

Forsøk på voldtekt fra overordnet Hver gang jeg skulle intubere en pasient, stilte veileder seg bak meg og gned seg inntil meg Man «måtte ned i buksa» til sjefen for å få en viktig stilling Våknet av at en ansatt jeg ikke kjente, la seg oppå meg i sengen og begynte å kose med meg

02
2018

Sykepleien

kollegaen befølte meg i skrittet. Jeg turte ikke si ifra Min sommerjobb ble et mareritt Mannlig pasient som ba meg tilfredsstill ham seksuelt Vår felles leder hadde blottet seg for henne, låst henne inne på et rom og sendt flere seksualiserte noveller Dement pasient skjøt underlivet frem og sa «gjør jobben din, sug meg» Vi får beskjeder som at såpass må vi tåle Tilnærmelser fra en overordnet lege på julebord Pasienter prøver å beføle brystene mine Uønsket oppmerksomhet rundt min penis I psykiatrien kan det virke som om alt er lov Oppegående pasient lå alltid med erigert penis, helt naken i sengen på sykepleien kom Forsøkt kysset på munn samtidig som pasienten prøvde å kysse meg pasient i 50-årene som var helt «klar i bedst

En av tre unge sykepleiere trakassert av pasienter siste år

Side 14-21

Ut pornobilde Kommentarer fra eldre mannlige leger, som «jeg har lyst på høne» Eldre leger som liksom koser seg på jobben med tafsing på sykepleierne, og er du ikke med på leken, er du sur Ringte på ettermiddagen mens han masturberte og spurte om han hadde kommet til hjemmesykepleien Mange kolleger som gruer seg til å komme på jobb Vedtak fra fylkeslegen på at hvis pasienten ikke sluttet å onanere når han fikk beskjed om det, så hadde vi lov til å dra Gammel mann på sykehjem tok tak i skrittet mitt og ville dra meg ned i sengen Ingen av mine kolleger grep inn Eg måtte forklare korfor eg seksuelt trakasserte legen. Det totalt motsette av det som skjedde Bruker ber ofte om bistand til å «bestille» damer Leder trakasserer unge sykepleiere ukentlig, ingen tør si ifra Ga meg en følelse av at det ikke er greit å si ifra Leder, etter jeg kom med et faglig innspill: «Gjør det du er best på, smil fint» Det ble så ille at jeg nesten endte med å ta livet mitt Tør ikke å snakke åpent om det, vil automatisk få en del av skylden Seksuell trakassering fra pasient førte til at jeg sa opp min stilling Jeg vrir meg unna og bøyer hodet ned så leppene hans treffer pannen Pasient begynte å onanere på et

● **Hva skjer**
Hver femte student strøk. **26**

● **Sykepleie**
Hvordan det går etter utblokkingen. **42**

● **Påfyll**
Serverer tall til lønnsoppgjøret. **64**

● **Meninger**
Pasientombudet vil ha alle i tale. **74**

GaitLine

SKOENE ALLE SNAKKER OM!

- ✓ Over 40.000 solgte par.
- ✓ Norskutviklet såleteknologi.
- ✓ 8 av 10 opplever positiv endring.
- ✓ Norges beste utvalg.



ENKLERELIV

Besøk din nærmeste butikk eller enklereliv.no



Ser du
også etter
forskningsartikler?

sykepleien.no

Å BLI SATT PRIS PÅ,
SMAKER BRA



MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

– OG GIR VIDERE
MOTIVASJON!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen.

**Ta kontakt dersom du har en medarbeider
som fortjener en slik heder!**



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Vil du påvirke din egen turnus, få mer fri – og tjene mer?

Det får du mulighet til som sykepleier i Tromsø kommune. Gjør som Sara – inngå en av våre unike særavtaler!

«Jeg jobber oftere helgevakt for å bidra til mer fagkompetanse i helgene. Det gir en bedre hverdag for alle parter. Og jeg får mer fri til å gjøre det jeg har lyst til.»

Sara Garfield, sykepleier på Sør-Tromsøya sykehjem



Er du villig til å flytte flere av arbeidstidene dine til helger, får du gleden av:

- ✓ større stilling
- ✓ høyere lønn
- ✓ fleksibel friordning
- ✓ mer kompetanse på jobb

Som sykepleier hos oss kan du velge mellom disse løsningene:

12,5-timersvakter hver fjerde helg.
Kompensasjon: Høyskoleutdannet:
20 000 kroner per år. Helsefag-
arbeidere: 15 000 kroner per år.

1

Fast arbeidstid hver andre helg.
Kompensasjon: Høyskoleutdannet:
25 000 kroner per år. Helsefag-
arbeidere: 20 000 kroner per år.

2

Minst 30 flere helgetimer per år for
deg som jobber hver tredje helg.
Kompensasjon: Høyskoleutdan-
net: 170 kroner/time. Helsefag-
arbeidere: 150 kroner/time.
Ordinære tillegg som normalt.

3

Innhold



02 | 2018 Sykepleien

Utgivelsesdato: 15. februar

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

Forsideillustrasjon: Monica Hilsen



Hva skjer

- 06 Aksjonisten
- 12 To ekstra poeng til gutter som søker på sykepleie
- 13 Vil ha frivillige som gir av sin tid
- 14 Seksuell trakassering: Yngre mest utsatt
- 22 Alta først i Europa med robotultral lyd
- 26 Hver femte student strøk
- 30 Svensk sykepleier anmeldte sykehussjefer



1 av 5 strøk på eksamen. **26**



Sykepleie

- 32 Pasientoverlevering kan bli tryggere og sikrere
- 38 Pasienter på sykehjem ønsker mer aktiv omsorg
- 42 Overlever utblokkningen – men hva så?
- 44 Presamtaler med revmatologiske pasienter ga effektive innleggelses
- 50 Sykepleiere bør bidra til etisk refleksjon
- 52 Overtok oppgaver fra leger



Etter kateteriseringen. **42**



Påfyll

- 60 Sykepleier første kvinne på Sydpolen
- 61 Bokomtaler
- 61 Liv laga: Får sykepleiere lønn som fortjent?
- 62 Bokanmeldelser
- 63 I bokhylla: Kristin Hartveit Hansen
- 64 TBU 50 år - legger grunnlaget for lønnsoppgjøret



Sykepleier på Sydpolen. **60**



Meninger

- 68 Eli Gunhild By om å beholde sykepleiere i yrket
- 69 Tove Aminda Hanssen om unødvendig forskning
- 70 Sara Selstad Berget om prioriteringer på studiet
- 73 Elise Fiske om NSF og dårlige eksamensresultater
- 74 Tett på Anne-Lise Kristensen
- 79 Meldinger, skoler og kurs



Vil høre alles stemmer. **74**

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Nyhetsredaktør:** Kjell Petter Eidsten tlf: 22043359

Journalister: Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik, Eli Smedstad.

Sykepleien Forskning: Tove Aminda Hanssen, Signe Marie Flåt. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum, Eivind Solfjell.

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.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk: Sörmlands Grafiska





Sykepleiere blir oftere utsatt for seksuelle tilnærmelser fra pasienter enn fra leger eller kolleger. Når de er i maktposisjon selv, er de villige til å tilgi mye.

Den ustyrlige pasienten



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Selvfølgelig har vi stilt oss spørsmålet om også sykepleiere – i likhet med skuespillere og mediefolk – utsettes for mye uønsket oppmerksomhet, upassende oppførsel og/eller seksuell trakassering. Det ville vært rimelig å anta.

Sykepleiere jobber i systemer med en hierarkisk struktur. Det er legene på toppen, så kommer avdelingsledere, sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Ville det overraske om noen leger skulle vise seg å være klåfingret, eller om avdelingslederen tar seg urimelige friheter? Å stille sykepleiere dette spørsmålet, kjentes derfor lenge som å skåre på et åpent mål.

DOKUMENTASJON

Når vi likevel satte i gang en av de største undersøkelser Sykepleien noen ganger har gjennomført, var det fordi vi ønsker å dokumentere at uønsket seksuell oppmerksomhet er en del av sykepleiernes hverdag – og at den ikke blir mindre av at andre grupper i samfunnet opplever det samme, noen ganger også oftere.

Før vi sendte ut spørreundersøkelsen funderte vi på hvordan vil skulle håndtere de hendelsene vi ville få kjennskap til gjennom såkalte fritekstsvaer. Og ville det i tilstrekkelig grad være mulig å skille mellom de alvorlige sakene, overgrepene og kanskje voldtektene – og de amorøse blikkene og uskyldige berøringene?

Det svaret fikk vi da rundt 20 000 sykepleiere delte sine erfaringer fra hverdagen gjennom spørreskjemaene vi sendte ut. La det ikke være tvil: Seksuell trakassering og uønsket seksuell oppmerksomhet er en del av arbeidslivet til sykepleiere. Antall tilfeller av trassering fra overordnede og kolleger forteller riktignok at helsetjenesten ikke skiller seg nevneverdig fra andre samfunnssektorer der man har gjort tilsvarende undersøkelser.

Men 3 prosent svarer at slike hendelser forekommer, og over 1000 personer har gjennom fritekstsvaer gitt overbevisende dokumentasjon på at dette oppleves som veldig ugreit for dem dette angår. Det fortelles om maktglade leger som går over streken. Unge sykepleiere og studenter har fått sine grenser testet ut. Det er mannlige sykepleiere som plager kvinnelige kolleger, men i høy grad også kvinner som trakasserer mannlige kolleger.

Det er homoseksuelle sykepleiere som må tåle ekle kommentarer, og det er eldre sykepleiere som ser tilbake på et langt arbeidsliv skjemmet av uønsket seksuell oppmerksomhet.

Sykepleiere har måttet finne seg i mye, men mange har sagt fra – selv om bedriftens varslingsystemer er ukjente for et flertall blant respondentene.

OMVENDT #METOO

Mest oppsiktsvekkende i undersøkelsen er likevel det som det ikke blir varslet så mye om: Når pasienter blir kåte på sine pleiere. Det er dobbelt så mange sykepleiere som sier at de blir utsatt for uønsket oppmerksomhet fra pasienter som fra sjefer og kolleger på arbeidsplassen. Men nå er terskelen for hva man er villig til å akseptere atskillig høyere. Får de bemerkninger av seksuell karakter slengt etter seg, en hånd stukket inn under uniformen eller tilbud om å pleie et erigert kjønnsorgan, skrives hendelsene raskt på kontoen for brysomme, men ikke spesielt kritikkverdige forhold.

I en sykepleier-pasient-relasjon, der sykepleieren representerer all makt, er det sykepleieren som er villig til å ta støytten. Det skjer i lys av pasientenes tilstand eller diagnose, som en slags omvendt #metoo: Det skjeve forholdet mellom en som kan bestemme over en annen som er avhengig av vedkommendes hjelp, fører ironisk nok til overgrep og uønskete hendelser den andre veien.

Undersøkelsen vår viser at det er en bred oppfatning om at pasienten prinsipielt ikke kan gjøre noe særlig galt når vedkommendes forutsetninger eller diagnose gir begrenset innsikt i egne handlinger. Sykepleiere ser stort på slikt.

HØY TERSKEL FOR Å VARSLE

For meg høres dette ugreit ut. La gå at noen demente pasienter har nedsatt bevissthet om hva som er gangbar oppførsel, eller at psykiatriske pasienter har atferd som vedkommende ikke alltid kontrollerer. Men det betyr på ingen måte at sykepleiere skal la seg klå på som «en del av jobben». Hva ville vi sagt om servitørene på barer og restauranter lot seg klype i rumpa og bare lot det gå fordi berusede kundene er «en del av jobben» – noe man må regne med når man jobber som servitør?



Illustrasjon: Marie Rundereim

Ingen sykepleiere har valgt sitt yrke i den tro at jobben vil medføre uønsket oppmerksomhet på egen kropp. Ingen har begynt å studere sykepleie og tatt høyde for at slibrige kommentarer skal bli definert som en del av hverdagen. Trakassering skal rett og slett ikke være noe «en må regne med» når en er eller blir sykepleier, slik overraskende mange av respondentene i undersøkelsen gir uttrykk for.

Den høye terskelen for å varsle om pasientovertramp er muligens en nedarvet toleranse gjennom mange år overfor uønsket brukeratferd som har fått lov til å leve videre i en tid der grensene i samfunnet ellers flyttes. Men slik kan det ikke være. Skal sykepleiere nå si tvert nei til sjefen med en tendens til å ta dem i skrittet, mens det er «greit» når den samme personen dukker opp som dement pasient på sykehjemmet eller som sinnsforvirret i psykisk helsevern?

KULTUR FOR NULLTOLERANSE

Det er derfor på tide å stramme opp reglene for hva sykepleiere kan, skal og bør varsle om. Sykepleiens

undersøkelse viser at særlig unge sykepleiere føler seg usikre på hva de skal tåle når de kommer på en ny arbeidsplass. Utdanningen har ikke vært god nok til å sette grenser, og på arbeidsplassen er de blitt møtt med en kultur der noen trekker på skuldrene når pasienter går for langt.

«Sykepleierens kropp skal aldri være en del av behandlingstilbudet.»

Det er på tide å innføre nulltoleranse overfor overtramp og fysiske og verbale overgrep fra pasienter. Det vil ikke gjøre pasientene mindre demente eller sinnsforvirrete, men vil gjøre det lettere for en arbeidsplass å drive systematisk HMS-arbeid, inkludert godt fungerende varslingsrutiner. For sykepleierens kropp skal aldri være en del av behandlingstilbudet. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Fra Instagram

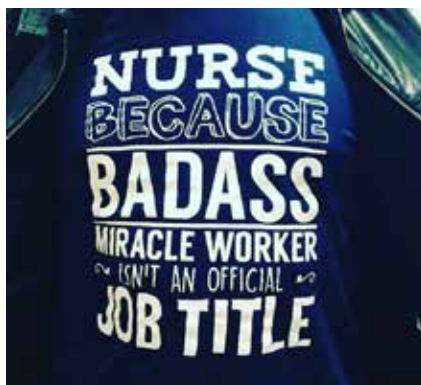


 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@elmaholtan
Sååå glad blir man altså av å bli tilbudt NY JOBB! Vi sees på DAGKIRURGEN fra 1.mai!



@lean_mean_nursing_machine
My favorite t-shirt, I really think I should be allowed to use this instead of scrubs.



@herbamadde
Da var nattevaktshelgen over. Tre koselige netter, koser meg på jobb jeg.



@besaja
Stolt av å få denne tittelen!



@bergitufsnymoen
Min bedre halvdel, også som sykepleier (student)



@sgramen
I dag var det greit utfordrende å jobbe i #hjemmesykepleien



@sosterstrikk
Baby shorts



@tuvatapetfjes
Lørdagsgodt på #infeksjonsavdelingen



@gautland
Øvelse gjør mester



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 02 | 2018

Nyhet – Reportasje – Tema



TEKNO: Gravide Kristin Finnjord kan stille spørsmål til gynekologen via skjermen. Foto: Alf Ove Hansen



Deleksamen.

En av fem studenter strøk. **26**



«Det er fælt at pasienter dør fordi de må vente på behandling.»

Alexandra Ekengren, svensk sykepleier. **30**

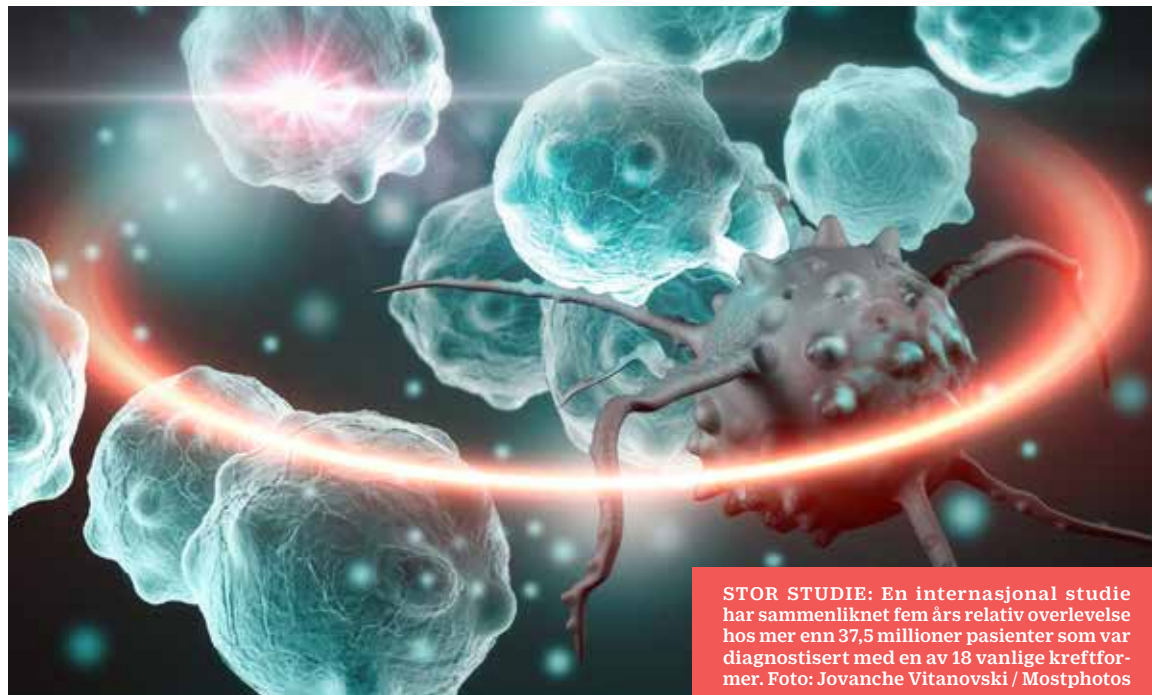


Seksuell trakassering.

Sykepleiens undersøkelse fikk 20 000 svar. **14**

Robot i Alta

Ultralyd. Charlotte Mannsverk manøvrerer roboten som også kan sees fra Hammerfest. **22**



STOR STUDIE: En internasjonal studie har sammenliknet fem års relativ overlevelse hos mer enn 37,5 millioner pasienter som var diagnostisert med en av 18 vanlige kreftformer. Foto: Jovanche Vitanovski / Mostphotos

Norske kreftpasienter overlever oftest

I VERDENSTOPPEN: Norge hevder seg som et av verdens beste land når det gjelder overlevelse av en rekke kreftformer som tarmkreft og gynekologisk kreft, viser en kartlegging som ble publisert i det medisinske tidsskriftet *The Lancet* i januar.

Andre land som ligger høyt på statistikken, er Finland, Sverige, Island, Australia, New Zealand, Canada og USA.

Også for endetarmskreft, egg-

stokkreft og livmorhalskreft ligger Norge helt i verdenstoppen i overlevelse.

Selv for noen av de dødeligste kreftformene, som leverkreft og lungekreft, har man sett en økning i overlevelse, viser studien. For 20 år siden overlevde 12 prosent av kvinner som ble rammet av lungekreft her i landet. I dag ligger andelen på 22 prosent.

En gledelig utvikling, mener Kreft-

registeret, som likevel påpeker at det er områder å ta tak i. For eksempel er bukspyttkjertelkreft fortsatt svært dødelig, med fem års overlevelse på bare 9 prosent i Norge.

Generelt har kreftoverlevelsen bedret seg over hele verden i løpet av de siste årene, men det er fortsatt store forskjeller mellom landene, viser studien som omfatter over 37,5 millioner kreftpasienter. ●

Evaluerer lov om rituell omskjæring

Hvordan opplever blant andre sykepleiere å være med på rituell omskjæring? Det skal Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring finne ut, melder Dagens Medisin. Forskerne skal se på en rekke forhold rundt rituell omskjæring, blant annet type smertelindring, eventuelle komplikasjoner og om disse inngrepene fortrenger andre typer helsehjelp som helseforetakene er pliktige til å yte eller prioritere foran rituell omskjæring.



70 mistet autorisasjonen

I fjor mistet til sammen 70 sykepleiere, 47 leger og 22 hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere sin autorisasjon. Årsakene til at autorisasjonene ble tilbakekalt, er i de fleste tilfeller misbruk av rusmidler og atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen, for eksempel tyveri av legemidler.

NTB

Alzheimer kan oppdages med blodprøve

Tidlig utvikling av alzheimer kan avdekkes med en enkel blodprøve, ifølge japanske forskere. De har oppdaget at et spesielt protein i blodet markerer når det er i ferd med å samle seg demensplakk i hjernen. Plakket forstyrrer minnefunksjonen i hjernen ved sykdom. En blodprøve vil være mye billigere og enklere enn dagens metoder: PET-skanning av hjernen og ryggmargsprøver.

Sveriges Radio / NTB

Hold deg
opplyst

sykepleien.no



Fakta & tall. Lønn i 2017

1150 kr

lavere enn gjennomsnittet lå sykepleiernes månedslønn i 2017

1060 kr

økte sykepleiernes månedslønn fra 2016 til 2017

43 160 kr

var sykepleiernes gjennomsnittlige månedslønn i 2017

46 730 kr

var spesialsykepleiernes gjennomsnittlige månedslønn i 2017

NTB



MISFORNØYDE: Sykepleierstudentene var blant de minst fornøyde med undervisning og veiledning. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

Misfornøyde med veiledningen

BÅDE OG: Sykepleierstudentene er gjennomsnittlig tilfredse med utdanningen – med et par viktige unntak.

Nokut (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga) har lagt frem sitt årlige studiebarometer.

Sykepleierstudentene er så vidt under gjennomsnittlig tilfredse. På en skala fra 1 til 5, der 5 er mest tilfreds, lander de på 4. Landsgjennomsnittet er på 4,1.

– Generelt er sykepleierstudentene fornøyde, men det er viktig ikke

å bare se på den generelle tilfredsheten, sier Christian Strømnes, leder i NSF Student.

For eksempel skiller undervisning og veiledning seg ut negativt.

– Det er bekymringsverdig og noe vi har påpekt tidligere.

Undervisning og veiledning rommer både teoretisk undervisning og veiledning knyttet til for eksempel hjemmeeksamen. Her var den generelle skåren blant alle typer studenter på 3,5. Sykepleierstudentene var i sjiktet minst tilfreds på dette området,

sammen med medisin-, samfunnsøkonomi- og psykologistudenter.

Christian Strømnes mener studentene i mye større grad må få tilbakemeldinger og framovermeldinger.

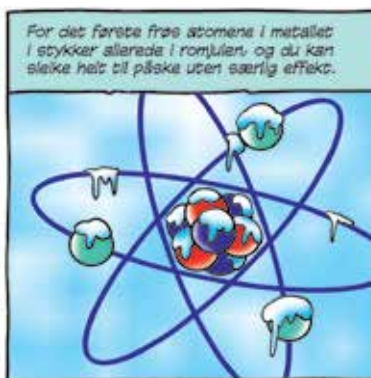
– Det holder ikke med bestått eller ikke bestått på en innlevering. Studentene trenger tydelig melding på hva som kan gjøres bedre neste gang. Det vil styrke læringsutbyttet og vise studentene hva de kan bli bedre på, selv om de har bestått minimumskravene. ●

Bruker app, men blir gravide

Natural Cycles markedsføres som en naturlig prevensjonsmetode ved hjelp av en app og daglige temperaturmålinger. Appen er godkjent som prevensjon i EU, og den promoteres også i Norge. I Sverige har fire sykehus meldt inn appen til legemiddelverket etter mer enn 60 meldinger om uønsket graviditet etter bruk av appen, som også markedsføres i Norge.

Läkartidningen / Sykepleien

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





For første gang skal sykepleierutdanninger kvotere gutter.

Agder og Lovisenberg går i spissen.

To ekstrapoeng til gutter som søker sykepleie

• Tekst **Nina Hernæs**

Universitetet i Agder, som har sykepleierutdanning i Kristiansand og Grimstad, og Lovisenberg diakonale høyskole har fått lov å gi to ekstrapoeng til alle mannlige søkere.

Det er en prøveordning og en konsekvens av den nye likestillings- og diskrimineringsloven som trådte i kraft fra nyttår.

– IKKE ET KVINNEYRKE

– Dette roper vi hurra for, sier studieleder Edith Roth Gjevjon ved sykepleierutdanningen på Lovisenberg diakonale høyskole.

– Pasientene er av alle kjønn og alder, og det er viktig at sykepleierne gjenspeiler befolkningen.

– Hvorfor er det viktig?

– Fordi hver enkelt av oss har erfaringer og perspektiver på bakgrunn av kjønn, alder og hvor vi kommer fra. Og det påvirker hvordan vi forstår situasjoner og hvordan vi opptrer i møte med pasienter og pårørende.

Gjevjon er opptatt av et sykepleieryrket absolutt ikke er et kvinneyrke, selv om det ofte fremstilles sånn, men et yrke for alle.

– Å få inn flere menn kan kanskje forandre språket om sykepleie, spekulerer hun.

– I dag brukes begreper som omsorg og varme hender til å beskrive fagutøvelsen vår. Det underkommuniserer bredden og

kompleksiteten i sykepleiefaget og appellerer kanskje ikke like mye til menn.

FORTSATT SKOLEFLINKE

– Har dere noen motforestillinger mot å kvotere menn?

– Nei. Vi har diskutert det grundig og har lyst til å prøve det ut.

– Er dere redd for at kjønns-poeng vil gi studenter med lavere kompetanse?

– Når gutter får to poeng ekstra, er det klart at de kan gå foran jenter som har bedre karakterer. Men den sjansen er vi villig til å ta for å teste ut et virkemiddel.

Gjevjon peker på at Lovisenberg er en av sykepleierutdanningene det er vanskeligst å komme inn på.

– Det betyr at våre søkere har høye karakterer. Man må fortsatt være skolesterk for å komme inn på Lovisenberg. Sånn sett er Lovisenberg et fornuftig sted å prøve ut dette.

30 PROSENT INNEN 2020

Gjevjon anslår at sykepleierutdanningen har rundt 14 prosent gutter i dag. Sykepleierforbundet ønsker 20 prosent gutter innen 2019, så hvorfor ikke starte der?

I Agder ser dekan ved fakultetet for helse og idrettsvitenskap, Anders Johan Wickstrøm Andersen, kjønns-poeng som en stor mulighet til å øke andelen mannlige studenter i en utdanning dominert av jenter.



VIL HA FLERE SOM DISSE: To sykepleierutdanninger prøver nå ut ekstrapoeng til gutter. Illustrasjonsfoto: Stig Weston

Også i Agder er andelen gutter i sykepleierutdanningen rundt 14 prosent.

– Målet er 30 prosent innen 2020, sier Andersen.

Det er et mål hele Universitetet i Agder har. Det skal være minst 30 prosent av det kjønn som er underrepresentert på alle studier.

– Hvordan skal dere klare det på sykepleien?

– Blant annet ved å få frem at yrket også er for menn når vi promoterer utdanningen. Og for dem som er i studiet, har vi egne samlinger for menn, sier han.

– Vi har en lang vei å gå, men jeg tror det er fullt mulig å få det til.

AKSEPTERTE AT DET ER SÅNN

Andersen sier han fikk en vekker da profesjonsstudiene i medisin

og psykologi slo alarm om at andelen mannlige søkere gikk under 30 prosent.

– På sykepleie var det normaltstanden, og vi aksepterte at det var sånn, sier han.

– Men det er ingen grunn til at vi skal godta det.

Andersen peker på at flere menn er viktig for det sosiale og faglige læringsmiljøet, og at flere menn vil gi flere nyanser og perspektiver i helsetjenestene. På godt og vondt.

– Flere mannlige helsesøstre, for eksempel, tror jeg vil kunne gjøre tilbudet til unge gutter enda bedre. Jeg sier ikke at dagens helsesøstre ikke gjør en god jobb, men at flere menn ville tilført tjenesten noe annet. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Kreftsykepleier Silje Wergeland Kvestad ser hvor mye frivillige kan bety for alvorlig syke og deres pårørende.

Vil ha frivillige som gir av sin tid

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Privat**

Fakta

Aktuell som

Kreftkoordinator i Sandefjord og frivillighetskoordinator i «Tid som gave»

Alder: 40 år

Bakgrunn: 6. februar er sykepleier Silje Wergeland Kvestad dagens navn i Sandefjords Blad. Hun forteller til avisen at hun videreutdannet seg til kreftsykepleier fordi hun følte seg litt utrygg når hun kom til kreftpasienter som ville dø hjemme. Hun trengte mer kunnskap, sier hun. Hun var med på å starte onkologisk sengepost ved Sykehuset i Vestfold. Nå er hun kreftkoordinator i kommunen og 20 prosent frivillighetskoordinator i «Tid som gave».

Hvordan havnet du i avisen?

– Jeg var først intervjuet i en artikkel der pårørende fortalte hvor bra det er med frivillige i ordningen «Tid som gave».

Så ble du dagens navn?

– Ja, der fikk jeg igjen fortelle at vi har nye kurs for å rekruttere flere frivillige.

Var det nyttig?

– Responsen er god. Det er fjerde runde nå. Åtte-ni har tatt kontakt.

Hva er «Tid som gave»?

– Et samarbeid mellom Sandefjord kommune og Utviklingssenteret i Vestfold. Målet er å tilby frivillige som støtte til alvorlig syke og deres pårørende. Enten hjemme eller på lindrende enhet på Sandefjord medisinske senter.

Er det greit med gratisarbeid?

– Frivillighet er ikke gratisarbeid. Det kommer ikke istedenfor det vi som helsearbeidere skal gjøre. De er en egen ressurs som både de syke og deres pårørende opplever som viktig. Det koster å drive frivillighetsarbeid. I vårt prosjekt er jeg ansatt som koordinator.

Hva bidrar de frivillige med?

– Økt livskvalitet. Noen pasienter ønsker et pusterom fra sykdommen, de kan få dele livshistorien sin. Andre snakker om sykdommen for å skåne de pårørende. Møtene gir pasientene trygghet, så de kan bo hjemme lenger.

Fins tilbudet andre steder?

– Vi har tatt utgangspunkt i Termik (Terminal omsorg i kommunen) fra Vefsn kommune og tilpasset det våre behov.

Hvem er de frivillige?

– De fleste er pensjonister, noen er yrkesaktive. De må være egnet for oppgaven, og aller viktigst; bidra med medmenneskelighet. Vi skulle gjerne hatt flere menn.

Ellers er du kreftkoordinator?

– I 80 prosent. Jeg bruker mye tid på støtte-samtaler med pasient og pårørende. Jeg kopler på aktuelle tjenester etter behov, slik at pasientflyten blir best mulig.

Vil flere dø hjemme?

– Flere får tilbudet, og hjemmesykepleien har god kompetanse til å legge til rette for det. I Sandefjord har vi en lindrende enhet der mange ønsker å være den siste tiden.

Hva er den største utfordringen med hjemmedød?

– Mange lever stabilt lenge, før det plutselig kan bli store endringer. Man har kanskje ikke snakket om hjemmedød, og når det blir aktuelt, er pasienten for svak eller de pårørende for utrygge til å se det som en reell mulighet.

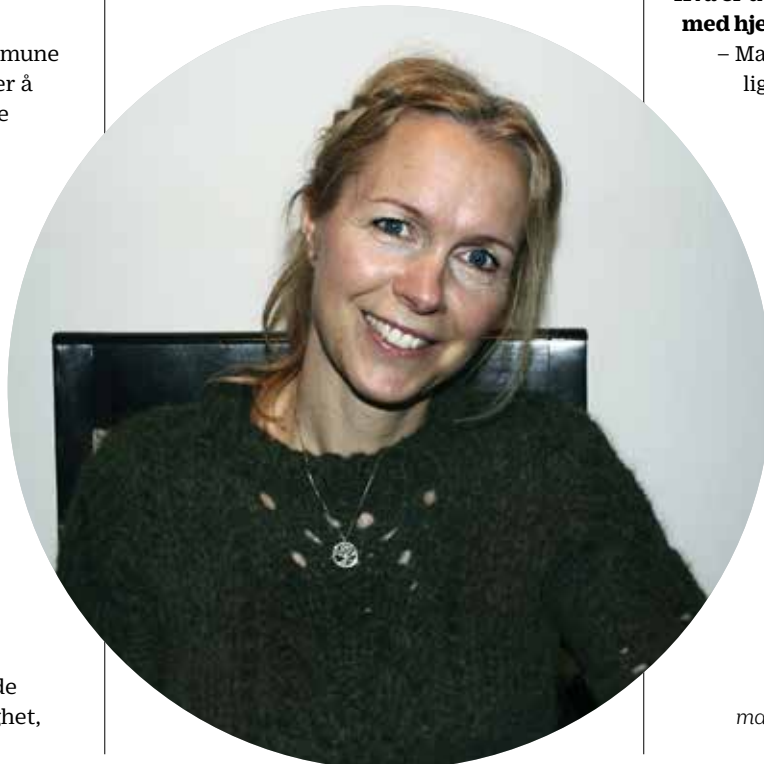
Både mor og far var sykepleiere?

– Ja, kjempekreativt yrkesvalg! Jeg gikk på samme skole også, på Diakonhjemmet.

Ellers noe?

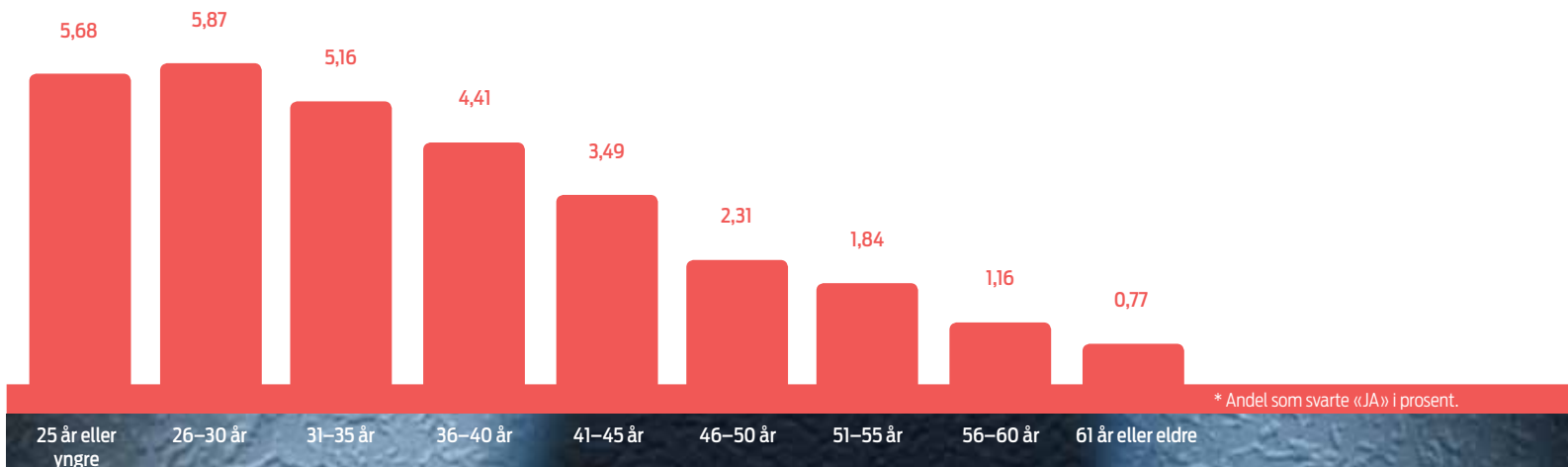
– Vi er privilegerte som har et kreft-team i Sandefjord kommune. Vi er tre kreftsykepleiere og en teolog. Mange kreftkoordinatorer jobber alene. Det er utrolig fint å ha gode kolleger. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Så mange er utsatt for seksuell trakassering:



* Andel som svarte «JA» i prosent.

Spørsmål: Har du i løpet av de foregående tolv måneder blitt utsatt for seksuell trakassering eller overgrep fra KOLLEGER, LEDERE eller andre ANSATTE på arbeidsplassen/studiestedet eller i andre jobbrelaterte sammenhenger (jobbester, undervisning, kurs, konferanser, etc.)?

