



Mangler sykepleiere.

Mange kommuner tilbyr ekstra goder for å skaffe sårt tiltrengt arbeidskraft.

Tove Nordheim (t.v.) og Anette Larsen i Lavangen håper noen lar seg friste. **16**

Lokker med bonus og ekstra ferie

● **Hva skjer**

Var på sykehus som barn, har mareritt ennå. **28**

● **Sykepleie**

Vet ikke hvordan pasienten har det. **58**

● **Påfyll**

Per Erik Arnesen pirker i sykepleiernes selvfølelse. **68**

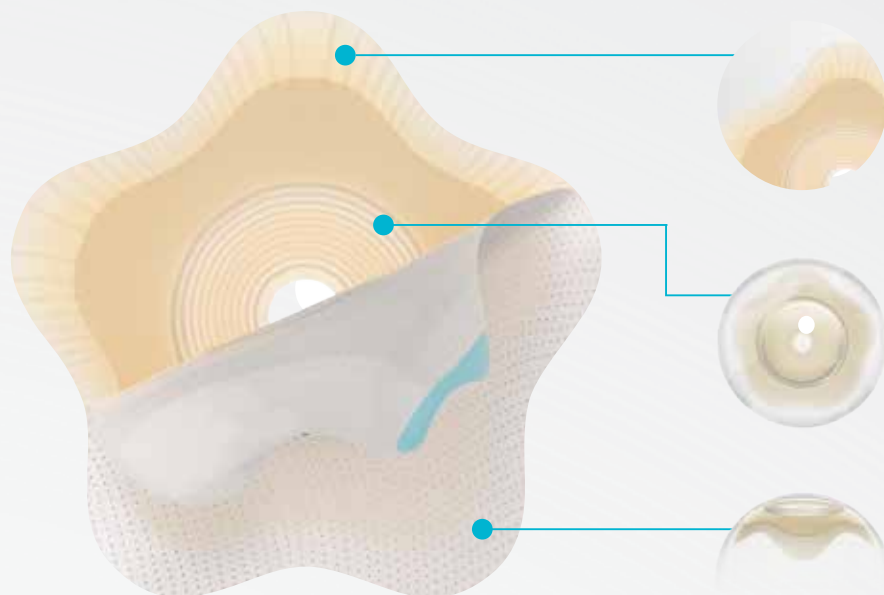
● **Meninger**

Vektene er ikke helsepersonell. **83**

SenSura[®] Mio Convex Flip

Spesialdesignet for de med brokk og fylldige områder rundt stomien

Alle kropper er unike og vårt mål er å tilby stomiprodukter som tilpasser seg kroppen, uansett kroppsform. Nye SenSura[®] Mio Convex Flip er den første hudplaten i verden som er spesialdesignet for de med brokk og fylldige områder rundt stomien.



Sitter trygt

Festesoner ytterst og i kjernen av kleberens øker elastisiteten. Hudplaten sitter godt og følger kroppens bevegelse, selv med brokk.

Støtte til stomien

En innebygget stabilitetsring gir støtte til stomien og stabiliserer hudplatenes indre kjerne.

Kurvet form

En kurvet hudplate bidrar til bedre kroppstilpassing og gjør påføring enklere. Stjerneformen øker kontaktflaten mellom hud og kleber.

“SenSura Mio Convex Flip sitter godt over brokket selv når jeg er i aktivitet”

- Kent 63 år



Kent var en av de første som fikk prøve SenSura Mio[®] Convex Flip i Norge. Han har stomi med brokk og slet med tilpassingen av flat hudplate. Hudplaten Kent brukte tidligere festet seg ikke tett over brokket og kunne folde og rynke seg. Dette førte ofte til lekkasjer. Vi lot Kent prøve vår nye hudplate som med sin unike og kurvede stjerneform øker kontaktflaten mellom hud og kleber.

“SenSura Mio Convex Flip fester seg godt rundt brokket. Jeg føler meg trygg på at stomiutstyret sitter godt hele tiden”

For mer informasjon:

 www.coloplast.no/brokk

 Ring oss på 22 57 50 00



sykepleiere med hjerte for faget.

om randstad care

Randstad Care er et av Nordens største spesialistselskap innen bemanning og rekruttering av helsepersonell. Vi har levert effektive bemanningsløsninger med kunnskap og engasjement til helseforetak i Norden siden 1992.

Vi legger vår stolthet i å formidle personell som kan faget sitt ut og inn, og som vet hva som kreves når de kommer på jobb. Uansett om du trenger spesialistkompetanse, hjelp til å drive en sengepost eller å korte ned operasjonskøer, så har vi den rette personen.



jobbe for randstad care

Når du jobber som vikar for Randstad Care så jobber du for noen som kjenner deg. I teamet for sykepleiebemanning er vi blant annet to sykepleiere og en intensivsykepleier som nå jobber med å følge opp deg i arbeid for oss. Vi kjenner avdelingene, spesialitetene og de ulike utfordringer du møter i arbeid som vikar. Du vil få den aller beste oppfølging av oss.

www.randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410



Følg eller lik oss
på Facebook,
så får du sakene
rett inn i feeden

– men vil du ha
full oversikt og
nyhetene
før alle andre:
gå til

sykepleien.no

▼ Bexsero «GlaxoSmithKline»

C Meningokokkvaksine.

ATC-nr.: J07A H09

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 1 dose (0,5 ml) inneh.: Neisseria meningitidis gruppe B NHBA fusjonsprotein^{1, 2, 3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B NadA protein^{1, 2, 3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B Hfbp fusjonsprotein^{1, 2, 3} 50 µg, yttermembranvesikler (OMV) fra Neisseria meningitidis gruppe B stamme NZ98/254 målt som mengde av totalprotein som inneholder PorA P1.4.2.25 µg, natriumklorid, histidin, sukrose, vann til injeksjonsvæsker.

1 Produsert i E. coli-celler med rekombinant DNA-teknologi.

2 Adsorbent på aluminiumhydroksid (0,5 mg Al³⁺).

3 NHBA (neisseria-heparinbindende antigen), NadA (neisseria adhesin A), Hfbp (faktor H-bindende protein).

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av Neisseria meningitidis gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se SPC for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger. **Dosering: Spedbarn 2-5 måneder:** 3 doser à 0,5 ml, der 1. dose gis ved 2 måneders alder. Intervall mellom primærdosene skal minst være 1 måned. Påfyllingsdose gis 12-15 måneder etter primærvaksinerings. Ved forsinkelse skal påfyllingsdosen gis senest 24 måneder etter primærvaksinerings. Behov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått. Sikkerhet og effekt hos spedbarn <8 uker er ikke fastslått. **Uvaksinerte spedbarn 6-11 måneder:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 2 måneder. Påfyllingsdose 2. levedår med et intervall på minst 2 måneder mellom primærserie og påfyllingsdose. Behov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått. **Uvaksinerte barn 12-23 måneder:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 2 måneder. Påfyllingsdose med et intervall på 12-23 måneder mellom primærserie og påfyllingsdose. Behov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått. **Barn 2-10 år:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 2 måneder. Behovet for påfyllingsdose er ikke fastslått. **Ungdom (≥11 år) og voksne:** 2 doser à 0,5 ml. Intervall mellom primærdosene skal minst være 1 måned. Behovet for påfyllingsdose er ikke fastslått. **Voksne >50 år:** Ingen data. **Tilberedning/Håndtering:** Ved oppbevaring kan en fin off-white avleiring sees. For bruk skal sprøyten ristes godt for å få homogen suspensjon. Vaksinen skal inspiseres visuelt mht. partikler og misfarging. Vaksinen skal kasseres ved observasjon av fremmedpartikler og/eller variasjon i fysisk utseende. **Administrering:** Vaksinen gis ved dyp i.m. injeksjon, fortrinnsvis i anterolateral del av låret hos spedbarn eller i deltamuskelområdet av overarmen hos eldre personer. Skal ikke injiseres intravaskulært. Separate injeksjonssteder skal brukes ved administrering av flere vaksiner samtidig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom. Ved mindre infeksjoner, f.eks. forkjølelse, skal vaksinerings ikke utsettes. Egnede medisinske behandling og tilsyn skal alltid være lett tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon etter administrering. Nervøse reaksjoner, inkl. besvimelse, hyperventilering eller stressrelaterte reaksjoner kan forekomme ved vaksinerings, som psykogen respons på injeksjonen (se Bivirkninger). Det er viktig å ha prosedyrer for å unngå skade som følge av besvimelse. Skal ikke gis ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse som kontraindicerer i.m. injeksjon, med mindre potensiell fordel uten tvil overgår risikoen. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinen forventes ikke å gi beskyttelse mot alle sirkulerende meningokokkgruppe B-stammer. Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner. Antipyretika skal brukes i tråd med lokale retningslinjer hos spedbarn og barn (<2 år). Individuer med svekket immunrespons, som enten skyldes immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker, kan ha redusert antistoffrespons ved aktiv immunisering. Immunogenisitsdata er tilgjengelig for individer med komplementdefekter, aspleni eller manglende milffunksjon. Ingen data fra bruk hos personer >50 år, og begrenset med data fra bruk hos pasienter med kroniske medisinske tilstander. Potensiell apnærisk og behovet for respiratorisk overvåking i 48-72 timer må vurderes når primær immuniseringsserie administreres til svært premature spedbarn (født i ≤28. svangerskapsuke), og spesielt ved tidligere respiratorisk umodenhet. Ettersom fordelene ved vaksinerings er høy for denne gruppen, skal vaksinerings ikke tilbakeholdes eller utsettes. Sprøyteheten kan inneholde naturgummilates. Selv om risikoen for å utvikle allergiske reaksjoner er svært liten, skal nytte/risiko vurderes før administrering ved tidligere kjent lateksoverfølsomhet. Kanamycin brukes tidlig i produksjonsprosessen og fjernes senere i prosessen, og kanamycinnivået i ferdig vaksine er <0,01 µg/dose. Sikkerhet ved bruk hos kanamycinsensitive personer er ikke fastslått. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Bexsero kan gis samtidig med følgende vaksineantigener, enten som monovalente eller kombinerte vaksiner: Difteri, stivkramp, acellulær kikhoste, Haemophilus influenzae type B, inaktivert poliomyelitt, hepatitt B, heptavalent pneumokokk konjugat, meslinger, kusma, røde hunder, vannkopper og meningokokk gruppe C-CRM-konjugat. Immunresponsen på koadministrerte rutinevaksiner påvirkes ikke av samtidig administrering av Bexsero. Motstridende resultater er observert mht. respons på inaktivert poliovirus type 2 og pneumokokk konjugat serotype 6B, og lavere antistoffnivå mot kikhosteantigenet pertaktin er også registrert, men dataene tyder ikke på klinisk signifikant interferens. Pga. økt risiko for feber, ømhet på injeksjonsstedet, endring i spisevaner og irritabilitet ved administrering sammen med ovenfor nevnte vaksiner, kan separat vaksinerings vurderes, hvis mulig. Profylakse med paracetamol påvirker ikke immunogenisiteten for Bexsero eller rutinemessige vaksiner. Virkningen av andre antipyretika er ikke studert. Samtidig administrering av Bexsero og andre vaksiner enn de som er nevnt ovenfor, er ikke studert. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Utilstrekkelige data. Mulig risiko for gravide er ukjent. Vaksinerings skal unnsatt ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon. Det er ikke funnet holdepunkter for toksisitet hos mor eller foster, og ingen virkninger på graviditet, morsafter, fertilitet hos hunner eller postnatal utvikling hos hunnkaniner eksponert for ca. 10 ganger tilsv. humandose basert på kroppsvekt. **Amming:** Ingen tilgjengelig informasjon om sikkerhet hos kvinner og barn under amming. Nytt/risiko må vurderes før man beslutter å vaksinere under amming. Skadelige effekter er ikke observert hos vaksinerte morkaniner og deres avkom t.o.m. dag 29 med diegiving. Vaksinen er immunogen hos morkdyr vaksinert før diegiving, og antistoffer er funnet hos avkom, men antistoffnivå i melk er ikke fastslått. **Fertilitet:** Ingen data. Fertilitetspåvirkning hos hunner i dyrestudier er ikke sett. **Bivirkninger: Spedbarn og barn (opp til 10 år): Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Diaré, oppkast (mindre vanlig etter påfyllingsdose). Hud: Utslett (barn 12-23 måneder, mindre vanlig etter påfyllingsdose). Neurologiske: Søvnighet, uvanlig gråt. Stoffskifte/ernæring: Spiseforstyrrelser. Øvrige: Feber (≥38°C), ømhet på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved gråt når injisert lem bevegtes), erytem/hevelse/indurasjon på injeksjonsstedet, irritabilitet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Hud: Utslett (barn 2-10 år). **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerter/kar: Blekhet (sjelden etter påfyllingsdose). Hud: Eksem. Neurologiske: Krampeanfallet (inkl. feberkramper). Øvrige: Feber (≥40°C). **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Neurologiske: Hypoton-hyporesponsiv episode. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blemmer på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). **Ungdom (fra 11 år) og voksne: Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved manglende evne til å utføre normal daglig aktivitet), hevelse/indurasjon/erytem på injeksjonsstedet, sykdomsfølelse. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Neurologiske: Synkope eller vasovagal respons på injeksjon. Øvrige: Feber, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blemmer på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring. **Behandling:** Overvåking av vitale funksjoner og ev. symptomatisk behandling. **Egenskaper: Klassifisering:** Meningokokk gruppe B vaksine (rDNA, komponent, adsorbent). **Virkningsmekanisme:** Effekten er ikke evaluert i kliniske utprøvinger. Vaksinenes effekt er utledet gjennom påvisning av fremkalt bakteriedrepende serumantistoffrespons på vaksinenes antigener. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for beskyttelse mot lys. **Andre opplysninger:** Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 999,10.

Sist endret: 02.10.2017

Basert på SPC godkjent av SILV: 06.07.2017

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00

Referanse: 1. Bexsero preparatomtale, avsnitt 9 (06.07.2017)



GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.

Telefon: 22 70 20 00. www.gsk.no

©2018. GSK group of companies or it's licensor licensor.

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.

NOR/BEX/0002/18. August 2018



.....fra spedbarnsalder til ungdomstid

Mer enn
5 års
erfaring i Europa¹

Bexsero – vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse, meningokokk serogruppe B. Vaksinen kan gis fra 2 måneders alder

Indikasjon

Aktiv immunisering av personer ≥ 2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av *Neisseria meningitidis* gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se SPC for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger.

Refusjon

Meningokokk B-vaksine utleveres på §4 blåreseptforskriften til personer med nedsatt eller manglende miltfunksjon, med alvorlig medfødt eller ervervet komplementdefekt og til nærkontakter av personer med meningokokk B-sykdom.

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Kontraindisert ved overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom.
- Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner.
- Hos spedbarn og barn (yngre enn 2 år) var ømhet og erytem på injeksjonsstedet, feber og irritabilitet de vanligste bivirkningene. Hos ungdom og voksne var smerte på injeksjonsstedet, sykdomsfølelse og hodepine de vanligste bivirkningene. Individuer med svekket immunrespons, pga immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker, kan ha redusert immunrespons ved bruk av Bexsero
- Det foreligger ikke tilstrekkelige kliniske data på bruk under graviditet. Vaksinerings skal uansett ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon.

Les preparatomtale før forskrivning!


BEXSERO[▼]
Vaksine mot meningokokk B

Hold deg
opplyst

sykepleien.no



Foto: Mario Travani



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser kan
være et godt og livsviktig alternativ
i forbindelse med
bryllup, bursdag eller jubileum.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå
inn på www.legerutengrenser.no.
Kontonummer: **5005 06 36728**.

Merk innbetalingen med navn på
jubilant/brudepar, samt navn på
giver(e) av gaven.



Innhold



07 | 2018 Sykepleien

Utgivelsesdato: 27. september

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Forsidefoto: Ann-Kristin Bloch Helmers



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 12 Ekstravakter kan gi tap av pensjon
- 14 Snakket om døden på Lindmo
- 16 146 kommuner lokker med ekstra goder
- 26 Sykehjem skaffet dyr og minsket pillebruken
- 28 Karin Jonli har mareritt om da hun var barn på sykehus
- 36 Disiplin og hygiene var viktigst



Fra piller til dyr i fanget. **26**



Sykepleie

- 42 Film, fortellinger og dikt lærer studenter personsentrert omsorg
- 46 Studenter presenterer bacheloroppgaven på poster
- 51 Min jobb: Nina Værnes
- 52 Forskerintervju: May Vatne om selvmord
- 54 Elektroniske omsorgsmeldinger gir bedre og sikrere dokumentasjon
- 58 Etikkk: Håkon Johansen
- 60 Helsesøstre må våge å spørre om vold og overgrep



Bare morsmålet igjen. **58**



Påfyll

- 66 Dikt og bokomtaler
- 67 Liv laga: Hva når vi ikke kan si «God bedring»?
- 68 Forfatterintervju: Per Erik Arnesen om de sju dødssynder
- 72 Bokanmeldelser
- 73 I bokhylla mi: Ann-Chatrin L. Leonardsen
- 74 Fakta: Må vi være redd for mygg?
- 76 Quiz og kryssord



Tigermyggen kan nærme seg. **74**



Meninger

- 78 Eli Gunhild By om sykepleieleidere
- 79 Tove Aminda Hanssen om røvertidsskriftene
- 80 Inger Margrethe Holter, Lise Askvik og Lene Haug om oslo-sykehusenes fremtid
- 82 Sølvi Sæther om studentpraksis
- 83 Tanja Vatnås om vektere som fastvakter



Skriver om sitt spesielle liv. **84**

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no (i permisjon). **Fung. redaktør og nyhetsredaktør:** Kjell Petter Eidsten tlf. 22 04 33 59 **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 Solffjell.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E.H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedsjef (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

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT



Vi mangler folk – kanskje vi bare skal prøve å hente noen fra det nærmeste sykehuset?

... eller hva om vi stjeler noen sykepleiere fra nabobygda?



Fakta

Kjell Petter Eidsten

Fungerende redaktør og nyhetsredaktør i Sykepleien

Nei da, sykepleiere kan selvsagt ikke stjeles. Men de kan definitivt lokkes. For et stort antall norske kommuner er sykepleiermangelen et problem som de direkte berørte – sykepleierne selv, pasienter, pårørende, ledere – kjenner på kroppen hver eneste dag.

For å bøte på problemet vedtas det gjerne å bruke lokkemidler av typen

- høyere lønn,
- heltidsstilling,
- oppstartsbonus,
- hver-fjerde-helg-turnus,
- ekstra ferie
- og nedbetaling av studielån.

Noen er kreative og slenger mer uventede tilbud i potten. Blant virkemidlene Sykepleien har kartlagt så langt, finner vi også seniorbonus, diverse stipender og gratis flyttehjelp. Én kommune går enda litt lenger og reklamerer sågar med svømmehalltilgang, festivalpass og betalt startkontingent i et lokalt sykkelløp.

MORSOMT? EGENTLIG IKKE

De sistnevnte tilbudene kan du gjerne le litt av, de er åpenbart laget med glimt i øyet. Men ikke le altfor mye. Se heller for deg alle de blytunge møtene, der tonen settes med et smått fortvilet «Hva gjør vi?», før planer og håp strander i møte med kommunenes budsjettammer, handlingsvillighet og øvrige prioriteringer.

Når disse møtene ender med null eller lite penger til virkemidler, gjør man det beste ut av det man kan finne. Har i tillegg nabokommunen omtrent likelydende stillingsannonser, er det nødvendig å komme opp med noe som gjør at ens egen utlysning blir lagt merke til. Da er det kanskje ikke så dumt med festivalpass likevel.

KANNIBALISME

Bakteppet er naturligvis at vi mangler sykepleiere i Norge. Ergo vil det noen ganger være slik at en kommunes seier er en annens tap. Å gå til kamp om arbeidskraften kan føre til en aldri

så liten borgerkrig, om du har lyst til å sette det helt på spissen. En rådmann Sykepleien har snakket med, bruker spøkefullt uttrykket «kommunal kannibalisme».

La meg si det med en gang:

Konkurransen om arbeidskraft er sunt og antakelig helt nødvendig for å heve gjennomsnittslønningene.

Mer om det siden. La oss først se på noen av slagsidene ved lokketilbudene, for det er en del av dem.

DE NEDPRIORITERTE TROFASTE

Kanskje aller verst: Det er mulig å tenke seg et skrekksenario der en kommune nærmest tømmer nabokommunen for sykepleiere. Dette kan videre forplante seg i dominorekker med svært ulykksalig virkning for de siste kommunene i kjeden.

Ille: Det har skjedd at fast ansatte som har jobbet på et sykehjem i årevis, sliterne som faktisk har fått det til å gå rundt i krisetider, ikke får samme fordeler som de nyrekruttede. Til Sykepleien er dette blitt omtalt som «sårt», noe vi gjetter er en kolossal underdrivelse.

INGEN ENKLE VALG

Vanskelig for kommunene: Hva er det som virker, egentlig? Det er vrient å gi kommunene noen råd om hva som er beste fremgangsmåte. I Søndre Land synes en hver-fjerde-helg-turnus å ha hjulpet på rekrutteringen. I kommunen med alle de uvanlige tilleggselementene, Frøya, forteller de nyansatte sykepleierne at det tross alt var nedbetaling av studielån som veide tyngst.

Vanskelig for sykepleierne: Hvordan skal den enkelte jobbsøkende sykepleier vurdere tilbudene opp mot hverandre?

Tenk deg at du har fått positive signaler fra to potensielle arbeidsgivere. Det dreier seg om nabokommuner, slik at reisetid og nærhet til familie eller venner spiller liten rolle. Den ene arbeidsgiveren tilbyr en engangssum og ei ekstra ferieuke, den andre tilbyr et lønnsplåselag. På toppen kommer to typer bindingstid og trinnvise utbetalinger du ikke helt ser rekkevidden av.

Hva gjør du?



Illustrasjon: Marie Rundereim

IKKE TISS I BUKSENE FOR Å HOLDE VARMEN

Fernanda Winger Eggen ved Samfunnsøkonomisk analyse forteller at Norge vil trenge mange flere sykepleiere i 2040, titus-ener mer enn i dag. Hun sier at utdanningskapasiteten sannsynligvis er det springende punktet.

Men studieplassene skal også fylles, og helst med de beste søkerne. Da må yrket være attraktivt å søke seg til. En del av dette handler om lønn, og da spesifikt om den lønnen du kan ta for gitt – ikke om den som er basert på flaks, eller som du må ta frem dine beste forhandlingsevner for å oppnå.

Så, kjære alle som har makt over kommunebudsjettene: Dere har et ansvar for at også neste generasjon skal få tilgang på arbeidskraft. Det gjør dere ikke ved å ty til kortsiktige løsninger som engangsutbetalinger.

Hvis konkurransen kommunene imellom derimot handler om varig lønn, vil den bidra til å holde problemet på dagsordenen og dermed utøve et vedvarende press i riktig retning, mot en høyere snittlønn.

Alle elementene i sirkelen – høyere lønn og status, bedre søkning til studiene, flere studieplasser, akseptable arbeidsforhold og faglig utvikling – må være på plass. Slik kan vi unngå

at hverdagen i 2030 og 2040 får sykepleiere til å tenke lengselsfullt tilbake på 2018 som tiden da det i hvert fall nesten var mulig å jobbe konstruktivt med kjerneoppgavene.

Dyrt, sier du? Vel, vikarbyråer er dyrere.

ELASTIKKPARADOKSET

Ofte er det slik at knappe, viktige goder koster mest. Når knapphet på sykepleiere likevel ikke fører til markant høyere lønn, er antakelig sykepleiernes egen yrkesetikk noe av årsaken. Det er

«Dyrt, sier du? Vel, vikarbyråer er dyrere.»

jo ingen som har lyst til å la en pasient ligge der og lide, derfor strekker man seg stadig litt lenger.

Denne høyst forståelige elastikken gjør at hjulene tross alt går rundt, på en måte som kan holde problemene delvis skjult for beslutningstakerne noen ledd lenger opp i hierarkiet. Men en slikt konstruksjon, der velvilje og personlig initiativ er hjørnesteiner i grunnmuren, vil ikke holde i lengden. ●

kjell.petter.eidsten@sykepleien.no



VISSTE DU AT HEPATITT KAN SMITTE VIA SEKSUELL KONTAKT?

HEPATITT A

HEPATITT B

UNNGÅ SYKDOM PÅ REISE. SNAKK MED LEGE/REISEKLINIKK OM FOREBYGGING.

Hepatitt A og B er to av mange infeksjonssykdommer du kan risikere å bli utsatt for på reise. Det er flere måter du kan bli smittet på, og smitte kan skje selv om du er forsiktig. De vanligste smitteveiene er gjennom mat og drikke, ved ubeskyttet sex eller gjennom kontakt med urent medisinsk utstyr

REFERANSER Hepatitis A Fact sheet WHO 2015 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/ || Hepatitis B fact sheet WHO 2015 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/ || Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101

Mars 2018: NOR/TH/0002/17(1)

**SJEKK HVILKE
INFEKSJONER DET KAN
VÆRE ØKT RISIKO FOR
DIT DU SKAL OG FINN
NÆRMESTE REISEKLINIKK:**

VAKSINE.NO



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 07 | 2018

Nyhet – Reportasje – Tema



GAMLE TOMTER: Karin Jonli var i lange perioder innlagt på Sophies Minde i Oslo fra hun var et år gammel. Foto: Erik M. Sundt

Vonde minner

Uten foreldrene. For Karin Jonli var det traumatisk å være alene på sykehus som barn. **28**



Ekstravakter.

Du kan tape pensjon om du ikke melder fra. **12**



«Vi kunne le. Drikke øl. Være fullstendig i live, selv om han var dødende.»

Gunnar Martinsen, sykepleier og korist i Mannskoret. **14**



Lokketilbud.

Se oversikten over hva 146 kommuner tilbyr jobbsøkende sykepleiere. **16**



Tar du ekstravakter et annet sted, kan du tape pensjon

• Tekst **Marit Fonn**

MELDE SELV: Sykepleiere med flere små stillinger kan gå glipp av pensjon hvis ikke de selv melder fra til sine arbeidsgivere om at de må rapportere til pensjonskassen.

– De færreste er bevisst dette, sier Natalia Ebbesen, pensjonsrådgiver i Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

Ebbesen er redd mange kan gå glipp av pensjonsopptjening om de ikke passer på.

– Så lenge totalen blir 20 prosent eller mer, har du krav på pensjon. Jobber du for eksempel

50 prosent ett sted og tar ekstravakter et annet sted, må du si fra til arbeidsgiveren der du tar sporadiske ekstravakter. Alle timene skal rapporteres til KLP, sier hun.

1. april 2016 ble minstegrensen for innmelding i pensjonsordningen for sykepleiere senket til 20 prosent av full stilling (beregnes kvartalsvis). Dette var en følge av en endring i lov om pensjon for sykepleiere.

Tidligere var grensen 14 timer per uke, det vil si 168 timer per kvartal. Dette tilsvarer cirka 35 prosents stilling.



PENSJONSÅDGIVER: Endringen i reglene er ekstra viktig for de yngre, mener pensjonsrådgiver Natalia Ebbesen i KLP. Foto: KLP

Endringen innebærer at sykepleiere som jobber i flere stillinger hos samme eller ulike arbeidsgivere, skal legge sammen stillingene for å oppfylle 20-prosentkravet – slik at all inntekt blir pensjonsgivende.

SINTE PENSJONISTER

– Da endringen kom, skapte den mest reaksjoner blant pensjonerte sykepleiere. De hadde jo kunnet jobbe mer før uten at pensjonen ble redusert, forteller Ebbesen.

Altså cirka 33 prosent. Nå etter lovendringen kan de jobbe inntil 20 prosent.

– Men endringen er ekstra viktig for de yngre, for at de skal få mest mulig opptjening med tanke på pensjon. De må jo regne med å jobbe lenge, så det er viktig at all inntekt blir pensjonsgivende, understreker Ebbesen.

SJEKKER IKKE

De fleste tror nok at rapporteringen til KLP går automatisk:

– Men det er ikke slik. Arbeidsgiver har ofte ikke kjennskap til om du jobber flere steder. Og de yngre går ikke og sjekker på klp.no om hva som faktisk er registrert hos oss, sier Ebbesen.

Kanskje ikke før etter mange år:

– I verste fall kan det gå 30 år. Da kan det bli veldig krevende å få ettermeldt en ekstrajobb. Du kan kanskje ikke kreve det, heller.

I utgangspunktet er det arbeidstakers ansvar å få meldt fra hvor de jobber.

– Så hva må de gjøre?

– Si fra til arbeidsgiver at selv om de bare har en liten deltidsstilling, så skal arbeidsgiver rapportere det inn til KLP.

«De yngre går ikke og sjekker på klp.no om hva som faktisk er registrert hos oss.» Natalia Ebbesen, KLP

– Er det er vanlig at unge jobber mange ulike steder?

– Vanskelig å si generelt, det er ulikt fra sted til sted. Det kan være vanlig å ha fast jobb i et helseforetak, for eksempel i 80 prosent, og ha ekstravakter i kommunen ved siden av. Det er nok ikke så vanlig at alle stillingene er under 20 prosent.

ANNONSE



- Løsninger som fungerer



Lønnsom sensorteknologi!

Mobility Monitor er et unikt hjelpemiddel for å gi faktabasert kunnskap om pasientens; søvnmønster, evne til egen reposisjonering, risiko for trykksår, medisinpåvirkning, risiko for fall med mere.

Dette gir grunnlag for individuell planlegging av pleie og oppfølging, og dermed redusert belastning og reduserte kostnader i hele behandlingsforløpet.

For mere information, kontakt tlf. 67 06 49 00 eller gå inn på www.medema.no å se brosjyre.

– KREVENDE

– Hvorfor er dere opptatt av dette nå?

– Vi så utfordringen for oss da lovendringen kom i 2016. Arbeids-giverne sier selv at dette er krevende. Enten er de ikke selv flinke nok til å informere ekstravaktene, eller de ansatte leser ikke nok av den informasjonen de har fått, forteller hun.

Det tidligere regelverket (før 1. april 2016) var svært fordelaktig for pensjonistene:

– Det var nesten for godt til å være sant. Mange kunne få 66 prosent lønn i pensjon og samtidig jobbe cirka 33 prosent ved siden av. Det ble jo 99 prosent inntekt, så klart det var veldig gunstig. Mange pensjonister benyttet seg av dette, sier pensjonsveilederen.

– Har det blitt noen god løsning for pensjonerte sykepleiere?

– Det har ikke skjedd noe siden lovendringen. Pensjonistlønn er en løsning for sykepleiere i kommunal sektor. I Spekter-området, altså i sykehusene, er ikke pensjonistlønn mulig å få. Partene er ikke blitt enige om det, sier Ebbesen.

Pensjonistlønnen er tariffbestemt, og den er lik for alle uavhengig av ansiennitet og yrke. I sommer ble den oppjustert til 201 kroner per time. Det er ingen begrensninger på antallet timer man kan jobbe.

– Sykepleierne beholder dessuten alle tilleggene, opplyser Ebbesen.

ANBEFALER DELTID

Natalia Ebbesen ser ikke for seg noen endringer på kort sikt.

Hun anbefaler at de eldre som har kapasitet til å jobbe mer, vurderer om de i større grad kan bli deltidspensjonister.

– Kan hende bør de bite i det sure eplet og ikke sammenlikne dagens ordning med den vi hadde tidligere. De bør heller se på eksisterende valgmuligheter og vurdere å jobbe 50 eller 60 prosent på stedet der de selv ønsker. Det blir mer kontinuitet. Og husk at inntekt alltid er høyere enn pensjon, sier hun.

Da slipper de frykten for å jobbe for mye, å bikke den siste tidelen, altså over 19,9 prosent, påpeker hun:

– Det er et sjansespill som mange opplever som stressende. Jeg tenker at det er bedre å ha 60-prosentstilling og være pensjonist i 40 prosent. I sum blir det mer. Og hverdagen blir bedre. Det

er mer helsefremmende å trappe ned sakte, man får større glede av det, enn motsatt.

KAN FÅ HJELP TIL Å BEREGNE

– En stilling i 19 prosent er veldig lite, det er vanskelig å få det gjennomført, minner Ebbesen om.

– Men vi hjelper med å gjøre de ulike beregningene for folk. Man kan også gjøre det selv på vår nettkalkulator.

Ebbesen understreker at lovendringen som ble gjort, er veldig gunstig for de yngre med småstillinger.

– Vi vet jo ikke hvor mange dette gjelder, men siden vi vet at unge ikke er så opptatt av pensjon, er dette ekstra viktig å minne om, sier pensjonsveileder Natalia Ebbesen. ●

marit.fonn@sykepleien.no

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



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

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



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70

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

www.silentia.no



– Døende vil at det skal være noen der, sier sykepleier og familierapeut Gunnar Martinsen.

Snakket om døden på Lindmo

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Fuglene** / Norsk Filmdistribusjon

Hvordan var det å være på Lindmo?

– En fin opplevelse. Anne Lindmo er et trygt og varmt menneske som fikk en nervøs sykepleier til å føle seg vel.

Du er vant til å omgås døende, men dirigenten var spesielt åpen?

– Ivar Krogh Hovd hadde en evne til å gjøre det lett for dem rundt ham å være med i prosessen. Han var ikke redd for å gå inn i de mørke rommene da han fikk diagnosen. Og vi var så heldige at vi fikk være med.

Han tok brodden av det jævlige, sa du på Lindmo?

– Ja, ved å være åpen. Han hadde en uærbødig innstilling til livet, seg selv og det som var vanskelig. Ikke at han vek til siden, han klarte på en beundringsverdige måte å være til stede akkurat der han var.

Han holdt dere oppdatert på øvelser med muntlige Kreftnytt. Noe du anbefaler?

– Ja, på det varmeste. Han fortalte til koret i plenum, da slapp han å fortelle det 25 ganger. Da kunne også vi pustet ut lettet – eller tungt – sammen. Noen ganger hadde det gått framover, noen ganger dårlig.

Du dør på den måten du har levd, sa du?

– Som familierapeut er målet å åpne opp for å tørre å snakke om det. Ikke alltid kommer vi dit vi vil. Ikke alle våger det, eller har språket til det. Men idealet er å være så åpen som mulig.

Hvor åpne er folk?

– Det er forskjellig. Ivar sa: «Jeg har ingen

annen måte å møte det på. Jeg har tross alt fått en diagnose og har to–tre år igjen å leve. Jeg kan ta samtaler med dem jeg er glad i. Det hadde jeg ikke rukket om jeg døde av slag.» Jeg tror ikke det var noe ugjort eller usagt igjen etter ham.

Han lot dere være nakne menn, sa du?

– Emosjonelt nakne. Det ble ikke så vanskelig. Alle kom på alle øvingene. Ingen flyktet unna.

Er menn mindre åpne enn damer?

– Nei, men vi har en annen måte å kommunisere på. Snakker kanskje mindre. Vi samlet oss. Vi



Fakta

Aktuell som

Sykepleier og korsanger som snakket om døden på tv.

Alder: 55 år

Bakgrunn: I tv-programmet Lindmo 14. september fortalte sykepleier Gunnar Martinsen om hvordan dirigenten i koret hans (Mannskoret) taklet å møte døden som kreftsyk. Bergenserens Martinsen har jobbet på Hospice Lovisenberg i Oslo. Nå jobber han som familierapeut i Bergen.

kunne le. Drikke øl. Være fullstendig i live, selv om han var døende. Han var med til siste slutt.

Og dirigerte dere fra sykesengen hjemme?

– Ja, det var noe av det siste han gjorde.

Det blir film om koret og døden også?

– Ja, «For vi er gutta» har premiere 28. september.

Råd til sykepleiere?

– Det viktige er å være autentisk til stede i situasjonen, ikke vri seg unna de vanskelige spørsmålene. Døende vil at det skal være noen der. Si til dem: «Jeg kan ikke redde livet ditt, men jeg er her med deg.»

Hva er det viktigste du har erfart?

– Første bud er åpenhet. Men ikke glem å le og være glad. Vi må tillate oss å kjenne på de gode følelsene oppi de vanskelige. De går jo hånd i hånd.

Har du lært noe nytt?

– Jeg har begynt å tenke: Hva skal jeg gjøre resten av livet? Hva gidder jeg ikke å gjøre? Mitt råd er: Ikke ta deg sjøl så høytidelig. Følg heller hjertet enn hodet.

Hva angrer folk på når de skal dø?

– Ifølge en undersøkelse angrer mange, særlig menn, på at de har jobbet for mye og ikke prioritert dem de er glad i. Mange føler de har vært for opptatt av hva andre mener. Og at man skulle ha tatt flere sjanser.

Noe mer?

– Det handler mye om det du ikke gjorde eller ikke sa. De drømmene du ikke fulgte, som du ikke vet hva kunne ført til. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Gratis hpv-vaksine til menn som har sex med menn

● Tekst **Nina Hernæs**

FRIST: Første dose må tas senest i november.

Menn som har sex med menn, har ifølge studier høyere risiko for infeksjon med hpv, som kan føre til anal-kreft. De mangler også flokkbeskyttelsen mot hpv som gutter som har sex med jenter, får, gjennom at jenter får vaksinen.

Derfor får gutter født i 1991 eller senere nå et tidsbegrenset tilbud, fordi Folkehelseinstituttet har et overskudd av hpv-vaksine på lager.

Tilbudet går også til rusavhengige og sexarbeidere.

MÅ BESTILLE LOKALT

– Dette er et tilbud til alle landets kommuner og noen spesialklinikker, sier Britt Wolden, avdelingsdirektør i Folkehelseinstituttet.

– De kjenner forholdene lokalt og hvor stort behovet er.

– *Hva gjør de som er i målgruppen og ønsker vaksinen?*

– De må kontakte kommunehelsetjenesten i sin kommune.

Totalt er det gratis vaksiner til 6000 personer. Og de gis etter først-til-mølla-prinsippet.

– Vaksinen skal settes i tre

doser. Kommunene må vurdere hvor mange det er realistisk for dem å vaksinere, og bestille alle tre dosene med en gang, sier Britt Wolden.

På grunn av vaksinenes holdbarhet må første dose settes senest i november.

Fra høsten 2018 får gutter i sjuende klasse tilbud om hpv-vaksine på lik linje med jenter. Fagfolk har tatt til orde for vaksine til eldre gutter, slik eldre jenter har fått gjennom et opphentingsprogram. Ifølge Wolden er det ingen sammenheng mellom tilbudet som blir gitt nå, og et opphentingsprogram.

– Dette er en ekstraordinær situasjon, der vi har vaksiner på lager, og Helse- og omsorgsdepartementet har gitt støtte til å bruke dem på denne måten, sier hun.

– *Kan det være aktuelt med et opphentingsprogram for gutter?*

– Vi har ikke foreslått det, fordi vi mener det ikke vil være kostnads-effektivt. Vi mener den beste måten å beskytte mot hpv er å vaksinere så mange kvinner som mulig. Det er ingen planer på nåværende tidspunkt om å gi et fast tilbud til menn som har sex med menn.

– **GLAD FOR TILBUDET**

Rolf Martin Angeltvedt i Helseutvalget, som jobber helsefremmende og sykdomsforebyggende for alle som har sex med en av samme kjønn, er positiv til dette tilbudet om hpv-vaksine til menn som har sex med menn, og som er født etter 1991.

«**Dette er en ekstraordinær situasjon, der vi har vaksiner på lager.**»

Britt Wolden

– *Hva med eldre menn som har sex med menn?*

– Vi er opptatt av at slike tilbud skal gis til alle gutter innenfor rammen av et program.

– **VISER AT DET ER BEHOV**

Sveinung Sørbye, overlege ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, sier menn som har sex med menn, er en viktig gruppe å nå.

– Ved å bruke restlageret, som er av vaksinetypen Gardasil, vil de også få beskyttelse mot kjønnsvorter. Mange menn som har sex med menn, er plaget av anale kondylomer, eller kjønnsvorter, sier han.

Gardasil er på lager fordi myndighetene etter en anbuds-konkurranse har valgt å gi Cervarix i barnevaksinasjonsprogrammet. Tidligere var det Gardasil som ble gitt her.

