

#  
**01**  
2017

# Sykepleien



## Står på for en bedre pensjon

**Full fart.** Brigitte Schmidt (65) har oppnådd  
særaldersgrense, men er fortsatt i full turnus. **26**

### ● **Hva skjer**

Helsesøstre vil ikke  
være ruspoliti. **22**

### ● **Sykepleie**

Når pasienten vekker  
det verste i deg. **62**

### ● **Påfyll**

Råd mot tørre  
sykepleierhender. **80**

### ● **Meninger**

Tett på Aud  
Oftestad. **88**



## BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,99 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,99 %.

Les mer på [dnb.no/nsf](http://dnb.no/nsf) eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,06 %. Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.555.206. Prisene er per 04.01.2017 for nye lån og kan bli endret.



Lær deg løsningen  
som kan redde liv.  
Ta godkjenningssprøven  
for kjernejournal nå!

10

TI SPØRSMÅL PÅ TI MINUTTER



Kjernejournal gir deg rask tilgang til viktige opplysninger om pasienten.  
Kom i gang og ta prøven i dag på [www.ehelse.no/kjernejournal](http://www.ehelse.no/kjernejournal)



# Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE



**Fragmin**<sup>®</sup>  
dalteparinatrium

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet<sup>1</sup>
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering<sup>2</sup>
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft<sup>3</sup>

#### Indikasjon for Fragmin:

- Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter

“ Her får du god praktisk erfaring, og muligheten til å lære hvordan forskning foregår. Du finner også ut mye om deg selv.

Anders Benteson Nygaard  
Master i biomedisin.  
Holder på med en doktorgrad om inneklima.

**Klar for  
å gjøre  
en større  
forskjell?**

**Velg blant flere enn 30 masterstudier.** Med mer utdanning åpner det seg nye muligheter i arbeidslivet, enten du søker nye oppgaver eller dypere spesialisering. På HiOA møter du lærere og forelesere som brenner for faget sitt, og du kommer tett på forskningsmiljøene våre. Velger du master eller videreutdanning hos oss, kan du studere på hel- eller deltid. Vi tilbyr 14 helsefaglige masterstudier\*:

Anestesisykepleie • Barnesykepleie • Biomedisin • Ergoterapi • Fysioterapi • Empowerment og helsefremmende arbeid • Intensivsykepleie • International Social Welfare and Health Policy • Jordmorfag • Læring i komplekse systemer • Psykisk helsearbeid • Rehabilitering og habilitering • Samfunnsnærings • Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling.

**Du kan lese mer om våre masterprogrammer på [hioa.no/videre](http://hioa.no/videre)**



**Søk  
master-  
studier  
ved HiOA  
innen  
1. mars**

\*Noen av studiene kan ha en annen søknadsfrist

# Innhold



**01 | 2017 Sykepleien**

Utgivelsesdato: 19. januar

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



## Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 15** I nyhetene: Hjemmesykehus for barn
- 16** Takker sykepleierne for spark bak
- 18** Oversikt over forskningsartikler
- 22** Vil forebygge med rustest
- 26** Tema: Seniorsykepleierne
- 40** – Hjemmet mitt ble et fengsel
- 44** Prøvekaninene



Hvordan blir pensjonen?  
**26**



## Sykepleie

- 50** Se tegnene på omsorgssvikt!
- 54** Har ikke ord for depresjon
- 58** Sammendrag av forskningsartikler
- 60** Måling gir mening for sykehjemsansatte
- 62** Når pasienten vekker det verste i deg
- 67** Min jobb: Diabetessykepleier
- 68** Etikk: Håkon Johansen
- 70** Også hjelpere trenger hjelp



Pasientene som provoserer. **62**



## Påfyll

- 76** Smått om bøker
- 77** Liv laga
- 78** Bokanmeldelser
- 79** I bokhylla mi
- 80** Fakta: Bevar huden!
- 82** Quiz og kryssord



Hud kan bli skadet på jobb. **80**



## Meninger

- 84** Eli Gunhild By om valget
- 85** Marit Leegaard om forskningsartikler
- 86** Gro Lillebø om turnus
- 88** Tett på Aud Oftestad
- 93** Stillingsannonser
- 95** Kunngjøringer



Har fulgt hjertet som sykepleier. **88**

Forsidefoto: Marit Fonn

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

**Grafisk:** Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på [www.sykepleien.no/kontakt](http://www.sykepleien.no/kontakt).** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511  
Repro og trykk: Sørmlands Grafiska





Lei av lønnsgapet mellom kvinne- og mannsdominerte yrker?

Bare vent til du får se pensjonen din!

# Belønner kontorrotter, straffer sykepleiere



Fakta

**Barth Tholens**

Ansvarlig redaktør  
i Sykepleien

Hørt noe så kjedelig som ordet pensjon? Det minner om sagmugg, løs hud og gebiss. Det minner om alt du ikke har lyst til å tenke på når du er ung, sprek og vakker. Du tar nok heller et glass tran enn å sette deg inn i reglene for tidligpensjon og særaldersgrense. Du tenker at det er best å ikke tenke på det, for hvor mye kan ikke skje før du stempler ut for siste gang? Ta en dag om gangen, oppmuntrer du deg selv. Det er jo ikke mulig å ta innover seg alle eventualiteter som kan inntreffe, nå når du kanskje nettopp har skaffet deg fast jobb og penger til dine første IKEA-møbler.

### VIRKNING PÅ HJERNECELLENE

Jeg forstår deg godt, altså. Det siste jeg selv tenkte på da jeg – med god hjelp av studielånet – haiket Europa på kryss og tvers som tyveåring, var de pengene jeg eventuelt måtte få på slutten av arbeidslivet. Men da jeg plutselig rundet 60, ramlet det inn et brev med tilbud om å gå på et pensjonskurs. Pensjonskurs? Ja vel, tenkte jeg. Så har jeg altså kommet dit.

Pensjonskurset foregikk på et solfylt konferansested et sted på grønne Hadeland, og deltakerne så overraskende unge ut! Opplegget viste seg å være smått genialt. Etter to dager kunne jeg ikke gjenkjenne til begrepet levealdersjustering. Jeg forbandt det ikke lenger med aktiv dødshjelp. «AFP», «avkortning» og «skatt for pensjonister», ord som tidligere bare ville gått meg hus forbi, hadde nå en umiddelbar virkning på hjernecellene mine. Hver krone angikk plutselig meg. Det ble et brutalt møte.

### «BÆREKRAFTIG»

Jeg er født såpass tidlig at pensjonsreformen som trådte i kraft i 2011, ikke vil bite noe særlig på meg. Sjokket jeg opplevde da jeg nærmest motvillig satte meg inn de nye reglene, var derfor ikke på egne vegne, men på vegne av alle de som er unge i dag og som lever i den villfarelsen at de vil være evig unge. Det vil de ikke. Pensjonsreformen, som ble til etter et bredt politisk forlik i 2009, vil kunne bety krise for alle som gjennom et langt liv tjener forholdsvis lite, jobber redusert arbeidstid eller er i jobber som sliter tungt på kropp og sjel.

I likhet med andre land ble norske politikere på 2000-tallet

bekymret for pensjonskostnadene til en befolkning som blir eldre og eldre. Stortinget ville derfor gjøre pensjonen «bærekraftig». De ønsket å justere alderspensjonen etter forventet levealder for hvert årskull. Mens jeg (redaktør og kontorrotte) må jobbe til 67 år for å få full pensjon, må de kommende årskullene jobbe lenger for å oppnå samme pensjon som før. Hvis forventet levealder øker, vil levealdersjusteringen føre til at yngre årskull får lavere pensjon ved en gitt uttaksalder. Utsetter man uttaket av pensjon og jobber lenger, kompenserer man for dette. En som i dag er 25 år må antakelig jobbe helt til 72 for å få full pensjon. Riktignok er det mulig for alle å gå av fra 62 år. Men da blir pensjonen MYE mindre. Jo lenger man jobber, desto bedre blir pensjonen.

### ØDELEGGER PENSJONEN

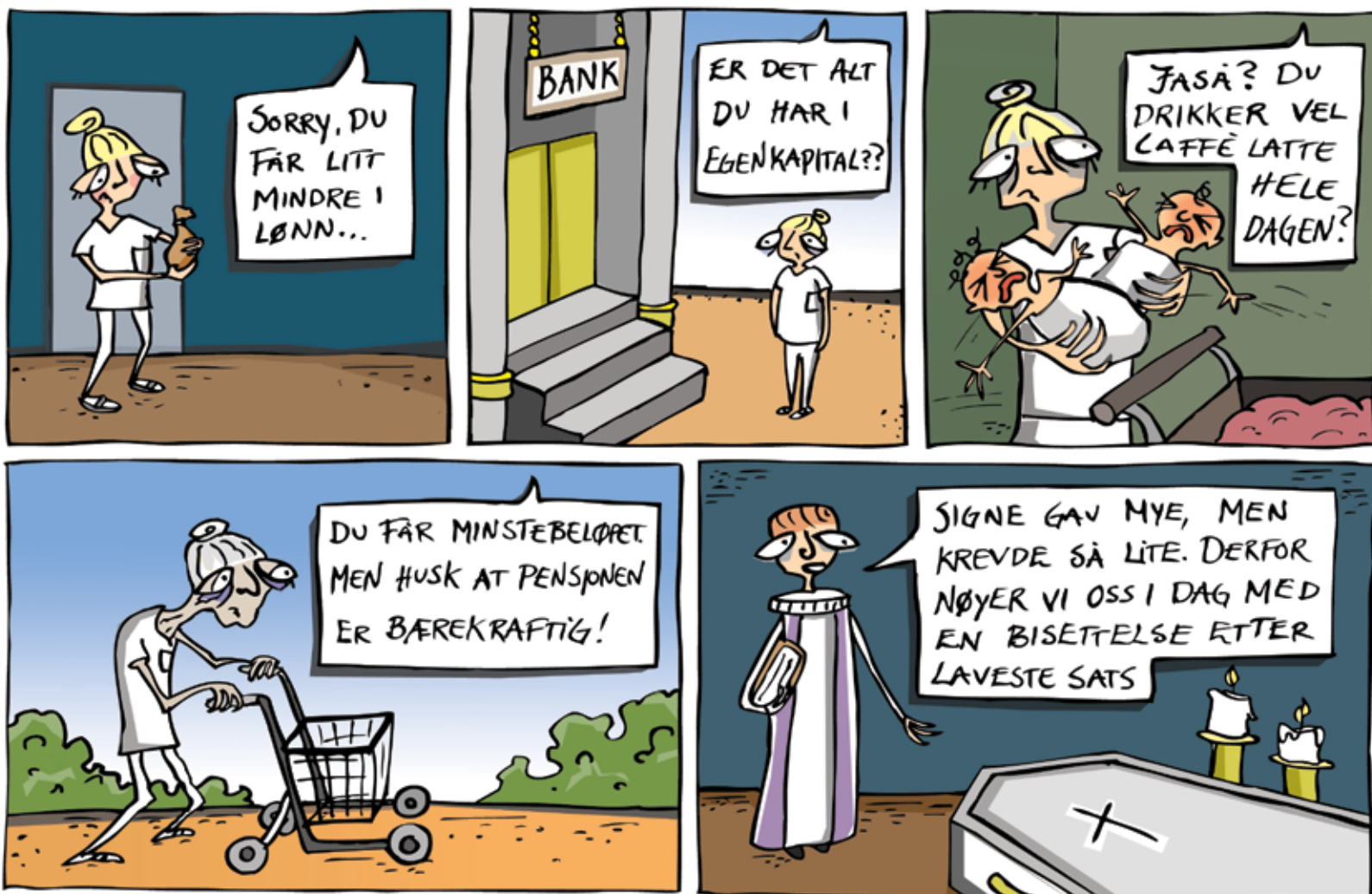
Alle disse prinsippene høres i utgangspunkt fornuftige ut, men konsekvensene er brutale. Pensjonseksperter Harald Engelstad viser i en artikkel i Aftenposten nylig at pensjonsreformen belønner de ressurssterke (de med høy utdanning og kontorjobber), mens overraskende mange vil måtte klare seg som minstepensjonister i framtiden. Profilen reformen har, vil «straffe» alle som av en eller annen grunn ikke har gitt full gass i arbeidslivet.

Har politikerne forstått hvor lite våre barn vil få i alderspensjon fra folketrygden, spør Engelstad, og regner ut at en person født i 2000 som jobber i 40 år med en gjennomsnittlig arbeidsinntekt på 500 000 kroner, og som greier å stå i jobb til 67 år, vil få en folketrygd tilsvarende minstepensjon for enslig etter gamle regler (cirka 185 000 kroner). Han har kalt pensjonsreformen for uetisk og kvinnefiendtlig, og spår en generasjonskonflikt, fordi politikerne «ikke har sikret våre barns pensjoner. De har ødelagt den» (Aftenposten 3. januar).

### INGEN GARANTI

I denne utgaven viser vi hvordan eldre sykepleiere forsøker å forlenge arbeidslivet ut over 65 år for å skaffe seg en bedre pensjon. Sykepleierens særaldersgrense ble i sin tid lovfestet i erkjennelse av at sykepleieryrket er så hardt og fysisk krevende at det normalt er vanskelig å skjytte oppgavene forsvaret til ordinær aldersgrense. Særaldersgrensen er i praksis





Illustrasjon: Marie Rundereim

en tidligpensjonsordning som sikrer sykepleiere full pensjon minst to år tidligere enn de fleste andre.

Mange sykepleiere vil glede seg over at en slik ordning finnes, og arbeidstakerorganisasjoner vil kjempe tappert for å forsvare den. Men ordningen er under stort press, fordi den i liten grad støtter opp om tiltakene som nettopp skal stimulere folk til å stå lenger i jobb. Men den er problematisk også av andre grunner. Dagens lov sikrer riktignok sykepleierne full pensjon fra 65 år (eller tidligere gjennom 85-årsregelen). Men verdien av denne pensjonen vil falle dramatisk som følge av levealdersjusteringen som vil ramme alle.

Sykepleierne vil derfor kunne oppleve et pensjonsgap som vil få lønns-gapet mellom manns- og kvinneedominerte yrker til å blekne. Rapporten «The gender gap in pensions in the EU» viser at kvinnelige pensjonister i likestillingslandet Norge risikerer å bli rammet av langt større inntektsforskjeller enn det som allerede er tilfellet i den yrkesaktive delen av befolkningen. Sykepleierne (ni av ti kvinner) oppfyller alle de kriteriene som gjør dem til fremtidige pensjonstapere.

#### ARVESØLVET

Om du fortsatt henger med her – til tross for at temaet kanskje minner deg om inngrodde negler og grå stær – så er det én trøst: Det er mulig å påvirke den. Stortinget må gjerne belønne dem som jobber lenge, men politikerne er nødt til å gi pensjonssystemet en profil som sikrer personer i krevende omsorgsykker en inntekt de kan leve av som pensjonister.

«Sykepleierne oppfyller alle de kriteriene som gjør dem til fremtidige pensjonstapere.»

Arbeidstakerorganisasjonene må ikke forhandle bort sær-aldersgrensen uten å sikre sykepleierne en anstendig exit. Og du selv må nok innse at du aldri får i pose og sekk: Hull i CV-en kan være spennende. Men det vil aldri lønne seg. ●

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

# Økende sovemedisinbruk blant unge

Bruken av sovemedisiner blant unge har tredoblet seg de siste ti årene.<sup>1</sup> I gjennomsnitt sover unge to timer for lite hver natt, og én av fire kvalifiserer for diagnosen insomni.<sup>2</sup>

## Sedix™ – mot uro og søvnproblemer

Sedix™ er et tradisjonelt plantebasert legemiddel som demper uro og letter innsovning.<sup>3</sup>

Det er ikke rapportert fysisk avhengighet eller «hangover» ved bruk av legemiddelet.<sup>4</sup>

 Uten resept i alle apotek



- ✓ Ingen registrert avhengighet<sup>4</sup>
- ✓ Ingen registrert sløvhet<sup>4</sup>
- ✓ For voksne og barn over 12 år<sup>3</sup>

### Sedix «Tilman»

#### F Plantebasert sedativum. Beroligende.

**Reseptfritt legemiddel.** Tabletter, filmdrasjerte, 200 mg. Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødtjernoksid (E 172), titanoksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering: Lindring av mild uro:** 1–2 tabletter morgen og kveld. **Lette innsovning:** 1–2 tabletter om kvelden 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Ingen data. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Fertilitet, graviditet og amming:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftninger:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper: Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. Pakning: 28 stk. blisterpakning. Sist endret 28.09.2016.

<sup>1</sup>www.reseptregisteret.no; <sup>2</sup>Folkehelse rapporten (nettutgaven) Helsetilstanden i Norge, Søvnvaner; <sup>3</sup>Sedix, preparatomtale, godkjent 30.08.2016;

<sup>4</sup>European database of suspected adverse drug reports, www.adrreports.eu

Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon.



# Hva skjer

**Del 1 Sykepleien 01 | 2017**

Nyhet – Reportasje – Tema



**OPPREIST:** Cathrine kan stå så mye hun vil, men kommer ikke langt. Foto: Jørgen Trollebø



**Teknologi.** Tester ut nye dingser. **44**



«Det er sykepleiernes fortjeneste at jeg kom meg videre.» Kristian Haugnes. **16**



**Rustest av ungdom.** Helse-søstre har gode erfaringer. **22**

## Vil videre

**Sykepleien venter.** Cathrine Bergan studerer sykepleie, men ble stoppet av en skiulykke. **40**



**KRISE:** – Vi har sett mennesker bli sendt hjem uten klær, noen faller og blir ikke funnet på flere dager, sier Adamson. Illustrasjonsfoto: Colourbox



## Britisk helsevesen i krise

**KRITISK:** Det pågår en «humanitær krise» i det offentlige helsevesenet i Storbritannia, mener britiske Røde Kors, som den siste tiden har måttet rykke ut og hjelpe til ved en rekke sykehus.

Uttalelsen fra Røde Kors kommer etter at flere sykehus har varslet at de er under så stort press at de ikke lenger kan gi pasienter det trenger.

Frivillige har blant annet hjulpet

til med å følge pasienter hjem etter sykehusinnleggelse slik at sykehusenger kan bli ledige.

– Vi har sett mennesker bli sendt hjem uten klær, noen faller og blir ikke funnet på flere dager, mens andre ikke blir vasket fordi det ikke er noen til å hjelpe dem, sier generalsekretær Mike Adamson i Røde Kors.

Adamson ber regjeringen bevilge mer penger til helsevesenet for å

stabilisere situasjonen.

Regjeringen og ledere i helsevesenet er imidlertid uenige og anklager Røde Kors for å overdrive problemene.

Opposisjonsleder Jeremy Corbyn fra Labour mener imidlertid at Røde Kors har kommet med «den største vekkeren noensinne», og han sier til BBC at advarselen er uten sidestykke. ●

Kilde: NTB

## Fagforbundet tapte arbeidsrettssak

I 2013 ga kommunestyret i Trysil hjemmel for å utvide bemanningen i hjemmetjenesten med 5,4 årsverk og lyste ut 9 deltidsstillinger for å få turnusen til å gå opp. De tillitsvalgte ønsket heltidsstillinger og saken endte i Arbeidsretten. 20 desember kom dommen som var enstemmig: Trysil kommune og KS har ikke handlet i strid med hovedtariffavtalen. Dommen kan ikke ankes.

Kilde: sykepleien.no



## Ut med Klara klok, inn med Ung.no

Fra 1. januar overtok Ung.no for Klara Klok som digital helsetjeneste for ungdom. Nesten 90 prosent av helsepersonellet blir med over.

– Ung.no er landets største nettsted for barn og unge. Her finner ungdom svar på spørsmål om alt fra skole og jobb til forelskelse, identitet og seksualitet. Det er naturlig at barn og unge også får svar på helsespørsmål her, og at de slipper å lete på andre nettsteder for å finne dette. Det er ungdom selv som har ønsket at Ung.no tar over svartjenesten, sier Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Lisbeth Normann.

Kilde: Sykepleien.no

## Ja til eggdonasjon

Norge er ett av få land i Europa som ikke åpner for eggdonasjon. Aftenposten har gjennomført en meningsmåling som viser et klart flertall for eggdonasjon: 57 prosent av de spurte sier ja, mens 22 prosent sier nei.

Ap, Frp, Venstre og SV sier ja i sine partiprogrammer, og har de flertall på Stortinget. Sp og Høyre har sagt nei, men velgerne deres sier ja på målingen.



Kilde: Aftenposten

# Nye regler for trusselutsatte yrker

Fra 1. januar gjelder nye bestemmelser i Arbeidsmiljøloven om forebygging av vold og trusler om vold på arbeidsplassen. Kilde: sykepleien.no

## Fakta & tall. Aktivitets-tilbud

# 4,5

Norske kommuner tilbyr i snitt et dagaktivitetstilbud som har åpent 4,5 dager i uken for hjemmeboende.

# 2

Når det gjelder kveldstilbud har kommunene i snitt tilbud 2 kvelder i uka.

# 3,4

Fordelt på grupper varierte antall dager med dagaktivitetstilbud per uke fra 3,4 for personer med rusproblemer til 4,7 for personer med utviklingshemming.

# 23 000

Personer med utviklingshemming er den største målgruppen for dagaktivitetstilbud, og er registrert med 23 000 dagplasser per uke.

Kilde: SSB



PVK: Helseminister Bent Høie setter venekanyle. Lege Gro Helen Dale (til venstre) og intensivsykepleier Silje Eikemo følger med. Foto: Silje Katrine Robinson

## Sykepleiere drilles i seks dager

**PROSEDYRE:** En ny etterutdanning i akuttmedisinsk eldreomsorg åpnet i januar ved Verdighetsenteret i Bergen.

Helseminister Bent Høie var til stede ved åpningen, og fikk prøve seg på å legge inn perifer venekanyle på en dukke med kraftige og tydelige blodårer.

Den samme prosedyren skal 70

sykepleiere fra hele landet beherske, når de i løpet av noen måneder har gjennomgått den nye etterutdanningen ved senteret.

Fire kull får seks dager hver til å bli drillet i forskjellige prosedyrer og medisinsk-teknisk utstyr.

Etterutdanningen er imidlertid ikke gratis. Ifølge senteret tar noen av deltakerne ut oppsparte ferieda-

ger og betaler av egen lomme, mens andre får støtte fra arbeidsgiver.

– Jeg tror det er et stort og udekket behov for konkret, klinisk opplæring i flere prosedyrer hos sykepleiere som jobber med alvorlig syke, eldre ute i kommunene, sier intensivsykepleier og veileder Silje Eikemo ved Verdighetsenteret. ●

Kilde: sykepleien.no

## Rusmisbrukere doblet i Danmark

De siste fem årene har antallet rusmisbrukere blant unge danskere i 20-årene økt med 50 prosent, ifølge en undersøkelsen fra Det nasjonale forskningssenteret for velferd (SFI). Danmark har nå 23 000 registrerte rusmisbrukere blant alle aldersgrupper, mens unge rusmisbrukere har økt fra 5 000 til 7 500.

Kilde: NTB



## Hva skjer. I nyhetene



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@bergitufsnymoen  
For ein fantastisk fin jobb eg har!



@bjornsture  
En ting er sikkert: Man er hvertfall skikkelig våken når man kommer på jobb etter trening.



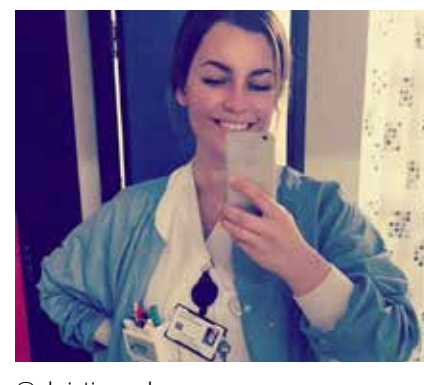
@helenevalentinsen  
Halveis.



@christina.m.h  
Nattevaktslivet.



@viblexen  
Life as a nurse.



@christinerod  
Nattevaktene blir ganske så ok sammen med kjekke kollegaer på 5D.



@langangen1  
Har vel kanskje den jobben med mest influensa pasienter per dags dato. Stakkars folk.



@vendelasaetre  
Noen må holde hjulene i gang.



@linnkhm  
Når man er lei hestehale.



Alle burde få hjemmesykehus. Voksne også, mener barnesykepleier Hilde Gudmundson.

# Ella Louise (3) fikk sykehuset hjem til seg

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Marie von Krogh**

## Hvordan var det å komme i avisen?

– Positivt, fordi det ble publisert om hjemmesykehus. Det burde det vært på voksenavdelinger også.

## Hva er et hjemmesykehus?

– Det betyr at sykehuset kommer hjem til pasienten for å utføre sykepleieprosedyrer, i stedet for at pasienten kommer til sykehuset. Det innebærer også omsorg og samtaler, og palliativ og terminal pleie.

## Er det sykepleiere som drar?

– Ja. Vi kan kontakte lege ved behov. Enkelte ganger er andre faggrupper involvert.

## Hvor vanlig er hjemmesykehus?

– Ikke veldig vanlig. I Oslo drives det annerledes, i egen enhet. Her er det en del av avdelingen. Vi opplever at det er stor interesse for det i landet, i hvert fall blant sykepleiere.

## Er det dyrt?

– Jeg tror ikke det er mye å tape på å tilby hjemmesykehus. Vi bruker gjerne mer tid på prosedyrene hvis pasienten kommer til sykehuset.

## Dere har fått mange private gaver?

– Ja, men i år har vi heldigvis fått midler via statsbudsjettet. Det gjør at vi kan utvide tilbudet til kveld og helg.

## Hvordan jobber du?

– Jeg jobber både i avdeling og ute i hjemmesykehus. Vi kjenner barna godt fra avdelingen, der de blant annet får cellegift. De er ofte pasienter hos oss i mange år. Det er bare erfarne sykepleiere som reiser hjem. Det er kjekt å variere mellom

avdelingen og hjemmebesøk.

## Hvor lenge har du jobbet der?

– Siden 1999. Hjemmesykehuset startet opp i 2012.

## Kan man jobbe lenge med syke og døende barn?

– Det er tøft når det ikke går bra, så man må ha påfyll for ikke å tappe seg. Men det er utrolig mye kjekt og. Å jobbe med barn er fantastisk. De minste er til stede her og nå og tenker ikke konsekvens.



Fakta

## Aktuell som

Barnesykepleier som jobber med hjemmesykehus.

Alder: 9 år

**Bakgrunn:** «Ella Louise (3) kan ta blodprøven hjemme» var overskriften i Stavanger Aftenblad i romjulen. Det var sykepleier Hilde Gudmundson som besøkte den lille kreftsyke jenten for å ta blod. Gudmundson er sykepleier på barneavdelingen ved Stavanger universitetssykehus, som har tilbud om å komme hjem til pasienten, såkalt hjemmesykehus. Gudmundson ble barnesykepleier i 2002 og videreutdanner seg nå i kreftsykepleie ved siden av full jobb.

## Du har selv barn?

– Ja, tre. Det gjør det kanskje lettere å identifisere seg med foreldrenes opplevelser.

## Hva er den største fordelene med hjemmesykehus?

– At familiene får en bedre hverdag. Den blir tilnærmet normal. For søsken er det veldig viktig. Og pasienten slipper å skulle opp av sengen og ut i bilen. Foreldrene slipper å utsette ungen sin for infeksjon, det er noe de er redde for.

## Hva er ulemperne?

– Foreløpig har jeg ikke opplevd noen ulemper. Når legene ser pasienten mindre, medfører det et større ansvar for sykepleierne. Og det kan være en utfordring når pasientene trenger tett oppfølging i palliativ fase, for eksempel med ernæring og smertebehandling.

## Ellers noe?

– Vi får lettere fanget opp søsken. De kan ta del når de er i en naturlig setting, og det er viktig at de kan føle at de er til hjelp. Det er også lettere å ta opp vanskelige spørsmål på hjemmebane, også med foreldre. Spesielt er det slitssomt for dem å være i palliativ fase. Å kunne gi barnepalliasjon er veldig bra. Og det er fint at vi kan komme til skolen, så pasienten slipper fravær, spesielt for de på videregående og ungdomsskole.

## Og Ella Louise, som nå blir fire, kjenner du godt?

– Ja, jeg var hjemme hos henne i dag. Det er en fryd å treffe henne. En oppvakt jente. ●  
[marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)



– Jeg har hatt en kjempestor fanklubb av sykepleiere som har fått meg videre uten å dulle for mye, sier tidligere tarmkreftpasient Kristian Haugnes.

# Takker sykepleierne for at de sparka ham bak

• Tekst og foto **Eivor Hofstad**

**K**ristian Haugnes (49) er humanetiker og har ikke for vane å ty til himmelske metaforer når han skal uttrykke seg. Men når vi ber ham karakterisere sykepleierne han møtte under sin ni måneder lange behandlingstid som tarmkreftpasient, ligger faktisk «hvite engler» langt fram på tungespissen.

## SUBBET RUNDT I TORSHOVDALEN

– Det er sykepleiernes fortjeneste at jeg kom meg videre fra å subbe rundt i Torshovdalen i Oslo til å sykle rundt i Danmark i sommer og gå på fjellet i Nord-Norge i høst, sier han.

Vi møter ham på kaféen ved Human-Etisk Forbunds lokaler i Oslo hvor han jobber som organisasjonsrådgiver.

Det er faktisk bare ni måneder siden han stoppet opp 20 meter fra sykehussenga, på sin første gåtur etter operasjonen, og lurte på hvordan på denne kloden han skulle klare å komme seg tilbake til senga.

Etter siste runde med kjemo-kombinasjonskuren FLOX i høst, kontaktet Haugnes derfor oss og spurte: «Hvordan kan jeg få takket denne fantastiske yrkesgruppen?»

## MÅTTE STADIG PÅ DO

Rundt juletid i fjor merket han at noe ikke var som det skulle i tarmsystemet.

– Det var mye uregelmessig med magen. Det kjentes som jeg måtte på do hele tiden.

I januar var han på jobbreise i Bodø og fikk så store smerter om natta at han ikke fikk sove.

– Jeg sendte sms til de jeg skulle treffe neste dag om at det ikke var sikkert jeg ville klare å møte opp.

Han fullførte møtet, men da han kom hjem til Oslo igjen, ga kona klar beskjed: «Du går til legen!»

Fastlegen fant blod i avføringen og Haugnes var

ganske sikker på at det var tarmkreft. Han fikk mistanken bekreftet i februar.

## STOMI

Etter åpen operasjon gikk rehabiliteringen bedre enn ventet. Men da han skulle skrives ut, gikk det skeis: E. coli-infeksjon. Smertehelvete og feber og

**«Jeg har blitt tydeligere og synes det er enklere å snakke åpent om vanskelige ting.»**

ny kirurgi fulgte. Plutselig gikk det opp for Haugnes at han skulle få stomi.

– Følelsen var mer bunnløs skuffelse enn sjokk. Da jeg våknet opp etter stomioperasjonen og hadde fått denne fremmede skapningen på magen, klarte jeg ikke å akseptere den. Sykepleieren som skiftet den første gangen for meg, sa: «Du må før eller siden gjøre dette selv. Vil du gjøre det nå eller i morgen?» Det hjalp at hun var så tydelig. Det fikk meg i gang.

## SYKEPLEIERNE DULLET IKKE

I oktober tok Haugnes farvel med «fanklubben» sin på Oslo universitetssykehus, Ullevål. På ni måneder hadde han da hatt kontakt med haugevis av helsearbeidere; leger, fysioterapeuter, hjelpepleiere og sykepleiere.

– Men det er sykepleierne jeg har hatt mest å gjøre med. De ga meg cellegift og smertestillende. De så meg som menneske samtidig som de lot være å dulle med meg. De ga meg gode råd og støtte,

samtidig som de sparka meg i ræva så jeg ikke bare satt der og syntes synd på meg selv.

Etter at en sykepleier hadde stilt smertene hans på beste måte, tok en ny over og ga ham små mål: «Nå skal du gå fra post en til to». Neste dag var det enda lenger og så ble det trappene. Da han kom hjem og var sykmeldt, brukte han samme fremgangsmåte med å sette seg små, gjennomførbare mål. Det ble lengre og lengre daglige spaserturer som til slutt endte med en ukestur til Kroatia på slutten av sykmeldingsperioden.

## SYKEPLEIERNES BALANSEGANG

Haugnes ser kampen han har vært igjennom som todelt: Først å hente seg inn igjen fysisk, dernest den psykiske kampen for aksept av situasjonen og mot bitterhet.

– Sykepleierne dyttet på, samtidig som de tørket tårene mine og holdt meg i hånda. Å vite når man skal gjøre hva, er en balansegang. Sykepleierne må ha hatt en fantastisk utdanning siden de klarer det såpass bra.

I løpet av behandlingstiden antar Haugnes at det har vært rundt 80 personer som alle har håndhilst på ham og fortalt hva oppgaven deres er. Alle, så nær som en lege og en sykepleier, har vært forbilledlige i sitt møte med Haugnes som pasient.

– At det er to mennesker av 80 man ikke kommer overens med, er jo helt naturlig. Og jeg har befriende lite å klage på, forsikrer Haugnes.

## «UFØLSOM» LEGE

– Hva var det som ikke gikk så bra?

– Legen jeg hadde litt problemer med, var en som i april fortalte at jeg hadde fått spredning til de lymfeknutene som ble fjernet sammen med svulsten. Da jeg gråt, sa han: «Å, jeg trodde du skulle bli glad for at vi tok deg alvorlig.» Sykepleieren





**BALANSERT SYKE-  
PLEIE:** – Sykepleierne  
dyttet på, samtidig som  
de tørket tårene mine og  
holdt meg i hånda, sier  
Kristian Haugnes. Han  
fikk stomi etter å ha blitt  
operert for tarmkreft.

som var med, tok tak i meg da vi gikk ut derfra og sa: «Du skal huske to ting: Du er kreftfri nå. Og er det noe igjen, skal vi ta knekken på det!» Hun forstod at det var jo det jeg trengte å høre.

Sykepleieren han ikke kom så godt overens med, var ei som pusha litt for mye. Han skulle puste i en motvindmaskin for å få i gang lungene. Det gjorde vondt. Hun hadde satt maskinen på 2 i stedet for 1, og da han gjorde henne oppmerksom på det, svarte hun «Å, ja. Jeg trodde ikke du merka at den var på 2.»

– Selvfølgelig merka jeg det. Det var jo derfor det var vondt.

Han skulle puste med maskinen i ti minutter.

– Jeg har alltid hatt en god følelse av tid og lot det gå 11-12 minutter før jeg sa fra. Hun nektet for at det hadde gått ti minutter og ba meg puste litt

## «Det er sykepleiernes fortjeneste at jeg kom meg videre.»

til. «Nei, det har gått ti minutter nå,» sa jeg. «Å ja, så du kan klokka?» sa hun til meg, voksne mannen.

Den morsomheten var ikke så lett for Haugnes å ta når han var såpass nedkjørt.

### **KJENNER SEG SELV BEDRE**

– Har du kommet styrket ut av sykdomshistorien din?

– Jeg kommer aldri til å si at jeg er glad for stomien. Men jeg har lært meg bedre å kjenne som person. Jeg har blitt tydeligere og synes det er

enklere å snakke åpent om vanskelige ting. Og så har jeg blitt flinkere til å pushe meg selv til å trene.

I sommer tok Kristian Haugnes sitt første bad i full offentlighet med store arr og pose på magen.

– Det var faktisk ingen som brydde seg.

Hans neste mål var høstjakta. Hvert år jakter han harer på Arnøya i Nord-Troms hvor morsslekta kommer fra. Det fikk han gjort i år også.

– Det var helt magisk. Målet var to harer. Det fikk jeg. Og jeg var i mye bedre fysisk form enn jeg trodde. Jeg er nesten i bedre form nå enn på samme tid i fjor.

Han kom tilbake i jobb 2. mai og har ikke vært sykmeldt siden.

– Nå skal jeg snart teste ut skiformen, men er forberedt på at magen nok vil slite litt da. ●

*eiwor.hofstad@sykepleien.no*



Sykepleiere bidrar stadig mer til forskning. Nå mener fagfolk det er på tide å få oversikt over hva vi egentlig forsker på.

## En viss oversikt

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

Det finnes ingen offisiell eller komplett liste over forskning relatert til sykepleiefaget her i landet.

Ikke foreløpig, i alle fall.

– Tiden er moden for å få oversikt over hva det er vi faktisk forsker på. Hva forskningsmidlene går til.

Det sier Gro Jamtvedt, som i fjor tiltrådte som dekan for Fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

– På høyskolene har til nå all helseforskning blitt ønsket velkommen, fordi man ville ha opp aktiviteten og volumet.

Nå tas det grep for å forsøke å få oversikt, og Jamtvedts eget fakultet skal teste ut det såkalte Health Research Classification System (HRCS). Det er et britisk utviklet verktøy for blant annet å klassifisere helseforskning etter type og tema.

– Vi har savnet et system å klassifisere etter, og det er naturlig for oss å prøve ut dette, sier Jamtvedt.

Til nå er HRCS her i landet tatt i bruk av Forskningsrådet for kartlegging av norsk helseforskning finansiert av rådet selv, samt av regionale helseforetak, EU og Kreftforeningen.

– Det kan være at HRCS i dag er for medisinsk orientert, men det er også godt mulig at det vil fungere godt for helseforskningen vi driver med.

**33 DISPUTASER OG 27 ARTIKLER**  
Selv har vi i Sykepleien forsøkt å få en

viss oversikt gjennom å kategorisere fjorårets norske, sykepleierelaterte doktorgradsdisputaser etter tema.

Vi har også kategorisert alle fagfelleverderte artikler publisert i Sykepleien Forskning gjennom tidsskriftets tiårige historie. (Tidsskriftet fins nå på sykepleien.no under fanen «Forskning».)

(De fullstendige oversiktene kan du se ved å benytte QR-kodene i denne saken, eller ved å søke opp «artikkelkatalogen» og «nye doktorgrader» på sykepleien.no.)



«Tiden er moden

for å få oversikt over hva det er vi faktisk forsker på.»

Gro Jamtvedt,  
dekan

I løpet av 2016 registrerte vi totalt 33 disputaser, mens Sykepleien Forskning i samme periode publiserte 27 fagfelleverderte artikler.

### MYE OM MESTRING

Alt lar seg ikke klassifisere like enkelt og presist. De fleste studier passer inn under flere ulike

temakategorier og det foregår mye relevant forskning som ikke fanges opp her. Vi har dessuten ikke vurdert forskningens kvalitet eller metodebruk.

Dermed sitter vi ikke med fasiten eller noen endelig dom over forskningsåret 2016, men forhåpentlig med en viss pekepinn om hva som dekkes godt og hvilke huller som finnes.

Det kan for eksempel være verdt å merke seg at vi i året om gikk, har registrert mer forskning knyttet til primærhelsetjeneste enn til spesialisthelsetjeneste.

Vi finner mye forskning som lar seg sortere under relativt vide begreper som «mestring», «kommunikasjon» og «psykisk helse».

Samtidig er det langt mellom doktorgradsavhandlinger som tar for seg begrensede, kliniske, konkrete problemstillinger knyttet til oppgaver som for eksempel legemiddelbehandling, ernæring, sårbehandling og stell.

Den type praksisnære studier er noe bedre representert blant de fagfelleverderte artiklene i Sykepleien Forskning.

### ET UNGT FORSKNINGSFELT

– Om andre ser at sykepleieforskning konkret kan bidra til økt pasienttrygghet, bedre behandling og effektivisering av ressursbruken, styrker vi vår posisjon, sier leder i

Fakta ●●●●

### Topp 10-temaer 2016

#### Doktorgrader

- Psykisk helse 10
- Geriatri 9
- Mestring 8
- Kommunikasjon 7
- Livskvalitet 6
- Primærhelsetjeneste 6
- Spesialisthelsetjeneste 5
- Svangerskap & fødsel 5
- Barn & unge 4
- Sykehjem 4



Bruk QR-koden for en kategorisert oversikt over de 33 doktorgradene vi har registrert i 2016.

#### Fagfelleverderte artikler

- Primærhelsetjeneste 10
- Kommunikasjon 7
- Mestring 7
- Spesialisthelsetjeneste 6
- Barn & unge 5
- Kompetanse & fagutvikling 5
- Geriatri 5
- Teori & metode 4
- Klinisk praksis 4
- Organisering 4



Fagfelleverderte artikler publisert i Sykepleien forskning.





→ lar dem fortsette med en viss forskningspraksis samtidig som de arbeider klinisk.

## ÅRET SOM VAR

– 2016 var et år med stor bredde innen sykepleierelatert forskning. Det er gledelig, men de ulike fagmiljøene må nå bli enda flinkere til å se hva som trengs og hvor det mangler kunnskap, sier NSF-leder By.

Hun mener helseforetak, universitetsmiljøer, høyskoler, utviklingsentre og andre – inkludert NSF – i enda større grad må tenke mer målrettet og strategisk.

– Fremskritt kommer ikke av at flere forsker på det samme fra hver sin tue, men gjennom at man legger stein på stein sammen. Forskning handler også om å feile – teste ut hypoteser og tåle at de ikke stemmer. Vi må hele tiden forbedre oss.

2016 var ellers året da NSF selv begynte å fordele sine forskningsmidler mer strategisk, blant annet for å stimulere flere sykepleiere til å ta doktorgrad.

Det var også året da det ble opprettet en forskerskole dedikert til kommunale helse- og

omsorgstjenester, og et nytt regionalt forskningsnettverk for symptomhåndtering og livskvalitet så dagens lys.

– Det trengs helt klart mer forskning i kommunehelsetjenesten, blant annet for å fremme kunnskapsbasert praksis, mener By.



