.

– Jeg har fått den anbefalt, men synes begynnelsen er så brutal at jeg trenger litt tid på å komme videre.

I boken dør en ung nonne under fødsel på et misjonssykehus i Etiopia, og leseren følger tvillingsønnene hennes

og deres strevsomme liv.

– Ellers liker jeg veldig godt Victoria Hislop, fortsetter Brasetvik.  
– Særlig *Øya*.

Sommeren 2000 var hun og barna på Øya Spinalóna utenfor Kreta. Det var hit de spedalske ble sendt, og besøket gjorde sterkt inntrykk på dem.

– Dette var før *Øya* kom, og da jeg hørte om boken, som fortalte en historie som

liknet den vi lærte om på Spinalóna, måtte jeg bare lese den, sier hun.

– Hislop har også skrevet *Tråden*, som handler om forholdet mellom Hellas og Tyrkia og *Hjemkomsten*, som handler om den spanske borgerkrigen. Det er sånne bøker jeg liker, sterke bøker om sterke kvinner og som kan knyttes til virkelige hendelser. ■■■

Tekst **Nina Hernæs**



**Nina Fålun**, fag- og forskningssykepleier, Haukeland universitetssjukehus og førstelektor ved HiB.

**Irene Instenes**, ass. avdelingssykepleier og spesialisykepleier, Haukeland universitetssjukehus og masterstudent ved UiB.

**Tone M. Norekvål**, fag- og forskningssykepleier, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved UiB og HiB.

# Hjertesvikt krever spesialkompetanse

Hjertesvikt er en tilstand som krever tidlig intervensjon, optimal medikamentell behandling, undervisning og psykososial støtte.

**H**else-Norge er i endring. Samhandlingsreformen har ført til at kommunene overtar oppgaver og pasienter fra helseforetakene (1). Mer kompleks behandling fører til økt behov for spesialkompetanse både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Dette vil også medføre økt oppgaveglidning, som for eksempel at sykepleiere overtar enkelte legeoppgaver.

De første norske hjertesviktpoliklinikkene ble etablert på slutten av 90-tallet (2). Behovet for spesialisert og formalisert kunnskap, blant annet innenfor fagområdet hjertesvikt, førte til at den første nasjonale videreutdanningen i kardiologisk sykepleie startet opp i 2003 (3). I 2011 ble utdanningen godkjent som master i klinisk sykepleie. Etter fullført masterutdanning har sykepleiere med seg en dobbeltkompetanse i form av både faglig og akademisk kunnskap i møte med hjertesviktpasienten.

## Hjertesvikt

Man anslår at mellom 2–4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt (4,5). Forekomst av pasienter med nyoppdaget

hjertesvikt er økende, mye på grunn av et forbedret behandlingstilbud og økt overlevelse etter hjerteinfarkt. Hjertesvikt er en progredierende sykdom; så mange som 30–40 prosent av pasientene kan være døde ett år etter at diagnosen er bekreftet (5). Alvorlighetsgraden blir vurdert etter klinisk funksjonsnivå. Pasientene klassifiseres etter New York Heart Association's (NYHA) symptomklassifisering, der NYHA klasse 4 indikerer alvorlig funksjonssvekkelse og sterkt redusert livskvalitet (4). Koronarsykdom, hypertensjon og klaffesykdom er vanligste årsaker til utvikling av hjertesvikt. Hjertesvikt blir i hovedsak behandlet medikamentelt før det kan bli aktuelt å tilby blant annet implementering av biventrikulær pacemaker og/eller hjertestarter (CRT-D) eller hjertetransplantasjon (4). Det finnes ingen kurativ behandling av hjertesvikt, kun symptomlindrende og livsforlengende oppfølging.

Pasientens kliniske symptomer skyldes redusert blodforsyning til kroppens vitale organer. Den karakteristiske hjertesviktpasienten har plager som tung pust både i aktivitet og hvile, perifere ødemer, vektøkning, søvnproblemer, opplevelse av skrøpeligheit og redusert funksjonsevne. Symptomene avhenger blant annet av om pasienten har høyresidig eller venstresidig hjertesvikt. Reinnleggelser i sykehus med akutt forverring av symptomer forekommer ofte i sykdomsforløpet (6).

## Oppfølgingsprogram

Store helsekostnader er knyttet til akutte sykehusinnleggelser og behandling av pasienter med hjertesvikt (7). For å redusere kostnader og forbedre pasientomsorgen har man iverksatt ulike oppfølgingsprogram til denne pasientgruppen de siste tiårene. Tilbudene karakteriseres av tidlig intervensjon, optimalisering av medikamentell

behandling og lett tilgang til et omsorgstilbud som inneholder pasientundervisning, veiledning og psykososial støtte gjennom sykdomsforløpet. European Society of Cardiology (ESC) Heart Failure Association anbefaler hyppig oppfølging etter akutt innleggelse ved ny eller dekompensert hjertesvikt, samt årlige kontroller for pasienter i stabil fase (8). Etterlevelse av guideliner og oppdatert fag- og forskningskunnskap er sentrale elementer i alle oppfølgingsprogramene.

## Konkluderer forskjellig

Det er publisert tre store oversiktsartikler over resultatene av ulike tilbud til pasienter med hjertesvikt. Alle tre konkluderer forskjellig:

- ▶ Sykepleieleddet tverrfaglig team med oppfølging av pasient i hjemmet reduserer mortalitet og antall reinnleggelser i sykehus med henholdsvis 25 prosent og 27 prosent. Tiltaket har effekt på optimalisering av medikamentell behandling, etterlevelse av behandlingstiltak og forbedrer grad av egenomsorgstiltak (9).
- ▶ Sykepleieleddet tverrfaglig hjertesviktpoliklinikk på sykehus med oppfølging over tre til seks måneder reduserer mortalitet med 16 prosent og antall reinnleggelser med 31 prosent (10).
- ▶ Sykepleieleddet telefonoppfølging, gjerne med påfølgende hjemmebesøk, har dokumentert 33 prosent lavere risiko for død sammenliknet med vanlig oppfølging og 53 prosent mindre risiko for reinnleggelse etter tolv måneder (11).

ESC-guidelines anbefaler et tverrfaglig sammensatt poliklinisk lavintensitetstilbud ledet av sykepleier ved oppfølging av hjertesviktpasienter. Da denne modellen har dokumentert effekt på hendelsesfri overlevelse, er dette en NYHA klasse 1-anbefaling (4).

De fleste pasientene som følges opp i hjertesviktpoliklinikkene i Norge fyller ut det sykdoms-

H

### Hovedbudskap

Stadig flere pasienter med hjertesvikt får tilbud om polikliniske oppfølging, ledet av sykepleier. Pasientene bor gjerne hjemme og har ofte behov for sammensatte tjenester. Solid klinisk fagutøvelse samt en akademisk kompetanse som kan gi ny kunnskap, er en forutsetning for et godt omsorgstilbud til denne pasientgruppen.

K

### Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Hjertesvikt
▶ Hjerter- og kar sykdom
▶ Poliklinikk



**KRONISK LIDELSE:** Cirka 2–4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

spesifikke livskvalitetsskjemaet Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) både ved oppstart og avslutning av oppfølgings-tilbudet. Resultater hentet fra Norsk hjertesvikt-register viser at livskvalitet og funksjonsnivå målt opp mot NYHA klasse er signifikant forbedret etter seks måneders oppfølging (12).

Det er ikke lenger noen tvil om at hjertesvikt-program har effekt, uavhengig av hvilken oppfølgingsmodell som velges. Det kan imidlertid tenkes at tilbudet bør differensieres for ulike pasientgrupper som for eksempel eldre og immobile, pasienter med nydiagnostisert hjertesvikt og for pasienter i palliativ fase av sykdommen. Her er det behov for videre forskning.

### Egenomsorg

Manglende sykdomsforståelse og medikamenteterlevelse er kjente fenomener etter utskrivelse fra sykehus (13). Ivaretagelse og styrking av evne til egenomsorg har derfor vært sentralt i ulike oppfølgingstilbud til pasienter med hjertesvikt.

Begrepet egenomsorg refererer til tiltak iverksatt i den hensikt å bedre eller gjenopprette helse og velvære, samt å behandle eller forebygge sykdom (14). Konkrete elementer i egenomsorg ved hjertesvikt er blant annet daglig vektkontroll, et tilpasset kosthold med redusert saltinntak, selvmedisinering med diuretika, fysisk aktivitet og årlig influensavaksine (6). Gjenkjenning av symptomer fra tiden før sykehusinnleggelse er vesentlig for å unngå reinnleggelser. Ivaretagelse av egenomsorg kan være krevende for den enkelte pasient, der fysisk aktivitet, redusert saltinntak, det å ta influensavaksine og daglig vektkontroll skårer lavt i internasjonale studier (15). Forbedret etterlevelse av egenomsorgstiltak derimot, reduserer antall reinnleggelser (14). Veiledning i forhold til mestring av sykdom og ivaretagelse av egen helse er derfor sentralt i alle hjertesviktprogrammer.

Selv om det foreligger et betydelig potensial for både forbedret livskvalitet og reduksjon i helsekostnader, må tilbudet differensieres. Pasienter med redusert kognitiv funksjon, stor komorbidi-

tet, redusert sosialt nettverk og pasienter i NYHA klasse 4 eller terminal fase kan oppleve oppfordring om ivaretagelse av egen helse som en belastning. Sykepleiere må derfor være varsomme og

## «Det finnes ingen kurativ behandling av hjertesvikt.»

utforskende når pasienter får tilbud om veiledning knyttet til egenomsorgstiltak (16). Dette fordrer både relasjonell, pedagogisk og faglig kompetanse.

### Salutogenese

Uavhengig av oppfølgingstilbud, veiledning og evne til egenomsorg, strever mange pasienter med å akseptere og leve med sin sykdom. Antonovsky lanserte begrepene salutogenese og patogenese i 1979 (17). Begrepene innebærer en tilnærming til faktorer som bringer helse eller gjør oss syke. Vanligvis blir en pasient vurdert som frisk eller syk, mens Antonovsky vurderer



helse som et kontinuum mellom helse og uhelse. Helse er ikke hva et menneske utsettes for, men den enkeltes evne til å mestre hendelser i livet. Antonovskys teori handler derfor både om helse og mestring. Opplevelse av sammenheng er viktig for å øke motstandskraft mot negative faktorer som påvirker helse (18). Salutogene samtaleteknikker har blitt benyttet med hell hos

sjon. Oppmerksomheten i samhandlingen må rette seg både mot relasjonen sykepleier–pasient og selve lærings situasjonen (26). Pasienter med hjertesvikt har liten kunnskap om sin sykdom og hvordan de kan ivareta egenomsorg (27). Sykepleier bør derfor tilpasse undervisning og veiledning til den enkelte pasient, og avdekke eventuelle barrierer for læring som redusert fysisk og kognitiv funksjon og lav motivasjon.