– *Tror du dette kan ha noe å si for om det kommer et opphentingsprogram for gutter?*

– Ja. Gratis hpv-vaksine til menn som har sex med menn, viser at det er behov for å gi tilbudet til flere enn dem som får det i dag. I Australia ble det gitt opphentingsvaksine til gutter opptil 16 år. Strengt tatt bør gutter opptil 26 år få det samme tilbudet som jenter har fått. For hvert årskull av ikke-vaksinerte gutter vil 100 få kreft som skyldes hpv. Vi kan derfor potensielt forebygge opptil 1000 tilfeller av kreft ved å gi hpv-vaksine til ti årskull, sier han. ●
nina.hernes@sykepleien.no

ANNONSE

FOR HELSEPERSONELL



Twinrix
Hepatitt A- og B-vaksine

www.twinrix.no

Juni 2018: NOR/TWI/0003/17a
©2018 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.



146 kommuner lokker sykepleiere med ekstra goder

Titusener av kroner i bonus, mer ferie, festivalbilletter og seniortillegg. Sykepleiermangelen får kommuner til å grave i pengesekken.

● Tekst **Ingvald Bergsagel** og **Ann-Kristin B. Helmers**

Kunne du tenke deg 60 000 kroner i bonus? Ta jobb i Sortland. Vil du heller ha mer ferie og fast tillegg på 40 000 kroner i året? Da er Lavangen kanskje stedet. Frøya disker opp med blant annet festivalbillett, mens i Stryn byr kommunen på seniortillegg.

STOR MANGEL, IFØLGE NAV

Sykepleiere er yrkesgruppen det er størst mangel på i Norge i dag: 4550 sykepleiere og 1350 spesialsykepleiere mangler, viser estimerte tall fra Navs bedriftsundersøkelse for 2018.

Derfor må mange kommuner grave dypere i lommene for å lokke til seg arbeidskraften de trenger:

Sykepleien har spurt fylkeslederne i Norsk Sykepleierforbund og andre (se faktaboks) om hva som tilbys for å rekruttere og beholde sykepleierne.

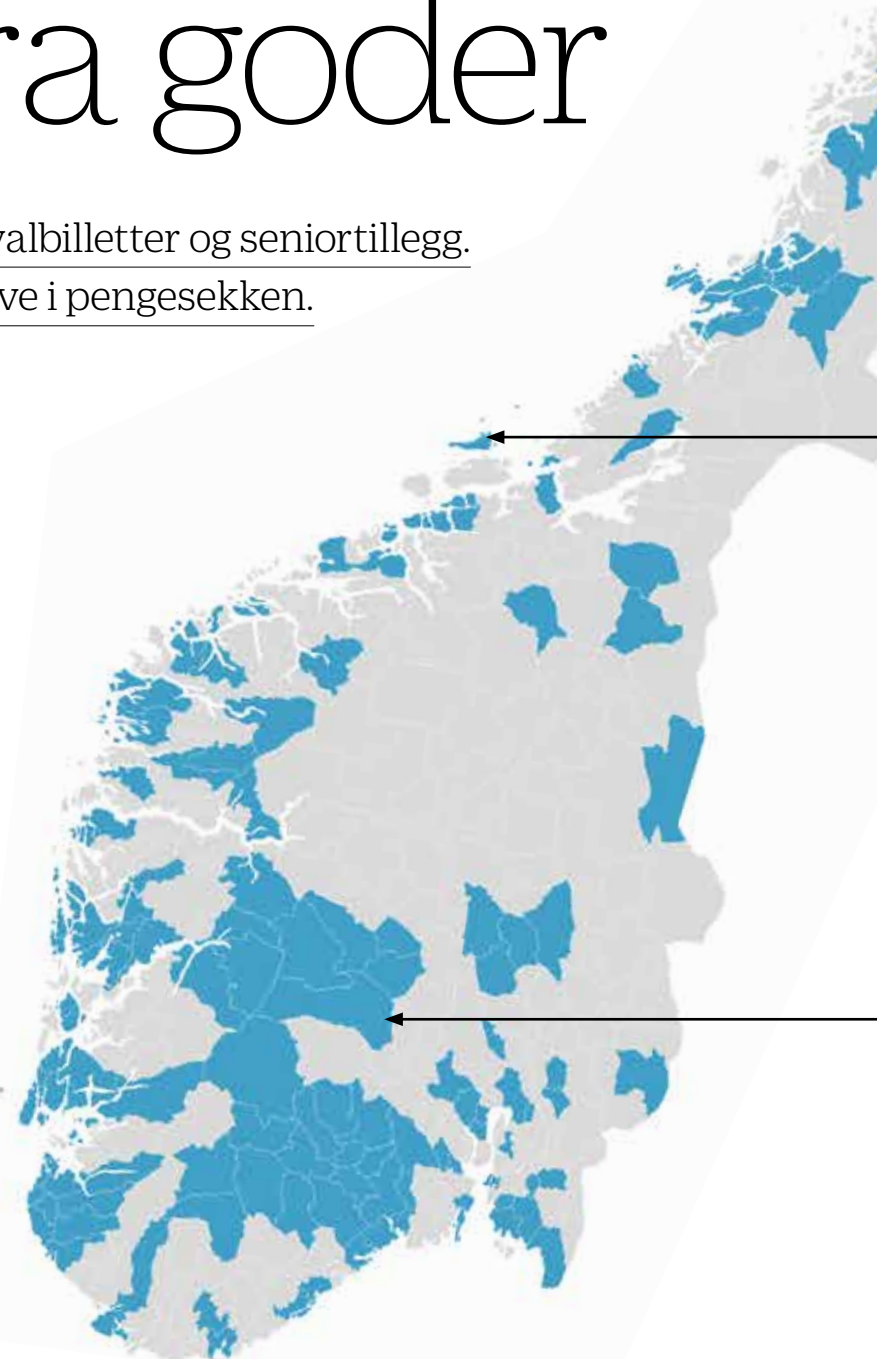
På sykepleien.no finner du kartet med alle tilbudene vi hittil har fått informasjon om. (Se også illustrasjon til høyre.) Kommunene som har ekstra tilbud og tillegg utover sentrale tariffoppgjør, er markert som blå. Det betyr ikke at umerkede kommuner ikke har slike tilbud. Sykepleien vil oppdatere kartet etter hvert som vi innhenter og får tilsendt utfyllende og presiserende informasjon.

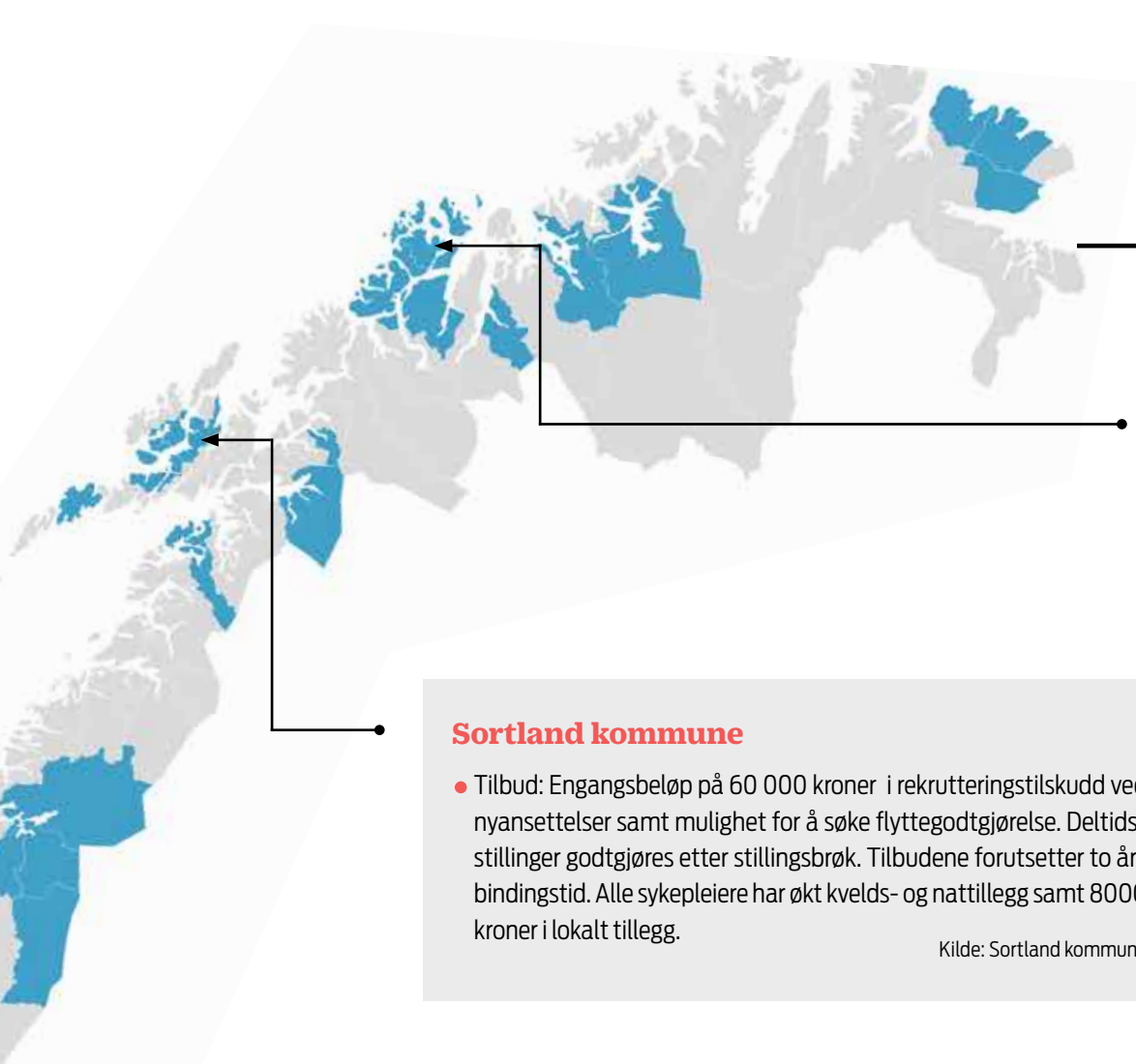
– LØNN OG BEMANNING

Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, sier dette om kartet:

– Det viser et sett av ulike lokale tillegg og ordninger som ulike kommuner bruker for å rekruttere nødvendig sykepleierkompetanse, sier hun.

– Det er positivt at stadig flere kommuner





Karlsøy kommune

- Tilbud: 50 000 kroner i rekrutteringsstipend. Forutsetter bindingstid på to år.

Kilde: HTV Karlsøy

Sortland kommune

- Tilbud: Engangsbeløp på 60 000 kroner i rekrutteringstilskudd ved nyansettelser samt mulighet for å søke flyttinggodtgjørelse. Deltidsstillinger godtgjøres etter stillingsbrøk. Tilbudene forutsetter to års bindingstid. Alle sykepleiere har økt kvelds- og nattillegg samt 8000 kroner i lokalt tillegg.

Kilde: Sortland kommune

Frøya kommune

- Tilbud: Tilbyr den såkalte Frøya-pakken med startlønn som ved ti års ansiennitet, ettergivelse av inntil 25 000 kroner på studielån, medlemskap på treningssenter, festivalpass, inngang til svømmehall, startavgift til ulike løp, med mer. Har og en kompetansepakke for støtte til utdanning.

Kilde: NSF Frøya

Nore og Uvdal kommune

- Tilbud: 35 000 kroner i lokalt tillegg for nyansatte. Bonus på 10 000 og 15 000 kroner etter henholdsvis tre og seks år. Bonus for ekstra helgevakter.

Kilde: HTV Nore og Uvdal

Kommuner som tilbyr sykepleiere noe ekstra

De blå feltene på kartet viser kommuner der Sykepleien har registrert at sykepleiere får tilbud og tillegg utover den sentrale tariffavtalen med KS. Informasjonen er samlet ved hjelp av NSF's fylkesledere, NFS sentralt, tips, saker i lokale nyhetsmedier – med mer.

De tre kommunene som er trukket ut her, er bare eksempler. Gå til sykepleien.no for å se alle.

Og merk: Kartet er ikke komplett. Ser du at noe mangler? Eller ser du noe som er feil? Meld fra til oss, via nettsiden!



Ved å skanne QR-koden kommer du til kartet med alle kommunenes lokketilbud.



→ innser at lønn er et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde sykepleiere i tjenestene i sine kommuner.

By mener at «god lokal lønns-politikk» vil være et gode for alle kommuner.

– Sammen med tilstrekkelig bemanning, gode arbeidstids-ordninger og et godt fagmiljø, mener hun.

FORSKJELL PÅ TILBUDENE

By mener det er en viktig forskjell på rekrutteringstiltakene:

– I den grad kommunene benytter seg av kortsiktige løsninger i form av «signeringsbonuser» og andre engangssummer, og med det tror de slipper å heve lønnen, så vil de snart finne ut at det ikke vil være en bærekraftig rekrutteringspolitikk.

– Både i de sentrale oppgjørene og lokalt må arbeidsgiverne innse at høyere lønn er et mye bedre virkemiddel i kampen for å rekruttere og beholde sykepleierne i kommunen, sier By og presiserer:

– En engangssum er borte når den er brukt opp, et lønnstillegg beholder du.

På spørsmål om denne konkurransen om sykepleiere tapper enkelte kommuner uforholdsmessig, svarer By:

– Det blir feil å omtale det som «tapping» hvis en kommune ikke betaler sykepleierne konkurransedyktig lønn. Hun peker på vikarbyråbruk:

– Vi vet at mange kommuner hvert år bruker til dels store summer på dyr og dårlig innleie fra vikarbyråer. Da snakker vi om tapping av ressurser. Da er det mye bedre for både pasientene og kommunens skattebetalere om pengene brukes til å tilby en sykepleierlønn som gjør at kommunen lykkes med å rekruttere sykepleiere som ønsker å jobbe i faste og hele stillinger, sier By.

LOKAL LØNNSPOLITIKK

Avdelingsdirektør i forhandlingsavdelingen hos KS, Hege Mygland, har også kikket på Sykepleiens oversiktskart.



– Utfordringen med sammenstillingen i kartet er at ulike tiltak er sammenliknet, og det er derfor ikke dekkende for de lønns- og arbeidsvilkårene sykepleiere i kommunal sektor får, sier hun.

«En engangssum er borte når den er brukt opp, et lønnstillegg beholder du.»

Eli Gunhild By,
NSF-leder

Mygland minner om at lønns-systemet i KS-området er et garanti-lønnsystem, og at hovedtariffavtalen forutsetter at lønn benyttes lokalt som personalpolitisk virkemiddel for blant annet å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere.

– Bildet viser at den lokale lønns-politikken virker. De aller fleste sykepleiere i kommunal sektor har en avlønning over minimums-avlønningen nedfelt i tariffavtalen,

nettopp fordi det er en arbeidstakergruppe som det er vanskelig å rekruttere.

IKKE OVERRASKET

– At kommunene også tar i bruk lønn som virkemiddel, er ikke overraskende, sier Mygland.

– Heller ikke at kommunene velger ulike grep. Det er en del av det kommunale handlingsrommet som også hovedtariffavtalen legger opp til.

– *Er dette et marked som fungerer for å lokke til seg sykepleiere i kommunene?*

– Jeg ønsker ikke å spekulere i hvilke markedskrefter som brukes. Det vi ser, er at kommunene som ligger i nærheten av sykehus, kan oppleve arbeidsmarkedet for å rekruttere og beholde sykepleiere som krevende.

– *Tapper dette økonomien i enkelte kommuner uforholdsmessig?*

– Kostnadene kan bli uforholdsmessig høye dersom det er utelukkende fokus på lønn. Kommunene vet imidlertid at lønn bare er én av flere faktorer som er viktig i arbeidet med å rekruttere og beholde konkurranseutsatt personale.

– Jeg oppfordrer alle sykepleiere som søker jobb i kommunen til å finne ut hva som er det reelle lønnsnivået lokalt og ikke bare se hen til garantilønnen i hovedtariffavtalen.

«MEGET UTFORDRENDE»

KS' arbeidsgivermonitor fra 2017 viser at mange kommuner finner det «meget utfordrende» å rekruttere sykepleiere.

Og det har blitt verre de siste årene. Det viser blant annet en offentlig utredning om fremtidige kompetansebehov som kom tidligere i år.

Det er anslått at mangelen på sykepleiere kommer til å øke i årene fremover.

Byrået Samfunnsøkonomisk analyse publiserte tidligere i år en fremtidsanalyse basert på fire forskjellige scenarier. Analysen, som var bestilt av Helsedirektoratet, viser at Norge kan komme til å ha behov for dobbelt så mange sykepleiere i 2040.

I de fire fremtidsscenarioene er blant annet oppgaveglidning og lavere nivå på offentlige tjenester mulige veier samfunnet kan komme til å gå. ●

aknbh@sykepleien.no

– Noe må vi jo gjøre

I Sortland får nyansatte sykepleiere 60 000 kroner og flyttetillegg. Kommunen er en av mange som har sett seg nødt til å tilby ekstra goder for å lokke til seg sykepleiere.

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



VIL SNU TRENDEN: – Det blir ikke flere sykepleiere av at kommunene overbyr hverandre, men noe må vi jo gjøre, sier sykepleier og enhetsleder Silvia Ovik Marhaug og helse- og omsorgssjef Sture Jacobsen i Sortland kommune.



Sykepleier og enhetsleder Silvia Ovik Marhaug fører fingeren nedover en samling A4-ark inne på kontoret på Lamarktunet sykehjem i Sortland kommune i Vesterålen.

Det er mai, regnet drypper tett, men håpet er like lysegrønt som knoppene utenfor sykehjemsvinduet.

– Her, sier hun og peker på et punkt.

– Og her!

Sture Jacobsen, helse- og omsorgssjef i kommunen, kikker interessert på punktene. Listen de ser på, er kommunens rekrutteringsplan for sykepleiere. De er optimister. Det må de være.

ØKT STILLINGSBRØK HJALP IKKE

600 sykepleiere mangler i Nordland fylke, ifølge Navs bedriftsundersøkelse.

– Sykepleiermangelen er en nasjonal krise, mener fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund i Nordland, Gjertrud Helene Krokaa.

Sortland har særlig det siste året merket at det er vanskeligere å få tak i denne yrkesgruppa.

– Det har blitt en stadig vanskeligere situasjon, sier Sture Jacobsen.

Forsøk med økte stillingsbrøker for sykepleiere har ikke gitt merkbar respons.

15. mai ble derfor en rekrutteringsplan for sykepleiere klubbet gjennom i «den blå byen».

Sortlands plan er å gi nyansatte sykepleiere et stipend på 60 000 kroner. Stipendet utbetales som et engangsbeløp, etter at prøvetiden er over. Deltidsstillinger godtgjøres ut fra stillingsprosenten.

Det er også mulig å søke om flyttestøtte. Begge tiltakene forutsetter en bindingstid til kommunen i to år. Sortland kommune gir i tillegg alle sykepleiere økt kvelds- og nattillegg og lønn etter gjeldende avtaleverk, pluss 8000 kroner.

I tillegg blir det opptil seks utdanningsstillinger for sykepleierstudenter.

Rekrutteringsplanen gjelder ut neste år og er beregnet å koste rundt 2,4 millioner kroner.

– FORVENTER STABILITET

Allerede etter et par uker, i slutten av mai, merket både Marhaug og Jacobsen at det var flere – fra tidligere *ingen* – som sendte e-post og ringte om ledige stillinger.

I august – etter en sommer hvor de for første gang har vært avhengige av vikarbyrå for å få det til å gå rundt – kan Jacobsen fortelle at de har hatt god effekt av rekrutteringstilskuddet. På spørsmål om hvordan de nå ligger an, svarer han:

– Det har gått veldig bra. Vi mangler nå kun én sykepleier. Mange nye avtaler er inngått i løpet av sommeren.

«Vi risikerer å slite ut de sykepleierne som er igjen, når det er for få.» Sture Jacobsen, helse- og omsorgssjef i Sortland kommune

Fakta

Sortland kommune

- Sortland er en kommune og en by i Vesterålen i Nordland. Områder på øyene Langøya og Hinnøya ligger også i Sortland. Sortlandssundet går mellom øyene.
- Sortland grenser til Øksnes og Andøy i nord, Kvæfjord i øst, mot Lødingen og Hadsel i sør og mot Bø i vest.
- Kommunesenteret Sortland er regionsenter for Vesterålen.



Fire helt nye, samt tre som har blitt værende etter prøvetiden, er status i slutten av august. Jacobsen mener rekrutteringstiltakene er den åpenbare årsaken til at de nå har fått flere sykepleiere på plass.

– Vi forventer også større stabilitet på grunn av bindingsavtaler, sier han.

MANGE SOM «LOKKER»

Sture Jacobsen understreker likevel at dette er kortsiktige tiltak. Det blir ikke flere sykepleiere av at kommunene byr over hverandre, mener han.

I Nordland er det flere kommuner som har «lokketilbud» for å rekruttere sykepleiere:

Nabokommunen, Hadsel, har lagt 100 000 kroner på bordet til sykepleiere som vil ta full og fast jobb i deres kommune. Beløpet utbetales etter gjennomført prøvetid.

Deltidsansatte godtgjøres ut fra stillingsprosent. Beløpet utbetales som et engangsbeløp, og det er bindingstid i to år, ifølge kommunens egen nettside. I Hadsel kommune ligger også den virkelige store konkurrenten om arbeidskraften i området: Stokmarknes sykehus.

I Hattfjelldal ble nyrekruttede sykepleiere tilbudt 100 000 kroner. Fire takket ja, og tre er fortsatt i jobb i kommunen.

I Vefsn kommune manglet de i begynnelsen av august 22 sykepleiere og oppjusterte rekrutteringstilskuddet fra 20 000 til 60 000 kroner.



FORVENTET: Sykepleier og enhetsleder Silvia Ovik Marhaug og helse- og omsorgssjef Sture Jacobsen i Sortland kommune mener ingen bør bli overrasket over at det er mangel på sykepleiere i kommunene.



FAGMILJØ: Eirin Strøm tror et godt og sterkt fagmiljø kan være et godt lokkemiddel for sykepleiere på jobb jakt.

– LØSER IKKE PROBLEMENE PÅ SIKT

Sture Jacobsen påpeker at det også trengs lang-siktige tiltak.

– Vi risikerer å slite ut de sykepleierne som er igjen, når det er for få. Sykepleierne følger jo med, og om presset blir for stort, risikerer vi at flere søker seg bort.

Jacobsen understreker at det ikke kommer en eneste ny sykepleier ut av kortsiktige lokketilbud:

– Vi får kanskje noen flere som vi kan forsøke å holde på, men det løser ikke problemene på sikt. Ingen må bli overrasket over den situasjonen vi er i nå, vi i kommunene har varslet dette lenge, alle vet dette, sier han.

Silvia Ovik Marhaug mener det har skjedd noe de to siste årene.

– Mange gikk over til en ny avdeling på sykehuset i Stokmarknes. Folk går over til bedre lønnsbetingelser, selv om de trives. I fjor sommer måtte vi for første gang bruke byrå, og vi bruker nå betydelig mye mer på å leie inn byråvikarer, sier hun.

«Kloke ledere gir frihet, og vi har gjennom det klart å få til en kunnskapsoverføring hos oss.» Eirin Strøm, kreftsykepleier

Inne på et rom på Lamarktunet rydder sykepleier Eirin Strøm (bildet) bordet med vinylhansker, engangssprøyter og kanyler. Hun har akkurat vært ute og gitt cellegift subkutan til en pasient som bor hjemme, og gjør klar for en vikar som kommer i morgen.

Strøm har sammen med kollega Hilde Norum Nilsen jobbet med kreftsyke i Sortland siden midten av nittitallet. De omtales som et radarpar, som gikk i samme klasse på Sortland i oppveksten. Nå jobber de med å oppdatere og utvikle kreftsykepleien som gis.

Strøm tror et godt og oppdatert fagmiljø kan virke rekrutterende på sykepleiere:

– Kloke ledere gir frihet, og vi har gjennom det klart å få til en kunnskapsoverføring hos oss. Vi gjør jo mye mer i kommunen nå enn før. Pasientene våre har veneport, cvk, hickman-kateter, vi gir væskebehandling hjemme, antibiotika ... Alt dette gjør nå alle sykepleierne her. Mer og mer skjer også på natt, så også de på natt har lært seg dette, sier hun.

– Problemet er at det utdannes for få sykepleiere. Det er fortvilende å tenke på hvordan dette skal bli. Det må satses i kommunene, og vi må i alle fall ikke bli motarbeidet på faglig utvikling, sier hun. ●

aknbh@sykepleien.no





Synnév sa ja takk til 40 000 kroner og en uke ekstra ferie

... og det er kollegene i Lavangen kommune i Troms sjeleglade for.

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

En svingete vei mellom grønnkledde åsider går over i fjord og taggete fjell rett ved avkjørselen til Lavangen sykehjem i Troms. Det mangler ikke på storslått natur rundt de 19 beboerne på sykehjemmet, som akkurat har fått servert dagens middag.

Den høyreiste Spanstinden med fersk nysnø sees fra vinduet ved spisebordene. På den andre siden ligger en stille Lavangfjord. Det er helt vanlig nordnorsk villvakkert ute. Inne nærmer det seg et helt vanlig vaktskifte.

I dag har vikarbyråsykepleier Gabriella Kahn holdt fortet som eneste sykepleier på dagvakt. Hun gir stafettpippen videre til den nyrekruttede sykepleieren Synnæv Noreng.

VIL IKKE FLYTTE

– Blant oss studenter var det ikke spesielt attraktivt å jobbe på sykehjem, forteller Synnæv Noreng.

Hun bor i Bardu, om lag trettifem minutters kjøring unna. Nysnø på Spanstinden og blikk-stille fjord hjelper ikke – hun kommer ikke til å flytte til Lavangen.

Likevel er rekrutteringsfolkene i kommunen sjeleglade for å ha lokket henne til seg. Noreng hadde nemlig flere jobbtilbud på hånda i fjor høst, både på sykehus og i andre kommuner.

Det avgjørende var ekstragodene fra Lavangen kommune: For å ta jobben fikk hun 40 000 kroner i rekrutteringstillegg og en uke ekstra ferie.

Nå har hun oppdaget at sykehjemsjobbing passer henne veldig bra, og at det absolutt ikke mangler på faglig utfordrende arbeidsoppgaver.

«Blant oss studenter var det ikke spesielt attraktivt å jobbe på sykehjem.»

Synnæv Noreng

Alle nye sykepleiere som sier ja til å jobbe i kommunen, får rekrutteringstillegget. Men tillegget er også ment for å holde på dem som allerede jobber i kommunen, så alle sykepleiere i turnus får også 40 000 kroner og den ekstra ferieuken. Tillegget regnes som ekstra lønn, det fordeles utover året og blir utbetalt hver måned.

BAKVAKTER

I Troms fylke mangler det ifølge Navs årlige bedriftsundersøkelse 400 sykepleiere og 100

Fakta

Lavangen/Loabák kommune

- Lavangen/Loabák er en kommune i den indre delen av Sør-Troms som har fått sitt navn etter fjorden Lavangen.
- Den grenser i nord og nordvest mot Salangen, i øst mot Bardu, i sør mot Narvik og i vest mot Gratangen kommuner.
- Det bor rundt tusen mennesker i kommunen, og kommunesenteret er Tennevoll.

spesialsykepleiere. Dette er estimerte tall og gjelder både første- og andrelinjetjenesten.

Lavangen er et av stedene som sliter med å få tak i sykepleiere. Status denne junidagen er at det er to ubesatte vikariater. Det merkes i en liten kommune.

– Grunnbemanningen er allerede lav, og vi er veldig sårbare for sykefravær og liknende, forteller hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i Lavangen, Tove Nordheim.

TRIVES: Sykepleier Synn v Noreng trives med jobben på Lavangen sykehjem. – Det er flere faglige utfordringer enn jeg hadde trodd, erkjenner hun.



BEKYMRET: Tove Nordheim, hovedtillitsvalgt for NSF i Lavangen, studerer vaktlistene for kommende uke.



TRE UKER: Gabrielle Kahn jobber gjennom et vikarbyrå i Finland. Kontraktene er gjerne på to til tre uker.

Hun forteller at i turnusen har de ikke sykepleiere til stede på natt på sykehjemmet fra fredag til mandag. I stedet er det en bakvaktordning. Sykepleierne kan bli oppringt hjemme. For dette f r de betalt for hver tredje time, med utryknings tillegg om de må reise ned til sykehjemmet for å bistå.

– Hvis det er fravær hos sykepleiere på kveldsvakt fra mandag til torsdag, hender det at vi må bruke bakvakt da også.

– Lavangen er per i dag helt avhengige av vikarbyråer, sier Nordheim.

Sykepleiervikarene kommer på korte kontrakter på noen uker. De fleste kommer ikke tilbake, og mye tid går til opplæring.

Gabriella Kahn er en av de få vikarbyr sykepleierne som har kommet tilbake til kommunen flere ganger. De fleste er der én gang f r de reiser et annet sted. Kahn trives i Lavangen og kunne kanskje tenke seg å flytte dit, sier hun.

«Det blir jo ikke flere sykepleiere av at kommunene overbyr hverandre.»

Tove Nordheim,
hovedtillitsvalgt

– Men først må barna bli store nok. Det er de ikke ennå.

Kahn mener det er en fordel for pasientene å se et kjent ansikt, ikke bare nye som er innom og reiser igjen med en gang de har blitt litt kjent.

Tove Nordheim er ikke glad for bakvaktordningen eller bruken av vikarbyr sykepleiere. Samtidig innser hun at de må sette inn tiltak for å få dagene til å gå rundt på sykehjemmet.

– Vi fikk gjennom dette rekrutteringstillegget. Men det har ikke vært så stor interesse for det, og vi har hatt utlysninger uten en eneste søker også etter at det ble innført, så jeg vil ikke akkurat kalle det en stor suksess. Vi har fremdeles to vakante stillinger i vikariat og f r et ledig vikariat til nå i høst.

– Kommunen har også et tilbud om 30 000 kroner og bindingstid til fast ansatte helsefagarbeidere som tar desentralisert sykepleierutdanning, men jeg kjenner per i dag ikke til at noen har mottatt dette tilbudet, sier hun.

Nordheim mener rekrutteringsproblematikken må løftes til et nasjonalt nivå:

– Det blir jo ikke flere sykepleiere av at kommunene overbyr hverandre med lokketilbud. Det blir en alles kamp mot alle. ●

aknbh@sykepleien.no





– Sykepleiermangelen fører til kommunal kannibalisme

• Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

SLITER: Erling Hanssen, rådmann i Lavangen kommune i Troms, mener sykepleiermangelen er et problem som er for stort til at den enkelte kommune skal sitte med det alene.

– Sykepleiere har kompetanse vi er helt avhengige av i kommunene, sier Hanssen.

Som så mange andre

kommuner sliter Lavangen med å rekruttere sykepleiere.

Derfor har de lagt på 40 000 kroner på lønna og tilbyr en ekstra ferieuke i rekrutteringstillegg. Tillegget går både til nyansatte og de som allerede er i jobb i kommunen.

KORTSIKTIG

Disse godene er svært kortsiktige løsninger, mener rådmannen. Han kaller lokketilbud for å rekruttere



LOKAL KAMP: Hvem har det beste tilbudet? Foto: Ann-Kristin B. Helmers

ANNONSE

Jobber du med mennesker i risikogruppen for hepatitt C?

Nå kan flere få hjelp!
LES MER PÅ MSDHEPATITTC.NO



MSD (Norge) AS, Grønland 51, 3002 Drammen, Tlf 32207300, www.msd.no
Copyright © 2018 MSD (Norge) AS. All rights reserved. INFC-1254758-0007 09/18

sykepleiere for en form for kommunal kannibalisme:

– Vi er en liten kommune og har behov for å rekruttere fra andre kommuner for å få nok sykepleiere. Vi er inne i en ond sirkel, sier han og beskriver:

– Med mangel på sykepleiere blir det for få i grunnbemanningen. De få sykepleierne vi har, må rykke ut i perioder de skulle hatt fri, og de må gå i bakvakter:

Dette spiser av tiden de skulle hentet seg inn mellom vaktene, og det sliter på de ansatte.

– Så går vi til politikerne og forklarer konsekvensene som for få sykepleiere har for driften. Vi ber om enkelttiltak for å beholde de vi har, og for å rekruttere nye sykepleiere til ledige stillinger. Så får vi gjennomslag for det og kan tilby for eksempel 40 000 kroner om noen sier ja til jobb hos oss, sier Hanssen.

– Da tar det ikke lang tid før andre kommuner i regionen ser seg nødt til å gjøre det samme. Når den ene gjør noe, må andre kommuner følge etter. Jeg kaller det, med litt humor, kommunal kannibalisme, saken er at det blir en problematisk runddans, sier han.

DYRE VIKARLØSNINGER

For mangelen på sykepleiere er like stor.

– Noen klarer ikke å rekruttere og

ender opp med å måtte leie inn vikarer fra vikarbyrå. En innleid sykepleier koster langt, langt mer enn en ansatt sykepleier, sier Hanssen.

– Veldig mange kommuner har dette problemet, sier han.

Han mener de ikke har nøklene til å løse sykepleiermangelen lokalt.

– Tusenkronersspørsmålet fremover er: Hvordan løse mangelen på sykepleiere? Vi kan komme i mye større rekrutteringsproblemer enn vi har i dag, sier Hanssen.

«Vi er inne i en ond sirkel.»

Erling Hanssen, rådmann Lavangen kommune

Noen enkle svar har han ikke:

– Men det må bli mer attraktivt å bli sykepleier. Hvis jeg skulle ønske meg noe, så er det muligheten for høyere grunnbemanning. Det er ikke bare lønn som er svaret, tror jeg. Sykepleiere i kommunene har et voldsomt ansvar i dag – etter samhandlingsreformen drifter mange kommuner minisykehus; pasientene er knapt sydd sammen før de kommer til oss, sier Erling Hanssen. ●

aknbh@sykepleien.no

WORLD FORUM FOR MEDICINE



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
12–15 NOVEMBER 2018

Member of  MEDICAlliance

- Den medisinske verden på vei mot sin digitale fremtid
- Skaff deg et globalt overblikk: Kun på MEDICA 2018

BE PART OF THE NO. 1!



Sykepleien.no

På sykepleien.no finner du flere artikler om kommunenes lokketilbud:

- Tross tilskudd på 60 000 kroner – Vefsn fikk ikke en eneste søker
- Færre helger ga flere søkere i Søndre Land
- Frøya gir blant annet høyere lønn, krymper studielånet og gir gratis festivalpass

Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Andreas Totzauer
Tel. +47 22 12 82 12
totzauer@handelskammer.no
www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf



Her får de katt og kaniner i stedet for piller

● Tekst **Eivor Hofstad**

SPARER: På ett år ble legemiddelutgiftene ved Lund sykehjem redusert med mer enn to tredeler. Det de sparer, bruker de på ekstra ansatte og opplevelser for beboerne. Samt litt dyrefør.

Lund sykehjem ligger på Moi i Lund kommune i Rogaland. I september i 2016 var legemiddelforbruket blant beboerne der på 580 000 kroner. Et år senere var det sunket med over to tredeler, til 175 000 kroner.

– Vi bruker generelt lite medisin her nå. Tidligere sto beboerne ofte fast på beroligende midler som Sobril og Vival og fikk en del sove-medisin, sier Merethe Birkeland, leder på sykehjemmet.

Hun fortalte nylig om det samme til lokalavisen Agder Flekkefjords tidende.

– Hva skjedde?

– Vi endret en rekke rutiner og gjorde mange forbedringer etter at vi ble livsgledehem.

LIVSGLEDEHEJEM

Livsgledehem er en nasjonal sertifiseringsordning for sykehjem og boliger med heldøgns omsorg. De som blir sertifisert, må re-sertifiseres hvert år.

De ansatte ved Lund sykehjem bestemte seg for å bli livsgledehem i 2016 og fikk 100 000 kroner i oppstartsmidler fra kommunen. I 2017 ble sykehjemmet sertifisert.

– Hva satte dere på ideen?

– Vi snakket om det. Men det var særlig en episode med en pasient som hadde vært på julefest, som fikk oss i gang. Hun kunne ikke huske at hun hadde vært der da jeg spurte hvordan hun hadde hatt det. «Men det må ha vært greit siden jeg sitter her og smiler ennå», svarte hun. Det fikk meg til å tenke at vi burde få til mer av slikt, at beboerne trives, sier Birkeland.

FLYTTET MIDDAGEN TIL 16

– En viktig endring er at vi serverer



KATT- OG KANINKOS: Før fikk beboerne på Lund sykehjem beroligende legemidler når de ble urolige. Nå får de et dyr i fanget. At middagen serveres klokken fire i stedet for klokken ett har også gjort underverker. Foto: Lund sykehjem



«De smiler mer og er mer med på aktiviteter.»
Merethe Birkeland, leder på sykehjemmet

middagen klokken 16 i stedet for 13. Dermed kom det inn et måltid til i døgnet som vi kaller seinkvelds.

Virkningene av å flytte middagen til klokken fire er mange:

– Pasientene spiser mer, blir mettere og roligere på ettermiddagen og kvelden, det blir mindre ringing i klokka.

Før klarte de ikke å spise så mye til middag klokka ett hvis de først kom opp i ellevetiden.

– Har de lagt på seg?

– Ja, noen har det.

Pasientene sover bedre om natta også. Før var det mer avvik med uro på natta. Etter at middagen ble flyttet, har de ikke hatt et eneste avvik på natt.

– Vi har gått ned fra tre til to nattevakter, forteller Birkeland.

DYREHOLD

En annen endring er alle dyrene de har skaffet seg.

– I sansehagen som vi hadde fra før, fikk vi satt opp et hønsehus hvor vi nå har åtte undulater, to høner og to kaniner. Vi har også en katt og 20 fisker i karpedammen, sier Birkeland.

Nå er de mer bevisste på å se pasientenes behov og å stimulere sansene.

– Før ga vi beboerne beroligende legemidler hvis de var urolige. Nå

henter vi bare inn en katt eller en kanin, sier Birkeland.

– Ingen allergiproblemer?

– Av våre 30 beboere, er én allergisk. Men etter avtale med pårørende gir vi henne allergitablett ved behov fordi hun tidligere har hatt katt og får mye glede av å kose med den vi har her.

EKSTRA ANSATTE

Mindre beroligende og sove-medisiner betyr også mer våkne pasienter.

– De smiler mer og er mer med på aktiviteter. Før kunne de sitte i gangen og stua og sove. Nå følger de aktivt med og prater. Pårørende som kommer på besøk, sier de hører mer stemmer her nå, sier Birkeland.

Med våkne pasienter er det lettere å få dem med på turer og



ulike aktiviteter. Og ved å omorganisere det de sparer på legemidler på andre poster, får de brukt dem både på ekstra aktiviteter og ekstra ansatte. Denne uka var de for eksempel en tur til dyreparken i Kristiansand.

– De ekstra ansatte hyrer vi inn kun ved behov rundt aktiviteter som turer og kino. Vi har ikke hatt behov for å øke grunnbemanningen. Vi lurte litt på om det ville bli ekstra travelt på kveldsvakten da vi flyttet middagen til fire, men det ble det ikke. Vi evaluerte ordningen etter tre måneder og alle var fornøyde.

«FEST HVER DAG»

I november skal Lund sykehjem resertifiseres som livsgledehjem. Da sjekkes de for om de fremdeles oppfyller kriteriene.

– Vi går gjennom alle prosedyrer. To til tre pasienter sjekkes ekstra nøye, blant annet om vi har fulgt planene og om vi forholder oss til lovverket som vi skal.

– *Har det blitt mye mer arbeid på deg som leder på et livsgledehjem?*

– Nei, de ansatte her er veldig flinke og har fordelt ansvaret seg imellom. Vi har også fått en livsglede konsulent i 10 prosents stilling som tar en del av ekstra jobben som følger med.

– *Hvordan tror du det står til med legemiddelforbruket i år, da?*

– Det blir spennende å se. Vi har i alle fall ikke brukt noe mer. Jeg gikk nettopp forbi en pasient i gangen og spurte henne hvordan hun hadde det. «Det er som å være på fest hver dag!», svarte hun. Da har vi gjort det godt, tenker jeg. ●
eivor.hofstad@sykepleien.no

VIT Å VERDSETTE KVALITET



30 år
i samme
bedrift

MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

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

Tlf: 947 91 970 • norgesvel@norgesvel.no • www.medaljen.no



Har mareritt om da hun var barn på sykehus

En gang var foreldrene uønsket på norske sykehus. Hos Karin Jonli har det satt varige spor.