## «De ulike fagmiljøene

### må nå bli enda flinkere til å se hva som trengs. Hvor det mangler kunnskap.»

Eli Gunhild By, leder av NSF

– Mer spesifikt, vil et felt som velferdsteknologi bli særlig viktig i tiden fremover. Her vet vi det er mye å hente, ikke minst innen sykepleie. ●

*Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no*

## 27 artikler

### Fagfellevurderte artikler publisert i Sykepleien forskning i løpet av 2016.

- Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse
- Viser vektene på helsestasjonene korrekt vekt?
- Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem
- Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring
- CPOT – verktøy for smertevurdering av intensivpasienter
- Utfordringer med å etablere en ny praksis
- Urinveisinfeksjon blant eldre pasienter i hjemmesykepleien
- Erfaringer med diagnostisering og behandling av testikkelkreft
- Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid
- Varsling av avvik – en vanskelig balansekunst
- Kan vi stole på urinstiks?
- Registrerer få hjertestanser
- Ny app kan gi ernæringsstøtte til hjemmeboende eldre
- Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjenestetereing
- Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre
- Kommunikasjonskurs med simulering
- Bruk av videokommunikasjonsteknologi i hverdags- og/eller telerehabilitering
- Kartleggingsverktøy for pustebevisvær hos palliative pasienter
- Oksygenbehandling til barn på sykehusInformasjonsbehov til unge jenter ved p-pillebruk
- Utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeidKunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen
- Praksisveilederes refleksjoner om akademisering av spesialutdanningene
- Stell og bruk av sentralt venekateter i intensivavdeling
- Kvinner og menns vurdering av helse og funksjonsevne i HUNT 3 etter hjerneslag
- Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune
- Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten



Illustrasjon: Colourbox

## 33 doktorgrader

### Sykepleierelaterte doktorgradsavhandlinger forsvart i løpet av 2016.

- Implementering av e-helse-verktøy
- Psykososiale aspekter ved porfyripsykdom
- Samisk ungdom på vei mot voksenlivet
- Salutogenisk tilnærming i demensomsorgen
- Rehabilitering av barn og det sosiale hierarkiet
- Kommunikasjon med unge kreftpasienter
- Trening og livskvalitet hos kvinner med osteopeni
- Motstridende styringskrav i sykehjem
- Eldres medvirkning ved utskriving fra sykehus
- Brukermedvirkning i utviklingen av helseteknologi
- Smerteopplevelse etter hjertekirurgi
- Effekter av at lege- og sykepleiestudenter trener sammen
- Å jobbe med døden
- Livskvalitet på sykehjem for personer med demens
- Syn, hørsel og lysforhold hos eldre
- Akupunktur og diagnostisering i forbindelse med barnløshet
- Sosiale relasjoner, stress og infeksjonsrisiko hos gravide
- Fødselskomplikasjoner hos innvandrerkvinner
- Delirium hos eldre etter hjertekaffkirurgi
- Kvaliteten på henvisninger fra fastlege til psykisk helsevern
- Avføringsinkontinens, obstipasjon og bruk av avføringsmidler blant pasienter på sykehjem
- Sammenheng og læring i sykepleierutdanningen
- Helseerfaringer hos eldre pakistanske kvinner i Norge
- Emosjonelle roboter som helsefremmende tiltak i demensomsorg
- Negative konsekvenser av skiftarbeid for sykepleiere
- Traumer etter prematur fødsel
- Sykepleiestudenters konstruksjon av eget fag i spenningsfeltet mellom medisin og humaniora
- Håp innen kommunale psykisk helse- og rustjenester
- Utvikling for premature barn etter foreldreveiledning
- Egenbehandling og psykisk velvære ved diabetes 1
- Pårørendesamarbeid ved Huntingtons sykdom
- Symptombelastning før og etter lungekreftoperasjon
- Infeksjoner oppstått på sykehjem og sykehus



Illustrasjon: Colourbox



## Forventer mer effektivitet

● Tekst Bjørn Arild Østby

**SYKEHUS:** Samme prioriteringer som i fjor, men høyere krav til mål. Det var budskapet i helse- og omsorgsminister Bent Høies sykehustale til helseregionene for 2017.

I talen presenterte han sine prioriteringer og forventninger til sykehusene for 2017. Oppdraget er kort oppsummert å videreføre de tre målene i fjorårets dokument:

- Å redusere unødvendig venting og variasjon mellom sykehusene.
- Å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- Å bedre kvalitet og pasient-sikkerhet.

Den gjennomsnittlige ventetiden for behandling var i fjor 61 dager, det laveste siden 2002.

– Nytt mål for 2017 er at alle helseregioner skal redusere ventetidene sine sammenliknet med 2016, og at ventetiden i **alle** helseregionene skal være under 60 dager i snitt, understreket Høie.

Med henvisning til de store variasjonene i effektivitet mellom sykehusene, mente helseministeren at det er mulig å behandle flere

pasienter uten at det må tilføres mer ressurser.

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikken på regionnivå.

– Regionene er i rute når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er bra! Men for psykisk helse er jeg ikke fornøyd, sa Høie.

En spesiell utfordring i psykisk helsevern er ifølge helseministeren den høye bruken av tvang. Meldingen til lederne var at det skal

jobbes systematisk for å redusere tvangsbruken.

Med en ny forskrift stiller Høie strengere krav til lederne ved norske sykehus.

– Lederne må stimulere til åpenhet, skape kultur for læring og utvikle forbedringskompetanse på alle nivåer i organisasjonen. Vi skal ha ledere som støtter de ansatte og tillitsvalgte, ledere som oppfordrer til å melde fra om uønskete hendelser og forhold som kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet, sa Høie. ●

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

# PPS

**Fortsatt** Norges største prosedyrebibliotek.

**Fortsatt** de samme eierne.

**Fortsatt** de samme menneskene.

...men vi heter ikke lenger PPS.

**Nå heter vi VAR Healthcare.**



HEALTHCARE

[varhealthcare.no](http://varhealthcare.no) / [varnett.no](http://varnett.no)



Skal helsesøstre teste skoleungdom for rus, selv om det ikke er en lovpålagt oppgave? I Vestre Aker har de gjort det i årevis. De mener det er god forebygging.

## – Vi skal forebygge, ikke etterforske

• Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Det er ikke så morsomt å ta de urinprøvene, men hvis vi sørger for at ungdommene ruser seg minst mulig når de er mellom 15 og 20 år, har de større sjans for å forbli rusfrie, sier helsesøster Elsbeth Flood.

Hun og kollega Marianne Westby Thorstad jobber på en videregående skole og på helsestasjon for ungdom i bydel Vestre Aker i Oslo. Begge har Uteseksjonens kurs i hasjavenning (HAP) og Flood er klinisk spesialist i endringsfokusert arbeid.

I de seinere årene har de sett at det har blitt mindre av de hardbarke rusavhengige som bruker de tunge stoffene, men mer av den jevne, lettere cannabisrusingen blant flere.

– Det handler om å avbryte muligheten til å komme inn i kjeden som begynner med å røyke cannabis en gang i måneden, så hver helg, så i ukene og etter hvert både for å sove og for å våkne, sier Thorstad.

### STARTET FOR ÅTTE ÅR SIDEN

Det begynte for åtte år siden da en gjeng med skoleelever fra videregående hadde vært på klassetur og blitt tatt i å røyke cannabis. Skolen ønsket å teste alle elevene via urinprøve, og samlet inn samtykke fra både elevene og foresatte. Det er ikke lov å rusteste uten samtykke, og alle prøver skal avgis frivillig (se faktaboks lenger ned).

Elsbeth Flood fant ingen veileder

fra Helsedirektoratet om hvordan de skulle gå frem videre, så hun henvendte seg til en kollega i en annen bydel og lærte av henne.

– Da det endelig ble klart til testing, hadde det gått tre uker, så det var altfor seint, minnes Flood.

Men da var de på en måte i gang. Nå tar de mellom 300 og 600 urinprøver i året.

### TO TYPER KONTRAKTER

De utviklet frivillige kontrakter om ukentlige urinprøver for dem som ønsket helsesøsters hjelp til å kutte ut rus. I tillegg tok helsesøstrene over rustesting for de ungdommene som gikk på ruskontrakt med poli-

teknologi eller fortsette med rus. De prøvene tas også av helsesøstrene. Testes disse ungdommene hos politiet, er det politiet som betaler for testene. Men testes de hos helsesøster, er det Helfo som betaler.

Begge typer kontrakter varer i seks til tolv måneder med mulighet for forlengelse, og begge omfatter tilbud om samtaler hos helsesøster ved inn- og utskriving.

– I tillegg snakker vi litt med ungdommene hver uke når de skal ta urinprøven. På vei gjennom to lange korridorer rekker vi faktisk å få en god oppdatering om hvordan det går, sier Thorstad.

### KOGNITIV SVIKT

– Ofte dukker det opp mye annet under innskrivingsamtalene. Rus kan være et symptom på at de for eksempel sliter med angst, sier Flood.

– Vi må få dem til å bryte rusmønsteret før vi kan ta tak i de bakenforliggende årsakene, sier Thorstad.

Helsesøstrene erfarer at mange ikke ser sammenhengen mellom røyking av cannabis og dårlige skoleprestasjoner eller søvn- og konsentrasjonsproblemer.

– De merker det ikke selv, men vi hører det når de snakker. De får faktisk en kognitiv svikt når de er kronisk påvirket over tid, sier Flood.

Det varierer hvor mange unge i Vestre Aker som er på slike

### Fakta ●●●●

#### Samtykke nødvendig

Skoler kan ikke kreve at elever leverer urinprøve og helsesøstre har ikke lov å bli med elever inn på do for å sjekke at de leverer urinprøve uten at ungdommene har samtykket til å la seg teste på forhånd.

– Rustesting i skolen kan bare skje med elevens og eventuelt foresattes eksplisitte, informerte og frivillige samtykke. Det kan ikke gis negative sanksjoner overfor de som ikke ønsker å la seg teste, sier Eirin Oda Lauvset, jurist og seniorrådgiver i Datatilsynet.

Hun mener avtale om rustesting bør involvere de foresatte, selv etter 16 års alder, og minner om at prøvesvarene ikke må bli tilgjengelige for uvedkommende. Det må ikke lagres overskuddsinformasjon og resultatene må slettes når de ikke lenger er nødvendige.

«Jeg har helt endret mitt syn på helsesøsters rolle i rusarbeidet.»  
Elsbeth Flood

tiet. De hadde tidligere avlagt prøve på private laboratorier, uten spesiell oppfølging fra helsepersonell.

De som har politikontrakt er ungdommer som har blitt tatt for å bruke ulovlige narkotiske stoffer. De har fått påtaleunntakelse, og i den inngår avtale om å la seg rusteste hos helsesøster. Politiets forebyggende enhet inngår også frivillige avtaler med ungdom som er i risiko for å



**MED SPEIL:** På toalettet hos helsestasjon for ungdom i Vestre Aker i Oslo, har godt over tusen tisset under helsesøstrene Marianne Westby Thorstad (til venstre) og Elsbeth Floods vaksomme blikk.

kontrakter til enhver tid. Det minste har vært to. Flest var det i 2012, med 44 stykker på samme tid.

– I dag har vi fem: tre med påtaleunntatelse som har kontrakt med politiet og to på frivillig kontrakt med oss, forteller Flood.

#### **FAST TESTDAG**

Hver onsdag mellom klokka 16 og 19 kommer ungdommene til helsestasjon for ungdom for å levere urinprøve. De «går på pissings», som de kaller det. Da må ungdommene ta på seg hansker, så ikke prøven skal bli forurenset. Prøven forsegles og ungdommen skal skrive under på at prøven er avlagt frivillig.

Guttedoen er utstyrt med speil. Helsesøster står bak ryggen på guttene og observerer i speilet. Jentedoen har ikke speil, så her kikker helsesøster mer direkte på, mens urinprøven samles opp i begeret.

Vigdis Vindenes, avdelingsdirektør hos Folkehelseinstituttet, anbefaler å ikke varsle på forhånd når urinprøvene skal tas.

– Hvis man tester for eksempel hver fredag, kan ungdommene bruke rusmidler i løpet av helga uten at det nødvendigvis vises på testen fredagen etterpå, sier hun.

Dette er Flood og Thorstad klar over, men det er praktisk vanskelig for dem å teste utenom den oppsatte tiden.

– Siden vi gjør det hver onsdag, vil det ofte vises hvis de gjør noe i helga, påpeker Thorstad.

#### **SPYTT- ELLER URINPRØVER**

– Hva synes ungdommene om å bli observert mens de tisser?

– I begynnelsen synes de kanskje det er flaut og ubehagelig, men de venner seg til det, sier Flood.

– Jeg har aldri opplevd at en

eneste jente eller gutt har uttrykt at det er ydmykende. Vi forklarer godt på forhånd, sier Thorstad.

På Folkehelseinstituttet mener Vindenes at spyttprøver hadde vært bedre for ungdommene enn urinprøver. Spyttprøver brukes i dag av blant annet politi, leger og barnevernsinstitusjoner, hvor det er behov for å ta prøver under påsyn.

– Urinprøver tatt under påsyn oppleves av mange som stigmatiserende. Spyttprøver er betydelig enklere å ta. De vil være dyrere i bruk og man får kortere påvisningstid, slik at prøven bare kan si noe om inntak den siste tiden. På sikt tror jeg likevel spyttprøver vil komme, også til skolene og helsestasjonene for unge, sier Vindenes.

#### **POSITIVE PRØVER**

– Hvor ofte er prøvene positive?

– Det er vanskelig å gi noe klart

svar på det. Vi forventer ofte positive prøvesvar i begynnelsen av en oppfølging, mens målet er at de skal bli negative etter noen uker, og deretter forbli negative. Vi kan også bestille måling av konsentrasjonen av for eksempel THC, slik at vi kan se om forbruket går opp eller ned.

– Hva skjer med dem som har positiv prøve?

– Det kan variere. Er de på politi-kontrakt får noen utvidet kontrakt og en bekymringsamtale. Ungdom over 18 kan få en bot. Men det blir en prikk på rullebladet, og alle på politikontrakt vil i utgangspunktet kunne få problemer både med å reise til USA og komme inn i militæret. De vil også kunne få utsettelse på førerkortet, sier Thorstad.

– Er de på frivillig kontrakt med oss, kan konsekvensen bli en bekymringsmelding til barnevernet, eventuelt





→ en forlenget kontrakt, men ingenting som ikke er avtalt på forhånd i kontrakten, sier Flood.

## KONTROLL VERSUS TILLIT

Leder av Landsgruppe for helsesøstre NSF, Kristin Sofie Waldum-Grevbo, sier rustesting ikke inngår i det grunnleggende tilbudet skolehelsetjenesten er pålagt å gi, men at det kan inngå som et utvidet tilbud der det er ressurser til det.

– Jeg sier ikke kategorisk nei til at skolehelsetjenesten kan gjennomføre dette, men i de tilfellene vi gjør det, må vi være sikre på at det ikke går på bekostning av de oppgavene som er skolehelsetjenestens ansvar.

Hun tilføyer at man skal tenke nøye gjennom hvordan slike avtaler påvirker den rollen skolehelsetjenesten skal ha som et frivillig lavterskeltilbud til elevene.

– Plutselig får vi en kontrollfunksjon. Jeg stiller meg spørrende til hvordan det påvirker tilliten og dialogen mellom helsesøstre og de unge. Det blir viktig å evaluere dette der det gjøres, sier hun.

Waldum-Grevbo har hørt om skoler hvor elevene har blitt intervjuet og blitt bedt om å oppi navnene på dem de tror bruker ulovlige rusmidler.

– Man skal tenke seg nøye om før man utsetter elevene for det. Det er politiets oppgave å drive etterforsk-

## «Ofte dukker det opp mye annet under innskrivings-samtalene.» Elsbeth Flood

ning. Dessuten er det ikke populært å være angiver, og det kan sette eleven som angir i fare.

## VIL GJERNE EVALUERE

I Vestre Aker har helsesøstre forberedt hvordan rustesting kan evalueres, men de har ikke fått midler til å gjøre det ennå.

– Jeg har laget spørreskjema, men det må godkjennes. Vi har verktøyet

Questback, men trenger en IT-person for å kunne bruke det, og trenger også godkjenning for å kontakte tidligere elever, sier Thorstad.

– Vi vet ikke hvor mange vi har klart å hjelpe, men vi får gode tilbakemeldinger fra ungdommene selv. Mange sier at urinprøver gjør at det blir lettere å holde seg unna rusen. Det blir et argument for å si nei takk når de er ute blant venner. De tilbys jo hasj og marihuana over alt, sier Flood.

Helsesøstre opplever ikke at de er en kontrollinstans, snarere tvert imot.

– Tilliten og kontakten blir lettere når ungdommene skjønner at vi vet hva vi snakker om, og at vi nettopp ikke er ute etter å «ta» dem, men ønsker å hjelpe dem, sier Flood.

## IKKE I RETNINGSLINJENE

Oppdaterte retningslinjer for skolehelsetjenesten var nettopp ute på høring fra Helsedirektoratet. Der står det heller ikke at helsesøstre skal rusteste ungdommene.

– Når vi har gått gjennom høringsssvarene vil vi vurdere om

dette skal tas inn. Helsestasjonene skal jobbe helsefremmende og forebyggende, og det blir opp til den enkelte kommune å organisere helsestasjonstilbudet, sier Astrid Hernes Kvalnes i Helsedirektoratet.

Hun legger til at det er opp til blant annet politiet eller kriminalomsorgen å avgjøre hvem de vil pålegge å utføre rustesting.

– Jeg synes det er merkelig at ikke ungdoms rusbruk og hvordan vi skal, kan og bør forholde oss til dette er nevnt i retningslinjene, sier Flood.

Hun minner om at rus påvirker alt vi gjør, fra skoleprestasjoner til hvordan vi har det psykisk og fysisk.

– Dette er virkelig forebygging. Jeg har helt endret mitt syn på helsesøsters rolle i rusarbeidet siden vi begynte med rustesting. Å holde ungdom unna rus så lenge som mulig er svært viktig, sier Flood.

– At det ikke står noe om rustesting i retningslinjene for helsestasjon for ungdom er ille. Det er som å gå bakover i tid. Vi opplever ingen nedgang i rusbruken, tvert imot, sier Thorstad. ●

*eivor.hofstad@sykepleien.no*

## Fakta

### Dette forteller urinprøvene

Urinprøvene til ungdommene i bydel Vestre Aker sendes til OUS Ullevåls laboratorium. Da testes det for stoffene som er avtalt i kontrakten, som oftest de fem narkotiske stoffene under her, pluss alkohol. Kreatinin og PH testes også, for å utelukke at urinprøven er manipulert ved enten å drikke mye vann eller tilføre syre.

#### Så lenge etter inntak kan stoffene påvises:

- **Amfetamin og ecstasy:** Cirka en uke
- **Cannabis:** Cirka en uke, men ved jevnlig bruk over lang tid kan det påvises i flere uker
- **Opiater og kokain:** Cirka et døgn
- **Alkohol:** Cirka et døgn

**OBS:** Påvisningstiden avhenger av hvor mye som er tatt inn, og øker med økende mengde.

Kilde: Vigdis Vindenes, Folkehelseinstituttet

### Sju av ti blir rusfrie i Skien

- I Skien kommune er det også helsesøstres oppgave å rusteste unge som kommer via kontrakter med politiet eller elever som ønsker frivillig rusoppfølging. Der er det spillrom med toalett på tre videregående skoler pluss helsestasjon for ungdom, for dette formålet. Spillrom er rom med vinduer med spill på innsiden.
- – I skoleåret 2015/2016 tok vi 105 urinprøver i videregående skole. De følges opp med motiverende samtaler. Vi evaluerer årlig og ser at 70 prosent av dem blir rusfrie. Men vi ønsker ikke å være en rus-urinprøveinstans. Flere henvender seg til oss bare for å ta disse prøvene, og da sier vi nei, sier fagansvarlig helsesøster Hild Mæsel.

### Cannabis



- Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i Norge. Fra 2000 til 2009 var antall beslag i Norge konstant. Fra 2009 har de steget.
- Virkningen kan variere mellom følelser av eufori, avslapning, endret tidsopplevelse, redusert konsentrasjon, redusert innlæring og hukommelse, samt humørforandringer, som panikkanfall og paranoia.
- Hasj, marihuana og cannabisolje er tre ulike produkter av cannabis som alle inneholder det rusfremkallende stoffet THC med psykoaktive virkninger. THC-innholdet i cannabisprodukter har økt markant de siste årene.
- Hasj består av plantesaften/harpiksen av de blomstrende toppskuddene, presset sammen med andre deler av plantematerialet til klumper.
- Marihuana består av løst eller presset plantemateriale.
- Cannabis kan røykes, inhaleres som damp, spises som tilsetning i mat eller drikkes som te.
- Cannabis kan gi økt hjerterefrekvens, røde øyne, tørr munn og hals, økt appetitt og redusert pustefrekvens. Rusmiddelet påvirker også immunforsvaret, hormonbalansen og reproduksjonssystemet. Det kan gi lungeskader og har innvirkning på fosteret.

Kilde: Folkehelseinstituttet





**BARE SYKEPLEIERE:** Alle statssekretærene til helseminister Bent Høie er utdannet sykepleiere: Anne Grethe Erlandsen, Frode Gaasland Hestnes og Lisbeth Normann. Foto: Bjørn Stuedal/Antidoping Norge/Bjørn Stuedal

## Tre sykepleiere på toppen

● Tekst **Ingrid Kvitrud**

**STATSSEKRETÆRER:** Etter nytt år startet Frode Gaasland Hestnes (Frp) som statssekretær hos Bent Høie. Dermed er alle helseministerens tre statssekretærer sykepleiere.

– Jeg er veldig oppstemt og glad for denne muligheten til å jobbe med faget mitt og være med på å ta beslutninger, sier Frode Gaasland Hestnes (Frp).

Både Hestnes og de to andre statssekretærene i Helse- og omsorgsdepartementet – Anne Grethe Erlandsen (H) og Lisbeth Normann (H) – er utdannet sykepleiere.

– Hva er grunnen til at du velger sykepleiere, helseminister Bent Høie?

– Alle tre statssekretærene er sykepleiere med bred erfaring fra hele helsetjenesten. Det er en styrke for arbeidet vårt. De kunne også selvfølgelig hatt annen helsefaglig kompetanse. Både den faglige og politiske erfaringen er viktig i denne jobben, sier Høie.

### VERDSETTER KOMPETANSEN

Helseministeren påpeker at han ikke selv har helsefaglig bakgrunn, og at han derfor har bestemte forventninger til hva statssekretærene kan bidra med.

– Deres erfaringer og kontaktnett er viktig for meg for å få gode råd i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Vi har et veldig kompetent embetsverk, men det er også viktig at vi i politisk ledelse stiller de rette spørsmålene og forstår hvordan politikken virker og oppfattes i

helsesektoren, sier Høie.

Hestnes har fått ansvar for folkehelse i Helse- og omsorgsdepartementet. Han tror at han får god bruk for sykepleierbakgrunnen sin i den nye stillingen.

– Man kjenner jo deler av systemet, hvordan det er bygget opp og fungerer i praksis når man har jobbet i felten.

Han har jobbet som sykepleier ved Sykehuset i Vestfold på barneavdelingen. I Re kommune arbeidet han som assisterende leder på sykehjem før han ble leder. Han har nå permisjon fra stillingen som assisterende daglig leder i Antidoping Norge, hvor han først ble ansatt som sykepleier.

Fra 2011–2015 jobbet Hestnes også i en helgestilling på legevakten i Horten.

– Det gjorde jeg utelukkende for å holde faget ved like. Når man jobber med en del annet, blir den faglige delen etter hvert svakere.

### FORNØYD MED HØIE

Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), er veldig glad for at helseministeren velger sykepleiere som statssekretærer.

– De har en kompetanse og erfaring som er verdifull for å utvikle helsetjenesten, sier hun.

– Vil du gi dem noen råd?

– Fortsett å lytte til fagfolk når dere skal utvikle helsetjenesten. Se sammenhenger. Det at de er sykepleiere tror jeg gjør det lettere å se sammenhenger. ●

[ingrid.kvitrud@sykepleien.no](mailto:ingrid.kvitrud@sykepleien.no)



## Ett år gammel multihandikappet jente trenger fosterhjem.

1 år gamle Askari trenger et fosterhjem som kan gi henne trygghet og tilrettelagt omsorg. Hun responderer positivt på god omsorgshåndtering med å lytte, smile og bli avslappet i kroppen. Askari viser at hun helst vil være sammen med nære omsorgspersoner i trygge omgivelser.

Hun trenger ro, fysikalsk behandling og annen stimulering. Dette må omsorgspersonene tilpasse i samråd med fagfolk på ulike felt. Askari vil leve med sin alvorlige funksjonshemming hele livet, og hun vil alltid være avhengig av hjelp.

### Hvem er dere?

Dere er to trygge, kjærlige og sensitive voksne som er tålmodige og har evne til å gi den spesielle omsorgen Askari trenger. Dere må være innstilt på at oppdraget varer over år og at Askari alltid vil trenge dere. Dere må være innstilt på å tåle at jentas framtidige fungeringsnivå er usikkert, og klare å glede dere over små framskritt, og over at Askari er tilfreds. Dere må også være innstilt på å samarbeide med ulike hjelpeinstanser og være pådrivere i forhold til hjelpeapparatet.

Askari har krav på omfattende helsehjelp og dere vil trenge regelmessig avlastning. Barnevern og helsevesen vil måtte samarbeide med dere hele veien. Det er ønskelig at Askari vokser opp hos dere.

### Vi kan tilby:

- 100 % frikjøp fra jobb de første årene, muligens hele tiden dette er hennes omsorgsbasis
- Utgiftsdekning
- Kurs og veiledning
- Oppfølging fra barneverntjenesten
- Jevnlig avlastning så snart dette er tilrådelig og forsvarlig

### Ble dere nysgjerrig og vil vite mer?

Ta kontakt med Fosterhjemstjenesten i Oslo kommune for en uforpliktende samtale på tlf. 23 42 80 09, eller send en e-post til [fosterhjemstjenesten@bfe.oslo.kommune.no](mailto:fosterhjemstjenesten@bfe.oslo.kommune.no)

Tema.  
**Alders-  
pensjon.**

Holder ut for å samle  
alderspoeng. **28**

Heier på eldre  
sykepleiere. **33**

Pensjonerte seg  
en dag for tidlig. **34**

– Stivbeint av  
arbeidsgiver. **35**

Verdt å vite om  
pensjon. **36**

– Unngå deltid! **38**

# Mange veier til pensjon

Brigitte Schmidt vil jobbe til hun er 67 for å få en best mulig pensjon. De fleste sykepleiere gir seg før.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



**ETTERTRAKTET:**  
Brigitte Schmidt (65)  
er både anesthesi- og  
operasjonssykeplei-  
er. Hun gleder seg til  
å bli pensjonist, men  
det blir ikke ennå.



– Dum som jeg var, jobbet jeg privat en stund,  
sier anestesisykepleier Brigitte Schmidt.

# Holder ut for å samle pensjonspoeng

● Tekst **Marit Fonn**



**D**a er det yyyeeah! Fritid!  
Brigitte Schmidt gliser. Slik føles det å være ferdig med nattevakten.  
– Fritiden er jo verdifull, sier hun mens hun fortsatt er kledd i grønt fra topp til tå.

Schmidt er 65 år og har full turnus på Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Hun vil jobbe til hun blir 67, og hun vil ikke redusere stillingen. For å få best mulig pensjon.

Vakten på operasjonsavdelingen startet klokken ti i går kveld og var ferdig halv åtte i morges. Schmidt er ansatt som anestesisykepleier. En sjelden gang, når det er krise, blir hun bedt om å ta en vakt som operasjonssykepleier, som hun også er.

– Særlig blant operasjonssykepleierne er det mye sykmeldinger. De er overbelastet, konstaterer hun.

### SOVNER LETT PÅ JOBB

Hun henter seg kaffe på kjøkkenet og tar koppen med inn på et stille kontor.

– *Hvordan føler du deg etter en nattevakt?*

– Det fine er at siden vi er i beredskap, kan vi legge oss ned og slappe av når det er rolig.

Skulle det bli hjertestans på sykehuset, er det bare å hoppe i skoene og løpe. Blir pasienter dårlige på intensiv, blir hun tilkalt. Det samme hvis det trengs perifere venekanyler.

– Jeg var heldig i natt. Var ferdig ved ettid med å rydde etter gårdsdagens operasjoner.

Schmidt har ingen problemer med å sovne på jobb.

– Jeg flyter på erfaringen, er en gammel ringrev. Jeg kan jo ikke ligge og være våken og vente på det som kan skje, ler hun.

– Men jeg våkner når alarmen går, altså.

Hun sov til klokken seks.

– På noen nattevakter koker det bare. Men stort sett er vaktene fredelige. Ellers kunne jeg ikke hatt nattevakter. Det er en ensom jobb, med bare én anestesisykepleier på vakt. Det kan være anstrengende.

### HAR PLIKT TIL Å FRATRE

At turnusarbeid er krevende, er godt dokumentert. Mange mener det er nok når de passerer 60. De blir slitne av stadig å skifte syklus.

Sykepleiere som går av med alderspensjon, er gjennomsnittlig 64 år. Men gjennomsnittlig pensjonsalder er bare 57 år når man inkluderer

### Særaldersgrensen:

- Aldersgrensen er 65 år for underordnede sykepleiere. Dette er hjemlet i lov om pensjonsordning for sykepleiere.
- For sykepleiere som er ledere, eller har administrative stillinger eller underviser er aldersgrensen 70 år.
- Sykepleierpensjonsloven omfatter sykepleiere i kommuner, sykehus og store deler av privat sektor.
- Sykepleiere som er 65 år har plikt til å fratre/ikke rett til å fortsette i jobb. Men de som ikke har full opptjening kan søke om å jobbe til de er 67 år.

uførepensjonistene. De som blir uføre, er i snitt 49 år når de går av på trygd.

Schmidt ble 65 år i mai i fjor og har dermed passert særaldersgrensen for sykepleiere. Hun

har fått brev fra arbeidsgiver om at i «alminnelighet har man ved oppnådd særaldersgrense både rett og plikt til å fratre.» Men fordi hun ikke har full pensjonsopptjening, det vil si 30 år, i Kommunal Landspensjonskasse (KLP), kan hun likevel søke om å jobbe lenger. Men bare til hun er maks 67 år, og bare ett år om gangen.

Schmidt nærmer seg mål, hun





I FORM: Det er mye som skal skruses på og mye å strekke seg etter. Det gjelder å holde seg i form skal man bli gammel i yrket, mener Brigitte Schmidt.

har nå over 28 opptjente år i KLP.

Dagvaktene kan være hektiske, da er det mye som skjer. Avdelingen kan ha opp mot 20 operasjoner daglig.

– Å måtte jobbe dagvakt hver dag hadde ødelagt helsen min. Jeg elsker turnus.

Seinvakter er fint, da kan hun styre seg selv sammen med operasjonsteamet.

– Og jeg elsker nattevakter om sommeren, for da kan jeg bruke dagen til å gå på fjellet eller annen trening. Det er fint å variere.

Etter en natt på jobb, svømmer hun gjerne i byens nye svømmehall.

#### HAR MER MOTSTAND MOT TEKNIKK

Som sykepleier har Schmidt skiftet jobb ofte, særlig da hun var yngre.

– Det stimulerer hjernen, mener hun

– Jeg må jo holde meg oppegående.

– *Det hjelper å ha et godt sovehjerte?*

– Jeg er vant til kort, avbrutt søvn. Trenger ikke mye søvn heller.

– *En form for yrkesskade?*

– Ja, når det gjelder søvnrytmen og det å være rasjonell som akutt sykepleier. Har man det turbulent privat, er man nødt til å kutte ut følelsene på jobben. Der må man være til stede, også mentalt. Man

**«Jeg flyter på erfaringen, er en gammel ringrev.»**

Brigitte Schmidt, anestesisykepleier

må være våken, ha blikket med seg og kunne skifte fokus kjapt. Kan hende det går treigere enn før, samtidig tror jeg at jeg flyter på erfaringen. Men det kan jo være en overvurdering, ler hun.

Å lære å betjene nye tekniske apparater går bra.

– Vi får god opplæring fra vår fagsykepleier. Men jeg kjenner litt motstand mot altfor mye teknikk. Anestesi er jo veldig teknisk, men for meg er møtet med pasienten like viktig. «Jeg ser deg, hører deg, støtter deg», heter det jo. Vi har den lille stunden sammen.

Pasienten er ofte anspent og redd, men Schmidt prøver å være litt humoristisk når de ser nervøse ut.

– Vi tilbyr musikk og prater litt. De fleste vil slappe av. De som skal ha hofteproteser, vil som regel sove. De vil ikke høre lyden av boring og saging. Jeg synes det er rart,



➔ jeg ville ikke vært borte når noen lusker i min kropp, sier anestesisykepleieren.

## BLE SYKEPLEIER I TYSKLAND

Brigitte Schmidt er vokst opp i Tyskland. Hun ville egentlig bli frisør eller kunstner, men mor geleidet henne inn i de sosiale yrkene da hun meldte henne på en pleierforskole. Da var Brigitte 14 år. Etter forskolen valgte hun selv linjen for sykepleie. Da var hun 17.

– Det var gøy og spennende. En praktisk utdanning, ikke akademisk.

Fra dag én ble hun lært opp av strenge, erfarne sykepleiere. Det var bare å kaste seg ut i alt; sette sprøyter, sette kateter, lage mat, vaske hår. Sykepleierne den gangen kunne brukes til alt.

20 år gammel, i 1971, var hun ferdig utdannet Røde Kors-sykepleier i Tyskland.

## VAR HJEMME MED BARN

Året etter flyttet hun til Norge. Jada, hun hadde møtt en norsk mann. Drømmen var å reise ut i verden som sykepleier. Slik gikk det altså ikke.

Operasjonssykepleier ble hun i 1981, anestesisykepleier i 1988. Tre sønner har hun fått, i to kull, og to barnebarn.

– Jeg hadde en streng oppvekst, oppdratt i en tid da kvinnerollen var preget av mottoet «Kinder, Küche, Kirche» – barn, kjøkken, kirke.

– Protesterte du mot kvinnesynet?

– Lite. Jeg våknet ikke før jeg var over 30, ler hun.

Da barna var små, var hun hjemmeværende og jobbet sporadisk i flere år. Den norske autorisasjonen fikk hun i 1976.

Pensjon tenkte hun ikke på.

– Ingen snakket til meg om det. Og dum som jeg var, jobbet jeg privat en stund også.

I 12 år var hun operasjonssykepleier på Volvat, først deltid, etter hvert som leder. Derfor ble det flere år uten pensjonsopptjening. Først fra 2002 ble Volvat-sykepleiere innmeldt i KLP.

Hun er også utdannet soneterapeut. Det har hun kombinert med å være operasjonssykepleier.

– Fordi jeg var hjemme med barna i flere år, velger jeg nå å holde ut for å få mine pensjonspoeng.

## LIKER BEST SAMTALENE

I flere år jobbet hun på Haukeland sykehus. Her på Haraldsplass er det litt roligere.

– Men det er en stressende jobb som krever mye. Jeg mediterer og går turer, ellers ville jeg vært utslitt for lenge siden. Egeninnsats må til.

– Tyskere er kjent for å jobbe mye?

– Ja, vi er pliktoppfyllende, og jeg har en egen form for effektivitet som har skremt mine norske kolleger, ha-ha.

Hun syns at de unge blir fort slitne.

– De blir fortere sykmeldt. Tempoet er voldsomt skrudd opp i helsevesenet.

## Kan jobbe 19,9 % ved siden av

- Som pensjonist kan du jobbe med vanlig lønn – inntil 20 prosent – uten at det berører pensjonen din. Men jobber du 20 prosent eller mer, blir du meldt inn i pensjonskassen, og pensjonen blir redusert.
- Man kan også jobbe i enkelte private stillinger uten at det berører pensjonen.
- Før var grensen cirka 37 prosent (14 timer i uken). Endringen er fordelaktig for dem med små stillingsbrøker. Nå kan også de med stillinger ned til 20 prosent få opptjening av tjenestepensjon.



**ERFAREN:** Brigitte Schmidt oppdager legestudentene som øver seg på kirurgisk vask. Schmidt har gode råd å gi.



**KREVENDE:** – Litt av et monster, denne roboten. Man kan jo bli skremt av mindre, ler Brigitte Schmidt, som har lært seg å håndtere den.

Da hun var elev, var brokk- eller fimoseopererte innlagt i en uke. Nå blir de utskrevet etter tre-fire timer.

– Å tenke økonomi er blitt positivt. Jeg ser det ikke slik. Pengene råder, men vi lærte jo om sykepleierånden; at vi skulle se pasientene og motive ham eller henne. I dag er det mye som mangler:

dårlig tannstell og kroppslig hygiene, jeg ser det på operasjonspasientene.

– Er du glad i jobben din?

– Både og. Før var jeg glad i «action» og det tekniske, nå med alderen liker jeg best samtalene. Jeg har innimellom vakter på oppvåkningen, det er veldig givende. Jeg jobber gjerne tre-fire





**RASK:** – Min effektivitet har nok skremt mine norske kolleger, tipper tyske Brigitte Schmidt.

**«Jeg mediterer og går turer, ellers ville jeg vært utslitt for lenge siden.»** Brigitte Schmidt

ekstravakter i måneden.

– Jeg gleder meg voldsomt til å bli pensjonist. Mitt liv skjer i fritiden.

Hun ramser opp sine interesser: Korsang, maling, matlaging, yoga, friluftsliv. Ulriken er nærmeste fjellnabo. I fjor gikk hun Stolzen (en kjent, bratt sti med 900 trappetrinn) 100 ganger.

– Som pensjonist kan jeg tenke meg å gjøre noe samfunnsnyttig. Kanskje noe i Human-Etisk Forbund?

#### **HENDENE BLE STIVE**

Schmidt har søkt om å få jobbe lenger. En kollega i samme situasjon fikk ikke





**FRI:** Nattevakten gikk fint, nå kan Brigitte Schmidt nyte dagen.



**SKIFTE:** Snart i sivil.



**DAGSLYS:** Ny dag, nye muligheter. Brigitte Schmidt forlater Haraldsplass, men kommer snart tilbake.

→ fortsette, hun hadde vært for mye syk. Selv har hun fått ja til å jobbe til april 2017, og hun har søkt om ett år til.

- Men jeg har ikke fått svar ennå.
- De fleste har noen vondter med årene?
- Man må ta vare på seg selv. Smøre leddene og smøre hjernen. Den innsatsen gir noe tilbake. Å putte i seg cola, mel og sukker og sette seg i sofaen er ikke smart, syns hun:
- Vi vet at diabetes kureres av diett og bevegelse.

## 85-årsregelen:

**85-årsregelen** gir noen sykepleiere anledning til å slutte før de er 65 år:

- Hvis din alder pluss antall år som yrkesaktiv sykepleier er minst 85 år, kan du gå av med pensjon når du er 62 år.
- Dette er mest gunstig for de som har jobbet mye full tid.

## AFP:

- Man kan også søke om å gå av med **avtalefestet pensjon (AFP)** ved 62 år. Det er et alternativ for de som ikke kan bruke 85-årsregelen.

Vi har ansvar for egen helse. Ofte må det en krise til før folk våkner.

Schmidt er kjent for å ha sterke meninger.

– Jeg har nok skremt folk. Jeg er veldig direkte, og så har jeg mørk stemme.

Til tross for mange gode tiltak for helsen, begynte hendene plutselig å protestere i fjor. De ble stive og kraftløse, og håndledene hovnet opp. Hun ble sykmeldt i tre måneder.

– Jeg ble nødt til å roe ned. Men det var deilig å bruke tid i naturen, spise mer grønt og reflektere over livet.

Hendene fungerer nå nesten optimalt.

### HAR 19,9 PROSENT STILLING

Denne regnværsformiddagen passer bedre til en venninnelunsj på kafé enn fjelltur. Kanskje blir det et foredrag på øret.

Ute på avdelingen er en gjeng unge sykepleiere på plass. Nei, de tenker ikke mye på pensjon, bekrefter de.

– Vi får vel ikke pensjon, vi. Må sikkert jobbe til vi blir 70. Det blir nok bare dårligere og dårligere. Akkurat det tenker vi litt på, sier anestesisykepleier Marthe Spørstøl, som er 38 år.

Der sneier Vigdis Irene Lind et hjørne. Hun

### BRIGITTES PENSJONSTIPS:

*Det er vanskelig å spå om framtiden. Men jobb med glede – og husk å bruke livet til morsomme ting.*

er 66 år og har vært pensjonist et par år. Hun jobber likevel. Men ikke mer enn 19,9 prosent stilling her på sykehuset. Ved siden av jobber hun litt i et privat vikarbyrå, uten at det reduserer pensjonen.

– Jeg jobber så lenge jeg føler glede ved det. Jeg synger i kor og går i fjellet, men det er godt å jobbe og. Jeg kommer til å fortsette, sier Lind som er anestesisykepleier og jordmor.

Brigitte Schmidt er kjapp i garderoben. Skifter fra grønt til oransje, slipper krøllene fram og frisker opp det røde på leppene. ●

marit.fonn@sykepleien.no



**BÅDE OG:** Vigdis Irene Lind (t.h.) er både yrkesaktiv og pensjonist.



# Heier på de eldre sykepleierne

**TAR VARE PÅ: Ikke minst er det fint at spesialsykepleiere jobber lenge, mener avdelingsleder Marilyn Walle.**

– Nei, det har ikke vært lett å rekruttere i 2016. Det er ikke sånn at de går og gresser utenfor her, sier avdelingsleder Marilyn Walle, som skal holde styr på spesialsykepleierkabalene på operasjonsavdelingen på Haraldsplass sykehus.

– Vi strekker oss langt for å ha de eldre sykepleierne her. Ikke minst fordi det er for få spesialsykepleiere i Norge. Kompetansen øker med alderen. Fleksibiliteten også. De har relativt lavt fravær og høy arbeidsmoral, sier hun.

Alderen kan ha sine utfordringer, for eksempel når det gjelder ergonomi.

– Sykepleierne åpner og lukker og kopler mye med fingrene. Hvis du har leddtrøbbel, slik Brigitte Schmidt hadde, blir det vanskelig. Men hun kom jo tilbake. Brigitte er et godt eksempel på stabilitet gjennom mange år.

## – MÅ VÆRE FRISK

Walle bekrefter at langtidsfravær er mer vanlig blant dem under 45 år.

– De over 60 er det viktig for bedriften å ta vare på. De må behandles godt slik at det er mulig å stå i jobben lenge.

– *Er de unge sykere enn før?*

– Sykmeldingene deres er velbegrunnet. Det kan skyldes livet selv: Skilsmisser og aleneansvar for barn kan gjøre det nødvendig å trekke seg ut noen måneder. I en operasjonsavdeling må man være frisk for å være på jobb. Det er ikke lett å legge til rette for en lettversjon av jobben. Det er høyt tempo, og vi har stort ansvar for pasientsikkerheten. Å gå omtåket med bihulebetennelse på operasjonsstuen kan grense til det uforsvarlige, sier Walle.

Sykepleierne har ulike grunner til fravær, forteller hun: Rygg- og leddproblemer, depresjon, alvorlig sykdom og vanskelig livssituasjon.

– Jeg tilrettelegger gjerne for å holde ansatte i arbeid. Noe annet ville vært et gigantisk tapsprosjekt for Helse-Norge. Ansatte kan i verste fall bli støtt ut til uførhet på grunn av en kronisk sykdom om ikke arbeidsgiver er bevisst sitt ansvar. Mye går med god vilje fra begge parter.

– *Du tar individuelle hensyn?*

– Klart, men det er ikke alltid enkelt. «Jeg ønsker å arbeide sånn,» kan en sykepleier si. «Vårt behov er slik,» sier jeg. Så ender vi stort sett opp midt imellom. Vinn-vinn. Målet er 100 prosent tilbakeføring.

– Jeg er stolt over alle som blir til de er 65 – eller over. Det er jo en krevende høyteknologisk hverdag.

Vi har gamle, trange lokaler. Det er lett å dunke seg, man må tenke på hvordan man beveger seg.

## GÅR TILBAKE TIL GOLVET

Walle har vært leder i 15 år. Fra nyttår er hun tilbake på golvet som operasjonssykepleier. Hun blir 60 år i år.

– *Er det fordi du ikke vil gå glipp av særaldersgrensen, som ledere ikke har?*

– Det er ikke avgjørende. Å være leder er mer krevende med alderen. Det er lett å stivne i rollen som leder,

«Å være leder er mer krevende med alderen.»