Foto: Mostphotos

650 sykepleiere forteller at de har opplevd seksuell trakassering eller overgrep fra kolleger, ledere eller andre ansatte det siste året. De yngste er aller mest utsatt.

Yngre sykepleiere oftest utsatt for trakassering

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

Fakta ●●●

Slik gjorde vi det

- Undersøkelsen ble gjennomført mellom 22. januar og 5. februar 2018 ved hjelp av verktøyet Enalyzer.
- Et elektronisk spørreskjema ble sendt ut per epost til 99 867 personer oppført i Norsk Sykepleierforbunds medlemsregister. Det ble sendt en påminnelse.
- Totalt 21 316 personer deltok i undersøkelsen.
- Besvarelsene var anonyme, og Sykepleien kan ikke kople svar til person, bortsett fra der deltakerne selv har valgt å identifisere seg i fritekstfelt.

Les mer

Du finner flere historier og resultater fra undersøkelsen på sykepleien.no.

Tidsskriftet Sykepleien gjennomførte nylig en spørreundersøkelse blant medlemmer av Norsk Sykepleierforbund, om uønsket seksuell oppmerksomhet, trakassering og overgrep i jobbsammenheng.

Over 20 000 har svart på undersøkelsen:

- 650 av undersøkelsens deltakere, 3,1 prosent, oppgir å ha vært utsatt for seksuell trakassering eller overgrep fra kolleger, ledere eller andre ansatte de siste tolv månedene.
- Over 1700 kjenner til at andre sykepleiere på arbeidsplassen har opplevd slikt i samme periode.
- Yngre sykepleiere er vesentlig mer utsatt enn eldre. Blant dem under 30 år, er andelen som oppgir å ha opplevd trakassering eller overgrep fra andre ansatte det siste året, 5,8 prosent.

80 PROSENT UTFØRES AV MENN

I undersøkelsen spør vi også om andre former for uønsket seksualisert oppførsel enn det som nødvendigvis defineres inn under begrepene trakassering eller overgrep:

- 15,5 prosent av dem under 30 år oppgir å ha blitt utsatt for uønskete seksuelt ladete kommentarer angående kropp bekledding eller livsstil fra andre ansatte det siste året.

- Mer enn hver femte har opplevd andre uønskete kommentarer med seksuelt innhold.
- 12,6 prosent av de unge har blitt utsatt for uønsket fysisk kontakt, som for eksempel klyping, klåing, beføling eller omfavnelse, fra kolleger, ledere eller andre ansatte det siste året.

- I rundt 80 prosent av tilfellene er det menn som oppgis å stå bak trakasseringen eller overgrepet.
- I rundt halvparten av tilfellene dreier det seg om en kollega, mens leger, ifølge undersøkelsen, står for 22,3 prosent av trakasseringen og overgrepene. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

Mange hundre sykepleiere har ønsket å dele sine opplevelser om seksuell trakassering og overgrep i jobbsammenheng med oss. Her er noen av historiene.

” En mann i en ledende stilling utsatte unge kvinner for uønsket seksuell oppmerksomhet, særlig sykepleierstudenter og ekstravakter. Hvis de ikke var «med på leken», fikk de ikke vakter på avdelingen.

Fra Sykepleiens undersøkelse





Flere enn hver tredje norske sykepleiere under tretti år oppgir å ha opplevd seksuell trakassering eller overgrep fra pasienter og brukere det siste året.

En av tre unge sykepleiere trakassert av pasienter siste år

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

I en spørreundersøkelse Sykepleien har gjennomført blant medlemmer av Norsk Sykepleierforbund, svarer 36 prosent av deltakerne under tretti «ja» på følgende spørsmål:

«Har du i løpet av de foregående tolv måneder blitt utsatt for seksuell trakassering eller overgrep fra pasienter eller brukere?»

Seksuell trakassering er da definert som «uønsket seksuell oppmerksomhet, som oppleves som krenkende og/eller plagsom for den som rammes».

Når vi inkluderer flere former for uønsket seksuell oppmerksomhet fra pasienter/brukere, og dessuten hendelser som ligger lenger tilbake i tid, oppgir et flertall av deltakerne i undersøkelsen at de har opplevd dette.

VANLIGERE PÅ SYKEHJEM

Blant yngre ansatte på sykehjem er det 40,9 prosent som svarer bekreftende på spørsmålet om trakassering eller overgrep fra pasienter/brukere det siste året. Blant ansatte i hjemmetjenesten og på sykehus er tallene henholdsvis 37,4 og 33,0 prosent.

I fritekstsvarene påpeker en del at det ofte er snakk om pasienter som ikke kan holdes ansvarlig for egne handlinger, men at det likevel kan oppleves ubehagelig:

- «Jeg ble både truet med voldtekt

og andre fysiske skader av en sint intensivpasient. Var usikker på om pasienten var psykisk ustabil/uklar, men ble både redd og veldig sjokkert.»

- «Hendelsene som har oppstått, har vært med pasienter som har vært psykisk syke eller demente. Det har vært ubehagelig der og da, og har som rutine skrevet avviksmelding i etterkant.»
- «Jeg opplevde det ikke som krenkende eller trakassering, siden det åpenbart var sykdommen som gjorde ham slik. Like fullt var det slitsomt, og jeg var glad dersom jeg slapp å stelle ham.»

Når alle yrkesaktive NSF-medlemmer som har besvart undersøkelsen, inkluderes, er det 14,5 prosent – totalt 2954 personer – som oppgir å ha vært utsatt for seksuell trakassering eller overgrep fra pasienter/brukere det siste året.

YNGRE HAR OFTERE HØRT OM TRAKASSERING

22,2 prosent – totalt 4601 personer – sier de kjenner til at sykepleiere på deres arbeidsplass/studiested har vært utsatt for overgrep/trakassering fra pasienter eller brukere det siste året.

Også på dette spørsmålet svarer yngre deltakere i undersøkelsen oftere bekreftende enn de eldre. Mens rundt fire av ti under tretti år

sier de kjenner til overgrep og trakassering mot sykepleiere, synker denne andelen til rundt to av ti fra førtiårsalderen.

NI AV TI ER MENN

På spørsmål om hva trakasseringen eller overgrepet har medført personlig for dem som har vært utsatt, svarer 72,9 prosent «ikke noe spesielt».

9,2 prosent oppgir en følelse av utslitthet, og omtrent like mange (9,1 prosent) sier hendelsen har fått dem til å avstå fra arbeidsoppgaver.

Ni av ti oppgir at det var en mann som sto bak overgrepet eller trakasseringen.

” Pasienter har spurt om jeg kan ha sex med dem, prøvd å dra meg ned i sengen og masturbert foran meg.

Fra Sykepleiens undersøkelse

MANGE VARSLER IKKE

Et mindretall oppgir at de varslet sist gang de opplevde trakassering eller overgrep fra brukere/pasienter.

De vanligste begrunnelsene som oppgis for ikke å varsle om trakassering eller overgrep fra pasienter/brukere, er:

- «Jeg synes ikke det var noe å varsle om» (47,7 %)
- «Jeg mente brukeren/pasienten ikke kunne holdes ansvarlig for handlingen» (41,8 %)
- «Jeg anså det som en akseptert risiko ved å jobbe med pasient-/brukergruppen» (33,8 %) •

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



– Dessverre ikke overraskende

NSF-leder Eli Gunhild By mener det er en svært viktig oppgave for arbeidsgiver å få bukt med seksuell trakassering.

– Dette er dessverre ikke overraskende, kommenterer leder av Norsk Sykepleierforbund, Eli Gunhild By, da hun får presentert hovedfunnene fra Sykepleiens spørreundersøkelse.

– Vi har også andre undersøkelser som viser at seksuell trakassering er noe våre medlemmer opplever.

Hun beskriver situasjonen som uakseptabel.

– Jeg håper og tror at #metoo-kampanjen bidrar til å få både ledere og andre til å tenke over hvordan deres egen oppførsel virker, og til å sette iverk tiltak for å forebygge og avdekke seksuell trakassering.

Av svarene i spørreundersøkelsen fremgår det at de yngste blant sykepleierne er vesentlig mer utsatt for seksuell trakassering enn eldre. I fri tekstsvarene er det mange som forteller om episoder fra studietiden.

By oppfordrer studiesteder og praksissteder til å rette søkelys mot problematikken.

– Studenter som er i praksis, er unge, uerfarne og i en sårbar situasjon fordi de kanskje skal søke på jobb på samme arbeidsplass når de er ferdig utdannet, påpeker hun.

– Hvis arbeidsplassen har en kultur for å snakke om disse tingene, og gode systemer for å varsle, blir det lettere å ta tak i problemene.

Et mindretall av dem som oppgir å ha opplevd trakassering og overgrep fra andre ansatte i jobbsammenheng, sier de varslet om hendelsen. På spørsmål om virksomheten har rutiner for varsling og håndtering svarer over halvparten «vet ikke».

– Det er et arbeidsgiveransvar å ha gode rutiner for varsling, påminner By.

Hun minner om at Helsepersonelloven gir klare føringer for at sykepleiere ikke bare har rett til, men også plikt til å si fra om kritikkverdige forhold i helsetjenesten.

– Men arbeidsmiljøet og det å få bukt med seksuell trakassering er også en svært viktig oppgave for arbeidsgiver, sier NSF-lederen.

– Alle har rett til et trygt arbeidsmiljø. Derfor er det viktig at man sørger for å etablere en kultur og holdninger der det også varsles om denne type forhold og der varslene følges opp på en god måte. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



– Veldig urovekkende

Mangelfull informasjon om varslingsrutiner ved seksuell trakassering vekker reaksjoner hos Likestillings- og diskrimineringsombudet.

– Det er veldig urovekkende at så mange ikke kjenner til om arbeidsplassen har rutiner for varsling og håndtering av seksuell trakassering og overgrep.

Det sier seniorrådgiver i Likestillings- og diskrimineringsombudet, Helene Jesnes, da vi ber henne kommentere noen av funnene fra undersøkelsen.

På spørsmålet «Har din virksomhet rutiner for varsling og håndtering av trakassering og overgrep?» svarer 55,7 prosent «Vet ikke», mens 8,3 prosent krysser av for «Nei».

– Virksomheten bør gjøre noe mer enn bare å legge rutinene på intranett. De kan for eksempel presentere rutinene ved nyansettelser, påpeker Jesnes.

Ombudet anbefaler at alle arbeidsgivere har klare og kjente rutiner for varsling om seksuell trakassering. De bør også ha retningslinjer for hvordan slike varslinger blir håndtert.

Jesnes understreker at dette ansvaret også gjelder når den som begår trakasseringen eller overgrepet, er en person med redusert kontroll over egen atferd, for eksempel ved kognitiv svikt, psykose eller rus.

– Arbeidsgiver har alltid ansvar for å forebygge og hindre trakassering og seksuell trakassering på arbeidsplassen, påpeker Jesnes.

Denne plikten er lovfestet i likestillings- og diskrimineringslovens paragraf 13, som gir følgende definisjon: «Med seksuell trakassering menes enhver form for uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom.» ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no

” Overlegen visste jeg holdt på å spare til egen bolig, og tilbød seg å betale meg penger for å møte ham.

Fra Sykepleiens undersøkelse





– Jeg var totalt uforberedt

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

NY I YRKET: Da Annelin Lyshoel var sykepleierstudent i begynnelsen av 20-årene, møtte hun pasienter som ønsket mer enn å bare bli stelt.

På midten av 80-tallet var Annelin Lyshoel klar for praksis i hjemmesykepleien. Hun skulle hjem til en pasient som etter en amputasjon skulle få spesialtilpasset utstyr. Utfordringen var at utprøving av utstyret var i en annen del av landet, noe som innebar at mannen måtte reise med følge.

– Kona ville ikke bli med, og det var ikke aktuelt for kommunehelsetjenesten å sende noen, forteller Lyshoel.

– Ung og idealistisk som jeg var, sa jeg: Jeg kan jo bli med. Lyshoel brukte sin egen fritid, slik at mannen kunne få reist dit jobben med utstyret skulle gjøres. Reise og opphold gikk over tre dager og inkluderte både fly og tog.

– Det hele var spesielt. Vi bodde privat hos han som drev firmaet som tilpasset bilen. Mannen jeg reiste med lå bak et forheng, mens jeg sov på sofaen i stua.

IKKE RIKTIG «BESTEFAR»

I utgangspunktet likte Lyshoel den eldre mannen veldig godt.

– Vi hadde en god tone, og han kunne vært min bestefar, sier hun. Første natten ba mannen om en godnattklem.

– Ja, det kan han vel få, tenkte jeg. Idet hun bøyde seg ned for å gi ham en klem, tok han på brystet hennes.

– Jeg ble helt satt ut og veldig lei meg. Jeg hadde på toget lurt på om han satt og stirret på brystene mine, men jeg ristet vekk tanken. Han kunne jo vært min bestefar. Opplevelsen gjorde sterkt inntrykk. Dagen etter kastet jeg opp og følte meg uvel. Jeg var totalt uforberedt på at noe sånn kunne skje, sier hun.

Det verste var at hun måtte

tilbringe to døgn til sammen med mannen.

– Jeg var «stuck» i situasjonen, men prøvde så godt jeg kunne å holde avstand.

HELT UFORBEREDT

Da hun kom tilbake fra reisen, tok Lyshoel opplevelsen opp med kontaktsykepleieren.

– Fulgte hun opp saken?

– Nei, egentlig ikke. Hun sa at hun aldri hadde opplevd noen tilnærmelser fra ham, og at det kunne bety at han var betatt av meg.

«Han sa ting som: Ah, du er så vakker og ung.»

Pasient

Lyshoel mener hun hadde stått bedre rustet til å takle en slik opplevelse, og kanskje unngått den, dersom sykepleierutdanningen hadde hatt tilnærmelser fra pasienter og håndtering av slike situasjoner som tema i undervisningen.

– Jeg så ikke tegnene og visste derfor heller ingenting om å sette grenser.

NYUTDANNET SYKEPLEIER

Da Lyshoel var ferdig utdannet sykepleier, fikk hun seg jobb på sykehus. På avdelingen lå det en eldre mann som hadde fått komplikasjoner etter en operasjon. Han hadde et stort sår som var infisert og som det tok to timer å stille. Mannen ble liggende i flere uker på isolat og hadde lite kontakt med omverdenen bortsett fra dem som stelte ham.

Å ligge isolert over lang tid får konsekvenser for pasientens psyk. Det skjønte Lyshoel godt.

– Han var en hyggelig person,



TILNÆRMELSER FRA PASIENTENE: Annelin Lyshoel vil ikke betegne opplevelsene som trakassering. Hun er blitt eldre og klokere og skjønner at pasienter kan misforstår hva som skjer i situasjonen. Foto: Privat

og vi ble godt kjent, ettersom stellet tok lang tid. Han var hyggelig å snakke med og hadde mange gode historier, sier hun.

De første tilnærmelsene fra mannen kom i verbal form etter noen uker.

– Han sa ting som: Ah, du er så vakker og ung. Inderligheten i stemmen gjorde at jeg ble oppmerksom på at han hadde følelser for meg, sier hun.

REFLEKSJONER

Opplevelsen glemmer Lyshoel aldri.

– I begge tilfellene hadde jeg en

god relasjon til disse mennene. Det som gjorde at det gikk slik inn på meg, var at de kunne ha sånne tanker og følelser for meg som var så ung, mens jeg så på dem som pasienter som kunne vært min bestefar. Jeg reflekterte mye over hvordan jeg oppfører meg og hvordan en pasient kan tolke min væremåte. Jeg er bevisst på at jeg har en profesjonell rolle, men det er ikke pasientene nødvendigvis like bevisst på, sier hun.

SKUFFET OG TRIST

Likevel vil hun ikke betegne opplevelsene som trakassering.

Lyshoel mener at pasienter kan ha en annen opplevelse av hva som skjer i en relasjon.

– Jeg ble skuffet og lei meg. Etter som man får mer yrkeserfaring, er man mer forberedt på slike situasjoner, og det er lettere å sette grenser. Hvis en pasient går over streken, kan jeg si at slik oppførsel ikke er greit.

Hun prøver å sette seg inn i pasientens situasjon.

– Hvilken sykdom har pasienten? Er de ensomme eller isolerte? Noen pasienter mistolker at noen ser dem og har tid til å lytte til dem.

Etter hendelsene snakket Lyshoel med kontaktsykepleier og kollegaer.

– Jeg har aldri snakket med lærere om det, sier hun.

LETT Å SETTE KOLLEGER PÅ PÅSS

– *Har du opplevd liknende ting fra kolleger?*

– Det har vært slengbemerkinger. For eksempel fra mannlige leger som roper etter meg at de kan se hva jeg har på meg under uniformen. Dette var da vi fremdeles gikk i «kjoler».

– *Følte du det som trakassering?*

– Nei. Men dette er nok forskjellig fra person til person og hvilken tone det er på avdelingen. Det var lett for meg å sette legen på plass. Det er vanskeligere med pasienter. De er sårbare, mens jeg har en maktposisjon i forhold til dem, sier hun.

Lyshoel mener dette bør være et viktig tema på sykepleierutdanningen.

– Studentene må få kunnskap om hvordan pasienter kan reagere i forskjellige situasjoner og videre få verktøy for å takle tilnæringer på en ok måte, slik at det blir best mulig for både sykepleier og pasient. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

” I min praksistid som sykepleier-elev besvimte jeg på jobb av ukjent årsak. En lege ba meg bli med inn på hans kontor. Han holdt meg der, fast i begge overarmene og kysset meg lenge på munnen. Etterpå sa han: «Det du trenger, er kjærlighet.» Jeg snakket aldri med noen om dette.

Fra Sykepleiens undersøkelse

” Meldte aldri ifra, noe jeg i etterkant har tenkt at jeg burde ha gjort.

Fra Sykepleiens undersøkelse

” Jeg kan ikke forklare hvorfor jeg ikke fortalte noen om det, jeg ble bare så overrasket, og følte kanskje litt på at jeg burde ha klart å unngå det.

Fra Sykepleiens undersøkelse





Kun én av fem sykepleiere som oppgir å ha blitt utsatt for trakassering eller overgrep det siste året, varslet om hendelsen.

Få varsler om trakassering

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

Et mindretall av sykepleiere som opplever trakassering eller overgrep fra kolleger og andre ansatte, varsler om hendelsene. Det fremgår av Sykepleiens spørreundersøkelse om temaet:

- En av fem som oppgir å ha blitt utsatt for trakassering eller overgrep det siste året, sier de varslet noen om hendelsen.
- På spørsmålet «Har din virksomhet rutiner for varsling og håndtering av trakassering og overgrep?» svarer over halvparten «vet ikke».
- Rundt en fjerdedel av dem som ikke varslet sier de var redde for hvilke konsekvenser det kunne få for deres arbeidssituasjon.
- Omtrent like mange oppgir liten tro på at det ville blitt tatt tak i, som årsak til ikke å varsle.
- Den hyppigst oppgitte årsaken til at det ikke varsles om trakassering og overgrep fra andre ansatte er at man ikke synes det er noe å varsle om.

MISFORNØYD MED HÅNDTERINGEN

Av dem som faktisk varslet, er det under en tredel som sier de var fornøyd eller svært fornøyd med arbeidsplassens håndtering av saken.

Blant dem som har valgt å

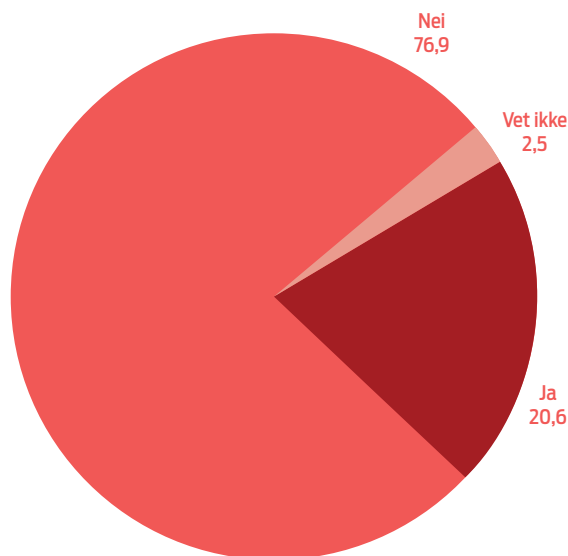
utdype oppfølgingen i fritekstfelt, finner vi blant annet kommentarer som dette:

- «Jeg forsto at personen hadde makt over systemet som skulle beskytte meg.»
- «Fikk beskjed om at jeg måtte riste det av meg og komme meg tilbake på jobb med en gang.»
- «Fikk til svar fra leder at det sikkert ikke var vondt ment.»
- «Det ble tøyset bort som fyllerør.»
- «Lederen mente [...] at siden jeg var mann, kunne hun ikke se at det var seksuell trakassering.» ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

«Det ble tøyset bort som fyllerør.»
Anonym sykepleier

Ble noen varslet?



Andel som varslet sist de var utsatt for seksuell trakassering eller overgrep fra kolleger, ledere eller andre ansatte.



Sykepleien.no

Her får du alle resultatene fra undersøkelsen

– Det har kostet å varsle om trakasseringen

● Tekst **Marit Fonn**

REDDE KOLLEGER: – Da jeg ble alenemor, endret lederen min atferd. Å bli trakassert gjorde noe med meg som person og som dame, sier sykepleieren.

En psykiatrisk sykepleier begynte å jobbe i en privat bedriftshelsetjeneste i 2008. I 2011 gikk hun gjennom et samlivsbrudd, og hun ble alenemor. Det var i denne perioden lederen hennes endret atferd.

Hun opplevde både uønsket fysisk kontakt, som beføling og klaps på rumpa, og krenkende verbale ytringer av seksuell karakter en rekke ganger. Hun ble sykemeldt i ett år.

KOLLEGER TRAKK SEG UNNA

Et par ganger var andre til stede da dette skjedde.

– Hvordan reagerte kollegene?

– Vi var bare sju ansatte. De trakk seg unna, valgte ikke å gjøre noe. De skulle jo jobbe der videre, forteller sykepleieren til Sykepleien.

Sykepleieren er en av dem som har svart på Sykepleiens nettbaserte spørreundersøkelse om trakassering. På telefon har hun også fortalt mer utfyllende om sin historie.

VARSLER OM KRITIKKVERDIGE FORHOLD

Etter hendelsene tok hun kontakt med Norsk Sykepleierforbund (NSF), som sendte varsel til styret om kritikkverdige forhold våren 2012. Det ble bedt om å gjøre tiltak så sykepleieren kunne vende tilbake til arbeidsplassen sin.

Det ble vist til arbeidsmiljøloven (§§ 4–1 jf. 4-3), der det heter at «arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden».

FORLIK

Sykepleieren fikk råd fra NSF om ikke å ta saken til retten, da det ville stå ord mot ord. Det endte med rettsforlik i 2013:

- Arbeidsforholdet avsluttes umiddelbart.
- Hun får lønn tilsvarende tre måneder (90 000 kroner).
- Innholdet i avtalen er taushetsbelagt.
- Arbeidsgiver plikter å utstede sluttattest.
 - Etterpå følte jeg meg kneblet. Styreleder sa at det ikke ville bli

«Jeg er ikke typen som unnlater å si noe.» Anonym sykepleier

vanskelig for meg å søke ny jobb hvis jeg holdt kjeft. Jeg oppfattet uttalelsen som en trussel, forteller hun.

– UBRUKELIG ATTEST

Sluttattesten bekrefter at hun har vært ansatt i bedriften i nesten seks år. Men det står også at «hun har hatt et ikke ubetydelig sykefravær gjennom denne tiden». Attesten er signert lederen hun varslet om.

– Den kunne jeg ikke bruke. Jeg var sikker på at jeg ikke ville få meg en ny jobb. Jeg var nedfor, begynte å isolere meg, forteller den psykiatriske sykepleieren.

Løsningen ble å flytte til et annet fylke. Der fikk hun ny jobb.

– SOM Å OPPLIVE DET PÅ NYTT

Hun har følt #metoo-kampanjen som en støtte.

– På den annen side har den virket opp det som skjedde for fire-fem år siden. Skjelettene i skapet kom fram igjen. Det var som å oppleve det på nytt.

Nå har hun jobbet i fire år i psykisk helsevern.

– Jeg har fått troen på arbeidslivet tilbake. Og på meg selv.

– DET KOSTER Å VARSLER

– Du varslet. Hva er erfaringen?

– At det koster. Jeg tapte også penger på å være sykemeldt så lenge. Attesten jeg fikk, føler jeg ikke er noe verdt når jeg skal søke jobb. NSF-advokaten ba om en ny attest, men det fikk vi ikke. Jeg fikk råd fra advokaten om å si på jobbintervju at lederen gjorde noe uakseptabelt. Ikke gi det stor plass, sier hun.

– KUNNE VÆRT TØFFERE

– Det har kostet å varsle, sier du. Men var det verdt det?

– Njaaa. Jeg er ikke typen som unnlater å si noe. Men det var

kostbar lærdom. Jeg stortrivdes, hadde drømmejobben. Dagjobb med små barn. Paradoxet var at vi ga råd om arbeidsmiljø i liknende saker.

– Hva kunne du ellers gjort?

– Jeg kunne vært tøffere. Hvis det hadde skjedd i dag, ville jeg kanskje tatt et oppgjør i kollegiet, sier sykepleieren.

Hun legger til:

– Det ligger en skyldfølelse hos mange som er utsatt for slike hendelser. Jeg har følt det på kroppen, og det gjorde noe med meg som person og dame i den sårbare situasjonen jeg befant meg i. ●

marit.fonn@sykepleien.no

ANNONSE



medema
gruppen

- Løsninger som fungerer



Mobility Monitor

Mobilitetssensor til bruk under sengemadrassen for måling av brukers grad av mobilitet, søvnmonnster og mikroaktivitet gjennom natten.

Brukes til å forebygge trykksår og fallulykker, samt registrere søvnmonnster og medisinpåvirkning. Reduserer pleiekostnader og øker pasientvelferden.

For mere informasjon, kontakt oss på 67 06 49 00 eller www.medema.no.



Alta er først i Europa med robotultral lyd

Robotassistert ultralyd gir en ny arbeidshverdag for ultralydjordmor Charlotte Mannsverk.

Tekst **Ann-Mari Gregersen** • Foto **Alf Ove Hansen**

Kristin, ta av deg jakken og legg deg ned. Ser du skjermen der oppe? Der er gynekolog Ingrid Petrikke Olsen med fra Hammerfest. Så nå får vi gjort tilvekstkontrollen både med jordmor og lege.

KOORDINERING

Ultrajordmor Charlotte Mannsverk ved helse-sentret i Alta tar blå gelé på magen, der et 24 uker gammelt foster skal få flere øyne på seg. Det skjer via en robotprobe, som er festet på et vanlig ultralydapparat. På Hammerfest sykehus 14 mil unna har gynekologen en lik probe, som gjør at en kan fjernstyre ultralydapparatet og gjøre diagnostikken derfra.

– Ingrid, vil du sjekke at du har kontakt? Proben rører ikke på seg. Nå synkroniserer vi,

slik at den ikke står på langs her i Alta og på tvers i Hammerfest. Så må vi finne opp og ned, slik at vi ser det samme.

Charlotte Mannsverk og Ingrid Petrikke Olsen bruker noen minutter på å samkjøre seg. God kommunikasjon mellom ultralydjordmor

«Det er som å spise middag, der den ene holder kniven og den andre gaffelen.»

Ingrid Petrikke Olsen, gynekolog

og gynekolog er helt essensielt. Ultralyd på et bevegende foster og en gallestein som ligger i ro, er to helt ulike ting.

– Det er som å spise middag, der den ene holder kniven og den andre gaffelen. Vi må samkjøre både på retning og vinkel, samtidig som vi skal ivareta pasienten, sier Olsen.

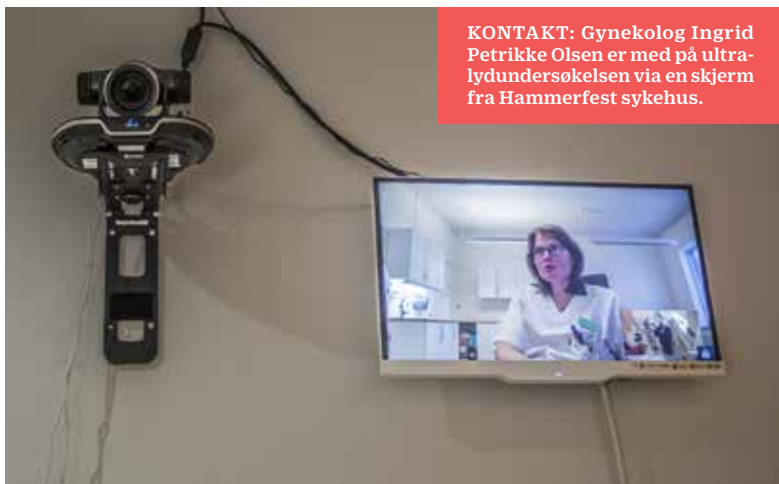
ØVE, ØVE OG ØVE

Prosjektet startet noen uker før jul, og kom i stand da den franske produsenten tok kontakt med Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø – som er kjent for å ligge langt fremme på telemedisin. Robotarmen hadde med hell vært brukt i Canada, og e-helsesjef Sture Pettersen så umiddelbart potensialet. Charlotte Mannsverk kom ned til Tromsø og



FREMSKRITT: Charlotte Mannsverk er 1 av 4 ultralydjordmødre i hele Finnmark, og synes den nye teknologien er bra både for henne og pasienten.

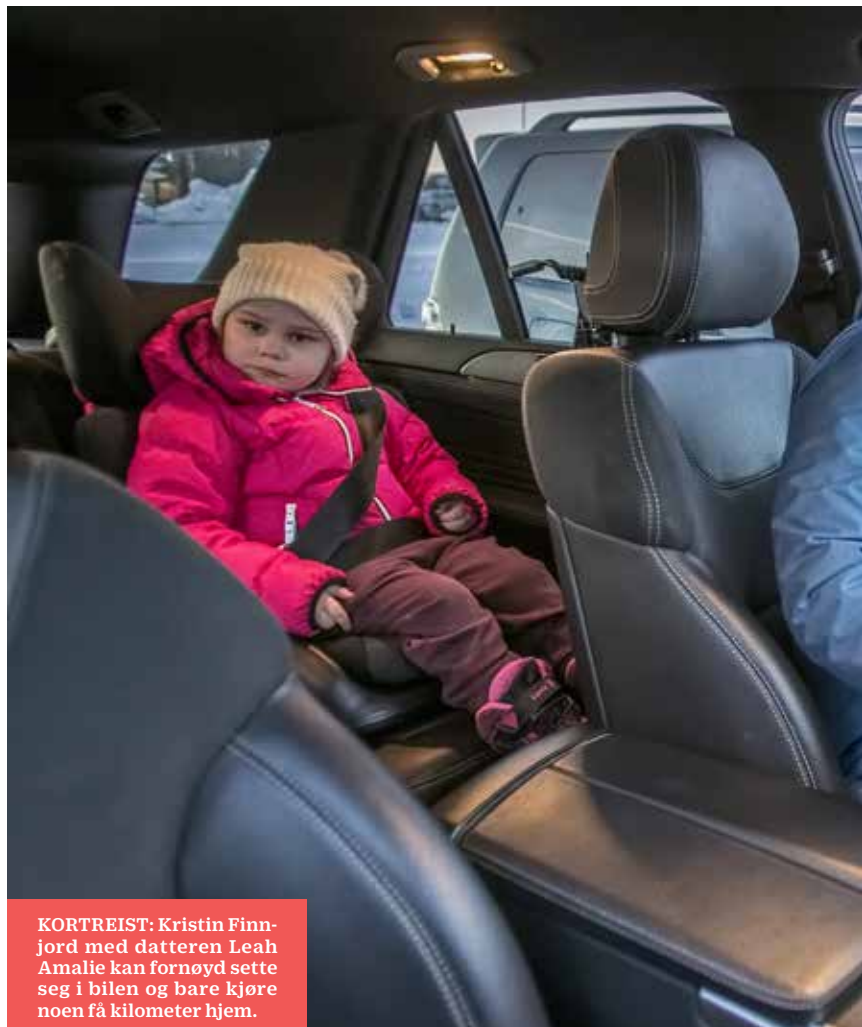




KONTAKT: Gynekolog Ingrid Petrikke Olsen er med på ultralydundersøkelsen via en skjerm fra Hammerfest sykehus.



OPPLEVELSE: Ultralydjordmor Charlotte Mannsverk sørger for at Kristin Finnjord har en god opplevelse på tilvekstkontrollen.



KORTREIST: Kristin Finnjord med datteren Leah Amalie kan fornøyd sette seg i bilen og bare kjøre noen få kilometer hjem.

→ testet robotarmen. Det ble søkt om innovasjonsmidler, og bestemt at dette skulle bli et 3-måneders prosjekt.

Det er første gang den brukes i Europa, og Mannsverk er glad for å ha robotarmen som en del av arbeidshverdagen sin i Alta. Hun har vært sykepleier i 15 år, jordmor i sju og ultralydjordmor i tre år. Det er bare fire ultralydjordmødre i hele Finnmark, to i vest.

– Robotarmen er ikke vanskelig i seg selv, men en må øve og øve og bli kjent med verktøyet. Jeg synes den er fantastisk, da jeg kan jobbe i Alta og ha med gynekolog fra Hammerfest eller Tromsø. Jeg kan også ved behov ha med fostermedisiner fra Tromsø. Her hvor avstandene er så store, er det til god nytte for meg.

NORMALT ELLER IKKE?

Denne dagen er det spesielt godt å ha ekstra øyne på plass.

– Ser du det området der rett til høyre for

hodet? Er det en normal variant? spør Charlotte Mannsverk gynekologen.

– Hold proben stille. Jeg tror ikke det er noe alvorlig. Kristin, har du hatt magesmerter i graviditeten? spør Ingrid Petrikke Olsen.

Gravid, ultralydjordmor og gynekolog snakker mer sammen. Området studeres ekstra nøye før det konkluderes med at dette ikke er noe unormalt, og at det ikke krever videre kontroll. Magen tørkes for gelé, og Kristin Finnjord kan nå ta en kort kjøretur hjem.

– Nå fikk jeg en ekstra faglig vurdering med én gang. Pasienten slapp å grue seg i flere dager, for så å dra til Hammerfest for kontroll. Gynekologen kunne også stille spørsmål med én gang til oss alle.



«Jeg synes den er fantastisk.» Charlotte Mannsverk, jordmor

Det var deilig at alle tre fikk vite samtidig at dette var en normal variant, sier Charlotte Mannsverk.

SPARE MANGE MIL

Kristin Finnjord har vært gjennom dette før. Datteren Leah Emilie på 4 år er med som bevis for det. 27-åringen var ikke veldig nervøs før kontrollen, og nå har hun også fått svar på alt hun lurte på fra to fagpersoner.

– Jeg er veldig glad for dette tilbudet. Det sparer meg for mye reise. Normalt ville jeg dratt 280 kilometer tur retur til Hammerfest for akkurat denne kontrollen. Det er jeg glad jeg slipper, sier Kristin Finnjord.

Charlotte Mannsverk understreker at dette tilbudet gjør at man kan spare den gravide for mange reiser, dersom det gjelder rutinekontroller og en annen fagpersons vurdering. I andre tilfeller, der for eksempel mor må følges opp, kan det være hun uansett må til Hammerfest eller Tromsø for medisinsk oppfølging.



STYRKER TILBUDET: Alta er Finnmarks største by med rundt 20 000 innbyggere, men har ikke eget sykehus.

Fakta

Helse i Finnmark

- Finnmarkssykehuset er ett av fem helseforetak i Helse Nord og har ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet i Finnmark fylke. Det ene sykehuset er i Hammerfest, som også er administrativ hovedbase, det andre i Kirkenes.
- Den psykiatriske helsetjenesten og rusomsorgen er desentralisert og lokalisert i hele fylket. Det er helsesentre i Alta, Tana, Vadsø og Karasjok.
- Finnmark fylke har drøyt 76 000 innbyggere, og er i areal større enn Danmark.