Karin Jonli kan våkne av at hun skriker, men husker ikke hva hun har drømt. Hun tror det henger sammen med at hun lå på sykehus som barn. Da hun begynte å skrive ned hva hun hadde opplevd, ble det bedre:

« I 2009 hjalp min fastlege meg med å få tilsendt journalen min fra Sophies Minde sykehus. Da papirene kom, stusset han, for det sto lite om hva som var gjort med meg alle de gangene jeg var der som barn.

Det jeg vet, er at jeg i 1968 ble lagt inn på Sophies Minde. Da var jeg ett år gammel. Jeg lå der i perioder frem til 1973.

Jeg er født med hofteleddysplasi, en medfødt feil i hofteskålene. For å rette opp feilen måtte jeg ligge lange perioder i strekk og gå gjennom flere operasjoner.

Jeg fikk aldri knyttet meg til noen barndomsvenner i denne tiden. Jeg var seks år da jeg kom ut av gipsen, og da måtte jeg lære å gå på nytt. Oppover i skoleårene hadde jeg mye hodepine. Mine bein var ikke så raske, og ikke sterke nok til å bære meg. Knærne sviktet under meg, og jeg holdt ofte på å ramle. Det førte til at jeg fort trakk meg tilbake og sto og så på leken i stedet for å være med.

I dag har jeg store vansker med å ta kontakt med mennesker og knytte for nære vennskapsbånd. Jeg orker ikke å få for nære venner, for så å «miste» dem igjen når bånd må brytes opp og de forsvinner ut av øyesyn eller ut av livet.

Gjennom hele min barndom og oppvekst har jeg prøvd å fortrenge alt det vonde jeg har vært gjennom. Jeg kan våkne av at jeg skriker og uler, som mannen min sier. Barna kan komme og ta på meg, stå storøyd og skremt fordi mor skriker i søvne. Når jeg kommer til meg selv, ser jeg store øyne som ser skremt på meg. Da må jeg fortelle at jeg drømte vondt igjen. Men jeg vet ikke hva.

I voksen alder begynte jeg å sette ord på hvordan periodene på sykehus var for meg, og jeg begynte å skrive ned mine minner fra da jeg var «sykehusbarn». En periode måtte jeg legge det bort fordi minnene ble for sterke, men nå klarer jeg å lese det uten at tårene triller hele tiden.

Alt dette hendte for nærmere 50 år siden, men det er like vondt å tenke på dette i dag som da. Alene om det er jeg nok heller ikke, for det var mange senger på det rommet jeg var plassert på.»

Les Jonlis egen fortelling på neste side.





Foto: Erik M. Sundt



Mine minner, eller riktigere sagt, mareritt

Jeg gråter hele tiden. Jeg prøver å gråte stille, men det er så vondt i hoften min etter operasjonen.

• Tekst **Karin Jonli**

Jeg ligger i sengen på sykehuset og holder meg fast med hendene, så jeg ikke skal bli dratt nedover i sengen. Jeg sklir. Det ene beinet henger litt i luften ut fra madrassen. Det er surret hvitt gasbind fra låret og ned til tærne. Fra hælen går det en hvit tråd som går til enden av sengen, til en stang som er festet til sengeenden. Tråden går over stanga og ender i to runde metallskiver som henger i enden av beinet mitt.

Det drar så hardt i beinet at jeg føler at jeg letter. Vondt er det også. Endelig kommer det noen som finner ut at jeg sklir. En sykepleier tar bort den ene metallskiven. Det er mye bedre, mindre vondt blir det også.

KALD GIPS SOM STIVNER

Jeg våkner fra narkose med noe hvitt fra livet og ned til tærne mine. Hva er dette hvite som er surret rundt halve meg? Gips, heter det. Det er gasbind dyppet i noe som ser ut som lim. Dette våte gasbindet blir surret rundt beina mine. Når det tørker, stivner det på kroppen min. Før det stivner, er det kaldt og vått, og jeg blir gjennomkald. Det jeg har til dyne, er et teppe. Det er det lite varme i.

KNYTTET FAST TIL SENGEN

Hvit gips som går fra livet og helt til dit tærne begynner. Jeg må ligge fastspent hele tiden,

kommer ingen vei. På overkroppen har jeg en hvit trøye som går i kryss foran på magen og over i sidene. Denne trøyen har noen snorer som blir knyttet fast til sengen jeg ligger i.

Sengen er en hvit metallseng med sprinkelgrinder til å løfte opp og ned på sidene.

Det er saget ut et stort hull foran og et bak på gipsen, så jeg skal få gjort mitt fornødne. Ingen underbukse, ingen bukse, bare et teppe over gipsen.

Det eneste jeg ser av meg selv, er hendene mine og tærne mine. Jeg kjenner gipskanten



FORTSATT I BRUK: En slik trøye er vanlig å bruke når små barn ligger i strekk. Ved strekk kan ikke sengehestene være oppe, så trøyen brukes for å hindre at barn skal rulle ut av sengen. Foto: Nina Hernæs

ved begynnelsen av tærne. Dem kan jeg sprike og sprelle med. Det er godt.

GRÅTER STILLE

Det er mørkt i rommet, og en ubehagelig stillhet. Jeg ligger helt i enden mot vinduet. Det er mørkt ute også, det er natt. Det kommer litt lys fra døren, som står på gløtt. På rommet er det mange senger med barn i. Jeg gråter hele tiden. Jeg prøver å gråte stille, men det er så vondt i hoften min etter operasjonen. Det dunker og verker så fryktelig i såret.

BLINDTARMEN

Jeg får blindtarmbetennelse mens jeg ligger på sykehuset, og må i hui og hast flyttes til Rikshospitalet for å operere. Det er en stor, hvit bandasje nederst på magen da jeg våkner fra narkosen. Dette såret er sårt og vondt i lang tid. Såret er sydd med sting som klør ettersom de gror. Jeg vil klø, men får det ikke til.

INN I HEISEN

Jeg gråter, og det er natt. Det er stille, bortsett fra lyden av meg som gråter. Det kommer en sykepleier som sier jeg må være stille, så de andre barna ikke våkner. Om jeg ikke slutter å gråte, kjører hun meg i heisen uti gangen. Det er umulig å la være å gråte, smertene mine er for



SOPHIES MINDE: På barnestuen var det fire senger på hver side av rommet. Totalt var det fire slike stuer. Foto: Riksarkivet/RA/S-1703/2/E/EC/LO249 – ukjent fotograf.

voldsomme. Det dunker og verker i såret hele tiden.

Det går en stund, så kommer sykepleieren tilbake med en annen, og de kjører sengen med meg ut av rommet og ut på gangen. Jeg gråter med smertelyd. De triller meg bort til heisdøren, åpner den og kjører inn sengen. Døren går igjen.

Høyt oppe på døren er det en lang, smal rute med smårutete metalltråder. Derfra kommer det eneste lyset som kommer inn. Sengen fyller hele heisen, med meg gråtende oppi. Det er stille, stille. Jeg stirrer og stirrer på firkanten med lys. Venter på at døren skal åpne seg. Det gjør den ikke.

ENSOMHETEN

Jeg prøver stadig å komme meg løs fra sengen, der jeg ligger helt fast fra skuldrene og ut til tærne. Med gips fra livet og ned får jeg ikke sprellet med beina. Trøya jeg har på meg, er bundet fast til sengen for å holde meg i ro.

Jeg løfter meg opp på albuene for å prøve å «rive meg løs». Det greier jeg ikke. Prøver igjen og igjen, men nei. Jeg blir sliten og lei meg. Gråter stille så ingen skal høre og kjøre meg i heisen en gang til.

Alene ligger jeg slik i flere uker uten å kunne få besøk.

MAMMA OG PAPPA KOMMER

Jeg får besøk i kroken, der jeg ligger ved det store vinduet. I sykehusrommet er vi mange barn. En rekke med senger der jeg ligger, og en rekke på motsatt side av rommet. Sengene står rett overfor hverandre. Mamma og pappa kommer til meg, jeg blir så glad. Det er atter trist og gråt når de må gå fra meg. De snur seg og vinker, og jeg må være der alene igjen.

«Det er umulig å la være å gråte, smertene mine er for voldsomme.»

KLIPPER AV HÅRET

Da jeg blir lagt inn for en av operasjonene, har jeg langt, fint hår. Siden jeg ligger på ryggen hele tiden, blir håret mitt svært flokete. Det lugger når sykepleierne kommer for å stelle og gre håret.

Jeg får et lettere sjokk da de en dag kommer med saks for å klippe det. Men sykepleierne sier de har snakket med mamma om at de kan få klippe meg. Jeg blir litt roligere, så de får gjort det. Glad for det, er jeg ikke.

DE TRYGGE HENDENE

Et stort og godt minne, som har vært i bevissthet alle disse årene, er en sykepleier som tok seg av meg og ga meg en trygghet. Jeg ser ikke ansiktet hennes, men gode, trygge hender. Jeg husker stemmen og at hun snakket til meg og ikke om meg, som de fleste andre voksne på sykehuset gjorde.

Mange år senere, på en av kontrollene der mor og jeg venter på å komme inn til lege, stanser det en sykepleier og sier navnet mitt. Jeg blir så glad, det er noen som husker meg etter så mange år.

TROR JEG SKAL HJEM

Jeg skal få av gipsen. Mor er med meg, jeg er spent og glad på samme tid. Jeg blir lagt på ryggen på en grønn benk. Legen finner frem en liten sag. Sagen har et lite håndtak med et lite blad som durer fælt. Jeg er livredd for at sagen skal sage i meg.

Legen setter sagen på gipsen i siden av meg. Sagen går nedover hele siden langs beinet, det samme blir gjort på den andre siden.

Lokket av gipsen blir løftet av, og jeg får se beina mine for første gang på lenge. Det er veldig rart. De setter halvdelen av gipsen som er sagd av meg, på gulvet. Den andre delen av gipsen ligger jeg oppi.

Jeg har ingen muskler, så jeg kan ikke reise meg opp og gå etter flere måneder fastlåst i gips. Det å kjenne luft på beina etter så lang tid er en merkelig og god følelse.

Jeg tror jeg får være med hjem, men nei. Jeg skal på et opptreningscenter med beina mine. Mor og far har ikke fått beskjed før de kom. De trodde jeg skulle få være med hjem. De må ut og kjøpe det mest nødvendige av klær.

HJEMME IGJEN

Etter at jeg kommer hjem, får jeg mareritt om at jeg ser en hånd. Den sitter i enden av et hvitt frakkeermeg og kommer mot meg med en sprøyte. Sprøyten ser ut som en kjempe-lang, tynn spiss som kommer mot armen min for å stikke meg. Idet nålen skal til å stikke, våkner jeg.

Denne drømmen har jeg i mange år. En dag forstår jeg hva drømmen betyr, og da forsvinner den. Det var alle sprøytestikkene som oppsøkte meg nattetid. ●

På neste side kan du lese brevet moren skrev da Karin begynte å fortelle.





Brev fra mamma

Eg gløymer aldri den kjensla eg sat att med då me måtte kjøyre heimatt med ein tom bag i baksetet, skriv Berit Haugen til si dotter Karin.

Tekst **Berit Haugen** • Foto **Privat**

Du vart fødd på Gol sjukestugu etter eit heilt normalt svangerskap og ein veldig lett fødsel. Du vart undersøkt før me reiste heim, og det var ingen mistanke om at det kunne vera noko med deg.

Månadene gjekk, eg var i arbeid, og me budde på Gol. Me fekk den gang berre tre månader svangerskapspermisjon, og eg hadde ei ung jente som barnepike. Ho hadde deg ofte med heim til seg. I mars i 1968 seier ho ein dag at mor hennar syns det var noko rart med den eine foten din. Det same hadde eg lenge lurt på, for det virka som at høgrefoten din var kortare. Du hadde lenge reist deg og gjekk når me heldt deg. Men da virka det som du var skakk. Og du var ikkje noko ivrig på at du ville gå.

Når andre då gjorde meg merksam på at det kanskje var noko som var feil, handla eg fort. På ettårsdagen din tok eg deg med til legen. Eg sa kva eg mistenkte, og han undersøkte deg. Då han hadde gjort det, sa han ikkje eit ord, tok berre telefonen og ringde

Sophies Minde for å bestille ein time der. Me fekk time fort, og 4. april køyrde onkel oss til Oslo. Der vart det røntgen og undersøkelse, og med ein gong stadfesta at mistanken var rett.

Alt gjekk deretter forferdeleg raskt, for sjukehuset syns det var fælt at me skulle måtte reise heim med deg berre for å koma tilbake inna kort tid. Du vart derfor innlagt same dag på barneavdelinga på Sophies Minde.



TO ÅR: Karin får kake av mamma Berit.

Eg gløymer aldri den kjensla eg sat att med då me måtte kjøyre heimatt med ein tom bag i baksetet. Den gongen var det ikkje barnesete, så me hadde deg i bagen til barnevogna.

Du vart lagt i strekk for at hoftekula skulle koma på plass. Du låg med foten i «eit eller anna» festa til ein liten talje med lodd i enden. Du var òg bunden til senga ved at du hadde på deg eit slags overliv (eg vil kalle det ei tvangstrøye) med band som var knytt til senga. Der låg du natt og dag på ryggen i fire veker. Ein aldeles forferdeleg tilstand for ein ettåring. Me besøkte deg, men det var ikkje mange gongene. For sjukehuset var ikkje no glad i foreldre som var der for ofte. Ungane vart urolige av det.

Når me var hjå deg, så virka du apatisk. Kva var årsaken til det? Eg får aldri svar, men mistenker at du kanskje

Hofteleddsdisplasi

- En medfødt feil i hofteleddet. Leddhodet på lårbenet ligger litt utenfor leddskålen på hoftebenet. Normal utvikling forutsetter kontakt mellom disse. Oppdages dette tidlig, behandles det med en bred pute (Frejkas pute) som presser lårbenet utover. Da vil ledhdodet komme i kontakt med leddskålen og leddet gro seg til.
- Oppdages ikke feilen i nyfødtp perioden, er behandlingen vanskeligere. Da må ledhdodet komme i riktig posisjon ved hjelp av strekk og i sjeldne tilfeller operasjon. Behandlingen kan være komplisert og langvarig.
- Konsekvensen av ikke å behandle, er gangvansker og slitasjegikt i ung alder.
- Alle norske barn blir undersøkt for hofteleddsdisplasi som nyfødte.
- Hofteleddsdisplasi har en arvelig komponent og er vanligere hos barn født i seteleie og hos jenter. En til prosent er født med hofteleddsdisplasi.

Kilde: Store medisinske leksikon og helsenorger.no



MED PAPPA PÅ TRAPPEN: Karin Jonli var eit år før det vart tydeleg at det var noko med hoftene.



UT PÅ TUR: I spesialkonstruert vogn kunne Karin vera med rundt.

vart medisinerert. Du låg på eit rom med seks eller åtte andre ungar, og det var sikkert greitt at de ikkje vart altfor opplagte. Ein unge som søv, laga ikkje noko bråk. Hjelpa mi var at min onkel og tante var hjå deg, tante var ofte innom deg når ho var ferdig på jobben. Så ringde eg henne og fekk høyre koss det eigentleg var med deg.

Heime var det lange daga. Eg gjekk på jobb, men orka nesten ikkje vera heime.

Etter fire veker fekk du koma heim med gips. Du tilpassa deg tilstanden din utan problem. Du måtte ligge enten på magen eller på ryggen, men det var ingen problem. Og du drog deg fram på magen og vart veldig sterk i armane. Du klaga aldri. Me bygde opp sportsvogna med skumgummiputer, slik at du låg oppå vogna. Og på den måten fekk du vera ute, og me kom oss rundt. Når me køyrde bil, låg du i baksetet, og det gjekk veldig fint.

Mange syns nok veldig synd på både deg og meg, men eg hadde heile tida den innstillinga at dette var berre ein overgang. Det gjorde heilt sikkert mykje det at du godtok situasjonen din som du gjorde. Men visste du eigentleg om noko anna? Det var heldigvis ingen tilstand som gjorde at du hadde smerter.

Du var inne til Sophies Minde tredjekvar månad. Du måtte då vera inne i tre daga. Og eg fekk ikkje vera der med deg. Då tok dei røntgen, og dei skifta gips. Det som ikkje var kjekt med det, var at du kvar gong vart lagt i narkose. Det vart vel gjort fordi du måtte ligge heilt stille når dei tok av gipsen og la på ny. Men då var du bestandig litt «utafor» i nokre daga etter at du kom heimatt.

«Du hadde lenge reist deg og gjekk når me heldt deg. Men da virka det som du var skakk.»

Det fyrste halvåret hadde du gips frå livet og ned til tærne. Seinare fekk du ein gips som eigentleg var ei form, der du kunna bevege føtene. Men me kunne ikkje ta deg ut, fordi den var heil rundt livet. Det som var godt med denne forma, var at du kunne begynne å trene føtene. Eg hugsa at du var veldig opptatt av føtene og flink til å bevege dei. «Tøtan mine», sa du. Eg føle at det året eigentleg gjekk greit både for deg og meg, sjølv om du var forhindra i å leva «normalt». Du fekk ikkje utforske omgjevnadane slik som ein

unge i den alderen skal. Men i staden fokuserte du kanskje meir på dei tinga som var mogeleg sjølv om du låg. Du prata nok blant anna tidleg.

I juli 1969 var du inne og fekk fjerna gipsen. Fyrst i ein alder av to år og fire månader kunne du lære deg til å gå. Du var deretter jamleg inne på Sophies Minde til kontroll. Eg hugsa ikkje heilt kor ofte, men iallefall ein gong i året. Men dei var ikkje nøgd med resultatet. Fordi hofte-skåla var for grunn, kunne hoftekula gli ut når det etter kvart var slitasje. Og dette gjaldt begge hoftene. Du hadde for dårleg «vinkel» på hofta. Det som skulle gjerast, var at dei skulle endre vinkelen ved at lårbeinet vart kuttet og vinkelen endra. For at dette skulle gro riktig, måtte du på nytt leggas i gips.

Du vart derfor innlagt 10. eller 11. april i 1972 for å bli operert i begge hoftene. Denne gongen og var eg berre med deg til du var plassert på barneavdelinga. Eg venta på å få beskjed om at du var operert, men i staden fekk eg 13. april ein telefon med beskjed om at du var på veg til Rikshospitalet fordi dei meinte du hadde fått blindtarmbetennelse. Slike operasjonar kunne dei ikkje ta på Sophies Minde, derfor vart du overført til eit anna sjukehus. På grunn av denne hendinga kunne dei ikkje gjera noko





med hoftene dine før det var gått ei tid. Me fekk hente deg heimatt.

Legene syntes at du skulle få sommaren på deg før du måtte innatt. 28. august i 1972 var det ny tur til Oslo, og du vart lagt inn. Du vart operert i den eine hofta 30. august. Og andre hofta 14 daga seinare. Dette var ei smertefull handling, og du låg der med berre fremmande folk rundt deg. Me var og besøkte deg ein søndag med flott vær. Då me gjekk inn til sjukehuset, passerte me eit uteområde som var skjerma med tre og busker. Men på lang avstand høyrde me nokon som sutra og sa: «Au, au.» Eg høyrde med ein gong at detta var du, utan at me såg deg. Bak desse buskene stod det mange senger med ungar i. Og ein av dei var du. Greit at de fekk frisk luft, men eg gløyme det aldri. Det var heilt forferdeleg. Sjølv om du nok hadde fått smertestillande var du ikkje smertefri.

Då du vart lagt inn, hadde du langt hår, men det hadde dei klipt av deg. Det var for mykje arbeid å vaske og greie det lange håret. Du var fint klipt og hadde behalde noko av det lange håret bak. Men eg syns det var litt ergerleg.

2. oktober i 1972 fekk me deg på nytt heimatt med gips. Du var no så stor at du var tung å lyfte på, men på Sophies Minde hadde me fått ei oppskrift og tegning av ei låg tralle med hjul som me kunne laga. Og bestefar var handug og laga denne tralla til deg. Den var cirka fem til ti

centimeter høg, og inne var denne fin til å koma seg rundt på. Men på nytt var valet: ryggen eller magen? Du låg mykje på magen om dagen, for då var det fint å drive med ting på golvet.

Der foregikk det alt fra tegning til eting. Me sette maten på golvet til deg som ein anna hund. Og du klagga ikkje. Eg kan ikkje hugse anna enn at detta godtok du. Du var no så stor at det var greit å forklare deg at detta berre var for ei stund. Men du sakna det å kunne vere med andre unga og gjera som dei. Du hadde sjølv sagt mykje selskap i Olav, din bror, som no var tre år. Men du misunte nok alle du såg som sprang rundt som dei ville.

«Det fyrste halvåret hadde du gips frå livet og ned til tærne.»

29. januar i 1973 reiste me til Oslo, og du skulle ta av gipsen. Kor lite informasjon det var, fekk eg bevis på då me kom til Sophies Minde. For ingen hadde sagt at du skulle på oppattrening når gipsen var fjerna. Me fekk då beskjed på at du skulle til Gilinskys etterbehandlingshjem for barn på Strømmen. Ikkje hadde eg med ekstra kler til deg, så du hadde berre det du hadde på deg. Me måtte



ÅLTE SEG RUNDT: Karin med broren Olav.

ut i byen for å kjøpe ein del kler. Då eg kom heim, sende eg pakke med blant anna meir kler. Det var ikkje noko tema ein gong at eg skulle vera med deg til Strømmen. Og der fekk me direkte beskjed om at det ikkje var ynskeleg at du fekk besøk. Men det var greit at eg ringde, så me pratast på telefonen. Eg kan ikkje hugse anna enn at det eigentleg gjekk ganske greit. Men kva de eigentleg tenkte, er ei heilt anna sak. Kor lenge du var på Strømmen, hugsu eg ikkje, men muligens seks veker. Du hadde iallefall lært deg til å gå då me henta deg heimatt.

Det vart sett inn plater i hoftene din då du vart operert, og desse måtte takas utatt. Så 29. oktober i 1973 vart du lagt inn på Sophies Minde for siste gong. Dei fjerna då platene, og 6. november kom du heimatt. Du var inne til kontroll kvart eller annankvart år fram til 14. januar i 1983, då dei regna med at du var utvokst. Ei epoke i livet ditt burde der og då vore avslutta, noko me i dag veit at det ikkje var. ●

Fakta

Sophies Minde

- Stiftelse oppretta i 1897 av kong Oscar den annen. Han bidro med 300 000 kroner som var samlet inn av det norske folk i anledning hans 25-årsjubileum som monark. Navnet er etter hans kone, Sophie.
- Sophies Minde besto blant annet av et ortopedisk sykehus.
- I 1927 åpnet sykehuset i Trondheimsveien i Oslo. All sykehusdrift ble i 2002 flyttet til ortopediske avdelinger på Oslo universitetssykehus, mens ortopediteknisk senter drives vidare som Sophies Minde Ortopedi AS med lokaler blant annet på Aker sykehus.

Kilde: Store medisinske leksikon og Sophies Minde Ortopedi AS



Foto: Riksarkivet/RA/S-1703/2/E/Ec/L0249 – ukjent fotograf.

– Det såre er atskillelsen fra det trygge

● Tekst **Nina Hernæs**

VIL DELE: Karin Jonli var 42 år gammel da hun begynte å sette ord på det hun opplevde på sykehus som barn.

– Jeg er ikke bitter, presiserer hun.
– Men jeg synes det er viktig å dele historien min med andre.

Foreldrene og broren ble forbauset over det hun fortalte.

– «Du sa jo ingenting», sa de. Men som liten avfant jeg meg jo bare med det som ble gjort med meg, sier Karin Jonli.

JOB PÅ SYKEHUS

I dag er hun 51 år, er gift og har to barn. Hun jobber som kokk. Høsten 2017 ble hun spurt om å jobbe i kantinen på Aker sykehus i Oslo. Hun takket ja, men syntes det var tungt å være der til å begynne med.

– Musklene knyttet seg, og det var akkurat som om kroppen strittet imot. Samtidig var det godt å være der, fordi jeg så at det å være på sykehus i dag er noe helt annet enn da jeg var liten, sier hun.

FIKK VÆRE MED SØNNEN

Det erfarte hun også da sønnen måtte ta mandlene som tiåring.

– Da fikk jeg være med ham helt

inn på operasjonsstuen. Da han våknet, sa han «jeg trodde du var der hele tiden, jeg, mamma». Da forsto jeg mer av hva jeg selv savnet på sykehus som barn. Jeg savnet å ha foreldrene mine hos meg.

Før operasjonen fikk sønnen grundig forklart hva som skulle skje. Det syntes Karin Jonli var godt å oppleve.

– Hadde jeg fått den forklaringen de gangene jeg skulle operere, tror jeg jeg ville vært roligere, selv uten at foreldrene mine var der. Men jeg visste ikke hva de skulle gjøre med meg alle de gangene jeg ble trillet til undersøkelser og operasjoner.

«Jeg savnet å ha foreldrene mine hos meg.» Karin Jonli

Hun har minner om å ligge i en seng og bli kjørt rundt i gangene. Om lyden av dører som åpner seg og at hun ikke aner hva som venter bak dem.

IKKE BARE HENNE

Lenge trodde hun at hun var alene om erfaringene. Men etter å ha



HAR ET GODT LIV: Men jeg har en sårhet som følger meg, sier Karin Jonli. Foto: Erik M. Sundt

begynt å snakke om dem, har hun kommet i kontakt med andre som har ligget på norske barneavdelinger rundt 1970. Noen av dem har kanskje ligget på Sophies Minde på samme tid som henne. Men hun husker dem ikke.

– Jeg minnes ingen ansikter fra de gangene jeg var innlagt. Bare hvite frakker, sier hun.

– De har erfaringer som likner på mine, og det er godt å vite at jeg ikke er alene.

HAR FÅTT SNAKKE ÅPENT

Hun merker at erfaringene sitter i

kroppen, men at det er blitt bedre etter at hun begynte å snakke om dem. Foreldrene, broren, mannen og sømmene har vært til stor hjelp.

– Jeg har kommet frem til at det var sånn det var. Jeg er ikke ute etter å dømme noen, men jeg vil at man skal være klar over hvordan det å være på et fremmed sted som et sykehus, kan oppleves når man er liten. ●

nina.hernes@sykepleien.no

På neste side forklarer Hildegunn Sundal hvorfor barn lå alene på norske sykehus.



– Jeg hadde tiltro til dem

FIKK IKKE KOMME: Berit Haugen stilte aldri spørsmål ved at hun ikke fikk være hos datteren på sykehuset.

– Sånn var det bare, forteller hun.
– Jeg var veldig ung, og jeg hadde tiltro til dem som jobbet der. De var veldig hyggelige, og jeg hadde respekt for dem. Det var ikke i mine tanker at Karin ikke hadde det bra.

Karin Jonli fortalte heller ingenting

før hun var over 40 år gammel. Da fikk moren sjokk.

Ikke snakk om å få fri

Det var aldri tema at moren skulle få være på sykehuset. Og da datteren skulle på opptrening, ble det sagt rett ut at hun ikke var ønsket. Moren var aldri på etterbehandlingshjernet.

Hun var også hele tiden i jobb.

– Det var ikke snakk om å få fri for

å ta seg av syke barn. Når Karin skulle følges og hentes i Oslo, brukte jeg av ferien min.

Mannen var ukependler og jobbet rundt omkring i landet.

Viktig historie

Da Jonli begynte å fortelle, oppmuntret moren henne til å skrive ned minnene. Hun synes det er bra at hun deler historien.

– Jeg synes det er viktig at det kommer frem hvordan det var å være barn på sykehus så sent som på 1960-, 1970- og 1980-tallet, og den store fremgangen det har vært frem til i dag. Vi måtte nesten levere dem som pakker. Jeg fikk følge henne inn på rommet, så måtte jeg gå. Karin husker at hun sto i vinduet og så meg gå. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Disiplin og hygiene var viktigst

• Tekst **Nina Hernæs**

VIL VITE HVORFOR: Det var først på 1990-tallet at det ble en selvfølge at foreldrene var sammen med barna sine på sykehuset.

– Jeg synes ikke vi skal se bakover med et anklagende blikk, sier Hildegunn Sundal, sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde.

– Vi må heller løfte blikket og lære. Også vi kan være innenfor et system som kan bli sett på med andre øyne i fremtiden.

Sundal har et spesielt hjerte for barn som må på sykehus. Hun tror det henger sammen med at hennes egen mor lå ni måneder på sanatorium som femtenåring. Hun fikk aldri besøk.

Selv har hun skrevet doktorgrad om inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus. Hun kan bekrefte at Karin Jonli på ingen måte er alene om sine erfaringer.

– Men det er klart at det har betydning hvor lenge barna var på sykehuset og hvorfor de var der. Sykdom i skjelettet er nok litt tøffere, fordi du blir så hemmet i å bevege deg. I mitt forskningsmateriale så jeg klare skiller mellom dem som fikk gå ut av sengen sin og dem som ikke fikk det.

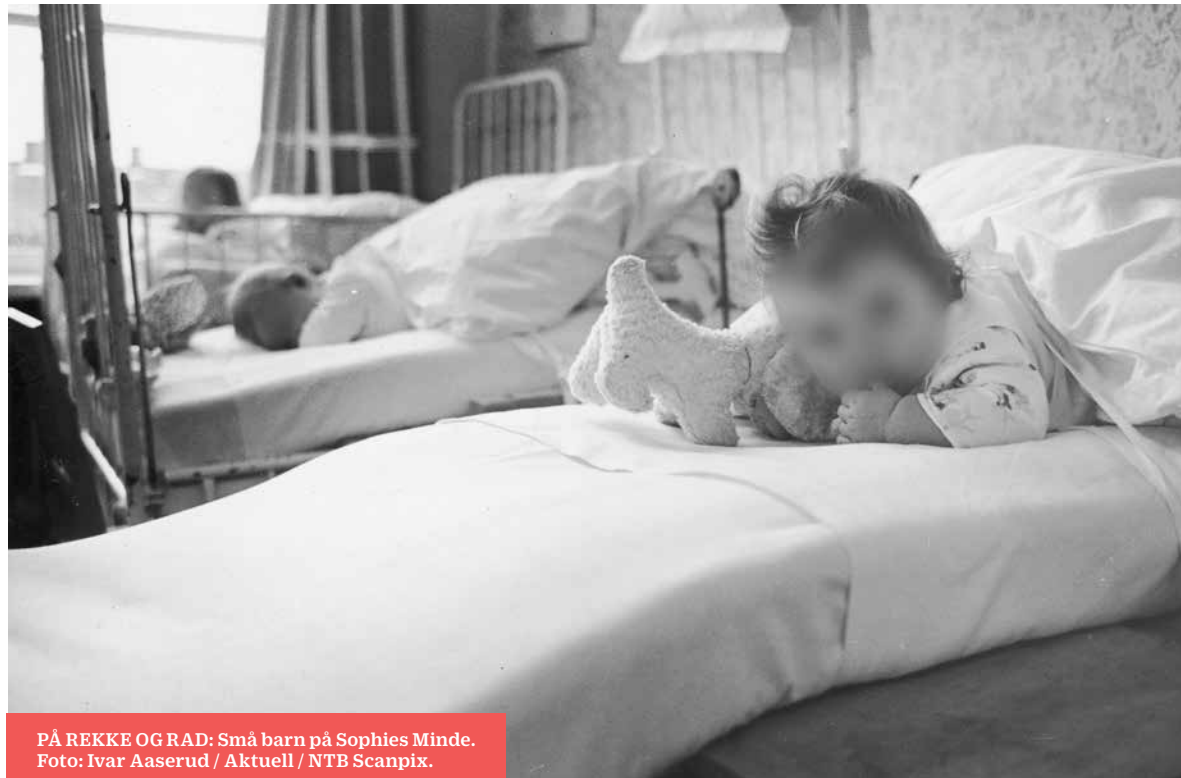
ISOLERT OG INVADERT

Hildegunn Sundal har undersøkt erfaringene til mennesker som har hatt tuberkulose. De ble isolert for ikke å smitte andre, men måtte også gjennom prosedyrer som lysbehandling. Der ble de kledd nakne, lagt på magen og lå på rekke og rad med håndkle over hodet.

– Disse barna ble ikke bare skilt fra foreldrene, men opplevde også at kroppen deres ble invadert og bevegelsesfriheten redusert, sier hun.

Sundal opplevde at tiden alene på sanatorium satte sitt preg på moren.

– Jeg tror hun var mer sårbar. Samtidig var hun sterk. Historiene hun fortalte var heller ikke bare



PÅ REKKE OG RAD: Små barn på Sophies Minde. Foto: Ivar Aaserud / Aktuell / NTB Scanpix.

triste. Hun fortalte også om samhold blant pasientene og at de gjorde morsomme ting som å ake på store kjelker.

Sundals søster ble lagt inn på sykehus etter en alvorlig ulykke. Da var søsteren fire år. Sundal, som var to, husker de dro av gårde med henne. Foreldrene fikk følge med og være der til å begynne med, da de ikke visste om søsteren ville overleve. Så måtte de dra hjem.

– Reagerte moren din på at hun ikke fikk være der?

– Jeg tror hun avfant seg med det. Men hun snakket med bekymring om at min søster måtte være der alene.

ULIKE SANNHETSREGIMER

I doktoravhandlingen har Hildegunn Sundal forsøkt å finne ut hva som gjorde at foreldre tidligere ble ekskludert fra sykehusene. Hun forklarer det med at hver epoke i verdenshistorien har et sannhetsregime de fleste oppfatter som riktig. Etter år 1900 var hygiene et viktig argument for å holde foreldrene unna, men hun viser også at utviklingen av industrisamfunnet var med på å institusjonalisere barnet. Det var behov for at både mor og far jobbet, og det var få velferdsordninger som gjorde det mulig å være borte fra arbeidet når barna var på sykehuset.

Sundal har blant annet sett på lærebøker i sykepleie og studert gamle bilder. Frem til 1940 er foreldre nesten ikke omtalt i lærebøkene, og de er heller ikke til stede på bildene. Men fra rundt 1940 skjer en gradvis endring. Noen begynner å argumentere for at foreldre må få komme på besøk. Fra slutten av 1960-tallet begynner flere å mene at foreldre også bør få ta del i pleien.

– Men det har nok vært store forskjeller i kultur fra sykehus til sykehus, sier Sundal.

– Fra 1970-tallet er det historier som spriker litt i alle retninger. Det som står i lærebøkene, er normativt. De kan både ligge i forkant og etterkant av det som skjer ute i praksis.

TRODDE DET VAR BEST

Allerede på 1950-tallet begynte fagfolk å skrive om psykiske påkjenninger og påfølgende psykiske og fysiske skader som følge av at barn ble atskilt fra mor ved sykehusopphold. Barn reagerte med



«Sykepleierne argumenterte med at de ikke ble kjent med barna om foreldrene var der.»

Hildegunn Sundal, forsker

apati, sengevæting, angst og søvnproblemer på sykehusenes strenge praksis. Men denne kunnskapen nådde ikke nødvendigvis ut til dem som jobbet på barneavdelingene. Der var det også en tro på at barn hadde godt av å bli stelt etter instruks. Dagen var tilrettelagt mer etter hensynet til arbeidsplanene enn til barnas behov. Foreldre ble ansett som bryssomme.

DISIPLINERTE BARN

Hildegunn Sundal viser i sin avhandling hvordan sykehusene disiplinerte barna. Og at emosjonelle utbrudd når mor eller far kom og gikk kompliserte pleie og behandling.

– Barnet ble urolig, og det krevde mer personell. Når barnet var der alene, ville det først være fortvilet, men så ville fortvilelsen gå over til apati, og barnet avfant seg med situasjonen. Det gjorde at sykehushverdagen gikk lettere rundt.

Hennes søster har en historie om at hun ringte på for å gå på do utenom do-tiden, men fikk beskjed om å gjøre fra seg i sengen. Hun syntes dette var så skamfullt at hun gjemte avføringen bak radiatoren. Da dette ble oppdaget, fikk hun ris.

– Dette er hennes minner, og det finnes ingen voksne som kan bekrefte det, sier Sundal.

– Men dette kan si noe om disiplineringen barna ble utsatt for.

OK MED TANTE

Sundal sier hun tror at jo mindre barna var, jo mer «eide» sykehuset dem.

– Sykepleierne argumenterte med at de ikke ble kjent med barna om foreldrene var der.

En tante eller liknende, derimot, var annerledes. Sundals søster hadde ofte besøk av morens kusine, og det var greit.

– Det var en klar filosofi om at en tante eller en annen slektning enn mor kunne få besøke, sier Sundal.

– *Hvordan tror du sykepleierne som jobbet den gangen ville tenkt i dag?*

– Jeg tror det ville variert. Noen ville lagt det på systemet. Vi må huske på at sykepleierne

den gangen var underdanige og fullstendig underlagt sykepleieledelsen og legene. De hadde et stort ansvar for renslighet og hygiene, og det var ikke de som fant på behandlingsmetodene. Man fant alltid noen som brøt reglene. På en avdeling visste barna alltid om en sykepleier som var snillere. Etter hvert gjorde mange sykepleiere opprør mot hvordan barna ble behandlet.

Hun har også eksempler på avdelinger som tok opp i seg moderne tanker om å la foreldre være hos barna, men at enkelte sykepleiere håndhevet en kultur der foreldre ikke var ønsket.

OGSÅ PRAKTISKE HENSYN

Hildegunn Sundal sier 1970-tallet er et klart overgangstiår. På 1980-tallet var det litt mer vanlig at foreldre fikk være hos barna sine, mens det først på 1990–2000-tallet ble en selvfølge.

– Og nå kan man spørre om det har gått litt for langt, sier hun.

– Nå er bemanningen så lav at vi nesten har gjort oss avhengige av foreldre, men det er en annen historie.

– *Det fins fortellinger om ganske brutale regimer så sent som i 1973?*

Fakta

Når barn må på sykehus

Allerede i 1971 kom boken *Når barn må på sykehus – mentalhygieniske aspekter av barnepsykiater Anne-Marie Auestad, over-sykepleier Helga Nyhus, klinisk psykolog Bjørn Killingmo og barnelege Helene Pande*. Daværende helsedirektør Karl Evang har skrevet forordet. Han skriver at ved å forbedre forholdene for barn på sykehus har «vi en praktisk gjennomførbar mulighet for iallfall å hindre at de sykehusopphold som mange barn må oppleve, skader dem». Og: «Det er etter mitt skjønn bare et fåtall av de institusjoner som tar imot barn i vårt land, som i dag fullt ut fyller de krav vi kan stille med vår vitenskapelige innsikt i ryggen».

Evang skriver at man selvsagt kan unnskylde



SENGER LANGS SIDENE, BORD I MIDTEN: En av barnestueene på Sophies Minde. Foto: Riksarkivet/RA/S-1703/2/E/Ec/L0249 – ukjent fotograf.

– Det var stor variasjon. Noen gikk foran, mens det andre steder var ledere som var strengere og holdt fast ved det gamle. Praktiske hensyn kunne også spille en rolle. Barna lå mange steder på saler der det ikke var plass til foreldre.

FORELDRENE DRO

Selv husker hun sin egen elevpraksis på en barnestue i 1976. Da kom det inn et lite barn med en litt uklar skadehistorie.

– Det var på nippet at han ble sendt hjem, men det ble bestemt å ta røntgen av hodet. Han ble lagt inn, og foreldrene dro hjem. Dette var en kveld med lav bemanning. Jeg var tilfeldigvis inne på stuen da han plutselig stoppet å puste. Jeg prøvde å få liv i ham og ropte på hjelp. Han ble sendt rett til operasjon, og det viste seg at han hadde blødning i hodet. Han klarte seg, men foreldrene var fraværende også etterpå. Det var vi som stelte det barnet.

– *Syntes du det var rart?*

– Jeg tror det var litt sånn det var. Jeg hadde heller ikke nok kunnskap og heller ikke posisjon som sykepleierelev den gangen til å endre praksis, selv om egne familiehistorier gjorde at jeg tenkte mitt. ● nina.hernes@sykepleien.no

Kilde: Kari E. Grindaker: *Utviklingen av den pediatriske sykepleien I: Sverre O. Lie: For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893-1993 Hildegunn Sundal: Inkludering og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus, Universitetet i Bergen, 2014*

På neste side kan du lese om Aud Torild Bjerke, som har jobbet med barn på sykehus siden 1984.





– I dag ser vi ut som spørsmålstegn om foreldrene ikke er her

● Tekst **Nina Hernæs**

HUSKER SOPHIES MINDE: Aud Torild Bjerke jobbet som sykepleier da barn lå alene på Sophies Minde.