Marilyn Walle, avdelingsleder



så det er fint om yngre og mer inspirerte kan overta. Ansaret tynger, og jeg vil ha mer fri etter jobb. Jeg gleder meg til å jobbe klinisk.

Alle 65-åringene får brev om at aldersgrensen er nådd.

– Men flere søker om å få jobbe lenger, ett år av gangen. Hvis alle jobber til de er 67 år, vil det vel kunne spøke for særaldersgrensen.

– *Den har sine fordeler og ulemper?*

– Jeg tenker det. Men for noen er det helt riktig å gå av når de er 65 eller 62. Vi har hele spekteret. Det blir jo flere av de sunne og spreke også.

## JOBBER HVER SJUENDE HELG

Det hun er mest i beit for er operasjonssykepleiere.

– Vi har rekruttert bra fra 2012 til 2015. Blant annet kan vi lokke med at de bare jobber hver sjuende helg. Vi har ikke noen spesiell seniorpolitikk. Men de har fri den dagen de fyller 60. Kanskje man kunne fått en ekstra fridag for hvert år man fyller år etter 60, foreslår Marilyn Walle.

– De fleste spesialsykepleiere går til de er 65, når de har helse til det. Noen motiveres nok til å arbeide litt lenger for å få maks pensjon.

I fjor ble grensen senket for hvor mye en sykepleier med full pensjon kan jobbe i offentlig sykehus uten at pensjonen reduseres. Den ble senket fra cirka 37 til 19,9 prosent.

– Synd, for vi går glipp av god arbeidskraft. Men noen presser seg kanskje for langt. Jeg sier fra hvis jeg synes de begynner å hangle med alderen. Det er verdt å ta samtalen. Mye blir løst ved å snakke om det til rett tid. Sykehuset veileder om ulike løsninger for ansatte med høy alder og redusert helse, sier Walle. ●



## Blir ikke aldersdiskriminert

**SYKEPLEIERE I RETTEN: To dommer slår fast at det ikke er aldersdiskriminerende at sykepleiere har plikt til å slutte i stillingen når de er 65 år eller 67 år.**

En helsesøster saksøkte Hobøl kommune fordi hun mot sin vilje måtte fratse ved oppnådd særaldersgrense på 65 år. Hun fikk ikke medhold i Borgarting lagmannsrett i 2015.

Retten så ingen grunn til å skille ut helsesøstrene som egen gruppe, men så alle sykepleiere som omfattes av sykepleierpensjonsloven som én gruppe. Retten viste til at aldersgrensen for underordnede sykepleiere er begrunnet i helsemessige belastninger som yrket medfører, og la vekt på pasientsikkerhet og krav til årvåkenhet. Retten tok ikke hensyn

til at helsesøsterjobben ikke er spesielt belastende, slik helsesøsteren selv mente.

Den andre saken dreide seg om en kroatisk sykepleier i Stavanger. Hun hadde ikke full pensjonsopptjening og ville jobbe i sin stilling til hun var 70 år. Men kommunen avsluttet ansettelsesforholdet da hun var 67 år. Gulating lagmannsrett sa

i dommen i 2015 at det verken var alders- eller kjønnsdiskriminerende av kommunen.

Også denne retten viste til belastninger i yrket og pasientsikkerhet. Den mente også at sykepleiere har en god pensjonsordning, og synes ikke at sykepleiere som gruppe rammes på en urimelig måte av aldersgrensen.



## Pensjonerte seg en dag for tidlig

**UHELDIG:** 1. juli ble sykepleier Anne Storheil pensjonist. Hadde hun ventet en dag til, ville hun fått med seg fjorårets gode lønnsoppgjør, og dermed en større pensjon.

Anne Storheil (62) er operasjonssykepleier. For et års tid siden bestemte hun seg for at 37 år som yrkesaktiv var nok. Hun ville bli pensjonist når hun ble 62 år. Så hun meldte fra til arbeidsgiver.

Da hun satte oppsigelsesdatoen, hadde hun lønnsoppgjøret i bakhodet. Hun satte den til 1. juli, regnet med at oppgjøret var i havn til da.

– Ingen sa noe til det, verken arbeidsgiver eller pensjonskassen, forteller hun.

### INNFRIR 85-ÅRSREGELEN

Stort sett har Storheil jobbet full tid siden hun ble sykepleier i 1979. Spesialsykepleier ble hun i 1986. Hun innfrir den såkalte 85-årsregelen med god margin. Regelen gir henne rett til å pensjonere seg tre år før sykepleiernes særaldersgrense, som er 65 år: Legger man sammen alder og antall arbeidsår (maks 30), må det være minst 85 år. Storheil var altså godt innenfor med 92 år.

29. juni, dagen før hennes siste arbeidsdag, fikk hun e-post fra tillitsvalgt om resultatet av lønnsoppgjøret.

– Det var et godt lønnsoppgjør i fjor. 2,5 prosent. Pluss et tillegg på 9 000 kroner til spesialsykepleierne med lang ansiennitet, sier Storheil.

### GIKK GLIPP AV LØNNSOPPGJØRET

Men så gikk det opp for henne: Hun gikk glipp av hele oppgjøret. Virkningstidspunktet var nemlig 1. juli i fjor.

– Jeg ramlet mellom alle stoler, forteller hun.

Pensjonistoppgjøret gjaldt fra 1. mai i 2016. Det fikk hun ikke



**IKKE SUR:** Sin siste arbeidsdag skjønte Anne Storheil det: Hun gikk glipp av hele lønnsoppgjøret. Nå vil hun nyte livet som pensjonist, her på tur til hovedstaden.

nyte godt av, for da var hun fortsatt yrkesaktiv sykepleier.

Fra 1. juni økte minstelønnen for spesialsykepleiere med 10 års ansiennitet til kr 490 000. Men Storheil var allerede over denne satsen.

Virkedatoen for det lokale lønnsoppgjøret var 1. juli. Men da var Storheil blitt pensjonist, så den lønnsøkningen fikk hun heller ikke nyte godt av.

Hun begynte å undersøke om det var noe hun kunne gjøre.

– Men jeg ble så sint at jeg bare la det vekk og dro på ferie.

Det ble altså ikke en krone på henne. Sluttlønnen er grunnlag for pensjonen.

ANNES  
PENSJONSTIPS:  
*Ta ansvar sjøl  
og søk råd.  
Undersøk dine  
rettigheter  
i god tid.*

## «Jeg ramlet mellom alle stoler.» Anne Storheil, pensjonert sykepleier

### – TAPER OVER EN HALV ÅRSLØNN

Tilbake fra ferie kontaktet hun flere instanser.

– Jeg snakket med Sykepleierforbundet, HR-avdelingen, KLP, Sykehuspartner. Jeg vet ikke hvem jeg ikke snakket med. Men det var ingenting å gjøre. Jeg kunne ikke endre min oppsigelsesdato.

De siste 16 årene har Storheil arbeidet på kirurgisk poliklinikk på Bærum sykehus.

– Jeg har jobbet offentlig hele tiden, som hjemmesykepleier, på sykehus og på Røde Kors-klinikken i Oslo, forteller hun.

I gjennomsnitt har hun jobbet 98,3 prosent stilling.

Hun har regnet ut at hun «taper»

1154 kroner i måneden på den uheldige pensjonsdatoen. Hadde Storheil jobbet en dag lenger, ville hun ha fått nesten 14 000 kroner mer i pensjon.

– Lever jeg i 20 år til, vil det si 276 000 kroner brutto. Det er jo mer enn en halv årslønn.

Forventet levealder for norske kvinner er cirka 84 år.

### – ERGERLIG

– Det var litt kjedelig dette, men jeg skal ikke gå rundt og sure. Men det kan være fint for andre å vite om dette. Vi har jo ikke akkurat noen stor pensjon.

Hun får nå 26 734 kroner brutto. Det hjelper å være gift.

– Det er ikke synd på meg. Jeg hadde ikke sluttet å jobbe hvis jeg ikke

## Regnestykket

Slik utregnes pensjonen  
Anne Storheil har i dag

Slik hadde pensjonen blitt  
om hun sluttet en dag senere

### Pensjonsgrunnlaget

Sluttlønn x gjennomsnittlig stillingsbrøk = pensjonsgrunnlag

	Lønnsøkning: (kr 494 321 x 2,5 prosent) + kr 9 000 = kr 21 358
	Ny lønn: = kr 515 569
kr 494 321 x 98,33 prosent = <b>kr 486 066</b>	kr 515 569 x 98,33 prosent = <b>kr 507 067</b>

### Pensjon per år før skatt

Pensjonen er 66 prosent av pensjonsgrunnlaget 

**kr 320 804**

**kr 334 664**

### Pensjon per måned før skatt

**26 734 kroner**

**27 888 kroner**

**Tapt pensjon hver måned: kr 27 888 – kr 26 734 = kr 1 154**

hadde greid meg. Men jeg syns det var ergerlig. Det må jo være veldig vanlig å bomme på pensjonsdatoen? Jeg hadde tatt ut all ferie. 30. juni var absolutt siste arbeidsdagen.

Storheil ser framover:

– Sånn er det blitt. Nå vil jeg ha en fin pensjonisttilværelse. Jeg har jobbet hele livet, men har alltid hatt lyst til å gjøre andre ting.

#### VENNINNEN VALGTE ANNERLEDES

Storheil er frisk og rask:

– Jeg blir spurt om jeg har dårlig samvittighet som slutter i arbeid. Det har jeg ikke. Jeg skranter ikke. Tvert imot. Jeg har lyst til å gjøre andre ting mens jeg har helse. Reise mer, for eksempel.

Noen dager senere er Storheil på bytur i Oslo. På jernbanestasjonen venter venninnen Sigrun Elseth, som også er en 62-årig operasjonssykepleier.

Hun har valgt en annen løsning enn Storheil: fifty-fifty. I mars fylte Elseth 62 år. Fra 1. august ble hun halvt pensjonist, mens hun fortsatt jobber i halv stilling på Rikshospitalet.

– Det ville blitt for brå overgang å gå fra 100 prosent til null. Jeg har beholdt turnusen og jobber hver tredje helg. Jeg plukker vekk en del dagvakter. Så får jeg mer sammenhengende fri, sier Elseth.

– Hun er en drømmearbeidstaker! Det er jo ypperlig for arbeidsgiver at hun jobber så mye helg, skyter Storheil inn.

– Hvor lenge skal du jobbe?

– Alle spør om det. Men det vet jeg ikke, sier Elseth.

– Du gikk ikke glipp av lønnsoppgjøret i fjor, slik venninnen din gjorde?

– Nei, jeg husket faktisk at vi snakket om det i fjor, sier hun. ●

marit.fonn@sykepleien.no



## – Stivbeint av arbeidsgiver

**STÅR PÅ SITT:** – Vi kan ikke flytte slutt dato én dag for én ansatt, sier arbeidsgiver. – Stivbeint, mener tillitsvalgt.

– Jeg har ikke hørt om tilsvarende saker før, sier Anne Grete Bjaaland, hovedtillitsvalgt for sykepleierne på Bærum sykehus.

– Det kan ha med virkningsdatoen for lønnsoppgjøret å gjøre. Den er jo vanligvis tidligere.

Sykepleierne som går av med pensjon om våren, velger ofte å gjøre det når de går ut i ferie, forteller hun.

– Arbeidsgiver sa det ikke var noe å gjøre. Det virker forferdelig urettferdig.

**Må dele på skylden.** – Hvem har skylden?

– Hvem kunne vite det med virkningsdatoen? Flere må nok dele på skylden. Medlemmene bør vite at de må få med seg årets oppgjør før de slutter. Mange er dessverre ikke klar over det. I denne saken ble det veldig synlig siden det er snakk

### «Det virker forferdelig urettferdig.»

Anne Grete Bjaaland, hovedtillitsvalgt

om én dag. Det virker litt stivbeint av arbeidsgiver at de ikke kunne sette pensjonsdatoen en dag eller to senere.

– Hva er det å lære av dette?

– Vi tillitsvalgte må være bevisste på at det er viktig å få med årets lønnsoppgjør og informere den ansatte.

Sykepleierforbundet er med på å sette virkningstidspunktet for lønnsoppgjørene.

– Det beste er om vi kan si noe om det på forhånd. Kanskje vi bør råde sykepleierne til ikke å gå av før 1. august, for eksempel.

– **Et tungt yrke.** Bjaaland anbefaler sykepleiere å ta en individuell samtale med pensjonskassen for å høre hva som kan lønne seg for dem som har planer om å pensjonere seg

– Her på sykehuset er det enkelt, man kan bestille en time hos KLP på intranettet.

– *Er det fortsatt på sin plass at sykepleierne kan pensjonere seg tidligere enn andre?*

– Mange sykepleiere er slitne når de er 62 eller 65. Vi har et tungt yrke, både fysisk og psykisk. Det er mange menneskeskjebner vi skal forholde oss til, sier hovedtillitsvalgt Bjaaland.

– **Vi følger reglene.** – Kunne dere gjort et unntak når man er så uheldig som denne sykepleieren?

– Vi forholder oss til avtalte regler. Virkningstidspunktet settes av de sentrale partene under forhandlingene, sier Eli Årnot, seksjonsleder i HR-avdelingen i Vestre Viken.

– Ansatte velger når de vil gå av. Det er ikke alltid det klaffer. Av prinsipielle grunner kan vi ikke flytte slutt dato én dag for én ansatt. Vi kan ikke påvirke pensjonsdannelsen.

– *Man må si opp tre måneder før man vil gå av?*

– Ja, det er minst to måneders behandlingstid i pensjonskassen.

– **Sjekk!** – Har du et råd til de som snart skal gå av med pensjon?

– Sjekk så mye som mulig, men å sjekke lønnsoppgjøret for innværende år er ikke lett. Også andre forhold påvirker pensjonen. Minstelønnen gikk jo opp fra 1. juni, men denne sykepleieren hadde for høy lønn til å få noe ut av det, sier Årnot.

– *1. juli er en uvanlig sen virkningsdato?*

– Det er blitt mer vanlig. Jeg skulle ønske at det var samme virkningstidspunkt fra år til år, helst tidlig på året. Da blir det mer forutsigbart og lettere å beregne overheng og glidning, som påvirker hvor mye vi kan bruke i årets oppgjør, sier Årnot. ●



## Dette bør du vite om pensjon

**MER HELTID:** Å jobbe heltid blir trolig enda viktigere for yngre sykepleiere, ifølge pensjonsøkonom Øyvind Røst.

– Sykepleiere spør oss ofte om reglene for særaldersgrensen, forteller Øyvind Røst, pensjonsøkonom i Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

– Vi får også ofte spørsmål om hva som skjer med pensjonen hvis man vil arbeide etter at man er blitt pensjonist.

Noen vil vite hvordan deltid påvirker deres fremtidige pensjon.

– Flere lurer på om de bør gå opp i stillingsprosent de siste årene.

– Og da sier du?

– For noen kan det være fornuftig. Det gjelder spesielt de som ikke har hatt 30 år i fulltid. Gjennomsnittlig stillingsbrøk påvirker pensjonsgrunnlaget.

– **SJEKK «MIN SIDE»**

Røst minner om at medlemstid i pensjonsordningen ikke er det samme som ansiennitet i offentlig sektor.

– Innmeldingsreglene har variert en del gjennom årene. Det er smart å sjekke «min side» på klp.no.

### «Jobbtrivsel og helse har mye å si.»

Øyvind Røst, KLP

Sjekk om medlemstiden som er registrert er korrekt. Du kan også se hvor mye du kan få i pensjon, sier pensjonsøkonomen.

**PENSJONSTIPS FOR DE YNGRE**

– Har du et tips til de unge?

– Det blir trolig enda viktigere å jobbe flere år på heltid for yngre sykepleiere, fordi vi sannsynligvis får en ny offentlig tjenestepensjon der lønnen i alle yrkesaktive år vil gi pensjonsopptjening.

I dag er det sluttlønnen som teller.

– Mye deltid vil i framtiden trolig



**FÅR MANGE SPØRSMÅL:** Sykepleiere spør om særaldersgrensen. Og de lurer på hvordan det går an å kombinere pensjon og inntekt. Det forteller Øyvind Røst, som er pensjonsøkonom i Kommunal Landspensjonskasse (KLP). Foto: KLP

medføre lavere pensjon enn dagens regelverk kan gi, sier Røst.

– Du får omsorgsopptjening i folketrygden hvis du er hjemme med små barn utover fødselspermisjonen. Men det gjelder ikke i tjenestepensjonsordningen.

**PENSJONSTIPS FOR DE ELDRE**

– Og tips til de eldre?

– Eldre sykepleiere bør vurdere når de skal gå av med pensjon og hvor mye eller lite de skal jobbe i offentlig sektor ved siden av. Sykepleiere med alderspensjon blir innmeldt i pensjonsordningen igjen om de jobber 20 prosent stilling eller mer. Da blir pensjonen lavere. Kan skje er det et alternativ å ta ut delvis tjenestepensjon, forklarer Røst.

– Man kan jobbe i privat sektor eller på pensjonistlønn uten at det berører tjenestepensjonen.

– Vurder om du skal bruke 85-årsregelen, AFP eller jobbe til særaldersgrensen på 65 år. Jobbtrivsel og helse har mye å si, men sjekk de pensjonsmessige konsekvensene i god tid, sier KLP-økonomen. ●



### Pensjonskasser:

- 84 694 yrkesaktive sykepleiere er medlemmer i Kommunal Landspensjonskasse (KLP).
- 32 764 sykepleiere i KLP mottar pensjon. (Tallene er fra 3. kvartal 2016)
- Det fins flere pensjonskasser der sykepleiere er medlemmer, som Statens pensjonskasse og Oslo Pensjonsforsikring AS. De overordnede prinsipper er stort sett de samme som i KLP.

### 5 tips om pensjon:

- 1 Det lønner seg å jobbe heltid. Prøv å få 30 års opptjening, helst på heltid.
- 2 Ha en stilling på minst 20 prosent slik at du blir meldt inn i pensjonsordningen. Det kan gi deg mer i pensjon.
- 3 Har du flere stillinger, der noen er mindre enn 20 prosent, men summen av stillingene er 20 prosent eller mer, bør du informere arbeidsgiver slik at de mindre stillingene blir rapportert inn i pensjonsordningen. Det er ikke sikkert at arbeidsgiver gjør det om du ikke sier fra.
- 4 Hvis du jobber deltid og i tillegg jobber mye overtid, bør du vurdere å øke stillingsprosenten. Overtidsbetaling gir ikke opptjening i tjenestepensjonen. Men ekstravakter teller med.
- 5 Vurderer du å begynne i en stilling uten særaldersgrense, mister du normalt den retten. Det kan få betydning for når du kan gå av med alderspensjon og for pensjonen din. Sjekk reglene hvis det er aktuelt for deg.

Kilde: KLP

## .. og dette er også verdt å vite:

**TJENESTEPENSJON**

Pensjonen regnes ut fra sluttlønnen din. For å få full tjenstepensjon, må man ha jobbet **minst 30 år i full tid**.

**UNDER 30 ÅR?**

Har du jobbet mye deltid, **reduseres pensjonsgrunnlaget**. Er tjenestetiden under 30 år, avkortes pensjonen.

**BESTE ÅR TELLER**

Har man jobbet mer enn 30 år, er det **årene med høyest stillingsprosent** som teller.

**66 PROSENT**

Alderspensjonen skal være **66 prosent av pensjonsgrunnlaget**.

**PENSJONISTLØNN**

Som pensjonist kan man også jobbe med pensjonistlønn, som er **191 kroner timen**, pluss eventuelle tillegg. Timelønnen er den samme om du er sykepleier eller spesialsykepleier.

**JUSTERES FOR LEVEALDER**

Den enkeltes pensjon justeres for **endringer i befolkningens levealder**.

**Alderspensjon etter 85-årsregelen vs. særalder:**

Otto og Oda er tvillinger. Yrkeskarrierene er like, men Otto tar ut alderspensjon fra 62 år etter 85-årsregelen, og Oda tar ut alderspensjon fra 65 år (særaldersgrensen).

Otto tar ut alderspensjon når han er 62 år



Oda tar ut alderspensjon når hun er 65 år

**Årslønn:**

500 000 kr : 500 000 kr

**Antall år med medlemstid i offentlig tjenstepensjon:**

23 år : 26 år

**Pensjonsbrøk:**

23/30 : 26/30

**Hva får de i alderspensjon per år?**

Otto får  
**253 000 kr**



Oda får  
**286 000 kr**

PS: Beregningene er forenklede eksempler som ser bort fra det som kalles for «samordningsfordeler» og «levealdersjustering».

**Heltid vs. deltid:**

Randi og Ronja er tvillinger. Lønnsnivået er likt, men Randi jobber på heltid og Ronja jobber 60 % deltid i hele yrkeskarrieren.



Randi jobber  
100% heltid



Ronja jobber  
60% deltid

**Årslønn:**

500 000 kr : 300 000 kr

Eksempelet er en forenkling der lønn tilsvarer pensjonsgrunnlaget som er det pensjonen blir beregnet av.

**Hva får de i alderspensjon per år ved 65 år? (66%)**

Randi får  
**330 000 kr**



Ronja får  
**198 000 kr**

PS: Beregningene er forenklede eksempler som ser bort fra det som kalles for «samordningsfordeler» og «levealdersjustering».



## – Unngå deltid!

**BESTE RÅD:** Forbundsleder Eli Gunhild By's beste pensjonstips er å jobbe mest mulig full tid.

Sykepleiere flest kan ikke kreve å få jobbe lenger når de blir 65 år. Men flere får lov likevel.

– Ryker særaldersgrensen hvis stadig flere sykepleiere jobber etter at de er 65 år?

– Sykepleierne jobber ikke lenger enn før. Tallene er stabile over tid og viser behov for tidligpensjon for våre grupper. Det viser undersøkelser utført av Fafø de siste 15 årene, sier Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hun presiserer at det ikke er NSF som krever at sykepleierne skal gå av når de er 65 år.

– Det er opp til arbeidsgiverne. Det er ikke ulovlig å jobbe lenger, men de må søke om det.

– Men vil sykepleierne få beholde særaldersgrensen når pensjonsalderen ellers er under press?

– Det vil helt sikkert komme diskusjoner og forhandlinger om dette framover.

**– MÅ HA EN PENSJON Å LEVE AV**

– Er det viktigere å beholde aldersgrensen enn å la sykepleierne få arbeide lenger?

– Det har alltid vært viktig for NSF å forhandle fram muligheter for tidlig pensjon, og en pensjon å leve av.

By understreker at særaldersgrensen er til for å ivareta sykepleierne som har et belastende yrke.

– Når vi forhandler om pensjon, får det store konsekvenser for hvert enkelt menneske. Det betyr så mye for hvordan sykepleiere kan leve livet sitt når de går ut av yrket. Det er store spørsmål vi må bruke tid på.

– Noe konkret på trappene?

– Nei, i 2017 er det såkalt mellomoppgjør. Men vi jobber med pensjon hele tiden. Dette er viktig for oss.

Unio, som er NSF's hovedorganisasjon, forhandler om de overordnede pensjonstemaene.

– Når det gjelder sykepleiernes pensjonsordning og tariffavtalene,

er det NSF som holder hånden på rattet, sier By.

**SLITNE 60-ÅRINGER**

– Hvordan ser du for deg en sykepleier som går av med pensjon? En slitne 60-åring eller en sprek 70-åring?

– Begge deler. Flere på 70 er sprek. Samtidig er det mange på 60 som er slitne. I gjennomsnitt går sykepleiere av når de er 57 år, hvis vi tar med dem som er uføre.

– Hva er det viktigste NSF kan gjøre framover for å sikre medlemmene gode pensjoner?

– Å fortsette med å vektlegge likestillingsperspektivet i pensjonsdiskusjonene framover. Kvinner har kortere opptjeningstid enn menn, de

«Sykepleierne jobber ikke lenger enn før.»

tjener mindre og de jobber mer deltid. De er oftere uføre, og det er flere tidligpensjonister blant kvinner. Det kommer til å bli større sammenheng mellom hvor mye man faktisk jobber og det man får ut i pensjon.

– Det blir altså enda verre for pensjonen å jobbe deltid?

– Ja.

– Men fortjener ikke sykepleiere dårligere pensjon når de selv velger å jobbe mindre enn andre?

– Vi skylder medlemmene som jobber mye deltid å gjøre dem oppmerksomme på at de får dårligere pensjonsopptjening.

Levealdersjustering ble innført i 2011. Det betyr at man må jobbe lenger for å få utbetalt samme pensjon som før.



LITT DELTID: Også Eli Gunhild By har jobbet deltid, men bare i to år. – Da jobbet jeg i halv nattevaktstilling, forteller hun.

**TAR PENSJONSLOVEN SOM EN SELVFØLGE**

Forbundslederen påpeker styrken ved å ha en egen pensjonslov:

– Sykepleierne har det i lov som mange andre ikke engang har i tariffavtalen sin. Det blir ofte tatt som en selvfølge. Når vi nå må forhandle om pensjon, er det et fortrinn å ha rettighetene lovfestet.

By vil minne politikerne om at skal man rekruttere sykepleiere, må de sikres pensjonsbetingelser de kan leve av.

– Myndighetene har makt til å påvirke dette. Det er ikke mange yrker som har egen pensjonslov. Det må vi forvalte på en god måte så medlemmene får gode pensjonsvilkår også i framtiden. Det er Stortinget som vedtar lover, og vi jobber selvsagt for at sykepleierne fortsatt skal bli ivaretatt gjennom en lov.

– For problemet er at det blir flere eldre og færre yrkesaktive som kan betale pensjonene?

– Ja.

**PENSJONISTENE BLE SINTE**

Selv har By jobbet redusert i to år.

Hun hadde halv nattevaktstilling etter at hennes første barn var født.

– Da hadde vi bare seks måneders fødselspermisjon og ingen barnehageplass.

– Er det noe typisk sykepleiere lurer på når det gjelder pensjon?

– Når det spørres om pensjon, er ofte svaret: Kontakt den pensjonskassen du er tilknyttet. Men nettopp deltid gir store utslag, om du er medlem av NSF eller ikke. Ellers spør de ofte: Har jeg særaldersgrense i min stilling? Hvor mye kan jeg tjene ved siden av pensjonen?

Det var 1. april 2016 at grensen for hvor mye pensjonister kan jobbe uten at det berører pensjonen ble redusert – fra 14 timer uken til 20 prosent stilling.

– Nesten 4 000 nye fikk i 2016 pensjonsopptjening de ikke hadde før, opplyser By.

– Men mange er sinte også? De som vil jobbe mer?

– Vi har sjelden hatt så mange henvendelser fra våre pensjonerte medlemmer. Det var stor pågang.

– Hva sier du til dem?

– Forhandlinger handler om å gi og ta. Noe som blir bra for mange, kan bli verre for andre. Når det får så store konsekvenser, føles det urettferdig. Vi fremmet krav om at pensjonerte sykepleiere kan få jobbe mer enn 20 prosent i sykehusene, men Spekter avviste kravet. Vi jobber fortsatt for å få det til, sier By. ●

### Eli Gunhilds pensjonstips:

- Jobb full tid så mye du kan.
- Unngå hull i din pensjonsopptjening, som ulønnet permisjon eller redusert arbeidstid.
- Ikke trapp ned til frivillig deltid når du er syk. Søk heller om uførepensjon.



## Oppdraget i Mosul forandret ham

● Tekst og foto **Marit Fonn**

**STERKE INNTRYKK:** Skall man kunne yte best mulig akuttmedisin, må man være der de skadde er, mener sykepleier Max-Hendrik Wathne Gelink. Han har vært i Mosul i en måned.

Sykepleieren fra Bergen dro i desember som frivillig helsepersonell til krigssonen Mosul i Nord-Irak. Sykepleien treffer ham i Oslo 6. januar, under et døgn etter at han landet på Gardermoen.

Det var i Academy of Emergency Medicine, en slovakisk ikke-statlig organisasjon, han jobbet for å hjelpe skadde sivile og soldater i den krigsherjete byen.

– Jeg er mer mentalt sliten enn fysisk. Men jeg er ikke traumatisert.

Det var kaldt og fuktig i området han oppholdt seg, og arbeidsdagerne var på ti timer, ofte lengre. Han har levd i skitne lokaler og gått på do med hodelykt. Om natten sov han på en madrass på golvet og sovnet til lyden av bomber og skudd.

**SAMARBEIDET MED MILITÆRET** 40–50 skadde kunne komme til dem på en dag. Halvparten av pasientene var soldater, halvparten sivile.

Gelink har sett menn med avrevne bein, barn med splinter i hodet. Pansrete kjøretøy har kommet

brasende til klinikken med mennesker på panseret. Mange kommer for sent.

Gelink viser til at avstand til den skadde og transporttid er sentralt.

– Derfor har vi samarbeidet med det irakiske militæret. De bidrar til vår sikkerhet som helsepersonell. Det er det som gjør at vi har kunnet være i Mosul.

«Man kan ikke komme til en krigssone som Mosul bare som sykepleier.»

Han påpeker at det er vanskelig å være upartisk fordi det er umulig å samarbeide med IS.

– Vi oppfatter oss selv som upartisk i den forstand at vi behandler alle som er skadde eller syke; sivile, barn, soldater og IS-krigere.

Det var ingen leger blant helsepersonellet i Mosul. Ofte var det Gelink som hadde mest medisinsk kunnskap. En kveld kom en tobarnsfamilie som hadde tråkket på en veibombe da de flyktet ut av byen. Verst gikk det ut over fireåringen. Hun måtte

**ALLSIDIG:** Gelink går nå i lære som ambulansesarbeider i Bergen.



amputere det ene beinet.

– Jeg behandlet kritisk skadde, stabiliserte, smertelindret dem og klargjorde dem for transport til sykehuset. Jeg visste at flere ikke ville overleve den transporten.

– Det er ikke mange ferske sykepleiere som kan gjøre en sånn jobb?

– Jeg har flere års erfaring fra ambulansetjenesten, akuttmottak og militær sanitet. Man kan ikke komme til en krigssone som Mosul bare som sykepleier.

Gelink har vært flere år i Heimevernet.

– Med den militære erfaringen visste jeg hvordan jeg skulle oppføre meg i en krigssone.

Her i Oslo ble han møtt av plakater med nyttårssalg. Bare for få dager siden så han flyktninger dra fra Mosul med uviss framtid og fare for å miste livet av veibomber og skyting. Kontrasten har gitt ham

avsmak fra forbrukersamfunnet.

– Du kan ikke bli den samme?  
– Jeg var forberedt på at jeg ville bli en annen person. Det er utenkelig at du ikke blir preget etter å ha vært i en krigssone.

**BLE BESKUTT**

De ble skutt på flere ganger. Ambulansene fikk knust lykter og punkterte dekk. Kuler traff pansrete kjøretøy.

– Da tok vi på oss skuddsikre vester.

– Blir du debrifet når du nå er hjemme?

– Jeg er frivillig i en liten hjelpeorganisasjon og må nok hjelpe meg selv.

– Arbeidet var ubetalt og jeg har hatt permisjon uten lønn. Jeg har betalt reisen og forsikringene selv.

Les en lengre versjon av saken på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) ● [marit.fonn@sykepleien.no](mailto:marit.fonn@sykepleien.no)

## StimuLITE® 3-SONE Madrass Ekstra Myk

– nå i Norge og prisforhandlet med NAV

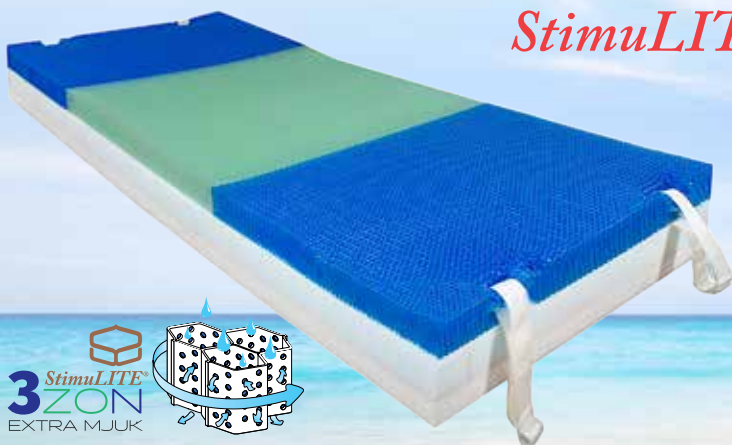
For en kjølig og trykkfri søvn ved langvarig bruk eller under behandling av trykksår opp till grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger

Bestill produktvisning og utprøving nå!

Tel: 48 50 32 97

E-post: [ordre@rehabshop.com](mailto:ordre@rehabshop.com)

[www.rehabshop.as](http://www.rehabshop.as)





# – Hjemmet mitt ble et fengsel

Det gikk åtte måneder før sykepleierstudent Cathrine Bergan fikk tilbud om rehabilitering etter å ha skadet seg på ski. Hun gikk fra sykehuset på krykker. Nå sitter hun i rullestol.

● Tekst og foto **Jørgen Trollebø**

**E**tter en kort gåtur fra togstasjonen på Gulskogen i Drammen, på en gruset fortauskant, ligger Drammen helsehus. Der bor Cathrine Bergan, 26 år og sykepleierstudent, sammen med en 62-åring og eldre mennesker over 80 år.

– Helsehuset er beregnet for alle over 18 år, men det er stort sett eldre som bor her. De yngre søker seg ofte mot det private fordi de ikke tror vi har nok kompetanse, mener sykepleier og avdelingsleder Gunn Sofia Gudmundsdottir.

#### **PASIENTEN**

Med et smil om munnen farer Cathrine Bergan rundt i en firhjuling med to «armkrefter». Det får

ikke håret til å flage av luftmotstand, men det får henne fra A til B. Etter skiulykken sent på vinteren 2016 utviklet hun dissosiativ lidelse. Det gjør at hun ikke klarer å bevege høyre bein selv om hun ikke har noen nerveskader. Cathrine har derfor fått en lengre praksis i sykepleiefaget enn det hun hadde tenkt, men det var ikke den praksisen hun hadde planlagt.

Dissosiativ lidelse arter seg ofte som fysiske lammelser, i kroppsdeler eller hele kroppen, på grunn av psykiske årsaker. Det er en underbevisst reaksjon som er vanskelig for pasienten å kontrollere. Diagnosen er omdiskutert, og det er usikkert om det skyldes psykiske eller fysiske forhold.

#### **SKITUR, KNALL OG FALL**

Cathrine og kjæresten var på skitur med noen venner på Norefjell forrige vinter. Hun kjørte bakerst og falt. Ble liggende, bevisstløs, i 15 minutter før noen tilkalte hjelp. Venene hennes sto i bunnen og ventet på henne.

– Etter ulykken hadde jeg et kort opphold på Drammen sykehus før jeg ble sendt hjem til leiligheten min på 32 kvadratmeter. Da gikk jeg på krykker. Sykehuslegen fortalte meg at jeg ikke var lam, men at det satt mellom øra. Det var ikke noe de kunne gjøre. I journalen skrev de at jeg hadde viljestyrte reflekser, forteller Cathrine Bergan.







**«Sykehuslegen fortalte meg at jeg ikke var lam, men at det satt mellom øra.»** Cathrine Bergan

**2 ARMKREFTER:** Cathrine Bergan sitter som regel i rullestol, men får prøve seg med rullator hvis hun har følge av en sykepleier.



**OPPREIST:** Cathrine kan stå så mye hun vil, men kommer ikke langt.



## DEN GODE HJELPER

Hjemmesykepleien ble koblet inn og hjalp til med å tilrettelegge leiligheten så godt som mulig.

Trine Lise Hagen er en av hjemmesykepleierne som har fulgt Cathrine tett. Etter en tid fant Cathrine ut at alle hjemmesykepleierne hadde en egen greie de gjorde som det første når de kom inn i leiligheten hennes. Hagen åpnet alltid vinduene og startet med å lufte ut. Kanskje luftet hun også ut noe av den kjipe tilværelsen Cathrine hadde når hun bodde hjemme.

– Vi besøker ikke pasienten bare for å drive med noe fysisk trening og sikre at hun får



## «Vi måtte gjøre noe for å få henne ordentlig opp på beina.» Trine Lise Hagen, hjemmesykepleier

gått på do. Det er viktig med tillitsbygging. Vi er der også for den psykiske og sosiale biten, sier Hagen.

I sommer fikk hun også åtte uker med hjemmehabilitering for å bli bedre i benet. Det ble ikke veldig mye bedre. Til slutt tok hjemmesykepleien sammen med fastlegen tak og kontaktet Rikshospitalet.

– Vi er mange flinke folk i hjemmesykepleien som kan backe opp pasienten, men vi ser

fort når kompetansen kommer til kort. Cathrine ble ikke friskere av å være hjemme, det stagnerte litt. Da måtte vi gjøre noe for å få henne ordentlig opp på beina, sier Hagen.

### BUNDET OPP I EN STOL

Da Cathrine bodde hjemme, holdt hun seg for det meste i stuen når ikke hjemmesykepleieren var innom. Cathrine klarte ikke komme seg inn på egen do og måtte derfor ha en dostol på



**MOTIVASJON:** Cathrine har fått en sitatkalender av en venninne. Sitatene henger hun opp på veggene for å få motivasjon.



**TRYGGHET:** Cathrine Bergan føler seg trygg rundt avdelingsleder Gunn Sofia Gudmundsdottir og hjemmesykepleier Trine Lise Hagen.

stua. Hun hadde bedt om rehabilitering på institusjon, men søknadene til forskjellige institusjoner hadde blitt avslått.

– Hjemmesykepleierne hjalp meg med små gåturer inne og med påkledning. De fikk meg også i bedre humør og jeg følte meg trygg. Når de ikke var der, ble jeg for det meste sittende i en stol, men jeg forsøkte å gå på egenhånd noen ganger. Jeg ramlet ofte og har fått flere små hjernerystelser.

– *Hvorfor prøvde du å gå på egenhånd?*

– Jeg har alltid vært veldig aktiv og sta. Jeg har spilt fotball siden jeg var 6-7 år. Jeg ville prøve selv, og det gikk gærent. Leiligheten ble et fengsel for meg, mumler Bergan.

#### **BALLEN RULLER ETTER RIKSEN**

Sykepleierstudenten forteller at på Rikshospitalet tok de seg tid til å høre på henne. De snakket med henne og forsto at hun ikke prøvde å være lam.

Etter utredningen på Rikshospitalet fikk Cathrine plass på rehabiliteringsavdelingen til Drammen helsehus. Der bor hun nå, mens hun venter på svar fra Sunnaas.

– Det er tryggere her enn hjemme, så dette har hjulpet veldig for meg og mine pårørende. Jeg har også fått mange nye besteforeldre og har det egentlig ganske hyggelig, humrer hun.

– *Hvorfor vil du til Sunnaas?*

– Jeg tror det er bra å ha yngre pasienter

rundt meg og der er det flere treningsfasiliteter, blant annet en sele med heis så jeg kan heises opp for å begynne å bevege beinet. Jeg stortrives blant de eldre også da, sier Cathrine Bergan.

#### **REHABILITERING, ENDELIG**

Avdelingsleder Gunn Sofia Gudmundsdottir forteller at de har bygget opp et tverrfaglig team rundt Cathrine for å gi best mulig oppfølging. Samtidig jobber de for at Cathrine skal klare mest mulig selv.

– Institusjonsrehabiliteringen er mer intensiv og det er enklere å tilrettelegge for pasienten og dens behov. Med Cathrine jobber vi nå med vektoverføring til det svake beinet, sier Gudmundsdottir.

– *Hva er utfordringene med å komme i gang så lenge etter ulykken?*

– Rehabiliteringsprosessen blir lengre. Vi måtte starte et sted vi i utgangspunktet aldri skulle vært. Istedenfor at vi kunne startet

### **«Vi er der også for den psykiske og sosiale biten.»**

Trine Lise Hagen, hjemmesykepleier

med å øke bevegelighet i hele benet måtte vi begynne med å få bevegelse i tærne. For noen uker siden klarte hun å bevege stortåa, sier Gudmundsdottir.

Onsdag 4. januar blir Cathrine sendt hjem igjen til leiligheten. Hun skal bo hjemme fram til 26. januar med mindre hun får plass på Sunnaas.

#### **HAR TID TIL Å SE FREMOVER**

Cathrine Bergan var ikke forberedt på at ting skulle ta så lang tid. Det er vanskelig for henne å akseptere at hun nå trenger veldig mye hjelp til det meste.

– Jeg er evig takknemlig for den hjelpen jeg har fått av kommunen når spesialisthelsetjenesten ikke har tatt meg på ordet, forteller sykepleierstudent Cathrine Bergan.

– *Hva er målet fremover?*

– Etter rehabiliteringen vil jeg fullføre bacheloren min i sykepleie og begynne å jobbe i kommunehelsetjenesten. Der er de veldig flinke med pasientene. Jeg har et mål om å få spille med Lier fotballklubb igjen innen sesongstart rundt april-mai, sier den blivende sykepleieren. ●

redaksjonen@sykepleien.no



# Prøvekaninene

Hjemmetjenester og sykehjem i Grimstad kommune fungerer som et levende testlaboratorium. Her er både sykepleiere, pasienter og pårørende med på å finne morgendagens velferdsteknologi.

● Tekst og foto **Ingrid Kvitrud**

V i fikk duppedingsen i oktober, sier Ragnhild Fønstelien og viser til GPS-en mannen Hans Jakob Fønstelien har hengen- de rundt halsen. Han har demens.

– Før var jeg redd for å la ham gå ut på tur. Han går så sakte at jeg ikke kan være med, sier Ragnhild og ler.

– Men nå kan jeg se ham på kartet når han er ute og går, sier hun og holder opp en Iphone med hvitt og rosa deksel.

– Det har vært en avlastning, fortsetter hun.

Ragnhild og Hans Jakob Fønstelien er med på prosjektet Agder Living Lab. Her får brukerne, som inkluderer sykepleiere, pasienter og pårørende, være med på å prøve ut og utvikle nye velferdsteknologiske løsninger i hverdagen. Eller være en del av et levende testlaboratorium, om du vil.



**LEDER:** Sykepleier Silje Bjerkås (bildet) er prosjektleder for Agder Living Lab. Nå på nyåret tar imidlertid Kathrine Melby Holmerud over.

## BRUKERNE I SENTRUM

– De får virkelig være med på å utvikle den nye teknologien, sier sykepleier Silje Bjerkås, prosjektleder for Agder Living Lab.

Helsedirektoratet har gitt Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder tilskudd for å utvikle Living Lab-metodikk innen velferdsteknologi.

Hensikten er at leverandører av velferdsteknologi skal få testet disse i en reell situasjon og at brukerne skal være med helt fra starten for å forme og kvalitetssikre teknologien.

– Det er slik vi får velferdsteknologi til å lykkes. Det finnes så mye av det allerede, men ikke alt er brukervennlig. Derfor vil vi ha med brukerne fra starten, både til å definere behov og til å teste ut, sier Bjerkås.