#### Motiverende samtaler

Det er ulike måter å nærme seg utfordrende samtaler på. Motiverende samtale eller Motivational Interviewing (MI) er en direkte og individsentrert veiledningssamtale som kan bidra til livsendring ved å hjelpe den enkelte til å erkjenne personlige utfordringer. Samtalens hensikt er å avdekke indre motstand mot forandring og styrke vilje til endring (28). Særlig eldre pasienter med hyppige symptomer i form av pustebesvær og skrøpelighet som livsbegrensende faktorer kan bli avhengig av hjelp fra andre i hverdagen. Det er vanskelig å ivareta egenomsorg og symptomhåndtering i denne situasjonen. Bruk av personsentrert omsorg og MI forbedrer tiltro til egen mestringsevne hos eldre pasienter med hjertesvikt (29). Hos yngre hjertesviktspasienter med stor komorbiditet kan MI og oppmuntring til medvirkning i beslutningsprosessen bidra til å styrke egenomsorg og evnen til å håndtere egen sykdom (30).

#### Sykepleieres kunnskap

Det er ikke funnet noen studier som vurderer pasientutkomme ut fra sykepleieres uformelle eller formelle kompetanse. Det er likevel nærliggende å tro at videreutdannings- eller mastergrads-kompetanse vil ha betydning for valg av organisatorisk, pedagogisk og personlig pasienttilnærming. Pasientsentrert omsorg innebærer å ha kunnskap både om person og sykdom (31). Positivt psykososialt utkomme har vist å ha helsegevinst for pasienter med hjertesvikt (32). Oppfølging over tid vil være sentralt for læring og mestring. Tradisjonelt opplever pasienter kun korte møter med legene. De «lange» møtene er et sentralt tilbud i en sykepleierledet hjertesvikt poliklinikk. Tid til å lytte til den enkelte pasients personlige fortelling kan bidra til å fange opp det han eller hun opplever som vanskelig og sårbart, dette er noe som ofte forsvinner i en travel sykehushverdag. Konsultasjonen innebærer en kontinuitet i pasient–sykepleierrelasjonen med oppfølging over tid. Det å skape tid og rom for felles refleksjon om helse og livskvalitet ved kronisk sykdom, er viktig for å etablere en god læringsarena. ■■■

## «Det er ikke lenger noen tvil om at hjertesviktprogram har effekt.»

ynge pasienter med kronisk sykdom (19,20), og burde være mulig å benytte også ved sykdom hos voksne pasienter med hjertesvikt. Samtalene er ressursfokuserende, pasienten oppfordres til å se på muligheter, ressurser og egenstyrke framfor livbegrensende faktorer.

#### SOC

Grad av sense of coherence (SOC) sier noe om hvordan vi takler stressorer som for eksempel sykdom. SOC har tre kjernekomponenter (opplevelse av forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet), og kan måles med et spørreskjema (SOC scale) (21). Lav SOC hos personer med kronisk sykdom assosieres med liten evne til egenomsorg (22) og redusert livskvalitet (23). Høy SOC hos pasienter med hjertesvikt indikerer imidlertid at pasienten har gode mestringressurser (24) og stor evne til å akseptere sin sykdom (25).

#### Individuell veiledning

Pasientsentrert sykepleie handler om å redusere pasientens sårbarhet i møte med helsevesenet ved å ivareta hans behov som individ, redusere fremmedgjøring og styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll. Sykepleiepedagogisk praksis innebærer å bidra til at pasienten mestrer en endret livssituasjon.

### NYHA-klassifikasjon

- ▶ **NYHA klasse 1:** Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet
- ▶ **NYHA klasse 2:** Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet
- ▶ **NYHA klasse 3:** Symptomer på hjertesvikt ved nesten all fysisk aktivitet
- ▶ **NYHA klasse 4:** Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet

#### REFERANSER

1. St. melding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Hjeltestad, B, Breivik K, Hanssen TA. Ivarretar poliklinikkens pasientenes behov? Tidsskriftet Sykepleien 2002; 9:29-33.
3. Norekvål T, Fållun N, Alm C. Cardiovascular Nursing in Norway—On the Move. Prog Cardiovasc Nurs 2005;173-176.
4. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur J Heart Fail. 2012; 14, 803–869.
5. Mosterd A, Hoes AW. Clinical Epidemiology of Heart Failure. Heart 2007; 93:1137-1146.
6. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology 2011. Eur J Heart Fail. 2011; 13:115–126.
7. Strömberg A. Heart failure management programmes: The time for action has arrived. Eur J Heart Fail. 2005;7:1077-1078.
8. McDonagh TA, Blue L, Clark L, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. Eur J Heart Fail. 2012; 14, 803–869.
9. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission. A Systematic Review of Randomized Trials. J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 44: 810–819.
10. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. Eur J Heart Fail. 2005; 7:1133–1144.
11. Takeda A, Taylor SJC, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure (Review). The Cochrane Library, 2012, Issue 9 <http://www.thecochranelibrary.com>
12. Hole, T, Grundtvig M, Gullestad M, Flønes B, Westheim A: Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian heart failure registry. Eur J Heart Fail. 2010; 12:1247–1252.
13. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Jessup M et al. 2009 Focused Update Incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. J Am Coll Cardiol. 2009; 53:151-90.
14. Strömberg A; Jaarsma T, Riegel B. Self-care: who cares? Eur J Cardiovasc Nurs. 2012; 1: 133–134.
15. Jaarsma T, Strömberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Educ Couns. 2013; 92: 114–20.
16. Jaarsma T, Nikolova-Simons M, van der Wal MH. Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. Heart Lung 2012; 41:583-593.
17. Antonovsky, A. Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. 1979. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
18. Lorenz, KA, Lynn, J, Shugarman, LR. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008; 152:147-159.
19. Moons P, Norekvål TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic disease? A hypothesis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006; 5:16-20.
20. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. Issues Ment Health Nurs. 2007; 28:275-295.
21. Antonovsky, A. Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. 1987. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
22. Gallagher R, Donoghue J, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Self-management in older patients with chronic illness. Int J Nurs Pract. 2008; 14:373-382.
23. Norekvål TM, Fridlund B, Moons P, Nordrehaug JE, Saevareid HI, Wentzel-Larsen T et al. Sense of coherence – a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. J Clin Nurs. 2010; 19:820-831.
24. Gustavsson A, Bråånholm IB. Experienced health, life satisfaction, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure. Scand J Occup Ther. 2003; 10:138-143.
25. Nahlén C, Saboonchi F. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010; 9:118-125.
26. Hobbs JL. A dimensional analysis of patient-centered care. Nursing Research 2009; 58: 52–62.
27. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. Eur J Heart Fail. 2005; 7:363-369.
28. Ski CF, Thompson DR. Motivational interviewing as a brief intervention to improve cardiovascular health. Eur J Cardiovasc Nurs. 2013; 12: 3: 226–227.
29. Falk H, Ekman I, Anderson R, Fu M, Granger B. Older Patients' Experiences of Heart Failure—An Integrative Literature Review. J Nurs Scholarsh. 2013; 45 (3): 247-55.
30. Meyer C, Muhtfeld A, Drexhage C, Floege J, Goepel E, Schauer P et al. Clinical research for patient empowerment—a qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness. Med Sci Monit. 2008; 14:358-365.
31. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S et al. Person-centered care – ready for prime time. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10:248-251.
32. Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2004; 19:329-338.



SE  
PRISEN!

## USBEKISTAN OG SILKEVEIEN

LANGS SILKEVEIEN GJENNOM ØRKEN, FJELLANDSKAP OG KARAVANEBYER  
– MED ALBATROS-REISELEDER, 9 DAGER

Reis langs den myteomspunne Silkeveien i Usbekistan, landet der Orienten møter Russland! Vi følger karavanerutene der silke, krydder og gull ble fraktet fra Bukhara til Samarkand, byen som med sine asurblå kupler og sin nesten tretusenårige historie er en av verdens best bevarte hemmeligheter, og stifter bekjentskap med hovedstaden Tasjkent. På tross av at Usbekistan er en utforskert perle for mange er det et av Sentral-Asias mest gjestfrie og sikreste reiseland. Bli med til Samarkand!

### INFORMASJON OG PÅMELDING

Les mer på [www.albatros-travel.no/sykepleien](http://www.albatros-travel.no/sykepleien)  
[info@albatros-travel.no](mailto:info@albatros-travel.no)  
Vennligst opplys reisekode: LR-SYK

### DAGSPROGRAM

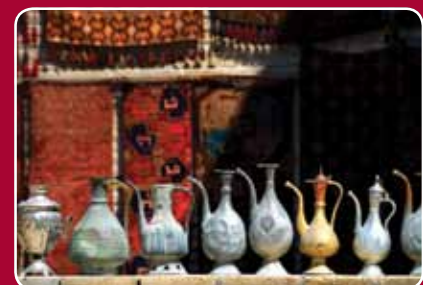
- Dag 1 Oslo – Tasjkent
- Dag 2 Tasjkent. Byrundtur og marked
- Dag 3 Fly Tasjkent – Bukhara. Byrundtur til blant annet Dødens minaret og Ark-fortet
- Dag 4 Bukhara. Emirens sommerpalass og tid på egen hånd
- Dag 5 Bukhara – Timur Lenks fødeby, Shakhrisabz – Samarkand
- Dag 6 Samarkand, Registan-torget, Shah-i-Zinda-nekropolen og emirens gravkammer
- Dag 7 Samarkand. Ulugh Begs observatorium, utflukt til profeten Daniels mausoleum og kveldstog til Tasjkent
- Dag 8 Tasjkent. Usbekistan Museum, Abdul Kassim-madrasaen, avskjedsmiddag og hjemreise
- Dag 9 Hjemreise og ankomst til Oslo

AVREISE 15. APRIL 2014 **KUN KR. 15.998,-**  
Tillegg for enkeltrom: kr. 1.998,-



### PRISEN INKLUDERER

- Skandinavisktalende reiseleder
- Fly Oslo – Tasjkent t/r
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering på hotell i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom)
- Helpensjon
- Skatter og avgifter



## Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på [www.albatros-travel.no](http://www.albatros-travel.no)

Man-fre 8:30 – 17:00, helgeåpent 10:00 – 15:00 (hele oktober og november)



## ETIKK

# Berit Daae Hustad om fotografering og taushetsplikt.

Berit Daae Hustad, er leder av Rådet for sykepleieetikk.

# Taushetsplikt i hele

Mange studenter tar bilder av ansatte og pasienter i forbindelse med studieopphold i utlandet. Det er viktig å huske på at som sykepleierstudent gjelder taushetsplikten uansett hvor man er i verden.