I 1984 begynte Aud Torild Bjerke å ta ekstravakter på barneavdelingen. Fra 1986 jobbet hun der som sykepleier. Da var barna uten foreldrene sine.

VAR PÅ STUEN HELE DAGEN

Hun forteller at barneavdelingen hadde fire stuer med åtte senger i hver. Avdelingen hadde to toaletter på gangen, men ingen dusj. Barna ble badet eller vasket i sengen.

– Vi var alltid to pleiere på hver stue, og vi var der inne nesten hele dagen. Vi stelte dem, skiftet på sår og spiste alle måltider sammen med dem. Jeg opplever at de som jobbet der, brydde seg veldig om barna. Men det var forskjell på oss.

HUSKER DE SAVNET FORELDRE

– Tenkte du over at de var der uten foreldre?

– Jeg husker at de kunne gråte fordi de savnet mamma eller pappa, og at vi trøstet dem. Samtidig var vi flinke til å gjøre ting for dem som var hyggelige. Som å flette

hår og å lakkere negler. Eller ta med barn på Peppes Pizza eller Ringen kino, som lå på Carl Berner.

– Stilte dere spørsmål til lederne om hvorfor foreldre ikke var der?

– Nei. Det var heller ikke fasiliteter for å ha foreldre der.

ET SPØRSMÅL OM ØKONOMI

Til Sophies Minde, som var et spesialsykehus, kom barn fra hele

«Om en tolvåring må sove natten over alene, reagerer vi.»

Aud Torild Bjerke, sykepleier

landet. De kunne komme fra steder langt unna. Bjerke husker en gutt som var operert i ryggen og skulle hjem til en øy langt nord. Han måtte transporteres liggende, først i bil ut til flyplassen, så i fly, videre i båt, før faren møtte ham på kaia og fikk han hjem med traktor.

– Ham snakket vi mye om.

Barna som kom langveis fra, fikk gjerne besøk ved langfri. De som



BARNES RETTIGHETER: Aud Torild Bjerke er i dag fagutviklingssykepleier ved barneavdelingen på Ahus. Her avduker hun et banner som lister opp barns rettigheter i helsevesenet. Bjerke sitter også i styret i Barnesykepleierforbundet. Foto: Ahus, kommunikasjonsavdelingen

bodde nærmere, kom i helgene.

Å komme på besøk var også et økonomisk spørsmål. Flybilletter var dyrt, og det var ingenting som het pleiepenge.

– Men heldigvis lå de færreste i veldig lange perioder, sier Bjerke.

– Selv om noen, som de med skoliose, måtte være der i over et år.

NOEN VAR FOR STRENGE

Det fins historier om barn som fikk beskjed om ikke å gråte på natten, fordi de vekket de andre barna.

– Kan du forstå at de som var barn den gangen, kan ha sånne minner?

– Jeg tror det. Den gangen var det faste nattevakter, og jeg husker jeg kranglet med dem fordi jeg syntes

de var for harde med barna. Men jeg husker ikke akkurat hva jeg reagerte på.

– Fortalte barna noe om nattevaktene?

– Ikke som jeg kan huske. Men disse barna hadde mye vondt. Leger kunne være hardhendte når de gikk visitt. De røsket av bandasjene, og det var ikke alltid vi rakk å gi smertestillende før de kom, forteller hun.

– Men det kan være vi var hardhendte også. Vi måtte snu dem når de var nyopererte og bytte stikkilaken og laken når vi måtte skifte under dem. Det er klart det gjorde vondt. Og da var de der uten foreldrene.

Fakta

En egen forskrift

● I 1988 kom en forskrift for barn på sykehus i Norge. Den skulle sikre barns rettigheter, med hjemmel i norsk lov. Forskriften var en videreføring av retningslinjer for barn på sykehus fra 1979 og utarbeidet i samarbeid med interesseorganisasjoner. Mental barnehjelp, nå Voksne for barn, var blant dem som jobbet for at barn skulle få ha med foreldre på sykehus.

● Forskriften fra 1988 er videreført i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon fra 2000 og utvidet i lov om spesialisthelsetjenesten og lov om pasient- og brukerrettigheter. Etter loven har barn rett til et barnevennlig miljø der det jobber mennesker som har valgt å jobbe med barn. Barn har rett til å ha foreldre hos seg så mye det selv og foreldrene måtte ønske. Foreldre har også fått krav på hjelp til overnatting og mat.

ET STRENGERE HIERARKI

Legene hadde også en annen autoritet. Det var ikke snakk om å tiltale dem med annet enn etternavn.

– En gang kom jeg til å omtale en av dem med fornavn til en pasient, sier Bjerke.

– Da tok legen meg inn på kontoret og sa at det fikk jeg ikke lov til. Det var i 1990.

Samtidig poengterer hun at mange av legene var mennesker som virkelig brydde seg om svake grupper. De opererte barn med multiple misdannelser for å avhjelpe feilstillinger og spasmer og hjalp dem til et mye bedre liv. Mange av dem hadde internasjonalt ry.

Hun husker også Sophies Minde som et fint sted å jobbe.

– Det var et lite sykehus. Alle kjente alle, og det var sosialt.

REAGERER HVIS DE IKKE ER DER

Det hender Aud Torild Bjerke møter voksne som var på Sophies Minde som barn. Hun har opplevd at de har dårlige minner om å savne foreldrene. Men hun sier at det er stor forskjell på barn.

– Noen var åpne og ga oss klem, andre lukket seg. Men alle ble behandlet likt.

– Barna ble behandlet etter bestemte rutiner?

– Ja, det blir de fremdeles. Jeg tror det nesten må være noen rutiner for å få sykehushverdagen til å gå opp.

I dag er det en selvfølge at foreldrene er sammen med barna og deltar i pleie og behandling.

– Nå melder vi nesten bekymring til barnevernet hvis foreldre drar hjem, sier hun.

VAR NOK RIGID

Etter fem år på Sophies Minde tok Bjerke videreutdanning i barnesykepleie og begynte på Rikshospitalet. Der var det vanlig med foreldre.

– Sophies Minde hang nok litt igjen, det var rigid. Noe handlet nok om at folk hadde jobbet der i mange år.

– Hva tror du de som jobbet der den gangen, ville tenke om de nå så seg tilbake?

– Jeg tror nok de ville si at det var feil at foreldrene ikke fikk være der. ● nina.hernes@sykepleien.no

De kjente og kjære.....



Floradix Magnesium
- for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte



Floradix Formula
- for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.



Floradix Kalsium Magnesium - for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

De ukjente og fremtidens kjære.....



Floradix Alpenkraft
- kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.



Floradix Barne Vitamin
- med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

ditt naturlige valg
NATUR
import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no



Sykepleien.no

Stor forandring på 40 år

For hjelpepleierne Torunn Berg og Heidi Land (bildet) er foreldre en selvfølge. Men da de begynte å jobbe, Berg i 1983 og Land i 1978, var barn alene på sykehus. De forteller at barna fikk masse omsorg, men at savnet kunne være stort. Det var historier om barn som var masete og som ble tatt fra ringesnoren.

Om barn ble kjørt inn i heisen? Det tviler Heidi Land på.

– Jeg tror heller de kan ha blitt lagt bak heisen. Der var det hengt opp et laken, og man lå og så opp på heisvinduet. Der la vi av og til barn dersom det var fullt.



Foto: Nina Hernes

Fra Instagram



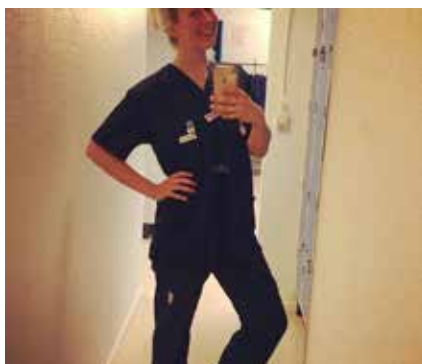
 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@annafja

Teller ned uke for uke til tittelen sykepleier endelig er i mål. Og fryktelig uvant å ha på oransje overdel



@carolinehalvorsen

Savner sommer og jobb ... Meeeen, da er det enda godt at det bare er én uke igjen til åtte uker praksis i hjemmesykepleien!



@3barnsmoren

god morgen frå legevakten. overnatta her i dag så nå er eg klar for det dagen måtte bringe i finværet



@camillasvilla

Trygt og godt å bo i Fredrikstad



@rut91

It's kinda become our thing at night



@lisunn

Kurs for tillitsvalgte



@idauldal

Sjå på ho da ... Fått lura inn en fagartikkel i Tidsskrift for helsesøstre. Hipp hurra



@this.is.ina

Found a loft, did some yoga



@mgautland

Da er Søster Rosa klar for ferie, reinsdyrjakt neste



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 07 | 2018

Fagartikler – Etikk – Intervju



KAN TILRETTELEGGES: Barn og ungdom bør kunne fortelle fritt uten at overgriperen eller voldsutøveren er til stede. Illustrasjonsfoto: Elena Nichizhenova / Mostphotos

Spør om vold!

Helsestasjonen. Hvis alle blir spurt om vold og overgrep, føles det ikke så stigmatiserende. **60**



Undervisning.

Film, fortelling og dikt bedrer læringen. **42**



«Selvmordstanker kan ramme hvem som helst.»

May Vatne. **52**



E-meldinger.

Sikrere og mer effektivt. **54**



FILM, FORTELLING OG DIKT LÆRER STUDENTER PERSONSENTRERT OMSORG

Kulturelle virkemidler kan hjelpe studentene til å gi omsorg tilpasset hver enkelt pasient og ta erfaringen i bruk i praksisstudier.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.70968

May-Britt Johansen, Universitetslektor, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet

Mari Skaalvik Wolff, Førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet

Inger Jorun Danielsen, Førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet

Læringsprosessen i sykepleierutdanningen forutsetter at studenten veksler mellom teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Praksisstudiene retter seg mot å utvikle forventet kompetanse hos studenten. Det gjør de ved å integrere teoretisk og vitenskapelig kunnskap med fagspesifikk kunnskap og ferdigheter i konkrete, omskiftelige og flertydige pasientsituasjoner (1).

PRAKSISSTUDIER

I praksisstudier på sykehjem møter studentene eldre beboere med sykdommer som gjør hverdagen krevende (2). Man antar at cirka 80 prosent av beboerne på sykehjem har kognitiv svikt (3).

Personsentrert omsorg er en verdsatt tilnærming til omsorg generelt og i særdeleshet til personer med demenssykdom (4). Dette er en omsorgsfilosofi som innebærer aktiviteter og tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet, slik at personer med demens kan opprettholde et selvstendig liv lengst mulig.

Studentene trenger derfor kunnskap om personsentrert omsorg som kan omsettes til handlinger i praksisstudier. Et godt læringsutbytte forutsetter at studentene har kunnskap om hvordan sykepleieren best kan gi omsorg tilpasset den enkeltes behov (5).

Artikkelen presenterer en forelesning om personsentrert omsorg der vi brukte film, fortelling og dikt for å kontekstualisere begrepet «personsentrert omsorg». Hensikten var at førsteårssykepleierstudenter skulle få en begynnende forståelse for hvordan de kunne utøve personsentrert omsorg før de skulle i praksis på sykehjem.

PERSONSENTRERT OMSORG

I 1997 definerte Tom Kitwood begrepet personsentrert omsorg som «en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit» (4). Intensjonen er at den enkelte pasienten skal ha mulighet til å opprettholde sin selvstendighet og bruke sine ressurser så langt det er mulig.

Det sentrale er å bevare personvernet til tross for svekket kognitiv funksjon. Oppmerksomheten flyttes fra sykdommen og funksjonssvikten til personen og vedkommendes opplevelse og håndtering av sitt liv med sykdommen.

Personsentrert omsorg er videreutviklet i personsentrerte omsorgstjenester, kalt VIPS-modellen (4). Den består av følgende fire elementer:

- verdsetting av menneskets absolutte verdi (V)
- individuell omsorg (I)

- omsorg fra personens eget perspektiv (P)
 - et støttende sosialt miljø (S)
- Omsorgen skal fokusere på at vi mennesker har våre livshistorier, er avhengige av hverandre og inngår i relasjoner med våre pårørende og andre. VIPS-modellens teoretiske kunnskapsstoff styrte hvilke pedagogiske virkemidler vi valgte å bruke i forelesningen.

PERSPEKTIVER PÅ LÆRING

Film, fortelling og dikt var tenkt å vekke følelser og engasjement hos studentene som de kunne kjenne igjen i praksisstudiene. Dermed kunne de knytte forbindelser fra forelesningen til konkret sykepleieutøvelse.

Dette perspektivet på læring finner vi støtte i hos Illeris, som skriver at læring omfatter den kognitive, psykodynamiske og sosialt samfunnsmessige dimensjonen. Vi lærer når vi tenker, føler og streber mot samhörighet med andre, og vi utvikler våre holdninger og sensitivitet i dette samspillet (6, s. 77–9).

Benner og medarbeidere er opptatt av hvordan sykepleierstudenter tilegner seg kunnskaper, ferdigheter og etiske holdninger. Hun foreslår at sykepleielærere forsøker å integrere disse læringsområdene ved å vektlegge kontekstualisert kunnskap også i den teoretiske undervisningen (7).

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Undervisning i sykepleie som har til hensikt å forberede studentene på praksisstudier, kan være utfordrende. Denne artikkelen beskriver og diskuterer et undervisningsopplegg i personsentrert omsorg som benyttet film, fortelling og dikt for å formidle situasjonsforståelse i praksisstudier i sykehjem.

Nøkkelord

- Pedagogiske virkemidler
- Personsentrert omsorg
- Praksisstudier



I PRAKSIS: Personsentrert omsorg innebærer at sykepleieren ser den enkeltes behov og tilrettelegger slik at pasienten kan ha et selvstendig liv lengst mulig. Illustrasjonsfoto: Arne Trautmann / Mostphotos

Forelesningen vi omtaler i denne artikkelen, kan beskrives som et forsøk på å legge til rette for slik læring. Raaheim beskriver underviseren som en fagperson som legger til rette for læring, til forskjell fra en fagperson som formidler et bestemt materiale til en gruppe tilhørere. Han hevder at målet med undervisningen må være at studentene skal forstå det som blir formidlet på en slik måte at de kan anvende det både i konkret utøvelse og i søken etter ny kunnskap (8, s. 39–40).

FORELESNINGEN

Førsteforfatteren gjennomførte forelesningen, som startet med en film som viser hvordan personsentrert omsorg kan utføres. Deretter ble det gitt en kort innføring i begrepet personsentrert omsorg, der VIPS-modellen ble presentert. De ulike elementene i modellen fikk innhold ved hjelp av film, dikt og fortelling.

Et eksempel gjelder den individuelle tilnærmingen som inkluderer livshistorier og betydningen av å ha kjennskap til livshistoriene til

«Film, fortelling og dikt var tenkt å vekke følelser og engasjement hos studentene, som de kunne kjenne igjen i praksisstudiene.»

den enkelte person skulle fremstilles. Da ble diktet «Hva ser du søster?» presentert og diskutert med studentene. Slik vekslet foreleseren mellom den teoretiske modellen og bruk av virkemidlene.

Dette diktet handler om en dame

som uttrykker et ønske om at sykepleieren skal forestille seg henne som barn, ungdom og mor, og ikke bare se henne som skrøpelig og en som syter og klager. Diktet ble angivelig funnet i nattbordsskuffen til en gammel





dame på et engelsk pleiehjem etter hennes død (9).

Diktet «Ny lærdom» formidler at det å bli gammel er noe de fleste ikke er forberedt på eller ønsker velkommen (2).

Filmen «Kjærlig vekking» (10) viser små hendelser fra et sykehjem, der samspeilet mellom sykepleieren og beboeren er tydelig ved at sykepleieren er sensitiv for det beboeren uttrykker, og responderer direkte på det.

«Diktet var i tankene mine da jeg hjalp henne, jeg så henne for meg som barn og ungdom.» Student

Filmen «Stige mot lyset» (11) viser at hendelser i livet gjøres levende når en eldre, syk kvinne ser et gammelt filmopptak av seg selv som ung.

Fortellingen vi brukte i undervisningen, handler om en beboer på et sykehjem som kommer barbeint i nattskjorte og med tung bleie inn på vaktrommet under morgenrapporten. Det lukter nykøkt kaffe, og beboeren sier han er sulten. Han gjentar at han er sulten når han blir leid tilbake til rommet sitt med beskjed om at personalet kommer inn senere. Han får verken kaffe eller mat (12).

EVALUERING

Etter forelesningen ba førsteforfatteren studentene gi sin umiddelbare respons på læringsutbyttet ved å fylle ut et evalueringsskjema med en fempunktssvarskala fra «svært dårlig» til «svært godt». 59 av 120 studenter var til stede, og av disse besvarte 58 evalueringsskjemaet.

Resultatet ble styrende for fokusgruppeintervjuet med fem studenter fra forelesningen, som vi gjennomførte umiddelbart etter at praksisstudiene var avsluttet. Vi spurte seks tilfeldige studenter. Fire kvinner og en mann deltok. Hensikten med intervjuet var å undersøke om studentene hadde

Dikt

Ny lærdom

*Utruleg lenge var eg sterk og sprek
og kunne halde fram min vante veg
og trudde ikkje at slikt vondt som råkar
så mange gamle folk, skulle råke meg.
Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte
at om dei for alvor sette viljen inn
kunne dei vel te seg mindre ynkelege.
Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.
No har eg lært nytt. Min eige kropp
har drive meg på plass i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.*

Halldis Moren Vesaas

Å BLI GAMMEL: Dette var et av diktene som ble brukt i forelesningen.

anvendt noe fra forelesningen i praksisstudiene. Intervjuet ble tatt opp på minidisk og utført og transkribert av førsteforfatteren.

Studien var ikke meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Vi informerte studentene muntlig i forkant av forelesningen. Vi forespurte dem skriftlig om å delta på fokusgruppeintervju og har gitt samtykke etter forskningsetiske retningslinjer.

RESULTAT

Materialet fra evalueringsskjemaet ble sammenfattet i søylediagrammer ut fra hvor mange som markerte for de ulike svaralternativene. 53 av de 58 studentene som svarte, vurderte at læringsutbyttet av innholdet i undervisningen og bruken av virkemidlene var «godt» eller «svært

godt». Fortellingen og filmene ble evaluert som «svært godt». De fleste vurderte læringsutbyttet av VIPS-modellen som «middels».

I analysen av fokusgruppeintervjuet ble teksten brutt ned i mindre meningsbærende enheter. Vi markerte enhetene med farger og sammenfattet dem i to overordnede temaer (13, s. 103):

- kunnskap om personsentrert omsorg
- forelesningens betydning for praksisstudiene

Kunnskap om personsentrert omsorg: Studentene kunne ikke gjøre rede for elementene i VIPS-modellen, men uttrykte sin forståelse av personsentrert omsorg indirekte og på ulike måter som samsvarte med modellen. Når det gjaldt oppmerksomhet mot beboernes livsfortelling, sa de følgende: «Vi må lese det pårørende har skrevet for å forstå beboerne bedre, og ta hensyn til deres særegenheter i den daglige pleien.»

De brukte uttrykk som «å sette beboeren i sentrum» og «imøtekomme individuelle behov» om personsentrert omsorg. Det individuelle ble vektlagt, som i følgende sitat: «Noen liker å stå opp før dagvaktene kommer, mens andre vil sove lenge, og noen er sykere og må ha ro.» En tilføyde dette: «Alle mennesker har sine rutiner og sine behov, og det må vi ta hensyn til.»

Forelesningens betydning for praksisstudiene: Studentene husket filmene og fortellingen best fra forelesningen. De snakket om at budskapet i filmen om kjærlig vekking ga læringsutbytte: «Jeg prøver å være tålmodig og gir dem tid», og «det er viktig å forstå at de trenger tid på å våkne og orientere seg.»

En fortalte at hun hadde «filmen i bakhodet» da hun gikk inn for å vekke en beboer. Slik erfarte studenten hvilken relevans forelesningen hadde for pleiesituasjonen. En hevdet at filmene «gjorde noe med meg», og en annen viste til filmens relevans på denne måten: «Stemmen i filmen var som om det var en beboer som snakket.» De var enige om at «filmene berører noe inni oss og vekker følelser».

Fortellingen engasjerte dem også: «Jeg har opplevd det samme her, og da gikk jeg inn og hjalp ham», sa en student. En annen student fortalte hvordan diktets budskap påvirket i en bestemt situasjon: «Diktet var i tankene mine da jeg hjalp henne, jeg så henne for meg som barn og ungdom.»

En student nevnte VIPS-modellen, men husket ikke noe av innholdet. De andre studentene husket ikke modellen i det hele tatt.

HJELPEMIDLENE GA INNSIKT

Resultatet viser at studentene var opptatt av personsentrert omsorg. I fortellinger om konkrete episoder fra praksisstudiene viste de frem elementer fra VIPS-modellen uten at de brukte begrepet.

Disse elementene kom frem i en praktisk forståelse det er vanskelig å redegjøre for uten å fortelle om situasjonen, for eksempel at pasienten trenger tid til å våkne. Benner og medarbeidere kaller denne formen for forståelse for en «narrative understanding» (narrativ forståelse), som retter seg mot den konkrete situasjonens utfordringer (15, s. 21).

Enkeltmennesker i unike livssituasjoner er sykepleierens virkelighet. Film, fortelling og dikt åpnet opp for studentenes praksis ved å vise frem enkeltmenneskets liv. Studentene ble berørt, og deres kunnskap og holdninger ble forandret (6).

Studenten som brukte innsikt fra diktet i sykepleien til en kvinne, viser til innlevelse og kunnskapsvervelse med både kognitive og psykodynamiske elementer, slik Illeris fremhever (6), og som vektlegges i VIPS-modellen (4). Hjelpemidlene kontekstualiserte forestillingen om personsentrert omsorg, slik at studentene kom nær det menneskelige – som i VIPS-modellen kalles menneskets absolutte verdi.

Studentene fokuserte på den enkelte beboers behov i fortellingene de delte, og vi ser at læringsutbyttet fra film, fortelling og dikt fikk konsekvenser for deres vurderinger og handlinger i bestemte situasjoner.

SITUASJONSFORSTÅELSE

For å styrke fagkunnskapen foreslår Benner og medarbeidere (7) at undervisning i sykepleie i større grad vektlegger at studenten skal utvikle evne til situasjonsforståelse, praktiske resonneringer og handlinger. De lærer i og av situasjoner som involverer konkrete eksempler, enten det er i autentisk klinisk praksis eller i konstruerte eksempler eller simuleringer.

Samtidig understreker Benner og medarbeidere at det er nødvendig at studentene arbeider med teoretisk kunnskapsstoff for å utvikle et teorigrunnlag som hjelper dem med å forstå og handle i den kompleksiteten sykepleie utgjør. Lærerne kan hjelpe studentene med å ta i bruk slik kunnskap, hevder de (7). En måte å hjelpe studentene på i vår studie er å arbeide med teorigrunnet i personsentrert omsorg i veiledningene underveis i praksisstudiet.

Christensen og Østergaard viser i en dansk studie at studentene evnet å anvende teori i refleksjoner over praksissituasjoner når de hadde observert et rollespill i en forelesning (16).

Å anvende ulike læringsaktiviteter for å stimulere studentene til å ta i bruk teoretisk kunnskapsstoff i undervisningen, fremheves også i en annen dansk studie (17). Der hevdes det at den viktigste oppgaven til undervisere er å forsøke å engasjere studentene i kunnskapsstoffet, slik også Raaheim tar til orde for (8).

OPPSUMMERING

Personsentrert omsorg er en allment akseptert tilnærming når helsepersonell gir omsorg til beboere på sykehjem. Personsentrert omsorg er derfor et relevant teoretisk begrep som tema for undervisning som skal forberede studentene til praksisstudier på sykehjem. Denne studien viser at film, fortelling og dikt kan hjelpe studentene til å forstå innholdet i begrepet personsentrert omsorg, og dermed bli i stand til å anvende det i praksisstudier.

Det er viktig og utfordrende å

integre teori og praksis gjennom balansert bruk av ulike pedagogiske virkemidler i praksisforberedende undervisning. Det trengs fortløpende diskusjon og forskning om hvordan man på best mulig måte utdanner sykepleiere som forstår hvordan ting henger sammen, hva som må gjøres, samt hvorfor og hvordan det må gjøres for at omsorgen skal bli personsentrert. ●

REFERANSER:

1. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 06.06.2018).
2. Vesaas HM, Livshus, Oslo: H. Aschehoug & Co; 1995. s. 56.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015. Den gode dagen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentasset/s/80a24704aba747d946feef000cf81f/demensplan_2015.pdf (nedlastet 06.06.2018).
4. Brooker D. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2013.
5. Bruun SG, Skaalvik MW. Den gamle kroppen. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2010;6(2):49–59.
6. Illeris K. Voksenuddannelse og voksenlæring. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
7. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akribe; 2010.

8. Raaheim A. Råd og tips til deg som underviser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2013.
9. Ukjent forfatter. Hva ser du søster? Tilgjengelig fra: <https://gullkorn.wordpress.com/2010/10/30/hva-ser-du-soster/> (nedlastet 06.06.2018).
10. Helland S. Kjærlig vekking. Kristiansund: Rokilde sykehjem; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=nDOnrg8PN8o> (nedlastet 06.06.2018).
11. Eliassen, TE. Stige mot lyset. Bodø: Nordland kunst- og filmfagskole; 2011. Tilgjengelig fra: <https://vimeo.com/76766732> (nedlastet 02.07.2018).
12. Jakobsen, R. Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
13. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
14. Nortvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
15. Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach. New York: Springer Publishing Company; 2011.
16. Christensen LB, Klit MØ. Brobygning mellom teori og praksis. Sykeplejersken. 2012;(13):68–71.
17. Rothmann MJ, Clemensen J, Danbjørg DB. Et farvel til tankpasserpædagogik-dialog og deltagelse som grundlag for læring. Klinisk Sykepleje 2017;2(31):14–30. DOI: 10.18261/issn.1903-2285-2017-02-04.

FAGARTIKLER:

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

Fakta

Scann QR-koden og les diktet:



Hva ser du søster

Scann QR-koden og se filmen:



Kjærlig vekking

Små hendelser fra et sykehjem, der samspillet mellom sykepleieren og beboeren er tydelig ved at sykepleieren er sensitiv for det beboeren uttrykker, og responderer direkte på det.



Stige mot lyset

Hendelser i livet gjøres levende når en eldre, syk kvinne ser et gammelt filmopptak av seg selv som ung.



STUDENTER PRESENTERER BACHELOROPPGAVEN PÅ POSTER

Høgskulen på Vestlandet har hatt posterutstilling av studentenes bacheloroppgaver de siste to årene. Prosjektet var lærerikt, både sykepleiefaglig og metodisk.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.71384



Gjertrud Husøy
Førstelektor,
Høgskulen på
Vestlandet



Arbeide kunnskapsbasert er å anvende tre kunnskapsformer sammen i en bestemt kontekst (1). Pasientens og eventuelt pårørendes kunnskaper skal stå i sentrum. For sykepleieren og studenten kan den erfaringsbaserte kunnskapen utvikles gjennom selvevaluering, veiledning og refleksjon. Den forskningsbaserte kunnskapen må imidlertid finnes ved litteratursøk.



Magda Buchvold
Høgskulelærer,
Høgskulen på
Vestlandet

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Faglærere ved Høgskolen Stord/Haugesund, nå Høgskulen på Vestlandet, hadde et tett samarbeid med en kirurgisk avdeling der studentene hadde praksis. Hensikten med samarbeidet var at praksisen skulle være en del av kunnskapsutviklingen mens studentene arbeidet med bacheloroppgaven.

I 2014 ble det satt i gang et prosjekt der noen studenter skulle presentere sine bacheloroppgaver til sykepleierne i avdelingen i form av en poster samt gi en muntlig presentasjon. Det at studentene kunne utvikle en poster som var basert på bacheloroppgaven, skulle integrere den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen som metode i studentenes praksisstudier (2).

I 2016 hadde posterprosjektet foregått i to år. Prosjektet er forankret i rammeplanen for

sykepleierutdanningen. Der står det at formålet med sykepleierutdanningen er å «utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner» (3, s. 4).

STUDIEKRAV

På forhånd hadde studentene hatt en kunnskapsbasert praksisoppgave (KBP) der studentene valgte tema innen sårproblematikk, smertelindring, ernæring eller hygiene. I studiekravet sto følgende:

«Oppgaven skal være forankret i sykepleiefagets pensumlitteratur/artikler som er relevant for aktuelle praksissted (sykehjem, hjemme-sykepleie, medisin, kirurgi eller psykiatri) og valgte problemstilling. Dette danner grunnlaget for å utøve sykepleie i tråd med sykepleiens vitenskapelige grunnlag, som igjen skal bidra til faglig forsvarlig sykepleie, med fokus på forebygging av komplikasjoner og ivaretagelse av pasientens sikkerhet i tråd med oppdatert kunnskap. I faglig forsvarlig sykepleie er dessuten evne til kritisk refleksjon og justering av fagutøvelsen helt sentralt.» (4)

UTVIKLING AV POSTER

Prosjektet med å lage poster basert på en praksisnær bacheloroppgave er en videreutvikling av forprosjektet «Kunnskapsbasert praksis i

sykehus» (2). Posterprosjektet viser en sammenhengende kjede fra kunnskapsbasert praksisoppgave til bacheloroppgave, og videre til posteren.

Ut fra studiekravet kan vi lese at studentene som er i klinisk praksis, skal skrive en KBP-oppgave om en situasjon de har erfart i praksis. Studentene må prioritere hva de ønsker å finne ut av, lære mer om og få oppdatert kunnskap om. Oppgaven er individorientert, men har overordnet oppmerksomhet på sykepleie til grupper, rutiner, prosedyrer med mer.

GJENNOMFØRING OG METODE

Da posterprosjektet ble satt i gang i 2014, var det 21 studenter som fikk anledning til å lage poster.

I 2016 kunne samtlige studenter melde seg på, og totalt 27 studenter ble med. Denne gangen fikk alle praksisveilederne undervisning før de skulle veilede studentene. På forhånd hadde både lærere og studenter hatt anledning til å se posterutstillingen fra året før. Det var til god hjelp og inspirasjon for begge partene.

VALG AV TEMA

Da studentene skulle velge tema og problemstilling for bacheloroppgaven, viste det seg at flere tok utgangspunkt i den kunnskapsbaserte praksisoppgaven (KBP) de

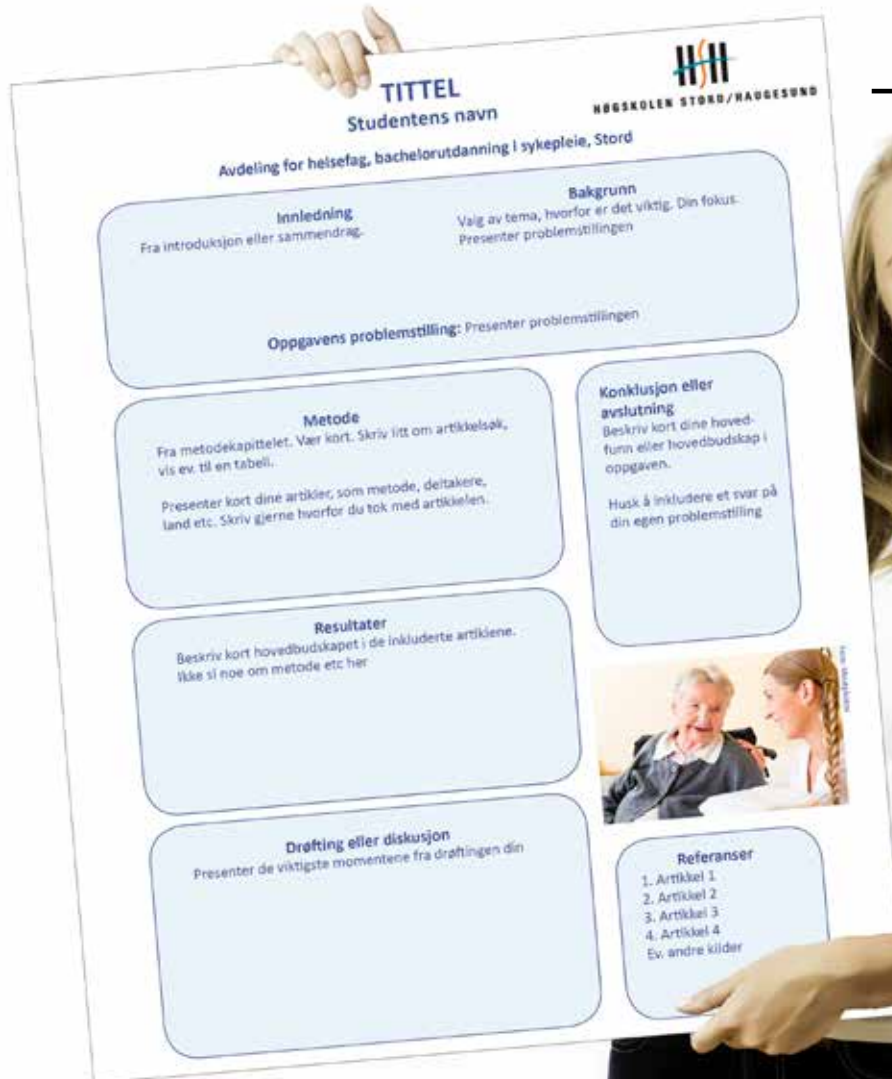
Fakta ●●●

Hovedbudskap

Høgskulen på Vestlandet har hatt et prosjekt der noen studenter presenterte sine bacheloroppgaver i form av en poster. I to år har det vært posterutstilling i høyskolens foajé. Både studenter, lærere og gjester ved høyskolen har hatt anledning til å se alle posterne studentene har laget. Det har vært til stor inspirasjon for studentene å få se de forskjellige posterne. De studentene som har laget poster, syntes det var lærerikt og givende.

Nøkkelord

- kunnskapsbasert sykepleie
- undervisning
- poster
- studenter



INTERESSEVEKKENDE LAYOUT: Studentene ved Høgskulen på Vestlandet fikk se eksempler på hvordan en poster kunne se ut. Selv bestemte de form og fargevalg på de ulike delene av posteren. Fotomontasje: Monica Hilsen / Wolfgang Zwanzger / Mostphotos

hadde hatt i den foregående praksisen. Noen studenter valgte problemstillinger gitt av kirurgisk avdeling som praksisfeltet hadde meldt inn som et behovsområde, eksempelvis sårbehandling eller forebygging av trykksår.

For å belyse temaet må studentene innhente aktuell forskning fra godkjente databaser. Her er ikke Google, Kvasir og liknende søkemotorer gode nok. Studentene bruker forskningsartikler og erfaringskunnskap og anvender alle trinn i en KBP-oppgave.

I praksis fokuserer studentene på å anvende alle de seks trinnene

i den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen (1):

- reflektere i fagutøvelsen og erkjenne behov for ny kunnskap
- formulere spørsmål
- gjennomføre kunnskapssøk
- kritisk vurdere kunnskap
- anvende kunnskapen
- evaluere

Denne prosessen er et læringsredskap for å integrere bruken av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientkunnskap når sykepleie utøves. I tillegg tar studentene utgangspunkt i anbefalte verktøy for kvalitetsforbedring (5).

«I 2016 kunne samtlige studenter melde seg på, og totalt 27 studenter ble med.»

Selve oppgaven skal være forankret i den pensumlitteraturen for sykepleiefaget som er relevant for det aktuelle praksisstedet, som for eksempel relatert til sykehjem,

hjemmesykepleie, medisin, kirurgi eller psykiatri, samt den valgte problemstillingen.

Kunnskap fra pensum danner grunnlaget for å utøve sykepleie i tråd med sykepleiens vitenskapelige grunnlag. Målet er å forebygge komplikasjoner og ivareta pasientens sikkerhet i tråd med oppdatert kunnskap. Her er sykepleierstudentens evne til kritisk refleksjon og justering av fagutøvelsen helt sentral.

PRAKSISERFARING

I forprosjektets sluttrapport «Kunnskapsbasert





praksis i sykehus» (2) kom det frem at studentene delte opplevelser og hendelser om erfaringsbasert kunnskap mens de var i praksis. De viste at de hadde kunnskap fra lærebøkene i tankene når de utøvde kirurgisk sykepleie. Det kom også frem at studentene som var med i forprosjektet, hadde søkt etter forskningsbasert kunnskap ganske ofte (2).

EKSEMPLER PÅ POSTER

Det er en kunst å komprimere teksten og lage en layout som både vekker interesse og formidler budskapet. Det er lett å gå forbi en poster full av tekst. Studentene hadde på forhånd fått vite at innholdet på den faglige posteren skulle bygges opp etter IMRAD-prinsippet (innledning, metode, resultat og drøfting).

«Det er lett å gå forbi en poster full av tekst.»

Posteren skal også påføres forfatterens navn og en kontaktadresse, gjerne e-postadressen til en kontaktperson. Et talende bilde må gjerne være med som blikkfang. Ut fra disse kriteriene ble posterne vurdert etter både form og innhold. Studentene hadde fått se følgende eksempler på hvordan en plakat kunne utformes (figur 1 og 2).

Det var opp til studentene å bestemme form og fargevalg på de ulike delene av posteren. Som i all akademisk praksis skulle kildene oppgis, både til tekst og bilde. Studentene hadde blitt opplyst om at de måtte anonymisere bilder og henvisninger til pasientsituasjoner. De måtte ikke gi opplysninger som kunne gjenkjenne personer eller informasjon som var av sensitiv karakter for involverte personer.

KUNNSKAP TIL PRAKSIS

Etter at studentene hadde levert inn bacheloroppgaven, gikk de ut i ny praksis. Tanken med prosjektet var at studentene skulle levere

Figur 1. Mal til stående poster med bokser



oppdatert kunnskap tilbake til avdelingen. Prosjektets styrke viste seg å være studentenes kunnskap om KBP og artikkelsøk. Det var viktig for kunnskapsutviklingen

i praksis, da mange av de ansatte ikke hadde samme kunnskap om KBP og artikkelsøk (2).

Videre kom det frem at de involverte viste engasjement og vurderte

Figur 2. Mal til stående poster med tre kolonner


HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

TITTEL
Studentens navn

Avdeling for helsefag, bachelorutdanning i sykepleie, Stord

<p>Innledning Fra introduksjon eller sammendrag.</p> <p>Bakgrunn Valg av tema, hvorfor er det viktig. Din fokus. Presenter problemstillingen</p> <p>Metode Fra metodekapittelet. Vær kort. Skriv litt om artikkelsøk, vis ev. til en tabell.</p> <p>Presenter kort dine artikler, som metode, deltakere, land etc. Skriv gjerne hvorfor du tok med artikkelen.</p>	<p>Resultater Beskriv kort hovedbudskapet i de inkluderte artiklene. Ikke si noe om metode etc her</p> <p>Drøfting eller diskusjon Presenter de viktigste momentene fra drøftingen din</p>	<p>Konklusjon eller avslutning Beskriv kort dine hovedfunn eller hovedbudskap i oppgaven.</p> <p>Husk å inkludere et svar på din egen problemstilling</p>  <p>Referanser</p> <ol style="list-style-type: none">1. Artikkel 12. Artikkel 23. Artikkel 34. Artikkel 4 <p>Ev. andre kilder</p>
---	--	---

prosjektet som spennende, krevende, utfordrende og lærerikt. I tillegg må samarbeidet mellom høyskole eller universitet og sykehus ivaretas for å utvikle kunnskapsbasert

sykepleie i praksis, og videreutvikles for kommende kull.

Det er imidlertid et spenningsfelt mellom en KBP-oppgave og en bacheloroppgave, der

bacheloroppgaven tradisjonelt har fokusert på ulike pasientsituasjoner på individnivå. I en posteroppgave fokuseres det mer på temaer innen en erfart situasjon i praksis.

TILBUD TIL ALLE

I to år har vi hatt posterutstilling i høyskolens foajé. Både studenter, lærere og gjester ved høyskolen har hatt anledning til å se alle de flotte posterne studentene har laget. Å få se eksempel på en poster er til stor inspirasjon og gir ideer til hva studentene selv skal legge vekt på. De studentene som har laget poster, har syntes det var givende.

Alle som kunne, har presentert posterne sine til praksisfeltet. De studentene dette var upraktisk for, presenterte posterne i studentgruppen etterpå. Studentene fremhevet at det å få dele erfaring og kunnskap var svært viktig og lærerikt for å kunne forstå og utføre god sykepleie.