**BRUKERE:** Hans Jakob og kona Ragnhild Fønstelien er med på prosjektet Agder Living Lab. Hans Jakob er glad i å gå tur, men har demens. Han bruker GPS-en rundt halsen når han er ute og rusler.

– Brukerne og behovene skal være i sentrum. Det er det viktigste med dette prosjektet.

#### **STRØMPEPÅTREKKERE OG SENSORBLEIER**

Elektronisk strømpepåtrekker, sensorbleie og en kameraløsning til hjemmetjenesten er blant de andre løsningene som har blitt testet i prosjektet siden det startet høsten 2015.

– Det er spennende å få prøve ut ny teknologi i hverdagen. Det er jo eldrebølgen vi står overfor, og da trenger vi bedre løsninger for å jobbe mer effektivt og få brukt de varme henderne der de trengs, sier sykepleier Sølvi J. Bryn, koordinator i innsatsteam som jobber med hverdagsrehabilitering.

Hun står i Frivolltun bo- og omsorgssenter i Grimstad sitt visningssenter for velferdsteknologi.

## «Teknologien skal ikke overta for sykepleierne eller deres varme hender.» Silje Bjerås, prosjektleder

Her er både ansatte, pasienter, pårørende og andre kommuner velkomne til å se og finne inspirasjon. I et hjørne på gulvet står en robotstøvsuger til lading. Sensorbleien er til utstilling på et isoporunderliv. En PC med ekstra store bokstaver på tastaturet, står på et bord. I en seng, hvor Bjerås har slått

seg ned for anledningen, ligger en sensormatte.

– Det er viktig at man får vite om mulighetene og blir kjent med teknologien, slik som her, sier Bjerås.

#### **RING, RING**

Ragnhild og Hans Jakob Fønstelien har gått ut i en liten park utenfor bo- og omsorgssenteret.

– Du må trykke på knappen, roper Ragnhild til mannen som står et stykke unna.

– Jeg har trykket på knappen, svarer han tilbake.

– Prøv å holde den inne, roper hun.

Hans Jakob fikler med SOS-knappen på GPS-en. Han skal prøve å ringe henne for å demonstrere. Men det ringer ikke.

– Litt hardere, sier kona.

Nå ringer telefonen, og de to kan





## Fakta

### Agder Living Lab

- Skal være en arena for utprøving og utvikling av velferdsteknologiske løsninger for pasienter, pårørende, ansatte og leverandører i en reell driftssituasjon.
- Brukeren (pasienter, pårørende og ansatte) er i sentrum.
- Finansiert med støtte fra Helsedirektoratet.
- Samarbeider med Universitetet i Agder og Senter for e-helse og omsorgsteknologi.

#### Tester i fem trinn:

Definerer behov, teknisk tekst, brukertest – lab, brukertest hjemme, i drift i helsetjenesten.

Kilde: Grimstad kommune



SOS: Hans Jakob Fønsteli prøver å ringe kona Ragnhild ved å holde inne SOS-knappen på GPS-en.



**«Når velferdsteknologien blir dyttet på deg ovenfra, kommer motstanden. Vi tenker: «Dette hjelper ikke meg. Hva skal jeg med det?»** Silje Bjerkås, prosjektleder

→ snakke sammen. Hun i telefonen. Han gjennom GPS-en. I virkeligheten har ikke Hans Jakob enda trengt å trykke på SOS-knappen.

– Har det vært noen problemer så langt?

– Det er noen småfeil innimellom. Jeg får varsel om «mulig feil på enhet» eller at den er tom for strøm, når den ikke har vært det, sier Ragnhild og scroller nedover meldingsloggen på mobilen.

– En gang hang GPS-en seg opp her på bo- og omsorgssenteret, mens vi var hjemme. Da ble det ikke fikset før over helgen. Selv om det bare var noen få dager, merket jeg savnet. Jeg kunne ikke bare slippe ham ut.

#### – SKAL IKKE ERSTATTE SYKEPLEIERNE

– Men teknologien skal ikke overta for sykepleierne eller deres varme hender. Den skal være en støtte for å effektivisere, slik at sykepleierkompetansen kan brukes der den trengs mest, sier Bjerkås. Halvparten av sykepleiere ansatt i sykehjem

og hjemmesykepleien oppgir at de vil eller vurderer å slutte, ifølge en undersøkelse NOVA kom med tidligere i år. Hovedgrunnen var at det er for få sykepleiere på jobb.

Prosjektleder Bjerkås tror velferdsteknologien kan være med på å motvirke en slik trend ved at effektiviteten økes. Hun mener også at velferdsteknologien kan gjøre det mer attraktivt å jobbe i eldreomsorgen.

– Ofte har det vært sykehusene som har hatt mest teknologi, men nå kommer den også i kommunene. Jeg tror også det spiller en rolle for videre rekruttering at vi følger med i tiden og kan bidra til å finne framtidens velferdsteknologi, sier Bjerkås.

Den samme undersøkelsen viste at sykehjem og hjemmesykepleie sliter med å rekruttere nok personell, særlig sykepleiere.

#### RINGVIRKNINGER

Prosjektet hjelper ikke bare med å finne og implementere nye løsninger, men påvirker også

trivselen på arbeidsplassen, forteller Bjerkås.

– Man føler man får gjort jobben sin bedre og strekker mer til. Brukeren føler mestring og kan i større grad styre sin egen hverdag og bli boende hjemme lenger. De fleste ønsker nettopp dette, sier Bjerkås.

Sykepleier og koordinator Bryn er enig.

– Det er fascinerende hvordan velferdsteknologien gjør det lettere for både oss og pasientene, sier hun og bruker sensorbleien som et eksempel.

Den måler urin og avføring, både til hvilke tider det kommer og i hvilke mengder.

– Når vi sykepleiere skal skifte bleie eller finne størrelse, gjør vi det gjerne litt forskjellig, ofte basert på synsing. Følelsen av å få tilrettelagt bedre for pasienten på grunnlag av noe vi har undersøkt, gjør at vi er litt mer tilfreds med arbeidet vi utfører, sier Bryn.

Hun legger også vekt på verdighet for pasienten.

Bjerkås nevner sensorteknologi som brukes på natta som eksempel.



VISER: Sykepleier og koordinatør Sølvi J. Bryn står i visnings-senteret til Frivolltun bo- og omsorgssenter.

## «Det er spennende å få prøve ut ny teknologi i hverdagen.»

Sølvi J. Bryn, sykepleier

– Når det er fravær fra sengen over en bestemt tidsperiode, sendes et varsel på mobilen. Man trenger altså ikke reise hjem til pasienten for å vite at vedkommende sover. Før var det høyt sykefravær på nattestid, men med det nye systemet, er de mindre bekymret for pasientene. Det øker jobbtilfredsheten og også ivaretagelsen av pasienten.

### – UNNGÅ FALSK TRYGGHET

– Kan all den nye teknologien gi en falsk trygghet?  
– Det er det viktig å vurdere som en del av Living Lab-metoden. ROS-analyser er viktig, og det må lages prosedyrer for håndtering av svikt. På denne måten jobber vi systematisk for å unngå falsk trygghet, sier Bjerkås.

ROS-analyse er en risiko- og sårbarhetsanalyse. Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskete hendelser, kan man prioritere risikoområder og planlegge tiltak for å forhindre dem eller redusere konsekvensen av dem dersom de skulle oppstå.

### SYKEPLEIER OG LEVERANDØRER

Bjerkås mener også det er viktig at sykepleierne er med fra starten av når velferdsteknologien skal utvikles for å få bedre løsninger.

– Det trengs at sykepleiere og ingeniørene snakker sammen. Vanligvis snakker vi forskjellig språk, de vet ikke hvilken arbeids-situasjon vi har og hvilke problemstillinger vi står i, sier Bjerkås.

Samtidig mener hun at involveringen fra starten og underveis er viktig for faktisk å få tatt løsningene i bruk.

– Når velferdsteknologien blir dyttet på deg ovenfra, kommer motstanden. Vi tenker: «Dette hjelper ikke meg. Hva skal jeg med dette?» Hvis man har vært med på å utvikle det, passer det til behovene og man ser nytten av å bruke det, forklarer Bjerkås.

Hun legger til at man slik også får være med på å skape sin egen arbeidshverdag.

### HOLDNINGER TIL VELFERDSTEKNOLOGI

– Det er ikke teknisk vanskelig. Dette er noe jeg tenker alle burde klare, sier Ragnhild Fønsteli om GPS-en.

– Jeg tror vi helsearbeidere har fordommer om at eldre er mot teknologi, men de fleste er positive, sier prosjektleder Bjerkås.

På nyåret skal en undersøkelse rulles ut til de nye pensjonistene i kommunen for å spørre dem om holdningene deres til velferdsteknologi.

Både Ragnhild og Hans Jakob Fønsteli synes det er moro å være med på prosjektet.

– Jeg skulle egentlig kjøpe GPS på butikken den dagen jeg ble spurt om vi ville være med. Kommunen hadde ikke noe GPS. Det hadde sikkert ikke vært like bra på butikken, her har vi også sikkerheten med at hjemmetjenesten er koplet på. Jeg håper dette blir videreført, sier Ragnhild.

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved utgangen av 2017. ●

[ingrid.kvitrud@sykepleien.no](mailto:ingrid.kvitrud@sykepleien.no)

## Fagredaktør i Sykepleien (50 % prosjektstilling)

Sykepleien publiserer fagutviklingsartikler, skrevet av sykepleiere og annet helsepersonell. I tillegg publiserer vi vitenskapelige artikler, nyheter og debatt-/kommentarstoff. Vi skal være et attraktivt medium som skal stimulere sykepleiere i Norge til å følge med i utviklingen av faget.

I 2017 skal Sykepleien – i samarbeid med Sentralt fagforum i Sykepleierforbundet – etablere en pilot der hensikten er å kvalitetssikre fagutviklingsartikler som kommer fra faggrupper innenfor sykepleie. Kvalitetssikrede artikler skal publiseres på sykepleien.no og i faggruppene egne publikasjoner.

Vi søker nå en fagredaktør i en prosjektstilling (50 %) i inntil ett år, med mulighet for forlengelse og utvidelse av stillingsbrøken. Fagredaktøren har som hovedoppgave å vurdere innsendte manuskripter i tråd med gjeldende retningslinjer. Du må kunne veilede og oppmuntre forfatterne, men også ha integritet nok til å hevde publikasjonens uavhengighet til industrien, forsknings- og fagmiljøene og andre autoriteter. Arbeidet består også av språkvask og tilrettelegging av artikler for publisering.

### Kvalifikasjonskrav:

- Sykepleierutdanning
- Gode norskkunnskaper
- Erfaring fra fagformidling og/eller annen relevant innholdsproduksjon er en fordel

### Personlige egenskaper:

Du må være ryddig, metodisk og kunne arbeide selvstendig. Du må kunne samarbeide både med et profesjonelt redaksjonsmiljø og med uerfarne forfattere. Du må være etterrettelig, nøyaktig og strukturert og må kunne jobbe med mange prosjekter/manus samtidig.

### Vi kan tilby en ambisiøs hverdag i et aktivt, lærerikt og inkluderende arbeidsmiljø, samt:

- Tariffavtale
- Lønn etter avtale
- Pensjonsordninger i KLP
- Reise- og ulykke- og gruppelevsfor forsikring
- Fleksibel arbeidstid
- Kantineordning

Tiltredelse så snart som mulig etter avtale.

### Søknadsfrist:

30. januar 2017

Henvendelser kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, på telefon 408 52 179.

Se hele utlysningen på [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no)

# NASJONALT DIABETESFORUM 2017

OSLO 26.-27. APRIL  
THE QUBE, CLARION HOTEL GARDERMOEN

### FAGSEMINAR FOR SYKEPLEIERE:

- Sårbehandling ved egen sykepleieklinikk – et positivt tilskudd til det kommunale tilbudet
- Bruk av CGM i behandlingen av type 1 diabetes – utfordringer og muligheter
- Diabetes og tannhelse

### Paralleller

- Praktiske ferdigheter
- Tekniske hjelpemidler
- Diabetes hos eldre: på sykehjem og i hjemmesykepleie

### Plenum

- Komplikasjoner vi sjelden prater om
- Det ideelle diabetessteamet
- Forbedringsarbeid i tillegg
- Siste nytt innen teknologi og forskning
- Nasjonal faglig retningslinje for diabetes

Earlybird-pris  
før 1. feb.

Se mer på:  
[Diabetes.no/  
forum2017](http://Diabetes.no/forum2017)

### Tellende timer:

Kurset er godkjent av NSF som meritterende med totalt 17 timer. Dette kan brukes i henhold til kurstimekravet i NSFs godkjenningsordning for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

**diabetes**forbundet





# Sykepleie

Del 2 Sykepleien 01 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju



AVVIK: Det er flere barn som er utsatt for omsorgssvikt, enn antallet barn som mottar tiltak fra barnevernet. Illustrasjonsfoto: Colourbox



**UPF.** Lidelsen som provoserer sykepleierne. **62**



«**Når noen får diabetes, berører det hele familien.**»

Anne Karin Måløy. **67**



**Kriser.** De som hjelper, må også ivaretas. **70**

## For få varsler

**Legevakt.** Mer kunnskap vil få flere sykepleiere til å melde fra når de mistenker omsorgssvikt hos barn. **50**



# SE TEGNENE PÅ OMSORGSSVIKT!

Sykepleiere på legevakt vil sannsynligvis oppleve å mistenke omsorgssvikt hos barn. De trenger kunnskap for å gjenkjenne tegn og symptomer.

ARTIKKELTYPE:

Artikkelen bygger på  
50 % praksis  
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.59740



Ida R. Thorvaldsen  
Sykepleier

**S**om sykepleiere yter vi ikke bare helsehjelp, men vi får i mange tilfeller også kjennskap til årsaken som utløser behovet for helsehjelp. For eksempel kan et uheldig sammenstøt på fotballbanen resultere i en brukket ankel, eller skaden kan være forbundet med ulovlig aktivitet, som kjøring i beruset tilstand. Samtidig pålegger taushetsplikten oss å avstå fra å videreformidle disse opplysningene. Det finnes imidlertid unntak. Ett av unntakene er når vi mistenker at barn kan være utsatt for omsorgssvikt. «[N]år det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt ...» pålegges vi, og annet helsepersonell, å varsle barnevernet (1).



Jörg W. Kirchhoff  
Anestesi-  
sykepleier og  
førstemanuensis,  
Høgskolen i  
Østfold

Samtidig er det kjent at selv om helsepersonell kan oppleve mistanke om omsorgssvikt, medfører det ikke nødvendigvis at mistanken meldes videre. En studie i Australia avdekket blant annet at selv om 43 prosent av sykepleierne hadde hatt mistanke eller var overbevist om at barn var utsatt for omsorgssvikt, valgte bare 21 prosent å rapportere saken videre (2).

## STUDIE I ØSTFOLD

Det finnes lite kunnskap om hvordan sykepleiere i Norge håndterer

en slik mistanke. I denne artikkelen ønsker vi å presentere funn fra en studie blant sykepleiere på to legevakter i Østfold. Studien sier noe om hvilke faktorer som påvirker hvorvidt sykepleierne varsler barnevernet eller ikke når de mistenker at barn er utsatt for omsorgssvikt.

## MØRKETALL

Det er svært usikkert hvor ofte barn utsettes for omsorgssvikt i Norge. Offentlig statistikk har for eksempel registrert at cirka fire prosent av norske barn årlig mottar tiltak fra barnevernet (3). En nasjonal undersøkelse fant derimot at 8,5 prosent av 16- og 17-åringene hadde opplevd en eller annen form for omsorgssvikt under oppveksten (4). Forskjellen mellom offentlig statistikk og spesifikke studier indikerer at det er mørketall.

Det man derimot vet, er at det er viktig å få avdekket omsorgssvikt for å forebygge fremtidige skader. For eksempel fant MacMillan og medarbeidere at personer som hadde opplevd omsorgssvikt i barndommen, hadde større sannsynlighet for å få angstlidelser, depresjoner og antisosial atferd i voksen alder (5). I tillegg viser Nagler at jenter utsatt for omsorgssvikt, har høyere risiko for å utvikle unormalt sinne, depresjoner og posttraumatiske stresslidelser. Gutter utvikler gjerne depresjoner

og aggressiv oppførsel (6). Av den grunn er meldeplikten et viktig forebyggende tiltak.

## HVA PÅVIRKER VARSLING?

Internasjonale studier viser til tre hovedårsaker for å forklare varierende varsling blant helsepersonell når de mistenker omsorgssvikt: varierende grad av kunnskap, varierende grad av tiltro til barnevernet og frykt for konsekvensene ved en varsling.

## HVA SKAL MAN SE ETTER?

Begrenset kunnskap i å gjenkjenne tegn og symptomer på omsorgssvikt har vist seg å være en barriere for innrapportering. Denne manglende kunnskapen har ført til en underrapporteringskultur blant sykepleiere (7, 8). Sykepleierne var usikre på hva de skulle se etter, og dermed overså de barnas behov for hjelp. Også når sykepleierne hadde gjort mistenkelige funn, men ikke forsto hva funnene betydde, underrapporterte de. Det var større sannsynlighet for at sykepleiere som opplevde at de hadde tilstrekkelig kunnskap om temaet, varslet barnevernet (9).

Et annet aspekt i denne sammenhengen er kunnskap om hvordan man skal håndtere en eventuell mistanke om omsorgssvikt hos barn. En studie i Nord-Irland viser blant annet at 77 prosent av

Fakta ●●●

## Sammen- drag

Det er et gap mellom antall barn som er utsatt for omsorgssvikt, og antall barn som mottar tiltak fra barnevernet. Å styrke kunnskapen blant sykepleiere på legevakt kan være et viktig bidrag til å redusere noe av gapet.

## Stikkord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Omsorgssvikt
- Legevakt
- Barn



**VANSKELIG Å VARSLE:** Sykepleiere opplever det vanskelig å varsle av flere grunner, blant annet at familien kan bli såret, lav tiltro til barnevernet og frykt for klager og rettslig forfølgelse. Illustrasjonsfoto: Stig Weston

sykepleierne følte seg usikre på prosedyrene for å rapportere til barnevernet, eller på hvem de skulle melde fra til (10). Når ansatte mangler ferdigheter i å ta tak i situasjonen, fører det til at de ikke varsler barnevernet (11).

#### TILTRO TIL BARNEVERNET

Fraser og medarbeidere fant at når sykepleierne hadde negative holdninger til barnevernet, var det større sannsynlighet for at de lot være å melde fra ved mistanke om omsorgssvikt (2). En av hovedgrunnene til manglende tiltro var at de var usikre på om det å melde fra, ville være til fordel for barnefamilien. I tillegg hadde noen erfaringer med

at varslinger ikke var blitt håndtert på en tilfredsstillende måte av barnevernet (10). Liten tro på barnevernets arbeid fører dermed til at terskelen for å rapportere til barnevernet blir høyere, og at sykepleiere nøler med å melde fra (7).

#### FRYKTER KONSEKVENSER

Til slutt vil frykten for konsekvensene av å varsle om omsorgssvikt påvirke graden av rapportering. Til konsekvensene hører blant annet frykt for å såre familien (11), frykt for at familien ikke vil kontakte helsevesenet ved en senere anledning (7), og frykt for at det rettes formelle klager mot helsevesenet, som resulterer i eventuelle rettssaker

(10). Særlig i små samfunn kviet sykepleiere seg for å rapportere. Årsaken var at de var redde for at det

### «Meldeplikten er et viktig forebyggende tiltak.»

skulle bli oppdaget hvem som hadde meldt fra, og at det skulle få konsekvenser for dem selv (7).

#### SPØRREUNDERSØKELSE

Legevakten tilhører førstelinjetjenesten, der pasienter søker

øyeblikkelig hjelp ved relativt enkle skader eller sykdom (13). Dermed utgjør legevakten en arena der sykepleiere ofte møter barn og deres familie. Det er stor sannsynlighet for at sykepleierne kommer i situasjoner der de kan få mistanke om omsorgssvikt.

Vi ønsket å studere hvordan sykepleiere håndterer mistanke om omsorgssvikt blant barn og valgte å gjennomføre en spørreundersøkelse (12). I løpet av våren 2016 distribuerte vi et spørreskjema blant 70 ansatte ved to legevakter i Østfold. 24 sykepleiere svarte på undersøkelsen, og det gir en svarprosent på 34.

Skjemaet innledet med





**Tabell 1.** Presentasjon av utvalget (n = antall svar)

	Antall (n)	Andel (%)
<b>Kjønn</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Kvinner	18	78
Menn	5	22
<b>Alder</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<25 år	1	4
26–35 år	2	8
36–45 år	8	34
>45 år	13	54
<b>Yrkeserfaring ved legevakt</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
≤ 5 år	11	46
>5 år	13	54
<b>Har du opplevd mistanke om omsorgssvikt?</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
Ja	18	75
Nei	6	25
<b>Hvor ofte har du opplevd mistanke om omsorgssvikt?</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
1–5 ganger	14	78
9–10 ganger	2	11
Mer enn 10 ganger	2	11

**Tabell 2.** Handlingsalternativer ved mistanke om omsorgssvikt (n = 24)

	Antall (n)	Andel (%)
Søke råd hos kollegaer	<b>19</b>	<b>79</b>
Varsle vakthavende lege	19	79
Varsle barnevernet	17	71
Snakke med foreldrene	<b>5</b>	<b>21</b>

å informere de ansatte om formålet med studien, og om at svarene blir behandlet konfidensielt. Skjemaet var tematisert etter spørsmål om bakgrunnsopplysninger, sykepleierenes egen vurdering om kunnskap om omsorgssvikt, hvorvidt de hadde opplevd mistanke om omsorgssvikt ved legevakten og hvordan

de håndterte mistanken eller ville ha håndtert en slik mistanke. I tillegg stilte vi spørsmål om hvorvidt kunnskap, tiltro til barnevernet og frykt for konsekvensen av å melde fra til barnevernet hadde betydning for valget de gjorde da de mistenkte omsorgssvikt.

Vi registrerte de besvarte

skjemaene og analyserte svarene ved hjelp av uni- og bivariate analyser i SPSS 23. Valgt signifikansnivå var 5 prosent.

### MISTENKER OMSORGSSVIKT

Tabell 1 presenterer sykepleierne som deltok i studien og viser hvor ofte de har hatt mistanke om omsorgssvikt.

Tabellen viser at mer enn halvparten av sykepleierne, det vil si 18 av 24 sykepleiere, har hatt mistanke om omsorgssvikt på legevakten. Analysen viste videre at sykepleiere med mer enn fem års yrkeserfaring oftere hadde hatt mistanke om omsorgssvikt.

### SPØR KOLLEGAER

I neste omgang ble sykepleierne bedt om svare på hva de gjorde da de hadde fått mistanke om omsorgssvikt hos barn, eller hva de tror de ville ha gjort dersom de fant seg i en slik situasjon.

Tabell 2 viser at de fleste valgte eller ville ha valgt å søke råd hos kollegaer eller legen ved legevakten,

mens et mindretall ville ha henvendt seg til foreldrene. I tillegg ville de fleste ha varslet barnevernet. Analysen viste ingen signifikante forskjeller i sykepleiernes svar på de ulike handlingsalternativene da vi sammenliknet de som hadde hatt mistanke om omsorgssvikt, og de som ikke hadde vært i en slik situasjon.

Avslutningsvis ble sykepleierne spurt i

hvilken grad kunnskap, tiltro til barnevernet og frykt for eventuelle konsekvenser ved å varsle hadde betydning for hvorvidt de varslet eller ville ha varslet barnevernet. Figur 1 viser at et flertall av sykepleierne legger stor betydning i kunnskap og tiltro til barnevernet, mens frykt for konsekvensene ikke hadde noen betydning for majoriteten.

**«Selv om helsepersonell kan oppleve mistanke om omsorgssvikt, medfører det ikke nødvendigvis at mistanken meldes videre.»**

Analysen viste at sykepleiere som tidligere hadde opplevd mistanke om omsorgssvikt, syntes kunnskap var viktigere enn sykepleiere som ikke hadde opplevd mistanke. I tillegg fant vi at sykepleiere som mente de hadde god kunnskap om omsorgssvikt, var mer tilbøyelige til å varsle barnevernet. Sykepleiernes tiltro til barnevernet eller frykt for konsekvenser innvirket ikke på hvorvidt de varslet eller ikke.

Vår studie er for liten i omfang til å kunne trekke bastante konklusjoner på vegne av sykepleiere ved norske legevakter. Samtidig kan funnene våre bidra til å belyse en problemstilling som man dessverre har for lite kunnskap om. Vi håper derfor at studien kan være en pilot for fremtidige studier. I tillegg er det funn i vår studie som det er viktig å få undersøkt nærmere.

#### NØKKELROLLE

De fleste, det vil si 18 av 24 sykepleiere (75 prosent) ved legevaktene, svarte at de har vært i situasjoner der de fikk mistanke om omsorgssvikt hos barn. Disse tallene indikerer at sykepleiere på ett eller annet tidspunkt i karrieren blir nødt til å forholde seg til problemstillingen.

Sykepleiere vil være blant de første som kan avdekke hvorvidt barn og deres familie trenger bistand ut over den hjelpen de søker på legevakten. Samtidig er det viktig at de har kunnskap om hva som kjennetegner omsorgssvikt, og om hvordan de skal forholde seg når de har avdekket omsorgssvikten.

#### BEHOV FOR KUNNSKAP

Sykepleierne, og spesielt de som hadde opplevd mistanke om omsorgssvikt, påpekte at kunnskap var viktig. Tidligere studier har vist at kunnskap ikke bare er viktig for å avdekke omsorgssvikten, men også for å øke sannsynligheten for at sykepleiere rapporterer mistanken videre (9). Samtidig er det usikkerhet om hvor mye og hvilken kunnskap som er nødvendig for å videreformidle mistanke og iverksette tiltak. For eksempel var det ingen sammenheng mellom kunnskap og varsling i én studie (14), mens en annen kunne vise til at sykepleiere med spesifikk trening innenfor området oftere rapporterte sine mistanker enn de som ikke hadde slik trening (2). Disse momentene indikerer at det er et behov for målrettet opplæring av sykepleiere til å kunne håndtere situasjoner når de

får mistanke om omsorgssvikt.

#### VARSLE BARNEVERNET

Til tross for at loven pålegger helsepersonell å varsle barnevernet når de mistenker omsorgssvikt, svarte sju av 17 sykepleiere at de ikke varslet eller ikke ville ha varslet barnevernet. Likevel oppga sykepleierne at de hadde tiltro til barnevernet.

Samtidig svarte sykepleierne som ikke varslet eller ikke ville ha varslet, at de enten ville ha søkt råd hos en kollega eller varslet en lege. Det kan bety at samspillet med kollegaer på legevakten har betydning for hvordan sykepleierne håndterer sin mistanke. Skårderud, Haugsgjerd og Stånicke beskriver blant annet at når man har tanker og følelser det er vanskelig å stå inne for, søker man samspill med andre for å prøve å kvitte seg med disse følelsene, og eventuelt fraskrive seg ansvaret for følelsene (15). Dataene våre er imidlertid ikke tilstrekkelige til å kunne vurdere hvorvidt fagfellesskapet hemmer eller fremmer varsling til barnevernet.

#### SYKEPLEIERE HAR ANSVAR

Vår lille studie peker på hvilken nøkkelrolle sykepleiere på legevakten har for å avdekke omsorgssvikt hos

barn. Som helsepersonell i første linjetjenesten er det stor sannsynlighet for at de vil oppleve situasjoner der de mistenker omsorgssvikt hos barn.

Et viktig skritt på veien for å ivareta varslingsansvaret er å styrke kompetansen, både når det gjelder å kjenne igjen tegn på omsorgssvikt og håndtere lovens krav om varsling.

Da det er lite norsk forskning på dette området, håper vi at artikkelen vår kan inspirere til videre forskning på temaet, og dermed hjelpe barn og deres familier. Barns helse er en god investering i fremtiden. ●

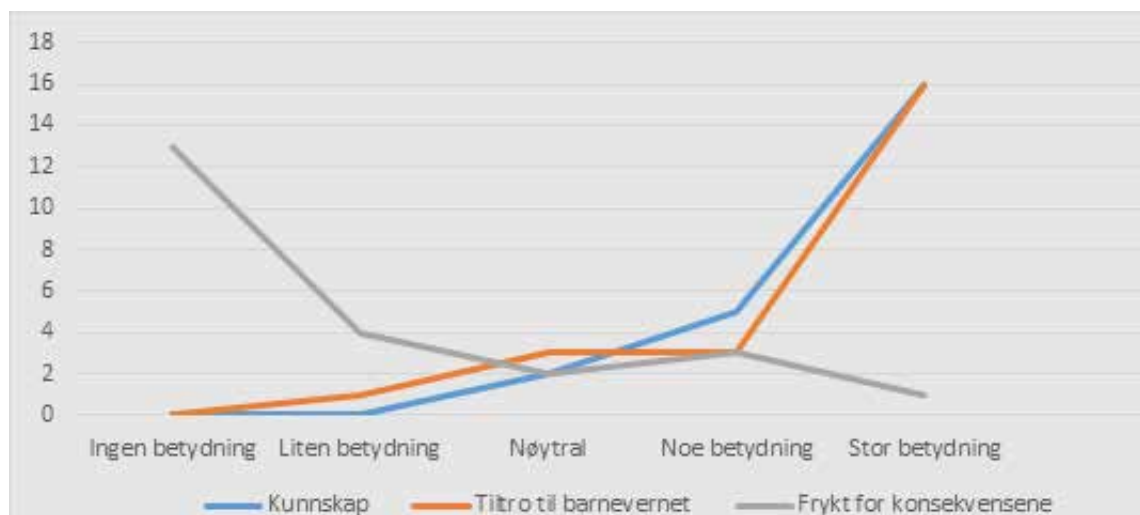
#### REFERANSER

1. Lovdata. Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999; nr. 64. [Helsepersonelloven]. Paragraf 33. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (Nedlastet 03.11.2012).
2. Fraser JA, Mathews B, Walsh CL, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47(2):146–53.
3. Statistisk sentralbyrå. Barnevern. 2003–2014. Tabell: 09050: Gutter og jenter fra 0 til og med 17 år i hele landet, med alle tiltak i år 2003 og 2014, 2003–2014. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabell-Hjem.asp?KortNavnWebbarnevern&CMSSubjectArea=soziale-forhold-og-kriminalitet&checked=true>. (Nedlastet 06.05.2016).
4. Myhre M, Thoresen S, Hjemdal OC. Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2015.
5. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY-Y, Beardslee WR. Child abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1878–83.
6. Nagler J. Child abuse and neglect. *Current Opinion in Pediatrics* 2002;14:251–4.
7. Piltz A, Wachtel T. Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2009;26(3):93–100.
8. Sanders T, Cobley C. Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: an overview of the literature. *Accident & Emergency Nursing* 2005;13(2):130–6.
9. Feng J, Wu Y. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health* 2005;28(4):337–47.
10. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56(3):227–36.
11. Glasser S, Chen W. Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *Israel Medical Association Journal* 2006;8:179–83.
12. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2015.
13. Helsedirektoratet. Dette kan legevakten gjøre for deg. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/hjelpetibud-i-kommunen/legevakt#Dette-kan-legevakten-gjore-for-deg->. (Nedlastet 11.04.2016).
14. BenNatan M, Faour C, Naamah S, Grinberg K, Klein-Kremer A. Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review* 2012;59(3):331–7.
15. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stånicke E. *Psykriiboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2013.

#### FAGARTIKLER:

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

**Figur 1.** Betydningen av kunnskap, tiltro til barnevernet og frykt for konsekvensene for varsling av omsorgssvikt til barnevernet



(Antall svar.)

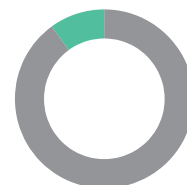


# HAR IKKE ORD FOR DEPRESJON

Mange somaliske kvinner med depresjon oppsøker ikke hjelp. De vet ikke at de kan få hjelp, eller forstår ikke at de trenger det.

**FAGARTIKKEL:**

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



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleienn.2017.59772



**Janet Ververda**  
 Høgskolelektor, Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse og sosialvitenskap



**Naima Ismail**  
 Sykepleier, Sykehuset Telemark, avd. Skien og hjemmetjenesten på Gulset

**I** denne artikkelen ser vi på hvordan kulturkompetanse kan fremme en god relasjon mellom unge somaliske kvinner og sykepleiere, noe som kan bedre forståelsen av depresjon blant somaliske kvinner. I dagens samfunn kan man som sykepleier regne med å møte pasienter med innvandrerbakgrunn med en form for psykisk sykdom, slik som depresjon. På grunnlag av Josepha Campinha-Bacotes teori om kulturkompetanse, argumenterer vi for at en god relasjon hjelper sykepleieren å møte utfordringer i samarbeid med pasienter med flerkulturell bakgrunn.

## INNVANDRERES HELSE

«Ved inngangen til 2013 var det 171 600 personer med flyktningbakgrunn bosatt i Norge. De utgjorde 3,4 prosent av Norges befolkning, og 28,9 prosent av alle innvandrere i Norge. Somalia har nå passert Irak som den største gruppen med personer med flyktningbakgrunn», ifølge Statistisk sentralbyrå (1). I en undersøkelse basert på fem spørsmål som har som formål å avdekke psykiske helseproblemer (Hopkins Symptoms Checklist-5), antas det at 9 prosent av hele befolkningen og 27 prosent av innvandrerbefolkningen har psykiske vansker. Det er ingen forskjell på kjønn. Blant

innvandrere og etterkommere er andelen med psykiske problemer 23 prosent blant menn og 31 prosent blant kvinner (2).

Den høye andelen av innvandrere fra ikke-vestlige land med angst og depresjon tyder på at også somaliske kvinner er mer utsatte for slike sykdommer. De somaliske innvandrerne er svært unge med en høyere andel menn enn kvinner. En økning av somaliske innvandrere til Norge kan bidra til en økning av pasienter med angst og depresjon i Norge (3).

Åtte av ti somaliere i Norge vurderer sin helse som god eller meget god. En årsak til at de vurderer helsen som god, kan komme av at psykisk helse er et tabubelagt tema, eller at de har for dårlig kunnskap om helse og sykdommer generelt.

Ifølge somalier Ayaan Yasin, som jobber ved Primærmedisinsk verksted i Oslo, forstår de fleste somaliere ikke hva som skjer med dem når de er deprimerte. Mange oppsøker ikke hjelp fordi de ikke vet at de kan få det, mens andre ikke vet at de trenger hjelp (4).

## KULTUR OG DEPRESJON

Forståelsen man har for psykisk lidelse, er påvirket av hvilken kultur man tilhører. For den somaliske befolkningen er religion, kultur og identitet viktig. Også den somaliske kulturen betrakter mennesker

med psykisk lidelse som «syke» (3).

Praksis viser at de fleste unge somaliske kvinner som kommer til Norge, ikke kommer med familien sin. De fleste unge somaliske kvinner har en kollektivistisk oppdragelse i motsetning til i vestlige land, der flertallet vokser opp med en individualistisk oppdragelse. Denne forskjellen i oppdragelse innebærer store utfordringer i familielivet til flyktningfamilien og kan være en årsak til depresjon. Med en kollektivistisk oppdragelse blir de unge kvinnene oppdratt til at alt de gjør, både negativt eller positivt, påvirker hele familien. De blir oppdratt til å ta vare på familiens ære og ikke bringe skam over familien.

En slik livssituasjon kan føre til depresjon. Man føler at man ikke er et selvstendig individ som har frihet til å ta egne valg, men er hele tiden forpliktet til familiens normer og regler. Med en slik oppdragelse kan årsakene som fremkaller depresjon, være annerledes enn hvis de unge kvinnene hadde vært oppdratt i en individualistisk husstand. De somaliske kvinnene vokser opp med flere regler, større ansvar og mindre frihet.

## DEPRESJON ER TABU

De unge kvinnene kan føle at det ikke er rom for deres tanker, følelser, drømmer og planer, med mindre de også involverer resten

Fakta ●●●

## Sammen- drag

I Somalia finnes det ikke ord for depresjon. Man er enten frisk eller gal. Mangelen på et rikt sosialt liv gjør at mange somaliere i Norge blir slitne, isolerte og deprimerte. Noen har en depresjon uten at de skjønner hva det er. Kulturkompetente sykepleiere spiller en viktig helsefremmende rolle i møte med somaliske kvinner.

## Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Somalia
- Kulturkompetanse
- Depresjon
- Fremmedkulturell



TABU: Åtte av ti somaliere i Norge mener at de har god eller meget god helse, selv om noen av dem lider av depresjon. Illustrasjonsfoto: Marit Fonn

av familien. Selv om de føler at det ikke er plass til deres planer, avgjørelser og valg, aksepterer likevel de unge kvinnene dette i takknemlighet til og av respekt for foreldrene og de resterende familiemedlemmene.

Det er ukjent hvor mange som har depresjon i Somalia fordi temaet er tabubelagt. Derfor blir det snakket svært lite om depresjon, noe som medfører at befolkningen har mangel på kunnskap. Konsekvensene kan være at de unge kvinnene blir slitne, trøtte, triste og eventuelt negative og mister konsentrasjonen i løpet av skoledagen. Årsaken kan være depresjon.

Videre kan det føre til at de presterer dårligere enn andre skoleelever fordi de går gjennom skoledagen uten at lidelsen er anerkjent. Lærerne og eventuelt foreldrene kan tolke det som at de unge

kvinnene ikke er engasjerte og interesserte i å lære, når det i realiteten skyldes depresjon. Dårlig kunnskap om alvorret ved depresjon eller mangel på generelle fakta om depresjon kan være årsaken til at de fleste unge somaliske kvinner ikke selv oppfatter symptomene på sykdommen før den er moderat eller alvorlig. I det somaliske samfunnet kan det å oppsøke hjelp, gi dem følelsen av å være svake eller flaue.

#### KULTURKOMPETANSE

Definisjonen av «kultur» er at det er en sammensetning av tro, verdier, ideer, språk, kommunikasjon, normer og regler. Kultur påvirker både menneskets livsstil, personlig identitet og forholdet til medmennesker. Kultur kan bli praktisert på ulike måter, for eksempel gjennom musikksmak, kunst, kleskode eller etikette (5).

Når man skal ta hensyn til et menneskes atferd, behov og kulturelle holdninger, trengs det kulturkompetanse for å kunne gi effektiv

### «Forståelsen man har for psykisk lidelse, er påvirket av hvilken kultur man tilhører.»

helsehjelp. Ved å definere «kulturkompetanse» som en prosess, kan man kontinuerlig utvikle og forbedre sin kompetanse i helsevesenet. Til dette er Campinha-Bacotes kulturkompetansemodell et godt anvendbart redskap (6). Modellen er utviklet for at sykepleiere lettere skal forstå hva kulturkompetanse

innebærer samt hvordan man oppnår kompetanse eller forbedrer kompetansen innenfor en kultur.

Modellen består av fem punkter som sammen utgjør ordet «ASKED» og innebærer «Have I ASKED Myself The Right Questions?». Spørsmålene omhandler kulturkompetanse i møte med flerkulturelle individer. Hvert spørsmål tar for seg hvert sitt punkt i modellen. Nedenfor går vi dypere inn på punktene i ASKED.

#### KULTURELL BEVISSTHET

«Awareness» eller «kulturell bevissthet» dreier seg om menneskets personlige fordommer, stereotypier og forutsetninger for å forstå medmennesker med en annen kulturbakgrunn. Kulturbevissthet er delt inn i fire forskjellige nivåer av kulturkompetanse som sammen gir





ulike former for bevissthet:

- «Bevisstløs inkompetanse» betyr å ikke være bevisst over egen mangel på kunnskap om kulturkompetanse. Helsepersonellet er ikke bevisste på at kulturforskjeller eksisterer mellom pasientene deres og dem selv. Det kalles også «kulturelt blindpunkt-syndrom».
- «Bevisst inkompetanse» betyr at man er klar over at man mangler kunnskap om kulturkompetanse. Helsepersonellet er klar over kulturforskjellene mellom dem og pasientene, og det faktum at kulturen spiller en rolle under samhandlingen. Selv om helsepersonellet er klar over kulturforskjellene, vet helsepersonellet fortsatt ikke hvordan de skal kommunisere med sine pasienter.
- I motsetning til bevisstløs inkompetanse handler «bevisst kompetanse» om å lære om kulturen til pasienten. Helsepersonellet har kompetanse og erfaring om tverrkulturell samhandling, og samtidig er de klar over at den må respekteres og forstås for å bli vellykket.
- «Bevisstløs kompetanse» er nivået som oftest er vanskelig å oppnå. Helsepersonellet har evnen til spontant å gi kulturrelatert omsorg til sine pasienter, uten at de er bevisste på at de utfører slik omsorg.

## KULTURELLE FERDIGHETER

Punktet «Skills» eller «kulturelle ferdigheter» i modellen handler om hvordan en sykepleier lærer og gjennomfører en kulturell vurdering og utfører helsehjelp basert på fysiske vurderinger. Målet er at helsepersonellet formulerer en gjensidig akseptabel og relevant kulturell behandlingsplan basert på relevante kulturopplysninger, som er innsamlet under kartleggingen.

Med tanke på at kulturen i de forskjellige gruppene stadig forandrer seg, er det nødvendig med mange kulturelle møter for å oppnå et høyt ferdighetsnivå. Gjennom kulturelle møter får helsepersonellet utviklet ferdighet i å gjennomføre

en kulturell vurdering av hver pasient ved å lytte med interesse uten å være dømmende.

## KULTURELL KUNNSKAP

«Knowledge» eller «kulturell kunnskap» handler både om å søke og få kunnskap om forskjellige kulturgrupper. Mennesker er ikke bare ulike når det kommer til for eksempel utseende og fingeravtrykk, men også når det gjelder erfaring, kunnskap og muligheter. På grunn av forskjeller mellom kulturer kan det oppstå feildiagnostisering. Det er derfor viktig å ha kunnskap om kulturbundne sykdommer for å opprettholde diagnostisk klarhet. Kulturbundne sykdommer er sykdommer som varierer fra kultur til kultur. For eksempel kan somaliske kvinner fortelle at de er slitne, mens tyrkiske kvinner klager over hodepine. I begge tilfeller kan det være snakk om depresjon.

Disse ulikhetene impliserer at helsepersonellet aldri blir utlært i kulturkunnskap. Pasienten kan heller ikke forvente at helsepersonellet har kunnskap om vedkommendes kultur. Kulturkunnskapen oppnås når hver pasient kartlegges (7, 9).

## KULTURELLE MØTER

«Encounters» eller «kulturelle møter» handler om både verbal og nonverbal kommunikasjon med pasienter som har forskjellig kulturbakgrunn. Når helsepersonellet er bevisst på den ulike bakgrunnen og kommunikasjonen, kan et kulturelt møte med pasienter fra en annen kulturbakgrunn forebygge fordommer og stereotyper om en kulturgruppe.