I løpet av de siste årene har vi flere ganger tatt opp bruk av mobiltelefon i arbeidssammenheng i denne spalten. Som oftest har det vært uheldige situasjoner, men mobiltelefonen er i noen sammenhenger et godt hjelpemiddel. Den må brukes med varsomhet og ettertenksomhet. I hjemmetjenesten brukes den blant annet for å gi beskjed til pasienter om forsinkelser og annet. I tillegg brukes den som oppslagsverk for medikamenter og prosedyrer. Da blir den benyttet som kvalitetssikring av arbeidet.

utbytte de har hatt av oppholdet.

I henvendelsen kom det fram at mange studenter tok bilder av ansatte og andre personer, pasienter og barn i nærområdet der de oppholdt seg. Det kunne også være fødende pasienter og pasienter på helsestasjoner eller i andre situasjoner som de kom i kontakt med.

Mange studenter legger mye arbeid i rapporten, og bildene brukes for å underbygge tekst og for visuelt å gi et bedre inntrykk av utenlandsoppholdet. Rapportene med bilder blir ofte lagt

benytte. Plagiat av tekst eller bilder som er gjort til sitt eget, kan oppfattes som fusk.

### Autonomi

I vår vestlige del av verden er autonomi en viktig del av menneskesynet. Det er viktig i vår kultur, for å sikre rettigheter og selvbestemmelse. Det å respektere et annet menneskes autonomi, selvråderett, selvbestemmelsesrett og individualitet tas som en selvfølge i vår del av verden.

Det at mennesket har sine rettigheter og sine plikter gjør at det kan stilles til ansvar for sine handlinger. Det er det som er selve årsaken til at mennesket kan gis en grunnleggende selvbestemmelse, og er forutsetningen for at det kan gjøres moralsk ansvarlig.

### Frivillig informert samtykke

Hvem har samtykkekompetanse? Myndige personer har samtykke, med mindre de har fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykiske utviklingshemming, slik at de ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Samtykke kan bortfalle helt eller delvis. Foreldre eller andre med foreldreansvar har rett til å samtykke for personer som ikke er myndige. Fra 12 års alder skal barnet få si sin mening og det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut

## «Bildene brukes for å underbygge tekst og for visuelt å gi et bedre inntrykk av utenlandsoppholdet.»

Likevel er det viktig at man har et reflektert forhold til hva man bruker telefonen til.

Rådet fikk for en tid tilbake en henvendelse, der spørsmålet var bruk av mobiltelefon-kamera i arbeidssammenheng. Kan man ta bilder av ulike pasientrelasjoner og situasjoner på eget kamera/mobiltelefon? Henvendelsen var i forbindelse med studenters utenlandsopphold. Høyskole- og universitetsstudenter kan ta deler av sitt studium i utlandet. Oppholdet avsluttes med en rapport der studenten beskriver studieoppholdet både faglig og sosialt og hvilket

ut på skolens hjemmesider slik at andre kan få se hva utenlandsoppholdet går ut på. Rådet for sykepleieetikk fikk da spørsmål om det var lov til å bruke bilder av personer eller pasienter uten samtykke fra dem det gjelder?

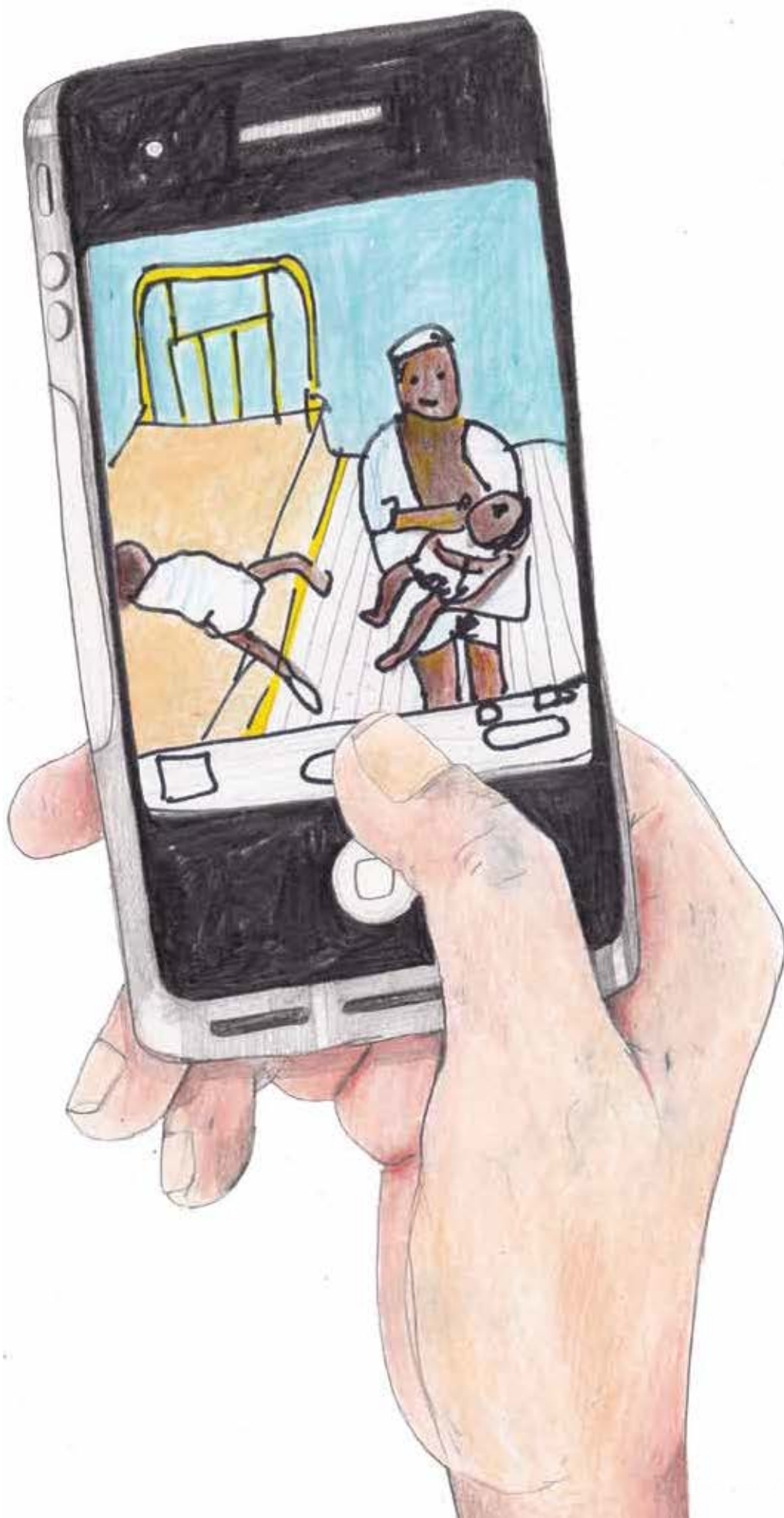
### Referanser

Alle sykepleierstudenter lærer viktigheten av å oppgi sine kilder i alle skriftlige innleveringer. All data som benyttes, enten det er tekst, diagrammer eller bilder, skal refereres til i literaturlisten eller eventuelt få samtykke til å





# verden



fra alder og modenhet. Slik opparbeider man full samtykkekompetanse når man er myndig.

Yrkesetiske retningslinjer § 2.4 sier at: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.»

## Taushetsplikt

Taushetsplikten er en lovpålagt plikt til å sørge for at opplysninger man har om en person ikke meddeles eller på annen måte kommer andre til kunnskap om personlige forhold. Helsepersonelloven § 21 sier at: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell». Som sykepleierstudent gjelder taushetsplikten uansett hvor i verden man måtte befinne seg.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2.6 sier at: «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger».

Hvordan kan man da forsvare at bilder av pasienter og pårørende blir brukt ukritisk i reisebrev, rapporter og annet?

Hvordan vil du ivareta dette? ■■■



Ann Kristin Austarheim, anestesisykepleier på Ahus og tidl. høyskolelektor

# Å bli sykepleier er ingen menneskerett

Jeg håper sykepleierutdanningen snart vil bli en utdanning med høyere kvalitet enn i dag.

**D**a jeg leste artikkelen «Klar for virkeligheten?» i Sykepleien nummer 10, ble jeg provosert og veldig bekymret over resultatene fra den frivillige kunnskapstesten som var utarbeidet av NSF Student. Jeg ble provosert fordi det er så lett å bestå sykepleierutdanningen uten altfor mye slit. Det er jo tross alt en høyere utdanning, og da bør man kunne forvente at det stilles krav deretter. Det skal ligge prestisje i å gjennomføre en slik utdanning. Bekymringen min bunner i yrkets alvorlighetsgrad. Virkeligheten som sykepleier og student stemmer ikke overens. For øvrig er jeg heller ikke overrasket over de dårlige resultatene fra den frivillige kunnskapstesten. Men det har motivert meg til å skrive en kraftig kritikk av sykepleierutdanningen. Å være rund i kantene hjelper ikke. Det er på tide å kalle en spade for en spade og innse hvilke konsekvenser det vil få for utdanningen i framtiden, at den ikke holder mål. Studenter og utdanning er mine hjertesaker, og jeg har mange tanker og visjoner for hvordan jeg ønsker det skal være framover. Det skal være tøft å være sykepleierstudent, og det skal være hardt. Det vil si at det skal være tidkrevende å oppnå gode resultater både i teori og praksis.

## Vi må sette høye krav

Vi leser og hører om mye som er galt med sykepleierutdanningen, og hvor dårlige studentene gjør det i praksis og på skriftlige skoleeksamen. Dette er ikke noe nytt. Jeg tror også mange er mektig lei av å lese om det. Men når skal det skje en konkret endring på høyskolene? Jeg vet at noen allerede har gjort endringer i utdanningsprogrammet. Jeg håper bare at det fører til at man siler ut flere studenter som ikke består, fordi kravene blir enda høyere. Sykepleierutdanningen skal ikke være en blindtarm på siden av alle andre hverdagslige gjøremål. Utdanningen er for mange blitt en fritidssyssel, hvor man kun engasjerer seg når man har tid til det. Slik blir man ikke en god student. Men de fleste består, dessverre. Når man studerer sykepleie, er det etter min mening viktig å ta utdanningen alvorlig. Særlig med tanke på at det kan ende med døden for pasientene man møter om man ikke har gode nok kunnskaper og ferdighetstrening. Dette viser den frivillige kunnskapstesten fra NSF Student. 33 av 550 besvarelser ville tatt livet av pasienten, og over halvparten strøk på denne testen. Sykepleierutdanningen trenger et seriøst løft med tanke på alt det som kreves

av oss i helsevesenet i dag. Politikerne har også åpnet opp for at sykepleierne skal få økt ansvar, og da er det viktig at vi innfrir de kravene dette vil stille til oss. Det er mulig jeg kaster ut en brannfakkell, men det får så være: Per i dag lurer jeg nesten på om det er helsefagarbeidere vi utdanner, og ikke sykepleiere som skal håndtere vanskelige og komplekse pasientsituasjoner.