Posterutstillingen på høyskolen er nå en del av undervisningen til alle sykepleierstudentene i kullet. Suksessen ved kirurgisk avdeling førte til at alle på kullet nå får tilbud om å lage poster i stedet for en annen oppgave i praksis. Det har vært både utfordrende og lærerikt å utvikle en poster, for studenter så vel som lærere.

Prosjektet viser et klart læringsutbytte for studentene. Nye erfaringer og nye problemstillinger vil komme i fremtiden, og disse erfaringene vil være med på å modne studentene og hjelpe fremtidige sykepleiere til å arbeide kunnskapsbasert. ●

REFERANSER:

1. Nordvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinar LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Akribe; 2012.
2. Buchvold MV, Huser B, Kannelønning H. Sluttrapport: Kunnskapsbasert praksis i sykehus. Praksisutviklingsprosjekt ved Stord Sykehus, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Stord; 2012.
3. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleieutdanningen. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008.
4. Rykkje L. Pilotprosjekt: Lage poster av bacheloroppgava. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund; 2014.
5. Helsebiblioteket. Om kunnskapsbasert praksis som kvalitetsforbedring. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/Kunnskapsbasert+praksis/Forsideartikkel+Kunnskapsba/Om+kunnskapsbasert+praksis+som+kvalitetsforbedring.33078.cms> (nedlastet 05.03.2018).

FAGARTIKLER:

Fagartikler sendes inn via

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

Sykepleien.no hadde i fjor 4,8 millioner sidevisninger, mens magasinet Sykepleien og temautgaven #Sykepleien sendes til 108 000 medlemmer i Norsk Sykepleierforbund. Publikasjonen er redaksjonelt uavhengig og redigeres etter redaktørplakaten. Vi har 22 ansatte og holder til i sentrum av Oslo.

Redaktør i Sykepleien Forskning

i inntil 50 % fast stilling

Sykepleien Forskning publiserer hvert år cirka 30 vitenskapelige, fagfellevurderte artikler samt annet forskningsrelatert stoff. Artiklene publiseres først og fremst på sykepleien.no, med gode lesertall. Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanalen for å publisere og formidle sykepleieforskning i Norge. Vi ønsker å være et attraktivt tidsskrift som skal stimulere sykepleiere til å følge med i og ta i bruk nyere forskning. Artiklene som publiseres, oversettes også til engelsk av et eksternt byrå.

Vi søker nå en ny redaktør i Sykepleien Forskning. Vedkommende skal sikre at artiklene som publiseres, holder høy faglig standard. Vedkommende skal vurdere og bearbeide innkomne manuskripter og samarbeide med medredaktører for å sikre faglig bredde. Det er viktig at redaktøren er opptatt av både kvantitativ og kvalitativ forskning, og av at artiklene skal formidles til en bred lesergruppe.

Redaktøren vil arbeide tett sammen med manusredaktøren, som er ansvarlig for logistikk, kontakt med artikkelforfatterne, språklig bearbeiding, publisering og kontakt med oversettere. Det er ellers opp til redaktøren å knytte til seg medredaktører som vurderer manuskripter på timebasis, innenfor den økonomiske rammen som ligger i stillingen. Redaktøren kan også knytte til seg et redaksjonsråd med ressurspersoner.

Redaktøren i Sykepleien Forskning vil være del av fag-, forsknings- og innspillredaksjonen i Sykepleien og rapporterer direkte til tidsskriftets ansvarlige redaktør. Redaksjonen samarbeider tett med Sykepleiens nyhetsredaksjon.

Søkeren må ha sykepleiefaglig utdanning med ph.d. eller metodekunnskap på samme nivå. Søkeren må ha et godt og bredt faglig nettverk. Videre må den vi søker, være ryddig og ha evne til å samarbeide og kommunisere godt, både innad i redaksjonen og med eksterne fagmiljøer. Søkeren må ha interesse for forskningsformidling og kunne uttrykke seg klart og konsist.

Tidligere erfaring med forskningsformidling og/eller redaksjonsarbeid er et pluss, men ikke et krav.

Personlig egnethet vil bli tillagt vekt. Vi kan tilby deg utfordrende arbeidsoppgaver i et aktivt, ambisiøst og godt arbeidsmiljø samt

- › tariffavtale
- › lønn etter avtale
- › pensjonsordninger i KLP
- › reise-, ulykkes- og gruppelivsforsikring
- › fleksibel arbeidstid
- › kantineordning

Vi gleder oss til å høre fra deg.

Ta gjerne kontakt med ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf. 408 52 179, eller på e-post: barth.tholens@sykepleien.no for mer informasjon. Alle henvendelser behandles konfidensielt.

Søknad sendes inn til vår elektroniske søkeportal, se **www.sykepleienjobb.no**

Søknadsfrist: 15. oktober 2018

Sykepleien



Nina Værnes jobber sammen med pasienten for å finne tilbake til det vanlige livet.

– Vi redder liv, gir omsorg og en verdig død

• Fortalt til **Sissel Hagen Vetter**

En typisk arbeidsdag her på nevrintensiven starter med rapport. Pasientene våre er ofte så syke at vi er en sykepleier, noen ganger to, på hver enkelt pasient. Jeg vurderer hva jeg skal prioritere, og jeg setter meg mål for dagen.

Jeg føler meg privilegert som kan konsentrere meg om én pasient. Jeg kan utgjøre en forskjell for denne personen. Fordi pasienten har svikt i vitale organer, må vi observere endringer i tilstanden til enhver tid og vurdere hvilke tiltak som må settes i verk. Mye teknisk utstyr og mange ulike medikamenter krever virkelig årvåkenhet og kontinuerlig observasjon og kontroll. Ellers jobber vi mye med mobilisering og trening og forebygging av liggesår og lungeinfeksjoner.

Nå er det langt fra slik at hver dag går som planlagt. Jeg må til enhver tid være til stede i situasjonen hvis uforutsette ting skjer. Det er mange triste øyeblikk, med sorg. Situasjonen du er i, gjør at du ikke kan velge den bort. Jeg er jo der sammen med dem, både pasienter og pårørende.

Pasienter kan høre og føle hva som er skjedd med dem. Noen er ikke i stand til å gi meg tilbakemelding, men jeg er der for å gjøre det bedre for pasienten. Vi skal stelle dem, men vi tar dem også på alvor.

Mange av pasientene våre har fått hodeskader. Har jeg en pasient som ikke ligger på respirator mer, og skal våkne opp, kan det forekomme en forvirringstilstand hvor de ikke er helt klare. Da snakker jeg med dem som om de er til stede. Jeg prøver å finne ut hva akkurat denne pasienten trenger for å klare å tre frem igjen. Det kan være musikk de liker, navnet på barna deres eller bilder. Målet er å føre pasienten tilbake til slik det var.

Vi redder liv, gir omsorg og en verdig død. Noen ganger savner jeg at jeg ikke kan konkretisere. En arkitekt kan gå tilbake og se hva som er bygd. Det kan ikke jeg, men jeg kan gå tilbake og se at noen lever. Og bevisene får vi jo på en måte når tidligere pasienter kommer innom etter rehabilitering og forteller hvor stor betydning vi har hatt for dem. For livet deres. •

sissel.vetter@sykepleien.no



sykepleien.no

Les mer:

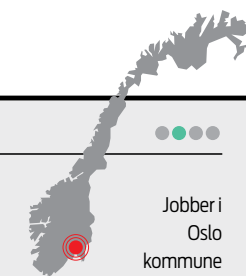
Historiene til 100 andre sykepleiere finner du her. Tema/yrke sykepleier

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1986

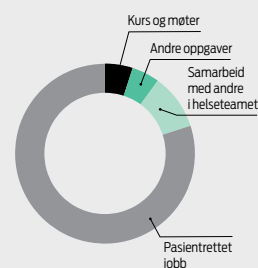
CV

2010–2011: Toårig master i profesjonsetikk fra UiO
1989–1991: Spesialutdanning i intensivsykepleie
1997–2012: Fagutviklings- sykepleier på intensivavdelingen på Aker



Jobber i Oslo kommune
59°N

Når jeg jobber, driver jeg med ...



MYE TEKNISK UTSTYR: Det kreves årvåkenhet, observasjon og kontroll av Nina Værnes når hun er på jobb på nevrintensivavdelingen på OUS Ullevål. Foto: Privat



May Vatne husker ennå blikket til jenta hun sa god natt til for over tretti år siden.

– Det finnes ingen enkel oppskrift for å vurdere selvmordsrisiko

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

En vårkveld på 1980-tallet hadde May Vatne kveldsvakt på Modum Bad – en institusjon som blant annet behandler personer med angst, traumer og depressive lidelser.

Hun stakk innom en ung pasient, en jente som lå på tomannsrom, og sa god natt før hun gikk av vakt.

I dag, over 30 år senere, kan Vatne fremdeles fremkalle minnet:

– Jenta satt i senga og skrev, minnes hun.

– Jeg var den siste av personalet som så henne i live.

Jenta hadde, slik Vatne husker det, en alvorlig psykisk lidelse og hadde vært innlagt på Modum i flere måneder.

– Hun var vurdert til å være i bedring og ikke som suicidal på dette tidspunktet.

– Hendelsen berørte oss som jobbet der, veldig. Vi ble jo glade i pasientene våre. Det er òg en del av profesjonaliteten, sier Vatne, som i dag er førstelektor på fakultet for helsevitenskap ved Oslomet.

LANGVARIG ENGASJEMENT

Dødsfallet på Modum Bad styrket et allerede sterkt engasjement hos Vatne. Et engasjement for dem blant oss som ikke ser noen annen utvei enn den endelige.

Under studiet ved Statens Spesialscole i Psykiatrisk Sykepleie på Bygdøy i 1981–1982 fordyppet hun seg i suicidalitet og depresjon.

Da hun skrev sin hovedfagsoppgave i 1998, var temaet bruk av skriftlige kontrakter i samarbeid med suicidale pasienter. Hun intervjuet erfarne sykepleiere om metoden.

– Å samarbeide med kontrakter og kriseplaner, som er tilpasset person og situasjon, kan bidra til at en person «tar tak» i livet sitt igjen. Men det er bare ett av flere verktøy i en prosess, forklarer Vatne.

KAN RAMME HVEM SOM HELST

Det Vatne mest av alt tok med seg fra hovedfagsarbeidet, var hvor viktig det er å ha et relasjonelt perspektiv i arbeidet med suicidale.

Ifølge Vatne finnes det ingen lettvent oppskrift for å vurdere risikoen for at noen vil ta sitt eget liv. Heller ingen enkel oppskrift for å forhindre at noen forsøker.

– Selvmordstanker kan ramme hvem som helst. Deg og meg. Du trenger ikke å ha en psykisk lidelse for å vurdere selvmord som en utvei hvis livet oppleves meningsløst, sier Vatne.

– Du kan ha et liv som fremstår som godt, meningsfullt og trygt sett utenfra. Med familie og nære venner. Ved selvmordsforsøk og selvmord er det ofte sammensatte forhold som belaster, for mange over tid. Og «til slutt blir det for mye», slik flere av dem jeg intervjuet beskrev denne prosessen.

ENSOMHET OG SKYLD

I 2009 dybdeintervjuet hun ti overlevende etter selvmordsforsøk om deres erfaringer.

– Det var mye ensomhet der. Det gjorde sterkt inntrykk. Alle jeg intervjuet, hadde familie og mange hadde nære venner. Likevel snakket de lite med dem om det de strevde mest med.

Mange av intervjupersonene følte de burde aklet livet bedre. Skam var en faktor, men det var også mye annet som plaget.

– De kjempet en indre kamp mellom det livskraftige og det destruktive.

«Jeg var den siste av personalet som så henne i live.»

PÅRØRENDES BETYDNING

Vatne mener det å involvere pårørende er en veldig viktig og riktig investering i arbeidet med suicidale pasienter.

– Det er tross alt dit, til de nærmeste, pasienten skal tilbake.

Hun forteller om hvordan en av kvinnene hun intervjuet, merket hvordan hennes voksne sønner ble veldig urolige for henne etter et selvmordsforsøk. De ble observante og veldig på. En av intervjupersonene flyttet hjem til foreldrene. Hos en tredje hadde søsteren flyttet inn.

– Noen var veldig bekymret for sine nærmeste og følte skyld for den belastningen de påførte dem.

Vatne synes det var påfallende hvor lite familie til dem hun intervjuet i 2009, var blitt involvert.

I dag tyder ting på at situasjonen er en annen.

Hun har nemlig nylig intervjuet tolv ansatte ved psykiatriske avdelinger, hvorav åtte sykepleiere, om hvordan de ivaretar pårørende til pasienter som er suicidale eller blir etterlatt ved selvmord.

– Jeg er imponert over hvor mye tid de bruker på pårørende i dag, forteller hun.

Intervjupersonene har, via ledelsen ved to sykehus, selv meldt sin interesse for å delta i prosjektet, og utvalget kan derfor bære preg av dette.

– Likevel – når én forteller at hun tror de i dag «nesten bruker mer tid på pårørende enn på pasienten», sier det noe om en endring av holdninger og praksis.

TING TAR TID

Vatne har hørt historier om pasienter innen psykisk helsevern som har tatt sitt eget liv, selv etter at alle retningslinjer er fulgt.

– En jeg har intervjuet, forteller om en pasient



SAMTALER OM SELVMORD: May Vatne har dybdeintervjuet mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv og ansatte innen psykisk helsevern.

som ble vurdert for selvmordsrisiko samme dag som han tok livet sitt. Andre forteller om selvmord som kom som et sjokk, også på de ansatte, forteller hun.

– Av og til klarer vi som helsepersonell ikke å hjelpe mennesker til å velge livet.

Vatne fremhever betydningen av å bygge relasjoner mellom pasient og personell.

– Man må rett og slett bruke tid. Komme inn på mennesket. Selvmordstanker er ikke det enkleste å snakke om i møte mellom pasienter og helsepersonell. Det er ikke nok å spørre om noen vurderer selvmord. Det er et komplekst tema.

Hun forteller at en av dem hun intervjuet i 2009, beskrev hvordan han lurte personalet ved å «spille» friskere enn han var for å komme vekk fra en avdeling der han opplevde seg nedverdiget.

«Du trenger ikke å ha en psykisk lidelse for å vurdere selvmord som en utvei hvis livet oppleves meningsløst.»

PASIENTENES MENING

Noe av det viktigste helsepersonell kan gjøre, er ifølge Vatne å lytte og å ta pasienten på alvor.

I modellen for kunnskapsbasert praksis, er brukerkunnskap og brukermedvirkning likestilt med forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap.

– Jeg er veldig usikker på om brukerens oppfatning vektlegges nok i dag, sier Vatne.

Hun viser til saker der pasientene selv har uttrykt bekymring for hva de kan finne på, mens helsepersonell har konkludert annerledes.

– Undersøkelser viser at det å miste pasienter i selvmord kan skape psykisk belastning i form av skyldfølelse, grubling og forsterket bekymring i møte med suicidale. Selvmord er noe helsepersonell frykter. Dette bekreftes av dem jeg har intervjuet, forteller Vatne.

– Det blir da ekstra viktig å ha et godt arbeidsmiljø rundt seg. God psykologisk beredskap for ansatte må til for å beholde engasjement og mot. For at vi skal våge å gå inn i det aller tyngste. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



ELEKTRONISKE OMSORGS- MELDINGER GIR BEDRE OG SIKRERE DOKUMENTASJON

E-meldinger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten gjør informasjonsflyt og samhandling mer pålitelig og effektiv. Likevel tyr mange til telefonen for å kontrollere informasjonen.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.70599



Ida Slaatsveen
Sykepleier,
Fakultet for
medisin og
helsevitenskap,
Norges teknisk-
naturvitenskap-
lige universitet

Et av hovedmålene med elektronisk samhandling med omsorgsmeldinger (se faktaboks) er økt effektivisering og kvalitetsforbedring for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet (1).

Denne artikkelen belyser derfor erfaringene med å bruke elektroniske omsorgsmeldinger til sykepleiere fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Den belyser også hvorvidt denne bruken har bidratt til en mer effektiv og forbedret dokumentasjon og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (1–3).

Studien vår er basert på et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs hospital, Trondheim kommune og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

METODE

Studien er basert på en intervju- og litteraturstudie. Vi samlet inn empiriske data gjennom semi-strukturerte, individuelle intervjuer i mars 2017.

UTVALG OG INFORMANTER

Vi rekrutterte og intervjuet totalt åtte sykepleiere. Fire sykepleiere var fra en avdeling ved et helsehus i Trondheim kommune, og fire sykepleiere var fra en avdeling på St. Olavs hospital. Begge kjønnene

Fakta

Elektronisk meldingsutveksling

Aktører i helse- og omsorgssektoren må forholde seg til ulike meldingstyper ved elektronisk meldingsutveksling. Basismeldinger er en gruppe meldingstyper som inneholder følgende: henvisning, epikrise, laboratorie- og røntgenrekvisjoner/svar.

Kilde: Norsk Helsenet

var representert. Alle sykepleierne hadde 75–100 prosent stilling og varierende fartstid som sykepleier.

INTERVJU OG ANALYSE

Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble benyttet som metode (4, 5). I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide med fire konkrete spørsmål. Intervjuet ble gjennomført av førsteforfatteren og foregikk på avdelingen der sykepleierne jobbet (5).

Vi benyttet den tvverrgående analysemetoden systematisk tekstkondensering for å analysere datamaterialet (6).

ETISKE OVERVEIELSER

Alle informantene mottok informasjon om prosjektet på forhånd.

Deretter innhentet vi samtykke. Det var frivillig å delta, og de kunne når som helst trekke seg. Studien er godkjent av Trondheim kommune, St. Olavs hospital og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. Dataene fra informantene er anonymisert, og svarene er blitt behandlet konfidensielt (5).

RESULTATER

Generelt viser funnene at alle sykepleierne syntes elektroniske omsorgsmeldinger var et godt hjelpemiddel. De bidro til bedre kommunikasjon. Samhandlingen ble mer effektiv og bedret dermed samarbeidet mellom helsetjenestenivåene.

UPÅLITELIG INFORMASJON

Flere av informantene fortalte at informasjonen de fikk gjennom elektroniske omsorgsmeldinger, ikke alltid var godt nok utdypet, eller den manglet relevant og viktig informasjon. En informant sa følgende:

«Jeg synes noen ganger at informasjonen gjennom omsorgsmeldinger kan bli underkommunisert, det er lettere å forklare nærmere på telefon.»

Noen av informantene fortalte at de ikke alltid stolte på den informasjonen de mottok skriftlig, og følte det ikke var forsvarlig uten å ringe for å få bekreftet opplysningene. I likhet med funn fra andre studier (7) måtte sykepleierne i vår studie

Fakta

Hovedbudskap

Elektroniske omsorgsmeldinger er tatt i bruk for at dokumentasjonen og samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal bli bedre og mer effektiv. Gjennom et helhetlig helse- og omsorgstilbud har kommunen fått mer kompetanse og flere midler, slik at pasienter kan skrives ut raskere fra sykehuset og bli tatt imot tidligere i kommunen.

Nøkkelord

- Kommunehelse-tjeneste
- Spesialisthelse-tjeneste
- Kommunikasjon
- Dokumentasjon
- Elektronisk omsorgsmelding



BRUKER FORTSATT TELEFON: Sykepleierne synes elektroniske omsorgsmeldinger er et godt hjelpemiddel. Men når de trenger å få raskt svar på noe, er telefonen god å ha. Arkivfoto: Erik M. Sundt

supplere med telefonsamtaler for å sikre tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand.

Dette behovet for å kontrollere informasjonen via telefon gjaldt spesielt medisinalisten i epikrisen, som noen ganger ikke stemte overens med medisinerne som sto oppført på medisinalisten. En sykepleier i kommunen fortalte som følger:

«Jeg ringer alltid for å bekrefte at medisinerne er riktige fordi jeg aldri kan stole på at det som står i epikrisen, er rett. Det er ikke forsvarlig uten å ringe.»

En sykepleier fra sykehuset sa derimot at de ikke lenger trengte å ringe om medisinalisten fordi slike opplysninger skulle sendes gjennom elektronisk melding.

Alle informantene fortalte at de brukte telefon når de trengte å få raskt svar på noe. Flere fortalte også at når man kommuniserer via telefon, må man svare med en gang. En informant sa at når man mottar en elektronisk melding, kan man velge å ikke åpne den eller kvittere for at meldingen er lest, og dermed utsette å forholde seg til meldingen. Man kan velge å lese meldingen senere, eller ikke lese den i det hele tatt. Dette utgjør en fare for at viktig informasjon ikke kommer frem i tide.

FORETOK TELEFONKONTROLL Sykepleierne på sykehuset var derimot svært fornøyd med at de ikke lenger trengte å ringe for å informere om aktuelle medisiner

Fakta

Omsorgsmelding

Melding som skal sendes fra spesialisthelsetjenesten på utskrivningsdagen til kommunehelsetjenesten.

Meldingen skal inneholde informasjon om pasienter som følges opp av kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

Kilde: Direktoratet for e-helse

fordi disse opplysningene allerede skulle være sendt elektronisk. Det er vanskelig å vite årsaken til at sykepleierne i kommunen utfører dobbeltkontroll med en supplerende telefonsamtale hver

gang for å bekrefte pasientens medisiner. Årsaken kan være at sykepleierne har opplevd at forskjellige skjemaer ikke stemmer overens. Kanskje har de dårlige erfaringer fra tidligere eller har opplevd situasjoner hvor feil i pasientens medisiner har truet pasientsikkerheten.

Til tross for at sykepleierne var fornøyd med meldingsfunksjonen, var det lettere å bruke telefon ved enkle henvendelser fordi det kan virke mer effektivt. De som svarer på telefonoppringingene, blir kanskje avbrutt eller opplever det som ekstraarbeid å svare på spørsmål om pasientens medisiner i og med at den informasjonen allerede skal være sendt elektronisk.





SYNLIGE HELSETJENESTER

Sammen med lovpålagt dokumentasjonsplikt (8) er dokumentasjon også en måte å videreutvikle helsetjenesten på ved at den synliggjør helsetjenestene en pasient får (9, 10). Når kommunikasjonen foregår elektronisk (2), synliggjør den en informasjonsutveksling som går på tvers av helsetjenestenivåer.

Telefonsamtalene kan bli dokumentert i den elektroniske pasientjournalen som en del av kommunikasjonen. Likevel synliggjøres ikke den dokumenterte telefonsamtalen godt nok i og med at det i dag er forskjellige dokumentasjonsprogrammer i spesialist- og kommunehelsetjenesten (11). Det ville vært mer urovekkende om disse supplerende telefonsamtalene ikke fant sted, da de i utgangspunktet ble foretatt for å innhente informasjon som var mangelfull.

SER LESTE MELDINGER

Flere av sykepleierne påpekte en fin funksjon med systemet ved at det dukket opp et ikon når en ny melding kom, og at man kunne kvittere for å ha lest meldingen. En sykepleier mente derimot at kvitteringen var en svakhet ved systemet fordi de kunne åpne meldingen, lese den, men velge ikke å kvittere. Dermed ble det ikke synlig at meldingen var lest.

Kvalitet i helsetjenesten skal være preget av kontinuitet (12). Dersom noen utsetter å ta stilling til en ny melding, forskyves oppgavene over på neste sykepleier som kommer på vakt. Ideelt sett kunne sykepleieren kvittere for alle meldingene, for da vil neste som kommer på vakt, fort kunne sette seg inn i hva som har blitt gjort, og hvilken informasjon som har blitt formidlet mellom helsetjenestene.

TAR TID Å DOKUMENTERE

Noen av informantene syntes at dokumentasjonen krevde mye tid i en hektisk arbeidshverdag, slik en sykepleier fra kommunen sier:

«Jeg synes ofte det kan bli et valg mellom å dokumentere godt om pasienten og det å gi et godt stell. Jeg har det derfor bedre med meg selv dersom jeg heller bruker tiden

på å gi et godt stell.»

Samtidig sa også sykepleierne at de bruker mye tid på e-meldinger, og at det kan gå på bekostning av pasientrettet arbeid. Telefonsamtaler kan kanskje føles som den enkleste måten å henvende seg på i den spesifikke situasjonen, spesielt med tanke på kortere liggetid og raskere pasientforløp.

Gjennom et behandlingsforløp der mange forskjellige sykepleiere har vært involvert og informasjon har blitt formidlet på tvers av helsetjenestenivåer, vil det bli lettere å følge opp tråden fra vakt til vakt dersom all kommunikasjon har blitt dokumentert. Slik dokumentasjon skjer ikke automatisk hvis informasjon utveksles over telefonen. Det kan virke som at systemet, slik det fremstår, ikke har tatt høyde for behovet for fortløpende dokumentasjon.

Når kommunikasjonen foregår som dokumentasjon etter definerte maler, føles det kanskje mer tidkrevende å kommunisere. Når sykepleiere prioriterer å bruke mer tid på pasienten, føler kanskje pasienten seg bedre ivaretatt, og sykepleieren får et bedre grunnlag for hva som må dokumenteres. For liten tid med pasienten kan forårsake færre observasjoner og dermed svekke dokumentasjonsgrunnlaget (10).

TIDSPUNKT VARIERER

Informantene mente at pasientoverføringene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er hyppigere enn tidligere, altså at flere pasienter trenger oppfølging av kommunens pleie- og omsorgstjeneste. De største utfordringene var derfor å ha tilstrekkelig informasjon på plass før pasientene ble utskrevet fra sykehuset. God og riktig informasjon er essensielt fordi pasientene skrives ut tidligere enn før og dermed er dårligere ved utskrivning.

Å få epikrisen før pasienten overflyttes til kommunehelsetjenesten, bidrar til bedre kvalitet på sykepleien. I tillegg bidrar det til effektivitet fordi sykepleierne på et tidlig tidspunkt kan sette seg inn i pasientens situasjon og begynne å planlegge sykepleien. Tjenestene er

dermed virkningsfulle, og ressursene utnyttes på en hensiktsmessig måte (12). Sykepleierne i kommunen hadde erfart at tidspunktet for når viktig informasjon og epikrisen ble sendt over til dem, kunne variere fra avdeling til avdeling.

Informantene opplevde at omsorgsmeldingene bidro til å avklare når informasjon skulle formidles. Lyngstad og medarbeidere hevder at omsorgsmeldingene bidro til bedre kommunikasjonsrutiner (16). Omsorgsmeldingene har altså ført til tydeligere føringer for når informasjon skal formidles.

På den måten kan de bidra til bedre effektivitet i samhandlingen.

Informantene fortalte at informasjonen kommunen mottar, må inneholde nødvendig og riktig informasjon, slik at de kan overta pasienten på en forsvarlig måte som ivaretar pasientsikkerheten. Flere fortalte derimot at epikrisen

noen ganger manglet viktig informasjon om blant annet medisiner, pasientens tidligere sykdommer og aktuelle prosedyrer.

FELLES FORSTÅELSE VIKTIG

Funn i studien viste at sykepleierne opplevde bedre samhandling dersom alle hadde en felles forståelse av hvilken informasjon den som mottar pasienten, hadde behov for. Gjensidig forståelse på tvers av helsetjenestenivå og god dokumentasjon av den nødvendige informasjonen den mottakende enheten trenger, er avgjørende for samarbeidet (7, 14, 15). Det er avgjørende å formidle informasjon på en forståelig måte for å klare å samhandle (14).

Sykepleierne på sykehuset fortalte at det lettet arbeidet med utskrivningsrapporten dersom det hadde blitt skrevet utfyllende om pasienten underveis i pasientforløpet. Flere informanter fortalte at det er med på å øke pasientsikkerheten når kommunikasjonen blir dokumentert.

Ifølge Statens helsetilsyn er det behov for flest forbedringer i

«Alle sykepleierne syntes elektroniske omsorgsmeldinger var et godt hjelpemiddel.»

FAGARTIKLER:

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

overføringen av informasjon fra sykehus til kommune (13). Det krever derfor god planlegging for hver enkelt sykepleier å ta seg tid til å dokumentere godt.

KONTINUITET OG KVALITET

Det er en forutsetning å dokumentere planlagt gjennomført sykepleie for å kunne vurdere kvaliteten av sykepleiebehandlinger (10). Sykepleierne følte seg sikrere når all kommunikasjon på tvers av helsetjenestenivåene ble dokumentert. Disse funnene underbygges av forskning (14). Det øker pasientsikkerheten å følge det lovpålagte kravet om dokumentasjon (9).

Samtidig bidrar dokumentasjonen til synliggjøring og kontinuitet og er en faktor som gir helsetjenestene kvalitet (8, 9, 12). Som sykepleier er man dermed både med på å sikre kvalitet og pasientsikkerhet ved å dokumentere godt, men også til å bidra til effektiv samhandling ved å ha tilstrekkelig informasjon tilgjengelig når pasienten forflyttes mellom tjenestenivåer.

Kvalitet i sykepleieutøvelsen handler blant annet om å ivareta pasientsikkerheten ved å redusere feil og uheldige hendelser til et minimum (12). Det kan virke som at sykepleiere tilsynelatende er bevisste på hva som er god kvalitet og pasientsikkert. Informantene rapporterte at de ringer for å innhente den manglende informasjonen om pasienten hvis de er usikre på om de har riktig eller tilstrekkelig dokumentasjon.

Kvalitetsforbedring i helse-tjenesten har de siste årene rettet seg mye mot å effektivisere organiseringen (13). Overordnede føringer om å skrive ut pasienter raskere fra sykehuset til kommunehelsetjenesten øker dermed kravet til hver enkelt sykepleier om å formidle informasjon effektivt. For å innhente informasjon om og grunnlag til hva som skal dokumenteres og videreformidles, arbeider sykepleierne etter sykepleieprosessen (10).

Dersom mottakende enhet har fått tilstrekkelig informasjon om i hvilken grad pasienten har behov for sykepleie og hvilket system

pasienten er en del av, vil det bli mer effektivt å forflytte pasienter mellom tjenestenivåer.

ULIK FORSTÅELSE

Det varierte hvor god opplæring sykepleierne hadde fått i bruk av systemet. Likevel opplevde alle informantene at de hadde god kjennskap til hvordan de skulle håndtere systemet.

Sykepleierne fortalte at det var helt avgjørende for samarbeidet at alle forsto systemet, spesielt med tanke på hvordan systemet fungerer som en kommunikasjonskanal mellom helsetjenestene. To av sykepleierne i kommunen fortalte at de noen ganger hadde fått telefon fra sykepleierne på sykehuset som åpenbart ikke forsto hvordan systemet fungerte. De rapporterte at sykepleiere fra sykehuset ved noen anledninger hadde ringt direkte til avdelingen for å spørre om de hadde plass til å ta imot en pasient.

«Det er ikke forsvarlig uten å ringe.» Informant

Sykepleierne i kommunene måtte forklare at de på sykehuset måtte kontakte en saksbehandler gjennom meldingssystemet. Tjenestene blir dermed lite samordnet (12). Dersom alle som er involvert i behandlingen av pasienten, har den nødvendige informasjonen om pasienten og behandlingsforløpet frem til nå, vil det være en viktig faktor som bidrar til effektivitet og kvalitet i samhandlingen.

Sykepleierne ved sykehuset visste ikke at de hadde forskjellig dokumentasjonsprogram fra sykepleierne i kommunen. Informantene sa at det hadde hendt at sykepleierne på sykehuset mente at sykepleierne i kommunen bare kunne slå opp en prosedyre i Extend Quality System (EQS), som er en helhetlig løsning for kvalitets- og virksomhetsstyring ved St. Olavs hospital, noe sykepleierne

i kommunene altså ikke har tilgang til. Alle var enige om at dersom man forsto systemet med omsorgsmeldinger, var det enklere å forstå når informasjonen skulle formidles. En av sykepleierne fortalte følgende:

«Tidsfrister for når en elektronisk melding skal sendes, gjør det mer kvalitetssikkert, og det bidrar til bedre avklaring både på sykehuset og i kommunen for når informasjonen skal være på plass.»

Det er viktig at hver enkelt sykepleier setter seg godt inn i meldingssystemet, slik at de er oppdatert på den faglige utviklingen (14, 17).

KONKLUSJON

På bakgrunn av empiri, forskning og litteratur har vi i denne studien forsøkt å finne svar på om elektroniske omsorgsmeldinger har bidratt til effektivitet og kvalitet i dokumentasjonen og samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Elektroniske omsorgsmeldinger ser ut til å bidra til økt effektivitet og kvalitet med bedre informasjonsflyt mellom helsetjenestenivåene. Det bidrar til høyere pasientsikkerhet, og det er lettere å følge opp pasienten fordi alt blir dokumentert. Likevel mente sykepleierne at den mest effektive måten å kommunisere på, var å innhente informasjon over telefonen.

Dersom optimal informasjonsflyt og enda bedre samhandling skal oppnås, må alle som er involvert i den enkelte pasientens behandlingsforløp, sette seg godt inn i systemet med omsorgsmeldinger og forstå hva den som overtar pasienten, har behov for av informasjon.

Det vil også være viktig at de som utvikler e-samhandlingssystemer, hører på hvilke behov brukerne, i dette tilfellet sykepleierne, har for å lage et system som har høy nytteverdi. I fremtiden, med et felles pasientjournalssystem, vil det trolig bli lettere å innhente informasjon. Det kunne være spennende å undersøke hvordan samhandlingen påvirkes da.

Vi samlet inn data fra bare to avdelinger, og derfor er funnene sparsomme. Dermed kan vi ikke trekke

noen generelle slutninger for hvordan dokumentasjonen og samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten faktisk er. Funnene støttes likevel av annen litteratur og forskning og kan dermed være et godt bidrag og nyttig i et lokalt perspektiv. ●

REFERANSER:

1. Norsk Helsenett, Slagsvold H og Petersen K. Program for meldingsutbredelse. Trondheim: Norsk Helsenett; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.nhn.no/media/1157/rapport-om-meldingsutbredelse-i-kommunehelsetjenesten.pdf> (nedlastet 17.08.18).
2. Forskrift 1. juli 2015 nr. 853 om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853> (nedlastet 16.08.2018).
3. Helseidrettoratet. Samhandlingsstatistikk 2013-14. Oslo: Helseidrettoratet; 2015. Rapport IS-2245. Tilgjengelig fra: <https://helseidrettoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf> (nedlastet 04.04.2017).
4. Jørgensen T, Christensen E, Linneberg A. Klinisk forskningsmetode: en grundbog. 4. utg. København: Munksgaard; 2016.
5. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
6. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
7. Bratthheim BJ, Hellesø R, Melby L. Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien Forskning. 2016;11(1):26-33. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830> (nedlastet 16.08.2018).
8. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?qlov%20om%20helsepersonell> (nedlastet 16.08.2018).
9. Sandvand E, Vabo G. Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2007.
10. Dahl K, Skaug EA. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie, bind 2. Grunnleggende behov. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011. s. 16-60.
11. Helse Midt-Norge. Helseplattformen. For pasientens helsetjeneste. En journal for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Trondheim: Helse Midt-Norge; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen/nasjonalt-oppdrag> (nedlastet 17.08.18).
12. Sosial- og helsedirektoratet. ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Veileder IS-1162. Tilgjengelig fra: <https://helseidrettoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> (nedlastet 18.04.2017).
13. Helsestilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Oslo: Statens helsestilsyn; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.helsestilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter/2016/helsestilsynrapport1_2016.pdf (nedlastet 13.02.2017).
14. La Rocca A, Hoholm T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. BMC Health Services Research. 2017;17(1):49.
15. Kihlgren A, Wimo A, Mamhidir AG. Older patients referred by community nurses to emergency departments – a descriptive cross-sectional follow-up study in a Swedish context. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2014;28(1):97-103.
16. Lyngstad M, Grimsø A, Hofoss D, Hellesø R. Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. Journal of Clinical Nursing. 2014;23(23-24):3424-33.
17. Arntzen E. En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.



En dag kan morsmålet bli det eneste pasienten behersker.

Når ingen forstår deg, fordypes ensomheten og lidelsen



Fakta

Håkon Johansen

Geriatrisk sykepleier og medlem av Rådet for sykepleieetikk

Pasienten, som vi alle trodde var døende, fortsetter å leve. Situasjonen stabiliserer seg.

Han hører til i en kollektivistisk kultur hvor omsorg og oppofrelse for de nærmeste er en sentral verdi. Han har da også en kjærlig og nær familie, og han vil ha dem rundt seg – døgnnet rundt.

Men nå begynner de nærmeste å bli slitne. Pasienten trenger fortsatt mye hjelp, og sykehjemmet er det beste stedet for ham. Det synes ikke så greit å ta ham hjem, ikke ennå. Personalet oppfordrer familien til å reise hjem når kvelden kommer, og overlate ansvaret til sykepleier på natt.

VET IKKE HVORDAN PASIENTEN HAR DET

Den første natten forløper rolig, men jeg snakker ikke samme språk som pasienten. Jeg observerer at han sitter i sengen og er våken innimellom. Når pasienten er rolig, velger jeg å holde meg litt på avstand. Men allikevel, tenk om pasienten plages av noe til tross for at han er rolig. Han kan jo godt ha smerter uten å gi høylytt uttrykk for det.

Hvordan har pasienten det gjennom natten? Kjenner han på ensomhet og angst? Jeg er fortvilet fordi jeg ikke kan sette meg ved sengen, legge en hånd på skulderen og spørre hvordan

«Jeg er fortvilet fordi jeg ikke kan sette meg ved sengen, legge en hånd på skulderen og spørre hvordan han har det.»

han har det. Det kjennes ikke greit å stå ansikt til ansikt med pasienten uten å kunne forklare hvorfor jeg kommer, og uten å kunne svare på det pasienten forteller om seg selv nonverbalt gjennom ansikt og kropp. Et varmt smil løser nok mye, men er allikevel ikke et fornuftig svar på alt.

Dette gir meg en følelse av å svikte pasienten. Ut ifra at pasienten har en kognitiv svikt med sterkt redusert korttidshu-kommelse, er det også vanskelig for ham å forstå situasjonen

han er i. Når jeg holder avstand, får jeg heller ikke observert godt nok om han er våken, og hva ansiktet uttrykker av ro og fred, eller angst, smerte og fortvilelse.

MORSMÅLET BLIR VIKTIG

Morsmålet er viktigere enn vi kanskje tenker, hos våre pasienter med minoritetsbakgrunn, som flyktningene eller våre egne minoriteter som samer eller kvener. Selv om de lærer et nytt språk på et nytt bosted, kan morsmålet være avgjørende når de blir syke. Ved akutt, kritisk sykdom eller ved kognitiv svikt kan evnen til å kommunisere på norsk bli svekket. Selv om pasienten ikke har brukt sitt opprinnelige språk på år, kan det nå bli eneste mulige måte å kommunisere meningsfullt og nyansert på.

Pasientens behov for å møte helsepersonell som forstår, er da også en rettighet som er godt forankret juridisk, og som lett kan begrunnes etisk. Retten til medvirkning i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og informasjon som er tilpasset pasientens forutsetninger og språkbakgrunn, er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og vi skal understøtte pasientens håp, mestring og livsmot. Hvordan skal jeg klare det uten å snakke samme språk som pasienten?

TOALETTBESØKET SOM GIKK GALT

Neste kveld går også pårørende hjem. Den første timen er pasienten rolig, men så kommer uroen. Vi har en liste over viktige uttrykk med lydskrift som «toalett», «smerte» og flere. Selv om dette er til liten hjelp i en meningsfull samtale, kan jeg avklare eller utelukke noen behov hos pasienten.

Den gamle mannen må på toalettet og vil at datteren skal komme for å hjelpe. Jeg står ansikt til ansikt med pasientens fortvilelse, men vi har en felles forståelse med pårørende at nå trenger de ro om natten.

Mannen peker på tunga si og sier gjentatte ganger navnet på morsmålet sitt. Jeg tilkaller en kvinnelig kollega, men pasienten

vil bare ha datteren til å hjelpe. Jeg ringer datteren, som kommer etter en stund. Jeg hjelper til og får pasienten ut av sengen, men innen han kommer til toalettet, renner avføringen.