## KULTURELLE ØNSKER

«Desire» eller «kulturelle ønsker» betyr at helsepersonell er villig til å lære fra sine pasienter og andre kulturinformanter, det vil si gjensidig læring. I slike tilfeller respekterer sykepleieren de kulturelle forskjellene samtidig som vedkommende klarer å se de kulturelle likhetene. Ønsket om å oppnå kulturkompetanse er drivstoffet til selve reisen mot kulturkompetansen. Det er viktig

## REFERANSER:

1. Statistisk sentralbyrå. Personer med flyktninger bakgrunn. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger> (Nedlastet 10.12.2016).
2. Blom S. Innvanderers helse: Dårligere helse blant innvandrere. Samfunnspeilet 2011/2. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/daarligere-helse-blant-innvandrere> (Nedlastet 13.12.2016).
3. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Somalier i Norge: en arbeidsgruppe-rapport. 2009. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globasets/upload/AID/publikasjoner/rapporter\\_og-planer/2009/R\\_somalier\\_i\\_Norge.pdf](https://www.regjeringen.no/globasets/upload/AID/publikasjoner/rapporter_og-planer/2009/R_somalier_i_Norge.pdf) (Nedlastet 30.01.2016).
4. Lindland H. Vet ikke hva depresjon er. Tilgjengelig fra: [http://rop.no/artikler/Etter\\_dato/-vet\\_ikke\\_hva\\_depresjon\\_er](http://rop.no/artikler/Etter_dato/-vet_ikke_hva_depresjon_er) (Nedlastet 25.01.2016).
5. Papadopoulos I, Helman C, Purnell L. Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners. Elsevier Limited, 2006.
6. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues. Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates, 2007.
7. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
8. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etik. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
9. Sneltded T. Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I Brinchmann BS (red.). Etik i sykepleien. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
10. Hanssen I. Interkulturell sykepleie. NJ Kristofferson, Nortvedt F, Skaug EA (red.). Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2011.

for målgruppen at sykepleieren holder et kartleggingsmøte. Under kartleggingen blir sykepleieren mer kjent med kulturen som påvirker de somaliske kvinnene. Når sykepleiere jobber med flerkulturelle individer er det viktig at de har et multikulturelt syn på verden (7).

## RÅD OM KOMMUNIKASJON

For unge somaliske kvinner kan det være vanskelig å åpne seg for sykepleiere som de ikke har en relasjon til. Ved at sykepleieren lytter aktivt, kan de unge kvinnene føle seg sett og hørt. Det er viktig å huske på at det nonverbale viser hvorvidt sykepleieren er innstilt på å lytte og hjelpe eller ikke (8). Det er viktig at sykepleieren stiller spørsmål som kan bedre forståelsen og hjelpe sykepleieren med å oppnå kulturkompetanse eller forbedre slik kompetanse. Det å stille spørsmål vil også gi sykepleieren innsikt i de unge kvinnenes forståelse, erfaringer, tanker og følelser.

Under kartleggingen kan dessuten sykepleieren stille spørsmål ut ifra det hun allerede vet om kulturen. Når kvinnene ser hvor engasjert sykepleieren er i å forstå situasjonen, kan det gjøre at de føler seg trygge og mer komfortable med å åpne seg mer. I slike tilfeller er det viktig å fortelle dem om taushetsplikten. Sykepleieren kan også ta i bruk gruppemøter, der flere unge kvinner med somalisk bakgrunn møtes, diskuterer temaer og setter dem i perspektiv.

## STILL SPØRSMÅL

Hvis sykepleieren stiller generelle spørsmål til de unge somaliske kvinnene om den somaliske kulturen, kan de få følelsen av at sykepleieren er eller prøver å bli kulturkompetent i deres kultur, og prøver å forstå situasjonen deres. Slike spørsmål er nødvendige for at sykepleieren skal få et klarere bilde av det som blir meddelt, og avdekke hva problemet er. De kan også gi de unge kvinnene følelsen av at sykepleieren er interessert, noe som fører til at de vil åpne seg mer. Til slutt sitter sykepleieren

## FAGARTIKLER:

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



igjen med en relevant og effektiv behandlingsplan for de unge somaliske kvinnene.

Spørsmålene sykepleieren stiller, kan også gi utfordringer ved at kvinnene er ukomfortable med spørsmålene og oppfatter dem som for personlige og noe sykepleieren ikke har noe med. Det er derfor viktig at sykepleieren tilrettelegger for de unge kvinnene og gir dem den tiden de trenger slik at de kan føle seg trygge og komfortable. Kommunikasjonen kan bli problematisk hvis det er språklige problemer. Da må sykepleieren bruke mer tid på å forklare under kartleggingen og/eller i behandlingsperioden. De må også ta i bruk en sertifisert tolk hvis det skulle være nødvendig.

Når sykepleieren og de unge somaliske kvinnene får utviklet sine erfaringer og kunnskaper, skaper det et godt samarbeid (9). I denne situasjonen er dialog- og kommunikasjonsdelen sentral for hele prosessen. Det er gjennom dialog med kvinnene at sykepleieren får den informasjonen som er viktig for å undervise effektivt om depresjon.

#### LÆR OM KULTUREN

I Norge kan menn og kvinner samarbeide i et samfunn der det i stor grad er likestilling mellom kjønnene. I Somalia er samfunnet bygd opp annerledes. Der har menn høyere anseelse enn kvinner, og samarbeidet mellom kjønnene er minimalt. Kvinnene i slike samfunn samhandler bare med menn fra familien, slik som far, bror, ektemann og så videre. Hvis sykepleieren har kompetanse i disse sidene ved kulturen, kan vedkommende forebygge isolasjon og heller fremme integrering. Sykepleieren bør forklare de unge kvinnene at kvinner i den vestlige verden er like mye engasjert i samfunnet som menn, i motsetning til den østlige verden, der kvinnene holder seg hjemme.

Det å gå på skolen kan effektivisere integreringen i den norske kulturen. Derfor er det svært sannsynlig at de unge kvinnene sykepleieren møter på, har erstattet mye av den somaliske kulturen

med den norske kulturen. Selv om dette kan være positivt, kan det i seg selv være en årsak til depresjonen: De unge kvinnene kan føle at de står mellom to kulturer, der begge har en stor rolle og betydning i livene deres.

#### FÅ KULTURKOMPETANSE

Det viktigste under det første møtet mellom sykepleieren og somaliske kvinner er å forklare taushetsplikten, slik at kvinnene føler seg trygge. Noen trenger lengre tid sammen med en helse-søster eller sykepleier før det skapes trygghet. Gruppemøter kan også hjelpe når helsepersonellet skal informere om depresjon for å fremme kunnskap.

Når kvinnene er sammen med andre i samme situasjon, kan gruppemøter hjelpe til å få i gang en diskusjon. Som oftest kan det være vanskelig å åpne seg foran fremmede, spesielt foran noen som ikke går gjennom det samme eller vet hvordan ens egen situasjon er. Derfor kan gruppemøter hjelpe ved at medlemmene har en felles forståelse og derfor åpner seg. Med gruppemøtene dannes det et nettverk som trolig fortsetter å fungere etter at gruppen blir avsluttet.

#### HA ET ÅPENT SINN

Det er også viktig at sykepleieren kartlegger i hvilken grad de unge somaliske kvinnene er påvirket av sin kultur, og hva de påvirkende faktorene kan være. Det at et individ er flerkulturelt, kan både by på utfordringer og fordeler. En flerkulturell livsstil kan føre til vanskeligheter med å forstå enkelte situasjoner og områder i en annen kultur eller livsstil. Et flerkulturelt syn kan også bringe med seg fordeler for helsepersonellet, som at man møter en annen kultur eller livsstil med et åpent sinn.

Kartleggingen kan synliggjøre hvordan de unge kvinnene er påvirket av kulturen sin. En utfordring kan være å få de unge kvinnene til å forstå at depresjon ikke er en straff fra Gud eller noe som er svært uvanlig. Det er derfor nødvendig med informasjon om at, og

hvordan, den enkelte er påvirket av sin kultur, slik at sykepleieren er forberedt på fokuset til undervisningsfremlegget om depresjon og hvilket tema som er nødvendig å informere om.

En sykepleier, som skal jobbe med de unge kvinnene, skal derfor samle inn relevant informasjon som for eksempel hvor lenge de har oppholdt seg i landet, hvor mye av den norske kulturen og miljøet de har tatt til seg og hvor mye av sin egen kultur de har beholdt. Slike

## «Sykepleieren bør forstå den tette sammenhengen mellom religion og sykdom.»

opplysninger kan gi sykepleieren et innblikk i kvinnenes ferdigheter og hjelpe dem med å forstå den informasjonen og undervisningen de skal få om depresjon.

#### KUNNSKAP OM SYKDOM

Bakgrunnen til de somaliske kvinnene kan i stor grad påvirke deres syn på og kunnskap om depresjon. Også deres forventninger til behandling og pleie i det norske helsevesenet kan påvirkes (9, 10). I Somalia er nærmest 100 prosent av befolkningen sunnimuslimer. Religionen islam har stor innflytelse på livsstilen og kulturen, som igjen påvirker deres sykdomsforståelse og tolkning.

Psykiske lidelser som depresjon er ofte kultur- eller religionsbundete sykdommer. Det vil si at det de unge somaliske kvinnene vet om depresjon, er basert på kulturens eller religionens oppfatning, tolkning og forståelse. Den vanligste oppfatningen, tolkningen eller forståelsen av psykiske lidelser som går igjen i de fleste kulturer som den somaliske, er at lidelsen er en straff fra Gud.

#### DEPRESJON IGNORERES

Når en sykdom, som depresjon i Somalia, er tabubelagt, fører dette

til at den blir ignorert i stedet for å bli snakket om. Dette kan være en av årsakene til at de unge kvinnene har lite eller feil informasjon om sykdommen. Mangel på kunnskap er ofte forårsaket av redsel for å oppsøke informasjon i tilfelle familiens hemmelighet kommer ut til lokalsamfunnet, og dermed påvirker familiens ære.

Sykepleieren bør derfor forstå den tette sammenhengen mellom religion og sykdom. Eksempler kan være at de unge kvinnene tror behandlingen strider imot deres religion eller kultur, at de har fått informasjon tidligere om at sykdommen ikke kan behandles, og/eller at depresjon ikke blir sett på som en alvorlig sykdom eller anses som en sykdom i det hele tatt. Derfor er det viktig at sykepleieren får et klart bilde av de somaliske kvinnenes kunnskapsnivå og får vite eventuelle behandlinger kvinnene har mottatt. Det er også viktig å kartlegge hvorfor kvinnene avstår fra behandling. Disse momentene kommer frem når sykepleieren har kulturkompetanse. Kulturkompetanse er dermed en forutsetning for å oppnå en god relasjon. Den gode relasjonen hjelper kvinnene med å snakke om tabubelagte temaer. På denne måten jobber den kulturkompetente sykepleieren i høyeste grad helsefremmende.

#### FREMME OG FOREBYGGE

Helsefremming skal først og fremst gi kvinnene økt kontroll, kunnskap og forståelse om sykdommen, noe som igjen skal føre til bedre helse. De somaliske kvinnene kan tidligere ha blitt feilinformert om depresjon. Derfor er det viktig at de sammen med sykepleieren kritisk vurderer den helseinformasjonen de har. I slike tilfeller er den forebyggende sykepleierfunksjonen aktuell. Sykepleieren må forebygge komplikasjoner av feilinformasjonen de allerede har fått eller kan komme til å få senere i forløpet.

Sykepleieren kan forebygge ved å hjelpe de unge kvinnene med å skille mellom fakta om depresjon fra eventuelle kulturelt betingete myter om sykdommen. ●



NYLIG PUBLISERT



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelle-vurderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter.

Sammendrag:



## Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem

**Bakgrunn:** Feil legemiddelbruk er blant de uønskete hendelsene i helse- og omsorgstjenesten som forekommer hyppigst. Samhandlingsreformen innebærer at sykehjem i større grad har fått et behandlingsansvar og ikke lenger bare har et pleie- og omsorgsansvar. Uønskete hendelser har et stort forbedringspotensial og kan hindres av sikkerhetstiltak.

**Hensikt:** Å utforske hvordan sikkerhetstiltak fungerer med tanke på å forebygge feilmedisinering og feilaktig legemiddelbruk i sykehjem.

**Metode:** Kvalitativt design med fokusgruppeintervju av sykepleiere og sykepleierstudenter samt undersøkelse av læringslogger fra sykepleierstudenter. Datainnhenting startet samtidig med at samhandlingsreformen ble innført, og har pågått i nærmere tre år. Forfatterne foretok dataanalyse ved hjelp av koding og meningskategorisering.

**Resultat:** Sykepleiere og sykepleierstudenter erfarte at sikkerhetsprosedyrer ikke var praktisk gjennomførbare på grunn av tidspress. Videre var det dårlig samsvar mellom arbeidsoppgaver, bemanning og legemiddelkompetanse. Det var lite systematisk kompetansebygging, og opplæring i legemiddelhåndtering ble ikke tatt alvorlig nok.

**Konklusjon:** Studien har påvist at sikkerhetstiltak ikke fungerer tilfredsstillende, og at det er et udekket behov for legemiddelkompetanse i sykehjem. Et viktig spørsmål blir hvordan sykepleierkompetansen kan utnyttes til å forbedre pasientsikkerheten ved legemiddelbruk i sykehjem.

Forfattere:

Marit Storli, Oddbjørn Ingebrigtsen, Sigrid Nakrem og Toril A. Elstad



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



## Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring

**Bakgrunn:** Helsepedagogisk kompetanse hos fagpersoner som gir lærings- og mestringstilbud til personer med langvarige helseutfordringer, er i liten grad omtalt og diskutert i nordisk og internasjonal forskningslitteratur.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å gi en systematisk litteraturoversikt over studier som beskriver sentral helsepedagogisk kompetanse. Forfatterne inkluderte både kvantitative og kvalitative studier samt en systematisk litteraturoversikt.

**Metode:** Forfatterne gjorde et systematisk litteratursøk i Medline, Embase, PsychInfo og Cinahl etter ulike typer studier som beskriver helsepedagogisk kompetanse i lærings- og mestringstilbud.

**Resultat:** Studiene beskriver seks kompetanseområder som viktige for at helsepersonell skal kunne gi pasienter og brukere et godt utbytte av lærings- og mestringstilbud. Disse kompetanseområdene er følgende: kunnskaper og ferdigheter knyttet til gruppeledelse, sykdom og diagnose, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, pedagogikk samt personlige egenskaper og holdninger. Studiene er av varierende kvalitet.

**Konklusjon:** Studiene fremhever at helsepedagogisk kompetanse er avgjørende for at pasienter og brukere skal kunne få utbytte av lærings- og mestringstilbud. Det er behov for mer forskning av høy kvalitet samt behov for å styrke kvaliteten ytterligere på helsepedagogiske opplæringstiltak og utdanning av studenter, fagpersoner og brukerrepresentanter.

Forfattere:

Andre Vågan, Kari Eika og Helge Skirbekk



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

## Utfordringer med å etablere en ny praksis

**Bakgrunn:** Svært mange nye tiltak som har vist seg å ha god effekt, etableres likevel ikke som ny praksis. Det er behov for kunnskap om hvordan vi kan tilrettelegge for nye tiltak slik at de har optimal mulighet for å bli etablert som del av en ny praksis. Stadig flere peker på at det er nødvendig å evaluere prosessen.

**Hensikt:** Å presentere normaliseringsprosesseteori (NPT) som et redskap for prosessevaluering når en ny praksis skal innføres. Forfatterne presenterer og utdypet teoriens hovedprinsipper med en pilotstudie der de benyttet NPT i evalueringen.

**Metode:** Som del av en større studie (EU-WISE) inkluderte forfatterne 16 pasienter diagnostisert med diabetes type 2 i pilotstudien. I intervensjonen introduserte sykepleiere tiltak som stimulerer til økt bruk av lokale nettverk som hjelp til å mestre sykdommen. Ved hjelp av et refleksjons-skjema basert på teorien om normaliseringsprosess foretok forfatterne kvalitative intervjuer av pasienter og sykepleier.

**Resultat:** Evalueringen avdekket faktorer som både hemmer og fremmer etablering av nettverksstøtte til personer som strever med å mestre kronisk sykdom.

**Konklusjon:** NPT ga en ramme for evalueringen som ikke bare fokuserte på intervensjonen, men også på helt konkrete og praktiske utfordringer med å gjennomføre tiltaket.

Forfattere:

Christina Foss, Ingrid A. Ruud Knutsen, Silje Havrevold Henni og Hanne Myrstad



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

## CPOT – verktøy for smertevurdering av intensivpasienter

**Bakgrunn:** Forskning viser at intensivpasienter opplever smerte både når de hviler, og under prosedyrer. Kritisk syke pasienter har ofte nedsatt evne til å kommunisere smerte og ubehag, noe som gjør smertevurdering og smertebehandling utfordrende. Systematisk smertevurdering med valide verktøyer er avgjørende for god smertebehandling. The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) er et smertevurderingsverktøy bestående av fire domener som måler smerteatferd.

**Hensikt:** Å oversette The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) og undersøke verktøyetts validitet og reliabilitet.

**Metode:** Studien har et beskrivende kvantitativt design. CPOT ble oversatt til norsk etter en internasjonalt anbefalt oversettelsesprosess. Seks intensivsykepleiere fikk en times undervisning i bruken av CPOT, og en opplæringsvideo ble brukt for å oppnå en felles forståelse for hvordan man skårer CPOT. To intensivsykepleiere skåret, parvis og uavhengig av hverandre, pasientens smerteuttrykk med CPOT før og under en snuprosedyre. Totalt utførte de 182 (91 parvise) skåringer med CPOT på 18 respiratorbehandlede intensivpasienter. Ved å sammenlikne sykepleierens skår før og under snuprosedyren ble den norske versjonen av CPOT undersøkt for diskriminerende validitet. Forfatterne undersøkte inter-rater-reliabiliteten ved å analysere samsvar mellom de to sykepleierens observasjoner.

**Resultat:** Den norske versjonen av CPOT har en god diskriminerende validitet og en moderat til utmerket inter-rater-reliabilitet. Domenet «ansiktsuttrykk» viste lavest samsvar mellom sykepleierne.

**Konklusjon:** Den norske versjonen av CPOT ser ut til å være et valid og reliabelt smertevurderingsverktøy til respiratorbehandlede intensivpasienter.

Forfattere:

Ann-Marie Storsveen og Marie-Louise Hall-Lord



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Ansatte på sykehjem havner fort i en kryssild mellom nådeløse effektiviseringskrav og faglige verdier. Det takler mange helt fint.

# Måling gir mening for sykehjemsansatte

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

**N**ye krav om kontrollrutiner, målinger, dokumentering, standardisering og effektivisering har de siste tiårene satt sitt preg på arbeidshverdagen ved mangt et norsk sykehjem.

– Det kunne føles som å kjempe mot vindmøller, forteller sykepleier Margrethe Kristiansen.

Etatslederen for sykehjem i Tromsø kommune har selv nærmere 25 yrkesaktive år i felten bak seg. Hun har derfor kjent på kroppen hvordan markedsorienterte styringsmodeller kan utfordre sykepleiens profesjonslogikk og faglige kvalitetskrav.

– Vi sykepleiere kommer gjerne til dette yrket med et sterkt faglig perspektiv. Vi ønsker å yte best mulig hjelp til alle, men møter en virkelighet med mange begrensninger og krav. Det kan være en prøvelse.

4. november disputerte Kristiansen for sin doktorgradsavhandling der hun ser på hvordan ansatte ved norske sykehjem faktisk forholder seg til krysspresset de utsettes for fra tilsynelatende motstridende styringskrav.

## NEW PUBLIC MANAGEMENT

Mye er sagt, skrevet og ment om New Public Management (NPM) siden denne type tankegang for alvor inntok norsk offentlig sektor på 80-tallet.

Kort fortalt dreier det seg om å ta prinsipper fra privat og kommersiell virksomhet inn i det offentlige for å effektivisere driften og kontrollere ressursbruken.

Gjennom ulike målingsverktøy, konkurranseutsetting, stykkprising og internfakturering er tanken at unødig byråkrati, tidstyver og sløsing skal skrelles vekk.

– Det er viktig å påpeke at NPM ikke bare

handler om økonomistyring, sier Kristiansen.

– Filosofien bak går på at man skal kunne effektivisere gjennom å styre mer rasjonelt, slik at tjenestene blir best mulig ut fra hvilke ressurser som er tilgjengelig.

## FINNER BALANSEN

Hva skjer så når ideer fra NPM inntar sykehjemmene? Når styringsverktøy, som i utgangspunktet er utviklet for kommersiell virksomhet, skal tres over noe så komplisert som helse og omsorg?

I sin doktorgradsavhandling har Kristiansen blant annet dybdeintervjuet 18 ansatte ved tre ulike sykehjem i Troms fylke.

Selv om hun møtte frustrasjon der ute, er hovedkonklusjonen at de ansatte faktisk får det til å fungere.

– De finner en balanse, utvikler nye mestringsstrategier og skaper ny mening i arbeidet, forteller Kristiansen.

## SÅRBAR OG KOMPLEKS TJENESTE

– Det er viktig å huske at sykehjemssektoren er en sårbar og kompleks tjeneste som forvalter store ressurser. Med det følger et ansvar for å bruke ressursene fornuftig og kontrollert, sier Kristiansen.

NPM-inspirerte reformer har klemt mange

«De finner en balanse, utvikler nye mestringsstrategier og skaper ny mening i arbeidet.»

sykehjemsansatte inn mellom barken og veden – mellom profesjonsetikk og markedslogikk.

Kravene som stilles kan ofte oppleves som direkte motstridende, men Kristiansen ser altså at sameksistens er mulig.

– Mange som har studert dette tidligere, da gjerne fra et profesjonsperspektiv, hevder at ansatte velger å ignorere styringskrav de føler kan gå på bekostning av det faglige, sier Kristiansen.

– Jeg ser derimot at de i stedet tar slike krav inn som del av profesjonslogikken.

## DOKUMENTERER DET FAGLIGE

Som eksempel trekker hun frem hvordan økte krav om dokumentasjon og målinger utnyttes av de ansatte til å synliggjøre faglige oppgaver.

Sykehjemsansatte hun intervjuet, fortalte at de begynte å dokumentere mer av hva de faktisk gjorde og hvor mye tid de brukte.

– Det var ikke bare fordi de ble pålagt det, men også fordi de slik kunne fremheve egen faglig innsats. Som en avdelingsleder formulerte det: «Politikere forstår jo uansett bare tall.»

## DET SOM IKKE KAN MÅLES

Hvorvidt NPM-inspirerte reformer faktisk fungerer etter målsettingen, er et mildt sagt om diskutert tema. Det er også mye uenighet om hvilke typer virksomheter som lar seg styre og effektivisere etter markedsorienterte prinsipper.

– Jeg mener NPM-logikken ikke kan benyttes på alt. Den kan være hensiktsmessig ved for eksempel snøbrøyting, men har sine begrensninger når man forsøker overføre den til noe så komplisert som sykehjemsdrift, sier Kristiansen.

I kontrast til sykehus, skal et sykehjem ivareta hele brukeren over tid. De skal for eksempel ta hensyn til sosiale og private perspektiver.



**BALANSEKUNST:** Hvordan sykehjemsansatte forholder seg til New Public Management-inspirerte reformer er tema i Margrete Kristiansens ferske doktorgradsavhandling. Foto: Ingun A. Mæhlum

– Mye av dette er svært vanskelig å måle. Alt lar seg ikke styre, og man må akseptere at det alltid vil være en spenning mellom fag og økonomi.

#### **FRUSTRASJON OG FORSTÅELSE**

Med tanke på stadige medieoppslag om kritikkverdige forhold og begrensede ressurser ved norske sykehjem, skulle man tro effektiviseringsreformer jevnt over ble møtt med kraftig motstand.

Kristiansens inntrykk var derimot at selv om ansatte kunne være frustrerte, så evnet de å skape en forståelse for nødvendigheten av innstramminger og kontroll.

– På sykehjem jeg besøkte med knappe ressurser, pratet man om det og jobbet sammen for å finne løsninger.

Kristiansen forteller at ansatte fikk ny

**«Alt lar seg ikke styre, og man må akseptere at det alltid vil være en spenning mellom fag og økonomi.»**

forståelse for arbeidet sitt når de måtte forholde seg mer til målinger og dokumentering.

– Jeg mener det er viktig at profesjonsutøvere, som sykepleiere, også får innsikt i det organisatoriske arbeidet, sier hun.

– Vi kan ikke bare si at «det her går ikke». Vi må være med i diskusjonen om forvaltning av

knappe ressurser for å kunne fremme profesjonslogikken i krevende tider.

#### **TILLITSREFORMER**

Kristiansen har registrert at det nå – muligens som et svar på begrensningene innen NPM-tankegangen – kommer en bølge av såkalte tillitsreformer.

Her er målet å øke kvalitet, tillit og trivsel i offentlige virksomheter, gjennom effektiv forvaltning av ressursene.

– Jeg tror ikke det er mulig å finne den helt optimale løsningen, sier Kristiansen.

– Det er likevel viktig at man uansett er bevisst hvordan man utnytter ressursene man har, slik at styring blir et underordnet virkemiddel og ikke en tvangstrøye. ●

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



# NÅR PASIENTEN VEKKER DET VERSTE I DEG

Noen pasienter er så krevende at de vekker følelser av frustrasjon, håpløshet og sinne hos sykepleiere. Hvordan kan de få bedre holdninger til disse pasientene?

**HOVEDOPPGAVE:**

Artikkelen bygger på  
**50 % praksis**  
 50 % teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2017.59760



**Kathrine Benedikte Larsen**  
 Psykiatrisk sykepleier

**J**a, nå er hun her igjen! Ikke denne gangen heller har hun klart å fullføre selvmordet (himler med øynene). Det er bare tomme trusler, og skrik om oppmerksomhet. Vi må få henne utskrevet fortest mulig, her har hun i hvert fall ingenting å gjøre, selv om vi sikkert snart ser henne igjen. Å nei! Drama, selvsykdom og oppmerksomhet på høyt nivå. Hvorfor kommer hun til oss nå igjen? Nå må det da være noen andre sin tur! Når skal hun ta ansvar for seg selv? Jeg vil i hvert fall ikke være primærkontakt denne gangen!»

Slike tanker er ikke uvanlige hos dem som arbeider med pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF). Karin Dyhr har selv vært «svingdørspasient» gjennom en årrekke. Hun har merket personalets holdninger. I sin bok beskriver hun det som ufattelig flaut å være «en sånn en» som manipulerer og bare er ute etter oppmerksomhet. Når hun gang på gang hørte at «nå må du ta deg sammen og oppføre deg som et voksent menneske», var skamfølelsen sterk, og hun følte også ofte sinne (1).

## SÅRBAR PASIENTGRUPPE

Pasienter med UPF er en svært sårbar pasientgruppe med et høyt lidelsestrykk. I Norge har cirka 1,2 prosent av befolkningen UPF (2).

Det er utbredt og vel dokumentert at mange som arbeider med UPF-pasienter, har negative holdninger overfor denne pasientgruppen (3–13). Slike holdninger påvirker tydelig omsorgen som blir gitt, i negativ retning (13).

Erfaringsmessig kan pasienter med UPF ofte vekke følelser av frustrasjon, håpløshet, sinne og avmektighet hos sykepleiere på akuttpsykiatrisk avdeling. Grunntonen i arbeidsmiljøet kan til tider være belærende og fordomsfull. Pasientene oppfattes som oppmerksomhets-syke og infantile, noe som har gjort at jeg er blitt mer og mer oppmerksom på at sykepleierne til tider har svært negative holdninger overfor denne pasientgruppen.

Min oppfatning er også at sykepleiere ofte kan glemme den psykiske smerten denne sårbare pasientgruppen lever med. Derfor ønsket jeg å finne ut av om noe kan gjøres for å endre sykepleiernes holdninger til det bedre, og i så fall om bedre holdninger kan gi en bedre forståelse for pasientene, som bidrar til å lindre lidelsen deres. I artikkelen har jeg til hensikt å svare på spørsmålet «Hvorfor har sykepleiere på akuttpsykiatrisk avdeling negative holdninger ovenfor pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og hvordan kan bedre holdninger bidra til å lindre lidelsen hos disse pasientene?». Jeg har gjort

en litteraturstudie der jeg har brukt materiale som allerede er dokumentert og publisert i bøker og artikler. I tillegg har jeg implementert egne erfaringer.

## DEFINISJON AV UPF

Pasienter med UPF er «stabile i sin ustabilitet» (14). Deres psykiske smerte gir seg utslag i usikkerhet, lav selvfølelse, kontinuerlig indre tomhet og frykt for å bli forlatt, noe som kan utløse blant annet promiskuøs atferd og rusmisbruk (5). De pendler mellom ekstremvarianter som idealisering eller sterk nedvurdering, og det finnes ikke gråsoner (10). Sinne er den mest utbredte affekten hos pasientene, enten den er passiv eller utagerende (14). I bakgrunnen lurer en impulsivitet som henger sammen med redsel og frustrasjon (10).

Redselen for å bli avvist kan bli så altoppslukende at personen kan gjøre hva som helst for å slippe unna den. Samtidig kan pasienten være både klamrende og distanserende (14) og må gå til ytterligheter av handlinger og følelser for å bli sett og få omgivelsene til å «våkne» (6). I kjølvannet følger skyldfølelse, angst og hjelpeløshet (14). Felles for mange er at de har kjørt seg fast i en selvdestruktiv sirkel, ute av stand til å se det selv. En annen fellesnevner er at problemene stammer fra noe utenfor pasientens kontroll – og tilsvarende at løsningen heller ikke er

Fakta ●●●

## Sammen- drag

Krenkende og nedlatende holdninger overfor pasienter med lidelsen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF) finnes i stor grad i akuttpsykiatrisk avdeling. Kunnskap om kronisk suicidalitet, endring av avdelingskultur samt bearbeiding av sinne og motoverføring i veiledning kan bidra til å endre disse holdningene og lindre pasientens lidelse.

## Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Psykiatrisk lidelse
- Selvmord
- Selvsykdom

UTMATTET:  
Personalet  
kan bli kynisk  
og distansert.  
Illustrasjons-  
foto: Shutter-  
stock



innenfor deres rekkevidde (15).

Kronisk suicidalitet er et vanlig kjennetegn ved UPF og betegner «et mønster av suicidalitet som er kontinuerlig, repetitivt og fyller en mellommenneskelig funksjon» (16). Suicidaliteten blir kronisk idet pasientene forsøker å løse problemer via selvmordsatferd. Ofte kan tilfeldigheter eller uflaks avgjøre om de overlever eller dør (17). Pasienter med UPF er ambivalente til liv og død og forsøker helst å begå selvmord i nærvær av andre som kan redde dem (9, 16).

Motoverføring er et annet begrep som ofte brukes i tilknytning til UPF-pasienter. Begrepet betegner personalets følelser og fantasier som har å gjøre med behandlingssituasjonen, og det henger sammen med pasientens væremåte (14, 18).

Ofte kan man snakke om motoverføringer idet pasientens væremåte «smitter over på» sykepleieren. Dette kan føre til at sykepleieren kan si eller gjøre ting som ikke gagnar behandlingssituasjonen.

#### ANSATTES HOLDNINGER

I dette avsnittet drøfter jeg sykepleiernes holdninger til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og hvorfor holdningene er slik. Litteraturen gir mange eksempler på negative og krenkende holdninger til lidelsen. Uttalelser som «å trippe rundt på tå hev» og at «man må være varsom med hva man sier og gjør for at vulkanen ikke skal få utbrudd», kan beskrive sykepleiernes opplevelse i samhandling med disse pasientene (10).

De mange negative karakter-

### «Sykepleiere kan ofte glemme den psykiske smerten denne sårbare pasientgruppen lever med.»

trekkene til pasienter med UPF kan gi god grunn til forhåndsdomming, antiterapeutiske holdninger og motoverføringstendenser (5, 14). UPF-pasienter med sitt indre kaos har ofte en tendens til å irritere personalet, med det resultatet at de ikke alltid blir behandlet profesjonelt (19). Det kan gå så langt at sykepleierne blir ofre for motoverføringer og utvikler fiendtlighet og sarkasme,

som igjen kan skape negative holdninger (19). Dette kan føre til en utmattingsseffekt hvor personalet kan bli distansert og kynisk og miste empatien (9, 10, 20).

I forskningen finner man holdningspunkter for at UPF-pasientenes suicidale tendens, utagerende atferd (3, 8), manipulasjon og krav om oppmerksomhet og mangel på å ta ansvar for egne handlinger (12) gir opphav til dårlige holdninger. Også travle sykehusavdelinger, inkompetanse hos personalet samt oppfattelsen av at pasienten har større kontroll over sin negative atferd enn vedkommende gir uttrykk for, påvirker negativt (8). Videre gir det grobunn for negative holdninger at pasientene er mindre syke enn andre pasienter (11), og at pasientene ikke



hører hjemme i avdelingen (8).

På bakgrunn av disse momentene har jeg valgt tre emner som danner grunnlaget for artikkelens diskusjon: kunnskap om kronisk suicidalitet, endring av avdelingskultur og bearbeiding av sinne og motoverføringer i veiledning. Videre diskuterer jeg hva som kan bidra til at sykepleiere på akuttpsykiatrisk avdeling kan få bedre holdninger til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

### BEDRE KUNNSKAPEN

Kunnskap, utdanning og profesjonell trygghet i rollen som sykepleier kan gi bedre holdninger til pasienter med UPF (8). Undersøkelser viser at psykiatriske sykepleiere har behov for et «forståelsesrammeverk» overfor pasienter med UPF. Undervisning og kunnskap kan skape denne forståelsesrammen. Når sykepleierne har et slikt rammeverk, kan holdningene bli mer positive (12). Dette rammeverket kan bestå av kunnskap om pasientenes ofte traumatiske bakgrunn, men også av miljøterapeutiske metoder som å skape allianse (12).

I en annen studie om samhandling i arbeidet med UPF-pasienter ble det undersøkt om personalet kunne endre sine negative holdninger ved å delta på et undervisningsprogram om UPF. Etter endt program viste det seg at de som deltok, hadde fått større innsikt og mer empati, og derav bedre holdninger. Personalet ønsket i mindre grad å unngå disse pasientene. Følelsen av mestring og økt kompetanse i samarbeid med pasientene var også resultater av mer kunnskap og undervisning (11).

### ENDRE AVDELINGSKULTUR

Ved å endre en negativ avdelingskultur kan holdninger forbedres (8). Høyt arbeidstempo og -press fremheves som noe av opphavet til negativiteten. Stroud og Parsons hevder at psykiatriske sykepleiere ofte er medisinsk orienterte, noe som usynliggjør de menneskelige aspektene (12). Til sammen kan arbeidspress og økt medisinsk orientering legge press

på samhandlingen mellom kollegaer, noe som i sin tur kan gå ut over pasientene. En studie i Israel viste at sykepleiere hadde minst empati for UPF-pasienter sammenliknet med psykologer og psykiatere (3). En grunn til dette kunne være at sykepleierne er i «frontlinjen»; de er rundt pasientene hele døgnet, noe som kan føre til frustrasjon og utbrenthet.

### VEILEDE PERSONALET

Generelt er holdningene overfor pasienter med UPF ofte negative, og pasientene fremmer irritasjon og sinne hos personalet (11, 19). Dette danner grunnlag for motoverføringer. Derfor er det svært viktig å veilede personalet som jobber tett på pasienter med UPF, for at de skal få luftet sine følelser, enten de handler om for mye engstelse eller for mye forsvar overfor pasienten (8, 9, 13, 17). En studie sammenliknet terapeuters følelsesmessige kontekst da pasienter med UPF ble behandlet, kontra pasienter med alvorlig depresjon (4). Det ble funnet at følelsesmessig stress var klart forhøyet da førstnevnte gruppe ble behandlet. De fant også at arbeid med pasienter med alvorlig depresjon ble oppfattet som en mer takknemlig oppgave, der sykepleierne også viste mer empati. Personalet som jobbet med UPF-pasientene, hadde behov for mer støttende veiledning grunnet en oppfatning av at UPF-pasientene var mer fiendtlige, narsissistiske, engstelige, seksualiserende, sensitive for avvisning og vanskelige å jobbe med enn gruppen med alvorlig depresjon (4).

### KRONISK SUICIDALE

Her presenterer jeg hvordan kunnskap om UPF og kronisk suicidalitet kan gi bedre holdninger og dermed lindre lidelsen til UPF-pasienter. Erfaringsmessig er det en følelsesmessig påkjønning å ta seg av pasienter med UPF samt å skulle forholde seg til en potensiell selvmordsrisiko. Pasientenes selvmordstrusler kan få sykepleierne til å føle seg som «emosjonelle gisler» (19). En seilivet myte er at pasientene skader seg for å få oppmerksomhet, eller

for å straffe og manipulere mennesker rundt seg.

Sykepleiere gjør seg ofte til talsmenn for slike oppfatninger eller enkle forståelsesmodeller (10). Fakta om selvmordstall sier dog noe annet, siden 3–7 prosent av pasientene med UPF ender opp med å ta livet sitt (9). Det finnes imidlertid mennesker som gir uttrykk for at de vil lide, eller som oppsøker lidelse, men som ikke er i stand til å formidle denne lidelsen. Dersom disse pasientene blir møtt med mistro eller som de simulerer, øker lidelsen deres ytterligere (21).

Nedverdiggende og krenkende holdninger som følge av selvmordsforsøk forsterker pasientens følelse av verdiløshet (22). Når grensene testes, reagerer sykepleierne ofte både med angst, frykt og sinne,

noe som er gode og naturlige måter å reagere på. Men når disse følelsene får blomstre og forvrenses til skyld, behov for å skyld på andre, fleip, negative holdninger eller likegyldighet, kan det bli en farlig utvikling (19).

### ÅRSAKER TIL SELVSKADING

Ifølge forskningen er ikke den kroniske suicidaliteten alltid et oppmerksomhetsbehov, men en følelse av at «alt gjør så vondt» (6, 10). Dersom sykepleierne tilegnet seg kunnskap fra et brukerperspektiv, kunne dette kanskje bidra til bedre forståelse, som igjen kunne bidra til å lindre lidelsen. Pasientene formidler at de noen ganger har bruk for den oppmerksomheten selvskading kan gi dem, eller at de ønsker å straffe seg selv, avlede indre smerte og selvmordstanker eller for å flykte (10). Fordi følelsene ofte er styrende hos UPF-pasienter, kan de utløse impulsive handlinger som å skade seg selv (6). Når håpløsheten veller frem, forsøker en med UPF-lidelse jevnlig å skjære eller blø ut de overgrepene som ikke lar seg fjerne på annen måte. Selv om selvskading gir en kortvarig lindring, kan den også gi tilstrekkelig lindring mot selvmordstanker (1).

«Undervisning og kunnskap kan skape mer forståelse.»





**PSYKIATRI:** Sinne er den mest utbredte affekten hos pasienter som lider av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Illustrasjonsfoto: NTB Scanpix

Pasientenes kroniske suicidalitet fører ofte til at andre mennesker bryr seg om dem. Derfor er det viktig for sykepleiere å vite at pasientens redsel for å bli forlatt kan gjøre at de ikke vil gi opp denne atferden (9). De som ikke forstår verdien pasienten har med å forbli suicidal, legger for mye vekt på å eliminere selve suicidaliteten. Pasientene kan derfor føle seg svært misforståtte når de møter helsepersonell som vil fjerne ethvert spor av dette (9). Konstante overveielser om hvorvidt man skal begå selvmord eller ikke kan faktisk oppfylle verdifulle psykologiske funksjoner for pasienten: «Suicidalitet kan faktisk være avgjørende for pasientens søken etter en grad av verdighet, autonomi og forbundethet som kunne vært verdtt å leve for» (19, s. 137). I lys av dette bør sykepleierne forstå at ambivalensen til liv eller død må tas alvorlig og bør reflekteres over (17). Pasienten trenger å føle seg sett og hørt, samt at noen validerer vedkommendes følelser (9).

#### **UTVIS EMPATI**

Dersom krenkelse og vanære har blitt en integrert del av en person, er det ikke lett å bli glad i seg selv.

Empatisk lytting kan bidra til å forstå pasientens selvforakt, selvbylde og selvaktelse i forbindelse med kronisk suicidalitet (23). Sykepleiere bør kunne sette seg inn i pasientens situasjon for å forstå disse aspektene og for å kunne lindre pasientens psykiske smerte (9). Det å bli møtt som likeverdig og ikke med en ovenfra og ned-holdning er avgjørende (8). I sin rolle kan UPF-pasientene spille tøffe og arrogante. Bak fasaden kan det ligge et ønske om bekreftelse. Det er lett å tolke oppførselen som utspill og manipulasjon, men om man ikke ser bak denne atferden, kan det lede til gjensidig mangel på respekt (10).

Idet noe blir kronisk, blir det ofte håpløst. Uttrykket «kronisk suicidalitet» kan derfor også bidra til å skape fordommer. I den senere tiden er kronisk suicidalitet blitt en vanlig innleggelsesårsak for UPF-pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling. Samtidig legger Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging (24) føringer for at mennesker med kronisk suicidalitet ikke bør behandles i akuttpsykiatrien.

#### **ENDRE AVDELINGSKULTUREN**

Videre diskuterer jeg hvordan en

endring av avdelingskulturen kan bidra til bedre holdninger og dermed lindre lidelsen til UPF-pasienter. Avdelingskulturen har mye å si for hvordan holdninger formes og vedlikeholdes (12). På akuttpsykiatrisk avdeling er det nedfelt i reglene at de ansatte ikke skal gi personlige opplysninger om eget liv eller bakgrunn, og det skal være et klart skille mellom pasient og personale. Objektiviteten er viktig i samhandling med UPF-pasienter, nettopp for ikke å komme for nær (15).

Det hender likevel at noen overtolker dette med objektivitet og nærmest blir umenneskelige i behandlingen av pasientene. Det kan gi en farlig utvikling. De glemmer mennesket bak lidelsen (15).

Fastlåste tankemønstre gjør helsepersonell mindre profesjonelle, og noen ganger kyniske. En kynisk holdning kan bidra til å øke pasientens lidelse, hevder Perseius. Enkle midler kan forandre dette, og det bør håndteres som et arbeidsmiljørelatert problem der hovedansvaret ligger hos avdelingslederen. Lav toleranse for kynisme kan hindre en ukultur (10). Utfordringen er at det er vanskelig å si hvor grensen skal gå – for når blir fleip til sarkasme?

Forskning fra et pasientperspektiv kan også her bidra til økt innsikt og etisk refleksjon. I en studie rapporterte UPF-pasienter om traumatiske opphold i akuttpsykiatriske avdelinger hvor de merket de negative holdningene på kroppen (8). Ikke sjelden følte pasientene seg som objekter. Travelhet i avdelingen kunne være en årsak (8). Effektivisering gjør at helsepersonell må anvende manualer og skjemaer fremfor å kunne fokusere på selve samtalen. Martinsen peker på en dehumaniserende praksis som følge av dette (25).