– I 2017 var det 260 gravide i Alta. Av disse er det mange som går flere ganger til kontroll, og bare der spares uansett samfunnet for mange pasientreiser. For kvinner i Kautokeino er reisetiden enda lengre, på ti timer totalt, over to fjelloverganger.

MER PENGER PÅ BEHANDLING

Reisekostnader, avstander og at pasientene skal få et tilbud nært seg er noen av grunnene til at Finnmarkssykehuset ville prøve robotarmen i Alta.

– Vi skal flytte penger fra transport til behandling, da det går mye penger på det. Penger som er bedre å bruke på mer god behandling, samt at folk skal få et desentralisert og likeverdig helsetilbud uansett hvor de bor. Tilbudet styrkes også i Alta, som er fylkets største by og uten eget sykehus. Derfor prøves robotarmen ut her, samtidig som det også kommer MR og CT på plass, sier e-helse-sjef Sture Pettersen ved Finnmarkssykehuset.

I mars er prosjektet avsluttet, og da skal

«Normalt ville jeg dratt 280 kilometer tur retur til Hammerfest for akkurat denne kontrollen.»

Kristin Finnjord, gravid

alle data analyseres. Blant annet for å finne ut nøyaktig hva en sparer på en slik robotarm.

– I Canada ble det bare utført en liten undersøkelse på effekten. Vår undersøkelse vil bli større, med flere pasienter. Nå samler vi flere typer data for å få svar både på nytteverdi og kvalitet. Målet er også å kunne publisere vitenskapelige artikler. Jeg er positiv til at robotarmen blir permanent. En slik måte å jobbe på tror jeg fremover blir en vanlig del av arbeidsplanen på et sykehus, sier Pettersen.

ULTRALYD PÅ TESTIKKEL

Både Sture Pettersen og Charlotte Mannsverk er positive til at robotarmen blir en permanent del av arbeidsdagen. Men først skal undersøkelsen ferdigstilles, og så skal det forhandles om pris.

– Vi ser også muligheten for å bruke robotarmen på andre områder enn ultralyd. Nylig var det en 14-åring i Alta som hadde en testikkel som hadde flyttet på seg, og han sto i fare for å miste den. Da brukte vi robotarmen, og fikk umiddelbart svar fra sykehuset.

Sture Pettersen synes sykepleiere er en flott og entusiastisk yrkesgruppe å jobbe med. De er åpne for og interessert i ny teknologi, som Charlotte Mannsverk.

– Jeg jobber en god del alene og har mye ansvar. Det gir meg en ekstra trygghet å ha god backup i leger på sykehusene i Hammerfest og Tromsø. Jeg håper virkelig at robotarmen blir permanent her på helsesentret! sier Charlotte Mannsverk. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Nesten 5000 sykepleierstudenter tok eksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi like før jul. Da sensuren falt, viste det seg at 1088 av dem strøk.

Hver femte sykepleierstudent strøk

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

24. januar offentliggjorde Nokut hvordan det står til med kunnskaper om anatomi, fysiologi og biokjemi hos førsteårsstudentene i sykepleie. Eksamen i desember viste at 1088 av sykepleierstudentene fikk F, som betyr stryk. Gjennomsnittskaraktaren var på karakteren D på denne eksamen.

NESTEN KOPI FRA 2016

– Resultatene er omtrent identiske med resultatene fra sist gang eksamen ble gjennomført. Med tanke på at anatomi, fysiologi og biokjemi er basisfag i utdanningen, skulle vi gjerne sett bedre resultater, sier Nokut-direktør Terje Mørland da han presenterte tallene

I snitt er det litt færre som får A og marginalt færre som stryker sammenliknet med 2016.

Mørland får støtte fra NSF's studentleder Christian Strømnes.

– Det er fortsatt høy strykprosent. Mer enn hver femte sykepleierstudent får F. I tillegg har startkompetansen på studentene økt, men resultatene har gjennomsnittlig ligget på det samme. Det er ikke bra og gir et signal om at utdanningsinstitusjonene har en jobb å gjøre, sier Strømnes.

LOKALE FORSKJELLER

Selv om det på nasjonalt nivå er små endringer, er det lokale forskjeller.

Høgskolen i Østfold (HiØ) kan vise til positiv utvikling. Skolen har mer enn doblet antallet studenter som har fått A. I tillegg er strykprosenten redusert noe fra 2016.

– Mitt inntrykk er at Høgskolen i Østfold har jobbet frem et godt undervisningsopplegg som inkluderer en satsing på elektroniske læreverktøy og studentaktive læringsformer, og dette ser ut til å gi resultater, sier Strømnes.

«Med tanke på at anatomi, fysiologi og biokjemi er basisfag i utdanningen, skulle vi gjerne sett bedre resultater.» Terje Mørland, Nokut-direktør

Han mener nasjonale deksamener er viktig for at utdanningene skal kunne lære av hverandre og styrke kvaliteten i på den norske sykepleierutdanningen.

– I tillegg sikrer nasjonale deksamener en mer enhetlig utdanning og forebygger uønsket variasjon i helse-tjenesten. Vi mener derfor at det er hensiktsmessig å innføre nasjonale deksamener i de emnene det er relevant med skriftlige eksamener som vurderingsform. Som for eksempel sykdomslære, i tillegg til dagens

nasjonale deksamener i anatomi, fysiologi og biokjemi, sier Strømnes.

Et annet studiested som har forbedret seg, er Høgskolen i Molde, avdeling Kristiansund. I 2016 hadde ikke skolen noen studenter som fikk karakteren A. Selv om dette er en liten skole hvor bare 17 har tatt eksamen, fikk 4 studenter karakteren A denne gang. Like mange studenter fikk F.

OPPTAKSKRAV LØSER NOE

NSF Student har lenge jobbet for karakterkrav for å komme inn på studiet. I 2019 blir det en realitet.

– Tror du det vil redusere strykprosenten?

– Ja, jeg tror det kan sikre at flere studenter får ståkarakter, men jeg tror at det viktigste for å sikre gode ståkarakterer er god og variert undervisning. Målsettingen kan ikke kun være at studentene skal stå, men også at de får gode karakterer. Vi er imidlertid veldig glad for kravet om 3 i norsk og matte, men skulle helst sett at det også inkluderte et karakterkrav på 3 i engelsk, sier Strømnes.

OPPFORDRER TIL Å KLAGE

Mange sykepleierstudenter er skuffet etter sensuren.

– Har du noen råd til dem?

– Dersom jeg hadde strøket, ville jeg bedt om ny sensur, med begrunnelse. I tillegg ville jeg ha lest meg opp på sensorveiledningen for å se

Fakta ●●●●

Fakta om nasjonal deksamener

Nokut arrangerer nasjonale deksamener for sykepleierstudenter i samarbeid med Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen sykepleie. Alle høyskolene og universitetene som utdanner sykepleiere, deltar i prosjektet. Den nasjonale deksameneren omfatter emnene anatomi, fysiologi og biokjemi for studenter i bachelorgradsstudiet i sykepleie.

Nasjonale deksamener i høyere utdanning skal gi myndighetene nyttig informasjon om studentenes kunnskapsnivå og gi fagmiljøene mulighet til å sammenligne seg med tilsvarende fagmiljøer ved andre institusjoner og utvikle seg på grunnlag av dette. Nokut gjennomfører pilotprosjektet på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet.

Her er resultater for deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi, desember 2017

Tallene viser andelen av studentene som oppnådde de forskjellige karakterene (A-F), angitt i prosent.

Institusjon	A	B	C	D	E	F	2017 gj.snitt*
NTNU - Trondheim	21,1	36,27	20,1	9,8	5,4	7,4	3,4
Lovisenberg Diakonale Høgskole	14,5	33,9	23	12,1	6,5	10,1	3,1
UiA - Kristiansand	14,9	27,4	30,3	8,6	8	10,9	3
VID - Bergen	9	26	32,2	10,7	13	9	2,8
HVL - Bergen	7	25,2	27,9	14,7	11,6	13,6	2,6
Høgskolen i Østfold	9,7	24,5	22,7	14,4	9,3	19,4	2,5
Høgskolen i Innlandet - Elverum*	7,3	20,9	34,6	9,1	10,9	17,2	2,5
HVL - Førde	4,5	27,7	25	14,3	16,1	12,5	2,5
Nord - Levanger**	5,2	21,3	29,4	19,9	12,5	11,8	2,5
VID - Oslo	5,6	24,4	22,8	17,8	15,6	13,9	2,5
Høgskolen Diakonova	4,7	25,2	27,5	11	11	20,5	2,4
UiA - Grimstad	3,1	21,7	32,6	10,9	17,1	14,7	2,4
Høgskolen i Molde - Kristiansund	23,5	17,7	5,9	5,9	23,5	23,5	2,4
NTNU - Ålesund	5,2	14	34,6	19,1	12,5	14,7	2,4
HiOA - Pilestredet	7,3	18,9	26,9	14,6	8,6	23,7	2,3
HVL - Haugesund	3,8	17,9	34,9	9,4	16	17,9	2,3
HSN - Drammen	5,7	20,1	26,4	12,6	13,2	22	2,3
Nasjonalt gjennomsnitt for alle utdanningene	6,4	20,2	25,4	14	12,5	21,5	2,3
HiOA - Sandvika	5,6	19,4	27,8	5,6	22,2	19,4	2,2
HSN - Vestfold	5,9	21,5	20	16,3	8,9	27,4	2,2
UiT - Tromsø	5,5	18,3	26,2	11	12,8	26,2	2,1
HSN - Porsgrunn	3,8	13,4	29,9	15,9	12,7	24,2	2,1
NTNU - Gjøvik	4,6	18,5	23,9	12,2	15,8	15,8	2,1
Nord - Bodø	1,9	17,2	22,3	16,6	18,5	23,6	2
HiOA - Kjeller	3,3	19,9	16,6	13,8	17,1	29,3	1,9
Høgskolen i Innlandet - Kongsvinger*	1,9	11,1	29,6	18,5	14,8	24,1	1,9
UIS	2,4	10,6	25,6	20,1	13	28,4	1,8
HVL - Stord	2,3	9,2	20,7	17,2	25,3	25,3	1,7
Nord - Vesterålen	2,5	10	25	12,5	7,5	42,5	1,6
UiT - Narvik	0	17	10,6	12,8	27,7	31,2	1,5
UiT - Harstad	3,1	13,4	11,3	16,5	10,3	45,4	1,5
Høgskolen i Molde	1	8,2	22,5	16,3	20,2	41,8	1,5
Nord - Namsos**	0	8	18	13	24	37	1,4
UiT - Hammerfest	1,5	7,6	16,7	12,1	16,7	45,5	1,3
Nord - Mo i Rana (Helgeland)	0	5	18,8	20,8	7,9	47,5	1,3

* Gjennomsnittskarakterer for alle studentene, sortert etter studiested. Karakterene er gjort om til tall.

hva jeg bommet på og lese ekstra på dette, sier Strømnes.

Studentene har tre forsøk for å stå på denne eksamenen.

– Det betyr at stryk på første forsøk ikke får konsekvenser for studentenes studieforløp, sier Strømnes.

NTNU Trondheim, UiA Kristiansand og Lovisenberg Diakonale Høgskole topper listen over studiesteder som har fått flest studenter med karakteren A.

HÅPER RESULTATENE BLIR BRUKT

Noen utdanningssteder drar opp strykprosenten: I Mo i Rana, Hammerfest, Harstad, Vesterålen og Molde har mellom 40 og 50 prosent av studentene fått F på eksamen.

«Stryk på første forsøk får ikke konsekvenser for studentenes studieforløp.»

Christian Strømnes

Mørland er overbevist om at nasjonal deleksamen gir institusjonene en unik mulighet til å lære av hverandre:

– Dette er andre gang vi gjennomfører eksamen i fullskala – altså at alle sykepleierutdanningene i Norge deltar. Det betyr masse kunnskap som bør deles og brukes på tvers av lærerstedene. Jeg håper at fagmiljøene dykker ned i resultatene og bruker dem i arbeidet med å videreutvikle sykepleierutdanningene i Norge, sier han. ●

kari.anne.dolonen
@sykepleien.no



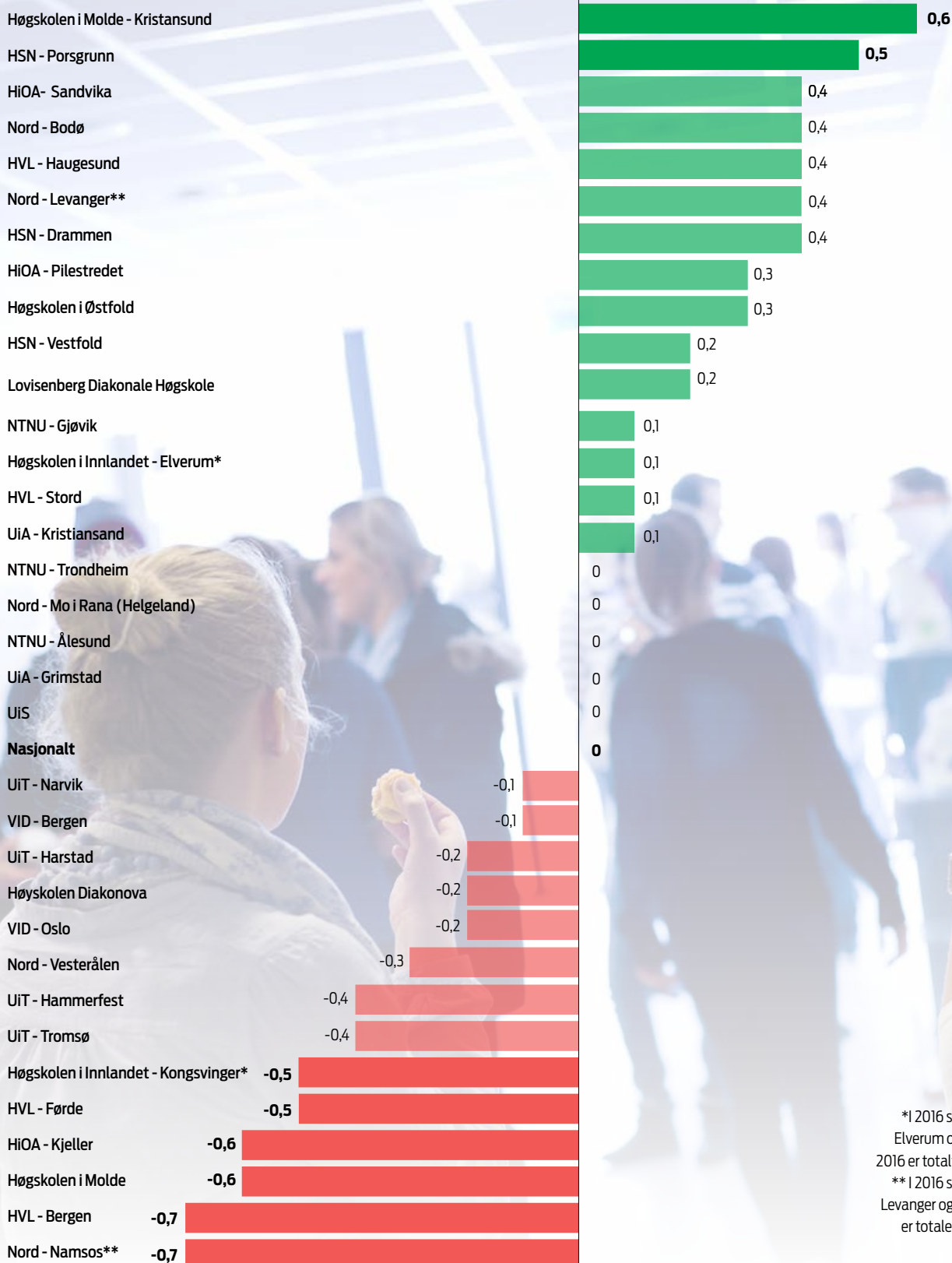
Sykepleien.no

Les mer:

- Hver femte sykepleierstudent strøk
- – Så mye stryk! Det var overraskende



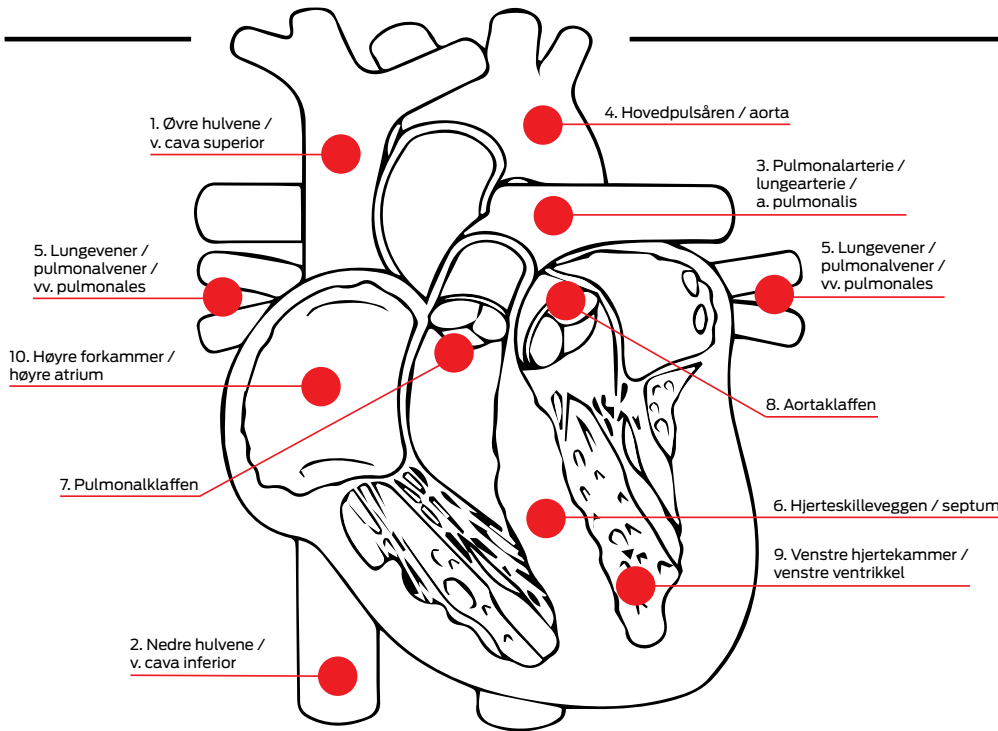
Endring i gjennomsnittskarakter for alle studenter 2016– 2017



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

*I 2016 splittet vi ikke resultatene i Elverum og Kongsvinger. Tallene for 2016 er totalt for begge utdanningene.
 **I 2016 splittet vi ikke resultatene i Levanger og Namsos. Tallene for 2016 er totalen for begge utdanningene

Kilde: Nokut



Hadde du klart eksamen?

Den første oppgaven handlet om sirkulasjonssystemet. I figuren ser du en illustrasjon av hjertet. Her skulle studentene navngi de ti nummererte strukturene.

Her er resten av oppgave 1:

- b)** Beskriv hva som menes med puls, og nevnt normalverdier for puls i hvile hos voksne.
- c)** Beskriv funksjonen til muskel-venepumpen og veneklaffene i bena.
- d)** Gjør rede for hvordan nervesystemet bidrar til å regulere kroppens blodtrykk.

SIRKULASJON

Oppgave 2 handler om sirkulasjonssystemet:

- a)** Beskriv oppbygningen av alveolene.
- b)** Gjør rede for hvordan gassutvekslingen foregår mellom alveoler og lungekapillærer.
- c)** Beskriv hva som menes med oksygenmetning.
- d)** Ventilasjon deles inn i to faser: inspirasjon og ekspirasjon. Forklar hva som skjer i hver av disse to fasene ved ventilasjon i hvile.

HUD, IMMUNSYSTEM OG TEMPERATUR

Oppgave 3 handler om huden, immunsystemet og temperaturreguleringen:

- a)** Beskriv hudens anatomiske oppbygning.
- b)** Det ytre medfødte immunforsvaret

(barriereforsvaret) omfatter flere prosesser og egenskaper som skal hindre infeksjon med sykdomsfremkallende (patogene) mikroorganismer. Beskriv seks av disse prosessene eller egenskapene.

- c)** Forklar hvordan blodårer og skjelettmuskulatur deltar i reguleringen av kroppstemperaturen når omgivelsene blir kaldere.
- d)** Forklar hvordan blodårer og svettekjertler deltar i reguleringen av kroppstemperaturen når omgivelsene blir varmere. ●



Sykepleien.no

På sykepleien.no finner du alle oppgavene, hvor mange poeng hvert svar gir, og fasiten.

Dette er nettadressen:
<http://bit.ly/2FZZBag>



Eller skann QR-koden, for eksempel med appen i-nigma, og kom direkte til testen.

Landstinget Dalarna söker Internstafett-sjukskøterskor

Är du intresserad av ett spännande arbete i Dalarna med attraktiv lön och goda anställningsvillkor?

För dig som är en erfaren sjukskøterska och söker nya utmaningar har vi ett intressant uppdrag som erbjuder ett varierat arbete. Uppdraget kommer ge dig en bred kompetens och god insyn i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter.

Ansök senast: 2018-02-18
ldalarna.se/ledigajobb



Landstinget
DALARNA



Pasienter med kreft i lever og bukspyttkjertel måtte vente for lenge på operasjon. To døde.

Sykepleiere anmelder sykehusssjefer i Sverige

• Tekst **Nina Hernæs**

Alexandra Ekengren, spesialsykepleier i Stockholms ambulansetjeneste, har anmeldt toppsjefene på Karolinska Universitetssjukhuset for medvirkning til andre menneskers død.

Tirsdag 30. januar skrev Läkartidningen at politiet på eget initiativ også har anmeldt sykehuset for samme forhold. Det skjedde etter at politiet hadde lest det svenske helseilsynet, Inspektionen för vård och omsorg, sin rapport om hendelsene.

– Jeg synes det er rart dette ikke allerede er blitt politianmeldt, sier Paul Beijnes i Stockholm-politiet til Dagens Nyheter.

Det var Dagens Nyheter som først skrev om at tolv pasienter

med kreft i lever og bukspyttkjertel måtte vente for lenge på operasjon sommeren 2017. For to av dem er det dokumentert at ventetiden gikk ut over deres helse.

Kreft i lever og bukspyttkjertel er svært alvorlige diagnoser, som skal opereres raskt. I Sverige er det satt en frist på 36 dager etter at diagnose er stilt.

BLE TILBUDDT HJELP, TAKKET NEI
Dagens Nyheter har også avdekket at Danderyd sjukehus utenfor Stockholm tilbød Karolinska hjelp for å kutte ventetiden, men Karolinska takket nei.

– Det er helt vanvittig, sier Alexandra Ekengren.

«Det er opprørende at offentlige midler blir brukt på denne måten.»
Alexandra Ekengren, sykepleier

– To personer har dødd, og sykehuset er blitt tilbudt hjelp, men har takket nei.

MILLIONER TIL KONSULENTER
Karolinska Universitetssjukhuset flyttet inn i helt nye lokaler med ny organisasjonsform i 2016. Nybygget kostet mange milliarder mer enn budsjettert, og det er inngått avtaler som gjør at små utbedringer som må gjøres etter at lokalene er tatt i bruk, koster store summer.

Dagens Nyheter har skrevet at sykehusets produksjonsdirektør, som gikk fra stillingen sin for noen uker siden, siden 2011 har engasjert Boston Consulting Group til konsulentoppdrag til en regning på 257 millioner svenske kroner. Produksjonsdirektøren var få år tidligere selv ansatt i dette selskapet. Dagens Nyheter har avdekket at det mangler underlag for 57 av de 257 millionene. Dette er nå behandlet i en internrevisjon.

Alexandra Ekengren sier det er

galskap å behandle dette internt.

– Dette er en politisak, sier hun.

Produksjonsdirektøren har også, ifølge Vårdfokus, benektet at Karolinska hadde køproblemer for kreftoperasjoner.

PRØVER Å LØSE PROBLEMENE

Sykehusdirektør Melvin Samson har skriftlig meddelt Dagens Nyheter at han alltid er åpen for dialog og diskusjon, både internt og eksternt. Han fremholder at det jobbes intensivt med å løse utfordringene på sykehuset og at han ser frem til å motta rapporten fra sykehusets internrevisjon.

– Anbefalingene i den blir viktig i arbeidet med styring, oppfølging og prosesser rundt kostnader til eksternt støtte, skriver han til avisen.

FLERE SYKEPLEIERE HAR ANMELDT

Alexandra Ekengren er engasjert i nettverket En annan vård er möjlig. Flere sykepleiere i nettverket har anmeldt toppledelsen på Karolinska, både for medvirkning til at pasienter har dødd og for regnskapsrot.

– Det er opprørende at offentlige midler blir brukt på denne måten. Og det er fælt at pasienter dør fordi de må vente på behandling. I Sverige betaler vi mye i skatt, og da forventer jeg ordentlige helse-tjenester, sier Ekengren. ●

nina.hernes@sykepleien.no

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no





Sykepleie

Del 2 Sykepleien 02 | 2018

Fagartikler – Etikk – Intervju

PASIENTENES ØNSKER: Frivillige aktører kan hjelpe i aktiviteter som matcher interessene til pasienten. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



Aktiv omsorg

Sykehjem. Flere pasienter savner å kunne ta seg en svingom. **38**



Operasjon. Sårbar pasient-overlevering. **32**



«Jeg elsker å lese og var en teoretisk sykepleier.» Ingrid Ruud Knutsen. **37**



OUS. Jobbglidning på øyeavdelingen. **52**



PASIENTOVERLEVERING KAN BLI TRYGGERE OG SIKRERE

Når et helseteam overleverer kritisk pasientinformasjon til et annet team i forbindelse med operasjon, kan det gå ut over pasientsikkerheten.

BACHELOROPPGAVE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.64383



Kristin Brun-Pedersen
Sykepleier, tidligere bachelorstudent, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Kirurgiske komplikasjoner som kunne vært unngått, er årsaken til en stor andel av medisinsk relaterte skader og dødsfall globalt. Pasientsikkerhet i forbindelse med kirurgi er dermed blitt et betydelig helseproblem (1).

En del av det operative forløpet er å overlevere pasienten i slusa, og her finnes det til nå lite forskning i Norge. Tall fra USA tilsier likevel at kommunikasjonssvikt ved ansvarsoverlevering av pasienter er en sentral årsak til feil og uønskete hendelser i forbindelse med operasjon (2).



Beate André
Sykepleier og førstemann i sin fag, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU og NTNU Senter for helsefremmende forskning

TRYGG KIRURGI

Verdens helseorganisasjon (WHO) utviklet i 2009 retningslinjer for trygg kirurgi på bakgrunn av dette tiltakende problemet. Målet med retningslinjene er å forbedre sikkerheten rundt kirurgiske inngrep gjennom et standardisert sett med sikkerhetsrutiner som kan benyttes i alle land.

Retningslinjene baserer seg på fire mål for å oppnå sikker praksis. Et av målene gjelder samhandling, samarbeid og kommunikasjon innad i det kirurgiske teamet. I beskrivelsen legges det vekt på god kommunikasjon samt effektiv utveksling av kritisk pasientinformasjon fra ett helseteam til et annet når de overleverer pasienten (1).

RISIKOOMRÅDER

Kunnskapssenteret viser til at det i Norge ble meldt om 9 536 uønskete hendelser i spesialisthelsetjenesten i 2014 (3). 1500 (19 prosent) av hendelsene ble assosiert med betydelig personskaade eller død, og 14 prosent av hendelsene ble forbundet med pasientadministrative forhold.

Et av risikoområdene som blir beskrevet, er kommunikasjonssvikt ved overflytting og/eller overføring av pasientansvar (3). Dette viser at det også foreligger visse utfordringer knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet i det norske helsevesenet.

De siste årene har det skjedd en utvikling innen årsaksteorier for uønskete hendelser i helsetjenesten. De fleste uønskete hendelsene regnes nå som et resultat av svikt i systemet og organiseringen av helsetjenesten. Oppmerksomheten er flyttet fra enkeltindividets ansvar over på organisasjons- og systemfaktorer som skaper omgivelser der uønskete hendelser og pasientskader kan forekomme (4).

Denne utviklingen tyder på at flinke, individuelle fagfolk og godt samarbeid innad i et kirurgisk team ikke er nok. Det trengs gode systemer og en organisasjon som hele tiden jobber for å bedre sikkerhet og kvalitet. Organisasjoner som ønsker å lykkes i arbeidet med å forebygge feil og uønskete hendelser, har større sjanse for å lykkes dersom

de flytter oppmerksomheten fra individet over på samspillet mellom mennesker og organisering (5).

KVALITETSUTVIKLING

Kvalitet og pasientsikkerhet ved ansvarsoverlevering av pasienter er viktige fokusområder. Forskning viser at standardisering av prosedyrer samt bruk av kommunikasjonshjelpemidler og sjekklister kan bidra til redusert risiko og færre uønskete hendelser (6, 7).

Til tross for dette kan det være utfordrende å implementere sjekklister og andre hjelpemidler innenfor helsevesenet ettersom det er en komplisert og til tider uforutsigbar organisasjon. Derfor kan det virke mot sin hensikt å innføre slike hjelpemidler (8).

Kvalitetsutvikling innenfor sykepleiefaget avhenger av et kritisk syn på de systemene som har til hensikt å sikre kvalitet og sørge for optimal sykepleiepraksis. Organisasjonen må gå gjennom rutiner og prosedyrer samt endre der det er indikert (9).

En forutsetning for kvalitetsutvikling innenfor sykepleie er derfor at sykepleiere selv er aktive i å reflektere og evaluere egen praksis. Dette bidrar til læring og positiv endring innenfor sykepleiefaget (9). En ferdigutdannet sykepleier skal ha handlingskompetanse til å arbeide systematisk med faglig

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Rapporten ved overlevering av pasienter fra sengepost til operasjonsstua er ustrukturert og kortfattet. En uklart og utydelig kommunikasjon kan gå ut over pasientsikkerheten. En standardisering av overleveringsprosessen ved hjelp av sjekklister, protokoller og kommunikasjonshjelpemidler bedrer pasientsikkerheten og kvaliteten ved kirurgiske inngrep. Slike tiltak må imidlertid være faglig forankret og oppleves som nyttige og relevante for at de skal ha ønsket effekt.

Nøkkelord

- Pasientsikkerhet
- Kommunikasjon
- Rapport
- Operasjon



INFORMASJONSUTVEKSLING: Sluserapportering når en pasient skal overleveres for operasjonen, er en sårbar prosedyre der viktig informasjon kan gå tapt. Arkivfoto: Marit Fonn

kvalitetsutvikling. Sykepleieren skal dessuten medvirke til å utvikle sin egen yrkesrolle og ved å delta i klinisk forskning (3).

METODE

Bakgrunnen for denne artikkelen er et forskningsprosjekt som førsteforfatter gjennomførte i forbindelse med avsluttende eksamen i sykepleie. Vi gjennomførte prosjektet over en tidsperiode på to uker i 2016. Prosjektet var en observasjons- og kartleggingsstudie som ble gjennomført ved to ulike operasjonsstuer på St. Olavs Hospital.

Studien var et samarbeidsprosjekt mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og Fremtidens Operasjonsrom (FOR) ved St. Olavs Hospital. FOR er en arena for forskning og fagutvikling på alle utdanningsnivåer. Fagrådet i FOR godkjente prosjektet før oppstart.

Vi samlet inn dataene med strukturert observasjon ved å bruke et tilpasset observasjonsskjema. I

tillegg noterte vi ned ustrukturerte observasjoner underveis (10, 11). Fordelen med observasjon som metode er muligheten til direkte å fange opp ulike hendelser og holdninger. Ulempen er at dataene kan påvirkes av observatørens holdninger, verdier og fordommer. De kan også forvrenges av observatørens forventninger til hva de kommer til å finne (10, 11).

For å redusere innvirkningen av slike faktorer brukte vi et standardisert observasjonsskjema med objektive verdier for å kartlegge. I tillegg benyttet vi ustrukturert observasjon. Vi analyserte dataene ved hjelp av frekvensanalyse (10, 11).

Vi spurte avdelingene der vi observerte, på forhånd om de ville delta i forskningsprosjektet. Alle opplysningene som vi samlet inn under observasjonene, ble behandlet konfidensielt. Veilederen ved NTNU og fagrådet i FOR godkjente observasjonsskjemaet før vi startet observasjonene.

«Det trengs gode systemer og en organisasjon som hele tiden jobber for å bedre sikkerhet og kvalitet.»

RESULTATER

Totalt gjennomførte vi 39 observasjoner fordelt på én operasjonsstue som utførte gynekologiske inngrep på voksne, og én som utførte generelle inngrep på barn. Inngrepene varierte i størrelse og omfang.

I operasjonsslusa ble pasienten overlevert av en sykepleier fra sengepost og mottatt av en anestesisykepleier og en operasjonssykepleier. I noen tilfeller var også pårørende til stede under overleveringen. De fleste av sluserapportene

som vi observerte, ble gjennomført på ett til tre minutter. Det ble gitt informasjon om pasientens nåværende tilstand og hvilke forberedelser som var gjort i forkant av operasjonen (se tabell 1, neste side).

Eksempler på informasjon kan være pasientens navn og personnummer, premedikasjon, vannlating, fasting og bedøvelseskrem som brukes til lokalbedøvelse ved kirurgiske inngrep på barn.

Informasjonen som postsykepleieren overførte til operasjonspersonalet, ble ikke gitt etter en standardisert prosedyre. Hva slags informasjon og hvordan informasjonen ble videreformidlet, var forskjellig fra gang til gang. Ved flere tilfeller ga sykepleieren fra sengepost veldig lite informasjon, og kommunikasjonen foregikk i hovedsak mellom pasienten og anestesisykepleieren.

En preoperativ sjekklister er en sjekklister fra sengepost som skal være utfylt av postsykepleieren når





pasienten forberedes til operasjon. Den skal også være med pasienten ned til operasjonssalen. Sjekklisten inneholder informasjon om hvordan pasienten er forberedt til operasjonen. En slik sjekkliste er rutine på de observerte avdelingene.

DISKUSJON

Kommunikasjonssvikt blant operasjonspersonalet under et kirurgisk forløp er en utbredt årsak til uheldige hendelser før, under og etter operasjon (9). Kommunikasjonssvikt var hovedårsaken til nærmere 70 prosent av alle uønskete hendelser som ble rapportert i perioden mellom 1995 og 2005 i USA (2).

Observasjoner fra studien vår viste at kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen i slusa før operasjon var ustrukturert og kortfattet. Det var ingen fastsatt struktur eller

innarbeidet rutine for hvordan kritisk pasientinformasjon skulle viderefremmes til operasjonssalen. Det samme gjaldt hvilken pasientinformasjon som skulle viderefremmes. I tillegg varierte det hvor mye informasjon sykepleieren viderefremmet.

Sykepleiere har ulik erfaring og dermed forskjellige vurderinger av hver enkelt pasient. Det kan gjøre sluserapportering til en sårbar prosedyre med risiko for at viktig informasjon går tapt (12).

Vi observerte også at sykepleieren i flere tilfeller kommuniserte veldig lite muntlig ved sluserapportering. Ofte foregikk informasjonsutvekslingen mellom pasienten eller de pårørende og operasjonspersonalet. Pasienter som skal gjennom et kirurgisk inngrep, er ofte preget av stress og bekymringer (13).

KOMMUNIKASJONSSVIKT

De senere årene har det blitt rettet mer oppmerksomhet mot hvordan hver enkelt helsearbeider kan være med på å påvirke utfallet ved kirurgiske inngrep (9). Hver overlevering medfører risiko for at viktig informasjon blir for dårlig kommunisert eller forsvinner på veien. Dette kan i verste fall føre til at behandlingen blir forsinket eller tilstanden til pasienten forverret (14).