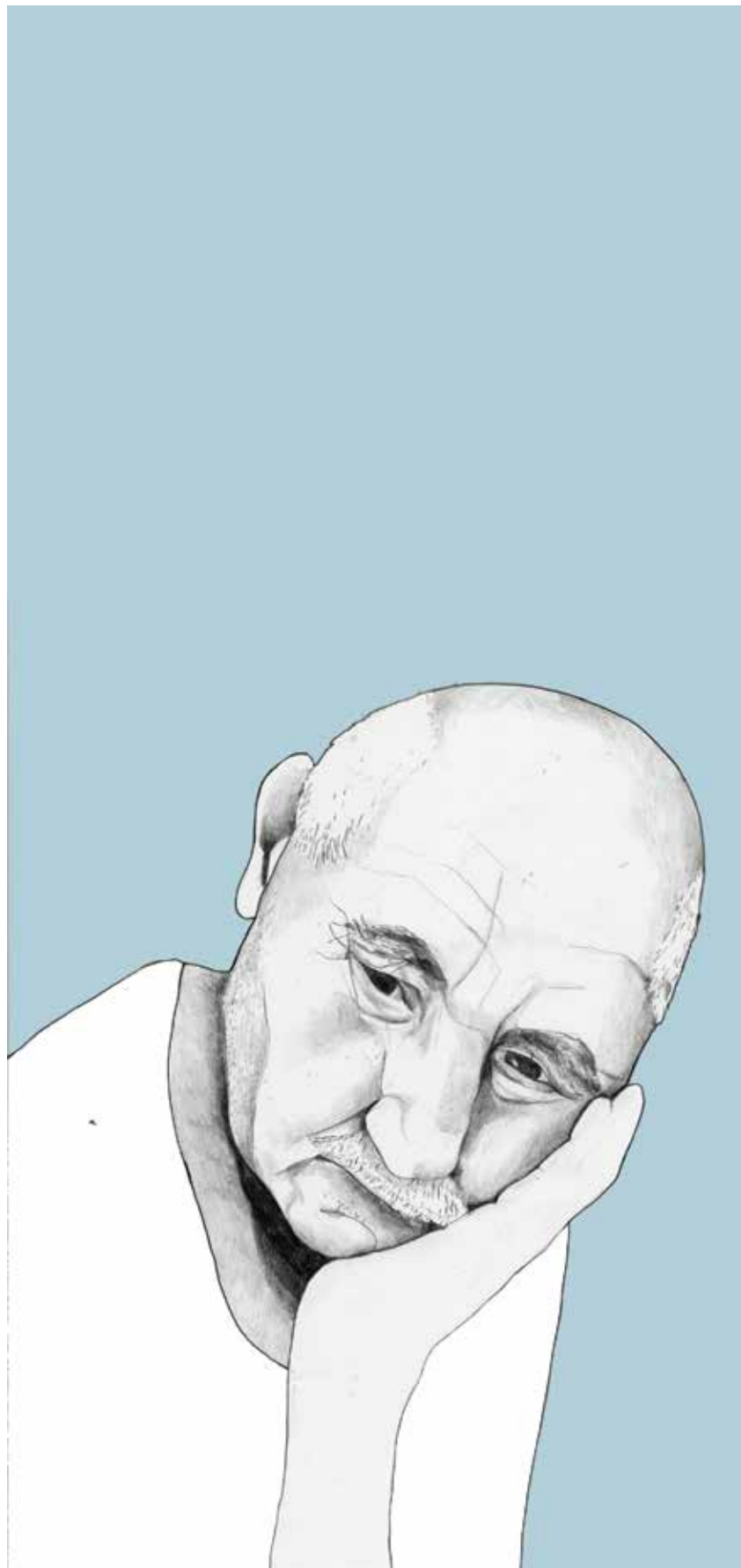
Jeg kan bare forestille meg hvor krenkende og uverdigg dette må oppleves. Når det hele er over og pasienten er stelt og lagt i sengen, takker han for hjelpen. Men ansiktet lyser av fornøydhet og krenkelse. Takknemligheten ligger dypt i hans kultur. Han gir uttrykk for det til tross for krenkelsen. Jeg skulle ønske jeg kunne si hvor lei meg jeg er for det han har opplevd.

SPRÅKKYNDIGE ANSATTE VILLE LØST PROBLEMET

Skal vi ta vare på identitet og verdighet hos sårbare pasienter, er språket avgjørende viktig, også når hukommelse og evne til verbal kommunikasjon svekkes. Pasienter har rett til tolk om det er nødvendig for å forstå og å gjøre seg forstått. Det er også gode grunner til at pårørende ikke skal ha rollen som oversetter i samtale mellom pasient og helsepersonell. Men bruk av tolk er meningsfullt i samtaler, ikke for å være til stede ved sykesengen gjennom en hel natt.

Helsepersonell som behersker andre språk, som arabisk, farsi, samisk eller kvensk, er derimot en stor ressurs i denne sammenhengen. I tillegg til språket vil de også ha en kulturkompetanse som kan gjøre en stor forskjell for pasient og familie. Ledelsen ved helseinstitusjonene bør bruke denne ressursen. Men gjør de det?

Min kommune hadde denne språklige og kulturelle ressursen som ville ha gjort en stor forskjell for min pasient, men det ville ha kostet penger og innsats i form av midlertidig omorganisering, og ble heller ikke forsøkt. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

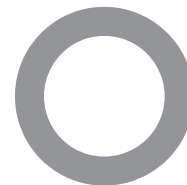


HELSESTØSTRE MÅ VÅGE Å SPØRRE OM VOLD OG OVERGREP

Mange helsesøstre unnlater å spørre om vold og overgrep mot barn og unge av frykt for å krenke eller anklage foreldrene. Da er det viktig med rutiner for lik praksis, slik at alle blir spurt.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på 100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleienn.2018.72233



Jill Strand
Helsesøster
og familierapeut,
Hadsel kommune

I Norge regner vi med at fem prosent av den norske befolkningen har blitt utsatt for alvorlig vold fra foreldre i løpet av oppveksten. Tjue prosent kvinner og nesten åtte prosent menn oppgir at de har vært utsatt for seksuelle overgrep før de fylte 18 år. Det ser ut til at forekomsten har endret seg lite fra 1980-tallet og frem til i dag (1). I de nye faglige retningslinjene er det betydelig større

oppmerksomhet på å forebygge og avdekke vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Metodisk skal forebygging gjennomføres ved individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner samt med undervisning på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Eksempelvis skal vold være tema på lik linje som søvn og fysisk aktivitet i enkelte konsultasjoner (2).

I evalueringen av opplæringsprogrammet «Tidlig inn» (se faktaboks) var et av hovedfunnene at ansatte som hadde gjennomført opplæringen, fikk mer kunnskap om vold. Det var relativt ukomplisert å innføre nye rutiner, men det var mer krevende og utfordrende å få de ansatte til å ta i bruk nye rutiner (1). Hva er barrierene i implementeringsprosessen?

INDIVIDUELLE BARRIERER

Som profesjonelle yrkesutøvere er vi alltid til stede som hele mennesker. Hvem vi er som personer, hvilken familiebakgrunn og oppvekstmiljø vi har, våre erfaringer, verdier og holdninger vil til sammen påvirke hvordan vi utøver yrket vårt (3), og hvordan vi møter mennesker i en profesjonell kontekst.

Holdninger betyr innstilling. Holdninger kan være basert på kunnskap eller ervervet gjennom erfaringer, men er ofte relativt

ureflektert adoptert fra foreldre, venner og andre grupper man har valgt å identifisere seg med (4). Verdier kan beskrives som drivkraften bak atferden vår. De er forankret i våre grunnleggende behov og preferanser. Flere av verdiene våre er åpne, men noen er skjulte. De skjulte har vi ikke en bevisst holdning til (5).

Våre egne holdninger og verdier kan være mer styrende i vår profesjonelle rolle enn vi er klar over. For eksempel når det stilles et krav om å spørre om vold, og den profesjonelle har en holdning som sier at det å spørre om vold, er det samme som å anklage foreldrene. Det vil da kunne oppstå en indre konflikt mellom ens egen holdning og den pålagte handlingen.

Eller når den profesjonelle har en holdning hvor hun eller han tror de kan se hvem det er som utøver vold, og dermed spør enkelte ut fra sin egen selektive vurdering. Uttalelser som «vi må være mer sikker» og «hvis vi spør direkte, anklager vi dem» er ikke ukjente kommentarer i praksisfeltet. Om helsepersonell har en bevisst eller ubevisst holdning som innebærer at de tror de kan se hvem som utøver vold, kan det bidra til at de unnlater å spørre.

MÅ VÅGE Å SPØRRE

Når den profesjonelle ikke har et avklart forhold til sine egne

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Helsestasjonen har gjennom nye faglige retningslinjer fått et betydelig høyere krav om å avverge og avdekke vold og overgrep mot barn og unge. Dette kravet fordrer en endring av praksis. Erfaring tilsier at brukerne er komfortable med å bli spurt om vold og overgrep dersom det er rutine og alle blir spurt. Hvis én helsesøster spør systematisk i sine konsultasjoner, mens én kollega utelater det, vil det fort bli snakket om hvorfor.

Nøkkelord

- Helsesøster
- Vold
- Kommunikasjon

Fakta ●●●

Opplæringsprogrammet «Tidlig inn»

«Tidlig inn» er et opplæringsprogram for ansatte i kommuner. Målet er å styrke kompetansen til å kunne identifisere og intervensjon tidlig ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre. Opplæringen går over seks dager, og programmet er primært rettet mot jordmødre, helsesøstre og leger. Frem til 2016 hadde 117 kommuner deltatt i opplæringsprogrammet.

Kilde: Mathiesen IH, Skoland K. Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn – hva har skjedd i kommunene? Rapport IRIS – 2016/054.



SAMTALEKOMPETANSE: Helsepersonell bør legge til rette for at barn og unge skal kunne samtale fritt på helsestasjonen uten at overgriperen eller voldsutøveren er til stede. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

reaksjoner, kan vedkommende lett benekte og bagatellisere symptomer på vold og seksuelle overgrep (6). Frykt for reaksjonen til dem som blir spurt, kan også være en barriere i praksis.

Killén mener vi overidentifiserer oss med foreldrene (6). Vi blir for naive og tror at den hyggelige mammaen eller pappaen aldri ville funnet på å skade barnet sitt. Enkelte frykter også for brudd i relasjonen til foreldrene hvis de spør. Det kan se ut til at magesfølelsen blir navigasjon for enkelte når de vurderer om de skal våge å spørre.

I evalueringen av «Tidlig inn» opplevde de ansatte at brukerne var positive til å bli spurt om vold, nedstemthet og alkoholbruk dersom det var en rutine at alle ble spurt.

I undersøkelser som er gjort i det samiske samfunnet, fant Øverli, Bergman og Finstad at frykten for å krenke var så stor i hjelpeapparatet at de unnlot å spørre om vold og seksuelle overgrep. De som hadde opplevd vold og overgrep, ga derimot tydelig uttrykk for at de ønsket å bli spurt (7). Funnene i disse undersøkelsene er ikke i samsvar med enkeltes holdninger til

«Vi blir for naive og tror at den hyggelige mammaen eller pappaen aldri ville funnet på å skade barnet sitt.»

det å våge å spørre om vold.

Det å ta en «indre skanning» av egne holdninger og verdier kan bidra til å endre den profesjonelle rollen, som igjen kan bidra til å endre praksis. Slik skanning kan gjerne utføres i kollegiet og ved hjelp av veiledning.

KUNNSKAPSBARRIERER

For å avdekke og bekjempe vold er det identifisert et behov for å styrke kommuneansattes kompetanse i samtale med barn samt øke kunnskapen om vold og seksuelle overgrep i profesjonsutdanningene





(8). I dag er flere helsesøsterstillinger besatt av sykepleiere på grunn av lavere kapasitet ved utdanningene enn tidligere (9). Disse sykepleierne vil naturligvis ikke inneha samme kompetanse som en utdannet helsesøster.

Ikke bare opplever helsepersonell at det er vanskelig å spørre om vold, men også at det er vanskelig å vite hvordan de skal formulere seg (10). Solveig Ude er helsesøster og har systematisk spurt om oppdragervold i arbeidet sitt i over 20 år. Hun beskriver eksempler på hvordan det vanskelige temaet kan bli mindre komplisert.

Selv beskriver hun at hun får mye gratis informasjon når hun ber foreldre beskrive barnet sitt. Hun nevner som eksempel foreldre som har beskrevet sine barn som manipulerende, at de ikke unner dem søvn og liknende. Her avdekkes ikke bare bekymringsfulle holdninger hos foresatte, men også en mulighet for å hjelpe dem som har behov for det. Videre spør hun foreldre om de blir sinte på barna sine og følger opp med nye spørsmål ut fra svarene som kommer (11).

MÅ HEVE KOMPETANSEN

En annen kilde til kompetanseheving er e-læringskurs om vold og seksuelle overgrep. Det er utarbeidet et for ansatte i barnehage og skole, men det passer også godt for helsepersonell. Kurset har som mål å gjøre ansatte tryggere i det å samtale med barn for å kunne avdekke og melde videre. Kurset inneholder blant annet flere filmer som viser hvordan en spontan eller planlagt bekymringssamtale kan gjennomføres (12).

Slike samtaler krever at vi har kunnskap om og øvelse i hvordan vi skal lede samtalen. Uten den kompetansen kan vi risikere å lukke muligheten for å avdekke vold og overgrep ved at vi for eksempel stiller ledende spørsmål, eller ved at vi blir styrt av vår egen forforståelse når barnet forteller.

I tillegg til å være trygg på kommunikasjon og metode kreves det kunnskap om kjennetegn på vold

og seksuelle overgrep og hvordan helsepersonell kan legge til rette for at barn og ungdom skal kunne fortelle fritt uten at overgriperen eller voldsutøveren er til stede. Det finnes eksempler på barn som har gått til behandling på BUP i over to år uten å kunne fortelle om overgrep fordi overgriperen var til stede i alle samtaler (13).

«Det finnes eksempler på barn som har gått til behandling på BUP i over to år uten å kunne fortelle om overgrep fordi overgriperen var til stede i alle samtaler.»

Eller som «Trine» sa: «De skulle ikke latt ham være med da det ble tatt røntgen. Da ville jeg fortalt hva som egentlig hadde hendt.» Faren hadde brukket hånden hennes og fortalt at hun hadde ramlet av sykkelen.

ORGANISATORISKE BARRIERER

Når nye rutiner skal innføres, krever det tid til implementeringsprosessen og kunnskap om hvordan prosessen kan gjennomføres. Det kan være krevende å få satt av tilstrekkelig tid til opplæring, faglige diskusjoner, samarbeid, øvelser og kvalitetssikring parallelt med ordinær drift. Fra lederen kreves det kunnskap og anerkjennelse for at det skal bli vellykket å innføre og etablere en ny praksis (14).

I dag er det ikke et lovpålagt krav til kommunene om lokale handlingsplaner for vold i nære relasjoner. Det vil si at det er opp til hver enkelt kommune om den vil prioritere en slik plan, og hvor mye ressurser de vil sette av til dette arbeidet. Beslutningstakere kan mangle tilstrekkelig kunnskap om denne typen prioriteringer. En lokal handlingsplan kan bidra til økt kompetanse hos dem som er

satt til å tildele og forvalte kommunens budsjett.

TID

De fleste konsultasjonene på helsestasjonen har en tidsramme på 30–40 minutter. Det kan synes som at helsesøstre opplever at temaet vold «konkurrerer» med de andre pålagte kravene om hva som skal kartlegges og vurderes. Som for eksempel vekt og lengde, vaksinerings, søvn, motorikk, samspill og ernæring i tillegg til det foreldrene ønsker å ta opp.

Tiden som er satt av til å oppfylle kravene til innholdet i retningslinjene, kan bli for kort. Dersom den profesjonelle da i tillegg er utrygg på å spørre, øker kanskje risikoen for at temaet vold utelukkes.

LIK PRAKSIS

Funn tilsier at brukerne er komfortable med å bli spurt dersom det er en rutine og alle blir spurt (14). Hvis én helsesøster spør systematisk i sine konsultasjoner mens en kollega med samme arbeidsområde utelater det, vil det fort bli snakket om hvorfor. De som blir spurt, kan da oppleve det som mistenksomhet. Det er viktig at praksis blir likest mulig.

TILTAK OG SAMARBEID

Flere av «Tidlig inn»-kontaktene rapporterte at det var en forutsetning å ha tiltakskjeder som er kjent for å innføre nye rutiner i det forebyggende arbeidet mot vold og overgrep. Hvis disse manglet, opplevde de ansatte det som en barriere for å kartlegge, og de ble usikre på videre tiltak ut fra funnene som ble gjort (14). I praksis krever det tverrfaglig og tverretattlig samarbeid for å få vite hvilke tilbud den enkelte kommunen har.

I samarbeidet kan det også oppstå ulike barrierer som geografisk distanse, tid, tidligere praksis, gjennomtrekk av ansatte, mangel på kunnskap om samarbeidspartnere og liknende. Barn som utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt, er ekstra sårbare for et samarbeid basert på personavhengighet og tilfældigheter.



ANDRE BARRIERER

Mediene kan se ut til å være medspillere for helsepersonellet snarere enn motspillere fordi de våger å spørre mer direkte og konkret. De har ikke bare skrevet om hendelser med dypt tragiske utfall, men også om saker der barn har forsøkt å varsle ansatte i offentlige stillinger uten at de har fått hjelp (15, 16).

I 2017 ble 333 barn undersøkt ved Ullevål sykehus etter mistanke om mishandling. Overlege Torkild Aas stilte spørsmål om hvorvidt økningen skyldtes en faktisk økning i antall barn som ble mishandlet som følge av stress hos foreldrene, eller økt oppmerksomhet fra samfunnet (16). Medienes oppmerksomhet på slike saker vil ikke bare kunne bidra til mer oppmerksomhet individuelt hos helsepersonellet, men også til å identifisere og tydeliggjøre et behov for endring i organisasjonen.

VEIEN VIDERE

Barn som lever med vold og overgrep, har ingen mulighet til å komme ut av situasjonen uten hjelp. Derfor er det viktig at alle som jobber med barn og unge, får økt kunnskap og mer hjelp til å forsere egne og organisatoriske barrierer, slik at vi kan våge å se det vi ser og spørre om det vi skal spørre om. ●

REFERANSER:

1. Øverlien C, Moen LH. Takk for at du spør. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Oslo; 2016. Rapport nr. 3/2016. Tilgjengelig fra: https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/02/Rapport_NKVTS_3_2016_nett.pdf (nedlastet 02.01.2018).
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 02.01.2018).
3. Jensen P, Ulleberg I. Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
4. Teigen KH. Holdning. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/holdning> (nedlastet 09.01.2018).
5. Gjerde S. Coaching. Hva hvorfor hvordan. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
6. Mevik K, Lillevik OG, Edvardsen O. Vold mot barn. Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
7. Øverli IT, Bergman S H, Finstad A K. Om du tør spørre, tør folk å svare: Hjelpeapparatets og politiets erfaringer med vold i nære relasjoner i samiske samfunn. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2017. Rapport 2/2017. Tilgjengelig fra: https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/03/NKVTS_Rapport_2_2017_samiske_samfunn.pdf (nedlastet 09.01.2018).
8. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017). Oslo; 2014. Rapport 11/2014. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/foa/bld/foa_bld_overnep_web.pdf (nedlastet 03.09.2018).
9. Waldum-Grevbo KS. Det utdannes for få helsesøstre. Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3545775/264662/DET-utdannes-for-faa-helsesostre> (nedlastet 20.01.2018).
10. Danielsen EM, Solberg A, Grøvdal Y. Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervjuundersøkelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2016. Rapport 8/2016. Tilgjengelig fra: https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/09/NKVTS_Rapport_8_2016_Kommunale-helse-og-omsorgstjenesters.pdf (nedlastet 13.12.2017).
11. Helsedirektoratet. Solveig Ude taler. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=sdjyRl3hmXs>. Publisert 16. september 2017 (nedlastet 24.01.2018).
12. Helsekompetanse.no. Vold og seksuelle overgrep mot barn. Tilgjengelig fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/vold/hea> (nedlastet 19.12.2017).
13. NOU 2017:12. Svikt og svik. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf> (nedlastet 13.12.2017).
14. Mathiesen IH, Skoland K. Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn – hva har skjedd i kommunene? IRIS. Stavanger; 2016. Rapport IRIS – 2016/054. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert%20rapport%20om%20tidlig%20inn%20fra%20Iris.pdf> (nedlastet 01.12.2017).
15. Dahl CA. Slår du barnet ditt, da? Aftenposten. Tilgjengelig fra: https://www.aftenposten.no/meningar/kommentar/i/9pML/Slar-du-barnet-ditt_-da (nedlastet 30.11.2017).
16. Andreassen T. – Et øyeblikks temperamentsfull risting kan føre til at barn blir ødelagt for livet. Dagsavisen. Tilgjengelig fra: <https://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/et-oyeblikks-temperamentsfull-risting-kan-fore-til-at-et-barn-blir-odelagt-for-livet-1.1083043> (nedlastet 24.01.2018).

FAGARTIKLER:

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

Helsesøster blir helsesykepleier

● Tekst **Marit Fonn**

NY TITTEL: Nå er det klart: Helseminister Bent Høie sier ja til en historisk tittelendring: Helsesøster blir til helsesykepleier.

Dette skjedde dryøye tre måneder etter at helsesøstregruppen kom med dette forslaget om tittelendring.

– Det har vært et veldig kjønnsdefinert navn på rollen, en barriere som gjør at gutter ikke søker. Nå håper vi at dette vil bidra til at flere gutter vil søke seg til utdanningen, sier Høie.

Han regner med at dette vil tre i kraft fra 1. januar, og at kommunene vil følge opp.

Kristin Waldum-Grevbo, leder i Landsgruppen for helsesøstre – det vil si helsesykepleiere – er glad for at saken er landet. Det er hun som har ledet prosessen som har ført frem til dagens resultat. Hun er ikke spesielt overrasket over utfallet.

– Jeg er fornøyd med at Helsedepartementet tar vedtaket vårt til følge, og at vi slipper enda flere runder.

– Argumentet om likestilling er vel som musikk i politikernes ører? – Det er det, vet du. Vi har vært opptatt av å få på plass en kjønnsnøytral tittel.

Ikke alle er fornøyd med tittelen. Sykepleien har fått innlegg som innvender at å bringe sykepleierordet inn i tittelen assosieres med pleie av syke, noe som ikke er helsesøstrenes oppgave. Noen mener også at tittelen er for diffus og sier lite om innholdet i jobben.

– Det kan jo bli sivil ulydighet? – Som i alle andre demokratiske prosesser håper jeg at det ikke blir noen stor baluba, og at vi kan få ro rundt dette her. Skulle vi vente til alle var enige, ville vi aldri fått til en endring. Det er jo innholdet i jobben som er det viktigste – den rollen vi har i møte med barn og unge hver eneste dag. En langvarig titteldiskusjon innenfor vår egen profesjon gagnar verken yrkesgruppen eller barn og unge, sier Kristin Waldum-Grevbo. ●

ANNONSE

Ser du også etter forskningsartikler?

sykepleien.no



NYLIG PUBLISERT



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

Sammendrag:



Innsatspersonell fikk større tro på egen mestring etter terrorangrepene 22. juli 2011

Bakgrunn: Deltakelsen i redningsarbeidet etter terrorhandlingene 22. juli 2011 var krevende, uvant og uforutsigbart. Arbeid knyttet til større hendelser kan være belastende, men også gi økt opplevelse av vekst. Det er imidlertid få studier som er knyttet til opplevelsen av å få større tillit til utøvelsen av egen innsats.

Hensikt: Å undersøke i hvilken grad innsatspersonell er mer forberedt på å mestre liknende situasjoner i fremtiden. Forfatterne ønsket også å finne ut hvilke faktorer som er forbundet med bedre mestringsopplevelse.

Metode: Ti måneder etter terrorhandlingene 22. juli 2011 deltok helsepersonell, politi, brann- og redningsetaten og organiserte frivillige i en tverrsnittundersøkelse om faglige utfordringer, opplevd støtte og personlige reaksjoner etter hendelsene. Kvalitative data fra helsepersonell utdyper resultatene.

Resultat: Svarprosenten var 62 (1734/2801). Alle gruppene rapporterte at de var mer forberedt på å mestre liknende situasjoner i fremtiden (gjennomsnittsverdi 3,5–3,7; skala 1–5). Tidlig oppstart av arbeidet (OR 1,5, KI 1,2–1,9), flere vitneopplevelser (OR 1,5, KI 1,2–1,9) og høyere grad av rolleklarhet (OR 1,5, KI 1,2–1,9) var forbundet med økt opplevelse av mestring. Sammenliknet med personer som var yngre enn 30 år, var det lavere mestringsopplevelse i aldersgruppen 30–49 år (OR 0,7, KI 0,5–0,9 ($p = 0,05$)) og aldersgruppen 50 år eller eldre (OR 0,5, KI 0,3–0,7, $p < 0,001$).

Konklusjon: Virkelige hendelser gir en læringsmulighet man ikke kan oppnå teoretisk eller ved øvelser. Større belastning var forbundet med økt mestringsopplevelse. Omsorgsfull ledelse samt en opplevelse av samarbeid og stolthet knyttet til innsatsen kan også ha bidratt til økt mestringsfølelse blant helsepersonell.

Forfattere:

Laila Skogstad,
Therese Brask-Rustad,
Bjørn Rishovd Rund og
Øivind Ekeberg



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen

Bakgrunn: Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten har de siste årene endret seg fra kun å fokusere på mor–barn til å skulle inkludere hele familien. Samtidig har farsrollen endret seg, og fedre er blitt mer aktive i barneomsorgen. Til tross for dette er mødre fortsatt hovedbrukere av helsetjenestene. Det er forsket lite på hvordan fedre føler seg ivaretatt i møte med helsetjenestene, og på hva som skal til for å øke deltakelsen deres.

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive førstegangsfedres opplevelse av møtene med svangerskapsomsorgen, føde- og barselomsorgen og helsestasjonstjenesten gjennom svangerskapet, fødselen og barnets tre første levemåneder.

Metode: Studien har et kvalitativt design og omfatter ni individuelle intervjuer med førstegangsfedre. Forfatterne foretok en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.

Resultat: Forfatterne identifiserte to kategorier som beskriver fedrenes møte med helsetjenestene: utenforskap og inkludering. Utenforskap beskrives gjennom underkategoriene ekskludering og overstyring. Inkludering omhandler fedrenes opplevelse av tilpasning og deltakelse i tjenestene.

Konklusjon: Studien beskriver helsetjenester der fedre opplever varierende grad av inkludering. Tjenestene fokuserer i hovedsak på mor og barn, selv om familieperspektivet burde være gjeldende. Fedre ønsker en mer aktiv rolle og større grad av inkludering, både under graviditeten, fødselen og oppfølgingen på helsestasjonen. For å få til en slik inkludering må helsetjenestene i større grad vektlegge fedre som selvstendige og likestilte omsorgspersoner. De må også legge bedre til rette for å gjøre det mulig for fedre å delta.

Forfattere:

Beate Solberg og
Kari Glavin



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Påfyll

Del 3 Sykepleien 07 | 2018

Bøker – Kultur – Fakta

TERAPEUT: Per Erik Arnesen er psykolog og har hatt mange sykepleiere i terapi. Foto: Marit Fonn



Synd og sykepleie

Indre krefter. Per Erik Arnesen har skrevet bok om de syv dødssyndene. Relevant for sykepleiere, mener han. **68**



Bok. Personlig om sykepleie-filosofi. **73**



«**Tigermyggen kan komme om det blir litt varmere.**» Preben Skrede Ottesen. **74**



Liv laga. Hva når du ikke lenger kan si «God bedring!»? **67**



Dikt



*jeg vendte tilbake til livet
kunne ikke
forestille meg
hva som skulle komme*

*det finnes andre kamper
men lyskasterne
var sterke
jeg kunne ikke se ansiktene*

*setter mitt håp
til en flytende lanterne*

Fra An-Magritt Helgesens
Vendepunkt, Z-forlag, 2017

Om forfatteren



An-Magritt Helgesen er sykepleier med videutdanning i rus og psykisk helse. Hun har selv flere år med tung rusavhengighet. I dikt-samlingen Vendepunktet kan disse erfaringene lett leses inn, men språket hennes er åpent og kretser inn allmennmenneskelige erfaringer.

FØDSELHISTORIER:
Randi Fuglehaug har skrevet ned fortellinger om å føde i Norge de siste 70 årene. Foto: Pernille Walvik



Har samlet historier om å føde

OLDEMOR: **Randi Fuglehaug har snakket med 46 kvinner, fra Sørlandet til Svalbard, som forteller barske historier om å føde.**

Alt vel med mor og barn. Historier om fødsler tar for seg nedkomster på veien og på havet, i krig og fred. Forfatter og journalist Randi Fuglehaug fikk ideen da hun snakket med sin 93 år gamle oldemor.

I forordet til boken skriver Fuglehaug at det er sjelden oldemoren

forteller historier hun ikke har hørt før. Men da hun spurte om oldemorens fødsler, rant ordene ut. Og det kommer historier Fuglehaug aldri før har hørt. Det slo henne at det fins enormt mange historier om fødsler. Og at disse historiene er veldig viktige i kvinnes liv.

Til VG sier Randi Fuglehaug at når man har laget et nytt menneske inne i kroppen sin og presset det ut gjennom tissen, så har man be-

hov for å snakke og fortelle om det etterpå – gjerne detaljert.

I arbeidet med boken har hun, i tillegg til kvinnene, snakket med jordmødre, fødselseger, ambulansesjåfører, taxisjåfører, forskere og familiemedlemmer. Og hun har skrevet ned historiene.

Selv fikk hun to barn på to år, og hun deler også historier fra sine fødsler.

Boken er utgitt på Det Norske Samlaget. ●

Om klinisk kommunikasjon

Klinisk kommunikasjon i sykepleie skal omsette teori til praksis. Redaktør for boken er Lena Güntherberg Heyn, og bidragene setter grunnleggende kunnskap om kommunikasjon i sammenheng med ulike pasientgrupper.

Innsikt i avhengighet

Hva er avhengighet heter boken, og forfatter er psykiater og forsker Jørgen G. Bramness. I denne boken viser han at ulike forståelser sammen kan gi innsikt i hva avhengighet egentlig er.

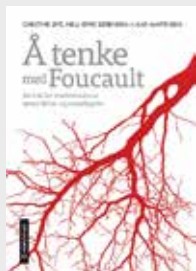
Å få praksis inn i journalen

Dokumentasjon i sykepleiepraksis er en innføring i hvordan sykepleiepraksis kan dokumenteres i pasientens journal. Boken er ment for bachelorstudenter i sykepleie og er skrevet av Grete Vabo.

Bøker. Tre til master- studiene

Foucault for helsefagene

FILOSOFI: Michel Foucault er en av forrige århundres mest innflytelsesrike akademikere. Han retter et kritisk blikk mot makt, praksis og tankegods innen velferd og helse. Han er opptatt av begreper som makt, omsorg og frihet. I *Å tenke med Foucault* bruker Christine Øye, Kari Martinsen og flere av forfatterne Foucault som utgangspunkt og viser hvordan hans teorier er fruktbare i møte med helse- og sosialfagernes forskingsfelt.



Fagbokforlaget, 2018

Teori før metode

METAVITENSKAP: Når masteren står for døren, kommer du ikke utenom vitenskapen om vitenskap. Etter 15 år kommer Eline Thornquists *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefagene* i ny utgave. Hun presenterer ulike vitenskapsteoretiske posisjoner og viser hvordan valgene du gjør her henger sammen med de videre valgene av metodisk tilnærming.



Fagbokforlaget, 2018

Selvhjelp til masterstudenten

HÅNDBOK: Silje Bringsrud Fekjær er professor ved Senter for profesjonsstudier på Oslomet. Hun gir med boka *Howdan bli en lykkelig masterstudent* råd om studieteknikk, hva oppgaven bør inneholde og hvordan struktureres, hva du kan forvente av veilederen din og annet nyttig. Budskapet er at det er mulig å være en lykkelig masterstudent og å bli ferdig, hvis man vet hvordan man skal strukturere arbeidet.



Gyldendal, 2013

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier og bokansvarlig i Sykepleien.

Svart løype

Vi er kommet dit at vi ikke kan få bukt med sykdommen, vi lindrer. Og alle vet det.

Når er en gammel venn på besøk. Han har gått inn i rollen som muntrasjonsråd og servert noen gode historier og litt sladder, og de har fått le litt begge to. Når jeg kommer inn med klokka ett-medisinene, reiser han seg for å gå. På vei ut døra glipper det ut av munnen hans: «Ja, du får ha god bedr...». Han stopper seg selv, men akkurat litt for sent.

Han ser unnskyldende og litt søkende på meg, som om jeg kan fortelle ham hva som er riktig å si før han avslutter med en litt mumlende «Du får ha det så bra» og forlater rommet rødrende. Noen bedring vet vi alle tre at ikke er i sikte – og da det er ikke lett å vite hva man kan si.

I kommunikasjonsundervisningen på sykepleiestudiet måtte vi øve på å ikke si «Det kommer til å gå bra». Og i mine første år som sykepleier sto jeg ofte og beit meg i leppa for å holde akkurat disse ordene inne. Det er så fristende å si – det er ord som virkelig lindrer, og det er det pasient og pårørende gjerne tørster etter å høre.

Det er bare det at det ofte ikke er sant. Og hva sier vi da?

Vi har stått der alle sammen, både på jobb som hvitkledd og privat, og lurt på hva vi skal si eller hva vi skal skrive i den tekstmeldingen eller på det kortet til blomsterbuketten. Høflighetsfrasene og talemåtene vi har

knyttet til sykdom, er alle så optimistiske: God bedring! Lykke til! Stå på! Dette går over! Med disse enkle frasene viser vi omtanke, oppmuntrer og deltar i hverandres motgang. De er lette å si og lette å ta imot. Men når disse ordene ikke lenger er sanne, svikter språket oss. Kartet vårt blir ubrukelig, og vi er overlatt til å improvisere akkurat når terrenget begynner å bli vanskelig.

«Det er så fristende å si – det er ord som virkelig lindrer.»

Kanskje må det være sånn? Kanskje er de mørkeste og vanskeligste erfaringene i livet umulig å møte med faste fraser og klisjeer? Kanskje er det derfor «kondolerer» alltid høres stivt og rart ut, mens gratulerer faller så lett og naturlig? Når prognosene er dårlige, er vi over i kommunikasjonskunstens svarte løype. Her kan vi ikke kjøre på rutine – det krever mot og tilstedeværelse å komme seg ned. Det er et risikofyllt terreng, best egnet for erfarne og eventyrlystne. Men så er nå engang menneskelivet sånn at plutselig kan hvem som helst av oss stå i toppen av den bakken. Og da må vi bare våge å sette utfor. ●



Sykepleierne kan godt bli mer grådige, mener psykolog Per Erik Arnesen.

Selv om grådighet er en av de syv dødssyndene.

Pirker i sykepleiernes selvfølelse

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Kan kunnskap om dødssyndene hjelpe sykepleierne som yrkesutøvere? Ja, mener psykolog Per Erik Arnesen:

– De kan forstå seg selv og pasientene bedre.

Arnesen har skrevet boken *Å skape seg selv. Et psykologisk perspektiv på de syv dødssynder*. Den handler om hvordan vi kan utvikle og regulere vår egen selvfølelse.

– Vi har sterke indre krefter, både konstruktive og destruktive. Dette er formulert som de syv dødssynder i kristendommen.

Denne dragkampen påvirker altså vår selvfølelse. Dødssyndene er stolthet, misunnelse, sinne, likegyldighet, grådighet, fråtseri og lyst.

«IKKE FOR MYE, IKKE FOR LITE»

Arnesen, som er agnostiker, har vært terapeut i 40 år. Han har hatt mange sykepleiere i terapi.

– Selvfølelsen er avgjørende for all samhandling med andre, og hvordan vi ser på vår egen verdi i dette samspillet.

Dødssyndene har også noen positive sider:

– Men måtehold er ofte en god rettesnor: ikke for mye, ikke for lite, sier Arnesen.

SKAM – PÅ GODT OG VONDT

– I dag er idealet at man skal klare seg selv, skape sin egen karriere. Den indre kritiker kan være hard å hanskes med. De mørke sidene kan være destruktive i strevet for å skape et godt liv. Men de kan også hjelpe oss.

Skam er et eksempel:

– Den naturlige skamfølelsen fungerer som et moralsk kompass for hvordan vi bør oppføre oss overfor andre. Mens den giftige skammen angriper vår egen selvfølelse. Mange skammer seg for eksempel over kroppen sin, sier forfatteren.

HØY SELVTILLIT, LAV SELVFØLELSE

Selvtillit er noe annet enn selvfølelse:

– Du kan ha høy tiltro til hva du kan klare. Kanskje irriterer du deg også over hva kollegene ikke får til. Men selvfølelsen går dypere. Man kan ha høy selvtillit, mens selvfølelsen er helt i bånd. En kirurg som vet han kan utføre kompliserte operasjoner, kan føle inni seg at han er ingenting verd.

– Har det å gjøre med hvordan du er blitt sett som barn?

– Ja, hvis barn alltid bare belønnes for å være flink, ikke for hvem det er. I vår tid utfordres man hele tiden på selvfølelsen. Ingenting er bra nok.

VIKTIG Å KUNNE SI NEI

Å kunne si fra og si nei er viktig for selvfølelsen. Det handler om selvrespekt.

Arnesen tenker seg to søyler: Vi vil bli elsket og respektert. Men hvis selvrespekten er liten, blir opplevelsen av å bli likt gjerne mindre verd.

– Å satse alt på den ene søylen – å bli likt – går ikke bra. Å sette grenser er viktig for egen helse.

Arnesen forklarer, synd for synd, hvordan dødssyndene fortsatt er aktuelle:

STOLTHET: KAN SLITE SEG UT

Yrkesstolthet er den positive varianten av stolthet.

– Det er godt å kjenne egenverd på jobb. Å kjenne seg mindreverdige, gå rundt og tenke «Jeg skulle egentlig vært lege», er ikke noe godt. Å tenke «Jeg er bedre enn deg» er heller ikke bra.

«Vi har sterke indre krefter, både konstruktive og destruktive.»

Kanskje leger har mer av det enn sykepleiere?

– Noen sykepleiere tenker kanskje det om hjelpepleiere?

– Den negative effekten av en slik stolthet er at vi fjerner oss fra mennesker.

Man vil ikke ta imot eller be om hjelp:

– Sykepleiere som skal klare alt selv, sliter seg ut. De skjønner ikke sin egen begrensning.

– Mange sykepleiere føler de kommer til kort i jobben?

– Å hele tiden føle at du ikke strekker til, kan forringe den gode stoltheten. Det er nesten innebygget i sykepleie; det kan aldri bli bra nok. Det blir en kontinuerlig utfordring å klare å gå hjem og si at dette var faktisk godt nok. Perfeksjonisme kan være ganske skadelig.

Likevel er perfeksjonismen fremtredende i vårt samfunn, påpeker han:

– I sosiale medier viser vi oss frem, og det ser ut som om alt er på stell. Men det er det jo ikke. Vi må akseptere at 80 prosent noen ganger er godt nok.

Sykepleiere mer enn andre utfordres på hva som er godt nok, mener han:

– Fordi jobben handler mye om omsorg og empati, ikke bare teknikk. Du skal være ganske trygg på deg selv for å si «Dette var godt nok».

– Hvordan klare det?