## Kombinerte stillinger

Jeg er stolt over å være sykepleier og jeg brenner for yrket mitt. Det har jeg alltid gjort. Kritikkkverdige forhold på sykepleierutdanningen gjelder ikke bare lave krav, det gjelder også kunnskapsnivå og praksisveiledning. Det er ikke rart at så mange gjorde det dårlig på kunnskapstesten når testen ligger over nivået studentene blir testet i på skolene. Det er altså skolens nivå som ikke kvalifiserer til høyskolenivå. Dermed er det ikke bare studentene som trenger et spark bak, det gjør også lærerne. Mitt forslag er at lærerne går inn i kombinerte stillinger, hvor praksis blir en del av stillingen på skolen. På den måten holder de seg oppdaterte og formidler samtidig et realistisk bilde av yrkeslivet til sykepleiere. De fleste



**Tema** UTDANNINGEN  
 18 – Det var dette vi fryktet  
 20 Studenter og lektorer har talt  
 22 – Urovekkende

# Klar for virkeligheten?

- I en landsomfattende test strøk 52 prosent av avgangsstudentene i sykepleie.
- 550 studenter deltok i den frivillige kunnskapstesten.
- 33 svarte feil på spørsmål som ville tatt livet av pasienten.

Tilrettelagt av Kari Anne Dalen og Ann-Kristin Borch Helmers / Foto: Annelotte Birch Helmers



**FAKSIMILE:**  
 Fra Sykepleien  
 nr. 10/2013.

kjenner til at mange av lærerne ikke har vært i uniform de siste tiårene, og mye har skjedd i praksis siden den gang. På grunn av dette kan man også sette spørsmålsteget ved kvaliteten på de fagene det foreleses i. Ifølge artikkelen svarer mange lektorer selv at de er usikre på om studentene kan det som kreves av dem i yrkeslivet. Det er jo mildt sagt sjokkerende. I min kronikk i Sykepleien i fjor, kritiserte jeg den sterke vektleggingen av etikk i sykepleierutdanningen og at emner i medisinske fag mer eller mindre blir skjøvet ut på sidelinjen. Noen misforsto meg, og trodde jeg overhodet ikke brydde meg om etikk i møte med syke mennesker. Det er helt feil. Selvfølgelig er jeg opptatt av etikk. Respekt og omsorg er viktig. Jeg snakket med en god kamerat av meg som var medsensor på en bacheloroppgave. Han vurderte å stryke denne studenten på grunn av tynn medisinsk forståelse, men den andre sensoren ville gi toppkarakter på grunn av gode etiske refleksjoner. Den ene sensoren hadde ikke lagt vekt på det medisinske, og nærmest oversett dette. Jeg tror dessverre at dette ikke er en enkeltstående hendelse, men at slike vurderinger skjer på de fleste høyskoler.

### Dårlige praksisplasser

Neste punkt jeg vil kommentere, er dårlige og irrelevante praksisplasser. Dette ble også trukket frem i artikkelen som kritikkverdige forhold ved utdannelsen. Som lektor vet jeg at det er en knallhard kamp blant skolene om å få gode praksisplasser. Da tenker jeg spesielt på de store byene som har flere skoler med sykepleierutdanning. Men alle studenter har krav på god og relevant praksis. Det tror jeg alle er enige om. Sykepleieryrket er jo et praktisk yrke, og da er det jo en selvfølge at mesteparten av kunnskapen læres i praksis. Alle ønsker at sykepleierpersonell de vil møte når de blir syke eller møter helsevesenet som pårørende, er kvalifiserte.

### Veiledning

Det siste punktet jeg vil kommentere er dårlig praksisveiledning. Det finnes heldigvis ikke bare dårlige praksisveiledere, men det er likevel for mange. Mange sykepleiere blir tvunget til å veilede. Mange synes det blir for mange veiledningsperioder etter hverandre, slik at de aldri får et pust i bakken. Og andre synes faktisk det et ork å veilede, og ønsker ikke den konfrontasjonen man må ta hvis studenten

ikke fungerer. Det er ikke noe hyggelig å vite at studenter i mange tilfeller har endt opp med å være en belastning for praksis. Resultatet blir ofte at praksisveilederne ikke engasjerer seg like mye under vurderingssamtalene. Noen ganger blir det ikke satt av nok tid til vurderingssamtaler, fordi praksisveilederne har tusen andre ting å gjøre den dagen. Resul-

## «Men de fleste består, dessverre.»

tatet blir at mange av vurderingssamtalene blir kraftig forkortet, slik at det ikke blir rom for en samtale studentene kan noe lære av. Etter min mening ender det mange ganger bare opp med «svada»-tilbakemeldinger, for å bli fort ferdig. Jeg synes avdelingssykepleierne skal legge til rette for studentsamtalene, fordi disse samtale er en viktig del av praksisopplæringen. Jeg tør påstå at mange studenter sitter igjen med det samme inntrykket. De vil jo lære. Og mange er sterkt motiverte. Heldigvis. Men motivasjonen blir kraftig redusert på grunn av lite utbytte av praksisveiledningen. ■■■

😊	SYKD.	PUST LYSA	▼	FISK	DRIKK	HJEMME	ÅTSEL KVISE	▼	PLAGG	RENN	AMMER LEVER	▼	ART.	STOFF FARGE	▼	▼	KÅTE	NATT- SKJORTE UNG	▼
OPERA- SJONS- STUE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
AMBU- LANSE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	BLOND	▼	▼
NA	▼	▼	EMNE	▼	TALL PREP.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
FELLES GEN	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
KVIN- NEN	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
LÆR- ERE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
SYKD.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
ELV FJELL	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
BEHAND- LINGS- TYPE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼

Se løsning på kryssord side 80.

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 Når ble meslingeviruset første gang påvist?

- A 1654
- B 1754
- C 1954

## 2 Når ble den første meslinge-epidemien i Norge beskrevet?

- A 1066
- B 1349
- C 1669

## 3 Hvor mange liv tar meslinger hvert år i verden?

- A Nesten 100 000
- B Nesten 160 000
- C Nesten 200 000

## 4 Fins det vaksine mot meslinger?

- A Ja
- B Nei
- C Er under utprøving

## 5 Hvordan smitter meslinger?

- A Ved luftsmitte og kontaktsmitte
- B Ved bare kontaktsmitte
- C Ved blodsmitte

## 6 Smitter meslinger lett?

- A Ja
- B Nei
- C Usikkert

## 7 Hvem er reservoar for meslingevirus?

- A Både mennesker og dyr
- B Bare mennesker
- C Bare dyr

## 8 Har det nylig vært utbrudd med meslinger i Norge?

- A Ja, i 2011
- B Nei
- C Det er utbrudd hele tiden

## 9 Hva ville de rødgrønne vaksinere norske barn mot?

- A Vannkopper
- B Rotavirus
- C RS-virus

## 10 Hva slags sykdom gir dette viruset?

- A Utslett
- B Omgangssyke
- C Neseforkjølelse



**10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



**6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)



**NORSKE BARN FÅR MANGE VAKSINER:** Men hvilken kan de snart få i tillegg? Illustrasjon: Colourbox

SVAR: 1C, 2C, 3B, 4A, 5A, 6A, 7B, 8A, 9B, 10B

Fler og fler sykepleier-  
konsultasjoner. Side 78

Har store forventninger  
til helseministeren. Side 81

Hva skal sykepleier-  
studenter kunne? Side 80

Sterke  
synspunkter?  
Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din  
mening på e.post til:  
redaksjonen@  
sykepleien.no  
eller som brev til:  
Sykepleien,  
p.b. 456 Sentrum  
0104 Oslo

TETT PÅ **BENT HØIE**

«Det må være  
lov å ruse seg  
på sykehjem.»

84

KRONIKK **MORTEN NØRHOLM OG KARIN ANNA PETERSEN**

«En sykepleierstudent tilegner seg  
ikke «virkelig» relevant praksis før  
hun blir ansatt på en avdeling.»

82



## NSF HAR ORDET

# Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

# Kvalitet og tilgjengelighet med sykepleiere på poliklinikken

I 2012 ble det utført over 5 millioner polikliniske konsultasjoner ved de somatiske sykehusene. En stor del av dem ble utført av sykepleiere.

**F**ram til 2009 ble konsultasjoner utført av sykepleiere registrert som legekonsultasjoner. Ikke fordi legene ville det slik, men fordi finansieringsordningene var utformet på en måte som gjorde det nødvendig. Etter regelendringen i 2009 har det blitt stadig flere konsultasjoner som utføres av sykepleiere, og registreringen er blitt bedre.

Fra ordningen med innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997 og frem til 2009 måtte polikliniske konsultasjoner registreres som legekonsultasjoner for å utløse refusjon. NSF arbeidet derfor gjennom flere år for å få endret ordningen for innsatsstyrt finansiering, slik at konsultasjoner utført av sykepleiere og jordmødre kunne utløse refusjon. For NSF har dette vært viktig for å synliggjøre den faktiske arbeidsdelingen mellom profesjonene, og for å legge til rette for en best mulig utnyttelse av kompetansen og arbeidskraften i sykehusene.

Fra 2009 ble ISF-ordningen endelig endret slik at helsepersonellgruppene i stor grad ble likestilt når det gjaldt å utløse refusjon. Per i dag er det bare 12 såkalte DRG'er (diagnoserelaterte grupper) som er forbeholdt leger. Det betyr at myn-

«Utviklingen har så langt vært positiv.»

dighetene langt på vei har lagt til rette for at en større del av aktiviteten ved poliklinikkene kan ivaretas av sykepleiere. Det er dermed opp til helseforetakene å benytte seg av disse mulighetene.

NSF har gjennom flere år fulgt med på utviklingen når det gjelder polikliniske konsultasjoner utført av sykepleiere. Utviklingen har så langt vært positiv – antall registrerte sykepleierkonsultasjoner har økt jevnt og trutt. Samtidig har vi observert store og stabile forskjeller mellom sykehusene i hvor stor andel av de polikliniske konsultasjonene som utføres av sykepleiere.

For kort tid siden fikk vi en ny rapport. Rapporten, som er utarbeidet av Analysenteret A/S,



**KONSULTASJON:** Sykepleiere og jordmødre sto for 10 prosent av alle refusjonsberettigete konsultasjoner i poliklinikk i 2012. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston.

er interessant lesing. Den viser at i 2012 ble det utført i overkant av 465 000 refusjonsberettigete polikliniske konsultasjoner av sykepleier/jordmor ved norske sykehus (OUS ikke medregnet). Når vi ser på det totale antallet sykepleierkonsultasjoner, det vil si både refusjonsberettigede og ikke-refusjonsberettigede, utgjorde dette omtrent 10 prosent av samtlige polikliniske konsultasjoner 1. tertial 2013. Legene stod til sammenlikning for 75 prosent.

10 prosent er ikke mye, vil du kanskje si. Nei, men rapporten viser at andelen sykepleierkonsultasjoner varierer fra 5,8 prosent ved Sykehuset Innlandet HF til 22 prosent ved Helse Førde HF. Ved universitetssykehusene alene (OUS ikke medregnet på grunn av mangelfull rapportering) varierer andelen fra 7 prosent ved Akershus universitetssykehus til 15,8 prosent ved Stavanger universitetssykehus. Hvorfor er det slik? Og hvilken betydning har det for effektiviteten og kvaliteten ved det enkelte sykehus?

Per i dag vet vi ikke med sikkerhet om de observerte forskjellene mellom sykehusene skyldes praksisforskjeller eller registreringsrutiner. Jeg syns det er på tide at sykehusene selv ser nær-

mere på dette. Sykepleierne utgjør den klart største utdanningsgruppen ved norske sykehus: Ved utgangen av 2012 arbeidet det over 27 000 sykepleiere ved de somatiske sykehusene (Samdata 2012, Helsedirektoratet). Svært mange av disse har også en spesialist- eller videreutdanning. En kartlegging gjennomført av Fafo i 2009, på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, viste at over 60 prosent av sykepleierne som arbeidet i helseforetakene hadde dette.

God utnyttelse av den store og viktige ressursen som sykepleierne utgjør er helt avgjørende for å sikre effektiv drift av sykehusene, og befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre satte dette på dagsorden i sin sykehustale i januar i år, hvor han snakket om behovet for å få til en bedre oppgavedeling mellom helsepersonellgruppene. I lys av løftene om fritt behandlingsvalg og reduserte helsekøer skal det bli spennende å se hvordan vår nye helseminister velger å følge dette opp. ■■■

Eli Gunhild By

## Psykisk helse i skolen

Veien til god psykisk helse er kunnskap og åpenhet. Psykisk helse bør bli et obligatorisk skolefag (2 timer per uke) i grunnskolen, ungdomsskolen og videregående.

I dag har blant annet fagene fysisk aktivitet, naturfag, mat og helse og samfunnsfag fast plass på timeplanen i grunnskolen. Hvorfor står ikke faget psykisk helse på timeplanen, da alle mennesker har en psykisk helse?

Målet med innføringen av faget bør være å lære og sette ord på tanker og følelser, bli kjent med egne følelser og å dele disse med andre. De bør også få opplæring om forskjellige psykiske lidelser og ulike reaksjonsmønstre, samt få tildelt verktøy i hvordan håndtere kriser i livet. Fagfolk og folk med brukererfaring i psykisk helsevern bør stå for undervisningen.

Jeg tror faget kan bidra til større åpenhet mellom mennesker, minske frykten for «annerledeshet»,

samt motvirke fordommer mot psykiske lidelser. Innføring av faget kan også langt på vei forebygge selvmord, mobbing og bidra til å styrke toleranseevnen.

Norge har cirka 555 selvmord i året, som er tre ganger så mange som dør i trafikken. Psykiske lidelser koster årlig samfunnet ca. 40 milliarder kroner bare i trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosiale utgifter. Om lag 225 000 mennesker står utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske lidelser.

Tiden er moden for å tenke forebygging. Innføring av skolefaget Psykisk helse vil utvilsomt spare store samfunnsutgifter og ikke minst viktig, spare mange tusen mennesker for lidelser.

Håper politikerne tar dette på alvor og setter av plass i budsjettet til innføring av psykisk helse som fag i skolen.

*Gunn Pound, leder Mental Helse, Stovner i Oslo*

## Hjelpekunst på sparebluss

«For å kunne hjelpe en annen,  
Må jeg forstå mer enn ham,  
Men dog først og fremst forstå det han forstår.  
Når jeg ikke gjør det,  
så hjelper min merforståelse ham slett ikke.»

*(Utdrag fra Søren Kierkegaard's «Om Hjelpekunsten»)*

Dagens massive satsing på fagkunnskap, forskning, kvalitet, kontroll og effektivitet stjeler nødvendig tid fra brukere og pasienter. Lover, forskrifter og kommunale planer understreker betydningen av større brukerfokus, brukermedvirkning og tidlig intervensjon. Virkeligheten er at tid til dialog, omsorg og samarbeid til beste for den som trenger det nedprioriteres og vanskeliggjør behovet for tidlig og individuelt tilpasset hjelp.

«Kunnskap hjelper, men kunnskap alene kan ikke hjelpe noen. Hvis du ikke bruker hodet, hjerte og sjelen vil du ikke kunne hjelpe et eneste menneske.» Dette er klar tale fra den kjente psykiateren

Elisabeth Kybler-Ross. Lite nytter teorier hvis den som søker hjelp ikke får følelsen av å bli sett, forstått og akseptert. Det personlige møte har stor betydning for den som trenger støtte. Helse,- og omsorgsarbeidere går på akkord med seg selv i dag fordi tid til oppfølging og omsorg er satt på sparebluss.

Kunnskap er makt. Den som trenger hjelp skal oppleve støtte fra fagpersoner, ikke maktesløshet. Dette ble sagt av en pårørende i en sammenheng med fagfolk som etterlyste mer kunnskap; «Dere snakker så mye om behov for mer kunnskap, men hva med holdninger?» Erfaringskompetanse må tas på alvor, og ikke bli sett på som mer til bry enn som den utvidelse av forståelsen og retning for tiltak den burde utløse. Kunnskap sammenholdt med brukere og pasienters erfaringskompetanse vil gi bedre helsegevinst for dem som trenger det.

Leonardo da Vinci har sagt det så tydelig: «De vitenskaper som ikke er utgått fra erfaringen og som ikke ender i erfaringen, er fruktesløse og fulle av feil.»

**Fra Sykepleiens Facebook-side**

 – **Nei til reservasjonsrett** 

**Stian Eiesland:** Lurer på hva man må gjøre for å unngå å bli gravid i utgangspunktet. Tydeligvis er det en større og viktigere rettighet å ha sex enn det er for fosteret å få kunne fortsette å leve. Det er en skam!

**Mari-Ann Lund:** Noen mener tydeligvis at de kan velge fritt på en meny av oppgaver som passer dem:( De som har samvittighetskvaler får tilpasse seg, ikke pasientene.


**Ellen Louise Eira Nordgård:** Dette er en sak vi sykepleiere skal være forsiktige å uttale oss om, dette er legens ansvarområde. Og jeg har personlig ingen problem med å forstå legers samvittighetskvaler. Når det gjelder assistert befruktning, skjønner jeg ikke helt hvorfor dette skal skape dårlig samvittighet hos lege (å gi et liv i gave) kontra det å bistå til abort (ta bort liv).

Jeg har brukt flere sitater fra store tenkere og menneskekjennere for å understreke sannheter med lang holdbarhet. Avslutningsvis vil jeg sitere kirkefader Augustin som levde i det 14. århundre: «Håpet har to vakre dører; fortvilelsen og motet.» Fortvilelsen over tingenes tilstand og motet til å gjøre noe med det.

Jeg er fortvilet over at det ikke legges større vekt på det personlige møtet og omsorgens betydning i 2013, men har mot til å hevde at den største og billigste helsegevinsten får vi om vi som Kierkegaard gir god hjelp som er tuftet på gjensidig respekt, likeverd, medbestemmelse og helhet.

*Berit Hamre, sykepleier og helsesøster*

**[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)**

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) 

## «Studenter og lektorer har talt..»

Tidsskriftet Sykepleien har lagt fram resultat fra en undersøkelse blant sykepleiestudenter og lærere i utdanningen. Direktøren i Nokut bekymres også hvis det som kommer fram i undersøkelsen er riktig.

Det er ingen grunn til å tvile på resultatet av denne undersøkelsen. Jeg tror både studenter og ansatte i høyskoler rundt i landet kjenner seg igjen i disse beskrivelsene.

Det er også sant at utdanningene gjør mye for å kompensere, eller gjøre utdanningene så gode som mulig. Det er blant annet betinget av hvem som søker, hvor mange som skal utdannes og et helsevesen (praksisfelt) som skal ta imot disse studentene. Og det har å gjøre med hva det vil si å være og å bli en dyktig sykepleier. Så langt vil jeg anerkjenne våre felles opplevelser og erfaringer.

Men, for å ta et helt annet utgangspunkt til utdanning av sykepleiere, og for å sette disse erfaringene og utfordringene litt i kontrast: Mange av ungdommene som tar høyere utdanning innen helse ønsker å bli sykepleier. Sykepleie er et av helsevesenets viktigste yrker i pleie- og omsorgstilbudet til pasientene, enten de er i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Dette er utfordrende for utdanningen. Tolkingsnøkkelen og forståelsen av hvorvidt utdanningen lykkes, skjer via et filter av

normer og forventninger om hva som er «godt nok».

Hva slags kompetanse skal en sykepleier ha, som skal forberede dem til å ivareta pasientenes grunnleggende behov uansett hvor de måtte arbeide – til et stadig mer spesialisert helsevesen – som ikke organiseres etter pasientens beste nødvendigvis, men som gir mest mulig kostnadseffektive behandlingsregimer?

Jeg tror sykepleiestudenter etter hvert kan mye og vet mye, samtidig som vi/vår utdanning gjør det vi kan for å komponere utdanningsprogrammene slik at vi «får ut» maksimalt på den tiden vi har til disposisjon. På tross av det er min erfaring at studenter i sykepleierutdanning ikke føler seg bedre og bedre forberedt til yrket utover i utdanningen, men fokuserer mer og mer på hva de ikke kan. Den «psykososiale livskvaliteten» hos sykepleiestudenter er lavere enn hos andre studentgrupper, viser en undersøkelse. De må være noe tid i jobb før de har tatt igjen de andre helsefaggruppene (Nerdrum m.fl. 2013).

Slike forskningsresultater skulle vi tatt mer på alvor. Hvordan kan vi forberede studenter på en virkelighet som er som den er, dvs. lære å håndtere denne, og samtidig sikre kvalitet i yrkesutøvelsen? Hvilken rolle får utdanningen om kvalitet i utdanning ikke (bare) er avhengig av kvalitet i den virkeligheten de utdanner seg for?

Her tror jeg utdanningen har en viktig funksjon – og det er å hjelpe studentene til å sortere og vurdere erfaringene de gjør, slik at erfaringer kan bli «produktive» for læring. Det er også viktig å spørre hvordan utdanning kan bidra til refleksjon og til å utvikle en kritisk sans, samtidig som vi må og skal sikre et godt batteri av ferdigheter som er nyttige for den praktiske yrkesutøvelsen i sykepleie.

Jeg tror likevel å trene seg i å møte virkeligheten som den er, kan utfordre studentenes læring på å håndtere overgangen mellom kunnskapen når den er «teoretisk» (i hode/på skolen) og når en bruker munnen eller hendene (i praksis).

Så, det er mange utfordringer knyttet til å utdanne for en yrkesfunksjon, der mange også har interesser i hva sykepleiere skal og bør lære. Derfor finnes mange forventninger hos studenter, lærere, pasienter – hos folk flest. Akkurat dette tror jeg er en medvirkende faktor for hva som blir vurdert som «godt nok», eller hvordan bekyrninger kommer til uttrykk.

Til slutt et ønske: Vi har en stadig jobb å gjøre for å gjøre utdanningen best mulig – og å sikre den beste utdanningskvalitet, gitt de rammene vi har og får for det formålet sykepleietjenesten skal ivareta. Det er å utfordre og motivere studenter med de forutsetningene og potensialer de har, men likevel sette foten ned når utdanningsprogrammets forventninger (læringsutbytter) ikke innfris. Her er det fort gjort å forenkle noe som er fryktelig vanskelig, fordi det ikke alltid er et klart forhold mellom prestasjoner til eksamen og hvorvidt en kan gjøre feil i praksis.

Derfor ønsker jeg meg en avklaring rundt studentenes introduksjon til arbeidslivet. Det bør ikke være slik at nyutdannede blir satt på ansvarsvakter med en gang etter endt utdanning, fordi en ikke har råd til annet, eller forventer at de skal kunne, vite og mestret det meste fra dag én! Nyutdannede frykter akkurat den situasjonen! Om dette kunne endres til en «ny forventning» om en tilrettelagt overgang/introduksjon som nyansatt, så ville utdanningene og ikke minst studentene, kunne «senke skuldrene».

Og for studentene vil dette trolig innebære et bedre læringsmiljø, fordi de ikke blir så stressa over alt de ikke kan!

Utdanningens «gjenytelser» kunne i mye større være grad å fokusere på muligheter – gitt det praksisfeltet som faktisk er som det er – å forberede studentene på virkeligheten og gi dem tro på at de kan gjøre en forskjell.

Dag Karterud, instituttleder, Institutt for sykepleie på Høgskolen i Oslo og Akershus

### Løsning på kryssord på side 76

SYKD.	PUST LYSA	P	FISK	DRUKK	HÅVING	ATSEL KVISE	L	PLAGG	RENN	AMMER LEVER	D	ART.	STOFF FARGE	R	KATE	NATT- SILGORTS UNG	P		
OPPERA- SJONS- STUE	A	N	E	S	T	I	S	I	P	L	E	I	E	R	A	R	E	N	A
AMBU- LANSE	P	A	S	I	E	N	T	K	J	Ø	R	E	T	Ø	Y	BLOND	L	Y	S
NA	P	T	EMNE	K	TALL PREP.	N	I	PLATE YTTER- LIG	E	P	R	WC HAR	D	O	RING	S	FUGL	I	
FELLES GEN	E	T	T	FORF. BYGG	O	E	SKIPSF. BOD	M	K	ORGAN	LIKE	E	ORGAN ØKI	N	A	K	K	E	
A	N	L	E	G	G	GONO- KOKK MAL	B	A	K	T	E	R	I	E	PRON.	N	O	E	N
KVIN- NEN	D	A	M	A	FISKE SELEGG	A	U	R	E	R	OM- RADE	R	E	S	E	R	V	A	T
LÆR- ERE	I	M	A	M	ÉR	REST SMA- VOKST	G	R	U	T	TEGNE- SERIE- FIG.	R	KUI	ELV GUD	O	S	BYGE	D	
SYKD.	C	P	PRON. DUO	M	I	NOE	L	I	T	T	N	GIR DRIKS RØRE	T	I	P	S	É	R	
ELV FJELL	I	E	P	E	R	WC- ØRNE PREP.	I	N	PLATE	LYS- KILDE BYGE	T	E	L	Y	S	JAVRA HELDEN	Y	L	A
E	T	N	A	EXLE	A	T	A	L	E	BRUSK- RING	M	E	N	I	S	K	K		
BEHAND- LINGS- TYPE	T	E	R	M	I	N	A	L	P	L	E	I	E	S	T	E	N	T	





## INNSPILL

# Bemanning

Karen Brasetvik, leder for 4500 sykepleiere i Østfold

# På vakt for Erna

Mens vi er på vakt, er det mange som vil endre sykepleiernes vaktordninger.

**S**ykepleierne er på vakt døgnet rundt. Vi er på vakt i helger, ferier og høytider for å sikre pasientene best mulig behandling. Og vi vokter spent hva den nye regjeringen vil gjøre for å styrke helsetjenesten både i sykehusene og landets kommuner.

Akkurat nå gleder vi oss over at den nye helseministeren har sørget for god og kvalifisert sykepleierdekning på sitt kontor. Med Sykepleierforbundets tidligere forbundsleder Lisbeth Normann og Østfolds tidligere fylkesleder Anne Grete Erlandsen som statssekretærer, har statsråd Bent Høie satset på sterke, kompetente rådgivere ved sin side.

Vi har store forventninger til helseministerens nye team. Og vi håper den nye regjeringen satser på å sikre landets helsetjenester bemanning som er god og stor nok. Utfordringene står nemlig i kø. Med dagens utdanningskapasitet vil vi mangle 30 000 sykepleiere om 20 år. Derfor må regjeringen styrke rekrutteringen til sykepleieryrket.

– Uten sykepleierne stopper Helse-Norge, sa tidligere helseminister Jonas Gahr Støre. Det har Akershus universitetssykehus smertelig fått erfare. Store utfordringer og lite handlingsrom på grunn av altfor knappe økonomiske rammer har lenge gjort det vanskelig å drive dette sykehuset. Det handler ikke om turnusproblemer. Her har det lenge vært for liten bemanning og for stort arbeidspress på de ansatte, noe både Helsetilsynet, Arbeidstilsynet og Pasientombudet har advart mot. «Sørge-for-ansvaret» til den nye helseministeren blir å sikre bedre rammebetingelser slik at det er mulig å lede sykehuset på en god og ansvarlig måte.

Vi som er på vakt, trenger flere kolleger både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Det fødes stadig flere barn. Det er flott – det trengs. Da trenger vi også flere jordmødre og helsesøstre. Den medisinsk-teknologiske utviklingen fører til stadig flere behandlingstilbud og større etterspørsel etter helsetjenester. Og det blir stadig flere eldre eldre. Derfor trenger vi flere sykepleiere som kan sørge for nødvendig behandling, rehabilitering eller en verdig avslutning når livet nærmer seg slutten.

Hva skal til for at Ola og Kari, Ali og Fatima vil bli sykepleiere

når de blir store? Vi vet at konkurransedyktig lønn, gode arbeidstidsordninger og robuste fagmiljøer er viktig for å rekruttere sykepleiere. SSB-forsker Lars J. Kirkebøen har beregnet livslønnen til ulike yrkesgrupper. Høyest av profesjoner med 3-4 års høyskoleutdanning ligger ingeniører med 14,22 millioner kroner i livslønn. Sykepleiere og førskolelærere havner på jumboplass med under 9 millioner kroner i livslønn. I dag tjener menn i industrien med 3 års høyskoleutdanning 150 000 kroner mer i året enn en sykepleier. Er det rart offentlig sektor har rekrutteringsutfordringer? Det kan den nye regjeringen gjøre noe med!

Da likelønnskommisjonen foreslo en likelønnsnett for å rette opp de store lønnsforskjellene mellom kvinne- og manndominerte profesjoner med like lang utdanning, var Høyres svar en kompetansenett. Nå er Høyre i regjering og kan vise at de mener alvor med å satse på kompetanse og sykepleiere allerede i neste års lønnsoppgjør.

«Vi som er på vakt, trenger flere kolleger både på sykehus og i kommunene.

Mens vi er på vakt, er det mange som vil endre sykepleiernes vaktordninger. Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter mener arbeidsmiljøloven er for lite fleksibel og at de tillitsvalgte har for stor makt. De vil at arbeidsgivere skal kunne instruere sykepleierne til hyppigere helgearbeid. Arbeidsmiljøloven er svært fleksibel. Imidlertid krever det innsikt i loven og samarbeid med tillitsvalgte for å kunne bruke denne fleksibiliteten. Moderne og attraktive arbeidsgivere har skjønt at det er gjennom samarbeid og involvering at partene i arbeidslivet finner de beste løsningene, ikke ved tvang.

Bemanningsutfordringene i helsesektoren løses ikke ved å pålegge ansatte enda større belastninger. Vi trenger flere sykepleiere på vakt. Så sats på sykepleierne, Erna, og lykke til! ■■■



Morten Nørholm (bildet), ph.d.,  
universitetslektor i pedagogik,  
Uppsala universitet

Karin Anna Petersen, ph.d.,  
professor i sykepleievitenskap,  
Universitetet i Bergen

# Standardsituasjoner kun i bøker

Hvordan kan man tro at et svar i en flervalgsoppgave sier noe om hva som ville skjedd dersom den tenkte situasjonen virkelig hendte?

Vår første reaksjon da vi leste kunnskapsundersøkelsen NSF Student hadde gjennomført i form av en flervalgsoppgave, referert i Sykepleien nr. 10-2013, var at det slett ikke er bra at 33 av 550 sykepleiere ville sette igang en behandling som ville ført til at pasienten døde.

Her er innholdet i spørsmålet som fikk 33 studenter til å ta livet av enkefru Knudsen. Hun blir funnet bevisstløs i sitt eget hjem:

«Hypoglykemi (for lavt blodsukker) er en viktig årsak til bevisstløshet, og ambulanspersonellet målte derfor blodsukker hos fru Knudsen. Hos denne pasienten var verdien for høy, men hadde den vært for lav burde amulansepersonellet...

- a) ... umiddelbart gitt insulin subkutan
- b) ... avbrutt alle andre tiltak og prioritert raskest mulig transport til sykehuset
- c) ... umiddelbart gitt intravenøs infusjon med konsentrert glukoseløsning.»

«Testen sier ingenting om hvordan en sykepleier vil reagere i praksis.»

Her var det flere av avgangstudentene som ville gitt insulin, noe som ville tatt livet av pasienten. De som svarte feil på dette spørsmålet fikk automatisk stryk. Skolene har nå fått tilbakemelding på resultatene ved sin skole.

## Mer en gjenfortelling

Grunnleggende sett stilles aldri de spørsmålene som virkelig er interessante: Hvordan kan man tro at et svar i en flervalgsoppgave sier noe om hva som ville skjedd dersom den tenkte situasjonen virkelig hendte? Hvilke forutsetninger er det som ligger til grunn og som man aldri stiller spørsmål ved?

Vi forutsetter at den teoretiske utdanningen med påfølgende praksis overlapper hverandre og henger nøye sammen. Dersom man har lest en bok om hvordan man skal reagere i en tenkt situasjon, og man kan gjenta det som står i læreboken, antas det at man gjør akkurat som beskrevet dersom situasjonen virkelig oppstår. Standardsituasjoner forekommer kun i bøker, og hendelsene vil sannsynligvis aldri fortone seg på samme måte i virkeligheten.

Dette vet man imidlertid ikke noe systematisk om.

Det ligger underforstått i innlegget at en rasjonell handlingsteori ikke tar opp i seg at man empirisk kan vise at praktiske handlinger skjer som en følge av det som faktisk er praktisk mulig under de gitte omstendighetene. Mennesker handler gjennom praktisk sans *in situ* og *in actu*, det vil si som følge av livserfaring, ikke som følge av det som står i læreboken som kun vil være en av mange referanser. En rasjonell handlingsteori forutsetter at en sykepleier eller lege som ikke ordrett kan gjenta det som står i læreboken, kommer til å handle feil.

Det er ingen grunn til å tro at sistnevnte er tilfelle. I stedet for å oppøve praktiske ferdigheter, fungerer utdanningen som en instans som sorterer den som på en legitim måte kan utøve yrket som lege eller sykepleier (uten nødvendigvis å kunne det praktiske, men som viser at de kan gjenfortelle det som står i læreboken). Disse studentene vil skille seg fra dem som ikke kan teorien ordrett, men som likevel vil beherske situasjonen i praksis når det virkelig gjelder, dersom de for øvrig er tenkende mennesker.

Retten til å utøve et yrke hvor de kan gjenta teorien ordrett, betyr nødvendigvis ikke at de kan utøve teorien i praksis når det gjelder. Dette sier i alle fall ikke testen og utdanningen noe om.

## «Det virkelige liv»

Utdanning er en symbolsk størrelse, en «nøkkel» som gir rett til å søke en jobb og skape seg et livsgrunnlag som likner den foreldrene hadde eller bedre. Uansett hvilke karakterer man fikk på eksamen, så vet vi at man lærer seg resten i «det virkelige liv».

Utdanningen legger opp til at sykepleiere og leger skal redde liv. Ansvar for å muliggjøre denne kompetansen ligger i den kliniske og praktiske opplæringen, men utdanningslogikk og yrkeslogikk er to ulike størrelser, og det ene betinger ikke det andre.

Det er snarere det omvendte som er problemet, nemlig at en sykepleier- eller legestudent stort sett utelukkende lærer seg å gjenta historiene slik lærebøkene beskriver hvordan det bør være i praksis, men i mindre grad eller ikke i det hele tatt, forklarer hvordan praksis og utdanning/teori henger sammen, slik at studentene får et verktøy som kan fungere i den sosiale sammenhengen som yrket krever av dem.

Undersøkelser utført av blant andre Emmy Brandt Jørgensen, Birthe Hedegaard Larsen og undertegnede, viser at sykepleiere gjennom de siste 100 år har blitt forsøkt holdt tilbake, så de ikke

«lærer for mye» både i den praktiske og den teoretiske delen av utdanningen. Dette skjer selv om omfanget av praktiske oppgaver i sykepleierutdanningen stadig synker:

Sykepleierstudenten får lov å se på, men får sjelden handle på egen hånd. Et forhold som sykepleieforsker Karin Høybjerg har observert og grundig analysert handler nettopp om denne læringen i klinisk praksis. Høybjerg understreker at dette er utdanning og ikke praksis, fordi sykepleiernes fagforening mener at en praksisstudent ofte blir brukt som underbetalt arbeidskraft fremfor en fremtidig kollega som bør bli så flink som mulig. Dersom dette forholdet skal bli bedre, må man innføre turnusordninger etter endt utdanning, slik som legene har det.

En sykepleierstudent tilegner seg ikke «virkelig» relevant praksis før hun blir ansatt på en avdeling. Det vi også vet, er at det praktiske arbeidet, det som i praksis lar seg gjennomføre i gitte omstendigheter, læres i situasjonen og ikke i forberedende studier.

En ting er sikkert: En flervalgstest som den NSF-studentene gjennomførte, sier ingenting om hvordan en sykepleier vil reagere i praksis. I stedet bidrar undersøkelsen til å henge ut en yrkesgruppe som er dominert av andre (sykepleierne) og impliserer dermed at forholdene er helt annerledes for den dominante yrkesgruppen (legene). Testen bygger på dagens New Public Management-tenkning og det nyliberalistiske synet på utdanning som fremhever det praktiske perspektivet.

### Avprofesjonalisering

Det er verden utenfor, altså samfunnet og arbeidsmarkedet, som skal styre hva man skal lære på skolen. *Schole* er imidlertid gresk og betyr opprinnelig *fri* – fri til å tenke og studere.

Den moderne trenden er såkalte interprofesjonelle utdanningsløp. I praksis betyr det at man fra internasjonalt politisk hold forsøker å svekke og avprofesjonalisere semiprofjonsutdanningene (som for eksempel sykepleie) og la de dominante profesjonsutdanningene (medisin) alene definere hva som er verdt å vite også innenfor sykepleiefaget og hvilke teorier i, for og om sykepleie, en sykepleierutdanning skal inneholde.

Sykepleieforskeren Patricia Benner fronter i sin siste studie om evalueringen av sykepleierutdanningen i USA, dette budskapet som vi mener er skandaløst og som river ned alt sykepleiere har kjempet for i 100 år. Når skal de nordiske fagforeningene se alvor i situasjonen? Benner bærer ytterligere ved til bålet når hun sier at det viktigste innholdet i sykepleiernes utdanning skal være tuftet på «embodied intelligence». Utfra sin vitenskapsteoretiske posisjon, støtter Benner nyliberalismen som feier over velferdsstatene og ødelegger semiprofjonene.

Vi er av en annen oppfatning:

Enhver utdanning må stille krav til: 1. praktisk kunnskap, teori-i-praksis, 2. teknologisk viten, teori-for-praksis, 3. vitenskapelig viten, teori-om-praksis som inneholder en forklaring på hvordan det henger sammen at sykepleie og omsorgsarbeid ser ut som det gjør i dag, hvor kunnskapen kommer fra og hvordan den virker. Det finnes utdanninger som til overflod er fylt av praktiske teorier, teknologier, ideologier om hvordan verden ser ut, og om hvordan den burde se ut. En utdanning må, etter vår mening, inneholde dels oppøvelse av en praktisk mestring av jobben man skal utføre etter endt studieløp, dels grunnvitenskap som kan forklare sykepleie og



**IKKE REELT:** Kronikkforfatterne kritiserer NSF Students test av avgangsstudenter på sykepleierutdanningene, omtalt i Sykeleien nr. 10. Bildet er ikke fra denne testen. Arkivfoto: Stig M. Weston.

omsorg på adekvate måter, det vil si som noe annet og mer enn medisinske forskrifter, sykdomslære og omsorgsfilosofiske ideologier, fenomenologiske beskriver og likeverdige samtaler, og så videre. Her mangler vi en fagdisiplin som for eksempel praxeologi.

Det er bare virkelige teorier som kan kvalifisere fagets utøvere, og det bør både vi og våre fagpolitiske institusjoner kjempe for. Om ikke dette skjer, vil profesjonen dø ut og bli erstattet av et interprofesjonelt team av medisinsk helsefaglige underdogs, et ikke-privilegert proletariat, jamfør Guy Standings siste bok *Prekariatet, den nye farlige klasse.* ■■■

### REFERANSER:

Referat af testen: <http://www.sykeleien.no/nyhet/1295573/---det-var-dette-vi-fryktet-Hele-testen-med-facit:https://www.sykeleierforbundet.no/Content/1248166/Fellestest%20naturvitenskaplige%20emner%202013%20-%20FASIT.pdf>  
Benner, P., M. Sutphen, V. Leonard, L. Day (2010): Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer, The Carnegie Foundation for the advancement of teaching, Akribe, med forord af Kristin Heggen.  
Standing, G. Prekariatet, den nye farlige klasse. Daidalos.  
Ågotnes, K. (2011): «En hardt tilkjempet frihetsfølelse. Om hjernevask, humanister og samfunnsvitere», Nytt Norsk Tidsskrift, no. 01, pp. 07-17.

## TETT PÅ Bent Høie

**Hvem:** Bent Høie

**Hvorfor:** Fordi han er ny helseminister  
(H) i ny regjering

**Stilling:** Helse- og omsorgsminister

**Utdanning:** To år på hotellhøyskole,  
grunnfag i rettsvitenskap

**Alder:** 42 år

# En praktisk mann

Da Bent Høie ble helseminister, visste han hva som ventet ham: Følsomme fastleger med samvittighetskvaler og kvinner som kjenner gufset fra fortiden. Tekst og foto **Marit Fonn**



**H**vordan går det med den hotteste saken?  
 – Du mener reservasjonsmuligheten? Reservasjonsrett er jeg kraftig imot.  
 Bent Høie har vært helseminister i en drøy uke. Fra dag én har debatten gått: Skal fastleger med samvittighetskvaler få reservere seg fra å henvise sårbare kvinner til abort? Mange er fortørnet over at den lyseblå statsråden, som før argumenterte mot reservasjonsretten, nå

taler for samme sak, i hvert fall i prinsippet.

I går sendte SV-leder Audun Lysbakken brev til ham: Innrøm at du har slukt en kamel.

Det var under regjeringssonderingene det skjedde. Venstre var avholdende, men Høyre, Frp og KrF ble enige på papiret: «Det gis reservasjonsmuligheter for fastleger etter dialog med Legeforeningen.»

Erna vil svinge partipisken for å sikre flertall.

– Me har laga ei skisse som er veldig bra, sier rogalendingen, vokst opp i Randaberg, utenfor Stavanger.

Klokken er åtte og Høie har vært på jobb en time allerede.

– Skissen vil først og fremst ivareta pasienten.

Han forklarer hvorfor han kan gå fra mot til for: Reserverende leger må informere om sitt ståsted. Pasientene kan lett bytte fastlege. Reservasjonsmuligheten kan begrenses hvis det er langt mellom fastlegene.

Mange føler likevel gufset fra fortiden da kvinnen ikke selv kunne velge abort.

## «Å være inhabil er ingen forbrytelse.»

– Du har brukt mye tid på denne saken?

Høie avviser:

– Det tok en knapp uke før vi kom med skissen til løsning.

Han visste at saken ville vekke følelser og forberedte seg under sonderingene.

– Ingen problemer med å se noen i øynene?

– Hahaha, nei har ikke det.

Flakker han med blikket, tro? Niks, han forklarer:

– Argumentene for reservasjonsretten var dårlige. De var ikke gode nok for pasientene.

– Det har du ordnet?

– Legeforeningen. Ved å være positiv til reservasjonsmuligheten, åpnes det for diskusjon. Hvis ikke hadde vi sittet der.

– Du er en diplomat?

– Jeg liker å finne praktiske løsninger.

**I ÅREVIS HAR** Høie vært utnevnt som kronprins-helseminister. Bare Høyre kom til makten, var banen klar. Ingen motkandidater. Det ville vært leit å tape i oppløpet.

– Hvordan har du taklet å ha hevd på denne rollen?

– Selv om andre utenfor har sagt det, har det aldri vært en selvfølge for meg. Å lage regjering er en komplisert kabal som skal gå opp. Det er flere flinke folk som mange ventet skulle bli statsråd, men som ikke ble det. De har likevel fått spennende oppgaver. Etter 13 år på Stortinget vet jeg at en plass der verken er kjedelig eller en degradering.

– Hva kjente du da du ble spurt?

– Det var ingen sånn høytidelig telefon som folk forventer. Erna, Jan Tore (Sanner) og jeg jobbet tett i sonderingene. På et punkt

gikk det opp for meg at sånn ville det bli.

– Hva følte du da?

– Jeg var jo forberedt på at det kunne skje, men det er overveldende når det faktisk skjer. Du kan ikke forestille deg de store forandringene på forhånd.

– Hva er forandret?

– Intensiteten i arbeidet. All oppmerksomheten.

Som ukependler fra Stavanger til Stortinget har han hatt det travelt før også.

– Men nå er det ikke pusterom, sier han i ustresset positur på stolen ved enden av møtebordet.

Utenfor henger portretter av alle eks-helseministre. Men Jonas Gahr Støres er ennå ikke på veggen. Her på kontoret er forgjengerens innredning intakt. Det eneste nye er to beskjedne bilder fra Stavanger.

Den blåblå regjeringen vil avbyråkratisere styre og stell. Høie har fått med seg hele fire statssekretærer. Det var ikke gitt at to av dem skulle være sykepleiere. At de var Høyre-damer var heller ikke allment kjent. Sykepleierforbundets forrige leder, Lisbeth Normann, og kommunikasjonssjefen fra sykehuset i Østfold, Anne Grethe Erlandsen har nå sin arbeidsplass her i Teatergata.

– Hvordan ble statssekretærene plukket ut?

– De er håndplukket! Haha. Jeg diskuterte helheten med Erna, men hadde stor frihet til å foreslå.

Den ene fra Frp fant han ikke selv, men han er glad for henne og.

– Hvor viktig er det å ha sykepleiere rundt seg?

– Jeg ville ha statssekretærer med erfaring fra helsevesenet.

– Taktisk lurt å ha dem innenfor?

– Begge var medlem i Høyre på forhånd. Begge har erfaring både som arbeidstaker og arbeidsgiver. Og så har jeg en lege med meg.

Det er psykiater Astrid Nøklebye Heiberg, 77 år.

### **HAR DU LEST** avisen i dag?

– Ikke alle. Noe jeg burde ha sett?

«Vil ha slutt på ansattes turnus-veto» lyser det på Aftenpostens forside. Det er Spekter som er sitert.

– Det er arbeidsministerens felt.

– Sykepleierne skal vel ha det bra på jobb, så de orker å være der?

– Arbeidsmiljøloven og avtalene må følges. Er det uenighet her, er det en sak mellom partene i arbeidslivet.

– Må ikke yrket gjøres attraktivt for å sikre rekruttering til helsevesenet du styrer?

– Det er viktig. Et tema i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen er behovet for kompetanse i framtiden.

– Det tar sin tid å lage plan?

– Ja. Vi mangler intensivsykepleiere. Ansvar for å utdanne dem er spredt, og alle utdanner færre enn de trenger selv. Derfor skal planen sikre at de tar ansvar for å utdanne nok.

– Når er planen klar?

– Først må vi lage en skisse ...

– ... noen år altså.

– ... ja da. Men det er ikke noe argument for ikke å gjøre det.

Noe av det første Høie gjorde klart, var at sykehusregionene Høyre er mot, vil bestå til etter nevnte plan er vedtatt. Ting tar tid.

Ahus strever med sitt.

– Er det noe du går inn i?

– Jeg ba om en orientering da det ble lederskifte der. Jeg ba om tiltak

## «Det var ingen sånn høytidelig telefon som folk forventer.»

for å ta hånd om influensaepidemien som er ventet før jul.

– Syns du sykepleierne bør jobbe mer helg?

Høie lar seg ikke lokke. Intet svar.

**REGJERINGEN VIL HA** mer av private helsetjenester.

– Hva er det største problemet med privatisering?

– Ingen partier i Norge går inn for å drive bare privat, parerer han.

– Men tenker du på bruk av private innenfor det offentlige systemet, så gjelder de eksisterende prioriteringene.

– Du ser ingen problemer med økt bruk av private?

– Ikke hvis det blir gjort på rette måten. Det er bøvetevis av argumenter mot å innføre den amerikanske modellen. Men det er ikke det vi har tenkt å gjøre. Fritt behandlingsvalg er bra for pasientene og kapasiteten blir bedre utnyttet.

– Hva når lysten til å operere flere enn nødvendig tar overhånd fordi det er penger å tjene?

– Interessant debatt. Men det er innenfor det offentlige at ulikhetene er størst. Praksis varierer for når det er greit å operere en skulder eller ei.

Det er personavhengig, tror han, og ulik praksis har foregått lenge:

– Dette er en kjempetvifordring. Vi må jobbe for mindre forskjeller, uavhengig av om det er privat eller offentlig.

Blå Høie etter røde Støre – men vil egentlig Helse-Norge forandre seg? Høie mener at også mannen i gata etter hvert vil merke fargeskiftet i politikken. Skrittvis.

– I Norge blir det ingen revolusjon når vi skifter regjering. Men vi skal prioritere rus og psykisk helse.

– Det har alle helseministre sagt.

– Ja, men vi må tilbake til Ansgar Gabrielsen for å finne en som faktisk gjorde noe. Jeg tar opp arven etter ham.

Gabrielsen var selvfølgelig Høyre-mann og Høie gir ham æren for rusreformen, da rusavhengige ble flyttet fra sosial- til helselovgivning, med medfølgende rettigheter. Selv var Høie saksordfører i dette arbeidet.

– Det er snart ti år siden. Før var det umulig å finne ut hvor mange som ventet på behandling.

– Hvorfor er rusfeltet blitt hjertesaken din?

– Fordi ruspasientene alltid har blitt diskriminert.

**ITENÅRENE SATT** Bent bøyd over symaskinen og produserte tøyposer som han fylte med hjemmetørket krydder. Det var mor som i VG nylig avslørte sønnens hang til alternativ behandling og helsekost. Hun ville aldri spådd en politikerkarriere for poden.

Nå garanterer han at ingen vil få urteposer til jul. Den tiden er forbi.

– Helt sikkert, ler han uten å forfølge emnet.

VG fortalte også om storesøsteren som ble utsatt for en livstruende motorsykelulykke da han selv var 11 år.

– Hvordan har ulykken preget deg?

– Den viste den enorme betydningen et godt helsevesen har i dramatiske situasjoner.

Men enda viktigere:

– Å vokse opp med en søster i rullestol har lært meg verdien av et universelt samfunn, uten fysiske – og mentale – sperrer. Når man møter folk som er annerledes, ser man gjerne mer forskjellene enn likhetene.

Som ung på fylkestinget på 1990-tallet ville Høie inn i det populære skolestyret.

– Men fylkesordføreren Arne Rettedal sa nei, du lærer mest i helsekomiteen.

Etter to perioder der var det gjort. Det ble helse for Høie, og det var da han ble kjent med rusbrukere og deres pårørende. At han nå er for alkohol på sykehjemmet er en naturlig sak.

Stavanger var først ut med å åpne sykehjemmet for rusbrukere, Oslo kom etter.

– Vi kan ikke moralisere overfor dem som har ruset seg hele sitt liv. Det må være lov å ruse seg på sykehjem.

Gode ting kan da skje. Mange ruser seg mindre når de får orden i økonomien og et verdig helsetilbud.

– I Oslo var det en som ble rusfri og flyttet hjem. Dessuten blir pårørende enormt lettet når deres kjære kommer på sykehjem. Barna kan ta med barnebarna på besøk, og de kan fortelle på skolen at de har besøkt bestefar, som andre barn.

Noen etasjer under har landbruksministeren sitt å stri med. Mange mener listen over hennes tidligere kunder i First House bør ut.

– Hva synes du?

– Vi har samme praksis som forrige regjering. Å være inhabil er ingen forbrytelse.

– Du har din egen habilitetssak?

– Der er jeg veldig avslappa.

Hans ektemann Dag Terje Solvang har lobbet for kampanjen «Innen 48 timer», som vil ha diagnosegaranti for kreftpasienter. Nå vil regjeringen det samme.

– Mye rart kan dukke opp?

– Norge er et lite land. Det er lett å være inhabil når man har familie og venner som er engasjerte.

– Har du svart Lysbakken, forresten?

– Jeg har ikke fått brevet ennå. Men han skal få svar.

– Du innrømmer neppe at du har slukt en kamel.

– I politikken er elefanten et dyr som gjennom et kompromiss blir til en kamel, sier han fornøyd.

– Var det mange elefanter i sonderingene?

– Syns det gikk greit.

**HVA VIL DU** si til sykepleierne?

– At deres kompetanse er avgjørende i kommunene. Og jeg håper på et godt samarbeid med NSF.

– NSF er uenig med deg om reservasjonsretten?

– Uenighet er ingen ulempe. Det kan være en fordel når man skal forbedre.

– Noen skjeletter igjen her etter Støre? Kanskje innerst i en skuff?

– Nei, men i budsjetter hvis vi regner fram i tid. Men jeg vil heller kalle det finter.

Foran kameraet avslører han at hans slanke skikkelse skyldes genene, ikke birken. Men i helgen gikk han tur, da han var på hytten utenfor Stavanger.

Det ene av bildene som er igjen etter Støre liker han godt. Hav og himmel minner ham om Jæren.

Klokken er ni. Utenfor døren venter gjengen. Inkludert to Høyre-sykepleiere. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