Det er viktig å kommunisere effektivt og konkret ved pasientoverlevering for å sikre videre behandling og hindre uønskete hendelser og pasientskader (15). Kirurgiske pasienter er spesielt utsatt for feil under overlevering nettopp fordi et kirurgisk inngrep er komplekst (16). Forskning gjort av Greenberg og medarbeidere (6) viser at kommunikasjonssvikt ligger bak mange

ANNONSE



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

St. Olavs hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er Norges tredje største universitetssykehus og ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge.

Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Vi søker en synlig, samlende og resultatorientert leder som skal videreføre arbeidet med å videreutvikle St. Olavs hospital som landets mest veldrevne sykehus. Vi har høye ambisjoner både for pasientbehandling, forskning, innovasjon og utdanning - som alt skjer i tett samvirke med NTNU. Du må evne å motivere for kontinuerlig forbedring, og det er særlig viktig å sørge for drift innenfor disponible økonomisk rammer samtidig som ressurser brukes slik at riktige tjenester prioriteres og alle universitetssykehusfunksjoner ivaretas. Spesialisthelsetjenestens betydning for befolkningen og sammenhengen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste krever aktiv dialog med pasientorganisasjoner, kommuner og andre samfunnssektorer.

For å søke stillingen eller for ytterligere informasjon, se www.headvisor.no. Kontakt gjerne våre rådgivere i Headvisor AS ved Anders Bauge, tlf. 901 56 249 eller Lars Jakob Amøy, tlf. 907 69 045. Styrets leder Anne Breiby kan også kontaktes på tlf. 957 01 782.

Alle henvendelser for søknadsfristen behandles konfidensielt inntil annet er avtalt.

Søknadsfrist er 20.03.2018

 **HEADVISOR**
...vi beveger og setter spor

OSLO | BERGEN | TRONDHEIM | KRISTIANSAND

uønskete hendelser som har ført til skade på kirurgiske pasienter.

Videre sier de at det er like sannsynlig at svikt i kommunikasjonen skjer pre- og peroperativt som postoperativt. Det er vanligst at informasjon om pasienten ikke blir formidlet til mottakeren, eller at informasjonen ikke blir forstått på riktig måte av mottakeren (9).

Kommunikasjonssvikt forekommer ofte i forbindelse med ansvars-overlevering av pasienten og overføring av pasienten fra en avdeling til en annen. Standardiserte overleveringsprosedyrer og overføringsprotokoller kan redusere risikoen betydelig for pasienten (9).

KUNNSKAP GIR TILTAK

Ny kunnskap om aktuelle risikofaktorer når pasienter overleveres, har ført til at ulike tiltak er implementert ved operasjonssaler internasjonalt. Det hyppigst brukte hjelpemiddelet er standardiserte skjemaer og sjekklister. Studier gjort i etterkant har vist at slike intervensjoner har ført til færre feil og skader og flere vellykkete overleveringer (15).

Samtidig er det utviklet en bredere forståelse for at det ikke er nok å fokusere mer på kommunikasjon innad i operasjonsteamet og innføre sjekklister. For å oppnå kvalitet og mer oppmerksomhet på pasient-sikkerhet trengs det en kombinasjon av ulike tiltak (15).

Standardiserte overleveringsprosedyrer kan bidra til meningsfull kommunikasjon og positive pasientutfall, for eksempel ved at sykehuset innfører kommunikasjonshjelpemidler til å organisere informasjonen i et logisk og lettfattelig mønster (18).

Funn fra våre observasjoner viste at sluserapportene var effektive i den forstand at over halvparten ble gjennomført på ett til tre minutter. Ved mindre inngrep varte sluserapporten i fire til seks minutter, og ved større inngrep ble de fleste sluserapportene gitt på ett til tre minutter (se tabell 1).

Slike resultater tyder på at rapportene var korte og effektive uavhengig av størrelsen på og omfanget av inngrepet. Dette kan tyde på

at effektivitet ved sluserapportering er et sentralt element. Det er en risiko for at effektiviteten går ned og sluserapporten blir mer tidkrevende enn nødvendig når sykehus implementerer kommunikasjonteknikker og standardiserer overleveringsprosessen (8).

FEILINFORMERER VED STRESS

Det finnes mange faktorer som kan tenkes å påvirke hvordan informasjon videreføres fra et helseteam til et annet. Feil og svikt innenfor et system forekommer sjelden som et resultat av én utrygg handling (1). Menneskelige feil er uunngåelige, spesielt i stressete situasjoner (8). Innvirkende faktorer er blant annet stor arbeidsmengde, manglende kunnskap, evner eller erfaring, stressende miljø og mental utmattelse eller kjedsomhet (1).

Forskning viser også at sykepleiere har en mindre hensiktsmessig måte å kommunisere på i stressete situasjoner, sammenliknet med ikke-stressete situasjoner (19, 20). Mennesker er med andre ord feilbarlige, noe kompliserte institusjoner som stiller høye krav til sikkerhet og kvalitet, må ta høyde for (1).

Hensikten med en overleveringsrapport er at den skal gi essensiell, oppdatert og spesifikk informasjon om pasienten samtidig som den gir mulighet til å stille spørsmål og få svar (17). Fellesfaktorer for en vellykket overlevering av en pasient er blant annet at informasjonen formidles på en effektiv måte uten forstyrrelser, at den inneholder konkret informasjon og gjennomgår relevante data.

I arbeidet med en forsvarlig informasjonsutveksling kan det være nyttig å bruke standardiserte verktøy og retningslinjer, et strukturert språk og sjekklister for kommunikasjonen (20).

PREOPERATIV SJEKKLISTE

En preoperativ sjekklister bør foreligge når pasienten overleveres til operasjon, da denne typen dokumentasjon bidrar til å sikre at rett inngrep utføres på rett pasient, og at pasienten er riktig forberedt (13). En slik sjekklister var rutine ved avdelingene i studien vår. I 80 prosent av

Tabell 1: Tid brukt på rapport

Tid brukt på rapport	Frekvens (prosent)
1–3 minutter	21 (53,9 %)
4–6 minutter	16 (41 %)
7–9 minutter	2 (5,1 %)
Totalt	39 (100 %)

Tid på rapport fordelt på små inngrep	Frekvens (prosent)
1–3 minutter	13/24 (41,6 %)
4–6 minutter	10/24 (54,2 %)
7–9 minutter	1/24 (4,2 %)

Tid på rapport fordelt på større inngrep	Frekvens (prosent)
1–3 minutter	8/15 (53,3 %)
4–6 minutter	6/15 (40 %)
7–9 minutter	1/15 (6,7 %)

Tabell 2: Fordeling av størrelse på inngrep

Størrelse på inngrep	Frekvens (prosent)
10–30 minutter (lite inngrep)	24 (61,5 %)
30–120 minutter (større inngrep)	15 (38,5 %)
Totalt	39 (100 %)

overleveringene var sjekklister med pasienten ned til operasjonssalen.

Våre observasjoner viser likevel at over halvparten av sjekklister ikke var fullstendig utfylt eller ikke utfylt i det hele tatt. Det var heller ingen forskjell i oppslutningen rundt sjekklister ved større inngrep sammenliknet med mindre inngrep (se tabell 3). Resultatene tyder på at det forelå rutinesvikt blant sykepleierne på sengepost. Sjekklister ble heller ikke, med få unntak, vist frem i slusen før operasjon og sjelden etterspurt av operasjonspersonalet.

Det kan tenkes at sjekklister først og fremst fungerer som en huskeliste for sykepleierne på sengeposten når det gjelder hvordan pasienten skal forberedes til

operasjon, og at den dermed regnes for å være til liten nytte på operasjonsavdelingen. En så liten oppslutning rundt sjekklister kan også tyde på at de som skal bruke den, synes den er irrelevant og unyttig (8).

Egen erfaring fra praksis ved kirurgisk sengepost tilsier at holdninger og rutiner knyttet til bruk av en preoperativ sjekklister er ulik fra avdeling til avdeling. Den preoperative sjekklister ved kirurgisk sengepost var en sentral del av forberedelsen av pasienten. Sjekklister var alltid med pasienten ned til operasjonssalen og ble vist frem til operasjonspersonalet ved overlevering.

Bruk av sjekklister regnes som et viktig verktøy til å bekjempe feil og





Tabell 3: Bruk av sjekklister

Preoperativ sjekklister	Frekvens (prosent)
Sjekklister foreligger	31/39 (80 %)
Sjekklister foreligger ikke	8/39 (20 %)
Sjekklister fullstendig utfylt	12/31 (38,7 %)
Sjekklister ikke fullstendig utfylt	19/31 (61,3 %)
Sjekklister fullstendig utfylt ved mindre inngrep	7/24 (29,1 %)
Sjekklister fullstendig utfylt ved større inngrep	5/15 (33,3 %)



uønskete hendelser i helsevesenet. Den kan veilede brukeren samtidig som den kan bekrefte fullførte gjøremål (8). Bruken av sjekklister som et middel for å forbedre kvaliteten på kirurgiske overleveringer ser også lovende ut, ifølge forskning gjort på området (7).

Hovedformålet med å implementere sjekklister er som regel å sørge for at flest mulig følger rutiner og praksis, samt at andelen personlige feil reduseres. På den måten bidrar sjekklister til å sikre gode pasientutfall og øke effektiviteten og kvaliteten (8).

UFORUTSETTE FAKTORER

På grunn av store variasjoner og uforutsette menneskelige faktorer som virker inn på pasientens behandling, kan det være utfordrende å implementere sjekklister ved helseinstitusjoner.

Kulturelle faktorer og holdninger til det å bruke hjelpemidler kan også representere en utfordring. Noen helsearbeidere kan for eksempel føle at det å bruke hjelpemidler for å huske, er et tegn på personlig svakhet (8). Enda viktigere er det kanskje at sykepleiere kan føle at sjekklister begrenser deres kliniske vurderinger og autonome beslutninger.

Helsearbeidere kan også bli så avhengige av den i sitt arbeid at det forstyrrer deres profesjonelle bedømming og objektivitet når de vurderer pasienten. I så fall risikerer man at sjekklister virker mot sin hensikt. Overforbruk av sjekklister og standardiserte hjelpemidler i kliniske

situasjoner kan føre til at brukerne blir overveldet. På den måten kan sjekklister bli til et hinder og ikke et hjelpemiddel i arbeidet.

I verste fall kan overforbruk av sjekklister føre til forsinket behandling av pasienten (8). Når sjekklister implementeres og brukes, er det viktig med nøye faglig vurdering og oppfølging dersom de skal ha den ønskede effekten og nytteverdien (8).

STUDIENS BEGRENSNINGER

Det finnes flere begrensninger ved studien vår. Blant annet observerte vi kun to operasjonsstuer ved ett sykehus i Norge. Sluserapportering før operasjon er en liten del av det operative forløpet, og på bakgrunn av observasjonene våre kan vi derfor ikke konkludere noe generelt om pasientsikkerheten ved kirurgiske inngrep.

Videre studier og forskning på området bør derfor ta for seg flere avdelinger og sykehus for å få et mer helhetlig bilde. I tillegg kan videre forskning omfatte hele det operative forløpet for å undersøke hvordan pasientsikkerhet og kvalitet blir ivarettatt pre-, per- og postoperativt.

KONKLUSJON

Resultatene fra studien vår viste at preoperative sjekklister ved avdelingene var lite brukt. Observasjonene viste også at rapporten ved overlevering av pasient i slusa var ustrukturert og kortfattet.

Ifølge forskning gjort på området er det utfordringer knyttet til kommunikasjon ved ansvarsoverlevering av pasienten, noe som kan gå

ut over pasientsikkerheten. En standardisering av overleveringsprosessen ved hjelp av sjekklister, protokoller og kommunikasjons hjelpemidler bedrer pasientsikkerheten og kvaliteten ved kirurgiske inngrep.

Slike tiltak må likevel være faglig forankret og oppleves som nyttige og relevante for brukerne for at de skal ha ønsket effekt. Derfor må organisasjoner iverksette og evaluere standardiserte tiltak ved overleveringsprosessen på systemnivå før de implementerer dem. På den måten kan de bidra til å sikre et miljø der pasientsikkerhet og kvalitet står sentralt. ●

REFERANSER:

- World Health Organisation. WHO Guidelines for safe surgery: Safe Surgery Saves Lives. 2009. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/ (nedlastet 04.12.2017).
- Aase K. Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang. I: Aase K, red. Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
- Kunnskapsdepartementet. Årsrapport 2014 for meldingen om uønskete hendelser i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet. 2015.
- Westphal DW, Forbes MP, Barach P. Pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv: status, utfordringer og fremtidsideal. I: Aase K, red. Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
- Sosial- og helsedirektoratet. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. 2005.
- Greenberg CC, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2007;4:533–40.
- Puncher PH, et al. Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: a systematic review. *Surgery*. 2015;158(1):85–95.
- Birgitte HM, Pronovost PJ. The checklist – a tool for error management and performance improvement. *Journal Of Critical Care*. 2006;21:231–5.
- Bjoro K, Kirkevold M. Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 343–70.
- Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Tilgjengelig fra: http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/handoff_comm_storyboard.pdf (nedlastet 22.12.2014).
- Polit DF, Beck CT. Nursing research, principles and methods. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
- Bjork IT, Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok. Oslo: Akribe; 2008.
- Gilmour D. Perioperative care. I: Pudner R, red. Nursing the Surgical Patient. 3. utg. Elsevier Limited; 2010.
- Haukelien H, Vike H, Bakken R. Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenesten: evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK). Telemarkforskning; 2009.
- Clarke D, et al. Achieving the 'perfect handoff' in patient transfers: building teamwork and trust. *Journal of Nursing Management*. 2012;20:592–8.
- Amato-Vealey EJ, Barbra MP, Vealey RJ. Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *AORN J*. 2008;88(5):763–70.
- Rothrock JC. Alexander's Care of the Patient in Surgery. I: Murphy EK, red. Patient safety and risk management. 15. utg. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2015. s. 16–41.
- Eberhardt S. Improve handoff communication with SBAR. *Nursing*. 2014;44(11):17–20.
- Fuchshuber P, Grief W. Creating effective communication and teamwork for patient safety. I: Tichansky DS, Morton J, Jones DB, red. The SAGES Manual of Quality, Outcomes and Patient Safety. New York: Springer Verlag; 2012.
- André B, et al. Exploring nursing staffs communication in stressful and non-stressful situations. *Journal of Nursing Management*. 2015. DOI: 10.1111/jonm.12319.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscript-central.com/sykepleien>



Ved å tenke på nye måter kan vi gjøre en stor forskjell for pasientene, sier Ingrid Ruud Knutsen.

– Forskning må utfordre praktisk sykepleie

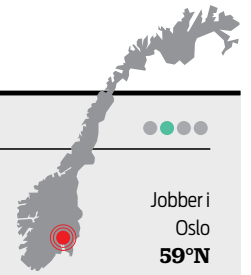
• Fortalt til **Monica Hilsen**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1990

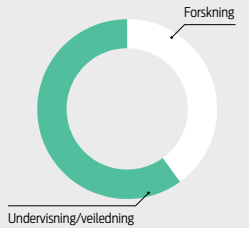
CV

2012-: førsteamanuensis, OsloMet- Storbys universitet
2001-2012: Høgskolelektor, OsloMet- Storbys universitet
2012: Doktorgrad i sykepleievitenskap, UiO
1993-1996: Embedseksamen i sykepleievitenskap UiO
1987-1990: Haukeland sykepleierhøgskole



Jobber i Oslo
59°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Arbeidet som forsker er stillesittende, og du jobber med hodet. Forskningen jobbes fram i ulike faser. Tid går med til å samle og sette seg inn i materiale, analysere, planlegge, skrive og publisere. Det er veldig ulikt det å jobbe med praktisk sykepleie.

Å skrive søknader tar en stor del av arbeidstiden. Forskere må samarbeide med andre forskere og med feltene der forskning utføres, både nasjonalt og internasjonalt.

Datainnsamling har jeg oftest gjort ved å intervju pasienter, individuelt eller i gruppe. Noen ganger har jeg fått hjelp av sykepleiere.

Jeg har en 40 prosent forskningsstilling og må passe på at jeg får brukt den tiden effektivt. Å skrive godt er krevende, så jeg kan sitte lenge med en tekst.

Jeg underviser ved høyskolen på bachelornivå og masternivå og bruker tid på å veilede studenter med masteroppgaver og doktorgradsstipendiater. Veiledningen er ofte tett relatert til min egen forskning.

Jeg elsker å lese og var en teoretisk sykepleier. Ferdig utdannet leste jeg til ex.phil. og master i sykepleievitenskap samtidig som jeg jobbet turnus på sykehus.

Jeg er nysgjerrig, grundig og liker å fordype meg og finne ut hva det er som er sant.

Kombinasjonen forskning og undervisning er utrolig spennende. Forskningsmetode er viktig på masternivå, og veiledning av studenter gir mye tilbake til egen forskning.

Klinisk sykepleie trenger forskning. Vi må utfordre praksis og ikke sitte fast i tanker og mønstre, men finne nye måter å løse oppgaver på til beste for pasientene.

Å jobbe med forskning er ikke en 8 til 16-jobb. Helgen går ofte med til arbeid. Det er stor konkurranse om forskningsmidler i miljøet og press for å publisere. Du skal bevise at du er god. Det er som å være oppe til eksamen hele tiden. •

monica.hilsen@sykepleien.no



sykepleien.no

Les mer:

Historiene til 100 andre sykepleiere finner du her: Tema/yrke sykepleier



MED STUDENTER:Ingrid Ruud Knutsen bruker rundt 60 % av tiden på studentene på OsloMet. Foto: Stig M. Weston



PASIENTER PÅ SYKEHJEM ØNSKER AKTIV OMSORG

Faste avtaler med frivillige aktører kan gi ansatte mer tid til å dekke pasientens ulike behov for sosiale aktiviteter.

FAGUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.64620



Stine Hauvik
 Høgskolelektor,
 Bachelorutdanningen i sykepleie, Høgskolen i Molde, avdeling Kristiansund

De fleste kommuner opererer med begrepet «helhetlig omsorg». I begrepet ligger føringer som forteller oss at det ikke er nok å yte hjelp til å dekke pasientens basale og fysiske behov (1). Pasienten skal også ha bistand til å delta aktivt i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter med utgangspunkt i egne interesser (2). På denne måten ønsker man å fremme helse gjennom å heve livskvaliteten til hver enkelt bruker.

Cirka 80 til 85 prosent av beboere ved norske sykehjem har demens. Innenfor demensomsorgen er både rutiner og forutsigbarhet viktig. Faste rutiner på avdelingen gir forutsigbarhet, som hjelper personer med en demensdiagnose til å føle trygghet, og som gir gjenkjenning til tross for forvirringen som ofte følger med et økende hukommelsestap (3).

Nye situasjoner kan være forvirrende for personer med en demensdiagnose, samtidig som følelsen av hverdagslige og kjente situasjoner gir trygghet (4). Hvis pasientene på sykehjem får mulighet til å videreføre sine interesser og daglige aktiviteter selv om de er pasienter, vil det hjelpe med å skape en forutsigbar og kjent hverdag. Samtidig vil vante aktiviteter bidra til å heve livskvaliteten og skape mening i hverdagen til pasienten.

LIVET PÅ SYKEHJEM

Et døgn på sykehjem er lagt opp etter en døgnrytmeplan og er dermed svært rutinepreget. Måltider er planlagt til faste klokkeslett, og beboerne etablerer ganske raskt egne rutiner for blant annet når de foretrekker å stå opp eller legge seg for natten. Et problem er at hviletiden, altså tiden mellom måltidene, ofte blir lang og med lite innhold.

De ansatte er pålagt andre arbeidsoppgaver, og lav bemanning gjør at det ofte ikke er tid til aktiviteter sammen med pasientene. Erfaringsmessig er ikke daglige aktiviteter spesifisert på døgnrytmeplanen som en arbeidsoppgave for ansatte på sykehjem. Det blir derfor ofte opp til hver enkelt ansatt å prioritere aktiviteter i hverdagen til pasientene.

Samtidig som det er lovpålagt å sørge for at hver enkelt pasient oppnår god livskvalitet og en meningsfylt hverdag (5), vil daglige aktiviteter i tillegg ha en klar terapeutisk virkning for en spesiell gruppe pasienter (3).

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Vi startet prosjektet «Aktiv omsorg i årshjul – frivillighet satt i system» i 2015 i Kristiansund kommune på bakgrunn av behovet for et overordnet system innenfor aktiviteter i sykehjem. Hensikten med studien var å skape et overordnet system for aktiviteter i sykehjem ved hjelp av frivillighet. Årshjul er et verktøy

for å strukturere faste avtaler eller hendelser som skal skje i løpet av ett år – hvert år.

Gjennom å analysere tidligere aktivitetstiltak og se på hvordan disse ble drevet, ble det tydelig at det gikk bort for mye tid til å organisere hver enkelt aktivitet hver gang noe skulle gjennomføres. En ansatt kalte det «å finne opp kruttet på nytt, hver gang noe skal skje».

Det var dessuten tydelig at de ikke prioriterte å gjennomføre aktivitetene i en travel hverdag når de hadde såpass mange andre arbeidsoppgaver i tillegg: «Hvis valget står mellom omsorgsoppgaver og aktiviteter, er det aktivitetene som først må vike.» Mange ansatte uttalte at de ikke «skjønner poenget» med utstrakt aktivisering, og at «det tar for mye tid som kunne vært brukt på andre ting».

Prosjektet var imidlertid ønsket av ledelsen og størstparten av de ansatte. De anerkjente et behov for å øke og omorganisere aktiv omsorg ved sykehjemmet, noe som forankret prosjektet. Underveis i prosjektet brukte vi William Demings PDSA-sirkel (Plan, Do, Study, Act) til å systematisere og gjennomføre ønsket kvalitetsforbedring innenfor aktiv omsorg (6).

MÅL MED PROSJEKTET

Ansatte ved norske sykehjem blir stadig nedbemannet i takt med at

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Innen aktiv omsorg er det viktig med brukermedvirkning for å heve livskvaliteten hos pasienter på sykehjem. Frivillighet, planlegging og en fast struktur gir ansatte forutsigbarhet i en travel hverdag. De får dermed bedre mulighet til å dekke alle behovene til pasienten – både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige.

Nøkkelord

- Sykehjem
- Brukermedvirkning
- Livskvalitet

HEVER LIVSKVALITETEN: Sykehjemmet tilrettelegger for besøksvenner og pasienter som ønsker å tilbringe tid ute i friluft. Illustrasjonsfoto: Arne Trautmann / Mostphotos



arbeidsmengden øker (6, 7). Sosialtjenestelovens hovedformål er blant annet å «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (8).

Dersom brukeren etter en individuell behovsgjennomgang etter sosialtjenesteloven § 3 har rett til sosiale tiltak, har kommunene plikt til å tilby dette. Ansatte går derfor på akkord med seg selv når de stadig må velge hvilke behov som skal prioriteres.

På grunn av tidligere erfaringer fra sykehjem vet vi at det er vanskelig å finne tid i hverdagen til

planlegging og store aktiviteter. Vi ønsker derfor å fokusere på aktiviteter som pasienten selv velger, som gir mange inntrykk og opplevelser, tar liten tid å arrangere og involverer frivillige utenfor sykehjemmet (10).

Målet med prosjektet var å gi en varig, variert, forutsigbar og strukturert mulighet for pasientene ved sykehjemmet til å delta i ønskete, meningsfulle aktiviteter som de mestrer, og som ikke kulminerer i en enkelthendelse.

Prosjektets overordnede mål var å skape en hverdag der man som ansatt ikke må velge, men gis mulighet til å dekke alle pasientens behov,

«Vi ønsker å skape en hverdag der brukermedvirkning skal være en rettesnor.»

både de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Vi ønsker å skape en hverdag der brukermedvirkning skal være en rettesnor. Videre håper vi å bidra til å fremme bedre helse, mer velvære og bedre livskvalitet ved hjelp av frivillig innsats.

KARTLEGGING AV BEHOV

Det var svært viktig å kartlegge behovene siden brukermedvirkning bidrar til å avgjøre hvilke

aktiviteter det skal satses på, og hvilke aktiviteter det ikke er like stort behov for.

Vi laget en enkel spørreundersøkelse basert på de fem kategoriene for aktiv omsorg til «Idébanken for aktiv omsorg» (11). De fem kategoriene var følgende:

- fysisk aktivitet
- grønn omsorg
- sosiale og kulturelle aktiviteter





- velvære og åndelige behov
- mat og måltider

Vi inkluderte pasientene med individuelle samtaler. Spørreundersøkelsen ble lagt ut på Facebook samt delt ut i papirformat til ansatte og pårørende i avdelingene. Spørreundersøkelsen dannet også bakgrunnen for samtaler med pasientene om tanker og ønsker rundt temaet «aktiv omsorg».

Ingen pasienter ble utelatt fra kartleggingen da vi anså at fordelene for pasientene var større enn eventuelle ulemper. Vi kontaktet Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men de vurderte prosjektet som ikke-søknadspliktig.

ROM FOR EGNE ØNSKER

Gjennom samtaler med pasientene endret vi ordlyden i spørreskjemaet og tilpasset det til pasienter med kognitiv svikt. Vi brukte tid under samtalene for å sikre at både pasienten og den som stilte spørsmålene, forsto hverandre og hva som ble sagt, blant annet med tanke på pasienter med hørselsutfordringer, kognitiv svikt eller liknende.

I samtalene fokuserte vi på pasientens egne ønsker. I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål til pasientens svar.

Innledningsvis ble deltakerne bedt om å krysse av for hvorvidt de var ansatt, pårørende eller «annet» for at vi skulle kunne se om det var signifikante forskjeller i svarene. Deretter spurte vi om hva deltakerne la i begrepet «aktiv omsorg». Svaralternativene var basert på de fem kategoriene idébanken opererer med. I tillegg inkluderte vi en sjettede kategori kalt «annet», med mulighet for å utdype.

NESTEN ALLE KRYSSET AV

Nesten alle deltakerne krysset av for alle fem kategoriene, med unntak av noen få som ikke inkluderte «grønn omsorg» og «velvære og åndelige behov». En ansatt kommenterte at aktiv omsorg også burde omfatte «muligheten til å bidra i egne, daglige gjøremål», og at «ansatte burde arbeide mer med hendene på ryggen».

På spørsmålet om kommunen når målet med økt aktiv omsorg i dagens praksis, svarte kun én ansatt «ja», mens resten svarte «nei».

Neste spørsmål omhandlet innenfor hvilke områder deltakerne mente det var rom for forbedring. Igjen var svaralternativene basert på idébankens kategorier, med mulighet for å utdype. De aller fleste krysset igjen av for alle de fem idébankkategoriene, med unntak av et par ansatte.

De mente at det ikke var nødvendig med forbedring innenfor grønn omsorg, mens noen pårørende var fornøyde med sykehjemmets oppmerksomhet på velvære. I «annet»-kategorien hadde imidlertid én ansatt kommentert at «pasientenes åndelige behov ofte ikke ble møtt».

ØNSKER OG SAVN

De ansatte ønsket at pasientene skulle få et bedre tilbud om fysiske aktiviteter «innomhus», et utvidet kulturtilbud, tydeligere markering av årstider og mer oppmerksomhet på måltider. Alle ønsket dessuten at de hadde mer tid å bruke på hver enkelt pasient. Pårørende ønsket mulighet til utflukter ut av sykehjemmet, hagestell og kontakt med dyr.

Pasientene ble spurt om hva de savnet på sykehjemmet med tanke på aktiviteter. Vi samtalte om forskjellige typer aktiviteter som matchet interessene pasientene hadde, enten før vedkommende ble pasient på sykehjemmet, eller interesser vedkommende har i dag.

Mange som ønsket seg kontakt med dyr, poengterte at den var begrenset til kjæledyr i form av hund og katt: «[latter] Nei, vi kan da ikke ha rennende høner og slike ting her.»

Temaer som gikk igjen, var at de alle kunne tenkt seg mer sang og musikk på sykehjemmet, og flere savnet å kunne gå ut og danse, eller som en mann sa: «Jeg skulle gjerne kunnet tatt meg en svingom igjen.»

ULIKE MENINGER

Alle pasientene satte stor pris på at noen hadde tid til «å sette seg ned

for en prat». De fleste fortalte at de savnet å komme seg ut i naturen og ut på byen, men at de nå var «for dårlige til beins til å drive å renne i skog og mark, og på fjellet», og «for gamle til å gå på kino og i operaen og slike ting».

Pasientene var delt i spørsmålet om fysisk aktivitet. Flere fortalte at de forsøkte å røre seg litt hver dag. Noen ønsket seg litt aktivitet som samtidig var gøy, mens noen rynket på nesen av spørsmålet: «Man kan

få lov å slappe av når man har blitt så gammel som meg nå», sa en dame mens hun lo. På spørsmål om det kunne være fint med besøk fra barnehage og barneskole, svarte samtlige pasienter et entusiastisk «ja!».

Husets damer var stort sett godt fornøyde med at sykehjemmet tilbyr frisør og fotpleie «innomhus», og følte ikke at de manglet noe på velværefronten. Alle pasientene skrøt av «matstellet» ved avdelingen og syntes det var svært «gøyalt med slik utenlandskmat», som både pasienter og pårørende fikk smake da sykehjemmets fremmedspråklige ansatte arrangerte «internasjonal kafé» med matretter fra sine hjemland.

Kartleggingen viste tydelig at pasientene savnet aktiviteter innenfor alle de fem hovedområdene til idébanken: aktiviteter som i stor grad er både alders- og kjønnsnøytrale.

TILRETTELEGGER TILBUD

Alle pasientene som er innlagt på sykehjemmet, har diagnoser som gjør hverdagen vanskelig på forskjellig vis. De aller fleste pasientene har ett eller flere fysiske problemer. I tillegg har mange variert grad av kognitiv svikt. Til tross for sviktende helse har alle beboerne mange ressurser og er kontaktsøkende og glade i å omgås andre mennesker.

Samtidig skal det også være rom for de pasientene som av varierte grunner liker å trekke seg tilbake

«Alle kunne tenkt seg mer sang og musikk på sykehjemmet, og flere savnet å kunne gå ut og danse.»

av og til. Noen pasienter er glade i gruppeaktiviteter. Andre ønsker av forskjellige grunner å ha kontakt med få personer om gangen i roligere omgivelser, for eksempel på grunn av hørselsvansker eller liknende.

Sykehjemmet tilrettelegger for besøkvenner og dem som ønsker å tilbringe tid ute i friluft, for eksempel med elektrisk rullestol. Flere pasienter med kognitiv svikt, men som fysisk sett er ved god helse, har stor glede av å delta i avdelingen «hverdagslige sysler».

Siden mange av pasientene på sykehjemmet hadde fysiske eller kognitive utfordringer, ble en stor grad av årshjulets aktiviteter lagt til sykehjemmet, der pasienten føler seg trygg og fellesarealene er tilrettelagt. Tanken var at ingen fysiske eller kognitive utfordringer skulle utelukke en ønsket aktivitet, men heller stimulere fantasien for å komme på alternative løsninger i stedet for de vanlige, tradisjonelle aktivitetene.

ØNSKET MER AKTIVITET

I kartleggingssamtalene med pasientene fokuserte vi på realistiske ønsker basert på pasientenes ressurser. Siden mening, men også mestring er med på å heve livskvaliteten, må aktivitetene tilpasses for å gi mestringsfølelse heller enn en følelse av hjelpeløshet.

For å sikre at pasientene ble møtt i ønsket om mer aktivitet, gjorde sykehjemmet noen endringer i døgnrutineplanen. Hver vakt fritas en ansatt i et gitt tidsrom fra vanlige omsorgsoppgaver, med ansvar for å skape trivsel og sørge for tilstedeværelse på stuen. Sykehjemmet arrangerer vante, hverdagslige aktiviteter som føles trygge for pasientene.

Den ansatte oppholder seg sammen med pasientene, legger sammen tøy, vanner blomster, baker, spiller brettspill, leser avisen og samtaler. Slike aktiviteter fremmer mestring og trygghet hos pasienter med demens (3, 4).

Pasienter med en moderat til alvorlig grad av demenssykdom kan fortsatt føle mening og mestring i å

kunne utføre sine vante gjøremål. Og selv om en pasientene ikke har noen erindring om at de har deltatt i aktiviteten, kan de kjenne lenge på følelsen av å være glad og fornøyd (3, 12).

SAMARBEIDSPARTNERE

Etter at vi hadde kartlagt behov, ønsker og pasientenes ressurser, var det viktig å skaffe oss oversikt over aktuelle samarbeidspartnere i kommunen og omegn. Vi benyttet kommunens liste over frivillige organisasjoner og interesseorganisasjoner i det videre arbeidet.

Basert på kartleggingsskjemaet og samtaler med pasientene kontaktet den prosjektansvarlige flere forskjellige frivillige organisasjoner eller foreninger og utdanningsinstitusjoner som kunne bidra med ønsket aktiviteter, som for eksempel rullerende kunstutstilling, danse- og sangstunder, hobbystunder med barnehagebarn og bakestunder.

Først tenkte vi at forespørslene burde være åpent formulert, slik at vi ikke bandt aktørene til vårt forslag, men åpnet for at de selv kunne foreslå hva de ønsket å delta med. Vi lærte imidlertid at vi ikke fikk noen respons ved å sende ut åpne forespørslene der vi ikke spesifiserte hva vi var ute etter.

Derfor tok vi kontakt per telefon og beskrev behovet for aktiv omsorg, samtidig som vi spesifiserte hva den aktuelle aktøren kunne bidra med, og hvorfor vi kontaktet dem. Vi ivaretok «åpenheten» ved å invitere til åpne dialogmøter om deltakelsen og holde små evalueringssamtaler med aktørene etter at aktivitetene var gjennomført.

EVALUERING

Vi evaluerte prosjektet fortløpende ved hjelp av prosjektmøter (13, 14) og faste refleksjonsgrupper i avdelingen. Pasientens stemmer ble hørt blant annet gjennom en «verdighetskafé», som prosjektansvarlig arrangerte som en fast samtalearena der pasienter, pårørende, ansatte, studenter med flere kunne delta.

Verdighetskafeen oppfattes

som et «internt brukerråd» – en uhytellig og avslappet måte for ansatte å skaffe seg verdifull informasjon på. Verdighetskafeen avdekket hva pasientene var opptatte av eller syntes var bra eller dårlig. Kaféen sørger kontinuerlig for oppmerksomhet på pasientens egen stemme. Gjennom kaféen respekterer vi individualitet, og pasienten har selv- og medbestemmelsesrett i alt vi foretar.

Vi brukte pasientenes ytringer i det videre utviklingsarbeidet. En eldre herremann fortalte om hvordan endringer i arbeidslisten påvirket «miljøet på stua»: «De [ansatte] fikk bedre tid til oss gamle [pasientene] ... nå er det alltid noen her på stua nå. Ikke så mange som sitter og nikker og sover bare lenger [latter].»

Med kaféen fikk dessuten pasientene en mulighet til å møtes på tvers av avdelingene. Pasienten var i sentrum og ble hørt som en «person, ikke som en pasient». Verdighetskafeen har vist seg ikke bare å være en arena for meningsutveksling for våre pasienter, men også et bidrag til en mer aktiv og innholdsrik, verdig hverdag.

Det ligger mye verdighet i en god samtale, og det er viktig for verdigheten at noen lytter aktivt og interessert, og at pasientenes meninger blir hørt på en positiv måte.

AVSLUTNING

Ingen bestrider at aktiv omsorg er svært viktig med rett til å leve et liv med mening, selv for dem som er pasient på en institusjon. Samtidig er det en kjensgjerning at norske sykehjem ofte har problemer med å oppfylle denne «menneskeretten». Tidsklemmen oppfavner oss alle, og alle ansatte i helsesektoren må føle på det å måtte velge.

Vi ønsket å skape et system – et årshjul med faste avtaler med frivillige aktører for å frigjøre tid for de ansatte. Samtidig skulle aktivitetene være tuftet utelukkende på brukermedvirkning – på pasientens egne ønsker og meninger. Målet var et selvstendig, bærende prosjekt der frivillige skulle inn på faste intervaller og med faste avtaler for å gi

kommunens eldre en mulighet til å bedre sin helse og livskvalitet ved utstrakt bruk av aktiv omsorg.

Alle frivillige og ansatte i prosjektet så tydelig at den sosiale aktiviteten gledet de eldre på sykehjemmet. Utfordringene lå i å kartlegge hvilke områder vi burde fokusere på samt finne frivillige som var villige til å forplikte seg til å skape de varige rammene som et fast årshjul gir. I tillegg var brukermedvirkning en rød tråd gjennom hele prosjektet.

For å oppfylle kravet om en aktiv hverdag med mening var det avgjørende at de eldre selv fikk være med på å bestemme hvilke aktiviteter sykehjemmet, ved hjelp av de frivillige, skulle satse på. ●

REFERANSER:

1. Rannestad T, Haugan G. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I: Haugan G, Rannestad T, red. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. s. 15–26.
2. Diesen A, Jørgensen ACH. Aktiv omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2007.
3. Rokstad AMM. Mental aktivitet. I: Karoliusen M, Smebye KL, red. Eldre, aldring og sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1997.
4. Tretteteig S, Thorsen K. Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsøyningsperspektiv. En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2011;2(7):39–61.
5. St.meld. 25. (2005–2006). «Mestring, muligheter og mening». Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/> (nedlastet 10.12.2015).
6. Andreassen LE. Sykehjem: Hva er riktig bemanning? Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsill/2015/04/hva-er-riktig-bemanning> (nedlastet 18.12.2017).
7. Haukelien H. Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for fagutøvelse og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene. Telemarkforskning; 2004. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/290113085_Kvinnelig_bemanning_Om_vilkarene_for_fagutovelse_og_kvalitet_i_pleie_og_omsorgsyrkene (nedlastet 18.12.2017).
8. Lov 18.12.2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131> (nedlastet 18.12.2017).
9. Deming WE. Out of crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Study; 1986.
10. Disch PG, Lorentzen G. Aktiv omsorg. Aktiv omsorg – prioritering, kompetanse og kompetansebehov nr. 6. (rapportserie). Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2012.
11. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Idébank aktiv omsorg. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingscenter.no/forsideidebank.255107.no.html> (nedlastet 20.01.2016).
12. Bragstad L, Kirkevold M. Individualisert musikk for personer med demens. Sykepleien Forskning 2010;5(2):110–18. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/individualisert-musikk-personer-med-demens> (nedlastet 21.12.2017).
13. Krogstrup HK. Kampen om evidens – resultatmåling, effekt-evaluering og evidens. København: Hans Reitzels forlag; 2011.
14. Sverdrup S. Evaluering – faser, design og gjennomføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

<https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>



I hui og hast får pasientene blokket ut tette kransarterier. De overlever ofte. Men hva skjer etterpå? Sykepleieprofessor Tone M. Norekvål er på saken.

Overlever utblokkingen – men hva så?

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Vi skal spørre 3000 pasienter som har vært inne for utblokking om hva som skjer med dem etterpå, forteller Tone Merete Norekvål.

Hun er fag- og forskningssykepleier på Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen og Høgskulen på Vestlandet.

– Vi ønsker jo at de skal leve slik at de ikke blir innlagt igjen.

Norekvål leder det tverrfaglige forskningsprosjektet CONCARD. Prosjektet er treårig og foregår på seks sykehus. Helse Vest har bidratt med 6,6 millioner kroner.

FLERE OVERLEVER

Pasientene som svarer på undersøkelsen har koronar hjertesykdom, som hjerteinfarkt og angina pectoris.

Utblokkingsmetoden kalles perkutan koronar intervensjon (PCI): Trange partier i hjertets kransårer blokket opp ved hjelp av et kateter. Det føres fra håndleddet eller lysken via en pulsåre til den trange kransåren. Deretter føres et ballongkateter inn i ledekateret. Når ballongen er på plass i kransåren, fylles den og blokker dermed ut forsnævringen.

– Overlevelsen av disse pasientene har økt formidabelt de siste tiårene, påpeker Norekvål.

Det er tre grunner til det, forteller hun:

- Medikamentell behandling
- Utblokking
- Forebygging. Det vil si kosthold, røykestopp, trening.

– Men rehabiliteringen er veldig laber, og det er ingen systematisk utvelgelse til de enkelte tilbudene. Hva har disse pasientene behov for etter utblokkingen? Overføring til institusjon for rehabilitering? Det er jo 1600 i året bare her

på Haukeland. 12 000 i hele Norge. Det er en utfordring.

– GRÅDIG GODE PÅ SYKEHUSET

– Pasientene sier vi er grådig gode på sykehuset. Behandlingen er topp. Men så da? Vi spør: Ble du henvist noe sted? Fikk du informasjon? I så fall, husket du den etterpå?

– Hva bør gjøres?

– Vi må undersøke hvordan forløpet er i dag. Liggetiden er blitt kortere og kortere, nå er den fra ett til tre døgn. Noen blir sendt videre til lokalsykehus, noen hjem. Når skal vi egentlig ha dialog med pasientene?

Det korte sykehusoppholdet, og spesielt utskrivelsessituasjonen, gjør at pasientene ikke får den informasjonen de har behov for når de kommer hjem:

– Det har de fortalt oss i tre intervjustudier.

Pasientene har ofte har vært gjennom en dramatisk opplevelse:

– De har kommet inn med blålys, alt går kjempfort – og så er de hjemme igjen før de vet ordet av det.

– DANSKE SYKEPLEIERE KAN HENVISE

Så langt har over 500 pasienter på Haukeland svart på et skjema med spørsmål om hvordan de har det etter utblokkingen. De handler blant annet om livsstil, smerter og ernæring. Pasientene skal følges opp med flere spørreskjema flere

ganger det første året, og siden følges de i ti år eller fram til død.

– Vi spør blant annet: Får du rehabilitering? Går du til psykolog? Bruker du private tjenester? Hva har du behov for av oppfølging?

I tillegg rapporterer også pasienter fra Rikshospitalet og sykehuset i Stavanger. Dessuten deltar tre danske sykehus.

– I Danmark har de en annen måte å organisere rehabiliteringen på. De har pakkeforløp, og sykepleiere kan henvise til rehabilitering. Det kan vi ikke her. Hos oss er dette en flaskehals, sier Norekvål.

Hun har tro på at her kan også norske sykepleiere gjøre en innsats – hvis de bare får sjansen.

SLUTTER Å TA MEDISINER

– Overlevelsen er altså stor. Men hvis pasientene ikke tar medisinene sine etterpå, er vi like langt. Det er et gap mellom liv og lære. For henter de egentlig medisinen på apoteket? Og tar de den? Dette vet vi ikke nok om. Nå spør vi dem direkte om de tar den i munnen. Vi spør også om hindringer: Glemmer de å ta pillene? Har de tillit til kopi-medisiner? Får de bivirkninger?

– Hva kan bivirkninger være?

– For eksempel muskel- og leddsmerter av kolesterolsenkende medisin. Eller potensproblemer av betablokker. De orker ikke plagene mer og slutter å ta medisinen. Dette trenger de å diskutere med noen. Tar de ikke blodfortynnende medisiner, kan årene gå tett igjen, det er så viktig å forstå.

Både pasienter og pårørende strever.

– Det gjelder å slutte å røyke og komme seg ut i skogen – eller annen aktivitet som kan være lystbetont – for å slippe ny innleggelse.

Men mange blir deprimerte og engstelige etter operasjonen:

«Klart at det er kjekt at lille Bergen kan gjøre seg gjeldende internasjonalt.»



KLINISK: Det er her på hjertekateteriseringslaboratoriet at PCI-utblokkeringen utføres, forteller professor Tone M. Norekvål.

– Hvorfor er ikke psykologer en del av oppfølgingen, spør pasientene. Her er det uløste oppgaver. Hvordan skal de greie seg i hverdagen? Vi skal kartlegge flaskehalsen.

I ALLE ALDRE

En god del av pasientene er eldre.

– Vi har utblokket dem på 90 pluss. De kan ha gode år etter det. Vi har også dem ned i 30-årene som har fått hjerteinfarkt. Kvinner med hjerteinfarkt er generelt ti år eldre enn menn, opplyser hun.

Reinnleggelsesraten er forholdsvis lav.

– Men den kunne vært lavere. Sykepleiere har en sentral rolle i utskrivningssamtaler. Pluss at de kan bidra i hjemmesykepleien, på frisklivs-sentraller og i kontakt med fastleger.

Ikke alle trenger institusjonsrehabilitering, påpeker hun:

– Kanskje er det nok å få en telefon. En bok, en svartjeneste eller en app med gode råd. E-helse gir nye muligheter. Dette vil vi få kartlagt. Vi har

«Pasientene får nytte av det vi forsker på.»

god rehabilitering, men kapasiteten er for liten. Nå er det først til mølla, det er ikke optimalt.

HAR FÅTT HEDER I AMERIKA

At en kompleks tverrfaglig multisenterstudie er ledet av en sykepleier, er uvanlig. Norekvål heier på sykepleiere som vil ta master- og doktorgrad og har veiledet mange på veien.

– Vi må ha gode forbilder. Sykepleieforskningen har ingen lang tradisjon. Der kan vi lære av legene. Vi må samarbeide med dem – og andre profesjoner som fysioterapeuter – ikke bare holde på for oss sjøl.

Sist november fikk Norekvål – som første norske sykepleier – tildelt en æresbevisning fra American Heart Association. Det skjedde på den amerikanske hjertekongressen.

– For å få den må man ha utmerket seg både nasjonalt og internasjonalt med noe som hjelper pasientene, sier hun.

Norekvål har hatt flere verv både hjemme og ute. Hun er alltid opptatt av klinisk vinkling:

– Forskningsgruppen vår på Haukeland er klinikknær. For eksempel har vi forsket på hjerterytmeovervåkning ved bruk av telemetri. Det har ført til nye retningslinjer for Haukeland. Det er et arbeid vi har gjort «heime på bjerget», som så ble publisert i internasjonale tidsskrift. Publikasjonene har fått konsekvenser.

For i de nye amerikanske retningslinjene om det samme, er blant annet dette brukt som grunnlag:

– Klart at det er kjekt at lille Bergen kan gjøre seg gjeldende internasjonalt, og at forskning fra norske sykepleiere kan bidra i amerikansk klinikk. Retningslinjer betyr noe for pasientene. De får nytte av det vi forsker på, forskningen er ikke bare en akademisk eksersis, sier Norekvål. ●

marit.fonn@sykepleien.no



PRESAMTALER MED REVMATOLOGISKE PASIENTER GA EFFEKTIVE INNLEGGELSER

«Fast track»-inspirert revmatologi kan gjøre behandlingsforløpet raskere og forberede pasientene bedre på innleggelse.

FAGUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.64558



Thomas Berg
Sykepleier og sykepleierstudent i prosjekt, Revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital

Fast-track»-konseptet ble implementert av den danske kirurgen Henrik Kehlet og har vist seg å gi bedre medisinske resultater, lavere kostnader og kortere liggetid på sykehus (1).

På Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital ble det etablert en tverrfaglig arbeidsgruppe som fikk i mandat å undersøke hvorvidt det var mulig å implementere prinsippene fra «fast track»-kirurgimetodologien til et medisinsk revmatologisk behandlingsforløp (2). Elektive innleggelse på revmatologisk avdeling dreier seg ofte om å utrede, behandle med medikamenter eller få stilt en diagnose.



Eva K. Lyngvær
Seksjonsleder, Revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital

REVMATISKE SYKDOMMER

Utredning av revmatiske sykdommer er ikke alltid like forutsigbart som et kirurgisk eller ortopedisk forløp. Revmatiske sykdommer omfatter blant annet vaskulittsykdommer, bindevevssykdommer (systemisk lupus erythematosus (SLE)), Sjögrens syndrom, systemisk sklerose og Mixed Connective Tissue Disease (MCTD) samt kroniske, inflammatoriske leddsykdommer som revmatoid artritt, psoriasisartritt, spondylartritt med perifere artritter og polyartritt (se faktaboks).

Pasientenes symptomer og plager varierer. For de inflammatoriske leddsykdommene dreier det

seg ofte om fysiske funksjonsutfordringer, smerter, stivhet, tretthet, søvnforstyrrelser og sosiale utfordringer (3, 4). Symptomene varierer gjennom sykdomsforløpet og påvirker pasientenes dagligdagse aktiviteter, arbeidsevne og livskvalitet (5).

Behandlingen er individuelt tilpasset og inkluderer ulike medikamenter som lindrer symptomer og reduserer sykdomsaktiviteten. Den medikamentelle behandlingen

består ofte av ett eller flere preparater av typen sykdomsmodifiserende medikamenter, Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARD), i tillegg til ikke-steroid antiinflammatoriske midler, Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs (NSAID) (se faktaboks).

OVERLEGE VURDERER

I «fast-track»-inspirert revmatologi blir henvisningen fra fastlegen vurdert av en overlege. Overlegen tar utgangspunkt i en diagnose-spesifikk sjekkliste som inneholder et utvalg prøver og undersøkelser som bør vurderes.

Overlegen krysser av for hvilke undersøkelser og prøver som skal tas, sekretæren forhåndsbestiller prøvene og undersøkelsene, og pasienten blir tildelt en foreløpig dato for innleggelse på det ukentlige inntaksmøtet. Sekretæren sender deretter et brev til pasienten med informasjon om at en sykepleier vil ringe pasienten på et bestemt tidspunkt for å snakke om innleggelsen.

PRESAMTALER

Behovet for en presamtale kom frem som et resultat av det tverrfaglige arbeidet i arbeidsgruppen (2). Samtalen kan gjennomføres som en poliklinisk konsultasjon eller på telefon, alt etter pasientens ønsker og behov. Hensikten med

Fakta ●●●

Hovedbudskap

«Fast-track»-inspirert revmatologi handler om effektiv og god planlegging av elektive innleggelse i Revmatologisk avdeling. Gjennom presamtaler på telefon kan sykepleieren avklare pasientenes forventninger til innleggelsen, innhente nødvendig informasjon fra pasienten og gi informasjon om planlagte prøver og undersøkelser. Presamtalen kan også bidra til at pasienten blir mer involvert og delaktig i egen behandling.

Nøkkelord

- Revmatologi
- Informasjon
- Oppgaveglidning
- Sykepleie

Fakta ●●●

Medikamenter

Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARD): Samlebetegnelse for sykdomsmodifiserende legemidler som brukes i behandlingen av leddgikt og av og til ved andre inflammatoriske revmatiske sykdommer. DMARD reduserer smerter, stivhet og betennelse, men reduserer også utviklingen av bruskforandringer og bendestruksjon ved leddgikt. Vanligste brukte DMARD er methotrexat.

Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs (NSAID): Ikke-steroid antiinflammatoriske midler, legemidler. De vanligste er ibuprofen, naproksen, diklofenak og piroxikam.

Kilde: Store medisinske leksikon



INNFLYTELSE: En god dialog mellom sykepleieren og pasienten innebærer refleksjon, diskusjon og støtte til å ta beslutninger. Bildet viser sykepleier Mai Elin Husebø og revmatismepasient Anette Lieng Håkonsen. Arkivfoto: Erik M. Sundt

presamtalen er å avklare pasientens forventninger til innleggelsen i tillegg til å gi informasjon, slik at pasienten er best mulig forberedt på innleggelsen (2).

Ifølge helsepersonelloven (6) skal sykepleieren og annet helsepersonell gi pasienten nødvendig informasjon slik at pasienten får innsikt i helsetilstanden sin og innholdet i helsehjelpen (7). I presamtalen informerer sykepleieren om eventuelle forberedelser som må gjøres før innleggelsen eller i forbindelse med aktuelle undersøkelser.

Denne typen informasjon er viktig for at pasientene skal ha mulighet til å samtykke og

medvirke i de beslutningene som skal tas. Informasjon kan også bidra til å redusere frykt og engstelse, og pasientene kan føle seg tryggere på at de er godt ivaretatt (3, 4).

Den dagen pasienten legges inn, får vedkommende tildelt en skriftlig oversikt med tidspunkt over hvilke prøver, konsultasjoner og undersøkelser som skal gjennomføres.

På den måten unngår pasienten å vente unødig og spekulere på hva som skal skje, og når ting skal skje (2). Med dette som bakteppe ville vi undersøke sykepleierens opplevelser med å gjennomføre presamtaler i det «fast-track»-inspirerte revmatologiske behandlingsforløpet.

«Behovet for en presamtale kom frem som et resultat av det tverrfaglige arbeidet i arbeidsgruppen.»

METODE

Dette fagutviklingsprosjektet var et samarbeid mellom daværende Institutt for sykepleievitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige

universitet (NTNU), og Revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital. Revmatologisk avdeling samarbeider med bachelorutdanningen i sykepleie ved NTNU om flere prosjekter for å utvikle sykepleiefaget og øke oppmerksomheten rundt kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten.

Som et ledd i dette samarbeidet kan sykepleierstudenter delta i prosjekter i forbindelse med bacheloroppgaven i sykepleie. Denne artikkelen baserer seg på prosjektet «Fast-track»-inspirert revmatologi og omhandler hvordan sykepleierne opplevde det å gjennomføre presamtaler før elektive innleggelser.





For denne studien utarbeidet vi et enkelt spørreskjema til sykepleierne ved Revmatologisk avdeling. Spørreskjemaet tok utgangspunkt i sjekklister som sykepleierne bruker i presamtalen for å innhente og gi informasjon før innleggelsen.

Spørsmålene omhandlet hvordan sykepleierne opplevde det å gi og innhente informasjon, hvorvidt sykepleierne syntes at pasientene hadde blitt mer involvert i egen behandling, og hvorvidt sykepleierne følte at de hadde tilstrekkelig faglig kompetanse til å gjennomføre pre-

«Sykepleierens rolle er å støtte pasienten slik at han eller hun kan medvirke i behandlingsprosessen.»

samtalene. Sykepleierne ble også spurt om hvorvidt presamtalene hadde betydning for kvaliteten på behandlingen.

RESULTATER

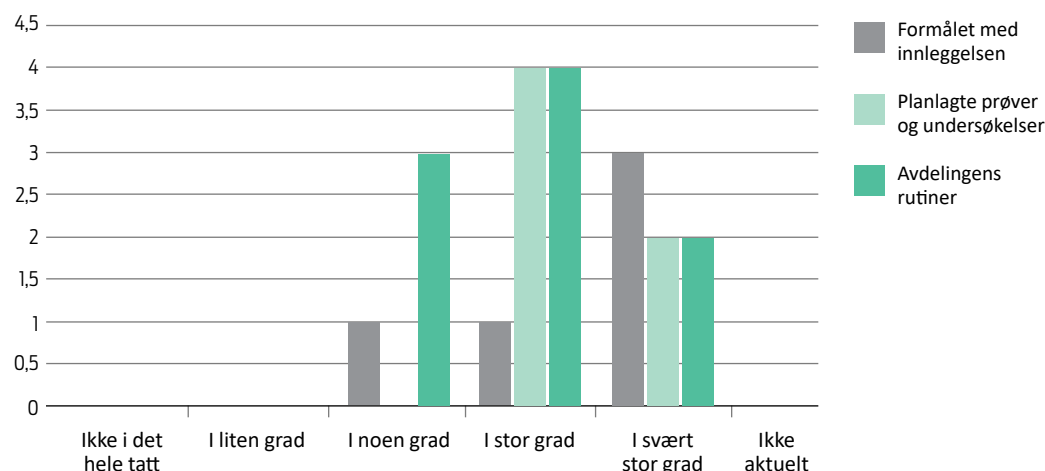
Seks sykepleiere svarte at de hadde hatt egne presamtaler i det «fast-track»-inspirerte behandlingsforløpet. De fleste sykepleierne svarte at de i stor eller svært stor grad fikk avklart pasientenes forventninger til oppholdet.

Når det gjaldt spørsmålet om hvorvidt sykepleierne opplevde at de fikk gitt nødvendig informasjon til pasienten om hva som var formålet med innleggelsen, planlagte prøver og undersøkelser og avdelingens rutiner, svarte de fleste at de i stor eller svært stor grad fikk gjort dette (figur 1).

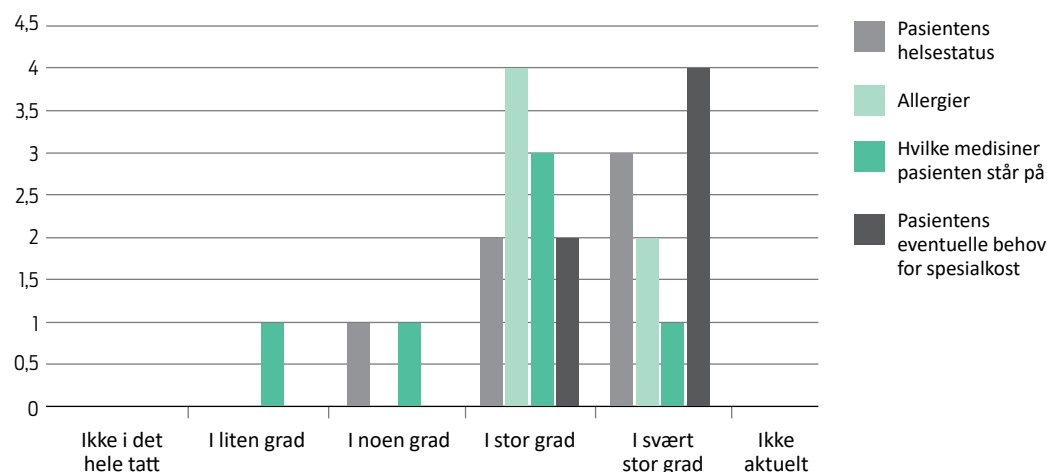
Svarene på spørsmålet om hvorvidt sykepleierne fikk innhentet opplysninger om pasientens helsestatus, allergier, medisiner og eventuelle behov for spesialkost, varierte noe mer (figur 2).

Figur 3 illustrerer at sykepleierne jevnt over opplevde at pasientene

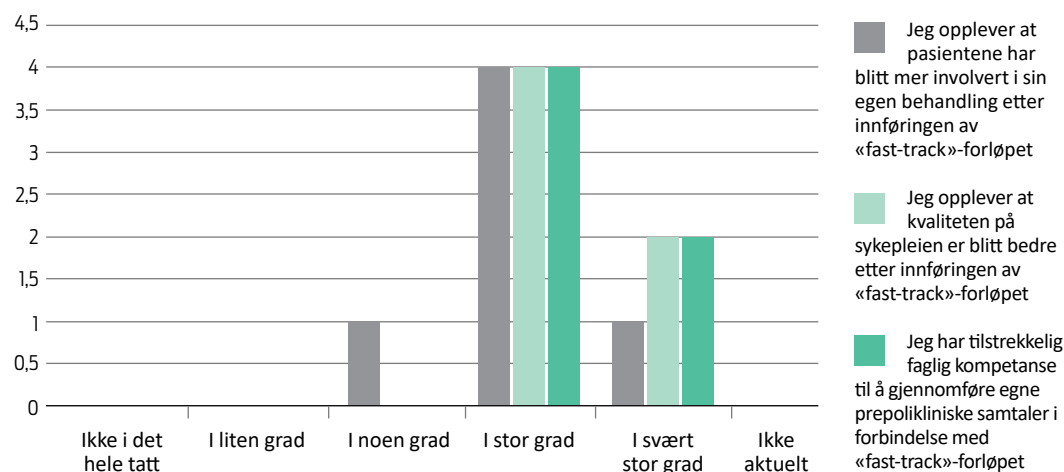
Figur 1: Informasjon fra sykepleier til pasient



Figur 2: Innhenting av informasjon



Figur 3: Inntrykk av presamtalene



var blitt mer involvert i sin egen behandling, og at kvaliteten på sykepleien ble bedre etter at «fast-track»-forløpet ble innført. Figuren illustrerer også at sykepleierne opplevde at de hadde tilstrekkelig faglig kompetanse til å gjennomføre egne presamtaler.

DISKUSJON

Resultatene viser at sykepleierne stort sett fikk innhentet nødvendig informasjon fra pasienten i løpet av presamtalen. Når det gjaldt spørsmålet om hvilke medisiner pasienten brukte, varierte svarene noe mer.

Spørreskjemaet ga ikke svar på hvorfor informasjon om pasientens medisiner ikke alltid var mulig å få tak i, og det kan være flere mulige forklaringer på dette. Det kan hende at pasientene ikke husket hvilke medisiner de sto på, og at de hadde glemt å få en oppdatert medisinliste fra fastlegen.

I dag har sykehuset tilgang til pasientens kjernejournal og e-reseptmodul, noe som gjør det enklere å ha oversikt. Da denne studien ble gjennomført, fantes det ingen felles oversikt over hvilke medisiner de enkelte pasientene brukte. Da var det viktig at pasientene alltid hadde med seg en oppdatert medisinliste (8).

Medisinlisten er spesielt viktig hvis pasienten har kontakt med flere leger, og når pasienten skal behandles på sykehus (3, 4).

PASIENTMEDVIRKNING

Sykepleierens inntrykk var at pasientene ble mer involvert i egen behandling etter at avdelingen innførte «fast-track»-forløpet. Å ha innflytelse på og ta del i beslutninger om sykdom og behandling viser seg å være viktig for pasientenes opplevelse av å delta aktivt i egen behandling (9). En god dialog mellom sykepleieren og pasienten innebærer refleksjon, diskusjon og støtte til å ta beslutninger.

Sykepleierens rolle er å støtte pasienten slik at han eller hun kan medvirke i behandlingsprosessen (10). Det er viktig at pasienten har tilstrekkelig med informasjon, slik at vedkommende kan ta egne beslutninger som har betydning for sykdommen, behandlingen og daglige aktiviteter (11).

Sykepleierens kompetanse og ferdigheter blir også viktige i denne sammenhengen. Forskning viser at det er en positiv sammenheng mellom pasientenes trygghet og sykepleierens kompetanse, praktiske ferdigheter og undervisningsferdigheter (12).

ROLLE I ENDRING

Sykepleierens rolle og funksjon er i stadig endring. Innen det revmatologiske fagfeltet har også mange sykepleiere fått et utvidet ansvarsområde, noe pasientene setter pris på (9, 13). Sykepleierens kompetanse og ferdigheter er viktige faktorer i den helhetlige omsorgen.

En del pasienter sier at det er lettere å kommunisere med sykepleierne enn eksempelvis legen (9). God informasjonsflyt mellom pasienten og behandlerne er essensielt i behandlingsforløpet og innvirker på pasientens tilfredshet med oppfølgingen (2).

Pasienttilfredshet er også ansett som en viktig indikator på kvaliteten av behandlingen (13). Et annet viktig moment i denne sammenhengen er pasientens opplevelse av trygghet.

Forskning viser at sykepleierens fleksibilitet og tilgjengelighet, eksempelvis på telefon, hadde en positiv innvirkning på pasientenes følelse av trygghet (9). Pasientene uttrykte også at sykepleierne og revmatologene utfylte hverandre. Sykepleierne så ikke pasienten bare som en diagnose, men som et helt menneske.

PASIENTTILFREDSHET

Et av målene med behandlingsforløpet «fast-track»-inspirert revmatologi var å gjøre pasientene mer forberedt på innleggelsen og øke pasienttilfredsheten (2).

Andre momenter som har vist seg å påvirke pasientenes tilfredshet med sykepleien, har vært hvor godt sykepleierne har satt seg inn i pasientenes sykdomshistorie, nåværende situasjon samt evnen til å formidle kunnskap, støtte og tilitt (12). Pasienttilfredshet henger også sammen med forventninger og i hvilken grad pasientenes forventninger blir innfridd (3, 4).

Presamtalen i denne studien ga sykepleierne mulighet til både å gi og innhente nødvendig informasjon. Resultatene viste at sykepleierne i stor eller svært stor grad følte at de fikk gitt nødvendig informasjon til pasienten om formålet med innleggelsen, planlagte prøver

og undersøkelser, avdelingens rutiner og pasientens helsestatus.

KONKLUSJON

Undersøkelsen vår viser at sykepleiere som har egne presamtaler med pasienter som planlegges innlagt ved Revmatologisk avdeling, opplevde at de fikk avklart pasientenes forventninger til oppholdet. De fikk gitt nødvendig informasjon om hvorfor pasienten skulle legges inn, og hvilke prøver og undersøkelser som var planlagt.

Sykepleierens inntrykk var også at «fast-track»-forløpet medførte at pasientene ble mer involvert og delaktige i sin egen behandling. Sykepleierne opplevde derimot at de ikke alltid fikk innhentet tilstrekkelig informasjon om hvilke medisiner pasienten brukte. ●

REFERANSER:

1. Kehlet H, Wilmore DW. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg.* 2008;248(2):189–98.
2. Grønning K. Fast-track inspirert revmatologi ved St. Olavs Hospital. *Norsk Rheumabulletin.* 2014;2:14–5.
3. Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R, Toverud C. Klinisk sykepleie 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
4. Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R, Toverud C. Klinisk sykepleie 2. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
5. Grønning K, Rodevand E, Steinsbakk A. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2010;29:1317–22.
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 20.11.2017).
7. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 20.11.2017).
8. Legemiddelverket. Har du liste over medisiner dine? 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/legemidler/eldre-og-legemidler/medisinliste> (nedlastet 20.11.2017).
9. Larsson I, Bergman S, Fridlund B, Arvidsson B. Patients' experiences of a nurse-led rheumatology clinic in Sweden: a qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2012;14:501–7.
10. Oliver SM. The role of the clinical nurse specialist in the assessment and management of biologic therapies. *Musculoskeletal Care.* 2011;9:54–62.
11. Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, Andersson B, Arvidsson B, et al. A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2006;8:133–9.
12. Bala SV, Samuelson K, Hagell P, Svensson B, Fridlund B, et al. The experience of care at nurse-led rheumatology clinics. *Musculoskeletal Care.* 2012;10:202–11.
13. Koksvisk HS, Hagen KB, Rodevand E, Mowinkel P, Kvien T, et al. Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:836–43.

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Fakta

Revmatiske sykdommer

Vaskulitt: Betennelse i en karvegg.

Systemisk lupus erythematosus (SLE): «Den røde ulven». Hudsykdom forbundet med indre skader. En kronisk sykdom med blant annet hudutslett, leddplager, nyreforstyrrelser og forandringer av de hvite blodcellene.

Sjögrens syndrom: Nedsatt utskillelse i tåre- og spyttkjertlene og i neselimplinnen.

Systemisk sklerose: Også kalt systemisk sklerodermi. En alvorlig bindevevssykdom som først og fremst rammer de små blodkarene, særlig kapillærene, som tettes igjen. Sykdommen angriper også indre organer, som får fibrotiske forandringer.

Mixed Connective Tissue Disease (MCTD): S sammensatt bindevevssykdom som rammer hele kroppen.

Revmatoid artritt: Kronisk leddrevmatisme. En gruppe sykdommer av uklart opphav med en kronisk, inflammatorisk prosess, særlig i leddenes bindevev og brusk, men også i annet støttevev, og med påvirkning på hele kroppen.

Psoriasisartritt: Psoriasisleddgikt. Inflammatorisk leddsykdom som er assosiert med hudsykdommen psoriasis.

Spondylartritt: Betennelse i ryggradens små ledd.

Polyartritt: Samtidig betennelse i flere ledd.

Kilde: Lindsog BI. Gyldendals store medisinske ordbok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2003.



NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag:



Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringsstilstanden til sykehjemspasienter

Bakgrunn: Ernæringsarbeidet i sykehjem er både nødvendig og viktig helsehjelp. Ved mange sykehjem inngår ernæringsarbeidet som et samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner. Forskning og tilsyn har avdekket at mellom 20 og 60 prosent av pasientene i sykehjem er underernærte.

Hensikt: Studien belyser hvordan sykepleiere samhandler med lege. Temaet er lite belyst i forskningen.

Metode: Studien har et kvalitativt design med analyse av fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som er involvert i direkte pleie. Analysen bygger på Malteruds tilnærming til analyse av datamateriale, med helhetslesning, meningsbærende enheter, systematisering og abstraksjon, før funnene ble sammenfattet.

Resultat: Samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet i sykehjem. Pasientene og de pårørende trygges når sykehjemslegen tar opp ernæring ved innkommst, informerer om forventet utvikling underveis samt kjenner pasientens ønsker og behov. Samtidig har sykepleierne behov for en sykehjemslege som kjenner til pasientens individuelle ønsker og behov i ernæringsarbeidet, og som etterspør ernæringsarbeidet i avdelingen.

Konklusjon: Erfaringene til sykepleiere i sykehjem tilsier at et samarbeid med sykehjemslegen er en viktig faktor i ernæringsarbeidet i sykehjem. Et godt samarbeid fremmer faglig forsvarlig ernæringsbehandling for pasienter i sykehjem.

Forfattere:

Britt Moene Kuven og
Tove Giske



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



En kartlegging av helsepersonells erfaring med Pediatrisk tidlig varslingskår (PEVS)

Bakgrunn: Pediatrisk tidlig varslingskår (PEVS) er et skåringsverktøy som ble utviklet tidlig på 2000-tallet i England og modifisert til norske forhold i 2011. Verktøyet tallfester alvorlighetsgraden av barns kliniske tilstand, uavhengig av diagnose, og identifiserer barn mellom 0 og 18 år som er i fare for klinisk forverring. PEVS anses som et nyttig hjelpemiddel for å gjenkjenne risikopasienter, men det foreligger lite forskning om brukererfaringer med PEVS.

Hensikt: Å beskrive sykepleiere og legers erfaring med PEVS. Forfatterne fremstiller erfaringene på bakgrunn av hvorvidt verktøyet bidrar til systematikk og bedret kommunikasjon, samt hvorvidt verktøyet er anvendelig for brukeren. I tillegg undersøker de hvorvidt PEVS brukes etter oppsatte rutiner, og hvorvidt forskjellige sykehus eller yrkesgrupper har ulike erfaringer.

Metode: Forfatterne benyttet kvantitativ metode med deskriptivt tverrsnittsdesign. De brukte et egenutviklet spørreskjema til å kartlegge brukererfaringene til 172 helsepersonellansatte fra tre sykehus i Norge. De foretok deskriptive analyser kombinert med ikke-parametriske rangsumtester: Kruskal-Wallis og Mann-Whitney-Wilcoxon.

Resultat: Det er gjennomgående enighet blant helsepersonellet om at PEVS bidrar til systematikk og bedret kommunikasjon, og at PEVS er et brukervennlig verktøy. Helsepersonell fra ett sykehus var signifikant oftere enige i at de bruker PEVS i samsvar med rutinene, sammenliknet med de andre sykehusene.

Konklusjon: Helsepersonell rapporterer om positive erfaringer med PEVS, men studien viser at de bruker rutiner svært forskjellig.

Forfattere:

Kjersti Sønning, Catharine Nyrud og Ingrid Helene Ravn



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Sammendrag: ●●●

Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast

Bakgrunn: Halvparten av dei eldre med heimesjukepleie er underernærte eller står i fare for å bli det. Alle pasientar skal få kartlagt ernæringsstatus med jamne mellomrom. Utan gode kartleggingsrutinar kan det vere vanskeleg å oppdage underernæring. Tilsyn syner at kartleggingspraksis varierer frå kommune til kommune, trass i at sjukepleiaren har eit tydeleg ansvar for å kartlegge ernæringsstatus.

Føremål: Å få fram den gode løysinga som forenkler og systematiserer vurdering av ernæringsstatus.

Innhald: Mange eldre pasientar har eit samansett sjukdomsbilde som kompliserer vurderinga av ernæringsstatus. Det viser seg at korte pasientbesøk gjer det vanskeleg å prioritere ernæringskartlegging. Vidare kan mange tilgjengelege kartleggingsverktøy for ernæringsstatus gjere det vanskeleg å velje det som er best eigna. Kortversjonen av Mini Nutritional Assessment (MNA) er vurdert til å vere best. I kortversjonen av MNA kan eit mål av leggomkrins erstatte KMI. Leiarane er i sentral posisjon til å sette kartlegging på dagsorden som del av det tverrfaglege ernæringsarbeidet. Sjukepleiarane ønsker meir ernæringskompetanse og tydelegare ansvarsdeling. Ulike studiar etterlyser kunnskap om kartleggingsverktøy og ein betre standard for dokumentasjon av ernæringsdata i elektronisk pasientjournal (EPJ). Kompetanse er difor sentralt for å styrke og kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

Konklusjon: Ernæringskartlegging gjer det lettare å oppdage ernæringsvanskar før det oppstår underernæring. Den gode løysinga er å kartlegge ernæringsstatus med kortversjonen av MNA. Kosthandboka bidreg med nyttige tips.

Forfattere:

Bente Gunn Melheim og
Anne Marie Sandvoll



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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



Sammendrag: ●●●

Oversettelse og kulturell tilpasning av Attentional Function Index (AFI)

Bakgrunn: Antall krefttilfeller blant eldre øker sterkt, og i forbindelse med behandlingen kan kreftpasienter være utsatt for kognitive endringer. Mange av dem som overlever kreft, får nedsatt oppmerksomhet og konsentrasjon samt dårligere hukommelse. Attentional Function Index (AFI) er et instrument for å kartlegge kognitive prosesser, og det er utviklet i USA.

Hensikt: Å redegjøre for oversettelsen og pilottestingen av den norske versjonen av AFI.

Metode: Tre forskere med kunnskap om psykologi, sykepleie og kreft, en psykolog med spesialkjennskap til kognitive instrumenter og en brukerrepresentant utgjorde ekspertgruppen i oversettelse og kulturell tilpasning av instrumentet. En autorisert translatør deltok aktivt i arbeidet. I pilottesten av den norske versjonen rekrutterte forfatterne personer >60 år etter «snøballmetoden». I alt ble 114 personer mellom 60 og 90 år rekruttert til utprøvingen. De ba tolv av disse spesielt om å kommentere instrumentet.

Resultat: Ekspertgruppens medlemmer kom med tilbakemeldinger basert på sin kompetanse. Brukerrepresentanten ville ha et enkelt og forståelig språk som ikke var støtende, og translatøren hadde lingvistiske innspill. Femten personer kommenterte spesielt ett av spørsmålene.

Konklusjon: Å inkludere en bruker og en translatør i oversettelsesprosessen kan bedre valideringen. Vi anbefaler at slike prosesser gjøres tilgjengelige for fremtidige brukere av oversatte instrumenter.

Forfattere:

Inger Utne, Ellen Karine Grov, Linn Elise Kjerland, Mette Rønning, Claudia Rodrigues-Arand, Hege Lund Rasmussen og Borghild Løyland



ARTIKKELEN PÅ NETT

Sykepleien.no

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





Tverrfaglige diskusjoner og etisk refleksjon kan gi innsikt i hva som oppleves som det etiske dilemmaet i ulike situasjoner.

Sykepleiere bør bidra til etisk refleksjon



Fakta

Berit Liland

Medlem av Rådet for sykepleieetikk og Intensivsykepleier, AHUS



Fakta

Kristin Haugen

Medlem av Rådet for sykepleieetikk og Fagleder evitenskap, Institutt for helsevitenskap Gjøvik, NTNU

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (YER) punkt 4.1 sier: «Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten». Dette utfordrer oss som sykepleiere til å reflektere over spørsmål som: På hvilken måte bidrar jeg i det faglige fellesskapet der jeg arbeider? Hvilke grunnleggende verdier fremmer et godt faglig fellesskap? Hvordan kan jeg bidra til endring dersom jeg opplever at det faglige fellesskapet ikke fungerer som det bør?

BLIR IKKE INVOLVERT

I noen saker som Rådet for sykepleieetikk har mottatt, beskriver sykepleiere at de opplever at det tverrfaglige samarbeidet kunne vært bedre. Sykepleiere beskriver situasjoner hvor de opplever å ikke bli involvert, eller at sykepleiefaglige observasjoner og råd ikke blir vektlagt og hørt. For eksempel har Rådet hatt saker som omhandler hvem som kan informere pasienten om hva og til hvilken tid, samt saker som omhandler beslutninger om behandling i livets siste fase.

Vi tenker at fravær av et faglig fellesskap kan bidra til manglende forståelse for hverandres meninger. Vi ser at det er viktig at sykepleiere og øvrig helsepersonell reflekterer rundt verdien av faglig fellesskap. På hvilken måte kan det legges til rette for en bredere faglig diskusjon og systematisk etisk refleksjon der jeg arbeider? Kan et manglende faglig fellesskap gå på bekostning av pasientens beste og true pasientsikkerheten?

Lillemoen og Nordtvedt tematiserer dette i artikkelen «Også sykepleiere må høres i etiske vurderinger». De peker på at når sykepleieren ikke involveres i beslutningsprosessen, er det alvorlig sett fra et juridisk og etisk perspektiv og fra et pasientsikkerhetsperspektiv. De skriver: «Det medfører at viktige beslutninger til pasientens beste ikke er basert på relevant og fullstendig informasjon og kunnskap. Det gir frustrasjon og dårlig samarbeidsklima ved og i institusjonene».

REFLEKSJON KAN FREMME FELLESSKAP

Rådet for sykepleieetikk benytter etisk refleksjonsmodell utarbeidet av Senter for medisinsk etikk på UiO (SME-modellen)

når et etisk dilemma skal drøftes. Dette er et verktøy som kan være til hjelp for å kunne identifisere, analysere og gjøre valg i etiske dilemmaer.

Rådet kan ikke gå inn i de faglige diskusjonene, men belyser saker ut fra de yrkesetiske retningslinjene og de fire prinsippers etikk. Sistnevnte er utformet av Beauchamp og Childress, og de fire prinsippene er: autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet.

Vi går systematisk gjennom saker som meldes inn. Hvem er involvert, hva er fakta, hvilke verdier står mot hverandre, hvilke lover og retningslinjer er aktuelle? Så belyses ulike handlingsalternativer på bakgrunn av dette.

Etisk refleksjon handler om å ta ett skritt tilbake og se saken fra ulike perspektiver. Hvilke verdier kan vi legge vekt på, og hva er det som er viktig å verne om når vi vurderer hva som kan være det riktige å gjøre?

HVA VIL PASIENTEN?

Beslutninger om behandling er ikke bare et medisinsk anliggende som det er legens ansvar å ta stilling til. Selv om det for eksempel kan være medisinsk indikasjon for å starte antibiotikabehandling hos en eldre sykehjemspasient med lungebetennelse, mange tilleggsykdommer og svekket helse, vil det også være et spørsmål om hva pasienten selv ønsker. Hvis pasienten selv ikke kan uttrykke hva han ønsker av behandling, er det viktig at kvalifisert helsepersonell reflekterer tverrfaglig og i samarbeid med pårørende om det er etisk riktig å starte behandling.

«Etisk refleksjon handler om å ta ett skritt tilbake og se saken fra ulike perspektiver.»

I Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenset livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende heter det at den endelige beslutningen angående behandling gjøres av de fagansvarlige legene i nær relasjon med

Rådet for sykepleieetikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.

● Telefon: 91 87 67 95 ● e-post: elisabeth.sveen.kjolsrud@nsf.no

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.65185

pasientens pårørende. Men alle medlemmene av behandlingsteamet rundt pasienten bør delta i beslutningsprosessen. De som behandler pasienten, og som kjenner pasientens situasjon fra ulike ståsteder, inkludert pleiepersonell, skal som hovedregel delta i beslutningsprosessen slik at man sikrer at informasjon og vurderinger kommer frem.

Sykepleierens kompetanse er avgjørende i det faglige fellesskapet og når beslutninger om pasientens beste skal fattes. Sykepleieren er hos pasienten, enten i en institusjon eller i pasientens hjem, der spontane samtaler ofte kan flyte friere enn i et avtalt møte. Da kan man lettere få vite hva som har vært viktig i livet for denne pasienten, hva han/hun tenker om fremtiden og hva som skal gjøres når pasienten er ved veis ende. Når sykepleiere er aktive deltakere i en tverrfaglig diskusjon omkring pasientene, er det med på å sikre at pasientens stemme blir hørt og at faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp blir gitt.

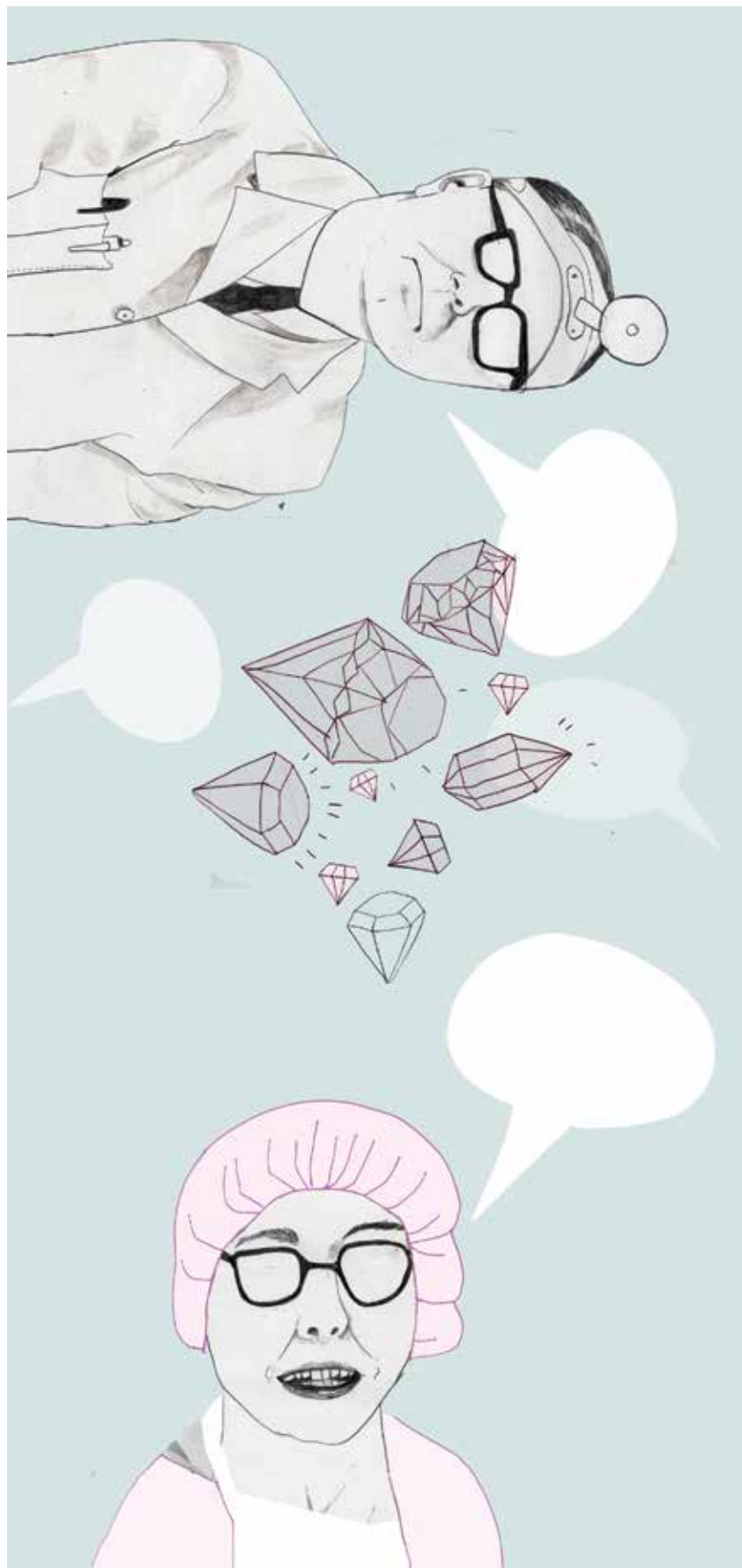
DISKUSJONER OG REFLEKSJON

Tverrfaglige diskusjoner og etisk refleksjon kan også gi sykepleiere, leger og det øvrige helseteamet innsikt i hva som oppleves som det etiske dilemmaet i ulike situasjoner. Etisk refleksjon handler om å sikre kloke og grundige vurderinger av det vi gjør før vi velger hva vi bør gjøre. Hvis sykepleiere og leger, i fellesskap med pasient og pårørende, kan komme frem til hva som er det riktige å gjøre i de ulike situasjonene, kan det også bidra til et bedre arbeidsmiljø der det er åpenhet og rom for å diskutere og reflektere – til pasientens beste.

MOT TIL Å BRINGE INN ETISK REFLEKSJON

Rådet for sykepleieetikk er opptatt av at sykepleiere må ta initiativ til å diskutere etikk i det faglige fellesskapet. Vi ser at det kan være vanskelig for en sykepleier alene å sette dette i verk. Det er et lederansvar å legge til rette for faglig fellesskap og etisk refleksjon. Vi har som sykepleiere likevel et selvstendig ansvar, og vi kan støtte hverandre og gi hverandre mot til å fremme refleksjon og debatt.

Vi oppfordrer deg til å ta med dette spørsmålet til refleksjon på ditt arbeidssted: Hva er det i vårt arbeidsmiljø som fremmer og hemmer et faglig fellesskap til det beste for pasienten? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

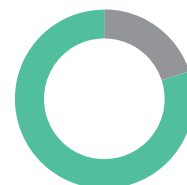


SYKEPLEIERE PÅ OUS OVERTOK OPPGAVER FRA LEGER

På øyeavdelingen ved Oslo universitetssykehus Ullevål har sykepleiere overtatt klareringen av pasienter før operasjon med generell anestesi.

SYKEPLEIERSTYRT PROSJEKT:

Artikkelen bygger på
80 % praksis
 20 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.65106



Elisabeth Eik-Nes
 Enhetsleder, postoperativ/dagkirurgen, øyeavdelingen, OUS Ullevål

Sykepleiere fra dagkirurgisk avdeling ved øyeavdelingen på OUS Ullevål har ansvar for preoperativ klarering av og informasjon til pasienter som skal til kirurgi i generell anestesi. Frem til høsten 2015 ble pasientene sendt til dagkirurgisk avdeling fra øyepoliklinikken for å bli informert av sykepleier og preoperativ medisinsk undersøkelse av øyelege i spesialisering (LiS).

Pasientene måtte ofte vente lenge; enkelte reiste hjem uten medisinsk vurdering av LiS. I

mange tilfeller var den preoperative undersøkelsen mangelfull, slik at pasienten ble strøket eller fikk utsatt det operative inngrepet operasjonsdagen.

Vi ønsket forbedring for å sikre god medisinsk informasjon, unngå strykninger og redusere tiden på sykehuset for pasientene.

OPPSTART AV PROSJEKTET

Vi valgte å organisere gjennomføringen av endringene som et prosjekt. Dette ble godkjent av avdelingsledelsen, med følgende mandat:

Etablere en rutine slik at

sykepleier, i samarbeid med ansvarlig anestesilege, utfører nødvendige forundersøkelser for å få pasienten klarert til generell anestesi samme dag som pasienten er til vurdering på poliklinikken.

Målsettingene var økt pasienttilfredshet (alle forberedelser utført på én dag), kvalitetssikring av nødvendige medisinske opplysninger og å hente inn eventuelle tilleggsopplysninger i god tid før inngrepet.

Vi identifiserte følgende risikobetraktninger:

- Pasienten har lidelser som ikke blir avdekket.
- Anestesilege godkjenner ikke pasienten fordi det er mangelfulle opplysninger.
- For stor økning av arbeidsmengde for de involverte sykepleierne.

Et nytt pasientforløp ble etablert. I konsultasjonen hos lege ved poliklinikken ble det bestemt at pasienten skulle opereres med generell anestesi. Deretter ble pasienten fulgt til dagkirurgisk avdeling for sykepleierkonsultasjon. Her ble egenerklæringsskjemaet fylt ut og gjennomgått sammen med sykepleier. Videre fikk pasienten generell informasjon om forløpet operasjonsdagen.

Sykepleier dokumenterte konsultasjonen i pasientjournalen (se faktaboks). LiS ble ikke involvert uten på særskilt indikasjon.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Jobbglidning på øyeavdelingen ved OUS Ullevål er et sykepleierstyrt prosjekt hvor sykepleiere klarer pasienter til generell anestesi. Sykepleier sørger for at nødvendige medisinske vurderinger og undersøkelser er utført i god tid før elektiv operasjon med generell anestesi.

Nøkkelord

- Anestesi
- Dagbehandling
- Kirurgi
- Narkose
- Operasjon

Fakta ●●●

Standardisert mal for journaldokument i pasientjournal

Preoperativ forberedelse før dagkirurgi i narkose

Kontaktårsak: Hvilket inngrep skal pasienten inn for?

Andre sykdommer: Sykehistorie

Allergi: Kjente allergier

Medikamenter: Hvilke medikamenter benytter pasienten?

Funksjonsnivå: Hvordan fungerer pasienten i hverdagen? Selvhjelpen? Går i trapper? I stand til å ta vare på seg selv etter operasjonen?

Egenerklæringsskjema: Hvem har fylt ut (pasient med sykepleier, verge, foresatt)?

Preoperative tiltak: EKG, blodprøver, høyde, vekt, blodtrykk, puls, SaO₂, tilsyn av anestesilege, henvisning til kardiologisk tilsyn, røntgen, ultralyd, videre utredning osv.

Informasjon: Forventet forløp, preoperative tiltak (fasting, blodfortynnende osv.)

Sjekk at pasienten ikke er alene etter operasjon. Hvis ikke må pasienten bo på bemannet sykehotell eller innlegges.

Annet:



Cecilie Koppang
 Ledende pasientkoordinator, øyeavdelingen, OUS Ullevål



Terje Dybvik
 Overlege, spesialist i anesthesiologi, anestesivdelingen, OUS Ullevål



ELEKTIV ØYEOPERASJON: Pasienter til generell anestesi må ha god preoperativ vurdering. Illustrasjonsfoto: Tor Wennström / NTB Scanpix

GJENNOMFØRING

Utvalgte sykepleiere og ansvarlig anestesilege utarbeidet et nytt egenerklæringskjema og en «standardisert sjekkliste» til bruk under sykepleierkonsultasjonen med pasienten (se tabell 1). Skjemaet ble brukt som et utgangspunkt for konsultasjonen. Sykepleier gjennomgikk egenerklæringskjemaet sammen med pasienten for å avdekke eventuelle mangler.

Sykehistorie ble tatt opp og tiltak iverksatt ut fra dette. Ved den minste usikkerhet ble anestesilege kontaktet. Enkelte utvalgte pasientgrupper fikk anestesilegetilsyn.

Egenerklæringskjemaet ble sammen med EKG, medisinalister og eventuelle opplysninger fra andre sykehus skannet inn i pasientens journal. Det ble utført en standardisert mal for hva

journalnotatet til sykepleierkonsultasjonen skulle inneholde.

Anestesilegen fikk daglig en liste over de pasientene som hadde vært hos sykepleier. Disse ble gjennomgått for godkjenning til generell anestesi. Der det ble avdekket manglende opplysninger eller undersøkelser, ble pasienten kontaktet for å få disse utført i god tid før planlagt operasjon.

Hvis det er over seks måneder siden egenerklæringen ble utfylt, skal sykepleier ringe pasienten for å høre om det er endringer i helsestilstanden. Etter et år må det gjøres en ny vurdering av pasientens helsestilstand og en ny klarering for narkose.

RESULTATER

Evaluerings ble utført seks måneder etter oppstart.

Fra november 2015 til juli

2016 ble 600 pasienter klarert. Av disse fikk 239 utfylt et registreringsskjema, hvor vi

«Pasientene måtte ofte vente lenge; enkelte reiste hjem uten medisinsk vurdering av LiS.»

ønsket å kartlegge blant annet tidsbruk, endringer i oppholdstype og hvor mange konsultasjoner per telefon eller tilsyn anestesilegen måtte gjøre. Vi ønsket også tall på i hvor stor utstrekning det var behov for en fullstendig

legejournal i tillegg til notatet for sykepleiekonsultasjonen.

Antallet pasienter som ble klarert av sykepleier, var 132, mens 15 ble endret til døgnopphold. Det var 62 telefonkonsultasjoner med anestesilege og 17 anestesitilsyn, 2 pasienter ble sendt tilbake til operatør, og 6 ble sendt til lege for fullstendig journalopptak.

Tidsbruk per pasient er beskrevet i tabell 2.

DISKUSJON

Klarering

Pasienter til generell anestesi må ha god preoperativ vurdering (1, 2). Endelig klarering er en legeoppgave (2), men det er godt beskrevet fra utlandet at sykepleiere utfører klarering alene eller i samarbeid med anestesilege (3–6). Vi har ikke funnet tilsvarende beskrevet i Norge.





Tabell 1: Standardisert sjekkliste

Målinger	Hvem
BT	Alle voksne
Puls (regelmessig?)	Alle
Høyde/vekt	Alle
SpO2 (perifer oksygenmetning)	Lungesykdom eller tungpustethet
Undersøkelser	
EKG	Alder over 70 år Diabetikere (type 1 og 2) Hjertesykdom (ikke hypertensjon)
Blodprøver	
Hb, Na, K, kreatinin	Diabetikere Hjertesykdom Nyresykdom
HbA1c	Diabetikere
INR	Antikoagulerte

I pasientsamtalen standardiserte vi spørsmålene som skulle stilles.

Spørsmål knyttet til funksjonsnivå

Kommer pasienten gående eller bruker vedkommende hjelpemidler?
Kan pasienten f.eks. gå oppoverbakke, gå trapp i to etasjer, måke snø eller gjøre tyngre husarbeid uten å bli tungpustet?
Kan pasienten gape / bøye hodet bakover?

Tilsyn av anestesilege

Alle ny-henviste babyer/nyfødte
Pasienter med ustabil hjertesykdom
Pasienter som er stentet (hjerte) siste år, bruker blodfortynnende som f.eks. Plavix
Overvektige
Pasienter med gapevansker eller andre vanskelige anatomiske forhold relatert til luftveissikring

Tabell 2: Tidsbruk per pasient

Minutter	<30	30–60	>60
Antall	139	81	19

Kun noen få sykepleiere klarerte i oppstarten. I løpet av prosjektperioden fikk stadig flere sykepleiere opplæring og deltok i klareringen.

Tett samarbeid

Vi hadde en lav terskel for å ta kontakt med anestesilege. Dette vises av at det i rundt 25 prosent av klareringene var kontakt med anestesilege. Det tette samarbeidet var ønsket av både sykepleierne og anestesilegen, for å sikre god medisinsk informasjon, styr-

«I løpet av prosjektperioden fikk stadig flere sykepleiere opplæring og deltok i klareringen.»

ke kunnskapene til sykepleierne og utvikle gjensidig tillit. Kun 17 pasienter fikk anestesilegetilsyn, som oftest nyfødte eller pasienter med komplekse lidelser.

Vi hadde jevnlige møter i prosjektperioden, der vi vurderte behovet for å justere på opplegget. Det var stort behov for gjentatte påminnelser til kirurgene på poliklinikken om at pasientene måtte sendes direkte til narkoseklarering.

Besparelser

Sykepleierne opplevde å få økt sin kompetanse og har fått mer ansvar. Antallet pasienter økte og arbeidsmengden ble tilsvarende større, men vi reorganiserte ressursene og så at vi sparte mye arbeid dagen før operasjonen eller selve operasjonsdagen, fordi pasienten allerede var klarert. Det har ført til færre strykninger og utsettelser av operasjoner på grunn av manglende medisinske opplysninger og undersøkelser.

Tidligere måtte pasientene ofte vente lenge på lege (LiS), og sykepleierne brukte mye tid til å få tak i legen. Dette falt bort med den nye organiseringen og frigjorde tid til de nye sykepleieoppgavene. Det er en ulempe at både antallet pasienter og når på dagen de kommer til klarering, er uforutsigbart. Likevel

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via <https://mc.manuscript-central.com/sykepleien>

ser vi helt klart at fordelene for pasienten oppveier for dette.

Ingen overraskelser

Pasientene fikk redusert oppholdstiden på sykehuset. De fikk informasjon om forventet forløp operasjonsdagen, på samme sted som de skulle møte operasjonsmorgenen. Det ga også sykepleierne mulighet til å avdekke om pasienten var egnet til dagbehandling, eller om det var nødvendig å endre til sykehotell eller innleggelse. Dette resulterte i færre ikke-planlagte innleggelser på sengeposten etter dagkirurgi.

Hvis mulig møtte pasientene samme sykepleier operasjonsdagen

som de hadde ved klarering til generell anestesi. Alle opplevde dette som en klar kvalitetsforbedring.

Ikke hos noen av pasientene ble det gjort overraskende nye medisinske funn operasjonsmorgenen. Det kan kanskje forklares med at man er særdeles nøye ved oppstart av et slikt prosjekt og benytter anestesilegestøtte i større grad enn når klareringen har blitt en innarbeidet rutine.

Økning

Antallet pasienter økte etter hvert som tilbudet ble bedre innarbeidet. På de ti første månedene hadde vi over seks hundre pasienter inntatt enheten til klarering, i

gjennomsnitt seksti per måned. I dag har vi omtrent hundre per måned.

Erfaringene vi har gjort oss, er at sykepleierne gjør en grundig jobb og er mer oppmerksomme på de mest vesentlige opplysningene for klarering til generell anestesi. Gjennom prosessen har sykepleierne fått høynet sin medisinske kompetanse.

KONKLUSJON

Vi tror at avgjørende faktorer for at denne typen jobblidning skal lykkes, er fast personell, korte avstander og vilje til forbedring og samarbeid mellom yrkesgrupper.

På bakgrunn av våre erfaringer

er sykepleierstyrt klarering av pasienter til generell anestesi etablert som rutine i avdelingen. ●

REFERANSER:

1. Ræder J, Nordentoft J. Dagkirurgi og anestesi. Tidsskr Nor Legeforen. 2010;130(7):742-6.
2. Norsk anesthesiologisk forening. Anestesisykepleierens Landsgruppe av NSF. Norsk standard for anestesi. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi> (nedlastet 22.09.2017).
3. Beck A. Nurse-led pre-operative assessment for elective surgical patients. Nursing Standard. 2007;21(51):35-8.
4. Gudimelia V, Smith I. Pre-operative screening and selection of adult day surgery patients. I: Lemos L, Jarret P, Philip B, red. Day surgery: development and practice. Porto: International Association for Ambulatory Surgery; 2006. s. 125-38.
5. International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory surgery handbook. 2. utg. IAAS; 2014. Tilgjengelig fra: http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf (nedlastet 16.01.2018).
6. Wadsworth L, Smith A, Waterman H. The nurse practitioner's role in day case pre-operative assessment. Nursing Standard. 2002;16(47):41-4.

ANNONSE

KRAFTEN FINNS I NÄRHETEN

VI BRYR OSS OM DIG SOM GÖR SKILLNAD FÖR ANDRA

Skaraborgs sjukhus söker:

SJUKSKÖTERS KOR TILL BILD- OCH FUNKTIONSMEDICIN

Vill du möta utmaningar, ha varierande arbetsuppgifter och få möjligheten att växa? Det kan du få hos oss – på röntgen i Skövde. Vi är en arbetsplats där vi tror på att ditt engagemang och din kunskap skapar ett bättre liv. Du är viktig. Inte bara för våra patienter, utan också för oss och vår framtid.

Vid Bild- och funktionsmedicin i Skövde arbetar vi med avancerad MRT-, datortomografi-, ultraljuds- och konventionell radiologisk diagnostik samt avancerad interventionsdiagnostik och behandling. Verksamheten bedrivs såväl akut som planerad och vi bemannar hela dygnet.

Bild- och funktionsmedicin (BFM)

Referensnummer: 2018/136

Sista ansökningsdag: 2018-03-11

Upplysningar lämnas av:

Eva-Maria Forsberg, Tel. 0500-478 085

Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:
vregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES
BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Fagartikler på sykepleien.no



NYLIG PUBLISERT



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagartikler som bidrar til faglig utvikling og kompetanseheving. Her presenterer vi fagartikler som ikke har stått på trykk i bladet.

Fagartikkel



Forfattere:

Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi

Geir Tarje Bruaset, Kjersti Sundbye og Carina Midgaard

Problemstilling: Kognitiv terapi er en anerkjent metode innen psykiatri. Sykepleietjenesten ved psykiatrisk sengepost på Lovisenberg Diakonale Sykehus bruker nå teknikker fra metoden til å planlegge og gjennomføre meningsbærende samtaler med pasientene.

Hovedbudskap: Kognitiv terapi er anbefalt som behandlingsmetode i nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykose lidelser. Grunnet på modellen bygger på et positivt og ressursoorientert menneskesyn, der pasienten skal være en likeverdig part i behandlingen. Hvordan kan man integrere behandlingsformen til pasienter ved psykiatrisk sengepost? Artikkelen viser et vellykket implementeringsprosjekt, der de ansatte ved sykepleietjenesten vokste på å ta ansvar.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

Tverrfaglig tilbud om dagrehabilitering

Mette Horten Arnstad og Grete Estil

Problemstilling: Pasienter med kroniske, sammensatte plager har behov for individuelt tilpasset rehabilitering.

Hovedbudskap: Pasienter som lever med kroniske, sammensatte plager, har behov for og nytte av et tverrfaglig spesialisert dagrehabiliterings-tilbud. Det er viktig å kartlegge og sette i gang tiltak for å hjelpe hele mennesket fysisk, psykisk og sosialt. Når pasientene får økt innsikt i og forståelse for egen sykdom og livssituasjon, vil de kunne mestre hverdagen bedre.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



Forfattere:

Nettilbud for barn og unge med MS-syk forelder

Torild Mauseth, Liv Solfrid Berge, Kari Ullaland og Astrid Litland

Problemstilling: Barn og unge med en MS-syk forelder kan oppleve engstelse, tristhet, frustrasjon og aggressivitet. Da har de behov for god og alderstilpasset informasjon om sykdommen.

Hovedbudskap: Når barn og unge som pårørende får bedre mestringsstrategier, mer kunnskap om sykdommen og sosial støtte, blir de mindre følelsesmessig bekymret og mer tilfredse med livet. Nasjonal kompetanse-tjeneste for MS har derfor utarbeidet en nettside med alderstilpasset informasjon (www.MSpårørende.no), et selvhjelpsprogram rettet mot barn i alderen 6–12 år sammen med sine foreldre (SPIRIT Barn), og et tilsvarende nettbasert selvhjelpsprogram rettet mot unge i alderen 13–18 år (SPIRIT Ungdom).



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfatter:

«Mixed methods»-design i helseforskning

Janice Andersen

Problemstilling: Et hovedargument for å mikse metodebruk er at det kan gi en bedre og dypere forståelse av tematikken man ønsker å belyse, og dermed styrke tilliten til konklusjonene.

Hovedbudskap: Såkalte «mixed methods» er en stadig mer aktuell metodisk tilnærming. Hovedantakelsen er at man gjennom å kombinere både kvalitative og kvantitative data kan få en mer komplett forståelse av forskningsobjektet. Samtidig er det store utfordringer av både vitenskaps-teoretisk, metodologisk og praktisk karakter.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Fagartikkel



Forfatter:

Mobilbruk kan være en stille form for omsorgssvikt

Silje Catrin Jensen

Problemstilling: Spedbarn trenger tilstedeværende foreldre, men foreldres mobilbruk kan bidra til å skape distanse mellom foreldre og barn. Denne avstanden kan hemme barnets evne til å regulere seg selv.

Hovedbudskap: Foreldres samregulering og reguleringsstøtte er viktig for spedbarns og barns psykiske helse. Mobilbruk kan stå i veien for godt samvær med barna og kan representere en stille form for omsorgssvikt. Helsesøstre har, med sin fagkunnskap, et viktig oppdrag med å formidle forebyggende tiltak i møte med foreldrene på helsestasjonen.



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Scann QR-koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



Fagartikkel



Forfatter:

Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen

Øyfrid Larsen Moen

Problemstilling: Helsesøstre i skolen bruker mer enn halvparten av tiden sin på elever med psykiske plager. Hvordan opplever de hverdagen sin? Og hvordan kan de bli bedre rustet til å hjelpe ungdommer som sliter?

Hovedbudskap: Helsesøstre som fagpersoner – for ungdom i skolen – etterspør verktøy og kurs i psykisk helse. De ønsker også mer støtte fra barne- og ungdomspsykiatrien for å styrke arbeidet mot denne elevgruppen. En ny veileder anbefaler sterkt at helsesøstre i skolehelsetjenesten skal oppdage elever som har psykiske lidelser eller plager. Hvordan er de rustet til å møte dette kravet?



ARTIKKELEN PÅ NETT



[Sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Scann QR-koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

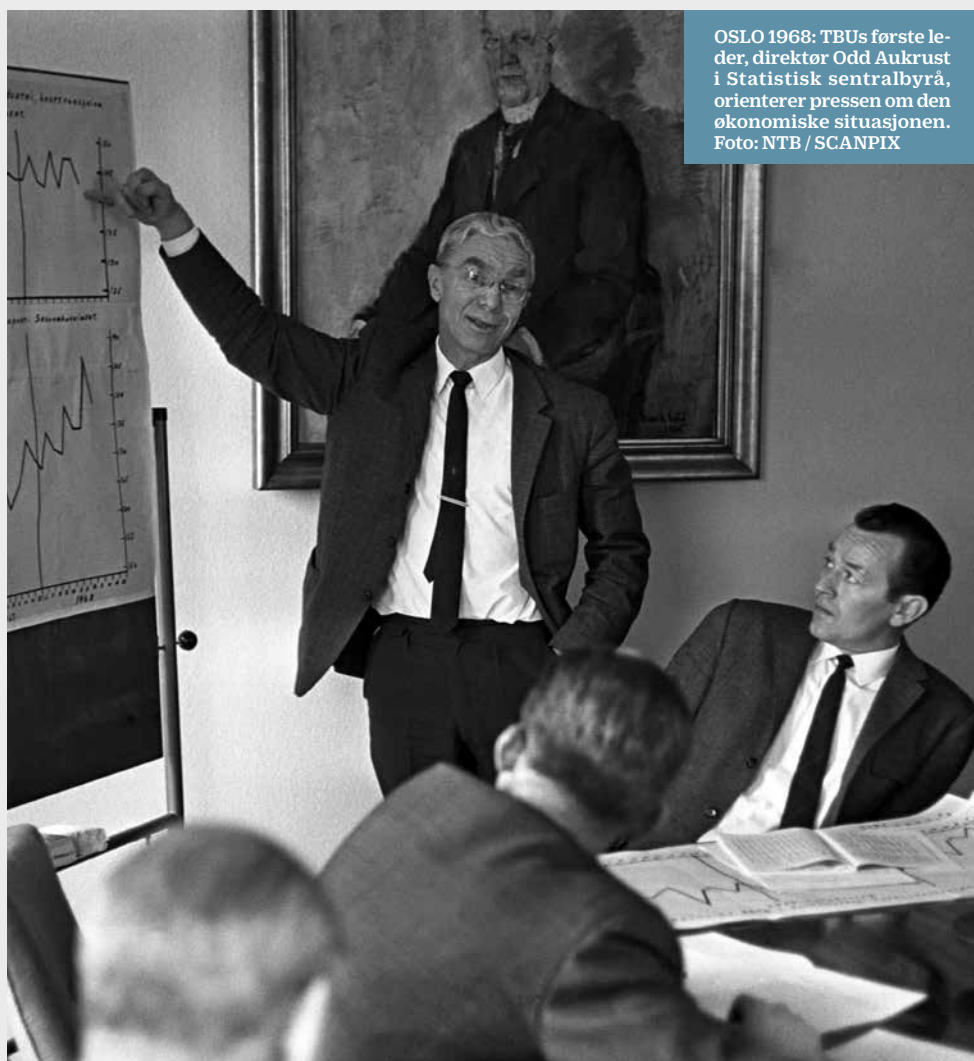




Påfyll

Del 3 Sykepleien 02 | 2018

Bøker – Kultur – Fakta



OSLO 1968: TBUs første leder, direktør Odd Aukrust i Statistisk sentralbyrå, orienterer pressen om den økonomiske situasjonen. Foto: NTB / SCANPIX

Tallenes tilstand

Lønnsoppgjøret. TBU får oversikt over hva som er i potten før partene går løs på forhandlingene. **64**



Som Amundsen. Sykepleier nådde Sydpolen. **60**



Bok. Sykepleiefaget – født sånn eller blitt sånn? **63**



Liv laga. «Vi burde kunne selge oss til høystbydende i auksjoner.» **61**



Dikt



**Kristian Bergquist
Sitt hos meg**

**hvordan tenker den
suicidale**

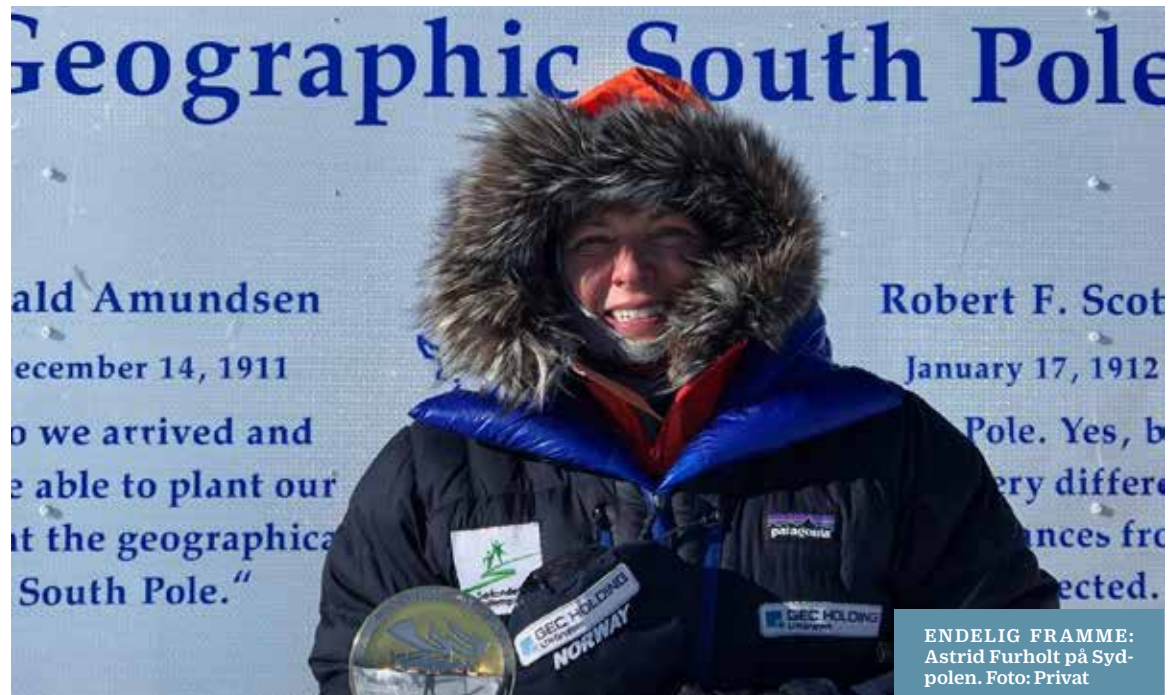
går forbi
en skobutikk
med et typisk skilt
en helt ordinær beskjed
som snakker
til bekymringene
agget og fuckupene
avvik jeg skjuler fra alle
feilforelsker/tabber
mani og pain
det sære som bare er mitt
komplisert og trist
kjærestæræl
en gigantisk
klump
uro
ja
gråt
jeg har fått
mer enn nok av
monsterutsiden
eller tungsinnet
dette som herjer
aldri slipper taket:
ALT SKAL VEKK

Kristian Bergquist,
Sitt hos meg,
Forlaget oktober, 2018

Om forfatteren



Kristian Bergquist (f. 1975 i Lillestrøm) debuterte i 2007 med diktsamlingen *Hva nå, kjære?* Bergquist har et direkte og jordnært, ujallete, men kresent poetisk språk. I årets bok skriver han nært og ærlig om depresjon, selvmordstanker og ensomhet, men slipper også inn varmen og lyspunktene. *Sitt hos meg* er hans sjette diktsamling.



ENDELIG FRAMME:
Astrid Furholt på Syd-
polen. Foto: Privat

Sykepleier til Sydpolen

SOM AMUNDSEN: Astrid Furholt er første kvinne som har gått til Sydpolen i Roald Amundsens skispor.

17. januar nådde Astrid Furholt målet. «Vi har klart det. Vi er på Sydpolen», sa hun rørt og gråtkvalt i et videoklipp NRK fikk tilsendt.

Dyttet til å følge drømmen fikk hun i jobben som kreftsykepleier, der hun møtte mennesker som skulle dø. De snakket om å leve mens man er i live

og å følge drømmene sine, og det tok Furholt på alvor.

Furholt er 50 år og vokste opp i Birkenes på Sørlandet.

Før hun oppfylte drømmen om Sydpolen, krysset hun Spitsbergen, og hun gikk over Grønland. Den store drømmen var Sydpolen, og der ble hun historisk.

Det gikk akkurat på nippet. Astrid Furholt og Jan Sverre Sivertsen, som hun gikk sammen med, var nødt til å

nå fram innen 17. januar, for da gikk siste ordinære fly. Etter det ville det koste en million kroner å komme seg derfra.

Tidligere har blant andre Monica Kristensen Solås forsøkt å nå Sydpolen tre ganger, uten å lykkes.

Roald Amundsen med følge var den første som nådde Sydpolen, 14. desember 1911, tett fulgt av britten Robert F. Scott sin ekspedisjon. ●

Bok om å ta blodprøver

Blodprøvetaking i praksis dekker pensum i blodprøvetaking for bachelorutdanningen til bioingeniør, men skal også være nyttig for sykepleierstudenter og helsepersonell som utfører laboratorietjenester i kommunehelsetjenesten. Forfatter er Astrid-Mette Husøy.

Operasjonssykepleie i ny utgave

Operasjonssykepleie er ment for studenter i videre- og masterutdanning i operasjonssykepleie, men også andre som driver med kirurgisk virksomhet. Andre utgave er oppdatert med nyere forskning og praksis. Bokens redaktører er Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide og Ingeborg Hansen.

Søk skrive-stipend

Fagbokforlaget deler ut stipend to ganger i året, og neste søknadsfrist er 1. mars. Skrivestipend går til skriveprosjekter som skal gi nyskapede, grunnleggende lærebøker i høyere utdanning, helst på bachelornivå. Stipendet er på til sammen 250 000 kroner. Les mer på fagbokforlaget.no.

Bøker. Tre om hjertet

Det er hjertet sin tur

POPULÆRVITENSKAP: I skredet av populærvitenskapelige bøker, startet av *Sjarmen med tarmen*, er nå turen kommet til hjertet. Med *Hjertebank* har kardiolog Johannes Brostel skrevet en lettlest, underholdende og informativ bok om hjertets anatomi, fysiologi og patologi. Brostel har erfaring fra ambulansetjenesten og bruker fortellinger derfra i formidlingen.



Gyldendal, 2017

Hjertet som hovedperson

ROMAN: Da 19 år gamle Simon Limbres dør i en surfeulykke, sier foreldrene hans ja til organonasjon. Forfatter Maylis de Kerangal lar hjertet hans bli romanens hovedperson gjennom transplantasjonens intense sykehusdøgn. Via Simons hjerte blir vi kjent med sykehusmiljøet og aktørene. Å *reparer de levende* har fått strålende kritikker, mottatt en rekke internasjonale priser og blitt både film og teater.



Aschehoug, 2018

Har du behov for å repetere?

KONVERSJONEN: Fagbokforlaget utgir en bokserie med kortfattede innføringer i naturvitenskapelige emner for sykepleiestudenter. Lege og førstelektor i sykepleie, Jan Helge Vallaker, har med *Hjertet og sirkulasjonssystemet* laget en pedagogisk oppbygd innføringsbok med illustrasjoner og forklarende billedtekster. 140 sider velegnet for eksamenslesning eller repetisjon.



Fagbokforlaget, 2017

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevrologisk sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.

Lønn som fortjent

Min svigermor pruter. Ikke bare på basaren i Tyrkia, men like gjerne på Skeidar eller Rema.

For nordmenn flest sitter det langt inne. Vi liker ikke å snakke om penger. Vi vil ikke stikke oss ut, forvente at vi skal ha noe annet enn nestemann i køen. Vi vil gjerne ha det billig, men legger heller varen stille tilbake i hylla og rygger ut av butikken enn å begynne å forhandle. Og det er jo greit nok. Altså: De som tilbyr varen, setter den prisen de satser på at den som kjøper, kan komme til å betale. Så er vi ferdig med det.

Greit nok, men vi kvinner, eller i hvert fall vi sykepleiere, har en tendens til å ta med oss denne tankegangen inn i lønnsforhandlinger. Eller, det vil si, vi gjør ikke det, for vi forhandler helst ikke lønn. Vi tar det vi får, eller ser oss om etter en annen jobb.

De gangene jeg som tillitsvalgt opplevde medlemmer som ønsket å forhandle lønn individuelt, ved ansettelse eller på grunn av spesielle oppgaver, ble de gjerne møtt med spørsmålstegn og stor overraskelse. Har du spesielle oppgaver, så er det for det første en ære og for det andre variasjon i hverdagen. Kanskje gir det deg det privilegiet å sitte stille foran en skjerm eller i en fredelig krok i en poliklinikk? Det burde være mer enn lønn nok. Har du vært på et kurs eller en videreutdanning som ikke gir deg status som spesialsykepleier, burde du være takknemlig for

muligheten du har fått til å lære noe nytt og kanskje avspasere et par komfortable undervisningsdager. Skal du ha penger i tillegg?

Dessuten; er du så mye bedre enn alle andre? Vi er maur i samme tue – hvorfor skal den ene lønnes bedre enn den andre?

Og hva skal vi eventuelt be om i de forhandlingene? Tenk om du ber om for mye? Så pinlig! Hva vil de tro? At du er kravstor og vanskelig?

«Men hallo! Vi sykepleiere er mangelvare! Vi er kaffe i 1942, vann i Sahara, Cognac i forbudstida.»

En mann jeg kjenner som ofte bytter jobb, sa til meg: Om du får det kravet du har bedt om, har du krevd for lite. Hvor mange av oss kvinner går til forhandlingsbordet med den innstillingen?

Men hallo! Vi sykepleiere er mangelvare! Vi er kaffe i 1942, vann i Sahara, Cognac i forbudstida. Vi burde sitte med forhandlingskortene. Vi burde kunne selge oss til høystbydende i auksjoner. I stedet tar vi til takke med småkronene som ramler i fanget på oss etter de årlige tariffforhandlingene og klager over at forbundet ikke står hardt nok på krava. ●



Fakta

**Familie-
sykdommen**

Av Kristin Friis
Forlaget oktober, 2017
291 sider
ISBN 978-82-495-1849-4

Anmelder:
Liv Bjørnhaug Johansen

Systemkritisk syk pike

ANMELDELSE: **Anorexia Nervosa er sannsynligvis en av de sykdommen som er best dekket av skjønnlitteraturen de siste tiårene. Men Familiesykdommen er vel så mye en bok om å være pasient enn om det å ha spiseforstyrrelser.**

Kristin Friis gir oss en rystende og problematiserende skildring av det rigide sykehuslivet sett gjennom barneøyne.

Boken veksler mellom å være ført i ordet av den voksne tilbakeskueren og det syke barnet. I barnets skildring er språket enkelt, oppstykket og barnaktig. Det er en troverdig, subjektiv fortellerstemme som straks får min empati. Hun framstiller sykehuslivet

som kaldt, vilkårlig, fremmedgjørende og krenkende. Hun blir aldri informert, hun tas aldri med på råd, men leveres og hentes til undersøkelser, prosedyrer og psykiatertimer som et undersøkelsesobjekt.

Psykiateren har en diagnosemal han dytter henne inn i og ingen spør hvorfor hun egentlig sluttet å spise. Det er veldig vanskelig å forstå at noe av dette skal hjelpe henne. Det som faktisk hjelper henne er de båndene hun skaper til sykepleierne og glimtene av vennlighet hun får fra andre rundt seg, men disse må altfor ofte vike for rutinene og systemet i sykehuset.

Tittelen Familiesykdommen oppleves som litt paradoksal.

Hovedpersonens fortelling er en ensom og isolert historie. Hun inngår i en familie, men omtaler konsekvent foreldrene kjølig som «de foresatte». Vi får vite lite om hvordan sykdommen påvirker dem og søsknene, de blir bare statister i hennes fortelling.

Boken er ganske tett og insisterende i sine forklaringer av hvordan situasjonene oppleves og hva de medfører. Når hun så bearbeider minnene fra nåtidsperspektivet, kommer det ikke så mye nytt fram, men det kan oppleves litt drøvtyggende. Kanskje kunne Friis hatt mer tillit til oss som lesere og operert mer med «show, don't tell». Skildringene er sterke nok til å stå på egne ben. ●



Fakta

**Vidunder-
kuren**

Av Sophie Berg
J.M. Stenersens
Forlag A/S, 2018
220 sider
ISBN 9788272016561

Anmelder:
Thore K. Aalberg

Lettlest og engasjerende om antibiotika

ANMELDELSE: **Antibiotika forstyrrer mikrobiotaen, skriver Sophie Berg. Det kan føre til fedme, astma, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, tarmkreft, IBS, autisme, leddgikt, metabolsk syndrom, MS, cøliaki, angst og depresjon.**

Forfatteren, som er utdannet lege, nevner ikke bare følgetilstander av antibiotika, men også når antibiotika kan være livreddende. Hun skriver om antibiotika før, nå og i fremtiden, historisk utvikling av infeksjoner, årsaker til dem og hvordan de kan forebygges og behandles.

Medisinen er blitt brukt til sykdommer som den ikke har noen effekt på og

som vekstfremmende middel på dyr. Det fremmer resistensutvikling. Årsaken til overforbruk på mennesker er at leger, pasienter og legemiddelindustrien drar i samme retning, skriver hun.

Boken er full av statistikk og undersøkelser. Berg viser blant annet at barn som får for mye antibiotika før de er tre år, står i fare for å få varige forstyrrelser av normalfloraen. Hun henviser til en undersøkelse som konkluderer med at å gå til legen i seg selv er en risikofaktor for å få en unødvendig antibiotikakur. Det beste rådet er å bygge opp immunforsvaret.

Forfatteren befinner seg godt innenfor den skolemedisinske tradisjonen.

Hun har sleivspark til naturlegemidler, C-vitaminer og sukkerkuler. Hun påpeker at Semmelweis, håndvaskens far, ble latterliggjort av sin samtid fordi han ikke kunne forklare vitenskapelig hvorfor håndvask virker, men ser ikke parallellen til at leger som i dag anbefaler alternativ behandling, ikke alltid kan forklare hva som gjør at de kan behandle og forebygge infeksjoner.

Boken har et fyldig register og en omfattende kildeliste. Men det er en svakhet at teksten ikke henviser til den. Den kunnskapsrike og engasjerte forfatteren har et meget godt språk og gjør stoffet interessant og lettlest ved å bruke gode analogier og metaforer. ●



Kristin Hartveit
Hansen

Den svarte boka

LITTERATUR: I bokhylla mi finnes en liten, nesten svart bok som heter *Kunnskapens hemmeligheter* av John Lundstøl. Ryggen på boka er blitt nedslitt, og mange smårufsete lapper stikker ut mellom sidene. Godt brukt, med andre ord. Det mest betydningsfulle for meg er kapittelet om folkeeventyret Risen som ikke hadde noe hjerte på seg. Lundstøl bruker eventyret som metafor på kunnskapens vesen og hvordan det mest virkningsfulle og viktigste kan være skjult for oss.

Eventyret handler om Risen som ikke kan overvinnes, fordi han har gjemt hjertet sitt. Med klokskap og kløkt får Askeladden og prinsessen til slutt Risen til å røpe hvor det ligger. Askeladden begir seg ut på reise for å lete. Når han finner hjertet, kan han påvirke situasjonen så gode ting kan skje.

Eventyret kan gi mange metaforiske dimensjoner. Jeg har blitt mer oppmerksom på å lete etter hva som kan være virksomt i arbeidet med mennesker og at det kanskje ikke er åpenbart, men ligger skjult for meg.

Liv.Bjornhaug.Johansen@sykepleien.no ●



Navn: Kristin Hartveit Hansen
Stilling: Universitetslektor i sykepleie ved NTNU Gjøvik

Sykepleiefaget – født sånn eller blitt sånn?

ANMELDELSE: Jeg ser spor av nye fortellinger i denne boken med **glimt fra sykepleiefagets historie. Sykepleiefaget slik vi kjenner det i Norge og Vesten, er et kvinneyrke historisk sett, men det er ikke hele sannheten. Viktige og underbelyste temaer som sykepleie i Finnmark under andre verdenskrig og tekster skrevet av fagautoriteter som Ingunn Elstad, gjør at linjene trekkes bakover i tid, mens blikket rettes framover. Et av historiefortellingens sterkeste kort.**

Blikket blir rettet mot Nord-Norge, jordmoryrket, sykepleie i distriktene og den psykiatriske forpleiningen. Den norske historien går 150 år tilbake. Forfatterne er alle kvinnelige sykepleiere, redaktør Åshild Fause med base ved UiT Norges arktiske universitet.

I antologien gis det plass til de italienske mannfolkene som var i sykepleien allerede på 1600-tallet. Disse har fått økt oppmerksomhet de siste par årene og kan være et viktig grunnlag for en ny og kanskje sannere fortelling om sykepleiefagets mangfoldige røtter.

Diakonissen Rikke Nissen får en sentral plass i boka. Den dominerende menighetspleien og sameisjonen rokker så visst ikke ved det faktum at sykepleie i norsk sammenheng har sprunget ut av protestantismen. Boken belyser også

klassetilknytningen til sykepleiestanden i fagets fødsel. Ifølge forfatterne ble det rekruttert kvinner fra alle samfunns- og klasser. At de borgerlige kvinnene fra middelklassen tidligere er beskrevet som den typiske sykepleiersken, er blant det redaktøren beskriver som fagets myter som forfatterne ønsker å stikke hull på.

Publikasjonen kunne etter min mening tjent på flere tverrfaglige perspektiver. Den er heller ikke elegant sydd sammen, og det er et akutt behov for et dypere innblikk i samenes situasjon enn boken gir.

Dette føles ikke som ei bok med plass til bare kvinnene. Blant annet beskrives flere lærebøker av datidens (mannlige) leger, og nettopp slike grep vrir perspektivene inn mot konteksten, kulturen og samfunnet de kvinnelige sykepleierne og jordmødrene var en del av.

Var det samtidens kulturelle strømninger som skapte det som ble oppfattet som logiske forbindelser mellom det kvinnelige kjønn, kallet og omsorgen? Med jordmødrene som eksempel blir denne harmonien spesielt synlig. Samtidig var dette robuste kvinner som var ekstremt godt skikket til faget. Det skal ingen ta fra dem, men at boka kan leses som et diskusjonsgrunnlag for sykepleiefagets kjønnsregime, mener jeg det er rom for å hevde, uten å være sikker på om det er i samklang med redaktørens intensjon. ●



Fakta

Glimt fra sykepleiefagets historie

Av Åshild Fause (red.)
Fagbokforlaget, 2017
228 sider
ISBN 978-82-450-1537-9

Anmelder:
Ingrid Jahren Scudder

«Tidligere tiders yrkesutøvelse la grunnlaget for den kunnskapen vi anser som betydningsfull i dagens sykepleie.» Åshild Fause



Gjennom femti år har Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene gjort det litt lettere for partene i arbeidslivet å bli enige under lønnsoppgjøret.

Har hindret lønnskrangler i femti år

• Tekst **Guro Haverstad Torgersen**

Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene, TBU, kom sammen for første gang i 1967. Man så behovet for en felles forståelse av tallene som ble lagt til grunn av partene i tariffavtaleforhandlingene. Med andre ord: Hvor mye penger er det å forhandle om? Slik skulle arbeidstakere og arbeidsgivere slippe å krangle om dette når lønnsforhandlingene kom i gang.

TBUs oppgave er altså å diskutere seg frem til bakgrunnstallene i forkant av årets tariffoppgjør. Da ser utvalget på lønns- og prisutviklingen og utviklingene i konkurransevnen. Det blir også laget prognoser for inneværende år. Alt dette er oppsummert i en rapport som kommer i februar. Den inneholder også en oversikt over utviklingen i internasjonal økonomi.

Utvalget sitter hos Arbeids- og sosialdepartementet, og består av representanter fra alle hovedorganisasjonene og et sekretariat. I tillegg har Statistisk sentralbyrå en viktig rolle i utvalget. Lederen har alltid vært hentet derfra, og bidrar med statistikken og modellberegningene.

Februarrapporten kommer i forkant av lønnsoppgjøret til LO og NHO, etappe én i lønnsoppgjøret. Innenfor disse organisasjonene finner man også de såkalte frontfagene.

FRONTFAGENE

Frontfagsmodellen baserer seg på at det er visse fag og næringer som skal forhandle først. Frontfagene har hovedtyngde innenfor konkurranseutsatt industri. Grunnen til at disse fagene skal forhandle først er at lønnsveksten i resten av økonomien må tilpasses hva den konkurranseutsatte industrien kan leve med over tid. Derfor skal lønnsveksten hos frontfagene fungere som en norm for alle andre

Februarrapporten har derfor mest å si for oppgjøret i privat sektor. Noe av lønnsstatistikken som legges frem her, er av foreløpig karakter, og derfor samles TBU igjen etter dette og lager en oppdatert rapport før oppgjøret i offentlig sektor skal i gang. Denne danner altså grunnlaget for de fleste sykepleiernes lønnsoppgjør.

Den tredje og siste rapporten fra TBU blir publisert etter sommeren. Da oppsummerer utvalget lønnsstatistikken etter årets lønnsoppgjør.

NØYTRALT TALLGRUNNLAG

En som vet det meste som går an å vite om TBU, er historiker og stipendiat ved Universitetet i Oslo, Eivind Thomassen. Sammen med Lars Fredrik Øksendal har han skrevet en bok om betydningen av TBU gjennom årene. Hvorfor TBU er viktig synes han ikke det er lett å svare enkelt på.

– Mange vil hevde at det er viktig. Man fjerner et mulig konflikttema i lønnsoppgjøret ved å ha et nøytralt tallgrunnlag å ta utgangspunkt i, men det er naturligvis umulig å vite hvor mange konflikter utvalget har unngått på denne måten, sier han.

«Man fjerner et mulig konflikttema i lønnsoppgjøret ved å ha et nøytralt tallgrunnlag å ta utgangspunkt i.»

Eivind Thomassen, historiker og stipendiat, Universitetet i Oslo

Han påpeker at vi har begrenset innblikk i selve lønnsforhandlingene, og at det derfor er vanskelig å si noe allment om hvordan tallene blir brukt fra år til år. Det er også slik at selv om TBU legger frem en så objektiv og nøytral rapport som mulig, vil hver enkelt part kunne bruke tallene som kommer frem i rapportene forskjellig.

Thomassen mener at den største betydningen TBU har hatt, ligger i den felles forståelsen av den økonomiske situasjonen som utvalget skaper på tvers av organisasjonene.

– Denne forståelsen har bidratt til å prege stemningen under flere av oppgjørene, hevder han.

HVORDAN BRUKES DET?

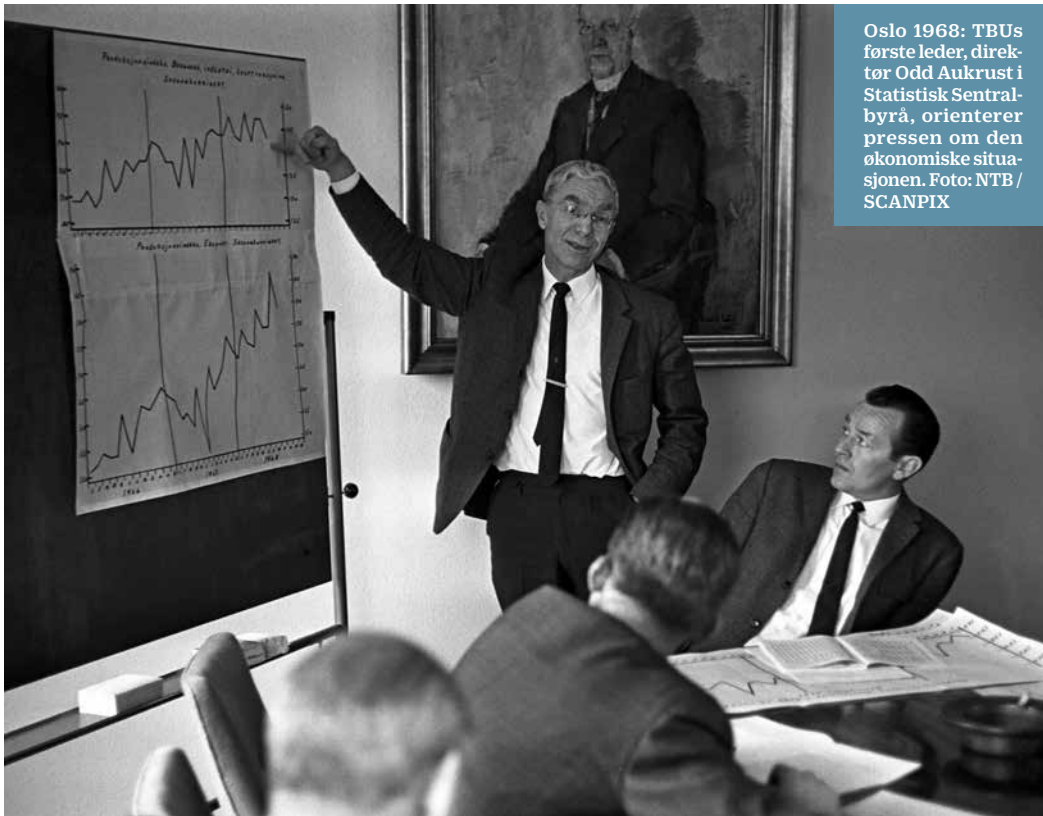
En som aktivt forholder seg til rapportene TBU utgir, er seniorrådgiver i Norsk Sykepleierforbund, Hedda Kirstine Mellingen. Å si at hun bruker alle tabellene ville vært løgn, men hun er spesielt opptatt av noen av dem.

– Vi bruker TBUs rapporter både i forbindelse med lønnsoppgjøret og som dokumentasjon på status blant annet når det gjelder likelønn, sier hun.

– I forbindelse med oppgjøret ser vi på hva lønnsveksten ble i fjor: Ble den det de sa i frontfaget, har offentlig sektor holdt følge – og hvordan ser dette ut over tid? Sakker noen av områdene våre akterut, vil det være viktig ved neste forhandling. Vi ser selvsagt også på hva TBU anslår at årets lønnsvekst vil bli, og hvor stor de regner med at prisveksten vil være.

Det er hovedsakelig tre tabeller det er viktig for Mellingen å se på:

– Den ene er årslønnsveksten for de ulike forhandlingsområdene. Den andre tabellen viser lønnsforskjeller mellom kvinner og menn. Også



Oslo 1968: TBUs første leder, direktør Odd Aukrust i Statistisk Sentralbyrå, orienterer pressen om den økonomiske situasjonen. Foto: NTB / SCANPIX



DETTE ER TBU:

- Kom sammen for første gang i 1967 med Odd Aukrust som leder (som var broren til Kjell Aukrust og beskrevet i boken Bror min)
- Ledes i dag av forsker Ådne Cappelen i Statistisk sentralbyrå (SSB)
- Består av representanter fra: Akademikerne, Arbeids- og sosialdepartementet, Arbeidsgiverforeningen Spekter, Finansdepartementet, Hovedorganisasjonen Virke, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, KS, LO, NHO, SSB, Unio og YS
- Utvalget settes ned for perioder på fire år

FRONTFAGSMODELLEN:

- Frontfag er fag eller tariffområder som partene i arbeidslivet har blitt enige om at skal være første til å forhandle under tariffoppgjøret.
- Systemet for lønnsdannelse bygger på frontfagsmodellen.
- Går ut på at frontfagene forhandler først og danner en norm som resten av tariffområdene styres etter.
- Resultatet for frontfagene har derfor mye å si for lønnstillegg for arbeidslivet i Norge.

Kilde: Unio, seniorrådgiver i NSF, Hedda Kirstine Mellingen, regjeringen.no og boken Modelbyggere av Eivind Thomassen og Lars Fredrik Øksendal



SKREV BOK: Historiker og stipendiat ved UiO, Eivind Thomassen sier det er vanskelig å vite eksakt hvordan tallene fra TBU brukes. Foto: UiO



SJEKKER LIKELØNN: Seniorrådgiver Hedda Kirstine Mellingen sjekker tallene for sykepleierne. Foto: Kristin Henriksen / NSF

her vil vi følge med for å kunne delta i diskusjoner om likelønn. Den tredje tabellen viser gjennomsnittslønn etter næring og utdanningslengde. Denne sier noe om hvordan kompetanse verdsettes i forskjellige næringer, sier Hedda Kirstine Mellingen.

VIKTIG FAKTAGRUNNLAG

– Har TBU noe for seg?

– Ja, det er viktig å ha et faktagrunnlag på overordnet nivå, slik at vi har en felles forståelse av virkeligheten før forhandlingene. TBU er ikke tilstrekkelig når vi kommer til forhandlingene, men da har vi egne beregningsutvalg som ser

«Sakker noen av områdene våre akterut, vil det være viktig ved neste forhandling.» Hedda Kirstine Mellingen, NSF

nærmere på de ulike stillingene og så videre. Det er vi avhengige av, ellers hadde det blitt krangling om tall, sier hun. ●
guro.haverstad.torgersen@sykepleien.no



Finn ledige stillinger på **sykepleienjobb.no**



ANESTESISYKEPLEIER

Faste stillinger og vikariater

SØKNADSFRIST: 28.02.18
STED: OSLO



SYKEPLEIERE

Ungdomspsykiatrisk klinikk

SØKNADSFRIST: 22.02.18
STED: OSLO



OPERASJONSSYKEPLEIER

ANESTESISYKEPLEIERE
Seksjon for dagkirurgi

SØKNADSFRIST: 27.22.18
STED: HORTEN



SYKEPLEIER

Rissa og Leksvik sykehjem

SØKNADSFRIST: 26.22.18
STED: RISSA



ENHETSLEDER

Oscarsborg bo- og servicesenter og Villa Solborg

SØKNADSFRIST: 28.02.18
STED: NARVIK



SYKEPLEIERE

2 sykepleiere i 100 % fast stilling

SØKNADSFRIST: 02.03.18
STED: ALTA



JORDMOR

Sommer 2018

SØKNADSFRIST: 02.03.18
STED: DRAMMEN



SYKEPLEIERE

2 x 50 % fast natt

SØKNADSFRIST: 28.02.18
STED: BERGEN



SYKEPLEIER

Med fokus på «kva er viktig for deg»

SØKNADSFRIST: 05.03.18
STED: FINNØY



FERIEVIKARER 2018

Hjemmetjenester

SØKNADSFRIST: 03.03.18
STED: ÅLESUND



SYKEPLEIER

Strinda Hjemmetjeneste

SØKNADSFRIST: 19.03.18
STED: TRONDHEIM



SPESIALSYKEPLEIER / SYKEPLEIER

Klinikk for Akutt- og mottaksmedisin

SØKNADSFRIST: 28.02.18
STED: TRONDHEIM



SYKEPLEIERE

70 % vikariat

SØKNADSFRIST: 04.03.18
STED: MOSS



SJUKEPLEIAR

100 % fast stilling

SØKNADSFRIST: 28.02.18
STED: BERGEN



FERIEVIKARAR

Jordmødre
Stord sjukehus

SØKNADSFRIST: 25.02.18
STED: STORD



DRIFTSKOORDINATOR / SYKEPLEIER

Gastrokirurgisk avdeling

SØKNADSFRIST: 26.02.18
STED: LØRENSKOG



Meninger

Del 4 Sykepleien 02 | 2018

Kronikk – Innspill – Portrett

Noe på hjertet? Send oss en e-post: meninger@sykepleien.no

LAVTERSKELE: Anne-Lise Kristensen er kritisk til om vi har tilbud som kan kalles lavterskel. Foto: Erik M. Sundt



Pasientvennen

Talerør. Anne-Lise Kristensen vil nå dem som ikke klarer å fremme sin egen sak. **74**



NSF. Ta én og betal for to. Et elendig tilbud. **68**



«Anatomi, fysiologi og sykdomslære bør være grunnmuren i utdannelsen.»
Sara Selstad Berget. **70**



Forskning. Mye ender opp som «forsknings-søppel». **69**



Ville du slått til på et tilbud som sa «ta én, betal for to!»? Selvfølgelig ikke. Men det er akkurat det AS Norge gjør når det kommer til sykepleiere.

Ta én, betal for to!



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Det er ikke lengre omstridt at vi står overfor en kritisk sykepleiermangel i Norge. Kompetansebehovsutvalget som nylig leverte sin første rapport til kunnskapsminister Sanner, skriver: «Sykepleier er det enkeltyrket som det er størst mangel på målt i antall personer.»

Videre heter det: «Den demografiske utviklingen innebærer at det blir stadig økende behov innen helse- og omsorgssektoren. SSBs siste framskrivning for helsesektoren, som riktig nok er fem år gammel, tyder på betydelig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere fremover.»

GAMMELT NYTT

Dette er selvsagt ingen nyhet for oss som jobber med disse tingene hver dag, sykepleiermangelen er etter hvert godt dokumentert. Likeså at den vil bli større for hvert år som går, med de konsekvensene det vil få for pasienter, brukere og pårørende.

Da er det alvorlig og dårlig samfunnsøkonomi at vi ikke tar bedre vare på sykepleier-ressursene vi utdanner. Vi må slutte å utdanne to sykepleiere for å sitte igjen med en.

Hva mener jeg med det? Jo, jeg tenker på at fortsatt er det slik at halvparten av de sykepleierstillingene som lyses ut i norske kommuner og sykehus er deltid. Jeg tenker på at mange faller fra under sykepleierstudiet, og at av dem som fullfører, slutter én av fem sykepleiere i løpet av de første ti årene. Jeg tenker på at arbeidsvilkårene er så tøffe mange steder at gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere i dag er 57 år, og sykefraværet høyt.

«Av hensyn til norske pasienter må sykepleierløftet komme nå.»

STØRST MANGEL PÅ SYKEPLEIERE

Jeg tenker på at lønna er så lite konkurransedyktig at sykepleiere velger å jobbe i andre sektorer. Jeg tenker på at kommuner og helseforetak bruker milliarder på dyr innleie fra vikarbyråer framfor å lyse ut hele, faste stillinger. Summen av

alt dette er at vi utdanner to og sitter igjen med én. I det yrket norske arbeidsgivere sier det er størst mangel på.

Vi har sykepleiermangel i Norge, og det vil koste penger å løse den. Men å heve lønna til sykepleierne og øke statusen i yrket er ikke den dyreste måten å komme seg ut av situasjonen på. Tvert imot. Å beholde de vi utdanner i yrket er det mest fornuftige vi kan gjøre samfunnsøkonomisk. Det som derimot er uansvarlig, er om vi fortsetter å utdanne unge på vei inn i yrkeslivet til et så viktig yrke, uten å sette inn tiltak som gjør det mer attraktivt å bli i jobben.

MÅ SLUTTE Å SLØSE

Sykepleierne følger pasientene fra vugge til grav, vi har en uvurderlig kompetanse som er til stede i alle deler av helsevesenet. En kompetanse som er helt nødvendig og som pasientene forventer er der også i framtida.

Å utdanne to sykepleiere for å få én er lite smart, og vi må slutte med det nå. Det er mye smartere både for pasientene og for samfunnet å gi sykepleiere et lønnsloft som gjør at flere blir i yrket, og å tilby heltid, noe som i sum gjør det mer attraktivt for unge både å bli og forbli sykepleiere.

Vi har god råd i Norge, men ikke så god råd at vi kan tillate oss å sløse med samfunnets penger eller la pasientene i stikken. Av hensyn til norske pasienter må sykepleierløftet komme nå. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Ved at forskere går sammen med klinikere, pasienter og pårørende kan forskningen bli mer relevant.

For mye forskning ender som «forskningsssøppel»



Fakta

Tove Aminda Hanssen

Redaktør i Sykepleien Forskning, forsknings- og fagsykepleier ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet

Internasjonale forskere har diskutert hvordan man kan unngå å produsere «forskningsssøppel» etter at Iain Chalmers og Paul Glasziou i 2009 skrev artikkelen Avoidable waste in the production and reporting of research evidence i det prestisjetunge medisinske tidsskriftet *The Lancet*.

Chalmers og Glasziou estimerte at om lag 85 prosent av gjennomført forskning er unødvendig eller bortkastet.

Ett sentralt aspekt som bidrar til dette høye tallet, er at forskere velger feil forskningsspørsmål. Dernest kommer at forskningen ikke bygger på eksisterende kunnskap, at den har svakheter i metodene som brukes, og at kun deler av resultatene publiseres.

UNØDVENDIG FORSKNING INNEN SYKEPLEIE?

Når det gjelder feil forskningsspørsmål, påpeker de at mye av forskningen omhandler faktorer som ikke er viktige for klinikere og pasienter.

Her eksemplifiserer de med at mens kun 9 prosent av pasienter med knearttritt ønsker mer forskning på nye medikamenter, er hele 80 prosent av studiene innen dette feltet på medikamentell behandling.

Diskusjonene som har fulgt i kjølvannet av artikkelen, har i hovedsak dreid seg om medisinsk forskning. Men er det grunn til å tro at det er annerledes i sykepleie? Bidrar vi med unødvendig forskning innen sykepleie? Dette spørsmålet er det viktig å reflektere nærmere over.

«Hvordan kan vi sikre at forskningen er relevant?»

I *Sykepleien Forskning* ønsker vi å fremme kunnskapsbasert praksis og publisere artikler som er relevante for sykepleiere som arbeider i klinisk praksis. Hvordan kan vi sikre at forskningen er relevant?

PRIORITERT FORSKNING I ENGLAND

Forskningen skal være relevant for målgruppene pasienter,

pårørende og helsepersonell. Et spennende initiativ fra England som vi her kan lære mer om, er The James Lind Alliance.

I denne alliansen bringes pasienter, pårørende og klinikere sammen for å sette opp hva de mener det bør forskes på. De setter opp prioriterte spørsmål om sykdommer og behandlinger de ønsker å få svar på.

Målet er å gjøre forskere og forskningsfinansierer klar over hva pasienter, pårørende og klinikere synes er viktig. Selv om nettsiden ikke er uttømmende for sykdommer, gir den gode eksempler på spørsmål som pasienter, pårørende og klinikere ønsker svar på.

MÅ PLANLEGGE FORSKNING MED BRUKERE OG KLINIKERE

Innen demenssykdom finner man for eksempel på topp følgende problemstillinger de ønsker at forskning skal gi svar på:

- Hva er det mest effektive enkelttiltaket innen pleie og behandling som kan bidra til at en person med demens kan være så uavhengig som mulig i alle stadier av sykdommen på tvers av omsorgssettinger?
- Hvordan kan de beste pleie- og behandlingstiltakene for personer med demens og nye resultater fra forskning spres mest effektivt og tas i bruk i praksis?

Ved å se til spørsmål som disse, og ved å involvere brukere og klinikere aktivt i planleggingsfasen av forskningen, kan vi bidra til mer relevant klinisk forskning.

Både forskere og klinikere stilles til ansvar: Sett forskning på dagsorden – sammen. Ta også med brukere og pårørende! ●



Fakta

Fast skribent

Tove Aminda Hanssen er fast skribent i Sykepleien.



Det hjelper fint lite å være god, varm og snill
når pasienten holder på å dø av sepsis.

Studiet prioriterer feil



Fakta

Sara Selstad Berget

Sykepleierstudent,
Høgskolen i Sørøst-Norge

Jeg er sykepleierstudent på tredje året. Etter snart halvannet år med praksis og flere samtaler med nyutdannede sykepleiere, har jeg fått et godt inntrykk av hva som forventes når jeg kommer ut i yrkeslivet.

Det er selvfølgelig forskjeller på å jobbe på en sengepost på sykehuset, på et sykehjem, på legevakten eller i hjemmesykepleien. Men som sykepleier jobber man med mennesker som er syke. Kronisk, akutt, gamle og unge. Man møter mennesker som stoler på at sykepleieren har den kompetansen som trengs for å ivareta deres behov – behov som ofte handler om mer enn pleie.

Men tidene forandrer seg, og sykepleieren er også en del av behandlingsforløpet til pasienten. Sykepleiere setter i gang tiltak for å redde liv, både forebyggende og akutt. Det kreves enormt mye av sykepleiere, både av de erfarne og de uerfarne.

FOR KORT TID

Jeg er snart ferdig utdannet sykepleier. Og jeg har gjennom praksis erfart viktigheten av gode kunnskaper innen anatomi, fysiologi og sykdomslære. Det er helt avgjørende for å bli en dyktig sykepleier som kan ivareta pasientens grunnleggende behov, sikkerhet og helse.

Når studenter sier de har for kort tid til disse fagene, handler ikke det om å sutre. Det handler om å ta pasientene på alvor. De færreste presterer en A på eksamen. Mye hard jobb ligger bak, men det trenger ikke nødvendigvis bety at studentene som

og Alvoret i fagene: Mangler kan gi pasienter unødvendig lidelse og komplikasjoner – og kan i verste fall føre til død.

UTDANNINGEN BØR VÆRE EN FORSIKRING

Det hjelper ikke å holde i hånden, stryke på kinnet og snakke varmt og rolig når pasienten har en akutt forverring og trenger sykepleierens kompetanse for å ivareta grunnleggende behov. Da er det avgjørende med gode kunnskaper i anatomi, fysiologi og sykdomslære.

Jeg håper fremtidens sykepleierutdannelse vil endre fokuset og se Alvoret i dette.

Utdanningen bør være en kvalitetssikring, en forsikring om at man er klar for yrkeslivet. Men er den egentlig det? Jeg begynner å tvile på hva som legges i ordet pasientsikkerhet når sykepleierstudiet handler mest om historie, sykepleieteorier, kommunikasjon, omsorg og etikk.

DEL FOR DEL

Ferdigheter innen kommunikasjon er viktig. Å lytte til pasienten, å sette seg inn i pasientens situasjon. Pasientens psykososiale behov. Være støttende. Lindre plager. Øke livskvaliteten. Opprettholde pasientens autonomi. Lytte til pårørende. Samtale med pasient etter legevisitt, sikre at pasient er informert og forstår.

Sykepleiere skal være gode, varme og omsorgsfulle. Men i dagens samfunn kreves det så mye mer!

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder er krevende og sammensatte. Vi skal se hele mennesket. Men hvordan skal man greie å se hele mennesket hvis man ikke har dybdeforståelse om menneskekroppen «del for del»? Fysisk og psykisk. Frisk og syk. Gammel og ung. For å oppnå dette er gode kunnskaper i anatomi og fysiologi samt sykdomslære enormt viktig.

Disse fagene bør være grunnmuren i utdannelsen. Hvorfor blir de nedprioritert sammenliknet med historie, sykepleieteori og kunnskaper om kommunikasjon, etikk og omsorg?

Er ikke naturvitenskapelige fag grunnleggende, noe en sykepleier bør ha god kunnskap om? I bunn og grunn handler det om pasientens liv og helse.

«Når studenter sier de har for kort tid til disse fagene, handler ikke det om å sutre. Det handler om å ta pasientene på alvor.»

stryker, eller gjør det dårligere, jobber mindre mot eksamen.

Jeg mener at studiet prioriterer feil. Jeg tok selv opp eksamen i desember 2017 i anatomi og fysiologi. Fordi jeg ser viktigheten

VOND VERRE Å ØKE KRAVENE

Vi har et helt avgjørende og viktig pensum, som krever forståelse og modning. Det er trolig ikke én enkelt grunn til at hver femte student stryker i anatomi og fysiologi. Men å skyldte på for lav startkompetanse hos studentene blir for dumt. Jeg ble irritert, trist og provosert da forbundslederen i Norsk Sykepleierforbund Eli Gunhild By uttalte dette.

Siden vi i fremtiden vil mangle sykepleiere, vil det muligens gjøre vondt verre å øke kravene til å komme inn på studiet. Er det ikke lurere å lytte til og være ydmyke overfor studentene, og utvikle utdannelsen i retning av det som kreves av sykepleiere etter endt utdanning?

Jeg skulle ønske det var mer tid til fag som det forventes at vi skal kunne når vi kommer ut i klinikken. Som er avgjørende for å gi god, trygg og helhetlig sykepleie til pasientene.

ALLE SYKEPLEIERE MÅ VÆRE FLINKE

Om ikke utdannelsen henger med i tiden, og dersom kravene som stilles til sykepleiere ute i klinikken, er høyere enn på studiet, er da pasientene i trygge hender? Det er forskjell på å være nyutdannet og å ha mange års erfaring som sykepleier, men svært syke pasienter møter man uansett.

Hadde jeg selv havnet på en sengepost, ville jeg ønsket en sykepleier som vet hva hun eller han skal se etter, vet hva som avviker fra normalen, og så videre. Som setter i gang tiltak før det er for sent. Men man kan ikke si «Jeg vil ha den flinkeste

«Man kan ikke si ‘Jeg vil ha den flinkeste sykepleieren som er på vakt i dag’.»

sykepleieren som er på vakt i dag».

Man må ta til takke med den sykepleieren man får. Da må utdanningen sørge for at alle sykepleiere er tilstrekkelig flinke.

Jeg mener ikke at etikk og omsorg ikke er viktig, tvert om. Men jeg mener at nedprioritering av anatomi, fysiologi og sykdomslære er urettferdig ovenfor pasientene. Det hjelper fint lite å være god, varm og snill når pasienten holder på å dø av sepsis.

For dårlig kunnskap innen anatomi, fysiologi og sykdomslære går ikke ut over sykepleieren. Det går ut over pasienten!

Tusen takk til Sykepleien for synliggjøring av et veldig viktig tema.

Og tusen takk til SykepleiePluss, som virkelig lytter til studentene, og som tar pasientene og studentene på alvor!

(Les mer om resultatene til studentene på side 14–18.) ●
sara_selstad@hotmail.com



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



GRUNNLEGGENDE: Hvordan skal man greie å se hele mennesket hvis man ikke har dybdeforståelse om menneskekroppen «del for del»? spør kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Bruce Rolf / Mostphotos

#sykepleien

Sykepleien gir ut bokasin, spesialutgaver om ett tema.
De kan bestilles i fordelsbutikken her: nsf.no

Til nå har disse kommet ut:



Pris medlemmer 129,-
Pris ikke-medlemmer 149,-
+ porto

Sykepleien



Kommunikasjonsavdelingen ved NSF går direkte i forsvarsposisjon og jobber mot sin egen medlemsmasse, skriver sykepleierstudent Elise Fiske.

«Syndebukker!» ropte NSF



Fakta

Elise Fiske

Student,
NTNU i Ålesund

22 prosent stryk er altfor høyt, sier leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF), Eli Gunhild By, om resultatene fra i deleksamenen i anatomi, fysiologi og biokjemi. Vi er alle helt enige i det. Men hva er årsaken? Forbundslederen har ett svar: «Det viser at mange ikke er godt nok kvalifisert når de kommer inn på sykepleierstudiet.»

På sine nettsider skriver NSF at forbundsleder Eli Gunhild By representerer over 112 000 sykepleiere, jordmødre og sykepleierstudenter. Men på Facebook har NSF fått over 200 kommentarer på et innlegg om den høye strykprosenten, og over 800 har likt en kommentar fra SykepleiePluss som ber NSF lytte til studentene.

Det kan se ut til at mange i denne debatten ikke føler seg særlig godt representert av Eli Gunhild By og NSF for øvrig.

DEBATTEN ER IKKE NY

Debatten om høy strykprosent er viktig ene og alene fordi den gjelder det viktigste faget sykepleierstudentene har – nemlig faget om kroppen: anatomen. Debatten er likevel ikke ny. I 2016 ble det samme temaet løftet frem i flere medier. Den gangen var flere studenter ute og påpekte blant annet mangel på tid som årsak til at man ikke fikk lært nok om kroppen.

Studentene har altså sagt høyt

og ærlig at vi kan ikke nok, samtidig som vi også har pekt på årsaker og løsninger. Debatten har alt gått i glemmeboken til NSF og Eli Gunhild By, som nå ser ut til å ha tatt på skylappene i stedet.

FLERE FORKLARINGER

Problemet med strykprosenten har utvilsomt flere forklaringer enn at nesten én av fire sykepleierstudenter ikke er egnete som sykepleiere. Faktisk peker studentene på en rekke områder i studiet som har et betydelig forbedringspotensial. «Det er altfor kort tid til opplæringen i anatomi/fysiologi.»

«Det fins vel nok av dokumentasjon på at dårlig utdanningsforløp, dårlige forelesere og dårlig pensum gir minst like dårlig eksamensresultat.»

«Det er altfor kort tid til å få lest ordentlig til eksamen på dette studiet.»

De få gangene noen fra kommunikasjonsavdelingen ved NSF har svart har de argumentert med et sitat: «Nokut mener det er en viss sammenheng mellom

karakterpoeng fra VGS og resultat på nasjonal deleksamen.»

Nokut skriver i sin rapport om nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi for sykepleierutdanningen for høsten 2016: «Analysen viser at hvert karakterpoeng høyere fra videregående skole gir 1,7 poeng mer i uttelling på totalscoren på den nasjonale deleksamenen. Hvert år eldre studentene er gir 0,65 poeng mer i uttelling på totalscoren, og kvinner scorer 4,9 poeng færre enn menn. Det er viktig å påpeke at analysen kun forklarer 15 prosent av variasjonen i resultatet.»

En kjapp regning på oversikten over opptakstallene viser at blant førstegangssøkere på heltidsutdanning var landsgjennomsnittet 40,62 poeng.

Studentene har altså over 4 i snitt, men NSF peker ene og alene på at det er disse 1,7 poengene fra eller til som er den avgjørende faktoren for om man lykkes eller ei.

STUDENTENE ER EKSPERTENE

Kommunikasjonsavdelingen i NSF kunne svart «Vi heier på studentene», «Lykke til neste gang, her er 10 gode studietips!» Enkle grep som å legge ut en questback for å hente inn innspill, blir ikke gjort. For her skal man ikke engang late som man lytter – man skal bare gå direkte i forsvarsposisjon og jobbe mot sin egen medlemsmasse. ● elisefiske@hotmail.com

«Mange i denne debatten føler seg ikke særlig godt representert av Eli Gunhild By og NSF.»



Anne-Lise Kristensen

Hvorfor: Hun er som pasientenes talsperson stadig i media, sist i taxi-saken i desember og i saken om journalsnoking.

Utdanning: Sosionom, 1. avdeling jus og helserett

Stilling: Pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus

Alder: 52



OMBUD: Anne-Lise Kristensen ønsker at helsepersonell skal få enda bedre kjennskap til pasientenes rettigheter.



Hun vokter pasientenes rettigheter

Anne-Lise Kristensen er pasientenes stemme og store beskytter, men hun trenger hjelp fra helsepersonell.

Tekst **Guro Haverstad Torgersen** • Foto **Erik M. Sundt**





En eim av sagflis og kjemikalier. Heis og trappeoppgang er under oppussing i bygget hvor pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus holder til. Et ark er tapet til veggen i første etasje. Det melder at de som skal besøke kontorene til ombudet i femte etasje, og som ikke kan gå trappene, kan ringe et telefonnummer og få assistanse oppover i bygget. Sentralt, men fremdeles litt utilgjengelig, kanskje. Heldigvis bare en periode.

Kontrasten står til det som møter en når trappene opp til femte etasje er besteget. Lyst, livlig og hyggelig. Kaffe? Ja takk. Sitt ned, slapp av. Pasientombudet møter ekstremt presist. Hun virker selvsikker og bestemt, men også imøtekommende og blid. Fast håndtrykk. Kontoret til Anne-Lise Kristensen er åpent og hvitt. Moderne møbler, smårotete pult og vindu med utsikt mot Stortinget. Over sju år har gått siden forretningsutvalget vedtok at det var akkurat henne som skulle bli det nye ombudet med pasienter og brukere som sitt ansvar. Siden det har hun vært mye fremme i mediene i rollen som pasientenes stemme.

AMBIVALENT? JA OG NEI

På veggen ved pulten henger en lapp. På lappen er det festet en button med skriften: «Ambivalent? Well, yes and no». Den fikk hun av en foreleser.

– Jeg liker å stille spørsmål. Det preger meg som person. Jeg er en undrende og litt ambivalent type. Det er noe av det genuine ved å være i denne stillingen. Treffer ikke beslutninger, men åpner opp for spørsmål. Belyser ting og åpner diskusjoner.

«Strykprosenten er høy, og da bør utdanningen gå i seg selv.»

Hun understreker at selv om hun er ambivalent, er hun fullt i stand til å mene noe.

– Jeg er ikke redd for å være tydelig. Det er mange problemstillinger som ikke ...

Hun tenker. Tar en slurk av kaffen.

– Ofte er situasjoner veldig sammensatt, og man kan ikke sette to streker under et svar i mange av de tilfellene jeg møter.

Kristensen er utdannet sosionom ved det som da het Sosialhøgskolen i Oslo. Hun har 1. avdeling jus fra universitetet og gikk helserett i Lillehammer. Kristensen poengterer at det er viktig å få frem at hun «gikk» på helserett, men at hun ikke «har» det. Like før eksamen fikk hun nemlig prolaps i ryggen. Planen var å ta opp faget, men da fikk hun tilbud om jobben som ombud. Hun tok den i stedet for eksamen.

KRITISK VENN

Kristensen blir avbrutt. Hun får øye på en kollega utenfor kontoret som er på vei ut.

Fakta

Pasient- og brukerombud

- Skal gi råd og veiledning til pasienter og brukere om deres rettigheter.
- Pasienter og brukere kan kontakte ombudet i sitt fylke gratis, og ombudet har taushetsplikt.
- Skal bidra til at pasienter og brukeres rettigheter blir ivarettatt, og bidra til økt kvalitet i tjenesten.

Kilder: helsenorge.no, Anne-Lise Kristensen

– Lykke till roper hun.

Hun fokuserer igjen. Fortsetter å snakke om jobben, og et hjertesukk.

– Vi liker å si at vi har lavterskel. Da spør jeg meg, hva er egentlig lavterskel? Femteetasje på Karl Johan? Ombudet skal være talerør for dem som ikke kan fremme egen sak. Den daglige bekymringen er om vi egentlig får tak i dem som trenger oss aller mest.

Kristensen har sansen for «pasientenes helsetjeneste». Allikevel bekymrer det henne litt:

– Pasientenes helsetjeneste favoriserer pasienter som er gode til å manøvrere. De pasientene som har oversikt, eller pårørende med oversikt. Jeg mener det er en gruppe der ute vi som ombud ikke når, men som vi jobber kontinuerlig for å komme i kontakt med. Når vi har innført rettigheter, er det jo for sosial likhet i helsetjenestene, og da må vi jobbe mot det.

Hun er opptatt av at informasjonen om ombudets eksistens og funksjon skal nå ut til pasientene. De som jobber i felten, omtaler hun som ombudets ambassadører. Hun mener sykepleierne har en viktig rolle i å informere pasientene, og i helsetjenestene generelt. Hun tror helsetjenesten har en lang vei å gå når det kommer til å gi pasienter informasjon om rettigheter. Likevel forteller hun at mange pasienter kommer til ombudet og snakker varmt om sykepleiere de har møtt.

– Ledelsen har et klart ansvar for å skolere sine ansatte. Sykepleiere løper fortere og fortere, og har ikke alltid tid til å gi den hjelpen de ønsker. Jeg vil oppfordre til å melde fra oppover i systemene. Ta kontakt med oss. Bistå de pasientene som har en klagesak. Kanskje noen føler en illojalitet til arbeidsplassen, jeg vet ikke. Vi er en kritisk venn, ikke ute etter å øke konflikter. Allikevel er helsetjenestene pålagt å melde fra til tilsynsmyndighetene dersom en pasient ikke får sine rettigheter ivarettatt.

SNOBBETE SYKEPLEIERUTDANNING

Kristensen har to sønner på 23 og 26 år. Den ene studerer sykepleie. Hun har sin mening om sykepleierutdanningen.

– Utdanningen skal gi folk muligheten til å komme ut og jobbe



PÅ KONTORET: Kristensen tilbringer mye tid på kontoret, men liker å komme seg opp i fjellet i ny og ne.

praktisk. Når du første halvår må bruke filosofer til å forklare sensor hvordan du har tenkt å hjelpe gamle Martha med lårhalsbrudd, blir det litt snobbete.

Hun humrer, men virker fremdeles dønn seriøs.

– Strykprosenten er høy, og da bør utdanningen gå i seg selv. Vi trenger sykepleiere, de er kjempeviktige, men de som er under utdanning, blir borte fra studiene, eller så jobber de kort tid etterpå. Enten skapes det forventninger under studiet som ikke ivaretas, eller så rekrutterer man feil folk til utdanningen. Selvfølgelig må også arbeidsbetingelsene bedres.

IKKE KONDOMDRESS-TYPEN

Kristensen er en dame som er rett i ryggen. Selv sier hun at en av hennes styrker som ombud er at hun fremstår som troverdig. Tidligere har hun vært pasient- og brukerombud i Buskerud, men er født og oppvokst i Oslo, og trives der.

– Innimellom tenker jeg at jeg burde bodd nærmere naturen,

men samtidig synes jeg Oslo har mye å by på. Vi har både marka og sjøen, og det er unikt.

Hun er ikke fjern for å søke seg til naturen og fjellet. Når hun ikke er på jobben, leier hun gjerne en seter i Valdres.

«Hva er egentlig lavterskel? Femte etasje på Karl Johan?»

– Å gå i fjellet er fantastisk. Jeg går så jeg blir varm og liker å bli sliten, men er ikke kondomdress-typen.

Hjemme har hun en «bitte liten» hageflekk. Det synes hun er veldig stas. Hun vil heller jobbe i den enn å sitte i den. Hun forklarer at å grave i jorden har en meditativ effekt på henne.

Det som kanskje har fengst henne mest i det siste, er håndball. Anne-Lise Kristensen elsker håndball. Hun forteller om sin kjærlighet til sporten med stjerner i øynene.





– Jeg spilte håndball selv på et tidspunkt, men var ikke så god. Derimot veies det opp ved at jeg er ekstremt god på tribunen.

PRIORITERING – HELSETJENESTENS STØRSTE UTFORDRING

Ombudet mener pasienter stadig får flere rettigheter de ikke kjenner til. Rettighetene har som målsetting å sikre lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Slik fungerer de ikke i dag, sier hun. Derfor trengs ytterligere informasjon, og nå har ombudene fridd til politikerne. Det blir satt i gang

«Vi er en kritisk venn, ikke ute etter å øke konflikter.»



en informasjonskampanje. Den retter seg mot befolkningen generelt, og tjenestegiverne spesielt.

Økt kunnskap om rettigheter er viktig, men den største utfordringen for helsetjenesten er prioritering, ifølge Kristensen.

– Økte behandlingsmuligheter og økte forventninger vil ikke møtes med tilsvarende økninger i budsjettene. Tilgang på kvalifisert helsepersonell, som sykepleiere, er allerede en utfordring. Politikere og helsepersonell, ikke minst på ledernivå, må bidra i kontinuerlige prioriteringsdebatter. Og det må skje i full åpenhet. Bare slik kan det skapes tillit til beslutningene.

I fjor mottok kontoret til ombudet mer enn 6000 henvendelser fra pasienter og brukere. Hun tror de har hjulpet mange.

– Jeg tror vi bidrar mye for den enkelte. Folk klager heller for lite enn for mye. Flere kunne nok hatt en sak enn de som kommer hit i dag. ●

guro.haverstad.torgersen@sykepleien.no



PASIENTENES BESTE: Kontoret til ombudet mottok 6000 samtaler i fjor, og Kristensen tror de har hjulpet mange.

Meldinger, skoler og kurs



Sykepleienjobb er på Facebook!
Følg oss for de nyeste stillingene.

facebook.com/sykepleienjobb.no

Sykepleien [jobb.no](https://sykepleienjobb.no)



UiO : **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

Er du interessert i fagutvikling og tverrfaglig helseforskning? Studiet gir deg solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskingsmiljø.

Du får innsikt i dagsaktuelle medisinske og helsefaglige temaer og diskusjoner, og utvikler en mer spørrende og kritisk tilnærming til helsefaget.

Studiet er organisert med faste ukentlige studiedager og god tilrettelegging for både hel- og deltidsstudenter.

- Tverrfaglig studiemiljø
- Forskningsbasert undervisning
- Prisbelønt pedagogikk

Kontakt

helsam-studentinfo@helsam.uio.no
eller programleder Lisbeth Thoresen:
lisbeth.thoresen@medisin.uio.no

Søk innen 15. april
(1. mars for tidlig svar)

uio.no/helseforskning-master

VID
vitenskapelige
høgskole

Studier for deg som er sykepleier!

VID har studiesteder i Bergen, Oslo, Sandnes og Stavanger. Totalt har vi 20 videreutdanninger, 13 Mastergrader og 2 PH.D. og her viser vi noen av de studiene som er spesielt relevant for deg som er sykepleier.

Videreutdanninger VID Bergen

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Avansert gerontologi
- Kreftsykepleie
- Palliativ sykepleie
- Veiledning

Videre- og masterutdanninger VID Sandnes

- Forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming
- Medborgerskap og samhandling

Videreutdanninger VID Oslo

- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Livsstyrketrening
- Familieterapi og systemisk praksis
- Nyresykepleie
- Kreftsykepleie

Masterutdanninger VID Oslo

- Tjenesteutvikling til eldre
- Sykepleie og helsesøsterutdanning
- Familieterapi og systemisk praksis
- Verdibasert ledelse
- Diakoni

Søknadsfrist 15. april
Etter dette praktiseres fortløpende
dersom ledige plasser

For mer informasjon
om våre studier, se vid.no



VID



senzie
akademiet

Mer informasjon

Ring 911 00 799
eller send e-post vibeke@senzie.no
Senzie.no
Facebook.com/senzie.no

Bli kosmetisk dermatologisk sykepleier

Senzie Akademiet er den eneste kosmetisk dermatologiske hudpleieskolen i Norden. Vi satser spesielt på videreutdanning av sykepleiere. Høgskolestudiet vårt er i samarbeid med Høgskolen i Sørøst-Norge. Studiet gir 30 studiepoeng og gir mulighet for støtte fra Lånekassen.

Alle våre forelesere har lang erfaring innen dermatologi, plastisk kirurgi eller kosmetiske behandlinger, og er faglig oppdatert både på det som skjer i Norge og internasjonalt.

Studiet er deltid og modulbasert, og det varer i ett år. Vi har løpende opptak med studiestart vår og høst. Opptaket for høsten 2018 er i gang.

Søk nå eller les mer på Senzie.no. Her er noen gode grunner til å søke hos oss:

Jeg har vært vitne til hvordan studiet har utviklet seg med årene; Hvor man i dag ser på Senzie-navnet som et kvalitetsstempel for kosmetiske sykepleiere.

Dr. Michael Zangani
Dermatolog

Det er de beste forelesningene disse sykepleierne kan ha for å forberede seg på det som venter i den kliniske hverdagen.

Dr. Bjørn Tvedt
(om Dr. Kieren Bongs forelesning)



Institutt for helsevitenskap Ålesund

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER HØST 2018

Er du klar for nye faglige utfordringer?

MASTER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE

Mastergraden kvalifiserer for klinisk arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Heltid og deltid. Det kan søkes innpass for relevante videreutdanninger.

SYKEPLEIEFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

- Anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie
- Helsesøsterutdanning med folkehelseprofil

TVERRFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

- Tverrprofesjonell veiledning
- Ledelse i helse- og sosialtjenesten
- Etikk i praksis for helse- og sosialtjenesten
- Flerkulturell forståelse

Søknadsfrist: 15.april 2018 | ntnu.no/videre | Kontakt: gunnhild.furnes@ntnu.no

Du betaler kun semesteravgift.
All undervisning er lagt til NTNU i Ålesund på dag- eller ettermiddagstid.

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Scandinavian Centre of Awareness Training

www.scat.no

2 UTDANNINGER SOM INSTRUKTØR
I MINDFULNESS TRENING

OSLO, 2018

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Fredag og lørdag, 31aug. – 1 sept., 28 – 29 sept., 26 – 27 okt.

SKÅNEVIK FJORD HOTEL (ved Haugesund), 2018

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Lørdag og søndag: 21 – 22 april, 26 – 27 mai, 16 – 17 juni

Mindfulness trening: en selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Vi lærer effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om mindfulness.

For mer informasjon om kurset kontakt:
ajkroese@online.no , tel. 901 51 734 eller www.scat.no

Regionsenter for barn og
unges psykiske helse

Helseregion Øst og Sør

Etterutdanning i kognitiv atferdsterapi for barn og
unge 2018 - 2020

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en målrettet og tidsavgrenset evidensbasert metode, som er knyttet til behandling av mange ulike psykiske vansker. RBUP Øst og Sør tilbyr et toårig deltidsstudium som gir bred opplæring i grunnleggende forståelse av terapimetoden til bruk i arbeid med barn, unge og familier.

Målgruppen for studiet er ansatte i kommunale- og spesialisthelsetjenester som har sitt oppdrag knyttet til barn og unges psykiske helse. Det vil si fagfolk som jobber i familiesentre, barnevern, BUP, PPT, på helsestasjon og i ambulante tjenester. Søkere må dokumentere minimum treårig helse- sosialfaglig og pedagogisk utdanning samt praksis med barn, unge og familier i minimum to år etter endt grunnutdanning. For alle søkere gjelder kravet om at de under utdanningen er i arbeidsforhold som gir adgang til å utføre selvstendig endringsarbeid med barn, unge og deres familier. Utdanningen er godkjent som grunnleggende kurs i et utdanningsløp mot godkjenning som kognitiv atferdsterapeut og veileder etter regler gitt av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT) innenfor internasjonale rammer satt av European Association for Behaviour and Cognitive Therapies (EABCT). Opptak høsten 2018 vil ikke gi studiepoeng.

Etterutdanning i familierapi 2018 – 2020

Familierapi har vist seg å ha god effekt i arbeid med psykisk helse hos barn og unge. RBUP Øst og Sør tilbyr et deltidsstudium over to år for endringsarbeid i familier og relasjoner. Studiet legger stor vekt på å være klinisk relevant og nyttig.

Etterutdanningen gir en bred innføring i de sentrale familierapeutiske teoriene og om hvordan bruke dem i praksis. Fordypning i familierapi er et samarbeid mellom RBUP Øst og Sør og Institute of Family Therapy i London. Målgruppen for studiet er fagfolk med helse- og sosialfaglig utdanning på høgstskole- eller universitetsnivå og som arbeider med barn, ungdom og familier. Opptakskrav er minimum treårig høgstskole/universitetsutdanning i helse-, sosial- og velferdssag eller annen relevant utdanning på minst bachelornivå. Søkerne må ha minst to års relevant praksis etter endt grunnutdanning. RBUP foretar prioritering mellom søkerne. Opptak høsten 2018 vil ikke gi studiepoeng.

Etterutdanning i sped- og småbarns psykiske helse
2018 – 2020

Sped- og småbarns psykiske helse er et eget fagområde og et spesifikt klinisk felt. RBUP Øst og Sør tilbyr et toårig deltidsstudium hvor teori og praksis integreres og gir en grundig fordypning i teori og metode, utredningsverktøy og klinisk kompetanse på kasus som bringes inn fra egen praksis.

Målgruppen for studiet er ansatte i kommunale- og spesialisthelsetjenester som har sitt oppdrag knyttet til barn og unges psykiske helse. Det vil si fagfolk som jobber i barnevern, familiesentre, BUP, PPT, helsestasjoner, jordmødre, nyfødt intensivavdeling, føde- og barselavdeling, barneavdelinger, familievernkontor, barnehager, krisesentre, Amatheia og på Barnas stasjon. Søkere må dokumentere minimum treårig helse- og sosialfaglig eller pedagogisk utdanning samt praksis med denne aldersgruppen. For alle søkere gjelder kravet om at de under utdanningen er i arbeidsforhold hvor de kan jobbe med de alle minste. Opptak høsten 2018 vil ikke gi studiepoeng.

**For samtlige etterutdanninger er søknadsfristen
15. mars 2018, med studiestart i august og
september 2018.**

Søknadsskjema og informasjon finnes på
www.r-bup.no (se kurskalender, august
og september 2018) eller ta kontakt med
kurskoordinator Inger Line Wahl, tlf: 91 91 00 11
eller e-post: inger.wahl@r-bup.no

**SØKNADSRIST
15. MARS 2018**

64.000

følgere kan ikke ta feil.

Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Sykepleien

MS-konferansene 2018

Tema: Å LEVE MED MS

Målgruppe: Helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, personer med MS og deres pårørende, og andre interesserte.

Målsetting: Gi deltakerne innsikt i og verktøy til å løse noen av utfordringene det er å ha MS og å være pårørende. Det gjelder like mye for fagpersoner som for personer med MS.

Konferanssteder:

Fredag 20. april Rosendal Fjordhotell, Kvinnherrad
 Fredag 25. mai Scandic Ålesund, Molovegen 6 Ålesund
 Onsdag 6. juni Quality Hotel, Sarpsborg
 Tirsdag 18. september Scandic Ambassadeur, Drammen
 Onsdag 19. september Scandic Hamar

Torsdag 27. september Quality Hotel Panorama, Trondheim
 Tirsdag 2. oktober Thon Hotel Nordlys, Bodø
 Tirsdag 16. oktober Kristiansand Kongressenter, Kristiansand
 Onsdag 24. oktober Farris Bad Hotell, Larvik

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon 22 47 79 90



UiO : Institutt for helse og samfunn
 Det medisinske fakultet



**Avansert geriatrisk sykepleie
 (master - 4 år deltid)**

Det samlingsbaserte deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering innen geriatrisk sykepleie. Du lærer systematiske kliniske undersøkelser gjennom variert undervisning og mer enn 400 timer veiledet praksis.

uio.no/ags

**Sykepleievitenskap
 (master - 2 år)**

Få kompetanse til å initiere og delta aktivt i faglig utviklingsarbeid og forskning slik at du kan være med å forme fremtidens helsetjenesten. Fordypningskurs i normal aldring, innovativ praksisutvikling og pasientlæring.

uio.no/sykepleievitenskap-master

Søk innen 1. mars for tidlig svar



Dedicare = nordisktalende, kvalitetssikrede vikarer

Med Dedicare kan du løse bemanningskrisene. Og, enda bedre, sørge for at krisene ikke oppstår. Alle våre vikarer er nordisktalende, ferdig utdannede sykepleiere eller spesialsykepleiere. Ingen slipper lett gjennom nåløyet hos oss. Før ansettelse sjekkes blant annet flere referanser. Det tror vi er noe av grunnen til at vi får hyggelige og svært gode tilbakemeldinger på våre vikarer.

Som kunde får du din faste, helsefaglig utdannede kontaktperson som løser dine behov på smidig og effektivt vis.

Vi ønsker å bidra til et helsevesen som fungerer best mulig, med fornøyde pasienter og ansatte som ikke går på akkord med egen helse og trivsel.

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no 

Vi byr oss mer!

DEDICARE

Nurse