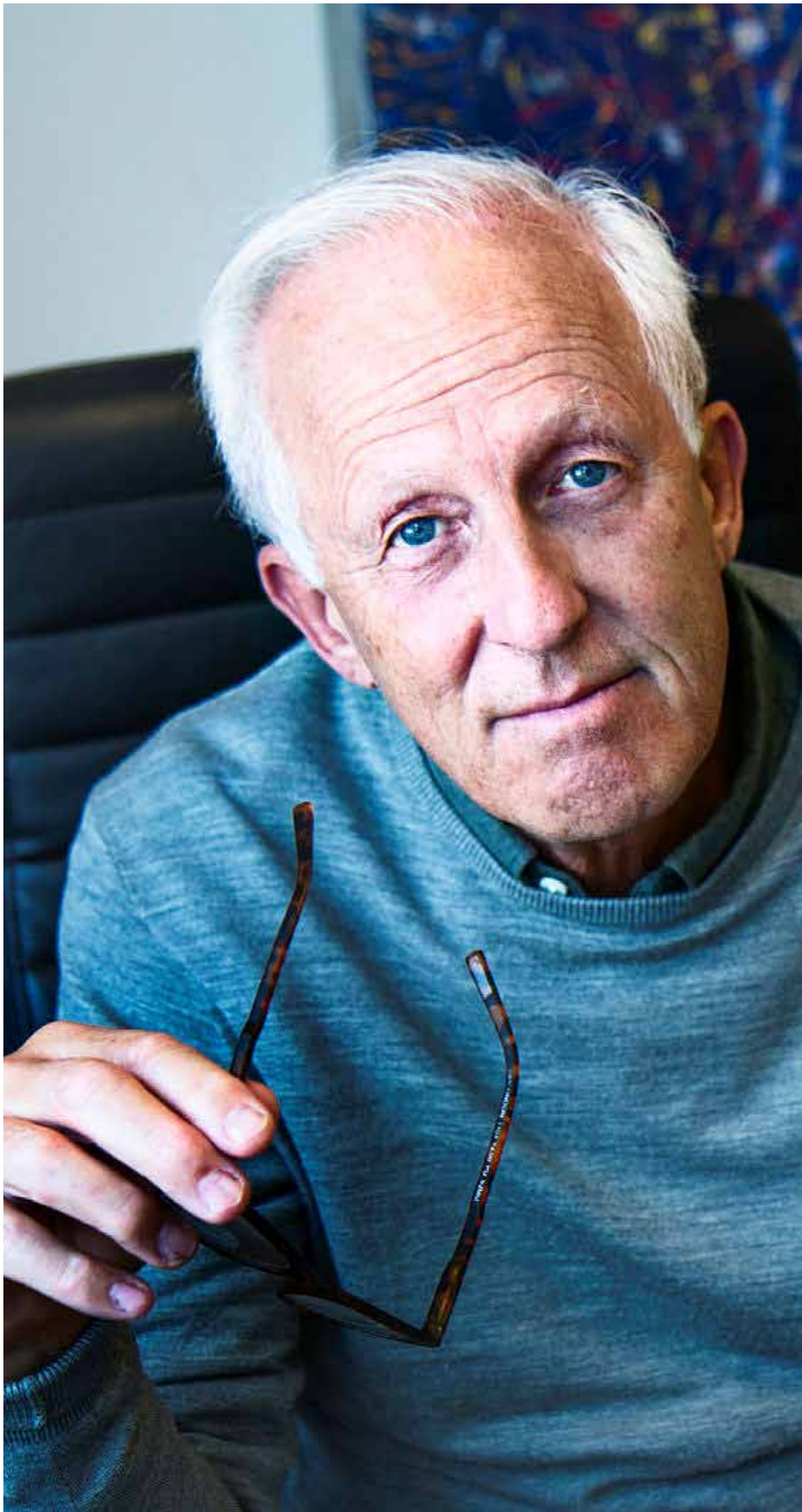
– Hvis du tror at det bare er deg som har det sånn, blir det verre. Gruppeveiledning kan føre til større åpenhet.

– Her bør lederne ta initiativ?

– Ved å si at det er lov å gjøre feil, kan ledere lage en kultur så de ansatte ikke sliter seg ut. Mitt inntrykk er at sykepleiere gjerne holder i ti år.

– Ja, en av fem slutter i løpet av sine første ti år i jobb, ifølge Sykepleierforbundet ...

– Fordi de utfordres på stolthet og egenverd, mener Arnesen.



Fakta

Per Erik Arnesen

Aktuell med:
Å skape seg selv

MISUNNELSE: VANSKELIGST

Misunnelse er kanskje den vanskeligste av dødssyndene:

– Å være misunnelig er ingen god følelse. Men vi har den jo. Det verste er at vi i «misunnelsens regnskap» glemmer å legge merke til hva vi selv har fått til, sier psykologen.

Men følelsen kan snus:

– Tenk på anstrengelsen andre har gjort for å få til noe. En idrettsstjerne eller en musiker har kanskje trent i ti år. Ville jeg ha forsakert like mye? Kan jeg beundre en dyktig kollega? Klarer jeg å sette pris på at andre får det til?

Man er ofte ikke bevisst negativt snakk, som «Den og den er ikke så god», mener Arnesen.

Det gode er at misunnelse også kan føre til en bevisstgjøring av behov:

– Jeg vil bli like flink til å spille piano. Eller jeg vil også ta etterutdanning og komme i en lederposisjon. Man kan være misunnelig på at leger har mer makt. Men glemmer kanskje ansvaret de også har.

– Misunnelse er en sterk kraft i hierarkiet innad i sykehuset. Farligst blir den når drivkraften ikke er kjent og blir omgjort til noe edelt: «Jeg kjemper for en god sak.»

På den andre siden er det ikke enkelt å stikke seg ut i miljøet.

– Å si «Jeg er flink, dette kan jeg» er jo flott. Men mange tør ikke. Her slår gjerne janteloven inn: Du skal ikke tro at du er noe.

SINNE: KLARGJØRENDE

– Kan sykepleiere tillate seg å bli sinte på jobb?

– Å kjenne sinne kan være veldig konstruktivt. Det er klargjørende for det du ønsker. Man må ha sinne for å sette kraft bak behov – i parforhold, og på jobben. Skal du si fra, må du ha tilgang til sinnet i deg.



STOLT HEST:
Hver dødssynd har et dyr som symbol. Illustrasjon fra boken av Jon Arne Berg.



→ – Aggresjon er noe annet?
– Sinne kan tippe over til å bli destruktivt og skadelig.
– Det fins en del sinte ledere?
– Donald Trump og andre styrer gjennom frykt. Mange sjefer styrer med et fryktelig sinne. Det gjør at ansatte ikke klarer å handle. Kvinner på sin side kan være for lite sinte og selvhevdende. Dette kan være en av grunnene til at kvinner har mindre lønn enn menn.

LIKEGYLDIGHET: TEGN PÅ DEPRESJON

– Likegyldighet er en veldig tosidig egenskap. På engelsk har den betydningen latskap.
Man skulle skaffe seg et yrke, tre inn i samfunnet, gjøre sin plikt. Ikke sovne under prekenen i kirken.
– I vår tid er den gode likegyldigheten å kunne ta seg fri, slappe av, få kreftene tilbake. Den negative biten er at vi aksepterer så mye smerte i verden. Vi blir handlingslammet av all elendigheten. Føler at ingenting nytter.
Likegyldighet virker beskyttende, men er også et tegn på depresjon: Evnen til å bry seg om seg selv, å stelle seg og kle seg, forringes.
– Enhver alvorlig sykdom vil sikkert ha innslag av depresjon. Ikke nødvendigvis klinisk. Men man kommer inn i en tilstand der man ikke orker, det nytter ikke likevel. Jeg vil tro at sykepleiere møter apati hos pasienter, og må finne ut hvordan de kan hjelpe med å overvinne den likegyldigheten.

GRÅDIGHET: LIVSBEJAENDE

Arnesen har knapt møtt pasienter som sier de sliter fordi de er for grådige.
– Men én erkjente at hennes grådighet etter penger ikke gjorde godt. Vi vil ofte ha mer og mer, men trenger velstand bare til et visst punkt.

Arnesen tror vi er grådige av natur:
– Vi har hytte på fjellet og vil gjerne ha ved sjøen også. Det er noe livsbejaende ved grådighet. Vi vil ha mye av alt. Buddhismen er klar på at grådighet gir deg smerte. Å ønske seg mer av alt gir ubehag. Men det kapitalistiske samfunnet bygger på denne grådigheten.
– Sykepleierne ønsker seg mer lønn?

«Kan jeg beundre en dyktig kollega?»

– Det er forståelig. Tror ikke det handler om grådighet. Kanskje de skulle vært mer grådige for å få mer av kaken.

FRÅTSERI: KASTER OPP FØLELSER

– Dødssynden fråtseri har vært knyttet til mat, særlig det å spise for mye. Man klarer ikke regulere. Munkene levde et kjedelig liv med bønner og telling av perler. De drømte om måltidene, som ofte var overdådige.
– Mat er knyttet opp til følelser: Man kaster opp mat, og man kaster opp følelser. Vi bruker mat til å regulere følelsene våre.

LYST: VIKTIG FOR HELSEN

– Sexologen Elsa Almås sier at folk har utrolig lite språk om sex. Vi har liten evne til å snakke om seksualitet i parforholdet. Sykepleiere kommer helt sikkert borti mange pasienter som har sykdommer som kompliserer seksualiteten, men mangler de språk, er det vanskelig å snakke om det. Pasientene tar neppe opp temaet selv, men de merker veldig godt når helsepersonellet unngår det også, sier Arnesen.

Mange sliter med skam rundt sin seksualitet:
– Hvis terapeuten spør «Er det noe du skammer deg over?», handler svaret ofte om kropp og sex. Det kan dreie seg om mangel på lyst, eller for mye lyst.

Arnesen har hatt mange pasienter som er pornoavhengige:

– De skammer seg, er redd kona skal oppdage det. Den enorme tilgjengeligheten gjør problemet større, porno er bare et tastetrykk unna.

Arnesen understreker at det ikke er moralsk galt å se på porno, men han frykter særlig hva det kan gjøre med unge menn:

– Det er jo en fantasiverden de ser på. Tretten-åringene er redd de ikke kan få ereksjon. Tør jeg med denne personen? Er jeg utholdende nok? I Japan fins fenomenet avatar-sex – sex i en virtuell virkelighet.

– Hvordan kan sykepleiere snakke med pasientene om seksualitet hvis de ikke har språk om det?

– Jeg vet i hvert fall at menn gjerne ville hatt en mannlig sykepleier å snakke med. Det er sikkert tilsvarende for kvinner.

Arnesen understreker:

– Seksuell lyst er fantastisk, sex noe av det gøyeste vi kan holde på med. Sex er så viktig i våre liv, for helsen vår og for parforholdet.

MER ELLER MINDRE?

Oppsummert, hva bør sykepleierne ha mer eller mindre av?

– Stolthet?

– Mer, syns Arnesen.

– Sinne?

– Mer. For å bli mer selvhevdende.

– Likegyldighet?

– Mer. Kunne slappe av uten å bli selvanklagende. Men mer entusiasme er også bra. At de engasjerer seg.

– Grådighet?

– Mer. For å få mer lønn, de kommer alltid dårlig ut.

– Fråtser?

– Verken mer eller mindre. De bør ha et sunt forhold til mat.

– Lyst?

– De kan godt ha mer lyst. Det er energiskapende.

INTEGRERE MOTSETNINGENE

– Det handler om å balansere motsetningene i oss: snill og slem, individ og fellesskap. Akseptere at vi har begge deler, også ondskap.

– All vekst handler om å integrere motsetningene i oss. Klarer man det, får man fred med seg selv, sier Per Erik Arnesen. ●

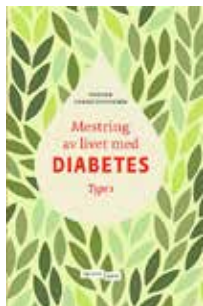
marit.fonn@sykepleien.no



Finn ledige stillinger på **sykepleienjobb.no**



<p>PSYKIATRISK SYKEPLEIER Psykiatrisk døgnavdeling</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 07.10.18 STED: GRÅLUM</p>	<p>TRAINEE-STILLING For nyutdannet sykepleier</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 15.10.2018 STED: EIDSBERG</p>	<p>SYKEPLEIER 100 % fast stilling</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 14.10.18 STED: BÆRUM</p>	<p>UTDANNINGSSTILLINGER Nyførdtsykepleie</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 15.10.18 STED: OSLO</p>
<p>SYKEPLEIER Vikariat tjenestekontoret</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 07.10.18 STED: HADSEL</p>	<p>SYKEPLEIER Hjemmetjenester</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 07.10.18 STED: ÅLESUND</p>	<p>SYKEPLEIER Hjemmetjenesten i Rissa</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 07.10.18 STED: RISSA</p>	<p>SYKEPLEIERE 100 % stillinger med rekrutteringsbonus</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 10.10.18 STED: KVÆANGEN</p>
<p>AUTORISERT SYKEPLEIER 100 % stilling</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 10.10.18 STED: TRONDHEIM</p>	<p>REDAKTØR Sykepleien Forskning</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 15.10.18 STED: OSLO</p>	<p>SYKEPLEIER Hjemmebasert omsorg</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 04.10.18 STED: ALVDAL</p>	<p>SYKEPLEIER Seksjon Røyse</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 12.10.18 STED: HOLE</p>
<p>LEDER Nasjonalt kompetansetjeneste TSB</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 15.10.18 STED: OSLO</p>	<p>HELSEØSTER 100 % stilling</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 10.10.18 STED: ALSTAHaug</p>	<p>SJUKEPLEIAR Helsetun/heimesjukepleie</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 17.10.18 STED: BALESTRAND</p>	<p>SYKEPLEIERE Rehabiliteringsmedisinsk sengepost</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 11.10.18 STED: TROMSØ</p>



Fakta

Mestring av livet med diabetes

Av Y. Christophersen
Fagbokforlaget
Vigmostad & Bjørke,
2018
311 sider
ISBN 9788241914430

Anmelder: Frøydis
Alstad-Fønnebo

Gir ny innsikt i hverdagen med diabetes

ANMELDELSE: Forfatteren Yngvar Christophersen har diabetes type 1. I tillegg er han familiefar, siviløkonom og tidligere aktiv idrettsutøver.

Christophersen så et behov for en introduksjonsbok til diabetes, skrevet av en som har erfart hva som kreves for å leve et aktivt liv med sykdommen. Dette har skapt en bok som kan gi både nydiagnostiserte, helsepersonell og pårørende tilgang på dyrebar kunnskap man kanskje ikke kan få tak i gjennom andre kilder.

Boken har en positiv vinkling og har som mål å motivere leseren på veien mot mestring og kontroll. Samtidig er den realistisk og underdriver ikke hvor slitsomt det kan være å leve med

diabetes. Teksten gir følelsesmessig støtte, samtidig som den oppfordrer til livsstilsendring. Forfatteren bruker humor, følelser og hverdagsskildringer for å gjøre leseren nysgjerrig.

Viktige temaer som tas opp, er sex, familieliv, arbeidsliv, ungdomsliv, sosialt liv, fysisk aktivitet, råd og øvelser for sikkerhet og effektivitet i hverdagen, bruk av blodsukkersensor, diabetesapp, bilkjøring, ferie, svangerskap, forsikring, lavkarbokosthold, og hvordan søvn, stress og fysisk aktivitet påvirker blodsukkeret. Det er også en grundig gjennomgang av diabetes, blodsukker, bruk av insulinpumpe og insulin med konkrete doser. Christophersen dekker dermed aktuelle

problemstillinger innenfor fagområdet godt.

Forfatteren viser at han har et nyansert blikk på de rådene han presenterer, og understreker at man kun skal endre livsstil og behandling i samråd med helsepersonell, da alle er forskjellige og ikke nødvendigvis har like god effekt av samme tiltak selv om de har den samme diagnosen.

Kristian Hanssen, en anerkjent diabetesprofessor, har kvalitetssikret det medisinske innholdet. Stikkordlisten bakerst i boken gjør den til et enkelt oppslagsverk i en travel hverdag. Boken henvender seg også til pasienter med diabetes type 2, med unntak av medisinerings. ●



Fakta

Når barn er pårørende

Av Anne Kristine Bergem
Gyldendal Akademisk,
2018
269 sider
ISBN 978-82-05511514

Anmelder: Guri Midtgard

Glem ikke barna!

ANMELDELSE: Barn kan oppleve at foreldre eller søsken får psykiske helseplager, fysisk sykdom, blir rusavhengige, eller at de blir satt i fengsel. De nærmeste kan også dø av sykdom, skade, selvmord eller drap.

Boken *Når barn er pårørende* viser hvilke utfordringer dette gir innen familien, hvordan ulike sykdommer og tilstander påvirker barn, og hvordan barn kan hjelpes.

Forfatteren Anne Kristine Bergem er psykiater og har lang erfaring og et sterkt engasjement for å ivareta barn som pårørende. I første del av boken viser hun hvilke lover som omhandler barn som pårørende,

og hun beskriver hvilke utfordringer det kan bli i foreldre-barn-relasjonen når slike kriser oppstår. Begreper som tilknytning, speiling og håndtering av følelser, tilpasning, mentalisering, foreldrefungering og barns aldersspesifikke utfordringer er sentrale her.

Boken presenterer historier om mennesker som selv har erfaringer med ulike sykdommer og tilstander. At denne bredden synliggjøres, er en styrke. Hver historie blir etterfulgt av forfatterens refleksjon.

Siste del omhandler hjelp til barn som pårørende, og her gis det konkrete eksempler på hvordan man kan snakke med barn om det de opplever.

Dessverre har boken språklige og redaksjonelle svakheter. Historiene fra pasienter og pårørende er for detaljerte og langtekkelige og har mye muntlig språk som fungerer dårlig for en leser. Boken har unødvendig mange gjentakelser, og noen steder refereres det til teori som ikke blir nærmere presentert.

Når barn er pårørende viser hvilken kunnskap man bør ha med seg i møte med dem. Barna finnes i alle deler av helsetjenesten og må bli ivaretatt. Jeg vil derfor anbefale boken til sykepleiere innen helsestasjons- og skolehelsetjenester, rusomsorg, fengselshelsetjeneste, psykisk helsevern og somatiske helsetjenester. ●



Ann-Chatrin
L. Leonardsen

Moro med hjertet

LITTERATUR: Jeg har nettopp avsluttet boken til Jørgen Graving, *Ditt fantastiske hjerte – med eller uten flimmer og smerte*, som nylig ble utgitt på Aschehoug forlag. Ståle Solbakken har skrevet forordet til boken, Vibeke og Robin Dale Oen etterordet, og dette forankrer jo alvoret som ligger som et bakteppe gjennom boken. Underveis er det flere fortellinger både fra pasienters og fra forfatterens liv som gjør dette til underholdende lesing.

Denne boken er et friskt pust i en ellers ganske fagtung kontorbokhylla. Den gir en slags oppsummering av hjertets anatomi, fysiologi og patofysiologi, men på en morsom og personlig måte. Her trekkes medisinsk historie inn, nyere forskning, Hamsun-sitater og forfatterens egenmodifiserte helse- og kostholdsråd for god hjertehelse. Til tross for at bokens målgruppe først og fremst er mannen i gata, er dette en bok som kan anbefales også for sykepleiere. ●



Navn: Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen
Stilling: Førstemanuensis, Høgskolen i Østfold og forsker, Sykehuset Østfold

Sykepleiefilosofisk innertier

ANMELDELSE: Det flyter bedre og er mer personlig enn på lenge hos Kari Martinsen i *Bevegelig berørt*.

Den dagen vi spør oss selv: «Er det viktig å bruke tid på døende – kan det betale seg?», den dagen er bunnivået for vårt senmoderne samfunn, kapitaliseringen av livet, nådd, skriver hun. Martinsen viser oss i denne boken hvordan samfunnet påvirkes og endres når alt skal kunne lønne seg. Det blir en driven ideologi som former helsevesenet.

Talskvinnen for kristen-humanismen, skapelsesfenomenologien, Foucault, tiden, det hellige gir oss en inner-tier med denne utgivelsen. Boken er for sykepleiere og leger, kanskje i studietida, under faner som åndelig omsorg og etikk. Sammen med Tom A. Kjær og illustratør Helge Bøe har Kari Martinsen ført i pennen en tankevekkende og personlig bok om temaer hun pleier å kretse rundt, men på nye måter.

Det hellige har med livets grunnvilkår å gjøre. Du har gjøremålstiden, som vi ifølge Martinsen er invadert av, og du har den hellige time, fødsel og død, tiden der vi møter livet og døden. Kanskje den tiden egentlig står stille og glipper ut av våre hender på samme tid?

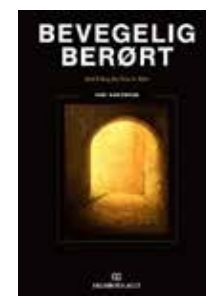
Tom A. Kjær følger opp med en særdeles tankevekkende del om sengen. Om korridorsengen, menneskene som ligger i dem, og sykepleierne som travelt haster forbi, med skyldfølelse. Om livsyttringene som nettopp i disse situasjonene er så tydelig tilstede og kaller på oss. Har vi kommet dit at det er

direkte skamfullt å ufrivillig ende i en seng? Er det gode sengeleiets tid forbi? Dessverre er dette kapittelet kort fordi Kjær døde før boken ble ferdigstilt.

Martinsen har en egen evne til å gjøre det vakre, det poetiske og skapende relevant for helsearbeidere. Hun bygger bro i tekstene sine, mellom diktningen og livet. Den humanistiske og filosofiske stemmen hennes tviholder på en vesentlig plass i vår norske og nordiske sykepleieridentitet og livsanskuelse.

Men hvem er leseren til Kari Martinsen; hvem har hun egentlig i tankene når hun skriver? Det skulle jeg gjerne visst. En utfordring ved Martinsens forfatterskap er at det trenger oversettelse til målgruppen. Jeg vet ikke om hun kommer forbi dette hinderet. I denne boken er Foucaults begrep heterotopier for eksempel sentralt. Forkunnskaper om Foucault og Løgstrup er essensielt i møte med Martinsens tekster. Blir det da for vanskelig å lese? Hun røper at det kommer ei bok til i år: *Å tenke med Foucault*. Den kan være etterlengtet.

Med Tom Kjær's avslutning tviler jeg ikke lenger på at det fenomenologiske og sansefilosofiske er uomtvistelig og vesentlig for sykepleien som fag og praksis. Og Kari Martinsen argumenterte med Skjæraasen på en forelesning jeg overvar for mer enn 15 år siden. Han gjelder fortsatt og oppsummerer noe av hovedessensen i boken: «Mållaust liv har og e mening / du lyt sjå og tenkje på.» ●



Fakta

Bevegelig berørt. Det hellige i helsevesenet

Av Kari Martinsen med
bidrag fra Tom A. Kjær
Fagbokforlaget, 2018
160 sider
ISBN 978-82-450-
2267-4

Anmelder:
Ingrid Jahren Scudder

**«En utfordring ved Martinsens forfatterskap er
at det trenger oversettelse til målgruppen.»**

Ingrid Jahren Scudder



Myggstikk kan gi både bærplukkerysken og harepest. Og varmere klima gjør at vestnilfeberen smitter stadig lenger nord i Europa.

Skumle mygg surrer stadig lenger nord

• Tekst **Eivor Hofstad**

I Norge er vi vant til at det er flåtten, med sin mulige borrelia-bakterie og TBE-virus, som er det skumleste insektet å bli bitt av. Mygg regnes som relativt harmløs.

Men European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) advarer om at varmere somre kan føre til at vestnilfeber brer seg til nye områder i Europa. I sommer ble det bare i den siste uken i august rapportert om 300 nye tilfeller av vestnilfeber i EU, 54 i Serbia og 1 i Kosovo.

TIGERMYGG

– Hvis den gjennomsnittlige temperaturen stiger med to grader, står vi i en helt annen situasjon i Skandinavia. Da vil Danmark og det sørlige Norge og Sverige bli beboelige for tigermyggen, sa Preben Skrede Ottesen ved Folkehelseinstituttet til forskning.no for åtte år siden.

Tigermyggen har fått navnet sitt på grunn av de karakteristiske sorte og hvite stripene. Den kan overføre virus som kan gi tropesykdommer som blant annet denguefeber, vestnilfeber, zika-feber og chikungunyafeber.

T-BANEMYGG

Dessuten har vi fra før en fuglemygg som biter både fugler og mennesker: *Culex pipiens molestus*, også kalt T-banemygg. Når den er innendørs, kan den formere seg uten blod i trange hulrom, ofte i kloakksystemet, men vil suge blod når den får sjansen.

– Denne kan blant annet overføre vestnilviruset, men foreløpig er det for kaldt for viruset, som stanser i Mellom-Europa, sier Preben Skrede Ottesen.

«T-banemyggen har vært plagsom i Oslo, Fredrikstad og Kristiansand i sykehjem, fabrikker, hotell, bolighus og utendørs.

Stikkreaksjonene er mye sterkere enn for andre stikkmygg», skriver Reidar Mehl, pensjonert biolog fra Folkehelseinstituttet, i en artikkel i Insektnytt fra 2011.

IKKE I NORD-EUROPA ENNÅ

I sommer steg gjennomsnittstemperaturen betraktelig

– Har det ført til at skumle mygg har trukket nordover?

– Ifølge kartene fra European Centre for Disease Prevention and Control har det ikke vært ekspansjon av mygg til Nord-Europa og Storbritannia i sommer, beroliger Preben Skrede Ottesen hos Folkehelseinstituttet.

– Det er kanskje vinteren som må være mild for at de skal bre seg nordover?

– Ja, vinteren har mye å si. Asiatisk tigermygg krever gjennomsnittlig mer enn 0 grader i den kaldeste måneden for å overleve.

Biolog Sondre Dahle ved Norsk institutt for naturforskning (NINA) peker på at det er en kombinasjon av varmere somre og vintre som må til.

– Sommertemperaturen avgjør om myggene får reproduisert seg, og vintertemperaturen avgjør om de overlever. Men de sprer seg oftest ikke mer enn noen mil på egen hånd per år. De er avhengige av å bli med folk og varetransport i

biler, båter og fly for å spre seg lengre og raskere, sier han.

HAR IKKE KARTLAGT MYGG PÅ 70 ÅR

Går du på det interaktive oversiktskartet hos ECDC, som skal vise hvilke smittebærende mygg-sorter som finnes i de europeiske landene, vil du se at Norge er grått. Det er fordi vi ikke har noen nyinnsamlede data.

– Det er flaut at Norge er et av få land i Europa som ikke har oppdatert informasjon på forekomst av myggarter, sier Dahle.

Sist gang det ble gjort en landsomfattende kartlegging av mygg i Norge, var for 70 år siden, i 1948. Nå har Sverige 51 registrerte arter, mens vi har 38.

HAR MALARIAMYGG I NORGE

Sondre Dahle er nå prosjektleder for en ny kartlegging av stikkmygg og sviknott, kalt NorBite. Den startet i år og skal holde på i to år til, og er finansiert av Artsdatabanken. Målet er å kartlegge nye og sjeldne arter.

– Vi kommer til å dele det vi kan, med blant annet VectorNet. Det er et europeisk nettverk som deler data om geografisk forekomst av insekter som kan overføre sykdommer til mennesker og dyr.

På 1800-tallet hadde vi malaria i Norge, den gangen kalt koldfeber. Det var malariamygg som spredte parasitten *Plasmodium vivax*, helt til den ble utryddet her til lands rundt 1880. Parasitten, altså. Ikke myggen. Den lever i beste velgående og ble funnet i haugevis av forprosjektet til Sondre Dahle og kollegene i fjor, så langt nord som i Pasvik i Øst-Finnmark.

Norge har minst tre–fire typer malariamygg, men vi har ikke *Plasmodium*-parasitter, så

«Tigermyggen kan komme om det blir litt varmere.»

Preben Skrede Ottesen, Folkehelseinstituttet

NORSK MALARIAMYGG: Malaria-mygg ble funnet i haugevis i fjor så langt nord som i Pasvik, av forskerne fra Norsk institutt for naturforskning. Foto: Sondre Dahle



TIGERMYGG: Tigermyggen kan kjennes igjen på de stripete beina. Foto: Mostphotos



KJENT SYN: *Aedes communis* er kandidat til å være Norges vanligste mygg, ifølge biolog Sondre Dahle. Foto: Sondre Dahle



myggen kan ikke spre malaria i dag.

– Hva må til for at *Plasmodium*-parasitten skal komme igjen, og disse malariamyggene kan bli farlige?

Vi spør Ottesen ved Folkehelseinstituttet.

– *Plasmodium*-parasittene er lette å kurere om du får rett medisin, så de vil ikke kunne spre seg i Norge i dag.

– Er det større risiko for at vi vil få tigermygg som bærer på ulike virus, enn at vi får *Plasmodium*-parasitter til landet?

– Tigermyggen kan komme om det blir litt varmere, men det er uvisst om virusene klarer seg her, mener Ottesen.

HAREPEST OG BÆRPLUKKERSYKEN

– Hvilken mygg er vanligst i Norge, Sondre Dahle?

– *Aedes communis* er en god kandidat. Den kan du finne både på fjellet, i skogen og langs kysten fra nord til sør.

De vanlige myggsortene i Norge kan også spre smitte, men sykdommene regnes ikke som veldig alvorlige.

– Sindbis-viruset, som gir bærplukkerysken, er funnet i norsk mygg. Og bakterien *Francisella tularensis holarctica*, som gir harepest, er funnet i svensk mygg, så den finnes kanskje i mygg her til lands også, sier Dahle. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta

BÆRPLUKKERSYKEN (skyldes sindbisviruset) er sjelden. Siden 1982 er det diagnostisert rundt 20 tilfeller i Norge.

Sykdommen smittes oftest gjennom myggslektene *Aedes* og *Culiseta* og gir vanligvis milde symptomer, som leddsmerter, utslett og feber, som varer en uke. 20 prosent får leddsmerter som varer over flere år.

Det finnes ingen behandling.

HAREPEST ELLER TULAREMI (skyldes bakterien *Francisella tularensis*) kan overføres til mennesker ved direkte kontakt med, eller bitt av, syke eller smittebærende dyr, gjennom drikkevann, ved flåttbitt eller myggstikk eller ved inhalasjon av kontaminert støv.

I 2017 ble det diagnostisert 92 tilfeller av harepest i Norge. Det var en økning i forhold til de fem årene før, og flere enn tidligere fikk sykdom i lungene.

De vanligste symptomene ved smitte via mygg er sår og utslett på hender og med lokal lymfeknutehevelse, eller kun lokal lymfeknutehevelse uten sår.

Anbefalt behandling er antibiotika (ciprofloksacin) i ti dager.

STIKKMYGG: Cirka 3450 arter stikkmygg er kjent i verden, kun 38 i Norge.

Hunnen må suge blod for å kunne legge egg. Noen må suge flere ganger før de kan bli gravid første gang.

De fleste mygg kan gå gjennom fire–fem gravide perioder, noen kan ha opptil tolv, i hvert fall i utlandet. Hvert kull inneholder fra 30 til 350 egg.

For at blodet ikke skal koagulere mens myggen suger, sendes det inn spytt i stikket. I dette spyttet sitter smitten, hvis myggen er av typen som kan overføre smitte fra et dyr eller menneske det har sugd blod fra tidligere.



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!



1 Hva kaller svenskene alvorlig sykdom forårsaket av vibriobakterier?

- A Vinterkråksjukan
- B Vibriosa
- C Badsårsfeber

2 Hvilken vibriobakterie gir mest alvorlig sykdom?

- A Vibrio vulnificus
- B Vibrio forte
- C Vibrio alginolyticus

3 Hva kalles medfødt mangel av testikler på en eller begge sider?

- A Testis minus
- B Anorki
- C Dårlig ballfølelse

4 Hvor mange arter av slekten Anopheles-mygger kan spre malaria?

- A 5-10
- B 15-25
- C 30-40

5 Har vi malariamygger i Norge?

- A Nei
- B Nei, men vi har hatt det før
- C Ja

6 Når stikker malariamyggen?

- A Mellom solnedgang og soloppgang
- B Mellom soloppgang og solnedgang
- C Hele døgnet

7 Hva er anhedoni, ifølge Norsk medisinsk ordbok?

- A Hang til overdrivelse
- B Manglende lystfølelse
- C Hyperaktivitet

8 Hvilken form har analplugg som brukes av pasienter med analinkontinens?

- A Tulipanformet
- B Terningformet
- C Spiralformet

9 En av tre leteaksjoner i regi av Norsk Folkehjelp handler om å finne:

- A Psykisk ustabile personer
- B Personer tatt av snøskred
- C Personer med demens

10 Hvilken sjelden sykdom smitter i Norge gjennom myggbitt?

- A Harepest
- B Bærplukkersyken
- C Elgjegerfeber



5 ELLER 40: Hvor mange arter Anopheles-mygger kan egentlig spre malaria? Illustrasjonsfoto: Mostphotos

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å steke vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommunoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1C, 2A, 3B, 4C, 5C, 6A, 7B, 8A, 9C, 10B

Randis hypokonderkryssord

😊	ORGA- NISMER	ESSEN- SIELT POL.P	TOLLE- GANG	REKKE- FØLGE (FORK.)	DIKT	BAKKE	ARVE- STOFF	GIFTEN BILKJ.T	FRYS SKJUL- TE	DEL BOK- STAV	KLAG- ING	ÅRE BYGE	VÆR- ELSE PRØVE	RØRER
ORGAN														
INSTIT- USJON- ENE														
🚩		ØY- BOER				SYKD.		TALL BRUK- KET			SANK- SJON	ØKTE		
REDSK. APPA- RAT		DRIKK		VE VÄRME- KILDE			TROD- DE			PINER ROM				
ART. (NYN.)							OFRE			RYDDE				MYNT
🚩			VÆSKE FUGL					FOT- TØY	VEKST	SÅR EGEN		GUD OK		
KLARE SJARM		DRIKK FUG- LEN					KASTA BORT MÅL				MÅL	DANS- ER	PRON. BIB.- DEL	
HAR KROP- PSDEL				PENT						RISI- KOEN				
🚩					SKADE									

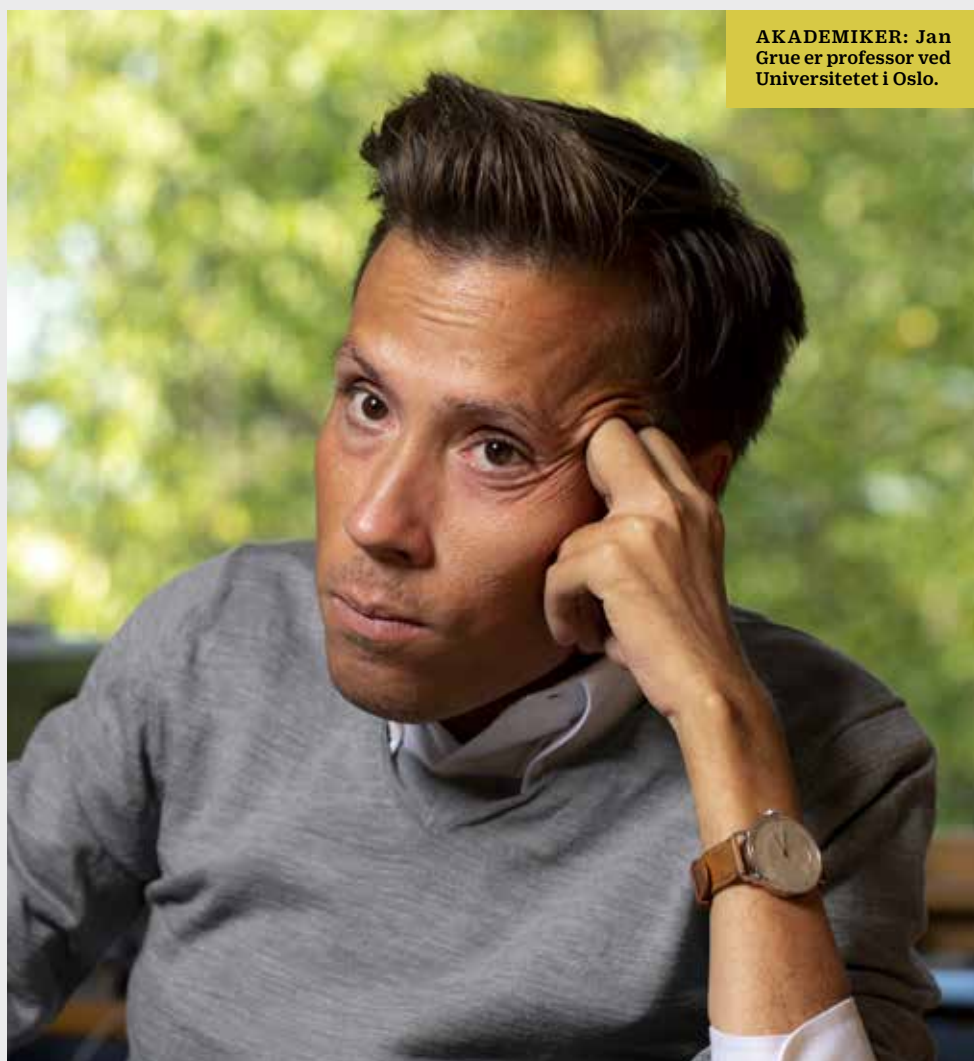


Meninger

Del 4 Sykepleien 07 | 2018

Kronikk – Innspill – Portrett

Noe på hjertet? Send oss en e-post: meninger@sykepleien.no



AKADEMIKER: Jan Grue er professor ved Universitetet i Oslo.

Et lyst hode

Funksjonshemming. I sin nye bok forteller professor Jan Grue om livet og møter med helsevesenet. **84**



Forskning.

Styr unna røvertidsskrifter! **79**



Protest. Vil redde Ullevål og Aker. **80**



Fastvakt.

Vektene er ikke helsepersonell. **83**



Ledelse er et prioritert satsingsområde for NSF i inneværende landsmøteperiode.

Sykepleieledere trenger bedre vilkår



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Lederne er en sentral og viktig gruppe for NSF, men også for helsetjenesten og samfunnet. Sykepleielederne utgjør den største ledergruppen i tjenestene og forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet, i form av både penger og folk. I Norge bruker vi cirka 10 prosent av bruttonasjonalproduktet på helse- og omsorgstjenester. Det tilsvarer over 60 000 kroner per innbygger – hvert år.

Over en halv million personer er sysselsatt i helse- og sosialtjenestene. Den største andelen av disse er tilknyttet sykepleietjenestene i sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus hvor de ledes av en sykepleier.

VIL TRENGE FLERE LEDERE

Befolkningsutviklingen i årene fremover tilsier at etterspørselen etter arbeidskraft i denne sektoren vil øke kraftig. Det betyr flere folk i våre tjenester, og som skal ledes av en sykepleier.

Regjeringen har imidlertid slått fast at vi ikke bare kan bemanne eller bevilge oss ut av problemene. I sykehustalen i januar pekte helseminister Bent Høie på pasientene, de ansatte og teknologi som svaret på en bærekraftig helsetjeneste. Det er vi enige i, men da må lederne være med på laget. De må gis rammevilkår for å lede – ikke bare administrere. I dag er virkeligheten ofte en annen.

FOR TUNGT ANSVAR

Rapporten «Vilkår for ledelse», som er utarbeidet av Nordlandsforskning for NSF i 2017, viser at sykepleieledere har betydelige begrensninger i utøvelsen av sitt lederskap.

«Det er våre ledere og sykepleiere som er nærmest pasienten.»

Rapporten viser at over halvparten av førstelinjelederne har personalansvar for mer enn 30 personer, mens 17 prosent har ansvar for mer enn 50 personer. Under halvparten av lederne opplever å kunne påvirke budsjettammen for sin virksomhet, og bare en tredel opplever å ha myndighet til å justere inntaket

av pasienter og brukere. Halvparten av lederne i spesialisthelsetjenesten og tre av fire ledere i kommunene sier det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell.

Fra tidligere undersøkelser vet vi også at våre ledere bruker altfor mye av sin tid på administrative oppgaver og for lite tid på å være fagledere. Sykepleielederne har lite tid til langsiktig og strategisk utviklingsarbeid. Med det utfordringsbildet vi står overfor, har både samfunnet, helseministeren, de ansatte og pasientene et problem.

VIL JOBBE FOR LEDERNES SAK

Veien til pasientens helsetjeneste går gjennom sykepleierne og med sykepleielederne i front. Det er våre ledere og sykepleiere som er nærmest pasienten – hver dag, døgnet, uken og året rundt. Det er og vil være et sentralt budskap fra NSF inn mot Storting og regjering fremover.

Vi skal fortsette å jobbe for bedre rammevilkår for våre ledere. Våre ledere må ha ressurser, verktøy og myndighet, slik at ressursene blir benyttet på en god måte, og at pasientene får forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Fordi samfunnet, pasientene, pårørende og ansatte trenger det.

NSF skal være en attraktiv, synlig og tydelig organisasjon for ledere. I 2017 arrangerte vi lederkonferanser i alle fylker/regioner og en nasjonal lederkonferanse. Nærmere 1300 personer deltok på disse arrangementene. I 2018 ligger vi an til å samle minst like mange. I slutten av oktober arrangerer vi den nasjonale lederkonferansen under tittelen «Ansvar, makt og myndighet». Nærmere 500 sykepleieledere vil møtes i Bergen for å lære, diskutere og bli kjent. Vi sees i Bergen! ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Ikke la deg smigre av forlokkende tilbud om rask publisering i ukjente tidsskrifter.