#### **SÅRBARE SYKEPLEIERE**

Man kan snakke om en distansekultur versus en nærhetskultur på akuttpsykiatriske avdelinger. På den ene siden kan sykepleiere bidra til at avdelingen har en smidig relasjon og nærhet til pasientene, mens de på den andre siden kan være ufleksible og styrt av regler med overordnet fokus på sikkerhet (10). Sistnevnte minner om dehumanisering, der vi glemmer mennesket. Vi risikerer å bli ekstreme og kontraproduktive. Med økt bevissthet, kunnskap, refleksjon og veiledning kan sykepleierne bli mer bevisste på hvordan de fremstår (10).

Det finnes pasienter som ikke så lett vekker medfølelse hos helsepersonell, og som blir anklaget for selv å være skyld i egen tilstand. Martinsen hevder at slike holdninger ikke er politisk korrekte, men at man som profesjonell bør forsøke å endre etiske retningslinjer slik at visse pasientgrupper ikke blir stigmatisert. Hun hevder videre at sykepleieren må evne å være sårbar for å kunne leve seg inn i pasientens lidelse. Når sykepleieren ikke er sårbar, kan hun eller han bli kynisk og krenke pasienten (26).

#### **BEARBEIDE SINNE**

Til sist diskuterer jeg hvordan bearbeiding av sinne og motoverføringer i veiledning kan bedre holdninger og dermed lindre lidelsen til UPF-pasienter. I arbeid med UPF-pasienter må vi sykepleiere tørre å kjenne på og snakke om de vanskelige





følelsene disse pasientene vekker i oss, altså motoverføringsreaksjoner (7). Gjennom motoverføringer som blir hatefulle, straffer man ubevisst pasienten (20). En annen risiko ved motoverføringer er å distansere seg, bli sint og ta igjen (13). Noen mister dessuten empatien (20). Ofte benekter og underkjenner vi reaksjonene våre. Om vi ikke lytter til oss selv, kan det føre til utbrenthet, uprofesjonell atferd og terapihindring (14).

Personalet kan bli provosert, nærmest fiendtlig, og skylder på pasienten når behandlingen ikke fører frem (1). Samtidig kan sykepleieren svinge fra å vise overdreven omsorg og vennlighet til å være fordømmende, kort og negativ (6). Opptrer vi sykepleiere da som pasientene selv? Når en sykepleier er blitt «offer» for motoverføringer, kan det hindre vedkommende i å se pasienten som lidende, desperat og med stort behandlingsbehov (9). Pasienten kan også overføre aggressive følelser til oss sykepleiere, slik at vi faktisk blir aggressive. Derfor må sykepleierne kunne styre sitt sinne om man har håp om at pasienten skal gjøre det samme (9). På samme måte som UPF-pasienten kan lære å regulere sine følelser gjennom traumemodellens toleransevindu, kan kanskje sykepleiere få opplæring i samme metode for å håndtere sine følelser knyttet til for eksempel sinne. Toleransevinduet er et forholdsvis enkelt verktøy hvor man ofte med enkle grep kan lære å «hente seg inn», slik at man verken blir overaktivert (angstfylt, sint) eller underaktivert (apatisk, uempatisk) (23).

## STOR SKAMFØLELSE

Det er lite hensiktsmessig å påføre pasientene mer skam og smerte enn nødvendig. Er det noe mange av disse har opplevd, er det nettopp skam og smerte. Derfor mener Nilson og Silfving at UPF-pasientene ikke bare er lunefulle og håpløse, men mennesker med enestående egenskaper og mye kreativitet – noe vi ikke må glemme. De mangler både språk og stemme for å formidle sine tanker og følelser (14). Det er derfor et påtrengende behov

at helsepersonellet ser pasientens eksistensielle livsverden og at de ikke betrakter pasienten som en diagnose (27).

Behandlingens kompleksitet henger sammen med terapeutens respons, ikke bare med pasientens atferd (4). Dersom man ofte opplever sinne overfor pasienter med UPF, bør man prøve å identifisere hva det sårbare i situasjonen er, fordi pasienten gjerne rører ved noe som er følsomt og sårbart. Man bør forsøke å distansere seg fra tanker som «hun burde ikke oppføre seg slik». Ved å se pasientene fra deres side, kan man oppdage at den til tider provoserende atferden er et utslag av bristende ferdigheter, og at de ofte gjør så godt de kan (10).

## AKSEPTER EGET SINNE

Samtidig kan man trene seg på å akseptere sinne ved å observere det. De som arbeider med disse pasientene, må tåle å leve med større frustrasjoner og provokasjoner enn normalt. Det er lov å bli opprørt, og hvis man blir det, kan man reparere skaden i ettertid. Dermed viser man pasienten at det er lov å bli opprørt og at slik oppførelse også forekommer i det virkelige liv (6). Det å av reagere på vaktrommet er helt sentralt, og ikke sjelden kan både bisarr humor og tabublagte utsagn hjelpe personalet til å håndtere pasienter med UPF (7).

Veiledning handler mye om å justere egne reaksjoner, reflektere over hvordan man opptrer og arbeide med hvordan man kan bruke seg selv i møte med pasienten, noe som også kan være en viktig kilde til fagutvikling. For å forstå disse pasientene er det derfor viktig å få frem helhetsperspektivet (17). Om man i veiledning lar hver og en av de ansatte som har med pasienten å gjøre, fremstille sitt bilde av vedkommende, kan det bidra til å danne et slikt perspektiv (14).

Veiledning anses også som viktig for å hindre utbrenthet (23). Det kan oppstå et dilemma i dagens psykiatri når vi tar på oss for mye (17). Avslutningsvis bør vi hele tiden være selv-kritiske når det gjelder etisk bevissthet og bringe den frem i lyset (10). ●

## REFERANSER:

1. Dyhr K. Bag om borderline. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck. 2010.
2. Torgersen S. Epidemiology. I: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (red.). The American psychiatric publishing textbook of personality disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2005.
3. Bodner E, Cohen-Fridel S, Iancu I. Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2011;52:548–55.
4. Bourke ME, Hons BA, Grenyer BFS. Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 2013;27(6):735–45.
5. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1982.
6. Kåver A, Nilsson Å. Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2009.
7. Larsen K. «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!!!». Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi* 2011;16(1):18–24.
8. McHale J, Felton A. Self-harm: What's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010;17:732–40.
9. Paris J. Half in love with death. Managing the Chronically Suicidal Patient. Lawrence Erlbaum Associates Inc. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 2007.
10. Perseus KI. Att temja en vulkan. Om emotionell instabilitet og självskaðebeteende. Lund: Studentlitteratur. 2012.
11. Shanks C, Pfohl B, Blum N, Black D. Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorders* 2011;25(6):806–12.
12. Stroud J, Parsons R. Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health* 2013;7:242–53.
13. Winship G. Research in brief. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010;17:657–62.
14. Nilson G, Silfving T. Farlige relasjoner – om borderline. København: Nordisk Forlag. 2002.
15. Masterson JF. Det truede selv. Borderline og narcissisme – personlighetsforstyrrelser i det moderne samfund. København: Hans Reitzels Forlag. 1990.
16. Paris J. Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Hvorfor det er behov for særskilte tilnæringer i behandlingen. *Suicidologi* 2010;13:3–7.
17. Vråle GB. Møte med det selvmordstruede mennesket. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2000.
18. Karterud S, Wilberg T, Umes Ø. Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
19. Gabbard GO, Wilkinson SM. Borderline behandling og motoverføring. København: Hans Reitzels Forlag AS. 2002.
20. Wilhelmson I. Det er ikke mer synd på deg enn andre. – En bok om ansvar og frigjøring. Stavanger: Hertervig Forlag, Stiftelsen Psykiatris Opplysning. 2012.
21. Erikson K. Det lidende menneske. Otta: TANO. 1995.
22. Vatne M, Nåden D. Patients' experiences in the aftermath of suicidal crisis. *Nurs Ethics* 2014;21(2):163–75.
23. Anstorp T, Benum K, Jakobsen M. Dissosiasjon og relasjons-traumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget. 2012.
24. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. 2008. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/lists/publikasjoner/attachments/3/nasjonal...> (Nedlastet 15.12.2016).
25. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: TANO. 1993.
26. Martinsen K. Løgstrup og sykepleien. Oslo: Akribe. 2012.

## «Sykepleiere er rundt pasientene hele døgnet, noe som kan føre til frustrasjon og utbrenthet.»

## FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

[fagartikler@sykepleien.no](mailto:fagartikler@sykepleien.no)



For å gi gode råd, må vi holde oss oppdatert på tekniske hjelpemidler, sier diabetessykepleier Anne Karin Måløy.

# Passer på de unge med diabetes

● Fortalt til **Monica Hilsen**

Når noen får diabetes, berører det hele familien. Det varierer hvordan de takler sykdommen. Å jobbe med dem som sliter med å ivareta egen sykdom, er både utfordrende og spennende for oss. Og det er også veldig godt å være med når ting endrer seg og går bedre.

Diabetesbarn måler HbA1c hos oss. Det er en blodprøve som beskriver gjennomsnittlig blodsukker de siste 10–12 ukene. Oppfølging fra lege har de minimum hver tredje måned fra de er 0–18 år. Hvis de trenger mer støtte og oppfølging, er det ofte diabetessykepleieren som gjør det. Vi har i perioder pasienter som kommer hit hver 2.–4. uke.

Store deler av min arbeidshverdag går med til samtaler, veiledning eller motivasjon knyttet til behandling. Eller opplæring, utprøving og nedlasting av tekniske hjelpemidler som pasientene kommer med. Vi setter av tid til kurs og reiser rundt til skoler og barnehager hvor det går diabetesbarn for å fortelle og informere. Samtaler med foreldre på telefon fyller også mye av dagen.

På Ullevål har vi et diabetesteam som består av lege, diabetessykepleier, ernæringsfysiolog, sosionom, psykolog og sykepleier fra sengepost. I teammøtene vurderes pasienter, vi diskuterer mål og strategi for behandlingen, oppdaterer oss faglig og snakker om hvordan utnytte tid og ressurser best mulig. Vi bruker trafikklys som et verktøy for å sikre at alle får like god oppfølging. Grønt står for pasienter som mestrer behandlingen bra, mens gult og rødt sier at pasienten trenger mer oppfølging.

Jeg gleder meg til å gå på jobb. Det er veldig hyggelig å følge pasienter jevnlig over flere år. Pasientkontakten gir meg mye.

Ungdommene kan til tider ha stunder hvor det ikke er så greit å ha diabetes. Vi kan veilede ungdom og foreldre i hvordan snakke om diabetes uten at det blir mas. Hvordan ta imot påminnelser og hvordan unngå å minne på for ofte? Et tilbud vi gir er sms-meldinger som hjelp for å huske å sette insulin.

For eksempel: «Insulin er bra, husk å ta.» ●

monica.hilsen@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP

## Fakta

**Nyutdannet sykepleier i**

**1983**

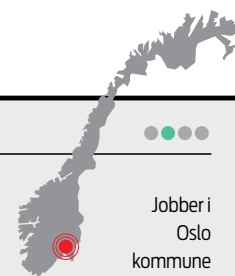
## CV

1984-1998: Barneavdelingen på Aker sykehus

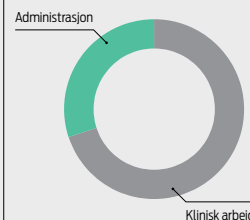
1998-2003: Barneavdelingene på Ullevål (sammen slåing med Aker sykehus)

2003- Diabetessykepleier på Ullevål barnepoliklinikk

2007: Videreutdanning i diabetessykepleie, Bergen



Når jeg jobber driver jeg med ...



**OPPLÆRING:** Diabetessykepleier Anne Karin Måløy veileder Mina og hennes foreldre. Foto: Erik M. Sundt



Grunnbemanning og turnus er for viktig til å overlates til arbeidsgiver alene.

# Innflytelse på jobben er viktig



Fakta

**Håkon Johansen**

Medlem av Rådet for sykepleieetikk

**E**tikk handler ofte om dilemmaene hver enkelt av oss møter i arbeidshverdagen. Men vi kan løfte blikket og se at etikk også handler om anstrengelser for å oppnå det gode i våre liv og for å bygge og ta vare på gode samfunn.

Helsetjenester er noe fundamentalt i alle samfunn og en forutsetning for gode liv. Samfunnets evne til å gi omsorg til de mest sårbare kan si noe om hvor godt samfunnet er.

Helsetjenester og omsorg er avhengig av tilstrekkelige rammer for å fungere. Pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet og god omsorg trenger tilstrekkelig antall personer på arbeid og en kompetanse som er på høyde med pasientenes behov.

Arbeid er en vesentlig del av våre liv. Det har verdi både for den enkelte og for samfunnet. Foruten nødvendig lønnsinntekt gir det mening, verdighet og kan bidra til god helse hos den enkelte. Også her må bemanning og kompetanse stå i forhold til kravene arbeidet stiller. Bemanningsplan og turnus er nøkkelen for både kvalitet og arbeidsvelferd.

## MIN HVERDAG

Jeg er heldig og arbeider i en palliativ avdeling som har god kompetanse og en bemanning som de fleste dager er tilstrekkelig for å møte pasientenes behov. Jeg er alene på natt, men har en oversiktlig pasientgruppe. Oppgavene er som oftest håndterbare. Jeg har fast arbeid, går i en forutsigbar turnus og jeg har den stillingsstørrelsen jeg ønsker. Jeg har også en tillitsvalgt som forhandler turnus for meg, og en leder som legger til rette for studier, fagutvikling og verv utenom nattstillingen.

## «En vesentlig målsetting for privat virksomhet vil være fortjeneste.»

Jeg kunne vært verre stilt på et arbeidssted hvor jeg hadde ansvar for alvorlig syke og døende i tillegg til et stort antall andre pasienter. Eller jeg kunne vært uten fast arbeid og avhengig av å jage vakter. Turnusen kunne også ha vært fleksibel alt etter arbeidsgivers behov og uten en tillitsvalgt som ivaretok mine behov for hvile, sosialt liv og forutsigbarhet.

## BEMANNING OG KUNNSKAP

Internasjonal forskning viser en sammenheng mellom sykepleierbemanning og pasientsikkerhet. RN4cast-studien viser at dødeligheten blant pasienter på sykehus varierer med antall pasienter sykepleierne har ansvaret for og sykepleiernes utdanning.

I Norge synliggjør Helsetilsynet et stort behov for å sikre at helsepersonell i kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta gamle pasienters behov for forsvarlig medikamenthåndtering og tilstrekkelig ernæring. Jan-Olav Henriksen og Arne Johan Vetlesen peker i sin bok *Nærhet og distanse* på at tilstrekkelig tid er en knapp ressurs i omsorgssektoren, men en forutsetning for god omsorg og for at pasienten kan erfare å være i trygge hender.

## ET KVINNEYRKE

Helse- og omsorgssektoren er kvinnedominert og har sammensatte arbeidsmiljøutfordringer. Sykefraværet er høyt. Reell pensjoneringsalder er lav, og andelen som arbeider deltid med begrunnelse i dårlig helse er høy.

Arbeidstilsynet peker på manglende samsvar mellom oppgaver og bemanning på sykehus og i hjemmesykepleien. Arbeidsmiljøloven stiller krav til at arbeidet skal være helsefremmende og gi trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Arbeidet skal også tilpasses den enkeltes forutsetninger og livssituasjon.

For Norsk Sykepleierforbund er det et viktig mål at det skal være mulig å stå i hel stilling fram til pensjonsalder. Arbeidstilsynet krever at virksomhetene gjør forsvarlighetsvurderinger av arbeidstidsordningene, og understreker at forsvarlige arbeidstidsordninger er godt forebyggende arbeidsmiljøarbeid. De peker også på sammenhengen mellom uforsvarlige arbeidstidsordninger og uheldige virkninger for pasientene.

Kvaliteten på tjenestene til pasientene og arbeidsvelferden stiger ikke alltid i takt med tilførte ressurser, men bemanning og ressurser under et forsvarlig nivå vil nødvendigvis gå utover kvalitet og velferd.

## UNDER PRESS

Arbeidstidsutvalget (NOU 2016:1) sin innstilling viser at

arbeidsgiver ønsker større innflytelse på arbeidstid og organisering av arbeidet uten samarbeid med tillitsvalgte. Samtidig er det et press i alle sektorer i retning av at flere oppgaver skal utføres av færre personer. Det presses også på for å få flere kortvakter, mer ubekvem arbeidstid og kortere hviletid mellom vaktene.

Sykehusene og kommunale helse- og omsorgstjenester må forholde seg til trange økonomiske rammer. Dessverre synes de «harde verdiene», som målbare resultater og økonomi, å dominere over de myke omsorgsverdiene som er vesentlige for kvalitet på tjenestene til pasientene og for arbeidsvelferd.

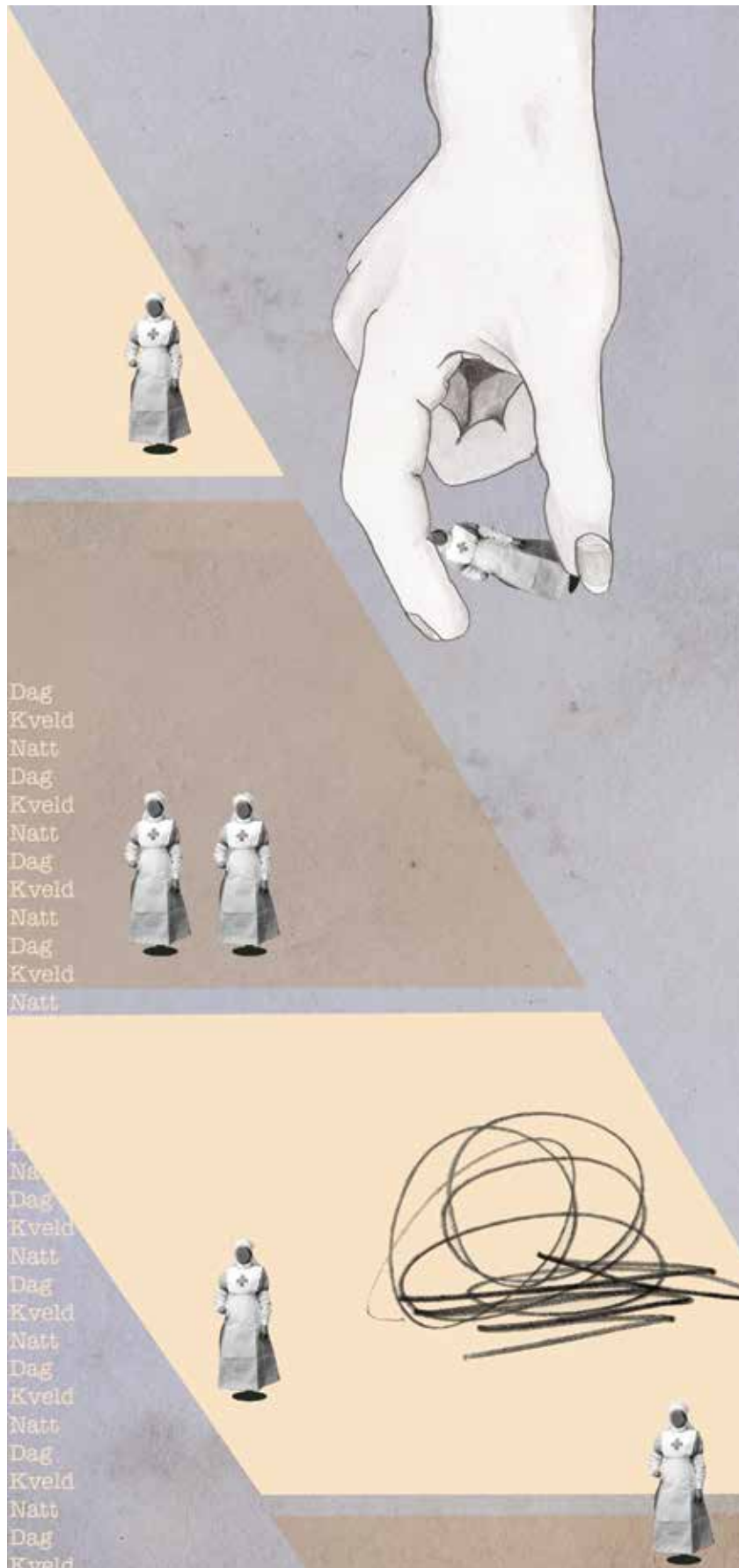
Dessuten styres mange sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester av ledere som har egeninteresse knyttet til å nå virksomhetens mål. FAFO viser i sin rapport fra 2008 at toppledernes lønnsutvikling i kommunene ofte er koplet til resultatoppnåelse, og virksomhetens økonomi er det tyngste resultatmålet.

Linn Herning påpeker i sin bok *Velferdsprofitørene* at bemanningsplan og turnus i private virksomheter kan betraktes som forretningshemmeligheter, og at tillitsvalgte ofte har begrenset mulighet til medvirkning. En vesentlig målsetting for privat virksomhet vil være fortjeneste. Offentlig innsyn i bemanningsplan og turnus ville avslørt at jakten på fortjeneste går på bekostning av kvalitet og anstendige arbeidsvilkår.

#### NØKKELEN ER SAMARBEID

Demokrati og åpenhet er en viktig verdi i samfunnet, også på arbeidsplassene. Vår velferd er tuftet på samarbeid mellom arbeidsgiver, tillitsvalgte og myndigheter. Forskning viser at sykepleiere tåler både stress og ugunstig arbeidstid bedre når de har innflytelse på arbeidstiden. Arbeidstilsynet peker på at de som lykkes, har et godt samarbeid mellom ledelse og tillitsvalgte. Ledelse og tillitsvalgte kan sammen legge planer for en virksomhet som ivaretar «myke verdier».

Bemanningsplan og turnus er avgjørende for pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet og god omsorg. Det er avgjørende for arbeidsvelferd og for et inkluderende arbeidsliv. Når så viktige verdier står på spill for den enkelte og for samfunnet, blir det et dilemma om avgjørelsene overlates til arbeidsgivere med snevre interesser knyttet til egen virksomhet, stilling eller fortjeneste. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



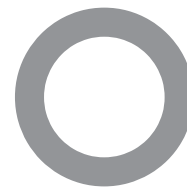
# OGSÅ HJELPERE TRENGER HJELP

I krisesituasjoner stiller hjelperne i det psykososiale hjelpeteamet opp. Etterpå er det viktig at noen også stiller opp for dem.

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.59819



**Cecilia Lindsten**  
Vernepleier, med tverrfaglig videreutdanning, arbeider hos Rus og psykiatritjenesten, Narvik kommune

**D**et er endelig middag, ungene krangler litt mens de setter seg til bords. Det smeller i ytterdøren, og jeg hører mannen min sukke over rotet i gangen og søppelposen alle har trødd over. Telefonen ringer – jeg ser i displayet at det er sjefen min. Jeg kjenner pulsen stige. Lederen min ringer ikke om det ikke har skjedd noe alvorlig. Jeg går litt unna kaoset på kjøkkenet og svarer. Sjefen sier det har vært en ulykke rett sør for byen. Rådmannen har bestemt seg for å samle det psykososiale kriseteamet, og hun spør om jeg kan møte på jobb, og hvor lang tid jeg trenger for å være der. Jeg ser på mannen min som står litt undrende og følger med på samtalen, og han sier «Bare gå, du, jeg passer på det her», og ser inn på kjøkkenet.

Jeg kjenner pulsen slå raskere i kroppen, og musklene spenner seg. Jeg merker at kroppens signaler forteller meg at jeg er i «beredtmodus». Middagen og rotet er glemt, og hodet er plutselig koplet på igjen. Jeg stopper litt opp for å reflektere over situasjonen og tenker på hva jeg trenger å ha med meg. Jeg tar med meg telefon, lader og nok klær til å kunne være i beredskap over tid. Jeg kler på meg, og ett kvarter senere er jeg på jobb. De andre i teamet er også kommet. Spenningen og alvoret er til å ta og føle på i rommet. Vi har gjort dette i flere år nå; vi har møtt

forskjellige mennesker som har opplevd ulike hendelser og traumatiske opplevelser.

## HJELPERE I KRISETEAM

Rådmannen har vurdert at ulykken sør for byen er av et slikt omfang at kommunens psykososiale kriseteam skal samles. Hvert enkelt medlem av teamet gjør seg klar til å møte ulykken og eventuelle skadete, rammete og pårørende.

Hjelperen bruker hele seg i møte med mennesker som kan ha opplevd noe veldig vanskelig, og som potensielt kan ha opplevd noe traumatisk. Hjelperen gjør seg klar mentalt: hode og kropp er innstilt på å yte, noe som også kan gjøre hjelperen sårbar. Hjelperen må kjenne på sitt eget spenningsnivå for å kunne gi god hjelp og samtidig ivareta seg selv.

Alle kommuner i Norge har et overordnet ansvar for å ivareta kommunens befolkning med psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer er tydelig på at det kan være behov for å iverksette psykososiale tiltak som en del av kommunens øvrige helsemessige og sosiale beredskap (1).

Målsettingen for det psykososiale oppfølgingsarbeidet er nødvendig støtte og hjelp for å håndtere krisesituasjoner av potensielt

traumatiserende karakter. Hjelpen skal fremme mestring i en akutt fase, opprettholde sosial fungering samt dempe symptomer og reaksjoner. Det skal medvirke til at normale reaksjoner settes i gang. Målet er å forebygge fremtidige helseproblemer og/eller sosiale problemer samt bidra til en god livskvalitet (2).

## KRAV TIL HJELPEREN

Dyregrov er kjent for sine prinsipper for god kriseintervensjon. Han er tydelig på at vi som hjelperer må gi hensiktsmessig oppfølging, og han mener etterlatte trenger følgende:

- rask og tidlig hjelp
- proaktiv hjelp, at hjelperen spør
- stabilitet og kontinuitet
- kompetanse og kvalitet
- fleksibilitet og individuelt tilpasset hjelp
- hjelp som varer over tid
- likemannsstøtte må sikres hvis det er ønskelig

Dyregrovs prinsipper sier noe om hva hjelperen må gjøre seg klar til. Prinsippene forteller også at det stilles klare krav til hjelperen siden vedkommende må gi tidlig respons og utvise personlig og faglig kompetanse. Krisehåndtering handler om å gi en opplevelse av trygghet og tilstedeværelse, og om å bidra med varme pledd, mat og drikke.

Det er nærliggende å tenke at det ikke bare er de etterlatte som har behov for en slik oppfølging i ettertid

Fakta ●●●

## Sammen- drag

En hjelper i et psykososialt kriseteam møter mange ulike mennesker med mange forskjellige erfaringer fra hendelser de har opplevd. Det er viktig å ta vare på hver enkelt hjelper, slik at hjelperen kan ivareta seg selv.

## Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Psykososialt hjelpeteam
- Krise
- Katastrofe
- Debriefing



TRAUMER: Alle trenger en form for oppfølging etter sterke hendelser, både under selve hendelsen og en tid etter. Illustrasjonsfoto: Colourbox

– alle trenger en form for oppfølging etter sterke hendelser, både under selve hendelsen og en tid etter. Også hjelperne trenger slik oppfølging (3). Debriefing inngår som en del av en total oppfølging av de psykososiale kriteamene. Men vi hjelpere er ulike, og behovet for oppfølging i ettertid vil nok variere fra person til person og fra hendelse til hendelse.

Som helper bruker vi vår innlevelsesevne i møte med mennesker. Vi opplever det som meningsfylt, og derfor har mange av oss valgt å jobbe i helsesektoren. Vi blir invitert inn i livet til andre på godt og vondt. Vi kommer nær mennesker som har

det vanskelig, og som i fortellingen over, mennesker med en potensielt traumatisk opplevelse. Dette utgjør også en risiko for den som er i hjelperrollen. Når kroppen aktiveres, aktiveres også stress.

Stress er ikke bare negativt; det finnes positivt stress som gjør at man føler seg opplagt og engasjert. Det positive stresset er knyttet til mestring og gjør at man har kontroll over situasjonen (4). Hvor aktivisert og stresset vi er som helper, påvirker nok hvordan vi håndterer situasjonen i ettertid. Når kroppen, pusten og musklene gjør seg klar, er ikke alltid hodet helt med. Vi kan fort kjenne

## «Kroppens signaler forteller meg at jeg er i beredtmodus.»

på stress. Da er det lett å bli distrauert og glemme hva som er viktig.

### TENT, MEN IKKE SPENT

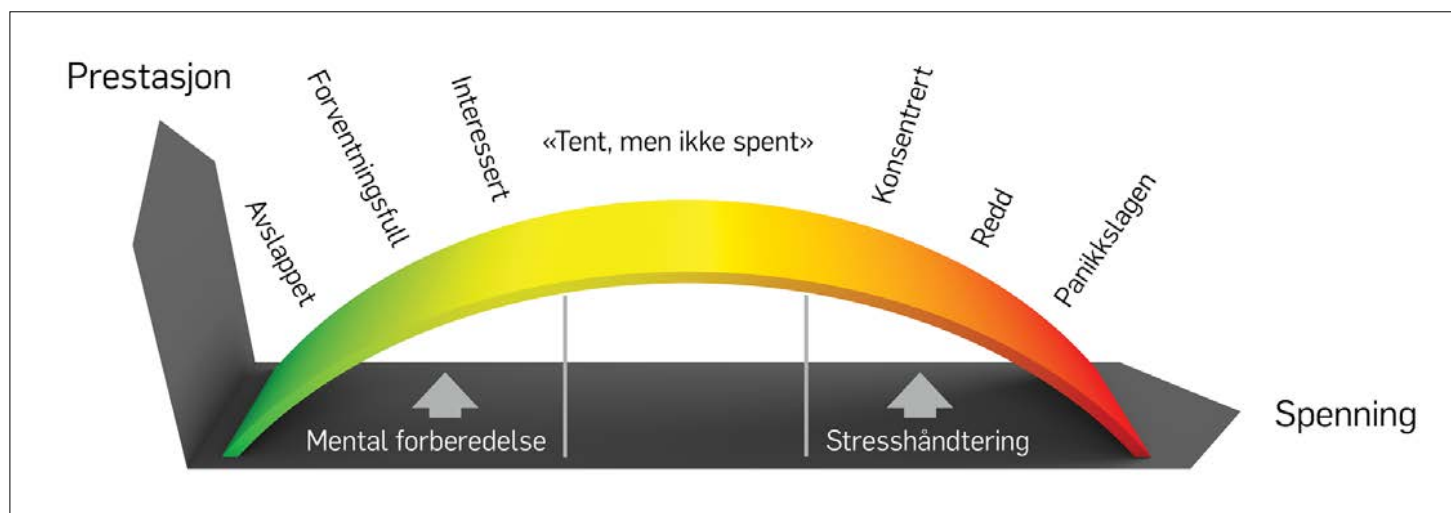
I henhold til modellen til Lillevik og Bufetat øst er vi «tent, men ikke spent» (figur 1, neste side). Hjelperen er fokusert på oppgaven som skal utføres. Ut fra modellen befinner

hjelperen seg på hele den øvre buen, fra interessert til konsentrert. Negativt stress er knyttet til opplevelsen av å miste kontroll. Hjelperen kan nok føle at situasjonen er uoversiktlig og kanskje skremmende.

I fortellingen over sier lederen i telefonen at det har vært en ulykke. Hun er kortfattet i telefonen og gir lite informasjon. Hjelperens hode aktiveres uten en tydelig oversikt over hendelsen. Hjelperen gjør seg klar til å møte hendelsen, som har et uvisst omfang. Hjernens til hjelperen jobber og responderer etter hvert på det hjelperen sanser og



**Figur 1.** Optimalt spenningsnivå



**OPTIMALT SPENNINGSNIVÅ:** Modellen beskriver hjelperens optimale spenningsnivå. Nivået går fra å være avslappet, forventningsfullt og interessert til det optimale på toppen, der man er «tent, men ikke spent». Modellen viser også overgangen til rødt, der hjelperen opplever negativt stress. Lillevik O, Bufetat øst (9). Gjengitt med tillatelse.



opplever i sitt virke.

Alle kan få en sterk krisereaksjon hvis omstendighetene er vanskelige nok. Også hjelperen er sårbar ved tøffe hendelser. Hjelperen gjør seg klar til å ta imot lidelse, tap, sorg og fortvilelse.

Hjelperen vet ikke på forhånd hvordan den enkeltes fortelling er. De lytter, formidler ro, gir omsorg – er der med hode og kropp. Samtidig vet vi at traumene fester seg i sanseapparatet, også hos hjelperne.

Potensielt traumatiserende hendelser kjennetegnes ved at de truer livet og helsen til oss selv eller våre nærmeste. De kan, men behøver ikke, resultere i akutte og langsiktige konsekvenser for den eller dem som rammes (5). En krisereaksjons karakter avhenger av hvor den inntreffer, og hvor lenge den varer. Det kommer an på hvor godt den enkelte er forberedt på krisereaksjonen.

Det er viktig å fokusere på virkningen etter en sterk reaksjon, også hos hjelperen. For å være til god hjelp for den rammete må hjelperen være mentalt til stede i den oppgaven han eller hun er satt til å utføre. I denne sammenhengen forstår og tolker vi modellen til Lillevik og Bufetat øst som at hjelperens mentale

forberedelse er viktig. Vi som hjelperer har en faglig bakgrunn, men det er kanskje like viktig med erfaring, eget personlighet, evne til å håndtere stress samt opplevelse av kontroll og av at arbeidet vi gjør, gir mening.

### FOLKER ULIKE

En hjelper i et psykososialt kriseteam møter mange ulike mennesker med like mange erfaringer fra hendelsen de har opplevd. Når en ulykke inntreffer, har de involverte erfart selve ulykken forskjellig, fra hvert sitt ståsted. De har sett, hørt, luktet og kjent helt ulike ting.

Hvert enkelt menneske har også med seg sin egen livserfaring inn i den nye erfaringen, og erfarer dermed potensielt traumatiserende hendelser ulikt (6).

I vanskelige situasjoner benytter mennesket automatisk forskjellige psykiske beskyttelsesmetoder. For oss som jobber som hjelper, handler det om å identifisere dem som ikke klarer å håndtere psyken på egen hånd og står i fare for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I møte med den rammete går jobben vår da ut på å holde ro og oversikt i situasjonen. Det handler også om å gi håp.

Hendelser som inntreffer plutselig og uventet, og som påvirker en person over en lengre tidsperiode, er vanskeligere å håndtere både for utrente hjelpere og for profesjonelt mannskap. Som hjelper skal jeg ikke gå inn i et ulykkesområde uten å ivareta min egen sikkerhet. Dette lærer vi i førstehjelp, og det er like viktig å kjenne på sin egen sårbarhet når man møter mennesker med en potensielt traumatisk opplevelse.

Vår erfaring med arbeidet i det psykososiale kriseteamet kan i starten oppleves som uoversiktlig. Vi vet ikke hvor mange som er rammet, og om de skal på et pårørendesenter, eller i hjem. Beskjeden fra lederen sier ikke noe om hvor mange som er involvert i ulykken eller hvor mange som har vært vitne til hendelsen. Jeg vet heller ikke omfanget av eventuelle etterlatte og pårørende.

### BESKYTTE SEG SELV

I hverdagspråket er «krise» et ord vi bruker når vi mister oversikten. Dyregrov bruker begrepet når det dreier seg om noen få personer. Om det er mange mennesker involvert, bruker han «katastrofe». Innenfor medisin brukes katastrofe når antall skadde overstiger den lokale

#### FAGARTIKLER:

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



behandlingskapasiteten (3). Som hjelper skal jeg gjøre meg klar til å møte alt fra krise til katastrofe. Jeg må kjenne på mitt eget spenningsnivå for å beskytte meg selv i hjelperollen.

Som regel er det potensielt traumatisk hendelser den rammete trenger hjelp til, men det er viktig å se en krise i sammenheng med situasjonen. Det kan være mange mennesker til stede, og situasjonen kan oppleves som uoversiktlig også for hjelperen. Det er en del faktorer som spiller inn i en slik situasjon. En rekke av disse faktorene gir høyere eller lavere risiko for å utvikle PTSD, både hos hjelperen og hos den som trenger behandling. Personlighetstrekk som optimisme, fremtidsrettethet, høyere selv tillit og «hardhet» ser ut til å beskytte mennesket. Det viser seg at intelligens, evne til fleksibel tilpassing og evne til å fremme egne interesser fører til færre reaksjoner (7).

Modellen over beskriver et optimalt spenningsnivå. Nivået går fra å være avslappet, forventningsfull og interessert til det optimale på toppen, der man er «spent, men ikke tent». Modellen viser også overgangen til rødt, der nivået går fra konsentrert og redd til det blodrøde feltet panikkslagen. Spenninger i kroppen kjennes på pusten, vi kjenner dem på pulsen i brystet, og kroppen blir spent. For meg som hjelper er det viktig å fokusere på hvordan den rammete sanser situasjonen.

Det er svært viktig å være en god lytter. Det handler om å være i stand til å hjelpe mennesker og samtidig kunne mestre situasjonen selv. Hjelperen må stå sammen med den enkelte når situasjonen er vanskelig og uoversiktlig. Når arbeidet er i gang, må hjelperne og ledelsen også følge med på dem som er satt til å hjelpe. Som hjelper må vi følge med på hverandre og kjenne på egne begrensninger. Modellen kan brukes som et hjelpemiddel i det psykososiale arbeidet, både for hjelperne og dem som er rammet.

#### KJENN SPENNINGSNIVÅET

Vår kunnskap om livet er en av nøklene til et godt psykososialt arbeid. Denne kunnskapen handler om å se sammenhengen mellom menneskesyn, kunnskap, kultur, hjelp og behandling. Kunnskap utvikles sammen med andre i situasjonen. Man kan ikke jobbe uten å reflektere over sitt «jeg» og sitt bidrag i arbeidet med mennesker i en potensielt traumatisk opplevelse, eller med mennesker som føler avmakt. Man må ta kontroll over seg selv og være oppmerksom på hvilke signaler man sender ut (8).

Modellen som vi presenterte over, kan brukes som et hjelpemiddel for hjelperne i de psykososiale kriseteamene til å kjenne på hvilket spenningsnivå vi er på. I arbeid med andre mennesker med en potensielt traumatisk opplevelse må

vi hjelperne være oppmerksomme på hva hjelpen gjør med oss som hjelperne. Vi har erfart at det skjer noe med vårt eget spenningsnivå når vi blir kalt ut i det psykososiale arbeidet. Det er viktig å være bevisst på sitt eget spenningsnivå i møte med den rammete.

Det å være hjelper over tid i en situasjon som er uoversiktlig, alvorlig, som innebærer skader og kanskje brå død, preger oss. Hjelperne blir berørt og kan bli påvirket i ettertid. Vi må ivareta oss selv og ta vare på hverandre. Kanskje arbeidsplassen kan legge til rette slik at de som har vært på oppdrag, kan være på jobb neste dag. Hvis man får mindre krevende oppgaver, kan man også få tid til å prate med kollegaer og komme tilbake til hverdagen på det mentale planet.

Mange har rutiner på oppfølging av det psykososiale kriseteamet, og disse rutinene er beskrevet i en

veileder som Helsedirektoratet har gitt ut (1). Det er viktig å ta vare på hver enkelt hjelper, slik at hjelperen skal kunne ivareta seg selv. ●

#### REFERANSER:

1. Helsedirektoratet. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. IS-1810. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/253/Veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-1810.pdf> (Nedlastet 14.12.2016).
2. Næshe I. Psykososial beredskap, reaksjoner og oppfølging etter brå død. Forelesning ved UIT campus Narvik 25.11.2015.
3. Dyregrov K, Dyregrov A. Sosial netverksstøtte ved brå død. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
4. Helsekompetansesenteret. «Sto kurs». Tilgjengelig fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/traumebehandling/hea> (Nedlastet 14.12.2016).
5. Myrvang A. Krisehåndtering: Forelesning ved UIT campus, Narvik 17.03.2016.
6. Råkil M. Om sekundærtraumatisering, belastningsreaksjoner og selvlivarettakelse. Forelesning ved UIT campus, NARVIK 24.05.2016.
7. Helsedirektoratet. Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. IS-2428. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1166/Mestring,-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-2428.pdf> (Nedlastet 14.12.2016).
8. Skærbæk E, Nilsen M. Psykososialt arbeid, fortellinger, medvirkning og fellesskap. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
9. Lillevik O, Bufetat øst. Modell 1. Optimal spenningsnivå.

## Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus

Praksis og teori - 2016



**Smittevern** angår alle som arbeider direkte eller indirekte med pasienter; diagnostikk, behandling, pleie, isolasjonstiltak, operasjoner, utstyr, medikamenter, renhold, tekstiler, teknisk utstyr, ambulanse, transport, portørtjeneste, mat og vann, bygg og vedlikehold, og en rekke andre aktiviteter ved sykehus og andre helseinstitusjoner.

**Praktiske smitteverntiltak** forhindrer og begrenser infeksjoner og forebygger spredning av alvorlige infeksjoner. Hvert kapittel har en praktisk del med smitteforebyggende tiltak og en teoretisk del for valg av smitteverntiltak.

**Sykehusinfeksjoner øker;** bakterier blir mer motstandsdyktige mot antibiotika, og spres letter mellom alle helsenivåer i samfunnet. Sykehusberedskap avgrensede farlige mikrober eller større utbrudd som pandemier.

**God hygiene er smittevern** for pasienter, besøkende og ansatte. Personlig smittevern, godt renhold og høy hygienisk standard på behandling og pleie er viktigere enn noensinne for pasientsikkerhet og et trygt arbeidsmiljø.

**Målgruppene** er helsepersonell, helsefagarbeidere, studenter, sykehusledere og helsebyråkrater, pasienter og deres pårørende.

Forfatter:  
Björg Marit Andersen  
695 sider, kr 480,-  
Elefantus Forlag - 2016  
ISBN: 978-82-93274-64-3

**BESTILLING:**  
[www.elefantus.no](http://www.elefantus.no)  
og bokhandlere

## 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



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

**Wima** produkter

Tlf. 71 51 42 84 Mob: 46 91 66 93 Kvernesveien 404 6530 Averøy

# Sykepleien med ny distribusjonspartner

Fra 2017 skifter Sykepleien leverandør til Helt hjem. Dette vil føre til at ca 20.000 av dere får bladet på dørmatta sammen med avisen i stedet for i postkassen.

Dersom du absolutt ikke ønsker bladet sammen med avisen kan du ta kontakt med medlemstjenesten slik at du fortsatt kan få bladet i postkassen.

Hilsen Sykepleien



## Sykepleien

UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

## MASTER I HELSEFAG 120 studiepoeng

### Søknadsfrist for studieretninger som tar opp studenter i 2017:

- Studieretning aldring og eldreomsorg, 1. mars  
Med forbehold om tilstrekkelig antall studenter vil det bli etablert en lokal studiegruppe i Harstad for deler av studiet
- Studieretning helsesøsterfag, 1. mars
- Studieretning psykisk helse, 1. mars

### Oppstart for alle studietilbud i august 2017.

Oppstart forutsetter tilstrekkelig antall studenter.

Det skal søkes via elektronisk søknadsvev på UiTs hjemmesider:  
<http://uit.no/sokweb>.

Spørsmål vedrørende opptakskrav rettes til [opptak@uit.no](mailto:opptak@uit.no) – eller til tlf. 77 64 49 60.

Nærmere opplysninger om oppbygging og innhold finner du på <http://uit.no/studietilbud> eller ved å henvende deg til Institutt for helse- og omsorgsfag - tlf. 77 66 07 81/77 64 52 66.

UiT Norges arktiske universitet  
[UiT.no](http://uit.no)





# Påfyll

Del 3 Sykepleien 01 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta



OPPBYGNING:  
Huden består  
av tre lag. Illus-  
trasjon: Monica  
Hilsen

## Knusktørr hud

**Må pleies.** Hva kan sykepleiere gjøre for å unngå at huden blir tørr på jobben og i vinterkulda? **80**



### Diktsamling.

Sykepleier ble dikter som pensjonist. **76**



«Nå kaller vi alle pasientene ved navn, ikke romnummer og diagnose.»

Liv Bjørnhaug Johansen. **77**



**Bok.** Kunsten å dø i legevitenskapens gullalder. **79**



Dikt

**Eg lovar alt eg kan komme på no**



*Eg teiknar  
Kim Il-sung  
Einar Gerhardsen  
talen på Kråkerøya  
Så teiknar eg mor som fargar håret raudt  
midt på kvite vinteren.  
Eg teiknar  
uro  
fødevear  
sjøvottar som grip i salt hav  
så teiknar eg mor i kamp  
for å føde, angsten for å miste  
eg teiknar  
jordmor  
dokteren  
alt som brist og ber  
så teiknar mor det fyrste skriket  
opp mot himmelen.*

Om forfatteren

### Johannes Eines

Johannes Eines (f.1948) er sykepleier og illustratør. Han utga sin første diktsamling i 2014. I årets utgivelse *Eg lovar alt eg kan koma på nå* sirkler han inn barn-dom og oppvekst i en billedrik og fåmælt språkdrakt.



**SYKEPLEIER  
OG LYRIKER:**  
Johannes  
Eines er nå  
pensjonert.  
Foto: Privat

## Sykepleier ble dikter

**DIKTSAMLING NUMMER TO: Da Johannes Eines pensjonerte seg som sykepleier, begynte han å skrive igjen.**

Han begynte å skrive dikt i 20-årsalderen hjemme i Lofoten. Men da Johannes Eines kom til Oslo og begynte på sykepleien, ble det stille. Han ble AKP-er, og lyrikken passet ikke inn i det revolusjonære. Han jobbet, var tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund og tok videreutdanning i psykiatri og intensiv.

Da han ble pensjonist, kom ordene tilbake. Nå er han aktuell med diktsamling nummer to *Eg lovar alt eg kan komme på no*.

– Mye handler om minner, forteller han om diktene.

Om historien moren fortalte ham om fødselen av hans yngste søster, som ble født velskapt,

men død. Hun var morens åttende barn.

Han husker han fikk se henne ligge i den hjemmesnekrete kisten. Da var han fem år.

– Etterpå har jeg lurt på hva jeg skjønnte av denne situasjonen. Minnet sitter veldig, veldig sterkt, og jeg bare måtte skrive noe om det, sier han.

Som skikken var, ble den lille jenta begravet anonymt. Han husker han gikk sammen med moren sin og lette etter graven.

– Hun fikk aldri oppleve å finne ut hvor hun lå. Men vi vet nå hvor hun ligger.

Å satse på lyrikk i ung alder var ikke aktuelt.

– Jeg var opptatt av teater og sang. Men jeg er fra et lite, lite sted i Lofoten, og på 1960 og – 70-tallet var det ikke aktuelt å gå den veien, sier han. ●

## Aldring og myter

Psykolog Linn-Heidi Lunde utfordrer utbredte oppfatninger om aldring og alderdom i boken *Myter om aldring*. Ifølge omtalen virker seig-livete myter om ensidig forfall og svekkelse til å begrense eldres livsutfoldelse. Hun viser til forskning som nyanserer hva det innebærer å bli eldre.

## Om intensivpasienten

Fenomener i intensivsykepleie tar for seg intensivpasienters situasjon og erfaringer. Den tar for seg utfordringer pasienter, pårørende og sykepleiere møter i intensivsituasjoner.

Redaktører er Sven-Tore Dreyer Fredriksen og Kristin Halvorsen.

## Ny bok om rus

Rus og avhengighet er skrevet av Jørg Mørland og Helge Waal. De forklarer hva rusavhengighet er, hvordan den arter seg og hvordan den kan behandles. De integrerer nevrobiologisk forskning i en psykososial forståelse. Boken har også en oversikt over rusmidler og hvordan de virker på kroppen.

## Bøker. 3 om sorg

### Ord som lindrer

**LYRIKK:** Erik J. Stabrun har som prest ved psykiatrisk klinikk, i fengsel og i politiet stadig jobbet med mennesker i sorg og krise. Han har sett betydningen et riktig dikt eller en gjenkjennbar tekst kan ha, både for den som sørger og for den som skal trøste. Med antologien *Sorgen har mange navn* har han samlet dikt og tekster som tematiseres sorg, død og tap. Utvalget spenner fra klassikere som Rilke og Kipling til nyere stemmer som Lars Saabye Christensen og Nils-Øivind Haagensen.



### Veiledning for den sørgende

**HÅNDBOK:** Kristian Fjellanger har med 15 års mellomrom mistet begge foreldrene sine i kreft. Han har tenkt, lurt, lest og spurt mye om sorg og har med *Sorg* – ei lita bok om å være lei seg villet gi en hjelp til andre sørgende. Vi følger han fra farens dødsfall og gjennom den første jula og våren, han deler personlige erfaringer, gjør intervjuer og viser til fakta i denne lille og lett tilgjengelige boka.



### Rom for sorg på sykehus

**ANALYSE:** Samfunnsviter Dagrunn Grønbech har mistet to barn tidlig på grunn av en medfødt muskelsykdom. I boken *Når et spedbarn dør*. Sorghåndtering i et sykehus analyserer hun det siste lange sykehusoppholdet med samfunnsviterens briller. Hun ser på roller, hierarkier og omsorgsformer i sykehusmiljøet samt gransker hvordan hennes og barnets omsorgsbehov ble møtt.



## Påfyll. Petit



Liv laga



### Liv Bjørnhaug Johansen

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

### Tiden det tar

**Jeg ser på klokka. Det er 20 minutter igjen til previsitt og fortsatt en god bunke med pasientpermer foran meg på medisintralla.**

Sykepleiestudenten min rusler inn til en ryggpasient med morgenmedisiner mens jeg forsøker, som en god veileder skal, å la henne styre skuta. Men minuttene tikker, og jeg kjenner stresset begynner å bygge seg opp. *Hvor lang tid kan det egentlig ta å gi en pasient to paracet og en tramadol?*

Og idet jeg begynner å klargjøre medisiner til nestemann mens jeg forbereder en liten tale om viktigheten av å holde et visst tempo, kommer hun ut med et tenksomt blick. Hun forklarer meg at denne pasienten (som hun ikke lenger omtaler som ryggen på 1002, men ved navn) ikke har forstått hva ortopedan har fortalt ham. Han er engstelig og usikker på hva han har samtykket til og hva slags prognoser han har. Kanskje han trenger en tolk?

Jeg svelger min irettesettende tale og erkjenner at dette er viktig informasjon jeg ikke hadde fått ved å frese inn og si «god-morgen-har-du-sovet-greit? hvor-vondt-har-du-på-en-skala-fra-en-til-ti? herer-medisinene-dine» som planlagt. Og sånn fortsetter runden; hun snegler seg fra rom til rom, lytter og småprater mens jeg tripper i bakgrunnen og gløtter mot klokka. Den gamle post-iktale kroken vi har fått rapportert som «gir lite kontakt» kommer i tale. Han er orientert for både tid og sted, men har så lang latenstid at du ville ikke fanget det opp om ikke du satte deg

ned ett minutt eller to. Og kanskje må legene vente på oss, men nå kaller vi alle pasientene ved navn, ikke romnummer og diagnose, og vi har langt mer enn kurvetall å rapportere.

Når jeg ser henne sette seg ned ved pasientene med åpent og nysgjerrig blick og all tid i verden, tenker jeg på filosofen Martin Buber. Buber skriver at vi mennesker forholder oss menneskene rundt oss på to måter. Vi kan gå inn i en *jeg-det*-relasjon eller enn *jeg-du*-relasjon. Den første er preget av at vi vil oppnå noe med relasjonen: Vi skal kjøpe et brød av damen bak disken, og hun blir aldri noe mer enn et det for oss. Motsatt vil vi i en *jeg-du*-relasjon åpne oss for den andre som et helt menneske, en relasjon som også kan virke tilbake på oss. En ekte dialogisk relasjon. Det er ikke *jeg-et* som gjør oss til mennesker, mener Buber, men forholdet mellom *jeg-et* og *du-et*. Og kanskje trengte jeg en langsom sykepleiestudent for å minne meg på at det ikke er effektiviteten som gjør oss til gode sykepleiere, men akkurat slike møter; et helt jeg som møter et helt du.

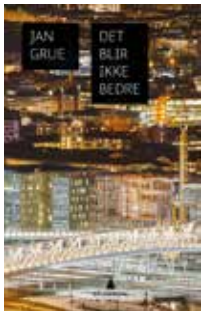
På sluttevalueringen tar læreren opp tråden fra den første samtalen:

- Har hun noe blitt raskere, da?
- Tja, sier jeg. – Litt, kanskje ...

Men den god nyheten er at jeg har blitt mye tregere. ●

Skann QR-koden og hør som podcast på sykepleien.no





Fakta

**Det blir ikke bedre**

Av Jan Grue  
Gyldendal Norsk Forlag, 2016  
352 sider  
ISBN ISBN 9788205495692

Anmelder: Elisabeth Heggernes

## Kraftløs eksistensialisme

**ANMELDELSE:** Hva er nytteverdien av et menneskeliv? Er det mulig på finne et objektivt mål på livskvalitet? Det er store eksistensielle spørsmål Jan Grue prøver å ta opp i sin første roman. Handlingen er lag til et vagt fremtidig Oslo, som både likner og ikke likner på dagens samfunn.

Hovedpersonen August går fra en tilværelse som filosofistudent til en jobb i revisjonsavdelingen i nærings- og helsedepartementet, hvor han analyserer livsløp ut fra beregnet livskvalitet, lykke og nytte for samfunnet. Den samme avdelingen gir føringer og beregninger for innbyggerne og deres liv, og eutanasi er blitt vanlig til en slik grad at det er mulig å bestille en såkalt «sluttscene» hvor livet blir avsluttet

som del av en film, gjerne i form av en gjenskaping av en kjent filmscene.

August lever et kontrollert liv hvor alt er nøye uttenkt, med jobb, leilighet og kjæreste. Men så begynner kroppen å svikte.

Problemet med *Det blir ikke bedre* er at den ikke helt klarer å fenge meg som leser. Augusts fortellerstemme er kynisk og nøytral, han er alltid analytisk og distansert fra verden rundt seg, noe som gjør det vanskelig å bli engasjert i fortellingen.

Det er heller ikke enkelt å gripe fatt i Augusts sykdomsforløp med den fiktive diagnosen «autoasteni», eller «kraftløshet i selvet», og hvorfor det skal få så alvorlige konsekvenser for livet hans. En pussig side ved boken er beskrivelsen av møtet med

helsevesenet, hvor effektiviteten og kommunikasjonen med pasienten er ikke-eksisterende. Både diagnostisering og behandling virker tilfeldig, og Augusts lange institusjonsopphold virker mest som oppbevaring uten nytteverdi.

Handlingen i boken går sakte fremover, og de store etiske problemstillingene den prøver å ta opp blir ikke diskutert skikkelig. Vi aner at staten utøver en kontroll og gjør nytteberegninger for hvert enkelt menneske. Men det er ingenting som står på spill her, ingen intriger eller uventete hendelser som får frem konsekvensene av det nye samfunnet eller driver handlingen fremover. Og det er synd, for det gjør at en vanskelig og viktig problemstilling blir redusert til et skuldertrekk. ●



Fakta

**Lev godt med sykdom**

Av Torkil Berge og Elin Fjerstad  
Gyldendal, 2016  
205 sider  
ISBN ISBN 978-82-05-49150-2

Anmelder: Guri Midtgard

## Mentale muskler i livet med sykdom

**ANMELDELSE:** Hvordan kan man bli en god støttespiller for seg selv når man må leve med kronisk sykdom? Forfatterne Torkil Berge og Elin Fjerstad, som begge er psykologer, mener at sykdom ikke er noen motsetning for et fint liv med god helse. Dette til tross for at den syke må leve i spennet mellom hensynet til sykdommen sin, forpliktelsene i hverdagen, sine medmennesker og til seg selv og sine verdier.

Hvordan kan man tåle sykdom og samtidig få det beste ut av livet? Til det trengs noen mentale muskler, og det er det forfatterne av denne selvhjelpsboka ønsker å bidra til. Boka gir

verktøy som baseres på helsepsykologi og kognitiv terapi. Her presenteres teknikker for støttende, indre selvsnakke, her gis strategier ved negative tanker, en kan lese om håpets betydning, om identitet og kroppsbilde. Kronisk utmattelse tematiseres, det samme sorgen over svekket helse. Også her får leseren redskaper for mestring. Skal man alltid være åpen om sin sykdom, og er det alltid riktig å gi utløp for sin følelse, spør forfatterne.

Til slutt i boka skriver forfatterne om hvordan man kan leve godt sammen med sin partner og hvordan man fortsatt kan være en trygg og god mamma eller pappa for sine barn.

Det er en styrke ved boka at mange ulike diagnoser eksemplifiseres, også sykdommer som gir endret utseende, som gir funksjonstap og kroniske smerter. Forfatterne skriver på en engasjerende måte og med full respekt for den syke. Temaavgene er høyst relevante.

Dette er boka som alle med kronisk sykdom, og deres pårørende, burde lese. I tillegg vil jeg anbefale den for ledere og tillitsvalgte. Innenfor helsevesenet tror jeg den vil ha spesiell interesse for personell innen rehabilitering og habilitering, samt leger, psykologer og sykepleiere i primærhelsetjenesten. ●

Liv Wergeland  
Sørbye

**LITTERATUR:** Isabel Allende fascinerer leserne med sin magiske realisme, politikk og romantikk. To bøker utfordrer meg som sykepleier. I «Paula» beskriver hun oppveksten i Chile og våking over sin datter, komatøs grunnet feilmedisiner av porfyri. Hun beskriver sin fortvilelse over datterens gradvise død. «Den japanske elskeren» gir en levende beskrivelse av kunstneren Alma som flytter inn på Lark House for ikke å være til belastning for familien i alderdommen. På 1. avd. var det stor frihet, og beboerne hjalp hverandre. På 2. avd. var det viktig å sikre at de hadde gode høreapparater. Uansett alder var det viktig at den enkelte hadde et mål i livet. På 3. avd. trengte beboerne omfattende hjelp – stoppestedet før Paradis. Pleier Irna hadde ansvaret for at ulike religiøse merkedager ble en feiring for alle. På Lark House var det ikke beboerne, men slektningene som klaget for å dulme dårlig samvittighet. Bøkene utfordrer til også å se de pårørende. ●



Navn: Liv Wergeland Sørbye  
Stilling: Professor i sykepleie ved VID vitenskapelige høgskole

## Kunsten å dø i legevitenenskapens gullalder

**ANMELDELSE:** **Kreften har spredt seg. Det finnes ikke håp om helbredelse, og livsutsiktene er korte. Hva skal vi bruke den siste tiden på? God palliasjon i hjemmet eller fåfengte cellegiftkurer og utmattende strålebehandling med omfattende bivirkninger. Svaret burde være gitt, men det er ikke det. Vi overbehandler i det lengste for å slippe å konfrontere pasientene med at de skal dø, hevder Gawande. Han spør: Er døden blitt medisinsens nederlag?**

Indisk-amerikanske Atul Gawande er kirurg, og boka hans har blitt en bestselger i USA. Og det er gledelig, for dette er virkelig en bok jeg, som sykepleier, håper vil leses og snakkes om.

Boka er lettlest og godt fortalt. Han veksler mellom overordnede samfunnsperspektiv og personlige fortellinger. Han gir oss et bilde av tingens tilstand og hvordan det har blitt slik. Og han gir framstillingen dybde og innhold ved å gå inn i caser fra sin egen familie og pasienter han har behandlet. Denne leseren føler seg ofte litt manipulert under lesningen av amerikansk prosa av den argumenterende typen. Framstillingene er ofte litt forenklete og tendensiøse. Denne boka er kanskje ikke noe unntak, men forfatteren refererer ryddig og lar pasientfortellingene åpne bildet for dilemmaer og motsetninger og vinner på den måten tilliten min.

Gawande gir fine refleksjoner over sitt eget virke som lege. Han beskriver hvordan han påvirkes av pasientens ubegrunnede optimisme og lite realistiske sykdomsbilde, noe som igjen får ham til å ønske å behandle mer og dermed ender opp med å påføre pasienten lidelse og en uverdigg død. Gawande skal også ha ros for å gi god plass til heller å drøfte livskvalitet enn overlevelse i eldreomsorgen. Han presenterer leseren for en rekke gode initiativer og alternative omsorgsmodeller som nok kan være til stor inspirasjon. Eldreomsorg og palliasjon handler nemlig om det samme, viser han oss: Er det livskvalitet eller lengst mulig overlevelse som er målet? Overlevelse er blitt medisinsens målestokk for suksess, og dermed er døden blitt legens nederlag, men livet skal også leves og ha mening.

Jeg opplever ikke så helt sjelden at mens vi sykepleiere begynner å tenke palliasjon, sitter legen på telefonen med stråleenheten og planlegger videre behandling. Ingen av oss vet egentlig helt sikkert hva pasienten vet og tenker. Gawandes bok kan gi oss mot til å tørre å fortelle pasientene at døden nærmer seg. For bare slik får de mulighet til selv å si noe om hvordan de ønsker å tilbringe den siste tiden. Les den! Og lån den bort til en lege etterpå. Eller til hvem som helst som kanskje skal dø en gang. ●



Fakta

### Å være dødelig. Om legekunst og livskvalitet.

Av Atul Gawande,  
oversatt av Emma  
Bakkevik  
Mime forlag, 2016  
306 sider  
ISBN 9 788293 441083

Anmelder: Liv Bjørnhaug  
Johansen

«For etterhvert som menneskers evner svekkes, om det så skyldes alder eller sykdom, krever det å gjøre livene deres bedre ofte å sette tilside rent medisinske hensyn – at vi motstår trangen til å fikse og kontrollere.»



Du opplever kanskje at hendene skriker etter fuktighet når arbeidsdagen er slutt?

# Vinter gir tørre sykepleierhender

● Tekst og illustrasjoner **Monica Hilsen**

Hver dag fornyer huden seg, og skaper selv balanse mellom fuktighetsgrad og elastisitet. For å beholde elastisiteten i overhuden må hendene tilføres fuktighet hvis de blir tørre.

I sykepleieryrke har håndhygiene høy prioritet. Hendene vaskes og sprites mange ganger om dagen. Noen bruker latekshansker eller papirhåndklær av dårlig kvalitet. Alt dette kan tørke ut huden.

Mange sykepleiere kan slite ekstra med tørre hender i vinterhalvåret. En kombinasjon av den kalde vinterluften og tørt inneklima er noe av årsaken. Det naturlige fettlaget i huden skades, eller tynges ut, og huden blir tørr og utsatt for eksem.

Et fuktighetsnivå under 10 prosent gir direkte symptomer i form av tørrhet og sprekke dannelse. Sprekke dannelsen fører til en inflammasjon og derav utvikling av eksem.

## MOTVIRKE TØRRHET

På Poliklinikk for hudsykdommer, Rikshospitalet, jobber Kristine Kirkeby Fuskeland som undervisningssykepleier. Hun er også leder for NSF's faggruppe for sykepleiere i dermatologi og venerologi. Dette er en landsdekkende faggruppe for sykepleiere som arbeider med eller interesserer seg for hud.

Hudpoliklinikken gir blant annet lege-konsultasjoner, lysbehandling, sårbehandling, badebehandling og PDT-behandling.

Rent vann fjerner også mye av fettlaget, konstaterer Kirkeby Fuskeland.

## Hun kommer med følgende råd:

- Smør alltid hender etter håndvask
- Smør hendene etter endt arbeidsdag
- Bruk barriere krem. Kremen tilfører huden fuk-

tighet og legger seg som en beskyttende hinne på huden.

- Om kvelden kan hendene smøres godt inn med fet fuktighets krem. Ta på tørre bomullshansker eller ta på et par våte bomullshansker under de tørre. Bruk av fuktige hansker eller bandasjer kalles «våtbandasjer» eller «wet wraps».
- Bruk temperert vann, ikke for varmt og ikke for kaldt. Varmt eller kaldt vann kan føre til økt blodsirkulasjon og derav gi økt kløe.
- Bruk votter eller hansker ute i vinterhalvåret.

## HELLER FET KREM ENN SALVE

Kirkeby Fuskeland forklarer at fuktighets kremer kan deles inn i fire grupper etter mengde innhold av vann.

- Lotion, mest vann
- Krem
- Fet krem
- Salve (inneholder ikke vann). Hun anbefaler ikke salve ved eksemplager fordi den kan bli for tett, og dette kan gi økt irritasjon og kløe.

Er man svært tørr og har sprekke dannelser i huden, kan det å smøre seg med fuktighets krem eller medisinsk krem føre til svie. Noen fuktighets kremer inneholder karbamid som også kan gi svie ved påføring. Karbamid øker hudens

vannbindende evne, men disse kremene tilsettes melkesyre for å hindre nedbrytning av karbamid til ammoniakk. Melkesyren vil gi svie i åpne sår eller sprekker. Karbamid er i seg selv et svært godt fuktighetsbevarende middel, men har man sprekke dannelser eller det er barn som skal smøres, anbefales kremer med andre fuktighetsbevarende komponenter, for eksempel kremer med glyserol.

## EKSEMUTBRUDD

Noen sykepleiere utvikler eksem eller irritativ kontakt eksem (kontakt dermatitt). Dette fremkalles som regel av ytre faktorer. Har man i tillegg en atopisk hud, kan man lettere være utsatt for å utvikle allergier og kontakt eksem. Ifølge Folkehelseinstituttets smittevernveileder 2016 oppgir 25–55 prosent av sykepleiere å ha hudreaksjoner relatert til håndhygiene, og opptil 85 prosent å ha hatt hudsymptomer knyttet til håndhygiene i løpet av yrkeslivet.

Symptomene utløses av irritative stoffer og kjemikalier som såpe, vann, oljer, alkohol, planteekstrakter, fargestoffer eller andre lokalirriterende stoffer. Dette kan gi fra mildt til alvorlige utslag på hendene. De blir røde, det svir, klør og noen får vesikler. Eksemet opptrer ofte først på den tynne huden på håndryggen og mellom fingrene. For å stoppe alvorlige utbrudd brukes ofte kortisonbehandling.

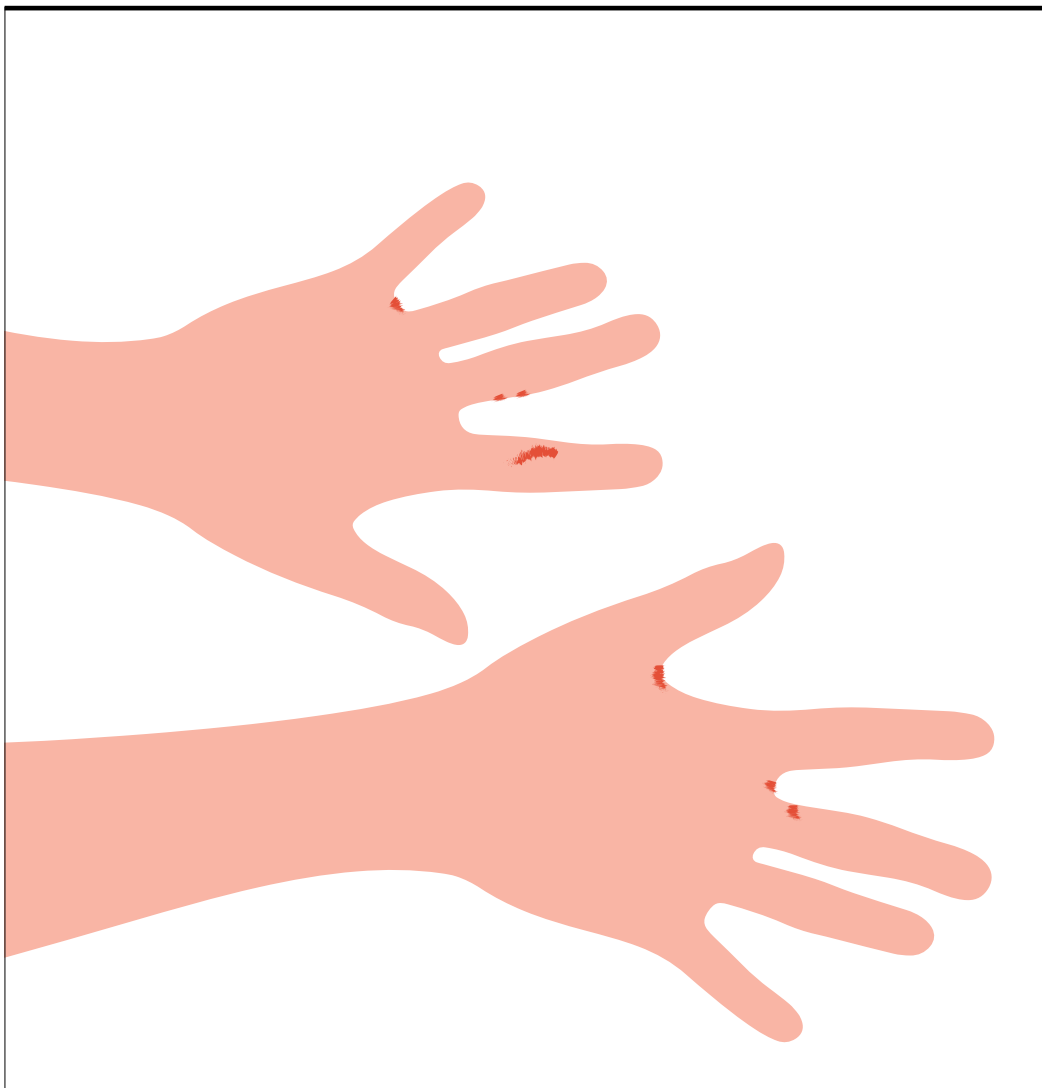
## Kirkeby Fuskeland gir følgende råd for å motvirke eksem:

- Bruke en kortison krem foreskrevet av lege.
- Bruk alltid fuktighets krem etter at kortison krem eller annen medisinsk krem har trukket inn i huden. Smør med fuktighets krem, gjerne flere ganger daglig.

«Forebygging er det aller viktigste.»

Kristine Kirkeby Fuskeland





- Sov med bomullshansker om natten etter at en fet fuktighetskrem er smurt godt inn i huden.
- Lysbehandling med smalspektret UVB (TL-01) kan være aktuelt ved behandlingsresistent håndeksem.

#### BEHANDLING

Det finnes mange forskjellige kortisonpreparater, og alle er inndelt i fire ulike styrker kortison. Hydrokortison, som er den svakeste, får du kjøpt reseptfritt på apoteket, mens de andre tre er reseptbelagte. For at behandlingen skal virke, er det viktig å bruke kortison på riktig måte.

Smør et «tynt» lag med krem: Fra tuben sprutes ut en stripe som dekker ytterste ledd på pekefinger. Denne mengden fordeles på et areal med utslett tilsvarende begge håndflater. Legen foreskriver hvor ofte en skal smøre kortisonpreparatet. Behandlingen trappes sakte ned. Ikke slutt brått med kremen. Da vil utslettet blusse

opp igjen. Følg legens nedtrappingsplan. Fuktighetskrem brukes i tillegg. Hud som ikke er veldig tørr, opptar lettere medisinsk krem og fuktighetskrem. Det anbefales derfor å smøre medisinske kremer og fuktighetskremer rett etter dusj eller bad.

#### SANT ELLER USANT

Det fins en myte om tilførsel av fuktighetskrem: Hvis du smører deg med fuktighetskrem, ødelegger du hudens naturlige fettlag og produksjon av fett.

– Det er usant, sier Kirkeby Fuskeland.

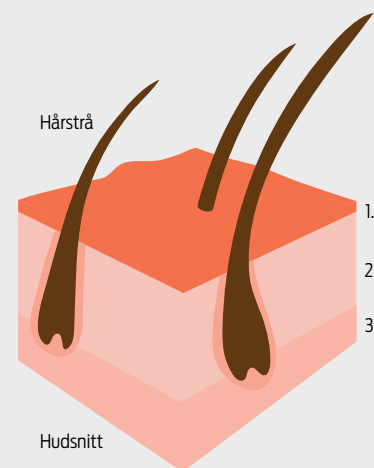
Er man tørr i huden, vil bruk av fuktighetskrem ikke gjøre huden tørrere. Huden har i dette tilfellet behov for fuktighetsbevarende behandling og vil dermed bare opprette en normal fuktighetsbalanse ved å få tilført fuktighet og fett. ●

[monica.hilsen@sykepleien.no](mailto:monica.hilsen@sykepleien.no)

## Fakta

**HUDENS OPPBYGNING:** Huden er bygd opp av tre lag. Epidermis (overhuden) 1, dermis (lærhuden) 2 og subcutis (underhuden) 3. I tillegg finnes kjertelstrukturer, blodkar, nervefibre og spesialiserte føleorganer. Ved lav luftfuktighet minsker andelen vann i hornlaget i hudens epidermis, også kaldt overhuden.

Kilde: Store medisinske leksikon



**RIKTIG MENGDE KORTISON:** Fra kortison tuben sprutes ut en stripe som dekker ytterste ledd på pekefinger.





**Er du en kompetent sykepleier?** Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- 1 Hvilket parti tilhører lederen for Stortingets Helse- og omsorgskomite?**
- A Høyre
  - B Fremskrittspartiet
  - C Arbeiderpartiet

**2 Når har underordnede sykepleiere plikt til å gå av med pensjon?**

- A Ved 70 år
- B Ved 67 år
- C Ved 65 år

**3 Hvilket språk kan demente plutselig begynne å snakke?**

- A Tegnspråk
- B Morsmålet
- C Babyspråk

**4 Hvor mange faller i løpet av det første året etter en Parkinson-diagnose?**

- A 1 av 4
- B 1 av 7
- C 1 av 10

**5 Hva gjør Parkinson-medisinene?**

- A Erstatter adrenalin
- B Motvirker serotonin
- C Erstatter dopamin

**6 Blodtrykket måles i millimeter kvikksølv. Hvilken annen måleenhet kan også brukes?**

- A KiloPascal

- B KiloGram
- C KiloMeter

**7 Hva er hjernens naturlige opioider?**

- A Dopamin
- B Noradrenalin
- C Endorfiner

**8 Hvilke to prinsipper gir oftest legemidler effekt?**

- A At de tas til eller utenom måltid
- B At de er agonister eller antagonist
- C Positiv innstilling og placebo-effekten

**9 Hva danner et sunt miljø i vagina?**

- A Samleie minimum én gang i uken
- B Grønn te med ingefær og sitron
- C Glykogen som ernærer melkesyrebakterier

**10 Hva er sjanker?**

- A Sår i første stadium av syfilis
- B Skjelvinger som skyldes alkoholmisbruk
- C Hudinfeksjon på grunn av tatovering/piercing



**VAGINAVENNLIG: Kan dette være med på å gjøre miljøet i vagina sunt?**

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyt nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1B, 2C, 3B, 4A, 5C, 6A, 7C, 8B, 9C, 10A

## Randis hypokonderkryssord

😊	SYKD.-EN	FLIRE LEDD-SYK	BRØD	😊	HUL-ROMMET ORG.-ET	ROM	AUR	STUND	FOR-BRYTE-LESENE	DIK-TERE ORG.	SYKD.	KLAGE	KROK	ORGA-NER HADDE
BODY-BUILD-ER														
LIKE		TRO DYR			BRYG-GE				VENER ORG.			TREN-ING SYKD.		
LEGE-DIST-RIKT				TITTE ULÆRD		LIKE		FLIRE		VØRE BIB.NA-VN			LEVER EIE	
KVINNE OR-GANET							SKIT-TEN	VARME	BABY DRIKK				LEKE-TØY	VÆSKE UT
BORT BOKST.		SOLO			HUNG-RER							DYRE-ORGAN		
		DRIKK	FUG-LEN (OMV.)	PÅ FLY	HOTE NABO-ER				DYR	VEKST RYDDE			GLISTE PÅ FLY	
ØKT HER-RENE			FOLKET					TEMPO				SER		
								ØKE			PINE-FULLT			

Se løsning på kryssord side 94.



# Meninger

Del 4 Sykepleien 01 | 2017

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



**PENSJONIST:** Aud Oftestad har alltid fulgt sin indre stemme i arbeidet som sykepleier. Foto: Erik M. Sundt

## Ser tilbake

**Yrkesliv.** Aud Oftestad (82) forteller hjerteskjærende historier fra fødeavdelingen på 1950-tallet. **88**



### Turnus.

– Kroppen trenger hvile, vi trenger vern. **86**



«Vi forstår det som at forskningsartiklene engasjerer leserne.» Marit Leegaard. **85**



**NSF.** Lurer på om folk vet hva vi egentlig gjør. **84**



Politikere og folk flest har for liten kjennskap til sykepleieres utdanning, kompetanse, ansvar og arbeidsoppgaver.

# Vet folk hva vi sykepleiere gjør?



Fakta

## Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Sykepleiere nyter stor tillit i befolkningen. NSF vet at sykepleiere er nøkkelen for å løse framtidige utfordringer i helsetjenesten, men er usikre på hvor synlig dette er for politikere og befolkningen. Det ønsker vi å gjøre noe med, fordi dette vil være avgjørende for hvor tydelig etterspørselen etter sykepleierkompetansen vil være.

Vi vet så inderlig vel hvor avgjørende vi er for folks liv og helse i dette landet. Lenge før fødsel og helt til livets slutt er vi tett på mennesker i sårbare og kritiske faser.

Kompetansen til sykepleiere og spesialsykepleiere er avgjørende i alle deler av helsetjenesten. Ikke bare i det direkte helse- og omsorgsarbeidet, men i veiledning og undervisning av pasienter, koordinering av pasientforløp og i en rekke lederroller. En fersk rapport fra Sintef helse underbygger at vi sykepleiere er pådrivere og aktive deltakere i innovasjonsarbeid.

### BEDRE OG BEDRE

Høstens sykepleierkongress demonstrerte også tydelig at vi står i spissen for å utvikle stadig bedre tjenester for pasienter, brukere og pårørende. I tillegg er kompetansen vår skreddersydd til å ta et enda tydeligere ansvar for oppgaver innen forebygging, rehabilitering, læring og mestring – områder pasientene selv løfter frem som vesentlige – og udekkete.

En aldrende befolkning betyr økt behov for helsetjenester. Behovet for mer kompetanse er påtrengende i kommunene som har ansvar for stadig flere og dårligere pasienter. Allerede nå er

hvilket ansvar og hvilke oppgaver sykepleiere ivaretar. I disse dager gjennomfører Norsk Sykepleierforbund en undersøkelse for å kartlegge befolkningens og politikernes kunnskap om sykepleiere. Resultatene herfra vil danne grunnlaget for hva som må tydeliggjøres bedre.

### FRAVÆRENDE I PARTIPROGRAMMENE

Vi har sett at politikere har vært lite opptatt av sykepleiere. I de fleste partiprogrammene understrekes sammenhengen mellom kompetente lærere på den ene siden og kvalitet i skolen på den andre. Sammenhengen mellom sykepleierkompetanse i helsetjenesten og kvalitet og pasientsikkerhet er dessverre ikke synlig. Skal vi få anerkjennelse for vår kompetanse og betydning, må dette gjøres noe med.

Noen har skjønt tegninga, men få har satt ord på det. Legen Jørgen Skavlan er en av dem. I sin siste bok deler han erfaringer fra et langt liv som fastlege, men også fra sykehus. Her skriver han: «Omsorgen og oppmerksomheten fra en sykepleier er selve ryggraden i vårt sykehusvesen. Omtanke og fag i ett». Videre betegner han sykepleiere som en av landets mest undervurderte yrkesgrupper.

### MÅ BLI MER BEVISSTE

La oss sammen benytte enhver anledning til å gjøre folk mer bevisst på hva vår kompetanse betyr for helsetjenesten og folks helse. Vær tydelig på at du er sykepleier og hva du gjør. Det er veien fram til et folkekrav om gode utdanninger og gode arbeidsvilkår for å få nødvendige sykepleiertjenester nå og i framtiden.

Kompetansen til sykepleiere er svaret på stadig flere av utfordringene Helse-Norge står overfor. Denne erkjennelsen må synke inn hos så vel politikere som folk flest. Dette er ett av seks prioriterte satsingsområder for Norsk Sykepleierforbund i denne landsmøteperioden. ●

## «Noen har skjønt tegninga, men få har satt ord på det.»

mangelen på oss sykepleiere tydelig. Mer enn 3000 sykepleier- og 600 spesialsykepleierstillinger i kommunene står udekket.

Så hvorfor er det ikke et folkekrav om å sikre tilstrekkelig sykepleierkompetanse nå og i framtiden? Er det slik at vi blir tatt for gitt? Er vi de som alltid er der uten at det må politiske satsinger og økonomiske prioriteringer til?

Jeg tror mange ikke er klar over, eller i hvert fall bevisst,



Fakta

### Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Våre forskningsartikler viser at sykepleiere forsker på temaer som samfunnet trenger å vite mer om.

# Dette forsker sykepleiere på



Fakta

## Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

Først vil jeg benytte anledningen til å takke alle som har sendt inn sine forskningsartikler for vurdering og publisering i Sykepleien Forskning i 2016. Det var et spennende år med siste papirutgave av bladet i juni 2016. Nå publiserer vi forskningsartiklene fortløpende på nettet etter at de har vært nøye vurdert av både fagfeller og redaktør.

Vi ser av nettrafikken at mange artikler blir godt mottatt av leserne. Et eksempel er artikkelen «Kan vi stole på urinstiks?» av Eriksen og Bing-Jonsson. Den hadde nesten 10 000 sidevisninger på nettsiden vår og nådde ut til nesten 25 000 på Facebook. Nå vet vi selvsagt aldri om det betyr at sykepleierne faktisk leser artikkelen, men vi forstår det som at dette stoffet engasjerer leserne.

### STOR VARIASJON I TEMA

I 2016 publiserte vi til sammen 27 originale forskningsartikler. Temaene varierer mye, fra barn på sykehus via kommunikasjonskurs med simulering til screening av risiko for underernæring hos eldre. Fortsatt er det en overvekt av kvalitative studier med bruk av fokusgrupper for å samle data. Det skyldes kanskje at mange artikler bygger på godkjente masteroppgaver, der det kan være vanskelig å gjennomføre studier med kvantitativt design som krever mange respondenter. Likevel mottar vi nå flere som gjør delstudier på større prosjekter der de kan bruke data fra store populasjoner. Dette håper vi dere vil fortsette med.

## «Vi forstår det som at dette stoffet engasjerer leserne.»

En annen type artikler som vi mottar flere av, er systematiske litteraturgjennomganger. Slike studier er viktige for å vise hvilken forskning vi trenger mer av, og de danner også grunnlaget for å kunne utøve kunnskapsbasert praksis. Den ovennevnte artikkelen om urinstiks hadde brukt et slikt design.

Vi får inn flest artikler som handler om ulike problemstillinger i kommunehelsetjenesten i forbindelse med samhandlingsreformen, pårørende og ernæring til hjemmeboende

eldre. Disse temaene gjenspeiler sentrale helsepolitiske prioriteringer og viser at sykepleiere forsker på temaer som samfunnet trenger å vite mer om. Et annet tema som går igjen i flere artikler, er barn og unge, og her ønsker jeg å trekke frem helsesøsterrollen og jordmor på hjemmebesøk. Dette er to sentrale sykepleierfunksjoner politikerne stadig nevner når de beskriver hvor viktig det er å satse på forebyggende helsearbeid i kommunene.

### POSITIV TREND

Vi får fortsatt inn mange artikler fra spesialisthelsetjenesten, kanskje som et resultat at mange kliniske videreutdanninger nå tilbyr mastergradskompetanse. Økningen i slike artikler gir økt tilfang av spennende prosjekter regissert av spesialsykepleiere, og etter hvert publisering av resultatene. I 2016 var det i hovedsak intensivsykepleiere med master- og doktorgrad som utmerket seg blant våre artikkelforfattere. Denne trenden er lovende med tanke på å utvikle sykepleiefaget videre og vil kunne bidra til bedre helse- og sykepleietjenester til pasienter og pårørende.

Fremover ønsker vi å samle alle forskningsartiklene etter tema, slik at det blir enklere å finne frem til relevant forskning på nettsidene våre. Samtidig vil jeg oppfordre dere til å følge Sykepleien Forskning på Facebook for å holde dere informert om hva norske sykepleiere forsker på. Riktig godt nytt år! ●

Se også side 18.



Med denne QR-koden finner du Sykepleien Forsknings artikkelkatalog.



Fakta

### Fast skribent

Marit Leegaard er fast skribent i Sykepleien.



Vi hører ofte at vi visste hva vi gikk til når vi valgte å bli sykepleiere.

Men gjorde vi egentlig det, spør Gro Lillebø.

# Vi må snakke mer om turnus



Fakta

## Gro Lillebø

Spesialsykepleier ved St. Olavs Hospital, hovedtillitsvalgt

I fjor sommer snakket jeg med en dansk intensivsykepleierkollega som var vikar hos oss, på hovedintensiv der jeg jobber. Vi snakket om turnus. Hun sa hun var sjokkert over at norske sykepleiere har vakter med så kort hviletid mellom som ni timer, og til og med åtte, noen steder. Jeg har tenkt over det. Det er egentlig nokså oppsiktsvekkende.

### VISSTE HVA VI GIKK TIL?

Turnus er en del av livet for oss, som har valgt et yrke der jobb til alle døgnets tider og hele året rundt er nødvendig. Ikke alle hadde tenkt så nøye over det, heller – at turnus var en del av «pakken». Selv om vi ofte får høre det. At vi visste hva vi gikk til. Men gjorde vi egentlig det? Jeg kan bare snakke for meg selv. Jeg gjorde ikke det. Eller, det vil si: jeg visste at jeg måtte jobbe dag og kveld, natt, jul og påske. Jeg visste bare ikke hva det ville si for kroppen min. Det var heller aldri tema på grunnutdanningen i sykepleie, om jeg husker rett.

### HVORDAN ORGANISERE ARBEIDSTIDEN?

For å ha sagt det: Selvsagt må vi akseptere at kvelds-, natt- og helgearbeid er en del av det å være sykepleier. Pasientene og helsevesenet er avhengig av at vi er på jobb. Poenget er hvordan vi organiserer denne arbeidstiden.

De fleste jeg har snakket med og som jobber turnus, kan kjenne seg igjen når jeg beskriver hvordan det er å komme hjem fra dagvakt etter å ha hatt kveldsvakt dagen i forveien. Etter

## «Kroppen trenger hvile. Vi trenger vern.»

denne klassiske sen-tidlig-skiftningen, er jeg ubrukkelig. Ikke orker jeg å lese aviser, og ikke orker jeg å lage noe annet enn døll halvfabrikata til middag. Sofaen er det eneste fornuftige stedet å være. Jeg skulle ønske jeg hadde ork til å lese en bok eller fordype meg i en interessant artikkel. Men det får jeg faktisk ikke til.

### HURTIGE SKIFTNINGER MED KORT HVILETID

Nyere arbeidslivsforskning er nokså entydig i signalene angående hurtige skiftninger med kort hviletid, altså sen-tidlig. Man blir trøtt, ukonsentrert og det kan øke risiko for sykefravær. Forkortet hviletid beskrives i STAMI-rapport 1/2014 som noe av det minst helsefremmende i turnusordninger. En studie gjort av Øystein Vedaa m.fl. ved Universitet i Bergen (2016) viser også at kort hviletid kan relateres til økt sykefravær.

### 16 TIMER PÅ ET DØGN

Hvis vi dissekerer sen-tidlig-døgnet, er det ikke vanskelig å forstå hvorfor den korte hviletiden ikke er bra for oss:

For det første jobber vi rundt 16 timer på et døgn når vi har en slik turnus. Det er mange timer. For det andre gjør den korte hviletiden at man ikke blir uthvilt til neste dags skift. Åtte-ni timer hviletid betyr ikke åtte-ni timer søvn. Åtte-ni timer hviletid betyr kanskje stress hjem fra jobb, vansker med å sovne umiddelbart fordi man er litt gira etter arbeid, fire-fem timer med dårlig søvn og opp igjen grytidlig uten at kroppen har hvilt nok. Så går vi på jobb, allerede slitne. Slitenhet gjør oss ukonsentrerte og sløve. Man får lavere toleranse for stress, man blir kanskje mer mottakelig for sykdom.

### MÅ VI HA DET SLIK?

Det argumenteres med kontinuitet. Det er bra for pasienten å møte det samme ansiktet om morgenen som kvelden i forveien. Det er et godt argument. Men er det et bedre argument enn at pasienten møter det samme ansiktet på to dagskift etter hverandre? Dokumentasjonssystemene og rutineene rundt informasjonsoverføring er gode, og kvaliteten vil etter mitt syn ikke forringes ved at det er andre kollegaer som er hos pasienten i mellomtiden. Det kan jo også hende at pasienten treffer den samme kollegaen to kvelder på rad. Det er også kontinuitet.

### GÅR UT I FRI MED SENVAKT

For å få turnusen til å gå opp må vi ha det slik, har jeg også fått høre. Det er ikke nødvendigvis riktig. Det som er riktig, er at hvis vi skal ha færre sen-tidlig-skiftninger i arbeidstiden vår,

må flere gjøre det samme. Kanskje kan man gå ut i fri med senvakt. Det gjør jeg av og til, og det er faktisk godt å komme hjem klokka 23 og vite at jeg slipper å stresse med å sovne for å være uthvilt klokka seks. Noe jeg sjelden klarer. I stedet rekker du en kopp te og to kapitler i den boka du gjerne skulle lest ferdig før du legger deg, og du kan bruke neste formiddag til aktiviteter som passer deg og din dagsform.

## «Det er ikke så mange andre som tillater seg å jobbe på denne måten, slik vi gjør.»

### HELSEFREMMEDE ARBEIDSTIDER

Det er ikke så mange andre som tillater seg å jobbe på denne måten, slik vi gjør. Det er en grunn til at man i EU ikke tillater kortere hviletid enn 11 timer. Det er en grunn til at den norske arbeidsmiljøloven ikke tillater kortere hviletid enn 11 timer og at unntakene må avtales med tillitsvalgt. Kroppen trenger hvile. Vi trenger vern.

Tradisjonelle måter å skrive turnuser på kan virke fastlåste, og det er vanskelig å endre. Men dersom hver og en av oss går i seg selv og ønsker eller skriver turnuser med færre korte skiftninger, er det en start. Helsevesenet vårt er tjent med sykepleiere som har helsefremmende arbeidstider, slik at flere orker full jobb ut et helt yrkesliv. ●



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

### Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)

**TURNUS:** Etter et klassisk sen-tidlig-skift, er jeg ubrukelig. Sofaen er det eneste fornuftige stedet å være, skriver Gro Lillebø. Illustrasjonsfoto: Colourbox







## Aud Oftestad

**Hvorfor:** Hun har noen refleksjoner etter en lang karriere som sykepleier.

**Stilling:** Pensjonist.

**Utdanning:** Sykepleier og helsesøster.

**Alder:** 82 år

# Oppvигler i det stille

Aud Oftestad har alltid fulgt sin indre stemme.

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



**HAR EN HISTORIE Å FORTELLE:** Aud Oftestad glemmer ikke hva hun opplevde som sykepleier-elev på 1950-tallet.



**K**an jeg få se barnet mitt», spurte kvinnen. Hun var 25 år og hadde født utenfor ekteskap. Året var 1953. «Du vet jeg ikke har lov til å vise deg det», sa Aud Oftestad stille.

Hun var 19 år, sykepleierstudent og alene på nattevakt. Kvinnen gråt. «Jeg vet det er en liten gutt.» Oftestad visste hun ville være ille ute om nattoversøster kom. Likevel sa hun: «Han ligger på barnerommet i tredje seng fra venstre.»

### HÅNDKLE OVER ANSIKTET

64 år etter brister stemmen fremdeles når hun forteller om det. Aud Oftestad ser for seg barselkvinnen, der hun sto i blå morgenkåpe. Hun var det man kalte spuria, en kvinne som ble gravid og fikk barn uten å være gift. På Rikshospitalets fødeavdeling hang kurvene nederst på sengegjerdet. Der sto det enten v eller s. V for viv, s for spuria, latin for uekte.

## «Gud har alltid vært på mitt parti.»

«En spuria har kommet», ble det sagt. Eller «har du ansvar for spuria-stuen?»

Disse kvinnene hadde ofte avtalt på forhånd at barnet skulle adopteres bort. De fikk et frottéhåndkle over ansiktet da de ble forløst. Så ble barnet båret ut.

Elevtiden på Rikshospitalets fødeavdeling var et barskt møte med kvinneliv. Hit kom det stadig ugifte kvinner. Flere hadde vært i såkalt «usjenert opphold» under svangerskapet. De hadde reist bort fra familie og venner under ulike påskudd, slik at ingen skulle skjønne at de ventet barn. Skammen det ville bringe over dem selv og familien var for stor.

### GA DEM KJÆRLIGHET

Det finnes ikke offentlig statistikk for hvor mange norske barn som ble adoptert bort før 1960. Men i en masteroppgave i historie fra 2008 anslår Liv Thoring at det i 1950-årene ble adoptert bort i underkant av 1 000 barn i året.

Thorings forskning viser at mødrene ofte var ugifte og svært unge. De var utsatt for et sterkt press fra foreldrene, og det kan synes som om holdningene til enslige mødre var mer negativ og preget av fordommer enn i mellomkrigstiden.

Under fødselen hadde de ingen med seg.

– Vi gjorde det vi kunne for at de skulle føle at noen var glade i dem, minnes Oftestad.

– Du vet hvordan noen fødte? Enkelte ganger fødte kvinnene på tvers av sengen.

Energisk reiser hun seg, demonstrerer ved hjelp av en stol.

– Kvinnen dyttet seg helt ut på kanten av bredsidan av sengen, og så satt vi to sykepleierstudenter, en på hver side,

og holdt i hvert vårt ben, samtidig som vi holdt dem i hånden.

Jordmødrene fantes i mange tapninger. Noen var snille, andre var det Oftestad kaller lite hyggelige.

– Jeg husker én dame som hadde en tøff fødsel. Hun skrek veldig. Jordmoren hysjet på henne og sa «Tror du det er like lett å få det ut som det er å få det inn?».

### MÅ REAGERER PÅ LIDELSE

Oftestad rister på hodet. Tar en slurk kaffe.

Disse kvinnene og barna de fikk har forfulgt henne hele livet. Hun var vitne til en praksis hun mener det er viktig å fortelle om.

– Vi må tørre å spørre om hvem som har sannheten i hendene, sier hun.

– Og det må aldri bli alminnelig for oss at noen lider.

– For deg som sykepleierelev, var det rom for å endre praksis?

– Nei, jeg tror ikke det. Men erfaringen har preget meg hele livet.

Utenfor er takene hvittekket av rimfrost. Himmelen lyseblå og høy. Et piano står i hjørnet. Et symbol på veien hun ikke gikk. En kreativ utdanning passet seg ikke for en ung pike fra et strengt og kristent hjem.

Faren var predikant, moren jobbet i bank. Hun hadde to brødre, men de praktiske oppgavene hjemme falt ofte på hun som var jente. 16 år gammel flyttet hun hjemmefra og hadde det hun selv kaller en trøblete ungdomstid.

– Jeg klarer ikke å snakke om det, sier hun, en anelse kort.

Da hun som 19-åring gjorde opp status for hvilke muligheter hun hadde, falt valget på sykepleierskolen. Og for familien var det viktig at hun gikk på Menighetssøsterhjemmet. Der var det strengt og pietistisk, men Oftestad fant et unikt samhold.

– I perioder bodde vi seks-sju jenter på samme rom, vi ble så godt kjent, forteller hun entusiastisk.

– 24 stykker var vi på kullet. For ikke lenge siden var ni av oss samlet her hos meg, til 60-årsjubileet for Menighetssøsterhjemmet.

### EN STERK TRO

Hun følte seg annerledes enn de andre.

– Mange av jentene var fra landet. De var superflinke og grep muligheten de fikk. Men vi var nokså forskjellige. Noen hadde til og med rull.

– Rull?

– Ja, de hadde en sånn rull som de brettet håret med.

Hun løfter på hodet for å demonstrere. Men det er vanskelig å se det helt for seg.

– Sånn var ikke jeg. Jeg hadde en liten, blå flaske med parfyme som jeg tok bak ørene. Da husker jeg noen reagerte med at «det får være nok om man har parfymert såpe». Jeg var mer livat.

Hun ler litt.

– Men de dømte deg ikke?



**KULLBILDE:** Rammene var strenge, men samholdet sterkt. Foto: Privat



**ET PENT HJEM:** Skjønnhet er viktig for Aud Oftestad. Pietismen ble for spinkel og sparsommelig.



**PÅ TV:** Aud Oftestad på scenen i programmet «Drømmen». Foto: Gry Kårstad/NRK

– Nei. Jeg opplevde ikke at noen var dømmende.

Oftestad hadde ikke problemer med at skolen var kristen. Men interiør og utstyr virket så fattigslig og sparsommelig. Det manglet skjønnhet.

– Jeg oppfattet ikke dette som ukristelig, men min Gud var rausere. Gud har alltid vært på mitt parti, skjønner du, sier hun i dag.

På veggene i den hyggelige stuen på Majorstuen i Oslo henger fotografier og kunst. En engel her og der. Menighetssøsterhjemmet eksisterer fremdeles, men på ny adresse og med nytt navn. Diakonova, heter det i dag. Det pietistiske er langt på vei lagt bort. Elevene er blitt studenter, og de blir utdannet til sykepleiere, ikke innviet i yrket, slike Oftestad ble.

– Da vi var ferdig utdannet sykepleiere, ble vi innviet i sorte uniformskjoler i Fagerborg kirke. Forstanderen la hånden sin på hodet vårt og bad for oss.

På forhånd hadde de fått hvert sitt bibelord nedskrevet på en lapp. Under seremonien leste forstanderen det opp.

– På mitt stod det noe om at jeg måtte gå Guds vei og være lydig, sier hun og smiler litt.

– Det bibelordet rev jeg i stykker.

#### **NEI TIL ABORT**

Helvete la hun fra seg da hun fikk barn.

– Jeg hadde vært redd for helvete hele livet. Men da jeg fikk sønnen min i armene, sa jeg til Gud: «Se på den nydelige gutten. Det finnes ikke noe helvete. Alle kommer til Gud». Det var veldig frigjørende for meg.

Å få egne barn gjorde at hun tenkte enda mer på barna hun hadde møtt som helt ung på Rikshospitalet. «Tenk om noen skulle tatt fra meg barnet mitt», tenkte hun.

### **«Abort er å rå over livet.»**

Som ferdig sykepleier søkte hun seg aldri tilbake til fødeavdelingen. Hun jobbet natt på gynekologisk da barna var små. Så utdannet hun seg til helsesøster og var 17 år på en videregående skole i Oslo.

Noen av mødrene hun møtte hadde fått barn utenfor ekteskap og hadde valgt å beholde dem.

– Da fikk jeg høre hvordan de hadde hatt det. Det var ikke bare. En gutt ble kalt lausunge av læreren sin.



Å verne de sårbare er viktig for Aud Oftestad. For henne innebærer det å verne et nei til abort.

– Abort er å rå over livet, mener hun.

– Men det holder ikke å bare si nei til abort. Jeg var kraftig provosert over mange av motstanderne av abortloven. De burde stilt opp slik at det ble lettere å beholde barna. Det var ikke alle som gjorde det.

– *Kvinnene på Rikshospitalet, fri abort ville kanskje gjort det lettere for dem enn å føde barnet for å gi det bort?*

– Problemet var at de ikke fikk hjelp. Samfunnet burde stilt opp for dem.

– *Noen vil reagere på standpunktet ditt?*

– Ja, det får så være. Jeg følger min indre stemme.

Som helsesøster i Oslo på 1970-tallet var ikke hennes standpunkt gjengs. Debatten gikk høyt frem til abortloven ble vedtatt i 1978.

– Men jeg følte meg aldri sett ned på, sier hun.

Hun fortalte om sitt standpunkt til Fredrik Mellbye, mangeårig stadsfysikus i Oslo og en av etterkrigstidens store samfunnsmedisinske ledere.

– «Jeg kan ikke gå med på det, skjønner du», sa jeg til ham. Dagen etter møtte jeg han i heisen. «Den samtalen vi hadde, har jeg tenkt på i hele natt», sa han. «Gå aldri på akkord med din egen overbevisning».

– Jeg tror det er viktig å ha en overbevisning.

## TREFFER TONEN

Og hun mener det er viktig å ha drømmer. For Aud Oftestads del er den store drømmen dokumentert på tv. I et program sendt på NRK i fjor vinter, forteller hun om en drøm hun aldri hadde turt å si til noen. Å stå på en scene og synge. Her fikk hun synge med Kringkastingsorkesteret i Store studio på Marienlyst.

## «Er man ærlig om sin egen sårbarhet, kommer man nær andre.»

Da sønnen hørte det, sa han: «Det må du ikke finne på. Det blir Olga Marie Mikalsen.»

Aud Oftedal ler.

– Det var fryktelig morsomt, sier hun.

Hun, som opplevde at hun ikke ble sett som barn, ble beundret av et smekkefullt studio.

Og hun traff tonene. Laschia ch'io pianga sang hun så datteren gråt.

«Å få barn er det største», sa hun til kamera etter konserten.

«Men etter så kommer dette.»

## KOMMER LIVET I MØTE

Hun hadde prøvd seg på sang før. Etter endt sykepleierutdanning gikk hun på Musikkonservatoriet og tok sangundervisning.

Men da hun giftet seg og fikk barn, ble det vanskelig å fortsette.

– Men jeg angrer ikke på at jeg ble sykepleier, presiserer hun.

– Det er et privilegium å få tjene. Vi må aldri glemme det, at vi er de svakes stemme.

Hun mener hun har vært heldig.

– Jeg har brukt livet mitt. Noen har sagt at jeg kommer det i møte. Det stemmer. Jeg kommer det i møte, det livet som er ferdig snart.

Hun viser vei inn på kontoret, der det også henger bilder. På ett er hun ung pike. Frisyren er nesten identisk med den hun har i dag. På et annet er hun i lange skjorter i sykepleieruniform. Det er kullet hennes fra Menighetssøsterhjemmet. Unge, åpne ansikter, omkranset av mer alvorstyngete instruksjonssykepleiere og forstandere. Mennesker som skulle vises så stor respekt at det ikke holdt med De eller Dem. Det het Forstanderen.

De unge jentene på bildet snakket på rommet om kvelden. Om det de opplevde. Om hva som kunne gjøres bedre. Hvem de ville likne. De lo og gråt.

Og her kommer hun tilbake til sårbarheten i livet.

– Den er viktig å beholde. Er man ærlig om sin egen sårbarhet, kommer man nær andre. Kanskje også de du ikke forventer å komme nær. Slik som Mellbye.

– *Er det spesielt viktig for sykepleiere?*

– For alle.

## REISTE IKKE HJEM ALENE

Hun jobbet som helsesøster i 17 år, var bestyrer for to hjem i eldreomsorgen og jobbet på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri de siste fire årene før hun gikk av med pensjon. Da fortsatte hun å ta vakter i voksenpsykiatrien frem til hun var 74. Hun sier yrkeslivet har gått opp og ned. Det er ikke alt man mestrer like godt.

– Når jeg ser tilbake, er det mange ting jeg ville gjort annerledes i dag. Spesielt når det gjelder det å lede. Den store utfordringen var å få mennesker til å blomstre og gjøre sitt beste for dem vi skulle hjelpe. Det syntes jeg var vanskelig å få til.

Barn og ungdom passet henne best.

Og da er hun tilbake til de første erfaringene. Barna til spuri-aene på Rikshospitalet. Som ble tatt fra mødre rett etter de var født, og lå alene inne på barnerommet. Matet med flaske.

– Det var «våre» unger, forteller hun.

– Vi tok dem opp og koste med dem. Det kom helt instinktivt.

Og kvinnen i den blå morgenkåpen? Hun som ønsket å se barnet sitt?

– Neste morgen sa hun til avdelingssykepleier at hun ikke lenger ville adoptere ham bort. Avtalen ble omgjort. Hun tok ham med seg.

Aud Oftestad stryker seg lett over kinnet.

– En kulling av meg fortalte at hun hadde medvirket til at flere kvinner tok med seg barnet sitt, etter å ha fått vite hvor det lå.

– Så de barnet, var det gjort. Da kunne de ikke forlate det. ●

nina.hernes@sykepleien.no

# JOB

**Sykepleien 01 | 2017**

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:  
sykepleienjobb.no

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

## ER DU EN AV OSS?

**NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE**

Institutt for helsevitenskap

**Professor/førsteamanuensis i klinisk sykepleie – kommunale helse- og omsorgstjenester**  
**Professor/førsteamanuensis i klinisk sykepleie**  
**Førstelektor/universitetslektor i sykepleiefag**

**Arbeidssted: Gjøvik**  
Søknadsfrist: 15.02.2017



Kunnskap for en bedre verden

Jobb.no

[Se ntnu.no/ledige-stillinger](http://se.ntnu.no/ledige-stillinger)



**Hurum kommune**

*Hurum er en unik naturperle med fantastisk beliggenhet mellom Oslofjorden og Drammensfjorden. Den fantastiske 63 km lange kystlinjen, Hurummarka og det mangfoldige kultur- og organisasjonslivet gjør Hurum til et attraktivt sted å arbeide og bo. Hurum kommune har 9 400 innbyggere og ca. 650 ansatte. Vårt hovedmål er å levere tjenester av høy kvalitet til innbyggere våre. Som arbeidsplass har vi derfor høye forventninger til våre medarbeidere. Vi ønsker å tiltrekke oss kompetente og motiverte mennesker med ambisjoner - både på egne og Hurumsamfunnets vegne. Som arbeidsgiver kan vi tilby våre ansatte faglig utvikling, godt lederskap og attraktive karrieremuligheter. 1. januar 2020 vil Hurum, Røyken og Asker slå seg sammen til en ny storkommune.*

### Dyktige og engasjerte sykepleiere til vår Rehabiliteringsavdeling

Rehabiliteringsavdelingen inngår i Virksomhet for Hjemmetjenester og Rehabilitering.

**Vi søker nå:**

Sykepleiere – vi søker dyktige sykepleiere som brenner for rehabilitering av eldre, i omgivelser som er tilrettelagt for det. Vi jobber i tverrfaglig miljø; sykepleier, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det er nært samarbeid med Hjemmetjeneste og Hverdagsrehabiliteringsteam, for gode pasientløp og det beste for brukeren.

Tilsetninger gjelder fra 09.02.2017. For samtlige stillinger kreves politiattest før tiltredelse.

Fullstendig utlysningstekst, kontaktinformasjon og elektronisk søknadsskjema finnes via «ledig stilling» på hjemmesiden [www.hurum.kommune.no](http://www.hurum.kommune.no)

**Velkommen.**

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

# ANESTESISYKEPLEIER

**Anestesisykepleier - AIO Anestesi  
- AIO Anestesi Bærum sykehus**

Referansenr. 3304939792 Søknadsfrist: 2. februar 2017

Bærum sykehus søker anestesisykepleiere. Vi kan tilby vikariat med mulighet for fast ansettelse.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Inger Lise Strid, avdelingsykepleier spesialavd., 67 80 96 38, lise.strid@vestreviken.no

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)

frantz.no



Rollag kommune

## 80 – 100 % FAST SYKEPLEIERSTILLING

Rollag kommune søker autorisert sykepleier til 80 - 100 % fast stilling fra 01.03.17.

Tjenestestedet er for tiden Rollag Bygdeheim, sykehjemsavdelingen, men sykepleierressursen på sykehjemmet kan bli sett i sammenheng med Hjemmetjenesten ved behov. Stillingen inngår i turnus med arbeid dager, kvelder og hver 3.helg

For informasjon om stillingen kontakt avdelingsleder Anne Lise Augunsrud, telefon 936 35 918.

Søker henvises til elektronisk søknadsskjema gjennom Rollag kommunes internettportal <http://www.rollag.kommune.no/ledige-stillinger>

Søknadsfrist: 10.02.17



## SEKSJONSLEDER DPS – PSYKISK HELSEVERN/Psykiatrisk Klinikk

Seksjonsleder ved DPS dag (poliklinikk) går over i anna stilling og vi søker no etter ny seksjonsleder i 100% fast stilling frå 03.04.2017

Psykiatrisk klinikk satsar på forskning og har fleire tilsette i doktorgradsløp. DPS dag er ein seksjon i avdelinga Psykiatrisk klinikk som både har sentralsykehusoppgåver innan PHV og TSB, i tillegg til å vere eit DPS for opptaksområdet i Sunnfjord og Ytre Sogn. Psykiatrisk klinikk har i underkant av 200 årsverk.

Seksjonsleder for DPS dag vil vere sentral i å drifte og utvikle vårt polikliniske - og ambulante tilbod.

Sjå heile utlysninga på [webcrutier.no](http://webcrutier.no)

Søknadsfrist: 05.02.2017



Avdeling for rusmedisin har ledig fast stilling som:

## Seksjonsleiar ved AFR Tertnes

Avdeling for rusmedisin (AFR), Haukeland universitetssjukehus har ansvar for behandling og oppfølging av mennesker med avhengighets-lidingar.

AFR Tertnes har ledig 100% fast stilling som seksjonsleiar. Stillinga inngår i avdelingsdirektøren sitt leiarsteam. Seksjonsleiar har arbeids-oppgåver som er knytt til det faglege ansvaret, personalansvaret og det økonomiske ansvaret for seksjonen.

Seksjonen gir tilbod til pasientar som blir innlagd utan eige samtykke etter Helse- og omsorgstjenesteloven og drifter i tillegg eit familieambulatorium

Interessert?

Kontakt: Avdelingsdirektør Else-Marie Løberg, telefon 980 94 420  
Referansenr.: 3306230477 Søknadsfrist: 05.02.2017



Les meir og søk stilling: [www.helse-bergen.no/jobb](http://www.helse-bergen.no/jobb)

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

*engasjert for mennesker*

## Spennende lederstilling på Vinderen

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til Allmenpsykiatriskdøgnet. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelings sjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00 / 920 32 854.

Les mer om stillingen på [www.diaconhjemmetsykehus.no](http://www.diaconhjemmetsykehus.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 2. mars 2017.



Løsning på kryssord i nummer 1/2017 (se side 82).

10 KRYSSORD	1 FAG	2 DRIFF	3 PREVE	4 ANTA	5 T	6 STREK	7 HUSK	8 GRUP	9 RYGDE	10 HETE	11 FRANS	12 SLUG	13 SPITT	14 BREP	15 SIAL	16 O	17 TAP	18 RUG	19 HOL	20 KAL	21 FABE	22 G	23 AD	24 VERB	25 SO	26 LATET	
11 LAPP	N	Y	T	F	A	R	S	F	O	R	S	E	T	T	M	A	N	E	D	E							
12 SANG	A	R	I	E	O	E	P	E	K	I	S	D	Y	R	E	V	E	N									
13 KORSE	U	T	K	A	S	T	N	E	E	P	H	S	E	L	U	D	B	E	L	E	B	L	A	S	I	R	
14 DRINK	T	E	O	N	S	A	M	E	R	S	A	L	E	R	T	R	I	L	L	E	R	S	L	A	R		
15 TELL	E	R	G	V	E	T	R	E	A	S	I	G	R	E	A	L	N	O									
16 TID	S	V	E	L	T	E	R	E	H	U	S	V	A	R	M	A	T	E	R	O	M						
17 RE	A	K	T	E	L	S	E	J	A	M	R	E	B	A	L	T	E	I	O	R	M						
18 HVA	K	N	U	G	E	T	A	S	N	O	R	E	L	U	N	G	E	N	E								
19 LOE	T	A	N	N	R	A	T	E	N	L	E	V	E	R	O	R	G	A	N	E	T						

frantz.no



Skedsmo kommune

## SYKEPLEIERE – VIKARIATER 50 - 100 % Nedre Romerike KAD

Da 3 av våre dyktige sykepleiere skal ut i 1 års permisjon, så har vi ledig to heltidsvikariater fra henholdsvis 1. mars og 1. april 2017, samt ett vikariat i 50% stilling med tiltredelse 1. april 2017. Vikariaene har tredelt turnus med arbeid hver 3. helg.

Se hele utlysningsteksten på vår nettside [www.skedsmo.kommune](http://www.skedsmo.kommune) under ledige stillinger

Søknadsfrist: 31.01.2017

## KAJALUND SYKEHJEM

Kajalund sykehjem har 27 beboere fordelt på 3 grupper og har avtale med Oslo kommune.

Vi er kjent for høy kvalitet og å ha alle fagstillinger besatt.

Vi søker

- 50-75 % SYKEPLEIER - turnus 3. hver helg
- VIKARSYKEPLEIER

Nærmere opplysninger fås fra daglig leder Geir Karlsen 22 51 01 55

Søknad med CV sendes Kajalund sykehjem Sollerudveien 35 0283 Oslo innen 29.01.17. [Geir.Karlsen@kajalund.no](mailto:Geir.Karlsen@kajalund.no)



## RÅDIGVER, FYLKESKONTORET I TROMS

Norsk Sykepleierforbund, Troms fylkeskontor har nærmere 4500 medlemmer. På fylkeskontoret er det 2 fast ansatte, samt fylkesleder. Vi søker nå etter en ny rådgiver i 100 % fast stilling ved kontoret. Fylkeskontoret holder til i trivelige lokaler i Tromsø sentrum.

Stillingene tillegges følgende arbeidsoppgaver:

- Saksbehandling og rådgivning
- Forhandlinger
- Utadrettet kontakt med medlemmer og tillitsvalgte
- Undervisning og opplæring
- Understøtte politisk ledd og formidle NSF sin politikk
- Nettverksarbeid
- Mediearbeid herunder webside og sosiale medier
- Strategisk medlemsarbeid
- Administrative- og kontortekniske oppgaver

Se hele utlysningen på [sykepleienjobb.no](http://sykepleienjobb.no)

Søknadsfrist 6. februar 2017

## MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon [mediyoga.no](http://mediyoga.no)  
+46 85 40 882 80



Moss kommune

## SYKEPLEIER I TURNUS

Ved Hjemmebaserte tjenester er det fra dags dato flere ledige stillinger som sykepleier i turnus, både faste og vikariater i stillingsstørrelse 75 - 100 %.

Hjemmebaserte tjenester er en virksomhet innenfor pleie- og omsorgstjenesten i Moss kommune, og er samlokalisert på Solgaard skog. Her er all hjemmesykepleie, praktisk bistand, saksbehandling og administrasjon samlet for mest mulig effektiv drift og ressursutnyttelse.

Vi kan tilby:

- Varierte og utfordrende arbeidsoppgaver
- Arbeid med fokus på kvalitet og brukerveiledning
- Egen rådgiver fag, kvalitet og innovasjon
- Ressursturnus
- Et positivt og godt miljø

Vi søker også sykepleiere til ferievikarer!

For informasjon om elektronisk søknad, se [www.moss.kommune.no](http://www.moss.kommune.no) under menypunktet stilling ledig.

Søknadsfrist: 05.02.2017



### Kurslederopplæring - vår 2017:

- Kurs i mestring av depresjon (KiD)
- Mestringskurs for ungdom (DU)
- Kurs i mestring av belastning (KiB)

KiD, KiB og DU er lavterskeltiltak som er lagt opp som gruppeundervisning og er hjelp til selvhjelp. Kursene er basert på kognitiv, sosial læringsteori, til bruk i primærhelsetjenesten, poliklinikk, BUP, DPS, Helseforetak, skolehelsetjenesten, NAV/arbeidsmarkedsbedrift, etc.

Vår 2017 har vi satt opp følgende plan for kurslederopplæring:

Kurslederopplæring KiD: Gardermoen i uke 9, Stavanger i uke 10, Tønsberg i uke 13  
Kurslederopplæring DU: Kongsberg i uke 11, Tromsø i uke 17, Ålesund i uke 22  
Kurslederopplæring KiB: Gardermoen 13. og 14. februar, Tromsø 23. og 24. mai  
Oppdateringsseminar for kursledere i KiD og KiB, Bergen 17. januar

Opplæringsprogrammet er støttet av Helsedirektoratet

Kontaktperson: Anita H. Lorentsen, tlf.: 994 60 646,  
e-post: [anita.lorentsen@fagakademiet.no](mailto:anita.lorentsen@fagakademiet.no)  
For mer informasjon om KiD, KiB og DU og for påmelding:  
se "[www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no)"



**Ta en mastergrad i:**

Avansert klinisk sykepleie

- Intensivsykepleie
- Allmennsykepleie

**Eller en videreutdanning i:**

- Nyfødtsykepleie
- Operasjonssykepleie
- Palliativ omsorg
- Sykepleie til syke eldre

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

Søknadsfrist  
**1. mars**



# STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

## Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

2.- 4.mars 2017

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 4.950,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no) eller [www.acem.no](http://www.acem.no)

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

# Tett på gleden

Møt livet og hele mennesket med en Bachelor i sykepleie.

Bli Student på Høgskolen Diakonova. Du blir en faglig kompetent sykepleier samtidig som du utvikler deg som et helt menneske. Et lite og oversiktlig studentmiljø gjør at du får tett oppfølging og mer igjen for din utdanning.

**Les mer på [tettपालivet.no](http://tettपालivet.no)**

**Høgskolen Diakonova tilbyr:**

- Bachelor i sykepleie
- Kreftsykepleie
- Master i sykepleie
- Helseøsterutdanning
- Kristen sjelesorg

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





UiT  
NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

## MASTER I SYKEPLEIE med fagfordypning infeksjonssykepleie

Masterstudiet gir en generell fordypning i sykepleiefaget, med utgangspunkt i studentenes egne praksiserfaringer. Fagfordypning i infeksjonssykepleie omfatter 40 av studiets 120 studiepoeng og retter seg mot sykepleiere i alle deler av helsetjenesten. Studiets hensikt er å styrke sykepleieres kompetanse og vil ha fokus både på forebygging av smitte og pleie og behandling av pasienter som har akutte og kroniske infeksjonssykdommer.

Studiet er lagt opp som deltidsstudium på 2/3 fart. Det vil være ukesamlinger i Tromsø og i tillegg vil arbeid og veiledning foregå mellom samlinger.

**Søknadsfrist: 1. mars 2017**

**Søknadskode: 3052**

**Oppstart: August 2017**

Det skal søkes via elektronisk søknadsvev på Universitetet i Tromsøs hjemmesider: <http://uit.no/sokweb>. Spørsmål vedrørende opptakskrav rettes til [opptak@uit.no](mailto:opptak@uit.no) – eller til tlf. 77 64 49 60.

Nærmere opplysninger om studiet kan fås på UiT nettsider: <https://uit.no/studieprogram/m-sykepl>, eller ved å henvende deg til Unn Sollid Manskow - [unn.e.manskow@uit.no](mailto:unn.e.manskow@uit.no) (77 62 81 72) eller Ragnhild Nicolaisen - [ragnhild.nicolaisen@uit.no](mailto:ragnhild.nicolaisen@uit.no) (77 66 06 65).

**Oppstart forutsetter at tilstrekkelig antall søkere takker ja til studietilbudet.**

UiT Norges arktiske universitet  
UIT.no



BARNESYKEPLEIERFORBUNDET NSF



## BARNESYKEPLEIERFORBUNDET NSF ARRANGERER FAG-, LEDER OG LÆRERKONFERANSE OG VÅRSEMINAR

Radisson Blue Royal Hotel Bergen 3 -5 April 2017

### UTDRAG PROGRAM

- Redskaper til bruk når traumer og tap rammer familien *Atle Dyregrov* Professor, Universitetet i Bergen
- Jeg kan se hvor du tenker om hjernens struktur og funksjon hos ekstremt premature *Silje Torvik Griffiths* Lege, BUK- HUS
- Nikotinesponering og effekter på det nyfødte barnets helse *Anna Gunnerbeck* Doktorgradstipendiat, Karolinska Universitetssykehus
- Barn av mødre i LAR, hvordan går det? *Eivind Sirnes* Lege, stipendiat, Barne og ungdomsklinikken, Haukeland Universitetssykehus
- Inflammatorisk tarmsykdom hos barn og ungdom *Gøril Perminov* Overlege, Barne og Ungdomsklinikken, OUS
- Brannskadebehandling av barn og unge *Fagutviklingssykepleier Janne Skiftesvik og Grethe Fitjar - Brannskadeavdelingen, HUS*
- Psykosomatiske utfordringer hos barn og unge *Björg Rosslund* Lege, spesialist i barne og ungdomspsykiatri
- Postoperativ smertebehandling av barn og ungdom, hvor er vi og hvor skal vi? *Anja Hetland Smeland* Fag og forskningssykepleier, OUS
- Relasjonskraft og sunt selvsnakk, et foredrag til inspirasjon og ettertanke. Vår rolle i sårbare barn og ungdoms helse *Marco Elsafadi* Ildsjel, Toppidrettsutøver og Tidligere flykning

### PÅMELDING

[www.reiseogkonferanseservice.com/Barnesykepleierforbundet/Varseminar2017](http://www.reiseogkonferanseservice.com/Barnesykepleierforbundet/Varseminar2017)

### Det er mulig å delta med poster

Er du sykepleier og jobber med syke nyfødte, barn eller ungdom? Da er Barnesykepleierforbundet NSF faggruppen for deg. For å bli medlem send SMS med kodeord **BSF** til **02409** (300,- årlig kontingent)

Meld deg  
på i dag!

**NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS KONTINGENT 2017**

Medlemmer som er i arbeid skal betale 1,45% av bruttolønn, men minimums- og maksimumssatsene endres.

**NB!** Bruttolønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Nedenfor er de nye satsene oppgitt:



Type medlemskap:	Minimum pr. mnd	Maksimum pr. mnd.
Nyutdannede (de to første årene etter endt grunnutdanning)	Kr. 73,-	Kr. 246,-
Ekstraordinære medlemmer *	Kr. 73,-	Kr. 246,-
Andre medlemmer i arbeid (Ordinær sats)	Kr. 73,-	Kr. 492,-
Ute av lønnet arbeid/studenter under grunnutdanning**	Kr. 58,-	

**\*EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 3 D**

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon, normalt inntil to år.

**\*\*UTE AV LØNNET ARBEID/STUDENTER UNDER GRUNNUTDANNING**

Medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid, medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer i 100% arbeidsavklaring, pensjon eller uførhet og studentmedlemmer (grunnutdanning).

**OFFSHORE**

Offshoresykepleiere betaler en kontingent på 172 kroner per måned.

**NSF's LIVSFORSIKRINGSPAKKE (FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK)**

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128,- per måned i premie for NSF's Livsforsikringspakke. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen. De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

**INFORMASJONSSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN**

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes Medlemstjenester hos NSF, som sender informasjonsskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Livsforsikringspakke. **Informasjonsskrivet skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.**

Medlemmer i lønnet arbeid som **ikke** har mulighet til å delta i trekkordningen, må innbetale maksimumssats av kontingenten selv. Ved årsskifte må disse sende kopi av lønns- og trekkoppgave til NSF, slik at kontingenten kan etterberegnes og justeres i forhold til reell inntekt.

**SELVANGIVELSEN 2016**

Medlemmer som betaler kontingenten **via trekkordning** på arbeidsstedet får fradragsberettiget beløp for 2016 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

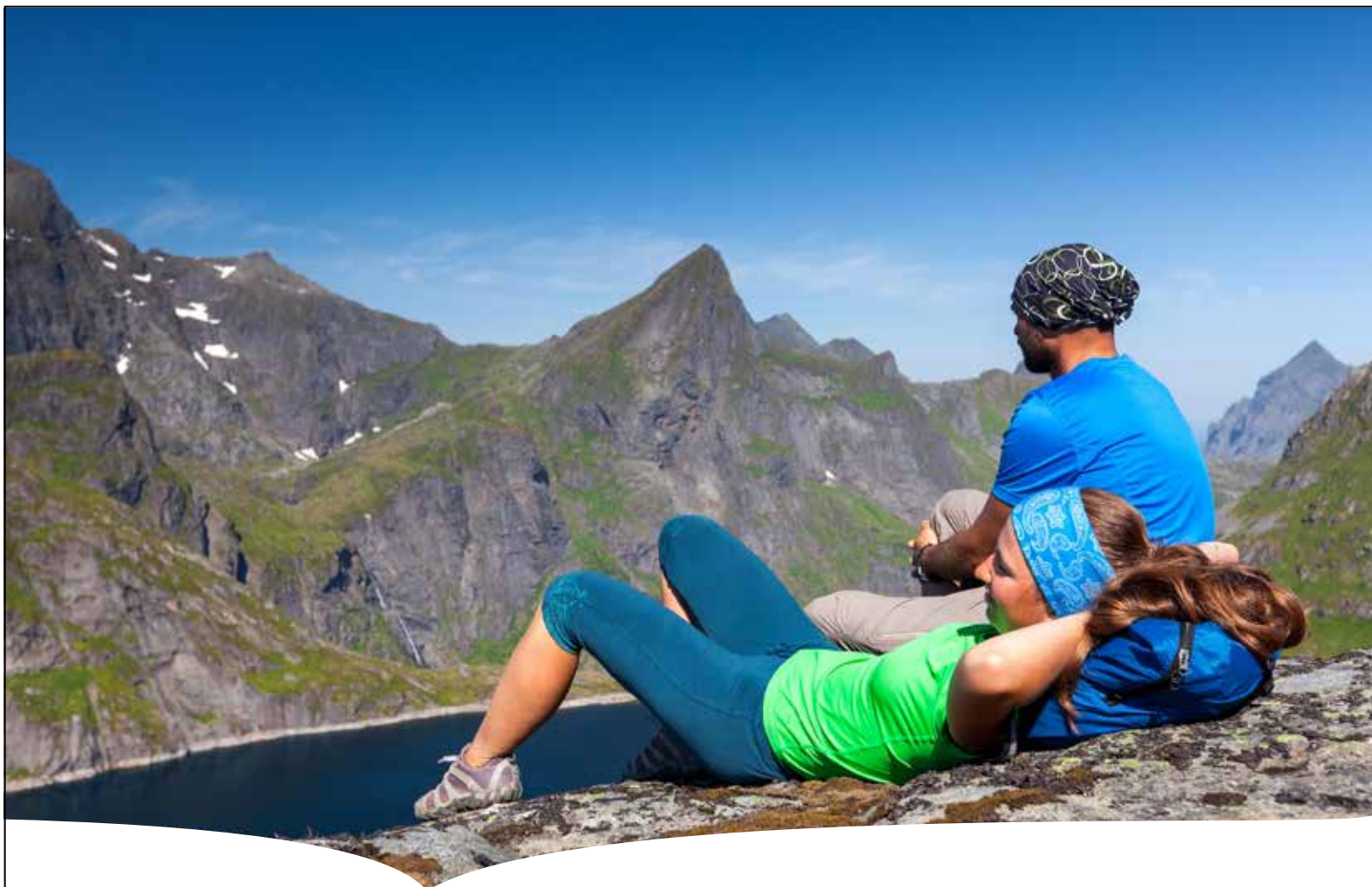
Kontingent innbetalt **direkte** til NSF blir innberettet til Skatteetaten i januar 2017.

For direktebetalende medlemmer er det mulig å kontrollere innberettet beløp ved å logge seg på NSF's hjemmesider, [www.nsf.no/min-side](http://www.nsf.no/min-side). Gå inn på "Mitt medlemskap" og klikk på detaljer for «medlemskap». Her vil det i løpet av februar måned fremkomme et felt; "Siste innrapporterte fagforeningskontingent" dersom det er innberettet til Skatteetaten.

**SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET**

Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller kontaktskjema på våre nettsider.

Telefon: 02409  
 Internett: [www.nsf.no](http://www.nsf.no)  
 Postadresse: Norsk Sykepleierforbund  
 Medlemstjenester  
 Postboks 456 Sentrum  
 0104 OSLO



## Frihet i praksis!

Vi tilbyr deg frihet i praksis. Du bestemmer selv hvordan du vil jobbe. Du kan allerede nå bestemme ferien til sommeren uten å vente på plassering i feriepulje. Du kan bestemme deg for skihelg med venner og julaften trenger du aldri mer jobbe om du ikke vil. Det er frihet i praksis.

Vi tilbyr deg fast ansettelse, svært gode lønnsbetingelser, pensjonsavtale med KLP og gode forsikringsordninger. I tillegg får du din egen bemanningsrådgiver som selv har utdanning og erfaring fra helsevesenet. Vi vet hvordan arbeidshverdagen er for sykepleiere.

Dedicare har avtale med alle sykehus i Norge samt over 100 kommuner og private virksomheter.

Arbeider du for oss, vil du merke at vi bryr oss om deg.

Snakk med oss i dag om din drømmemiks mellom arbeid og fritid.

**Og vent ikke med å ta kontakt om du vil sikre deg sommerjobb.**

**Husk: De beste jobbene går alltid først!**

[www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)

+47 07480 – [rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no)



*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**  
Nurse

Coloplast Norge AS takker for tilliten som valgt leverandør av kontinensutstyr på det nasjonale anbudet. Vi ser frem til samarbeidet!



Coloplast er et registrert varemerke eid av Coloplast A/S © 2016-12.  
Alle rettigheter er forbeholdt Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Danmark

Coloplast Norge AS  
Postboks 162 Manglerud  
0612 Oslo  
Telefon 22 57 50 00  
[www.coloplast.no](http://www.coloplast.no)  
Følg oss på Facebook 