Styr unna røvertidsskrifter!



Fakta

Tove Aminda Hanssen

Redaktør i Sykepleien Forskning, forsknings- og fagsykepleier ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet

Den siste måneden har Aftenposten omtalt såkalte røvertidsskrifter og røverkonferanser. Som internasjonalt publiserende forsker har jeg det siste året merket større pågang fra tidsskrifter som ønsker at jeg sender inn manuskripter. Jeg mottar også invitasjoner til å presentere forskningsresultatene på internasjonale kongresser.

De siste sju dagene har jeg fått ti invitasjoner til å sende inn vitenskapelige artikler til tidsskrifter jeg ikke har hørt om, og ni invitasjoner til å presentere forskning på internasjonale kongresser som jeg heller ikke har hørt om eller har deltatt på tidligere.

Slike invitasjoner kan de første gangene virke spennende, og forskerselvfølelsen kan få seg en opptur av å ha blitt lagt merke til internasjonalt. I en av invitasjonene begrunnes henvendelsen med smigrende «you are the top most professors in your university».

FOR GODE TIL Å VÆRE SANNE

Som Aftenpostens journalister og andre i det siste har påpekt: Tilbud som er for gode til å være sanne, er nettopp det! Dessverre er det om lag 700 norske forskere som har gått i denne fellen ifølge samme kilde.

Resultatet kan være at forskningen man har arbeidet med i flere år, er publisert i et røvertidsskrift. Det innebærer at den ikke har gått gjennom den nøye kvalitetsvurderingen fagfelle-vurderte vitenskapelige artikler forventes å ha gjennomgått.

«Tilbud som er for gode til å være sanne, er nettopp det!»

Forskningsresultatene blir dermed ikke til å stole på, artikkelen regnes ikke som en vitenskapelig publikasjon. Forskeren kan heller ikke publisere resultatene i et nytt seriøst tidsskrift.

KVALITET TAR TID

Når man har forsket og skrevet et manus, ønsker man ofte at det skal bli publisert så raskt som mulig. I Sykepleien Forskning tar

det fra seks måneder til ett år til manuskripter blir akseptert for publisering. Deretter kan det ta flere måneder før artikkelen er publisert elektronisk.

Det mest tidkrevende er å finne fagfeller som vil ta på seg å vurdere artikkelen, ofte på sin egen fritid og uten vederlag. Det har vært tilfeller der tematikken eller metodikken har vært så spesiell at vi har måttet forespørre opptil femten relevante fagfeller før vi har fått napp.

Når fagfellene har akseptert oppdraget, får de en måned på å vurdere manuskriptet. De går gjennom manuskriptet med vekt på følgende: det substansielle og teoretiske aspektet, metodologisk fremgangsmåte, forskningsetiske hensyn og personvern hensyn, tolkning og diskusjon av resultatet samt presentasjon og stilistisk fremstilling.

Hvis det trengs en omfattende omarbeiding av manuskriptet, kalt *major revision*, kan det være behov for flere runder med omarbeiding og tilbakemelding fra fagfellene.

IKKE LA DEG LURE

På bakgrunn av dette kan jeg forstå at det kan være fristende å sende inn et manuskript til et internasjonalt tidsskrift som lover rask publisering.

I Sykepleien Forskning gjennomgår minst to fagfeller alle manuskripter, og alle artikler gjennomgår en språklig bearbeiding. Alle publiserte artikler oversettes dessuten til engelsk av profesjonelle oversettere og er søkbare i CINAHL. Det betyr at i tillegg til å være fritt tilgjengelige på norsk, er artiklene også fritt tilgjengelige internasjonalt. Unngå tilbud som er for gode til å være sanne, og send heller ditt forskningsbidrag til Sykepleien Forskning.

Ha en god forskningshøst! ●



Fakta

Fast skribent

Tove Aminda Hanssen er fast skribent i Sykepleien.



Planene om å legge ned Norges største sykehus på Ullevål er direkte uforsvarlige.

Oslos befolkning trenger de tusen sengene på Ullevål sykehus

Fakta

Inger Margrethe Holter

Sykepleier og tidligere sjefsyrkepleier ved Rikshospitalet

Lise Askvik

Journalist og leder av Helsepartiet

Lene Haug

Styremedlem i Redd Ullevål sykehus

På den store, flate ullevålstomten kan vi bygge nytt og utvide til en brøkdel av det et nytt Gaustad vil koste. Hvor mange senger Gaustad vil gi, er høyst usikkert. Tomten på Gaustad er for liten, for bratt og delvis fredet. Å bygge på Gaustad er en dårlig idé. Å bygge på Ullevål vil bli billigere, lettere og gi større kapasitet.

Også den vedtatte gjenoppbyggingen av Aker sykehus står på spill. Styret i Oslo universitetssykehus vedtok den 17. februar 2010 å legge ned Aker sykehus. Nå, mer enn åtte år senere, er det stadig full fart i sykehusbyggene på Sinsen.

Vedtaket i sykehusstyret lot seg nemlig ikke gjennomføre; det var ikke plass til alle pasientene og avdelingene som skulle overføres til Ullevål. Store pasientgrupper behandles derfor stadig i det gamle lokalsykehuset til Groruddalens innbyggere.

KRISELØSNING

Heller ikke på Akershus universitetssykehus (Ahus) var det plass til Aker-pasientene. De som fikk Ahus som lokalsykehus, kom til kaotiske forhold. Sykehuset var overfylt, og mange pasienter ble henlagt til sengeplass i ambulansegarasjen.

Misere endte som kjent med at både helseministeren og lederen i Helse Sør-Øst ble byttet ut høsten 2012. Etter kort tid kom det en kriseløsning: Diakonhjemmet trådte til for å avlaste Ahus med innleggelser tilsvarende en hel bydel. Avtalen står fortsatt ved lag nå fem år senere.

«De som fikk Ahus som lokalsykehus, kom til kaotiske forhold.»

FORMIDABEL OPPGAVEVEKST

Hvordan er så situasjonen i dag for sykehusene i regionen? Kapasiteten på Ullevål og Rikshospitalet er hardt presset etter en periode med betydelig vekst i pasientbehandlingen uten nye bygg. Også Ahus har store problemer med å få plass til alle pasientene. Ingen sykehus i Norge har så stor knapphet på senger som nettopp sykehuset på Nordbyhagen i Akershus.

Deretter følger landets nyeste, sykehuset i Østfold, på den

nedslående listen. Den samlede kapasiteten i regionen har gått fra knapp til meget vanskelig de siste årene.

Noen år inn i fremtiden vil likevel situasjonen bli en helt annen – til det mye verre. I løpet av de neste 15 årene vil oppgaveveksten være formidabel. Tall som Helse Sør-Øst har lagt frem, viser at sykehusbehovet vil øke med mellom 50 og 60 prosent i både Ahus' og Oslo-sykehusenes opptaksområder.

Veksten skyldes bare delvis befolkningsøkningen; den viktigste forklaringen er at de store etterkrigsgenerasjonene når høy alder.

REETABLER GRORUDDALENS LOKALSYKEHUS

Det er derfor et stort behov for å styrke sykehuskapasiteten i hovedstadsområdet og gode grunner til å satse på et lokalsykehus på Aker øst i Oslo. Etter forsøket på nedleggelse i 2010 har Groruddalens innbyggere blitt kasteballer mellom sykehus med manglende kapasitet.

Kommunen planlegger å sette opp en ny storbylegevakt på Aker. Alt ligger altså til rette for å reetablere Groruddalens lokalsykehus og dermed avlaste både Ahus og Ullevål. Også finansieringen er på plass: OUS har de nødvendige tre milliardene de trenger for å komme i gang «på bok» hos eieren Helse Sør-Øst.

UREALISTISKE PLANER

Men den øverste ledelsen i OUS, med direktør Bjørn Erikstein i spissen, har andre planer. Han ønsket i utgangspunktet å bygge et mastodont-sykehus på Rikshospitalet og stenge både Aker og Ullevål. Verken veimyndighetene eller Oslos politikere lot seg imponere av planene, som ble oppfattet som helt urealistiske.

Også den eksterne kvalitetssikringsrapporten var sterkt kritisk. Erikstein måtte omarbeide planene og kom da opp med ideen om å legge ned Ullevål og bygge på Aker.

Eriksteins siste planer har knapt støtte i hans egen ledergruppe. Ansatte i sykehuset og sykehusenes fagmiljøer har også stilt seg gjennomgående kritiske.

En oppdeling av landets største akuttsykehus er en risikabel



UFORSVARLIGE PLANER: – Å legge ned Ullevål skaper en rekke problemer som direktør Bjørn Erikstein neppe kan ha tenkt nøye gjennom, skriver kronikkforfatterne. Her fra en protestmarkering i borggården utenfor Rådhuset 11. september. Foto: Ole Berg-Rusten/NTB Scanpix

og komplisert prosess. Både traumepasientene – som skal overføres til Rikshospitalet – og lokalsykehuspasientene – som skal flyttes til Aker – vil få et dårligere tilbud. Det er ganske enkelt ikke hensiktsmessig å ødelegge landets fremste traumesykehus.

Ullevål er landets største sykehus, og tomta er den største og best egnede til sykehusformål, ferdigregulert til dette. Å legge ned Ullevål skaper en rekke problemer som Erikstein neppe kan ha tenkt nøye gjennom. Det viktigste er at vi står foran en periode med betydelig vekst, og vi vil ikke få plass til å behandle alle pasientene.

ØKENDE SENGEBEHOV

Den plassmangelen en nedleggelse av Ullevål vil skape, får følger både for Oslos nabosykehus og for befolkningen i Groruddalen – nok en gang. Selv om Eriksteins planer er ambisiøse og kostbare, har han ikke funnet anledning til å sikre et forutsigbart og godt sykehusstilbud til hele Groruddalen.

Kun Alna vil få plass i de nye byggene. Stovner og Grorud vil i uoverskuelig fremtid fortsatt høre til på Ahus.

Akershus universitetssykehus er et godt sykehus med flinke ansatte i nye bygg. Men de sliter med plassproblemer som raskt vil bli verre. Allerede i løpet av en tiårsperiode varsler de at sengebehovet vil øke med om lag 150 senger.

For at Akershus skal få plass til pasientene fra «egne» opp-taksområder, er de avhengige av at Oslo universitetssykehus tar tilbake ansvaret for sin befolkning. Men det ligger altså ikke inne i Eriksteins planer.

FAGLIG UFORSVARLIG

Oslo universitetssykehus har tidligere ledet helseministeren på ville veier da de fikk støtte for å legge ned Aker sykehus. Vedtaket skapte kaotiske forhold og lot seg ikke gjennomføre. Situasjonen er i dag mer alvorlig.

De fremsatte planene om nedleggelse av Norges største sykehus på Ullevål er direkte uforsvarlige av faglige hensyn, men aller viktigst fordi vi ikke får plass til å ta oss av pasientene.

AVHENDINGEN MÅ AVVISES

Oslos befolkning og politikere må nå avvise Eriksteins avhending av Ullevål og Ullevål-tomta. Alle kan bidra med private høringsvar til Helse Sør-Østs langtidsplan, der det ligger inne at Ullevål skal legges ned.

Vi må kreve at sykehuset på Aker reetableres, slik Ahus får avlastning, og slik at Groruddalens innbyggere får et sykehusstilbud på lik linje med andre. Det hele kan oppsummeres i tre punkter:

1. Start med gjenoppbyggingen av Aker sykehus.
2. Vent med utbygging på Gaustad. Prosjektet har ennå ingen klare planer for hvor eller hvordan de kan bygge der, hvor mange senger prosjektet vil gi, eller hva det vil koste. Fri flyt i planene inngir ikke tillit.
3. Utred hvilke muligheter ullevålstomten byr på (en konseptfaseutredning). Alt tyder på at både lavere priser, høyere kapasitet og mange flere muligheter gjør Ullevål til det naturlige valget.

Også ansatte er ønsket med i arbeidet for å bevare tilbudet og arbeidsplassene. Det kan gjøres på mange vis. Ta gjerne kontakt – det handler om din fremtid. ●



Jeg oppfordrer arbeidsgivere til å ta godt imot sykepleierstudentene som kommer nå i høst. Se på det som en investering.

Gi sykepleierstudentene en god praksisopplevelse!



Fakta

Sølvi Sæther

Fylkesleder, Norsk Sykepleierforbund, nordre del av Trøndelag

Det er stor mangel på sykepleiere. Til høsten starter det rundt 250 sykepleierstudenter ved Nord universitet, fordelt på Røstad og Namsos. Hvor mange som uteksamineres om tre år, vites ikke.

Hvordan studentene blir tatt imot ute i kommunene i sin første praksis, vet vi har stor betydning, både for hvor de ønsker seg jobb etter endt utdanning, og for om de fullfører studiet. Derfor har arbeidsgiverne et stort ansvar i hvordan de organiserer og tilrettelegger mottaket av sykepleierstudentene på den enkelte arbeidsplass.

1 MILLIARD I ÅRET

En studieplass i høyere utdanning koster i snitt 186 000 kroner (tall fra 2015); sykepleierutdanningen vil ligge over dette snittet. Fag- og helsepolitisk avdeling i Norsk Sykepleierforbund oppgir at det i år er gått ut tilbud om studieplass i sykepleierutdanningen til rett i underkant av 7000 søkere. Det vil si at vi bruker nærmere 1 milliard kroner i året på å utdanne sykepleiere.

I tillegg kommer helsetjenestens kostnader til veiledning. Sist dette ble beregnet, var i 2002 av en interdepartemental arbeidsgruppe nedsett av kunnskapsminister Kristin Clemet og helseminister Dagfinn Høybråten. Da ble kostnadene for

spesialisthelsetjenesten beregnet til 62 millioner årlig.

Siden den gang har antallet som tilbys studieplass, økt med 75 prosent. I tillegg kommer kommunenes utgifter til veiledning samt lønns- og prisvekst siden 2002, som det ikke er regnet på. Kommunenes utgifter burde vært kartlagt og ikke minst verdsatt i langt større grad. Sykepleierutdanningen er med andre ord en stor, men svært nødvendig, investering for samfunnet.

LITE UTTELLING

I en undersøkelse Norsk Sykepleierforbund har gjort blant nesten 1500 studentveiledere i kommunehelsetjenesten, var det kun 26 prosent som hadde avsatt tid til studentene. De resterende 74 prosentene måtte utføre denne viktige veiledningen på toppen av alle andre oppgaver.

Av studentveilederne hadde 12 prosent veiledningsutdanning, 26 prosent hadde kurs (som ikke er poenggivende), mens over 50 prosent ikke hadde noen form for ekstra utdanning. Kun 4 prosent av veiledningssykepleierne hadde fått uttelling i form av lønnsforhøyelse.

«Kommunenes utgifter burde vært kartlagt og ikke minst verdsatt i langt større grad.»

Det er stor vilje blant sykepleiere til å veilede, men det er (for) lite ressurser til å ta denne viktige oppgaven. For sykepleierstudenten kan veiledningen dermed oppleves å være av for dårlig kvalitet.

PÅ TIDE Å SNU TRENDEN

Ved siden av å skulle være et likeverdig bidrag til bachelorgraden i sykepleie på linje med teoriundervisningen har kliniske studier en annen og underkommunisert funksjon: De introduserer kommende sykepleiere for arbeidslivet. Gjennom praksis dannes det et inntrykk av de enkelte arbeidsstedene, som bidrar til å påvirke hvor nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe.

NSF Student gjennomfører hvert år en avgangsundersøkelse blant studentene. Et av funnene er at bare litt over 20 prosent ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten. Det er på tide å snu denne trenden.

Min utfordring til arbeidsgiver i kommunene: Ta godt imot studentene! Gi dem en god praksisopplevelse. Se på den som en investering i din fremtidige arbeidstaker. Verdsett de sykepleierne som tar på seg veilederoppgaven, og gi dem den ekstra kompetansen som er nødvendig.

Jo bedre jobb du gjør, desto mer får du igjen i form av dyktige sykepleiere – og ikke minst et godt rykte. ●

Solvi.Saether@nsf.no



For pasienter i en sårbar situasjon kan det være skremmende å møte en som likner politi, mener Tanja Vatnås.

Vektere er ikke helsepersonell



Fakta

Tanja Vatnås

Sykepleier, Medisin 1,
Drammen sykehus

Nylig kom det frem at Oslo-politiet har inngått en samarbeidsavtale med flere vekterselskaper. Dette skapte overskrifter, og flere sentrale politikere gikk hardt ut mot et slikt samarbeid. Budskapet var klart: Det er utdannet politi som skal løse politioppgaver.

Jeg skulle ønske at disse politikere var like tydelige når vi snakker om hvem som skal utøve helsehjelp. Jeg har faktisk aldri registrert at noen politiker har uttalt at helsehjelp skal utøves av autorisert helsepersonell.

Derimot er våre politikere helt klare over at bemanningskrisen løses på en stadig mer kreativ måte med utstrakt bruk av ufaglærte.

AVTALER MED VAKTSELSKAP

Tilbake til vekterne: Flere sykehus i spesialisthelsetjenesten har avtaler med ulike vaktsekskaper om å stille med vektere for å dekke behovet for fastvakter. Pasientene trenger beskyttelse som en del av den nødvendige helsehjelpen.

Man må vel da kunne si at de vekterne som er fastvakter, da er utøvere av helsehjelp og dermed bør defineres som helsepersonell? Situasjonen kan da beskrives slik at vektere, i mer eller mindre politilignende uniformer, utøver nødvendig helsehjelp på våre sykehus uten å ha noen spesifikk opplæring.

SÅRBARE PASIENTER

Årsakene til at pasienter har behov for kontinuerlig tilsyn, varierer, men to ting gjelder for alle: De er i en enormt sårbar situasjon, og de har stort behov for trygghet.

Det kan være en ung kvinne som har det så tøft at den eneste utveien hun så, var å ta en solid overdose medikamenter i suicidal hensikt. Eller en dement gamle dame som desperat må hjem til sine små barn som er helt alene.

Og for ikke å glemme den gamle mannen med lårhalsbrudd som går i delir. Han prøver stadig å komme over sengehesten, med den risikoen dette medfører.

Felles for dem alle er at de akkurat nå ikke er i stand til å ta vare på seg selv. De står i fare for å påføre seg selv alvorlige skader.

Fastvaktens to viktige oppgaver er dermed å passe på at pasienten ikke utsetter seg selv for fare, og å gi pasienten den tryggheten han eller hun så sår trenger.

«Jeg har aldri registrert at noen politiker har uttalt at helsehjelp skal utøves av autorisert helsepersonell.»

VIRKER STIGMATISERENDE

Hvordan opplever så den demente damen det når hun har en uniformert vekter utenfor døren som høflig leder henne tilbake til sengen hver gang hun prøver å gå ut? Eller den deliriske mannen som føler han slåss mot en uniformert mann som kjemper for å holde ham i sengen? Og for ikke å glemme den unge jenta som fotfølges av en vekter?

Større stigmatisering klarer vi vel ikke å få til i helsevesenet. Hva tenker avdelingens andre pasienter, pårørende og besøkende når de går forbi et rom der det sitter en uniformert vekter på utsiden?

Denne bruken av vektere kan man jo tenke seg skaper utrygghet også hos andre pasienter i avdelingen. For det sitter vel ikke en vekter og passer på pasienten for moro skyld?

UMULIG Å PLANLEGGE

Helsepersonell er blitt en knapp ressurs, og alle prognoser tyder på at denne knappheten vil bli større i årene som kommer. Behovet for fastvakter er variabelt og oppstår akutt. Det er dermed umulig å planlegge inn i en turnus.

For mange avdelinger er det allerede en stor utfordring å dekke opp vikarbehovet. Det er lett å forstå at man blir tvunget til å tenke på alternativer, men noen ganger kan vel dette bli litt vel kreativt? ●

tanjawatnas@me.com



Tar Helse-Norge i skole

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Erik M. Sundt**



Jan Grue

Hvorfor: Han har gitt ut sin 11. bok, der han beskriver sitt liv og møtene med helsevesenet.

Utdanning: Doktorgrad i lingvistikk

Stilling: Forfatter og professor ved Universitetet i Oslo

Alder: 37 år

NY BOK: *Jeg lever et liv som ligner deres er* Jan Grues ellevte bok. – Jeg var et barn som var vant med å være synlig på andres premisser, sier han.

Å bli beskrevet med journalspråk og i byråkratiske brev gir følelsen av å stå overfor et kaldt og lite hjelpsomt system. Nå har Jan Grue fortalt om livet sitt på sin egen måte.





Jan Grue er 37 år. Han er professor ved Universitetet i Oslo. Doktorgraden tok han i lingvistikk. Han har studert i Amsterdam, ved Berkeley i California, i St. Petersburg og i Danmark. Han forsker på funksjonshemming og sykdomsprestisje, og han har gitt ut elleve romaner og noveller. Prestasjonene hans taler for seg. Kan et liv bli mer perfekt?

Vel, i møte med helsevesenet kan selv den klokeste reduseres til intet mer enn en diagnose.

INN I GRUES HODE

Da Grue var tre år, fikk han påvist spinal muskelatrofi – en kronisk sykdom som svekker musklene. Sykdommen gjorde at han måtte forholde seg til helsevesenet resten av livet. Det sterke sinnet, som vil så mye, og den skjøre kroppen har et ambivalent forhold til hverandre. Forholdet har imidlertid bidratt til å løse hans siste bok *Jeg lever et liv som ligner deres*.

Boken er selvbiografisk, og leseren får bli med inn i hodet til

«Spesielt på 1980–90-tallet ble jeg utsatt for enkelte operasjonshungrige kirurger som ville 'fikse' benene mine.»

Grue og får et innblikk i hvordan hans livsreise så langt har fortont seg. Det er til tider en vond reise, som viser at alt han har oppnådd, har hatt en pris. Og Grue har betalt med pågangsmot, slit, frustrasjon og tårer. Likevel er det ikke en «klagesang».

PROFESSOREN

Det er en litt nervøs journalist som møter opp på Universitetet i Oslo for å møte professoren med den lange meritlisten. Det hjelper heller ikke at siste råd fra barndomskameratene til Jan Grue er: Husk å ta med fremmedordboka.

Auditorium 2 på Helga Engs hus på Blindern fylles sakte opp med 70–80 studenter. I forholdsvis høy fart entrer Grue salen i sin rullestol, klargjør trappeheisen, før han slår på projektoren. En to timer lang forelesning om kvalitativ metode og etikk er i gang.

Studentene tar alle siste år av mastergraden ved Det utdanningsvitenskapelige fakultet.

Grue snakker sakte. Kikker ofte opp fra sine notater. Stiller spørsmål og forsikrer seg om at studentene henger med.

Lyden av fingre som spiller på tastatur, er tydelig i auditoriet.

– Når dere kommer til analysedelen og ingen av funnene deres stemmer med teorien. Da har en av to ting skjedd: Dere har enten gjort oppsiktsvekkende funn, eller dere har misforstått teorien totalt og det er på tide å rekalkibrere, sier han, og enkelte av tilhørerne humrer litt.

Jan Grue virker litt mindre skremmende.

VILLE FORTELLE MED EGNE ORD

Etter fire timer med forelesninger møter Sykepleien Grue på hans kontor i fjerde etasje på Helga Engs hus for å snakke om den nyutgitte boken.

Siden store deler av den handler om møter med helsevesenet, håper han både leger, sykepleiere og andre yrkesgrupper i helsevesenet leser boken og gjør seg sine refleksjoner.

– Men den er ikke skrevet til noen spesiell gruppe. Den er ment som en litterær fagprosabok som alle kan lese.

– *Hvorfor skrev du boken?*

– Jeg var et barn som var vant med å være synlig på andres premisser. Denne boken ble nok til delvis fordi jeg kjente på behovet for å fortelle med egne ord. Jeg har forsøkt å skrive i dialog med det kliniske språket, journalspråket, men på en slik måte at det er jeg som har styringen og kan strekke meg mot noe annet, noe allmennmenneskelig og mer eksistensielt, kanskje til og med, om jeg er heldig, noe poetisk, sier han.

– *Tittelen, Jeg lever et liv som ligner deres, gir inntrykk av at den handler om «oss» og «de andre». Stemmer det?*

– Jeg er født og oppvokst på Fagerborg på Oslos vestkant med ressurssterke foreldre som begge jobber i akademia. Vennene mine har også samme bakgrunn. På mange måter er bakgrunnen min helt typisk og lik mange andres. På andre måter er den helt forskjellig. Tittelen er flertydig med flere lag. Jeg er litt svak for det, sier han.

Grue liker til vanlig ikke å dele for mye av sitt privatliv med offentligheten. Men i boken lar han oss få møte kjærligheten i sitt liv, kona Ida, og sønnen Aleksander.

AMBIVALENT TIL HELSEVESENET

Boken tar også leserne med på noen av hans besøk i helsevesenet og møter med hjelpeapparatet. Dette er en reise som kan være verdt å ta for alle som jobber der. Utdrag fra kliniske journalnotater og byråkratiske brev fra Nav illustrerer et kaldt og alt annet et hjelpsomt system. Likevel sier han ikke med rene ord at han er sinna på systemet.

– *Hvilke følelser dukker opp når du hører ordet helsevesen?*

– Ambivalens. Jeg har en funksjonsnedsettelse som alltid vil være der. Helsevesenet har imidlertid en visjon om at alt skal fikses. Spesielt på 1980–90-tallet ble jeg utsatt for enkelte operasjonshungrige kirurger som ville «fikse» benene mine. Slike operasjoner har imidlertid en god del ettervirkninger, som snarere kunne gjort meg verre.

Grue skulle ønske at alle fagfolkene som jobber i helsevesenet, kunne flytte blikket litt.

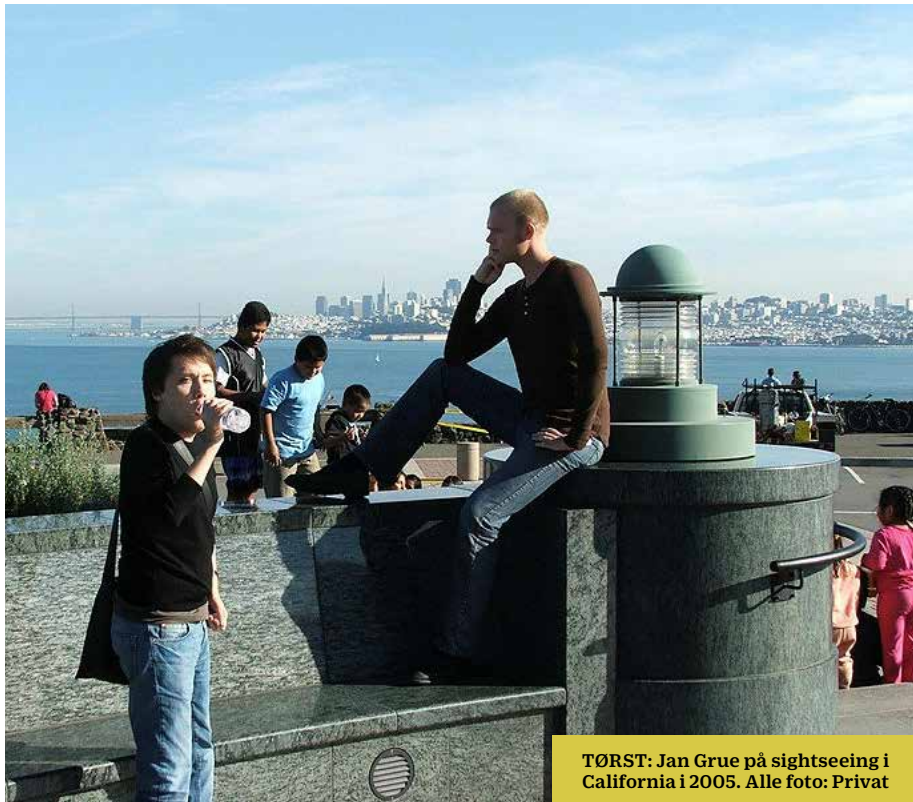
– Det er ikke alt som kan fikses, men med hjelpemidler kan vi funksjonshemmede og mange kronikere få hjelp til å mestre livet og hverdagen, slik at vi kan ta utdanning og få gode jobber. For min del er rullestol og spesiallagde sko viktig for at jeg skal kunne klare å komme meg mest mulig rundt for egen maskin.



NEW YORK: Jan Grue sammen med kona Ida Jackson i New York i 2012.



LESEHEST: Jan Grue studerte et år på Berkeley i California i 2005.



TØRST: Jan Grue på sightseeing i California i 2005. Alle foto: Privat

YDMYKHET

På spørsmål om det er episoder i møte med leger eller sykepleiere som har vært spesielt ille, tenker han litt.

– Hmm. Nå må jeg passe meg litt for hva jeg sier. Husk at mange av episodene jeg beskriver, skjedde mange år tilbake.

Han velger å snu på det:

– De beste møtene jeg har hatt, er med de skarpeste fagpersonene med spesialkunnskap, utdanning og erfaring. De er ofte mer ydmyke. Den beste fysioterapeuten jeg har truffet, var spesialist i toppidrettsskader. Han kom meg i møte og sa at han ikke kunne så mye om dette, og om vi kunne utforske mulig behandling sammen. Det er for meg betryggende å møte fagfolk som innrømmer at de ikke vet alt, og som viser ydmykhet. For det er et faktum, kanskje spesielt i medisinen, at det er mye vi ikke vet.

Og nå er vi inne på et annet område som opptar Grue.

– Kunnskapshorisonten beveger seg hele tiden. Ting vi trodde vi visste, er ikke så sikkert likevel. Kunnskap som er forsket frem og erklært som en sannhet i dag, kan gjennom et annet forskningsprosjekt være usant om to år. Vi vet ikke hva vi vet.

GRUES KOMFORTSONE

Grue betegnes som ambisiøs, et konkurransemenneske, og er ifølge barndomsvennen Petter Skjelsbæk «alltid den smarteste fyren i rommet».

«De beste møtene jeg har hatt, er med de skarpeste fagpersonene med spesialkunnskap, utdanning og erfaring. De er ofte mer ydmyke.»

– Han vant i alle spill og fikk alltid de beste karakterene på skolen. De få gangene jeg slo ham i noe, var det alltid ekstra stas. Men det var sjelden, sier Skjelsbæk og legger til:

– Allerede på barneskolen visste alle at Jan Grue kom til å bli professor.

– *Er du klar over at du kan virke skremmende med alle dine meritter?*

Jan Grue trekker på smilebåndet.



– Ja. Å være smart har nok vært en beskyttelsesmekanisme hos meg opp igjennom årene. Det er på det området jeg har hatt evner som utmerker seg, og hvor jeg har hatt opplevelse av mestring. Det er noe alle mennesker har behov for.

– Her på jobben er det annerledes. Min rolle som professor er helt tydelig. Jeg skal ikke skremme studentene eller bevise hvor smart jeg er. Dette er min arena, hvor jeg er en autoritetsfigur, og jeg er eldre enn de aller fleste av studentene. Det skal ikke handle om ego, men det å være en god pedagog for studentene. Hva de mener om at jeg sitter i en rullestol, er ikke viktig for meg, sier han.

VELKALKULERT FYR

– Har du noen morsomme historier om Jan Grue, spør Sykepleiens journalist vennnen Petter Skjelsbæk.

– Nei, egentlig ikke. Det er sjelden det skjer noe uforutsett med Jan, fordi han har gått igjennom alle scenarier tusen ganger oppi hodet før noe skal gjøres. Han er en velkalkulert fyr, lyder svaret.

Kameratens utsagn støttes av flere episoder i boken.

– Er du en kontrollfrik?

– Ja. Jeg prøver å avlære meg litt av det og bli mer spontan, sier Grue.

– Har Petter forresten fortalt om utdrikningslaget mitt for noen år tilbake?

– Nei.

– Da måtte jeg være med på et opplegg som andre hadde kontroll over. Jeg visste datoen for når det skulle skje, men ikke noe mer. Da hadde de laget Batman-drakt til meg og spesiallaget noe utstyr, slik at rullestolen ble gjort om til Batmobil. Jeg måtte kjøre rundt i full oppkledning og gjøre masse tull. Hele konseptet er i utgangspunktet det jeg liker aller minst: å bli sett og ikke ha kontroll over situasjonen. Likevel: Denne dagen ble kjempebra. Jeg måtte jo bare omfavne det hele og ha det gøy.

I ungdomsårene var Grue fascinert av superhelter og fantaserte om å kunne ta på seg et kostyme og da leve et helt annet liv.

«Allerede på barneskolen visste alle at Jan Grue kom til å bli professor.»

– Jeg vet ikke om han er klar over det selv, men på mange måter var han navet i vennegjengen. Hvis du kjedet deg, kunne du alltid ringe til Jan. Han hadde alltid et eller annet på gang – noe som skulle skje, sier barndomsvennen.

Men selv om Grue planlegger det meste, hender det at uforutsette ting skjer – også på jobben.

– Rullestolheisen har blant annet hengt seg opp fire–fem ganger de årene jeg har jobbet her. Da kjenner jeg på sårbarheten når jeg sitter der på utstilling og må vente på at noen fra teknisk avdeling kommer.



FØLER SEG HELDIG: Jan Grue mener hjepeapparatet burde satse mer på å spesialisere funksjonshemmede, for å finne passende jobber.

ARBEIDSLINJA

Jan Grue vet han er heldig.

– For mange andre med funksjonshemninger er det vanskelig å få tilrettelagt det som trengs for å kunne ta utdanning og få en fast jobb. Og det blir bare vanskeligere, ifølge Grue.

– Myndighetene kniper inn på utdanningsordninger og arbeidstiltak gjennom Nav.

For ham har det vært helt essensielt at han har kunnet spesialisere seg så mye at det er forholdsvis få som kan det samme som ham.

– Jeg kunne ikke hatt en fysisk krevende jobb, eller en jobb hvor jeg må sitte åtte timer på en stol. Jeg trenger fleksibilitet, og det har jeg her på universitetet. Jeg mener derfor at hjepeapparatet burde satse mer på spesialisering av funksjonshemmede, og ikke gå motsatt vei. Når de strammer inn tiltak, gjør de det motsatte av intensjonen i arbeidslinja, som er å få flest mulig ut i full jobb.

MORO MED IDA

Jan Grue jobber med og tar opp viktige og alvorlige temaer. Men hva får ham til å le?

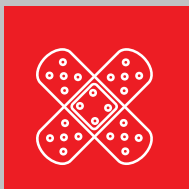
– Jeg har mye moro med Ida. Vi ler mye sammen og har en forholdsvis høy terskel når det gjelder galgenhumor. Av naturlige årsaker leser jeg mye, og jeg elsker film. Den siste tiden har Ida og jeg ledd oss igjennom gamle komiserier.

– Hvilke da?

– *Seinfeld*, *Arrested development* og *30 Rock*. Den morsomste filmen jeg har sett på lenge, må være *Death of Stalin*. Den må du se.

Klokka er 15.00. Intervjuet er over, og fremmedordboka er uåpnet. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Meldinger, skoler og kurs

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

-engasjert for menneskef

Sykepleier/ spesialsykepleier

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Akuttpsykiatriskdøgnet, er det ledig fast 100 % stilling til sykepleier/spesialsykepleier. Todelt turnus og arbeid hver 3. helg.

Kontaktperson: Enhetsleder Henning Meling, tlf. 22 02 99 10.

Les mer om stillingen på diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist:
14.oktober 2018.



frantz.no

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Oslo universitetssykehus

Søknadsfrist:
1. november 2018

Kull 17 starter opp 24.-25. januar 2019

Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, Regional seksjon for spiseforstyrrelser.
Helse Sør-Øst RHF

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høgskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over 3 semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning (11 seminar dager, 6 veiledningsdager).

Oppstartseminar på hotell 24. og 25. januar 2019, med en overnatting. Øvrige seminar dager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning.

Utdanningen dekkes primært av midler via Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres derfor med en lav kursavgift. **Pris for hele kurset er kr 4200,00.** Beløpet blir fakturert etter at uttak har funnet sted og kursdeltager har bekreftet deltagelsen. Arbeidsgiver må dekke reisekostnader.

For generell informasjon om kurset, se www.rasp.no, under kompetansetjenester

Søknad: Det må benyttes elektronisk søknadsskjema som det ligger lenke til på www.rasp.no under arrangementer i utlysningsteksten. Uttak av deltagere skjer etter at søknadsfrist har gått ut **01.nov 2018.**

Kontaktpersoner:

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf 23 01 62 24, e-post: eliah@ous-hf.no eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post: uskshe@ous-hf.no



Møter du klienter med **alkohol** – eller **annen rusproblematikk** i ditt arbeide?

Da ønsker vi kontakt med deg! Familiekubbene er et tilbud til mennesker som sliter med eget eller andres misbruk. Vi tilbyr nettverk og fellesskap, samt et sted å møtes for å snakke fortrolig om rusproblemer.

Kontakt oss på mail postmaster@familiekubb.no eller telefon **41687171**



www.familiekubb.no

Løsning på kryssord i nummer 7/2018 (se side 76).

ORGAN	L	SESSON	TOLLE	REDD	DIT	BAKKE	AVST	SIPPEN	A	PRYE	T	DEL	A	KLAD	ARE	A	V	ADREN	
B	I	S	K	J	O	L	D	B	R	U	S	K	K	J	E	R	T	E	L
A	V	V	E	N	D	I	N	G	S	A	N	S	T	A	L	T	E	N	E
K	S	I	R	E	A	E	N	I	S	A	N	M	A	N	K	E	S	T	E
T	V	P	R	I	A	N	T	E	S	M	E	R	T	E	R				
E	I	T	S	S	O	V	I	E	R	S	T	E	I	R					
O	R	K	E	O	L	J	E	K	A	R	R	E	R	O	T				
I	T	O	L	I	S	K	U	S	L	A	B	M							
E	I	E	R	V	A	K	K	E	R	T	F	A	R	E	N				
O	R	G	A	N	S	P	O	N	T	A	N	F	R	A	K	T	U	R	



USN tilbyr følgende videreutdanninger med oppstart våren 2019:

Campus Drammen

- Danse- og bevegelsesterapi (30 stp.)
- Kunnskapsbasert praksis (15 stp.)
- Demens og alderspsykiatri (30 stp.)
- Dermatologisk sykepleie (30 stp.)
- Ernæring og helse (30 stp.)
- Hjerneslag- tverrprofesjonell behandling, rehabilitering og kunnskapsutvikling (30 stp.)
- Veiledning (15 stp.)

- Kunst- og uttrykksmetoder i terapi (75 stp.)
- Obligatorisk forkurs arrangeres 5.-7.oktober
- Hverdagsrehabilitering (30 stp.)

Campus Vestfold

- Operasjonssykepleie (90 stp.)
- Kreftsykepleie (60 stp.)

usn.no/studier/videreutdanning/helsefag

Sykepleien gir deg:

nyheter
fagartikler
forskningsartikler
debatt
quiz

sykepleien.no

for desktop, mobil og nettbrett

app til mobil/brett

Last ned i Appstore eller Google Play
 - til mobil og nettbrett

papirutgaver

Spesialproduserte utgaver
 går i dybden på et tema
 - og hjem til deg.



nyhetsbrev

Våre viktigste saker
 - to ganger i uken.

Meld deg på via facebook
 eller på sykepleien.no

DU FINNER OSS OGSÅ HER:



SYKEPLEIEN PÅ FACEBOOK
 Nyheter som angår sykepleiere
 og aktualiteter innen forskning.



SYKEPLEIEN PÅ INSTAGRAM
 Del bilder fra din sykepleierhverdag
#yrkesykepleier



SYKEPLEIEN FORSKNING PÅ FACEBOOK
 Relevant forskning for sykepleiere i praksis,
 for universiteter, høyskoler og studenter.



SYKEPLEIEN PÅ TWITTER
 Vi twitrer om helsenyheter.
@sykepleien1



Sykepleier eller spesialsykepleier til spennende jobb

Denne høsten har vi flere ledige oppdrag enn noen gang fra Tromsø i Nord til Oslo i Sør. Du kan oppleve vakker natur eller storbyliv.

Vi har spesielt stort behov for intensivsykepleiere, nyfødtingintensivsykepleiere og barnesykepleiere. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Nå har du virkelig sjansen til å reise å oppleve nye avdelinger og nye eksotiske steder.

Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse. Vi dekker din reise og bolig.

www.dedicare.no/nurse

+47 74 80 40 72 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE