



60 minutter

Sepsis. For en pasient med sepsis er den første timen avgjørende. Er ikke behandling startet da, synker sjansen for å overleve dramatisk. **20**

● **Hva skjer**
Norges best betalte sykepleier. **16**

● **Sykepleie**
Flere overliggere i større kommuner. **56**

● **Påfyll**
Liv laga: Til Sibir i pysjen. **65**

● **Meninger**
Tett på Solveig Ude. **76**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,99 %

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

Les mer på dnb.no/nsf eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

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



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

10

TI SPØRSMÅL PÅ TI MINUTTER



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



HEIDRA: Under ei markering før jul vart 40-årsjubilantane ved Helse Førde heidra med Medaljen for lang og tro tjeneste. Her saman med administrerande direktør i Helse Førde HF, Jon Bolstad (bakarst). Foto: Helse Førde HF.

– Det er miljøskapande å heidre trufaste tilsette

Hos Helse Førde legg dei til rette for at alle tilsette skal trivast og yte sitt beste slik at du og eg som pasient skal få best mogleg behandling og pleie. Å heidre trufaste tilsette som har vore lengje i arbeid ved føretaket er derfor ein viktig del av eit miljøskapande tiltak.

Helse Førde HF har om lag 3 000 tilsette og er dermed den største arbeidsgjevar i Sogn og Fjordane. Fleire av dei tilsette vier mange år av livet sitt til føretaket og nokon heile yrkeskarrieren.

– Derfor er det ekstra viktig med ei markering av trufaste tilsette, seier HR-direktør Arne Skjelten.

Stå for det same som Medaljen

– Vi har hatt markeringar av tilsette tidlegare også, men då har det vore litt ulikt med korleis vi har gjort det. Etter kvart har vi funne ei form der vi markerar 25-års tilsetjing med gullklokke og 40-års tilsetjing med Medaljen for lang og tro tjeneste.

– Vi starta med Medaljen etter innspel frå ein tilsett som hadde høyrte om den, og vi syntest det var eit spanande forslag. Medaljen heng høgt og vi ønskjer å stå for det same som den representerar.

Høgtideleg markering

– Det er flott og ikkje minst miljøskapande å markera tilsette på denne måten. Vi er opptatt av at heile ramma rundt er ei ordentleg høgtid, og det trur eg mottakarane sett pris på, seier Skjelten.

– Vi held markeringa på eit hotell der dei får kanapear og velkomstdrikke og vi har underhaldning frå eit band. Medaljeøskjene er stilt ut slik at dei tilsette som skal heidrast ser dei frå scena før dei får den, fortel Skjelten.

– Deretter vert det tale ved administrerande direktør, og kvar klinikkdirrektør som har tilsette som skal heidrast, har skrive nokre ord om dei det gjeld. Eg som HR-direktør les opp orda til dei tilsette for administrerande direktør overrekkjer Medaljen. Det heile endar med middag på hotellet, seier Skjelten.

Tek samfunnsansvar

– Helse Førde er ein stor og viktig arbeidsplass som tek samfunnsansvar. Vi har lite med velferdsmidlar og desse prøver vi å bruke fornuftig, avsluttar Skjelten.

Personleg anerkjenning

Det Kongelige Selskap for Norges Vel deler ut Medaljen for lang og tro tjeneste for å syne og verdsette innsats i arbeidslivet. Arbeidsgjevar søker om tildeling av Medaljen til tilsette med minst 30 års samla teneste. Medaljen er ei unik, innhaldsrik og personleg anerkjenning. Den er også eit symbol på at bedrifta har skapt ein arbeidsplass som – over tid – har vore utfordrande og interessant.

www.medaljen.no



Å holde seg i live er ikke alt. Livet skal også leves.



Aldersrelatert skrøpeligheit er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttap og lav fysisk aktivitet. Skrøpeligheit er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av tegnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligere for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink Protein er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

Les mer om aldersrelatert skrøpeligheit på www.nutridrink.no

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjist.



Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200 ml

18 gram protein
300 kalorier



NUTRICIA
Nutridrink
Næring Til Livet

Legemiddel uten østrogen – mot hetetokter

Mange kvinner sliter med plager i overgangsalderen. Ikke alle kan eller ønsker å tilføre kroppen østrogen. Remifemin® er et reseptfritt legemiddel uten østrogen eller planteøstrogen mot plager i overgangsalderen.¹

Mer enn 15 kliniske studier med over 11 000 pasienter er utført de siste 15 årene.² Nesten 40 år som legemiddel på det europeiske markedet gir lang erfaring med effekt og sikkerhet.



**UTEN
østrogen**

- ✓ Uten østrogen/planteøstrogen¹
- ✓ Godt dokumentert effekt og sikkerhet²
- ✓ Fås uten resept

Fås på alle apotek og på
www.pulsapotek.no

Remifemin «Schaper & Brümmer»

F Middel mot overgangsplager.

ATC-nr: G02C X04

Reseptfritt legemiddel. Tabletter. 2,5 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. **Dosering:** 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** *Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (tretthet, appetittapp, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.* **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksisitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder Cimicifuga. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, perifert ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. Virkningsmekanisme: Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. Sist endret: 24.03.2015

Referanser: ¹Remifemin® preparatomtale, sist endret 16.12.2014; ²Beer & Neff, J Evid Based Complementary Altern Med 2013;8:60602

Innhold



02 | 2017 Sykepleien

Utgivelsesdato: 16. februar

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



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 10 Sykepleiere på Instagram
- 14 I nyhetene:
Reddet kollega
- 16 Norges høyest lønnete sykepleier
- 20 Tema: – Kan det være sepsis?
- 28 Kledd for anledningen
- 32 Bytter ut medisiner med omsorg
- 36 Tar kvelertak på hverandre en gang i uka



Jytte og Herman på sykehjemmet. **32**



Sykepleie

- 42 Samler fagkunnskap om sped- og småbarn
- 44 Lærer å bruke forskningsartikler
- 48 Studerte mors reaksjon etter prematur fødsel
- 50 Norsk-russisk sykehus-samarbeid om MS
- 53 Gir omsorg til dem som er unge og alene
- 54 Etikk: Ledelse og vanskelige valg
- 56 Hvorfor færre overliggere?



Ledere i skvis ønsker refleksjon. **54**



Påfyll

- 64 Bryter taushetsplikten på scenen
- 64 Dikt:
Rommet ved siden av
- 65 Liv laga:
Til Sibir i pysjen
- 66 Bokanmeldelser
- 67 I bokhylla mi:
Stein Kyrre Sørensen
- 68 Quiz og kryssord



Tuller med legerollen fra scenen. **64**



Meninger

- 70 NSF-leder:
Klar tale før valget
- 71 Marit Leegaard:
Få fortsetter forskningen etter doktorgraden
- 72 Jan Hammer: På vei mot et paradigmeskifte?
- 74 Svein Arne Thrana:
Bør arbeide med sola
- 76 Tett på Solveig Ude

- 81 Ledig stilling
- 84 Kunngjøring



Helsesøster ble berømt for å si fra. **76**

Forsidefoto: Colourbox

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

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





Mange i helsetjenesten er kritiske til hvordan «butikken» overstyrer faglige vurderinger. Men er det virkelig en god idé å gå tilbake til slik det var før?

Ulvetid i klinikken



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

I Norge og andre nordiske land er det tradisjonelt lite avstand mellom ledere og arbeidstakere. Vi liker å stole på hverandre. Så hvordan kunne det egentlig skje at politikerne byttet ut alt som fungerte så bra i helsetjenesten og importerte et styringssystem fra USA, som bygger på overdreven kontroll av og mistro til de ansatte?

Det spørsmålet stiller den svenske sykehusforskeren Soki Choi. Hun mener at det er vanskelig å begripe hva som fikk politikere til å implementere et styringssystem som så til de grader kolliderer med den «nordiske måten» å tenke på. Fra tillit og omsorg har vi beveget oss mot et regime der alt skal telles og måles med sikte på mest mulig effektiv «produksjon». Choi mener at politikernes feilgrep trolig skyldtes at vi tar alt som kommer fra USA og Storbritannia for god fisk. Virket det der borte, så vil det sikkert virke her.

Forskeren var i Oslo i forbindelse med lanseringen av boka «Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger», skrevet av en rekke leger, sykepleiere og forskere som bekjenner seg til et opprør under navnet Helsetjenesteaksjonen.

Lanseringen fant sted i en sal som var fylt til randen med frustrerte helsearbeidere. Flere tok ordet og berettet om meningsløst skjemavelde, voksende byråkrati, håpløse sykehusfusjoner og pasienter som blir ofret på økonomikonsulentenes alter. Et av kapitlene i boka, «Sykepleie er ikke industri!», sammenfattet stemningen i salen: Alt fokuset på økonomi i helsetjenesten har fortrenget det faglige skjønnet. New Public Management (NPM) må skrotes.

UMYNDIGGJORT

Det er ingen grunn til å undervurdere all den frustrasjonen og misnøyen med systemet som finnes blant helsearbeidere i dag. Akkurat hvor omfattende den er, lar seg vanskelig måle. De som målbærer frustrasjonen, er naturlig nok blant de mer ressurssterke, men min erfaring er at også mange helsearbeidere der ute kjenner seg igjen i bildet av den umyndiggjorte legen/sykepleieren. De er blitt leger og sykepleiere fordi de har ønsket å jobbe med faget. Nå truer budsjettfokus, skjemaene, sjekklister og kontrollene rommet for faglig skjønn. Mens stabene i administrasjonsavdelingene vokser, minsker den tiden hver enkelt helsearbeider får med en pasient. Det gir moralsk stress

hos samvittighetsfulle ansatte.

Jeg aner derfor konturene av et stille opprør mot et helsebyråkrati som sitter på beslutningsmakten, mens administrasjonen sender kontrollskjemaer nedover i systemet. Kritikken mot dette skjemaveldet er heftig, men også en smule grovkornet. Det snakkes mye om at den faglige ledelsen i tjenesten er blitt borte; at bestiller/utførermodellen skaper fremmedgjøring og at foretaksmodellen for sykehusene ikke gir innsyn i viktige avgjørelser for befolkningen.

Problemer er bare hva vi skal erstatte det med. For det er jo ikke slik at vi får færre eldre, færre diagnoser, lavere forventninger til hva helsetjenesten kan gjøre og færre innleggelsesdager vi kaster NPM ut av vinduet?

FRIE HENDER

Kritikken mot styringssystemene er krass, men den ser ut til å ha lite gjennomslag i Stortinget. Ikke engang Sykepleierforbundet er stor fan av Helsetjenesteaksjonen. Forbundet kritiserer noen av de samme tingene, men vegrer seg for å gå i en allianse med folk som sabler ned det meste av det som er blitt gjort i helsetjenesten de siste 10–20 årene.

Personlig hadde jeg gjerne sett at Helsetjenesteaksjonen og deres støttespillere hadde gravlagt begrepet New Public Management. Det er et upresist begrep som er lite egnet til å gi mening i en norsk debatt om helsepolitiske utfordringer i dag. Å gi New Public Management skylda for alt som er galt i helsetjenesten, er litt som å gi ulven skylden for alle problemene i Distrikts-Norge. Selv om flere helse reformer har hentet inspirasjon fra amerikanske produktivitetsøkonomer, er det en drøy påstand at «pasientens helsetjeneste» (Høies prosjekt) utelukkende blir dominert av økonomisk tenkning. Det er å dra det litt for langt.

BJELLEN PÅ KATTEN

Boken «Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger», med legen Torgeir Bruun Wyller og sykepleier Heidi Haukelien som redaktører, bidrar med en prisverdig analyse av skyggesidene av de siste årenes reformer. De henger bjellen på katten og beskriver en hverdag for helsearbeidere som kan virke absurd for



Illustrasjon: Marie Rundereim

ikke-innvidde. «Stadig flere detaljer blir styrt fra sentralt hold gjennom målsettinger, rammer og kontrollsystemer som ikke har sitt utspring i profesjonene, og som ofte måler noe annet enn det som oppleves som relevant for de ansatte å måle», skriver Erling Steen i boka. Her vil mange nikke gjenkjennende.

Boken hjelper oss til bedre å forstå skvisen helsearbeidere står i, men personlig mener jeg at den skuffer når den kommer til løsningene på problemene. I sitt sluttkapittel lister Wyller og Haukelien opp 20 tiltak som «til sammen vil bringe oss på et riktigere spor». Dessverre bærer forslagene sterkt preg av en nostalgi etter det som en gang var.

De vil gjeninnføre fagbasert ledelse og skrote profesjonsnøytral ledelse, noe mange vil juble for. De vil fjerne bestiller-utfører-modellen, kutte konsulenter og slanke administrasjonen. De vil omgjøre sammenslåingen av sykehus, avvikle helseforetakene og gå tilbake til små sykehusorganisasjoner. De vil ikke ha færre, men flere sykehussenger. Innsatsstyrt finansiering skal bort og sykehusene skal igjen bli underlagt politisk styring.

ALTERNATIV

Det minner meg mistenkelig om slik det var før. Det gjør meg skeptisk. Det er klart at mye var hyggeligere før, men ønsker vi oss virkelig tilbake til tiden da fylkespolitikkerne styrte de små lokalsykehusene og legene kunne være konger på sine avdelinger? Å reversere et system som har gitt befolkningen økt be-



«New Public Management er et upresist begrep.»

handlingskapasitet, hurtigere behandling, redusert ventetid og mer avansert helseteknologi, er selvfølgelig et alternativ. Men det spørs om folk flest er villig til å betale regningen for at helsearbeidere skal kunne bruke mer tid på dem. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@anitsirk89

Møtte på Trude i kjelleren! Ikke verst å ha en AGV oppkalt etter seg!



@nurse_sanne

When you finally can sit down and recharge for 5 minutes -> happy!



@frkheide

Klar for ei ny, og den aller siste praksisperioda i studiet! Hjemmesjuka neste



@lisagrotta

#nurse #sykepleier #bathroomselfies #yrkesykepleier



@unitedjenta

Viktig å prøve alle tiltak for å få eksamens-stoffet til å sitte skikkelig i huden



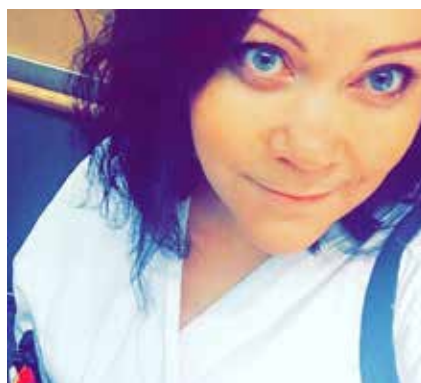
@tonekristine84

Første dag tilbake på jobb etter 12mnd og 20 dager med mammaperm! Det føles godt å komme tilbake



@vljoen

Flettefredag



@mariannebagron

Back on track



@Camillanev

Flettefin på jobb



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 02 | 2017

Nyhet – Reportasje – Tema



DYTT TILBAKE VED BITT: Emil Ruud Lia og Anette Østengen viser hva som er lurt å gjøre hvis pasienten biter. Foto: Erik M. Sundt



Sykehjem. Mere omsorg, færre piller i Danmark. **32**



«Han var blek, jeg så at han ikke burde kjøre bil hjem.»
Vanja Hagen. **14**



Historie. Uniformen skulle vise et ideal. **28**

Hvis de biter

Ahus. Ingen får jobbe på avdeling for spesialpsykiatri uten å ha vært gjennom trening. **36**



FARLIG: Vekttap på bare tre kilo kan ha dødelig utgang for eldre mennesker.



Handlingsplan for eldreernæring

MATPLAN: Regjeringen legger i mars fram en ny handlingsplan for bedre kosthold blant eldre, varsler statsminister Erna Solberg (H).

– Vi vet at eldre pasienter på norske sykehus er underernærte, sier Solberg til NTB og viser til flere ferske studier om temaet.

I januar kom en studie fra Nasjonalt råd for ernæring som viser at én av tre pasienter på norske sykehus er

underernært eller i risiko for underernæring. Blant eldre er andelen enda høyere.

Samtidig viser en fersk studie fra Hordaland at vekttap på bare tre kilo kan ha dødelig utgang for eldre mennesker. Det er doktorgradsstipendiat Teresa Haugsgjerd og professor Grethe Tell ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen som har undersøkt

sammenhengen mellom vektendring og død i aldersgruppen 71–74 år. Ernæring skal også bli et innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender».

– Når vi legger dette inn i styrings-systemene på ernæring og i pasientsikkerhetsprogrammene, betyr det også at det blir strengere krav til at ledelsen følger med på ernæring og mat på sykehjem, sier Solberg til NTB. ●

Innvandrere har mindre kreft

Innvandrere i Norge har med få unntak lavere kreftforekomst enn den øvrige befolkningen, ifølge Kreftregisteret.

– Innvandrere er særlig beskyttet mot typiske livsstilsrelaterede kreftformer, som tarmkreft og lungekreft, sier forsker og førsteforfatter Kirsti Vik Hjerkind fra Kreftregisteret. Forskerne tror årsaken kan være et mer plantebasert kosthold, mindre alkohol og røyking enn det som er typisk i Vesten.



Kilde: NTB

Nytt legemiddel for brystkreft

Legemiddelverket har godkjent en ny medisin som kan gi brystkreftamme opp til to år mer før de trenger å begynne på cellegift. «Ibrance» inneholder virkestoffet palbociclib og er utviklet av Pfizer. Ifølge TV 2 ble en studie av medisinen satt i 2015 fordi resultatene rett og slett var så gode at det ikke var forsvarlig å gi noen av deltakerne placebomedisin.



ME gir tomme pulter

Sykdommen ME holdt om lag 270 elever borte fra undervisningen i over tre måneder forrige skoleår, ifølge en undersøkelse utført av fylkesmennene. Undersøkelsen er bestilt av statsminister Erna Solberg (H).

Kilde: NTB



AP vil ha mer kjønnskvotering

Arbeiderpartiet går inn for at valgkomiteene i selskaper som staten eier, skal ha minst 40 prosent kvinner.

Det samme gjelder statlige lederprogrammer. Kilde: dn.no

Fakta & tall. Infeksjoner

4,7 %

På undersøkelsesdagen for Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse om infeksjoner i sykehus høsten 2016, hadde 4,7 prosent av pasientene i sykehus minst én helsetjenesteassosiert infeksjon.

28 %

Totalt 28,8 prosent av pasientene som fikk antibiotika.

10 105

Totalt 63 sykehus med 10 105 pasienter deltok i høstens prevalensundersøkelse.

33 %

Bredspekret antibiotika utgjorde 33 prosent av totalt antall antibiotikaforskrivninger.

Kilde: Folkehelseinstituttet



VINNERE: Fra venstre: Ragnhild Gjørum, Kristine Mo Karlsen, Marte Di Micco-Derås og Gunnar Simonsen Thingnes. Foto: Kirkens Bymisjon/Torstein Ihle

Sykepleie på hjul fikk pris

RULLENDE KONTOR: – Vi er ikke engler eller helter – bare profesjonelle sykepleiere som gjør alt vi kan for å nå de mest sårbare på gata med helsehjelp, sa sykepleierne med bilen som «kontor» da de mottok Brosteinprisen i begynnelsen av februar.

– Dette er som å motta en Oscarpris på vårt felt, sier Marte Di Micco-

Derås, leder for Sykepleie på hjul til Kirkens Bymisjon.

Brosteinprisen deles hvert år ut av Kirkens Bymisjon i Oslo til «en person eller sammenslutning som har markert seg i arbeidet mot nød og urettferdighet i byen – til folk som bidrar til å synliggjøre vanskelige liv, formidler håp og gir samfunnet redskaper til å bekjempe nød i storbyen.»

Sykepleie på hjul drives av Fransiskushjelpen og er et lavterskeltilbud for mennesker i rus- og prostitusjonsmiljøet i Oslo.

To ansatte sykepleiere reiser rundt i en bil, steller sår både på gata og hjemme hos folk, deler ut rene sprøyter og annet rent brukerstyr, og gir råd om rettigheter, injeksjon, helse, ernæring og egenomsorg. ●

1 av 5 strøk på eksamen

Sykepleierstudentene gjorde det bedre på nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i 2016 enn i 2015. Likevel strøk 1 av 5. Totalt avla 4838 sykepleierstudenter eksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i desember. NSF's studentleder Cathrine Villemo Tallaksen Svendsen synes det er gledelig at resultatet er forbedret, men at en strykprosent på 22 prosent ikke er godt nok.

Kilde: sykepleien.no

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Sykepleier Vanja Hagen brukte kompetanse, ikke hjertestarter, da kollegaen ble blek og tungpustet.

Sykepleieren reddet livet til hjelpepleieren

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Tom Gustavsen/Romerikes Blad**

Det ble en gladsak? Hva skjedde?

– Jeg fikk høre at kollegaen ble dårlig. Han følte seg ikke i form.

Du ble tilkalt?

– Ja. Han var blek, jeg så at han ikke burde kjøre bil hjem. Vi fikk lagt ham i en ledig seng, gjorde målinger, ringte lege og tilkalte ambulans.

Hvor hadde du lært hva du skulle se etter?

– Jeg brukte min kompetanse fra opplæringsprogrammet som heter Proact.

Du visste hva du skulle gjøre?

– Ja, jeg observerte for å identifisere symptomer. Det gjelder å være i forkant før noe kritisk skjer.

Så du reddet livet hans?

– Ja, og det er han veldig glad for i dag. Jeg også! Ikke godt å si hva som hadde skjedd hvis han hadde kjørt hjem den dagen. Det er dokumentert at mange med hjertestans har hatt tegn på dette i forkant. Målet er å oppdage symptomer tidlig slik at dødsfall kan forhindres.

Har du reddet livet til pasienter også?

– Ikke når det gjelder hjertestans. Men kliniske observasjoner har jeg gjort mange ganger.

Hvordan var det å komme i avisen?

– Hyggelig – siden det var et hyggelig utfall. Det satte dessuten i gang faglige diskusjoner.

Kun 11 av 28 sykehjem på Romerike har hjertestarter, ifølge Romerikes Blad. Hva syns du?

– Den diskusjonen handler mye om etikk. Det er

viktig å være i forkant, men noen ønsker ikke å bli gjenopplivet. Vi må tørre å ta de samtalene for noe skjer.

Og dokumentere i journalen?

– Ja. Og fordi ting kan endre seg, må samtalene gjentas. Sykepleierne må lytte til pasient og pårørende, og involvere legen. Det er legens ansvar å skrive i journalsystemet. Når HLR minus er nedfelt i journalen, skal det respekteres.

Man må slå opp da?

– Det er fort gjort å hente journalen. Man finner



Fakta

Aktuell som

Fagutviklingssykepleier som reddet livet til sin kollega på Lørenskog sykehjem.

Alder: 54 år

Bakgrunn: «Sykepleier Vanja reddet livet til Mohan» var overskriften i Romerikes Blad. Hjelpepleier Mohan Sivaganeshamoorthy ble akutt dårlig på jobb. Han ble tungpustet med press i brystet. Vanja Hagen fikk ham på sykehus, og Mohan ble bypassoperert. Lørenskog sykehjem har sagt nei til hjertestarter, og heller styrket kompetansen for å kunne identifisere tegn på alvorlig sykdom tidlig. Viktigere å bruke livsviktige minutter til å redde liv framfor å lete etter en hjertestarter, er begrunnelsen.

det raskt. Noen sier: «Får jeg hjertestans, vil jeg dø med skoene på.» Noen vil ikke ha antibiotika heller, hvis de skulle få en lungebetennelse. Men alt må dokumenteres.

Er det vanskelig å ta temaet opp?

– Jeg syns ikke det, jeg har mange års erfaring. Men mange syns nok det. Jeg tror pasientene tenker på det ofte. De venter på det. Det er ikke noe du gjør i forbigarten når du kommer med frokosten. Du må føle deg fram, gjøre det på riktig tidspunkt.

Og hvis pasienten er dement?

– Involver de pårørende hvis pasienten ikke er samtykkebevisst. Det gjør man ofte når pasientene er klare også. Å lytte til pårørende er viktig hele veien.

Ditt sykehjem sier nei til hjertestarter?

– Ja, det valget har ledelsen tatt. Vi har kort vei til Ahus, og vi har nettopp fått ny legevaktbil på Romerike. Men dette er en diskusjon som vil dukke opp igjen. Da må man ta en ny vurdering. Nå har vi valgt å satse på kompetanseutvikling.

Har du jobbet lenge på sykehjemmet?

– Siden 1999. Jeg trives godt, har ingen planer om å slutte.

Ellers noe?

– Det vi snakker om er jo kunnskapsbasert praksis. Det er det vi ønsker å utøve.

Og Mohan er tilbake i jobb?

– Det er han. Virker i god form, han! •
marit.fonn@sykepleien.no



HiOA tester Y-veien

● Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

SYKEPLEIERUTDANNING: Høgskolen i Oslo og Akershus har nå åpnet for at helsefagarbeidere kan søke direkte på sykepleierutdanningen uten generell studiekompetanse.

Tidligere har helsefagarbeidere uten studiekompetanse fra videregående skole kunnet søke på bakgrunn av såkalt realkompetanse med aldersgrense på 25 år, og med et krav om minst tre års praksis som helsefagarbeider.

I forsøksordningen som starter i mai, holder det med bestått VG 1 og VG 2 og fagbrev som

helsefagarbeider. Det er satt av 20 studieplasser. Søkerne må skrive et motivasjonsbrev og bli godkjent gjennom et intervju med skolen. De rangeres så etter karakterer.

Førsteåret har helsefag-sykepleierstudentene et annet opplegg enn de ordinære sykepleierstudentene. Når de starter på andreåret høsten 2018, skal de være ajour med resten av kullet.

Fullført studium kvalifiserer til en bachelor i sykepleie. Pilotprosjektet er et oppdrag fra Kunnskapsdepartementet.

STUDIELEDER SKEPTISK

Kjersti Sortland, studieleder ved sykepleierutdanning på Kjeller, forteller at det de siste ukene har vært stor pågang fra helsefagarbeidere som ønsker å ta dette studiet. Hun er imidlertid ikke ubetinget positiv til at Kunnskapsdepartementet har pålagt dem å sette i gang denne piloten.

– Jeg mener det må ligge studiekompetanse i bunnen, sier hun.

Norsk Sykepleierforbunds leder Eli Gunhild By deler dette synet og har bedt om mer informasjon om studietilbudet fra høyskolen.

FAGFORBUNDET POSITIVE

Fagforbundet legger vekt på mulighetene dette gir.

– Vi er veldig positive og håper dette er starten på en yrkesvei for helsefagarbeidere til høyere utdanning, sier sykepleier Iren Luthers i Fagforbundet til Fagbladet.no.

– Men vi ønsker en ordning der fagbrevet teller mer. Studiet bør tilrettelegges slik at fagkompetansen gir fritak fra å måtte ta om igjen visse fagområder som fagarbeideren allerede har bestått. ●

aknbh@sykepleien.no

NÅR ET SÅR ER INFISERT,
ER DET FOR SENT Å FOREBYGGE

Det er da det
virkelig
begynner
å koste.



SORBACT® INFEKSJONSFOREBYGGENDE^{1,2} BANDASJE ALLEREDE FRA STARTEN

Et infisert sår kan føre til forsinket tilheling med lengere behandlingstid og kostnader, samt tid borte fra jobb og familie. Sorbact® kan brukes for å forebygge sårinfeksjoner ved naturlig å redusere den mikrobielle belastningen i sår. Gjennom den unike Sorbact®-teknologien bindes bakterier og sopp irreversibelt til kontaktflaten og fjernes når bandasjen byttes. Sorbact® er også godt egnet til behandling av allerede infiserte og vanskelig tilhelende sår.³

Les mer om våre forskjellige Sorbact®-bandasjer, deriblant den nye Sorbact® Superabsorbent for kraftig til svært kraftig væskende sår på abigo.no.

NYHET!



**SORBACT®
SUPERABSORBENT**

Referanser: 1. Skinner R, Hampton S. The diabetic foot: managing infection using Cutimed Sorbact dressings. Br J Nurs. 2010 Jun 10;23(11):530, 532-6. 2. Data on file. 3. Von Hallern B. Treatment of over 1500 critically contaminated and infected wounds by using hydrophobic dressings thus reducing the use of systemic antibiotics and antiseptics. EWMA 2007;P 108.



ABIGO Medical AS · Eidsbergveien 43 · 1811 ASKIM · Tel: 911 36 332 · abigo.no



Norges høyest lønnete sykepleier

For å sikre tilstrekkelig rekruttering, tilbyr Engerdal kommune i Hedmark sykepleiere landets høyeste lønn. Nyutdannede Julie Spånberg Husfloen (24) tjener like mye som en sykepleier med 10 års ansiennitet.

● Tekst og foto **Karoline Almås Sørensen**

Lønnen forteller noe om hvor verdifull du er for kommunen, sier sykepleier Julie Spånberg Husfloen (24).

I fjor sa hun opp en fast jobb i Elverum og flyttet til Engerdal. Nå er Julie assisterende avdelingsleder og den eneste sykepleieren i hjemmetjenesten – og Engerdal kommunes lavest lønnete sykepleier. Det til tross for at hun som utdannet sykepleier i 2015, ifølge tall fra Kommunal Rapport, tjener det samme som en sykepleier med 10 års ansiennitet: 435 800 kroner per år.

GRISGRENDT

Det er kortere vei mellom furutrærne enn menneskene i Engerdal, som teller mellom 1 200 og 1 300 innbyggere. Et kvarter utenfor

kommunesenteret ligger Drevsjø. Der er veien kortere til Sverige enn til nærmeste by, og naboen i nord er Femunden.

I Coops gamle lagerlokale ligger biblioteket. Det er stengt i dag. Et stykke lenger sør ligger en klynge av tjenester; legesenter, frisør, Frivilligsentralen. Her ligger også helsehuset som er sentral for hjemmesykepleien og hjem for beboerne på Engerdal sykehjem.

At kommunen ligger et stykke utenfor allfarvei, forhindrer ikke at den har landets best lønnete sykepleiere. Kommunestyret i Engerdal vedtok i 2007 å lønne sykepleiere etter lønnsstigen til adjunkter. Spesialsykepleiere har samme lønnsstige som adjunkter med opprykk.

– Vi ville hindre fraflytting, så i

utgangspunktet var dette et tilbud til våre sykepleiere som hadde 10 års ansiennitet i kommunen. Med årene har vi gått mer og mer over til å bruke det som rekrutteringsmiddel, sier enhetsleder pleie og omsorg i Engerdal kommune, Kristin Opgård.

YRKESSTOLTHET

Julie Spånberg Husfloen lot seg egentlig ikke lokke til Engerdal av pengene, men av kjærligheten. Hun vokste opp på Tynset og studerte i Elverum, men har besøkt familie i Engerdal gjennom hele oppveksten. Da hun fikk kjæreste i Engerdal og lønnen fristet, var valget ikke vanskelig.

– Lønnen har jo en del å si for at jeg skal bli værende her; det kunne ellers vært interessant å prøve andre ting. Jeg har blitt tatt godt imot,



VERDIFULL: Julie Spånberg Husfloen er nyutdannet og en av landets best betalte sykepleiere, og enda kan hun tjene mer. Foto: Karoline Almås Sørensen

pasientene har vært positive til meg som ny sykepleier og jeg trives veldig godt. Jeg kan bo her for alltid, sier Julie.

ANSIENNITET

Som nyutdannet sykepleier har hun fått et godt utgangspunkt. Hun tjener over 62 000 kroner mer i året enn hun ville om hun ble lønnet ut fra 0–2 års ansiennitet.

– Har du ikke lønn å lokke med, får du ikke folk hit. Vi har ikke et rikt kulturliv eller mange kafeer, men vi har penger og god arbeidstidsordning, slår enhetsleder Kristin fast.

Hun skal snart lyse ut en ny sykepleierstilling og er spent å se responsen. Hittil har ikke kommunen markedsført lønnsfordelene i spesielt stor grad.

«Lønnen har en del å si for at jeg skal bli værende»

Julie Spånberg Husfloen

– Vi har ni sykepleiere og én som er i svangrskapspermisjon. De har en begynnerlønn på 469 400 kroner, og spesialsykepleierne har nærmere 500 000 kroner. Lønnstillegg kommer oppå det igjen. Hvis det er snakk om en nattstilling, kan man fort komme opp i 140 000 kroner i tillegg, sier Kristin.

KOMPETANSE

Til sommeren kommer to nye sykepleiere i fast

jobb. I tillegg til høyere lønn, tilbyr nemlig kommunen også engerdøler stipend under utdanning.

– Da har de to års bindingstid hos oss etter endt sykepleierutdanning. I retur får de til sammen 90 000 kroner i stipend fra oss mens de studerer.

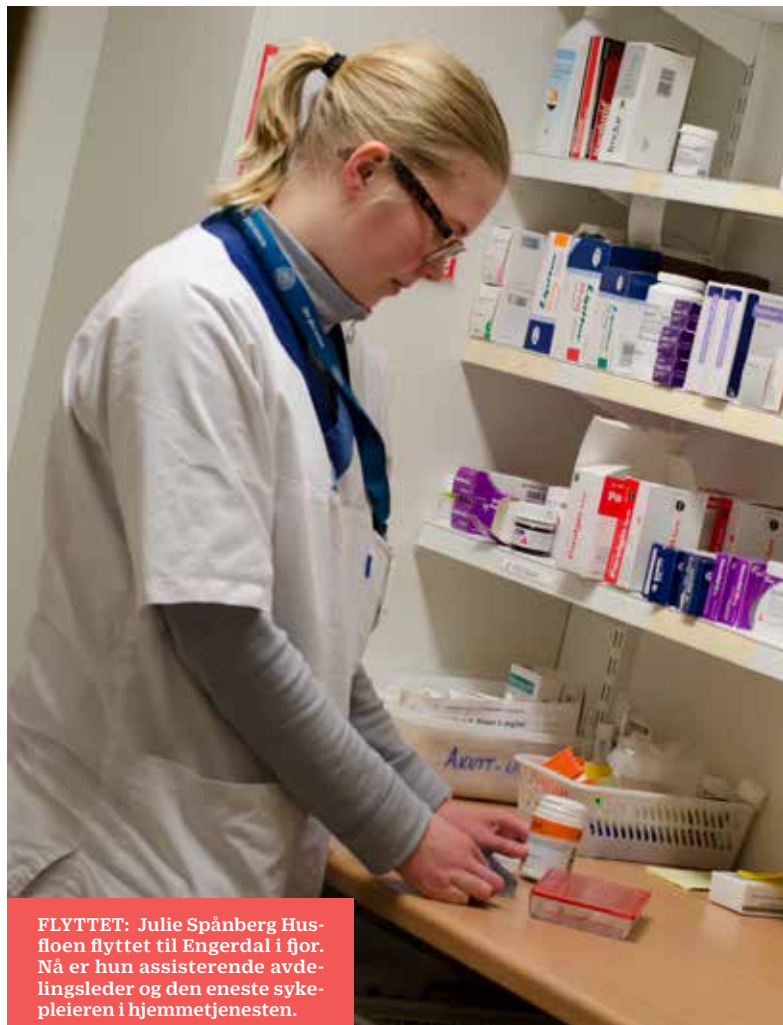
Kommunen har en veldig bevisst holdning til utflytting, og vil snu trenden.

– Hvis det fortsetter som nå, kommer vi til å være under 1 000 innbyggere i Engerdal i 2030. Da tvinges vi til å tenke nytt. Dette har fungert til nå, men jeg tror vi må fornye det for å fortsatt ha gulrøtter å lokke med. Vi kan ikke ligge på en hvilepute, sier enhetslederen.

Hun tror situasjonen hadde vært en helt annen hadde de ikke hatt de lokale lønnsføringene.

– Lønn er suksessfaktoren vår, og vi





FLYTTET: Julie Spånberg Husfloen flyttet til Engerdal i fjor. Nå er hun assisterende avdelingsleder og den eneste sykepleieren i hjemmetjenesten.



TILFØRER MYE: Enhetsleder Kristin Opgård (til høyre) og avdelingsleder Britt Spånberg er glade for å få unge sykepleiere med på laget. – De har med seg mye lærdom, og har lyst å lære mer, og det skal vi ikke kvele.

Fakta

- Sykepleiere i Engerdal tjener mest i landet
- Grunnlønnen er 469.000 kroner, uten tillegg
- Engerdal kommune vedtok i 2007 å lønne sykepleiere likt som adjunker

«Sykepleiere er ikke grådige, men lar seg lokke av lønn»



Bente Aaland

→ må passe på å være konkurransedyktige med nabokommunene våre. Flere av sykepleierne våre nærmer seg pensjonsalder, og da trenger vi nye. Heldigvis har vi et kommunestyre som verdsetter arbeidskraften.

SMÅ FORHOLD

Julie har alltid trivdes på små steder. Hjemstedet Tynset kan knapt kalles en metropol, men har fortsatt flere tusen innbyggere mer enn Engerdal. Likevel trives hun godt på sitt nye hjemsted, og hun har blant annet vært med på å starte opp fotballag.

– Tvillingsøsteren min er også sykepleier, men jobber på Hamar. Nå som jeg har flyttet til Engerdal, virker det som om det er interessant for henne også. Det er fint, ikke bare for

min egen del. Jo flere sykepleiere, jo bedre blir fagmiljøet.

Selv om Julie tjener minst av sykepleierne, er hun ikke så opptatt av lønn. Kristin Opgård sier Julie kan stille godt i lønnsforhandlinger siden hun ikke er på samme nivå som de andre ennå. Det tar Julie helt med ro.

– Jeg synes det er vanskelig siden vi allerede tjener så godt, og det er sykepleiermangel oppi her. Høyere lønn er så klart en motivasjonsfaktor, og det er viktig å opprettholde en god lønn for at folk skal bli boende, men pasientene er viktigere enn lønnen, sier Julie.

– PENGER SNAKKER

– Dette tiltaket har fungert, men det er ennå tendenser til problemer med sykepleierbemanningen

i Engerdal. Likevel tenker jeg med skrekk og gru på hvordan det ville vært om de ikke brukte lønn som rekruttering, sier fylkesleder i NSF Hedmark, Bente Irene Aaland.

I nabokommunen, Rendalen, hadde de et liknende tiltak, men det ble avsluttet i 2015 da sykepleierdekningen var god nok. Nå er bemanningen igjen lavere, og de står uten søkere til tre ledige stillinger.

– Jeg kunne tenke meg at flere kommuner gjorde som Engerdal. Sykepleiere er ikke grådige, men lar seg lokke av lønn – det er ikke bare mannsdominerte yrker som gjør det. Penger virker, sier Aaland. Hun mener man i fraflytnings-truete kommuner må se på alle muligheter for rekruttering. ●

redaksjonen@sykepleien.no



7 av 10 sykepleieledere mener utdanningssted bør tillegges vekt ved ansettelse av nyutdannede sykepleiere.

Lederen ser på hvor du er utdannet

• Tekst **Ellen Morland og Ingvald Bergsagel**

Når du skal søke din første sykepleierjobb, er det ikke likegyldig hvor i landet du er utdannet.

I en fersk spørreundersøkelse Sykepleien har gjennomført blant drøyt 1000 sykepleierledere involvert i ansettelsesprosesser, svarer 70 prosent at utdanningssted bør tillegges vekt ved ansettelse av nyutdannede sykepleiere.

Selv om andre kriterier er viktigere, sier 23 prosent av respondentene at det bør ha stor eller svært stor betydning hvor jobbsøkerne er utdannet.

SPØR OM UTDANNINGSSTED

Ragnhild Derås, avdelingsleder i Skedsmo kommune, Skedsmotunet, er blant dem som spør nyutdannede jobbsøkere hvor de har sin utdanning fra.

Det er fordi hun mener læringsplanen ved skolene har betydning for hvor godt kvalifisert søkerne er til en jobb i kommunehelsetjenesten.

– For oss vil det være best om praksisen i sykehjem kommer senere i utdanningen, ikke i første semester. Vi ser at studentene da kan for lite, og de ser ikke utfordringene og mulighetene som er i eldreomsorgen. Det er uheldig for rekrutteringen.

Selv får Skedsmotunet studenter i praksis fra utdanningene i Oslo-området, og Derås trekker frem HiOA på

Kjeller som eksempel på en skole det ofte kommer gode studenter fra.

– Utdanningen der har mer fokus på kommunene, og det er det vi trenger.

Inntrykket hennes er at de mindre utdanningene i Oslo er veldig bra. Hun har også jobbet i Trøndelag, og der er Namsos utdanningsstedet hun mener har best rykte.

OPPTATT AV PRAKSIS

14 prosent av respondentene i Sykepleiens undersøkelse oppgir at det er enkelte utdanningssteder de er generelt skeptiske til. De som har valgt å utdype dette, trekker oftest frem det de mener er svakheter knyttet til praksis.

Leder i NSF student, Cathrine Villemo Tallaksen Svendsen, sier

«Vårt ønske er at alle studiestedene i Norge skal tilby studieløp av like god kvalitet»

Cathrine V. T. Svendsen, leder NSF Student

de er klar over at enkelte skoler har bedre rykte enn andre.

– Vårt ønske er likevel at alle studiestedene i Norge skal tilby studieløp av like god kvalitet, og at en sykepleierstudent skal oppleve

samme faglige kvalitet uansett hvor man velger å studere, sier hun.

Hun mener det viktigste er at utdanningen legges opp på en slik måte at studentene opplever sammenheng mellom emnene i studiet.

– Den praktiske og den teoretiske delen av utdanningen må bygge på hverandre, understreker Svendsen.

OPPTATT AV KVALITET

Mange er opptatt av at det skal være jevn og god kvalitet på sykepleierutdanningen her i landet, men det er mange variabler og ikke alltid åpenbart hva som kjenner seg ut som god skole.

Sykepleien.no har siden årsskiftet publisert flere saker om tematikken, blant annet knyttet til resultatene fra nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi, Nokuts studiebarometer og en kommende stortingsmelding om kvalitet i høyere utdanning.

– Det skal bli like lett å sjekke ut kvaliteten på utdanninger som det i dag er å finne en forbrukertest på nett før du kjøper ny oppvaskmaskin, kommenterte kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen da han i januar bød på noen «lekkasjer» fra nevnte stortingsmelding.

– Utdanningsvalg er tross alt et viktigere valg enn en oppvaskmaskin, understreket statsråden. ●

ellen.morland@sykepleien.no

Fakta

Om undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført online av Sykepleien mellom 31. januar og 7. februar 2017. Invitasjon til å delta ble sendt ut per e-post til 5293 medlemmer av Norsk Sykepleierforbund som er registrert med lederansvar. Totalt kom det inn 1010 besvarelser.

Studentbarometeret

NOKUT publiserte samtidig en undersøkelse som viste at sykepleierstudentene generelt er fornøyde med studiet. I Kristiansand og ved Betanien i Bergen er de aller mest fornøyde.



Sykepleien.no

Les mer:

Se tallene fra hver skole og mer om undersøkelsen blant sykepleieledere.



– Kan det være sepsis?

Sepsis kan ha diffuse symptomer. I Tønsberg prøver de ut nye tiltak for raskere å oppdage og behandle.

Tekst **Kari Anne Dolonen** og **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**

STÅR KLAR: Hanne Mari Reiremo innenfor døren til akuttmottaket i Tønsberg.





For mange dør av sepsis. Nye verktøy innføres for å fange opp og behandle fortere.

– Vi må være litt paranoide



En flis i en finger som gir betennelse. En urinveisinfeksjon. En fryktelig sår hals. Vondt og ubeleilig, men ikke automatisk forbundet med livsfare. For kroppen ordner som regel opp. Et finurlig oppbygget immunforsvar tar hånd om bakterier som trenger inn. Oppdager dem, identifiserer dem, spiser dem, dreper dem. Men noen ganger går forsvaret av skaftet. Det overreagerer, og skader ikke bare inntrengerne, men også den det er satt til å forsvare. Det slippes ut stoffer, som får blodkarene til å lekke og som fører til at blodtrykket faller i hele kroppen.

Den svenske infeksjonsmedisineren Adam Lindner sammenlikner det som skjer med et land som slipper en atombombe for å forsvare seg. Den dreper fienden. Men den tar også livet av landets egen befolkning.

Og denne prosessen kan gå veldig fort.

GÅR BRATT UTFOR

– Jeg ser daglig at ting eskalerer.

Det sier Hanne Mari Reiremo, undervisnings- sykepleier ved akutt-senteret på Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Denne vinterdagen er det rolig travelhet som preger akuttmottaket. En pasient trilles inn på bære, en annen kommer gående og henvender seg i skranken. Litt hosting.

En stor utfordring med sepsis er at den kan

være vanskelig å oppdage. Sepsis er ingen sykdom, men et syndrom. Det finnes ingen diagnostisk test som kjapt slår fast: Sepsis. Pasientene kan virke ganske stabile, før de plutselig blir svært dårlige og i aller verste fall dør i løpet av timer.

– Kroppen har en fantastisk evne til å kompensere, særlig hos yngre, forklarer Reiremo.

«Jeg har fått større forståelse for hvor fort tilstanden kan forverre seg.»

Hanne Mari Reiremo

– Derfor kan vitale verdier være ganske gode lenger, men når den ikke greier å kompensere lenger, går det bratt utfor. Derfor må vi identifisere sepsis og sette i gang tiltak før det går så langt.

KUNNE DETTE SKJEDD HOS DEG?

En sak som undersøkelses-enheten i Statens helsetilsyn har behandlet, kan illustrere hvordan det kan gå. Dette eksempelet er ikke fra Tønsberg.

En ung mann ble henvist til akuttmottaket etter fire dagers sykehistorie med redusert

allmenntilstand, feber, kvalme og diaré. Ved ankomst til akuttmottaket ble han hastegradsvurdert (triagert) til rød respons, og lege skulle raskt tilse pasienten.

Da sykepleieren tok imot pasienten, var han våken og adekvat.

Han hadde få spesifikke symptomer, men var generelt medtatt. Temperatur var 36,3 grader, han hadde lavt blodtrykk (82/48 mm Hg), puls på 115, pustefrekvens på 36 og surstoffmetningen var 75 prosent.

Sykepleieren bestilte blodprøver og ga pasienten intravenøs væske og oksygen på nesekateter. Etter en halvtime ble pasienten tilsett av forvakten ved medisinsk avdeling.

Legen undersøkte pasienten og tok blodgass som bekreftet alvorlig lavt surstoffinnhold i blodet, melkesyreoppbygning og forstyrrelser i elektrolyttbalansen (saltene i blodet).

Blodprøvene viste også lavt antall hvite blodlegemer (1,5), forhøyet akutfaseprotein (CRP 320), nyresvikt og leverpåvirkning. Det ble tatt røntgen av brystkassen som viste en mulig for-tetning, forenlig med lungebetennelse.

Forvakten mente pasienten var for dårlig til å ligge på vanlig sengepost, og han kontaktet intensivavdelingen. Antibiotikabehandling var på dette tidspunktet ikke igangsatt.

Det var fullt på intensivavdelingen, og anestesilegen vurderte pasienten i akuttmottaket.





VÆSKE FOR Å HOLDE BLODTRYKKET OPPE: Hanne Mari Reiremo gjør klar en pose intravenøst.

Fakta



«The golden hour»

Hvis behandling settes i gang den første timen etter at sepsistilstanden har vist seg, overlever 4 av 5 pasienter. Så synker sjansen for å overleve raskt for hver time som går. Om lag 6 000 pasienter i norske sykehus får sepsis hvert år.

Har sepsisen utviklet seg videre til septisk sjokk, der blodtrykket har sunket så lavt at det er livstruende, dør flere enn 4 av 10.

Hva er sepsis:

En potensielt livstruende tilstand som skyldes at kroppen reagerer unormalt på en infeksjon.

Det slippes ut stoffer som får blodkarene til å lekke, noe som fører til at blodtrykket synker i hele kroppen.

5 tiltak for tidlig oppdagelse og behandling av sepsis:

- 1.** Gjør ABCDE (luftveier, respirasjon, sirkulasjon, bevissthet/nevrolog, oversikt/omgivelser) -vurdering, sikre frie luftveier, adekvat respirasjon og sirkulasjon
- 2.** Bruk skåringsverktøy for diagnostisering (QSOFA)
- 3.** Ta blodprøver og prøver til mikrobiologi
- 4.** Gi antibiotika innen en time
- 5.** Fastsett videre behandling

→ Anestesilegen mente pasienten hadde en alvorlig lungebetennelse, men at han for øvrig ikke trengte intensivplass og kunne ligge på observasjonsstuen på hjertelungeposten. Anestesilegen kontaktet mellomvakten på medisinsk avdeling, og etter diskusjon mellom de involverte legene, ble pasienten lagt på hjertelungeposten.

Bredspektret antibiotika var ordinert i akuttmottaket, men antibiotikabehandlingen startet likevel ikke før han kom på observasjonsposten. Det hadde da gått fire timer fra pasienten kom til sykehuset. Pasientens allmenntilstand forverret seg raskt etter at han kom på sengeposten. Han døde tre timer etter ankomst observasjonsposten, det vil si sju timer etter sykehusinnleggelsen.

Obduksjonen viste at han døde av en alvorlig infeksjon med systemisk reaksjon (pneumokokksepsis).

THE GOLDEN HOUR

Om lag 6 000 pasienter i norske sykehus får

sepsis hvert år. Anslag sier at flere enn 1 av 10 med sepsis dør. Har sepsisen utviklet seg videre til septisk sjokk, der blodtrykket har sunket så lavt at det er livstruende, dør flere enn 4 av 10.

Ifølge Hans Flaatten, intensivlege ved Haukeland, er det største problemet at helsepersonell lett overser sepsis. Da går tiden og prognosen forverres.

Flaatten har ledet en styringsgruppe i Helseledelse som har utviklet nye anbefalinger for hvordan sepsis kan oppdages tidligere i akuttmottak. Tønsberg er som ett av tre akuttmottak pilotprosjekt for å prøve dem ut.

Den første timen etter at sepsistilstanden har vist seg, kalles «the golden hour». Hvis riktig behandling settes i gang på det tidspunktet, overlever 4 av 5 pasienter. Så synker sjansen for å overleve raskt for hver time som går.

Hans Flaatten sier målet er at helsepersonell skal reagere når de har pasienter med vage symptomer, systolisk blodtrykk på rundt 100, rask respirasjonsfrekvens og mistanke om infeksjon. De skal spørre seg: Kan det være sepsis?

Har pasienten i tillegg endret mental status og blir raskt sløvere, skal pasienten flagges.

De foreslåtte tiltakene er:

- Gjør ABCDE-vurdering (sjekk luftveier, respirasjon, sirkulasjon, bevissthet/nevrologi, oversikt/omgivelser)
- Bruk skåringsverktøy for diagnostisering
- Ta blodprøver og prøver til mikrobiologi
- Gi antibiotika innen en time
- Fastsett videre behandling

SEPSIS-ALARM

I Tønsberg tar Hanne Mari Reiremo frem akuttkurven. På høyre side er det nylig kommet til avkryssing for QSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score), et nytt skåringsystem for å identifisere pasienter med mulig sepsis i blant annet akuttmottak. QSOFA omfatter respirasjonsfrekvens, systolisk blodtrykk og mental status etter Glasgow Coma Scale. Skåre gis ved respirasjonsfrekvens over 22, systolisk blodtrykk under 100 og endret mental status. Ved skåre på to av tre pluss mistanke om

ANTIBIOTIKA INNEN EN TIME: Har pasienten sepsis, skal behandlingen raskt i gang. Her gjør sykepleier Sara Kristoffersen i stand penicillin.



TRYKKER PÅ KNAPPEN: Ved 2 av 3 skår på QSOFA og mistenkt infeksjon tilkalles medisinsk akutteam.



IKKE EN SYKDOM: - Sepsis er en tilstand hvor kroppen reagerer unormalt på en infeksjon, sier Hans Flaaten, seksjonsoverlege på Kirurgisk serviceklinikk på Haukeland.

infeksjon, skal pasienten behandles som en sepsis-pasient.

På Tønsberg skal det da trykkes såkalt Møt-alarm. Det vil si at et team med to akuttmottaks-sykepleiere, medisinsk turnuslege, LIS-leger fra medisin og overvåkning, anestesilege, anesthesi-sykepleier, bioingeniør og radiograf blir tilkalt.

De oppfyller med det ønsket til Hans Flaatten, som ideelt sett ønsker seg fast track for sepsis, sånn som mange sykehus har ved for eksempel hjerneslag eller alvorlige skader.

LANDSOMFATTENDE TILSYN

Antibiotika, væske og oksygen er initial behandling for sepsis. Antibiotika innen en time, sier de nye anbefalingene. Det står i motsetning til en hverdag, der helsetilsynet jevnlig mottar varsler om at pasienter med tegn til alvorlig infeksjon eller sepsis har fått startet antibiotikabehandling for sent.

Dette er en av årsakene til at helsetilsynet er i slutfasen av et landsomfattende tilsyn med hvordan akuttmottakene identifiserer og

behandler sepsis.

Det gjenstår noen tilsyn med akuttmottak i Helse Sør-Øst, men tilsynsrapportene som er offentliggjort så langt, viser at samtlige akuttmot-

«Det største problemet er at helsepersonell lett overser sepsis.»

Hans Flaatten

tak har avvik, det vil si at de bryter loven.

Tønsberg, som hadde tilsyn for snart et år siden og før de ble del av pilotprosjektet, hadde fem avvik. Blant annet at det ikke ble sørget for forsvarlig hastegradsvurdering (triagering) av pasienter med sepsis og mistenkt sepsis, at de ikke fikk forsvarlig behandling med antibiotika, væske og oksygen og at de ikke ble observert på en forsvarlig måte i akuttmottaket.

FORBEDRER PRAKSIS

– Det spesielle med dette tilsynet er at vi skal gjøre et oppfølgingstilsyn 8 og 14 måneder etter første tilsyn, forteller Ragnar Hermstad, avdelingsdirektør for spesialisthelsetjenester i Statens helsetilsyn.

– Det gjøres for å se om akuttmottakene forbedrer praksisen slik at sepsis blir fanget opp tidligere og behandling igangsatt innen forsvarlig tid.

Anslag viser at rundt halvparten av dem som utvikler sepsis kommer inn via akuttmottaket.

– Pasientene kommer da gjerne med en infeksjon, eller med en uavklart tilstand, opplyser Hermstad.

– Den andre halvparten utvikler seg i løpet av behandlingstiden på sykehuset i forløpet av en annen tilstand eller behandling.

– Må kunne beslutte raskt

MARGRETE MJØEN:

– Før vi satte triage i system, hadde vi en episode med en ung mann, forteller Margrete Mjøen, sykepleiere i akuttmottaket på Helgelandssykehuset i Mo i Rana.

– Han var meldt fra legevakt med uspesifikk tarminfeksjon, i stabil tilstand. Fordi det var fullt på post og vi tenkte smittevern, ble han holdt på et eget rom på legevakten, som ligger vegg i vegg med akuttmottaket. Da jeg gikk for å se til ham, var han blek, lite kontaktbar og med nesten ikke målbart blodtrykk. Han hadde i løpet av kort tid utviklet sepsis. På den tiden var det viktig å sikre alle prøver og finne infeksjonsfokus før antibiotika ble gitt, så han fikk ikke antibiotika før han var overflyttet til intensiv. Den gangen var det turnuslegen vi kontaktet, nå skal assistentlegen kontaktes ved mistanke om sepsis. Det har vært med på å gjøre beslutningsveien raskere. Heldigvis gikk det bra med ham, men hadde jeg kommet et kvarter senere, ville det nok ikke gått, sier hun.

– Nå, med triagering og økt oppmerksomhet på sepsis, agerer vi raskere. Et eksempel er et barn som hadde en liten hudinfeksjon under øyet, med gradvis økende hevelse. Vi målte høy feber og rask respirasjonsfrekvens. I løpet av 10 minutter var intravenøs væske og antibiotika gitt og alle prøver tatt. Barnet var helt stabilt da det ble sendt til sykehuset i Bodø. Det viste seg å være en dyp øyehuleinfeksjon, som ble effektivt behandlet. ●



Foto: Bjørn Leivik



MÅ DOKUMENTERE

På Tønsberg iverksatte de tiltak straks tilsynsrapporten kom. Hanne Mari Reiremo er spent på oppfølgingstilsynet. Hun sier slike tilsyn er nyttige, selv om det selvfølgelig er kjedelig at de ikke har fått alt til optimalt. Samtidig nyanserer hun bildet noe.

– Tilsynet har sett på systemet og gått gjennom journaler. Når det gjelder pasienter som ikke er blitt observert på en forsvarlig måte, så vet vi at vi har vært bedside med dårlige pasienter, men vi har ikke dokumentert det vi har observert. Og dokumenterer vi ikke, har det per definisjon ikke skjedd. Vi har vært klar over at vi har en utfordring med dokumentasjon, og det må vi må bli bedre på. Samtidig står vi ute i virkeligheten. Det kan være et smekk fullt akuttmottak, og vi må prioritere de syke mot de syke.

Mens hun snakker, er det trykket Møt-alarm ute i

akuttmottaket. På akuttrom 2 er det en pasient med mistenkt sepsis. Det blir sikret intravenøs tilgang, tatt prøver av blod og andre kroppsvæsker, hengt opp væske og startet antibiotika. Kort tid etter er stuen tom igjen. Pasienten er flyttet videre inn i sykehuset. Akuttstuen er klar for ny pasient. Om det vil være snakk om sepsis også neste gang, er det ingen som vet ennå.

– SYKEPLEIERNE ER VIKTIGE

Ragnar Hermstad i Helsetilsynet sier sykepleierne er helt avgjørende for å oppdage sepsis tidlig.

– Rask og god triage er viktig. Det er svært viktig at pasienten blir tilsett av lege innenfor den tiden en triagering setter. Om en pasient kommer inn med en mistenkt infeksjon, eller er definert som uavklart, er det viktig at pasienten observeres. Dersom det koker på mottaket og pasienten må vente lenge på lege, må det gjøres ny triage, sier han.

– Ved forverring i tilstanden, må lege

kontaktes og sykepleiere må si tydelig fra om mistanke om sepsis.

Hans Flaatten supplerer:

– Helsepersonell må ta inn over seg at sep-



«Sykepleierne er helt avgjørende.»

Ragnar Hermstad

sis-pasienter er en stor gruppe hvor det kan gå galt dersom behandling ikke igangsettes raskt.

Han ber sykepleiere være spesielt observante overfor eldre pasienter med mulig infeksjon.

– Hos eldre kan sykdomsbildet avvike fra

Ryggsmer tepasienten

GRY DØLEMO: Sykepleier ved akuttmottaket på Sørlandet sykehus i Arendal, beskriver en erfaring med sepsis slik:

Akuttalarmen går, akuttoppdrag på en kvinne med sterke ryggsmertter. Innmeldingen oppgir høy feber, Glasgow Coma Scale 14, hypotensiv og mulig infeksjon. Sterke ryggsmertter, hodesmertter. Mulig nakkestiv? Medisinsk team igangsettes, og for- bakvakt, to sykepleiere fra mottak, og bioingeniør ankommer stuen. Det diskuteres mulig meningitt, sepsis, ukjent fokus. QSOFA-kriteriene er foreløpig én, blodtrykket er under 100. Vi har ikke fulle vitale parametere på pasienten. Det gjøres klart til blodgass, intravenøs tilgang, rask antibiotika. Spinalpunksjon forberedes. Medisinsk BEST kurve er klar.

Ambulansen kommer, pasienten ligger urolig på båren. Snakker

usammenhengende. Rødme og hevelse på begge underarmer. Puster med åpen munn, smerter i begge armer. Pasienten kommer over i seng, og mange ting gjøres samtidig. Undersøkelse, blodgass, monitorering, blodprøver, intravenøs tilgang. Temperatur 39°C. Ingen synlige petekkier, ikke nakkestiv ved undersøkelse. Ikke lyssky. Lege avventer med spinalpunksjon. Perfalgan intravenøst gis, det igangsettes antibiotika. Pasienten har nå to QSOFA-kriterier, blodtrykk og respirasjonsfrekvens som er målt til 30 i mottak. Pasienten klarer ikke redegjøre for hevelse/rødme/varmeutvikling i begge armer. Ingen synlige skader/merker. Blodpropp? Lokal infeksjon? Under undersøkelsen avdekkes det at pasienten har nedsatt neurologisk status i begge ben, og oppgir også at det er vanskelig å late vannet. Pasienten har vanskelig for å fortelle

når dette begynte, svarer bare delvis adekvat på tiltale. Blærescann tas, lite i blæren. Lege rekvirerer akutt CT, bildene viser abscess i columna med fare for tverrsnittslesjon. Det besluttes å frakte pasienten akutt til annet sykehus med luftambulanse, overføring skjer kort tid etter.

– Denne situasjonen viser hvor komplekst det er å jobbe i et akuttmottak, sier hun i ettertid.

– Hvor fort situasjoner kan endre seg på få minutter, og hvilke krav dette stiller til oss av kunnskap, erfaring og handlingskompetanse. Hvor viktig det er med samarbeid på tvers av grupper, å si hva en tenker, planlegge høyt og jobbe sammen. Bruke det kliniske blikket og arbeide raskt. I denne situasjonen gikk jeg fra å vite om en pasient med ryggsmertter, til å stå i et medisinsk team hvor initialtanken var meningitt/mulig sepsis, til neurologisk endret status og



Foto: Erik Holand

Fakta

Fra SIRS til SOFA

Fra 1992 har den internasjonale definisjonen for sepsis vært minst to SIRS-kriterier pluss infeksjon. SIRS står for systemisk inflammasjon respons syndrom og kan være forårsaket av sepsis eller andre betennelsesreaksjoner. En kritikk mot SIRS-kriteriene er at de både har favnet for vidt og vært for begrensede.

I 2016 kom nye kriterier, kalt SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), som gir en samleskår for seks organsystemer. For bruk på blant annet akuttmottak er det utviklet et screeningverktøy kalt Quick SOFA (QSOFA), med enkle indikatorer på alvorlig sykdom.

Kilde: Jon Henrik Laake: Sepsis 3: En definisjon med bismak? I: Tidsskrift for den norske legeforening, 11/2016

normalen. Endret mental status er kanskje ekstra viktig å observere hos disse, og det er et symptom vi ikke hadde i de gamle retningslinjene for sepsis.

FRU DETEKTIV

Hanne Mari Reiremo sier hennes syn på sepsis har endret seg i de ti årene hun har jobbet på akuttmottaket.

– Tidligere var jeg ikke klar over at mange av sepsis-pasientene var så unge. Jeg har også fått større forståelse for hvor fort tilstanden kan forverre seg og hvor fatalt det kan gå når de vitale parametrene forverres.

Hun sammenlikner jobben i akuttmottaket med å være detektiv.

– Pasientene kommer ikke hit med merkelapp. De kan komme med én problemstilling, mens det virkelige problemet er noe helt annet. Mange har flere diagnoser, og sykdom eller medisinbruk kan også maskere symptomer.

Hun har erfart at pasienter der man i

utgangspunktet mistenkte noe helt annet enn infeksjon, viste seg å ha en infeksjon og bli sepsiske likevel.

– Vi må være litt paranoide.

Hun har to råd til sykepleiere: Ligg i forkant og lytt til magefølelsen.

– Legg perifer venekanyler når du har mulighet, ikke vent til etterpå. Får pasienten et skikkelig blodtrykksfall, kan det være fryktelig vanskelig å sikre tilganger. Da går tiden. Og reager når det er noe ved pasienten som ikke stemmer. Noe diffust. Da må du tenke: Kan pasienten ha en infeksjon? Kan det være sepsis? ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

nina.hernes@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Du finner flere artikler om sepsis på vår nettside.

Sepsis som gjorde inntrykk

deretter til truende tverrsnittlesjon. Alt dette samtidig som en skal ha pasienten – mennesket i fokus. Man skal informere, trygge, undersøke, bistå, utfører handlinger, gi omsorg, roe pasienten, snakke til, ikke bare over og forbi. Holde hånden, møte blikket. Og tørke tårer som kommer med beskjeden.

Hun sier utfordringen er å klare alt dette og samtidig være faglig og kompetent og stå i ansvaret hun har fått tildelt.

– Det er viktig å ha teoretiske kunnskaper på plass, samtidig som jeg bruker det kliniske blikket jeg har opparbeidet meg gjennom mange år som intensivsykepleier. På tross av lang erfaring, lærer jeg noe nytt hele tiden, noen ganger store ting, andre ganger er det små nyanse som gjør at jeg ser ting på en annen måte. Jeg legger vekt på å dokumentere nøye, det er viktig, men det krever også kunnskap om hva en ser og hva som er viktig og relevant å formidle, påpeker hun. ●

HANNE RETTERHOLT DE PRESNO:

– **Jeg har hatt pasienter som var i septisk sjokk da de kom hit, forteller Hanne Retterholt de Presno, sykepleier ved akuttmottaket på Sørlandet sykehus i Arendal.**

– Særlig husker jeg en dame med hjertestans som hadde falt om på venterommet til fastlegen. Det viste seg at hun hadde gått med en ubehandlet, hissig halsinfeksjon. Hjertet var helt fint. Det er tankevekkende at det kan gå så ille med en infeksjon som kunne vært behandlet. Samtidig illustrerer det at vi på akuttmottaket må tenke bredt. Vi må gjøre alle målinger, nøste i informasjonen vi har og ikke henge oss opp i foreløpige diagnoser, sier hun.

– Som lokalsykehus får vi overflyttet mange postoperative pasienter. Det er viktig å være oppmerksom på at alle som er operert kan få postoperative infeksjoner. Jeg husker en

mann som var i god form ved avreise Oslo, men som var veldig dårlig ved ankomst hit. Det var gjort målinger i ambulansen, men ikke den siste tiden inn til Arendal. På den korte tiden hadde han utviklet sepsis. At det kan gå så raskt, er skremmende. Sykepleiere har en viktig oppgave ved å gjøre triage og avdekke avvikende målinger. Målet er å avdekke de som står i fare for å utvikle sepsis og snu situasjonen før organene påvirkes. I vårt triage-system får for eksempel alle pasienter henvist fra legekortor med crp over 200 automatisk oransje triage-kode, som betyr at de skal ha legetilsyn innen 20 minutter. Grunnen er at crp-analyser på legekortor kun måler nivåer opp mot 200. Så når crp fra legekortor viser 200, kan vi ikke vite om crp er 201, 300, 400 eller høyere før nye laboratorieprøver blir tatt og ny crp målt. ●



Foto: Enk Holand



Kledd for anledningen

Borgerlige idealer, sømmelighet, kvinnefrigjøring, hygiene og fargen av blod – det er mange grunner til at sykepleiere har kledd seg som de har.

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Uniformen var vår identitet. Den betydde veldig mye, sier Anne-Ma Algaard.

I huset til den pensjonerte sykepleieren, like utenfor Bergen sentrum, fremstår stua denne dagen nærmest som et sykepleiehistorisk museum.

I anledning journalistbesøket har hun funnet fram diverse bluser, skjørt, forklær, hodeplagg, mansjetter, knapper, stivebelter og en cape. Samt esker med assorterte «pontifikalier».

– Blusene er velbrukte, ser du.

Algaard peker med fingeren der en rift som omsorgsfullt er sydd sammen ved armhulen.

Alt i alt teller vi omtrent tre komplette sett av arbeidsantrekket – rettere sagt uniformen – av den typen sykepleierne ved Haukeland iførte seg fra sykehuset åpnet i 1912 og frem til 1970.

Sist Algaard selv gikk i uniformen på jobb, var julaften 1973.

– Jeg har mye mer en dette her. For eksempel har jeg ørten forklær, men bare tre som er skikkelig strøket.

BORGERLIGE AMBISJONER

«Sykepleiersken skal være ren og pen og appetitelig. Ja, hun skal være saadan at man faar lyst til å ta på hende.»

Såpass politisk ukorrekt formulerte legen og Høyre-politikeren Gunnar Magnus Kjølstad Graarud seg i 1918. Det var dog ikke sykepleierens renslighet – og i alle fall ikke hvor fristende det kunne være å berøre dem – det ble lagt mest vekt på da yrkesgruppen skulle uniforme-res rundt forrige århundreskifte.

– De som ble sykepleiere på den tiden, hadde sjelden det legene kalte den «riktige sosiale klassebakgrunn», forteller sykepleier Anette Tvedt.

Tvedt, som vi også møter hjemme hos Algaard, leverte nylig sin masteroppgave om sykepleieruniformer gjennom tidene ved Medisinsk-Odontologisk fakultet ved Universitetet i Bergen.

Hun har sett spesielt på utviklingen ved Haukeland universitetssykehus (tidligere Haukeland sykehus) fra åpningen i 1912 frem til moderne tid.

Ifølge Tvedt, har sykepleieres arbeidsantrekk alltid vært noe mer enn bare klær. Den tidlige uniformeringen var for eksempel et ledd i å få sykepleierne til å fremstå med en mer borgerlig klasseslørighet.

– Den opprinnelige diakonisseuniformen var basert på prestefruens antrekk. Den var et slags



VELKLEDD: Haukelands-uniformen skulle heve sykepleiernes status og bæres etter reglementet. Den pensjonerte sykepleieren Anne-Ma Algaard har tatt godt vare på sine eksemplarer.

Fakta

Retningslinjene

«Hensikten med arbeidstøy er å redusere faren for spredning av infeksjoner via tekstiler og hindre forurensning av privat tøy. Riktig bruk av arbeidstøy har til hensikt både å beskytte brukere mot smitte og hindre smitte overføring til utstyr, mat og pasienter.

Eget arbeidstøy skal brukes av alt personale som er pasientrelatert arbeid eller som arbeider med smittestoff i laboratorier og lignende.»

Utdrag fra retningslinjer for arbeidstøy ved Helse Bergen, mars 2016.

«Sykepleiersken skal være ren og pen og appetitelig. Ja, hun skal være saadan at man faar lyst til å ta på hende.»

Doktor Gunnar Magnus Kjølstad Graarud i 1918

ideal. De verdslige sykepleiernes uniformer ble så utformet i forlengelsen av diakonissenes.

MANGE DELER

Den klassiske sykepleieruniformen besto av mange deler og identifiserte tydelig sin bærer som en utdannet, ærbar kvinne.

– Det var en blå bluse og et blått skjørt som var kneppet sammen i livet. Den hadde forkle og stivebelte. Det var løse mansjetter og

mansjettknapper, løs krage og skolenål som tydelig viste hvor man var utdannet.

Til uniformen hørte også hodeplagg. Det var elvevhetten – det såkalte lommetørkleet – for studenter, og ferdighetten med fem «bølger» for de uteksaminerte. Til utendørsbruk var det cape og hatt.

I sin analyse har Tvedt tatt utgangspunkt i teoriene til den franske sosiologen Pierre Bourdieu.





«Blod virker mindre truende eller ubehagelig å se på mot grønt versus hvitt tøy.» Anette Tvedt

→ Sykepleieruniformene og deres ulike deler blir – med hans vokabular – identifikasjonsmarkører.

– I dag kan du ikke bruke antrekket til lett å skille en sykepleier fra en ergoterapeut eller en bioingeniør, om du møter dem i en sykehuskorridor, hevder Tvedt.

Det finnes riktignok interne koder, men likhetsprinsippet ser ut til å ha fått langt mer overtak.

– Jeg vil jo tro at de første uniformene hadde mer identitetsskapende effekt enn de som brukes i dag. Det handler om utseende, om hvor viktig det var å vise at man var sykepleier og å vise til hvor man var utdannet. I dag har dette mindre betydning, virker det som.

SØMMELIG SKJØRTEKANT

Hjemme i stua forteller Anne-Ma Algaard om Haukeland-uniformens mange detaljer og om reglementets strenge krav til hvordan det hele skulle bæres.

– Skjørttekanten skulle være maks 38 centimeter fra gulvet.

Fakta

3 antrekk

Ved Haukelands universitetssykehus i Bergen har sykepleierenes arbeidsantrekk grovt sett hatt tre ulike utforminger:

1912: Sykehuset åpner, og sykepleierne uniformeres med blått, ankelvidt skjørt, blå bluse, hvitt forkle, stivebelte, hvit krage samt hodeplagg som skiller studenter fra ferdigutdannede. Antrekket er en videreføring av diakonissenes, som igjen var inspirert av prestefruens.

1970: Haukelands-uniformen, uformelt kalt Haukeland-kjolen, erstattes med et langt enklere, helhvitt arbeidsantrekk. Skjørtelengden har flyttet seg til over knærne, og hodeplagget fases etter hvert ut.

1993: Kjønn- og profesjonsnøytrale antrekk innføres. Enkel kittel og bukse for både kvinner og menn, og antrekket er identisk med andre yrkesgrupper på sykehuset. Ulike farger kan vise til klinikker heller enn ulike profesjoner.

Det var dem som prøvde seg og la kanten litt opp, får vi høre. Ikke minst etter at miniskjørt kom på moten. Ifølge Algaard ble den slags usømmeligheter umiddelbart slått ned på.

– Du ser kragen skal brettes inn, for den har en knapp bak. En sånn splittknapp ... og stroppene til forkleet skal ikke være i kryss på ryggen.

– Hvorfor ikke?

– Det var reglementet. Så skal vi ha på stivebelte rundt livet.

Det fremstår som en temmelig omstendelig prosess å dandere uniformen for fremvisning, men Algaard forsikrer at når man tok den på seg selv, og var rutinert, gikk det hele på et par minutter.

EN LETTVINT ERSTATNING

I 1970 ble Haukelands-uniformen erstattet av en langt enklere, hvit drakt.

Skjørttekanten var nå – i tråd med tidens motebilde – hevet til over knærne. Antrekket var langermet og inkluderte i starten også hodeplagg.

– Det var jo greit. Det var lettvint, sier Algaard.

– Og så var det jo mye enklere for vaskeriet å vaske ett sett med tøy. De slapp dessuten å stive ulike bestanddeler og sortere, utfyller Tvedt.

– Det nye antrekket var det heller ikke det nødvendige å stryke, påpeker Algaard.

Den siste store – på mange måter den største – omveltningen på sykehuset kom i 1993. Fra da av kunne sykepleiere på Haukeland iføre seg kjønns- og profesjonsnøytrale antrekk bestående av kittel og bukse.

– Det var en stor forandring som kom, for da ble alle like, sier Tvedt.

Fra da av ble samme arbeidsantrekk brukt av både sykepleiere, bioingeniører, fagarbeidere, portører og leger.

– Man kan jo spørre seg om vi er på vei til å gå vekk fra å vise at vi er sykepleiere. Selv synes jeg yrket vårt er noe vi skal være stolte av og ikke skjule. Samtidig står likhetsprinsippet sterkt i Norge. Vi skal helst ikke skille oss ut.

RØDT PÅ GRØNT

Selv om det for utenforstående ikke lenger er like enkelt å skille sykepleiere fra andre yrkesgrupper i en travel sykehuskorridor, er det likevel, ifølge Tvedt, mye et øvet øye kan lese ut av dagens antrekk og tilbehør.

– Hvis man jobber på sykehuset, kjenner man igjen yrkesgruppene på interne koder; hvordan man bærer et stetoskop, hvilken type stetoskop, antall callinger, type callinger og sånne ting.

Antrekkets farge kan dessuten indikere tilknytning til ulike avdelinger. Den røde kittelen ved Mottaksklinikken på Haukeland, der Tvedt selv jobber, skal for eksempel symbolisere energi, aktivitet og handling.

Grønt arbeidsantrekk hører til



HISTORISK: Den pensjonerte sykepleieren Anne-Ma Algaard har tatt vare på det meste fra et langt yrkesliv.



STATUSSYMBOL: - Vi synes vi så fine ut i uniform, minnes Anne-Ma Algaard. Med litt rutine tok det ikke mer enn et par minutter å få alle delene reglementert på plass.

spesialavdelinger, som toraksintensiv, brannskade og ikke minst inne på operasjonsstuene.

– En årsak er at blod virker mindre truende eller ubehagelig å se på mot grønt versus hvitt tøy, forklarer Tvedt.

– Samtidig er det så sterkt lys inne på operasjonsstuene at hvitt kan virke blendende.

ULIKE HYGIENEKRAV

I sitt masterarbeid har Tvedt også sett på hvordan norske lærebøker i sykepleie har argumentert for arbeidsbekledningen opp gjennom tidene.

Mens det i starten handlet mest om estetikk og å markere utdanning og klassetilhørighet, var det etter hvert hygiene som fikk klart høyest prioritet.

– Hindring av smittespredning er nevnt allerede i doktor Anton Jervells «Lærebok for sykepleiersker» fra 1941, men det er først på 90-tallet at hygienehensynet blir enerådende, forteller Tvedt.

Hun har tidligere jobbet ved et sykehus i Sydney, og ulikhetene mellom norsk og australsk uniformspraksis vekket en interesse i henne for temaet.

– Der var vi selv ansvarlige for å anskaffe og vaske antrekkene, og det var ingen garderobe på

sykehuset. Vi gikk derfor til og fra jobb i uniform. Det var allment akseptert. Første gang jeg gjorde det, fikk jeg dårlig samvittighet, for her i Norge har man ikke lov å bevege seg utenfor sykehusområdet i arbeidsantrekk.

En annen vesentlig forskjell, forteller Tvedt, var at man ved sykehuset i Sydney lett kunne gjenkjenne ulike profesjoner ut fra hvordan de gikk kledd: Sykepleiere hadde blå bluse med skjørt eller bukse i samme farge. Fysioterapeutene var gjenkjennelig med sine piqueskjorter. Logopedene hadde en rød bluse.

SYKEPLEIER UANSETT ANTREKK

Det har gått 24 år siden den siste «revolusjonen» i sykepleierbekledningen ved Haukeland. Tvedt synes det er vanskelig å se for seg hva en ny stor endring vil kunne innebære.

– Det eneste som kan skje, tenker jeg, det er at man går tilbake til uniformer for å vise hvem man er, som i for eksempel Australia. At en sykepleier skal kunne skilles fra en fysioterapeut og en biingeniør fra en radiograf.

Anne-Ma Algaard ble pensjonist i 2003. De ulike

«Jeg synes det er historisk riktig at noen tar vare på dette.»

Anne-Ma Algaard

delene av Hauklands-uniformene – samt papirer, fotografier og mye annet knyttet til et drøyt 40-årig yrkesliv – ligger stort sett pent nedpakket.

– Jeg synes det er historisk riktig at noen tar vare på dette, forklarer hun.

Noe sentimentalt forhold til fordums arbeidsbekledning vil hun likevel ikke vedkjenne seg.

– Du føler deg som sykepleier og oppfører deg som sykepleier uansett antrekk. ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Se film og hør podcast om sykepleieruniformens historie.



Bytter ut medisin



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

På demenshjemmet Dagmarsminde er antipsykotika og alle beroligende medisiner faset ut. Beboerne får heller mer struktur, berøring og fellesskap.

En elektrisk port åpner seg, og vi parkerer foran et gammelrosa hus. Her, fem mil nord for København, på Dagmarsminde i Græsted, har sykepleier og eier May Bjerre Eiby opprettet et omsorgshjem for

svært demente.

Hun tenker annerledes enn kollegaer ellers i demensomsorgen: Her aksepteres ikke beroligende, sovemedisin eller antipsykotika. Beboerne skal heller møtes med omsorg.

– I studietiden leste jeg mye omsorgsfilosofi, men da jeg kom ut i arbeidslivet var omsorg nederst på listen. Nå er målet mitt å vise at omsorg kan erstatte medisin. I løpet av ett år har jeg sett at det virker.

med omsorg



HVILE: Formiddagsluren tas av alle på samme tid, og de to hvite liggestolene er ettertraktet. Jytte slapper av med huskatten Herman.

STIGMATISERING OG FRYKT

Den 35 år gamle sykepleieren visste tidlig at det var demente hun skulle jobbe med.

– Enkelte har en så annerledes atferd at en gruer seg til å gå inn til dem. Dette opplevde jeg

selv på et sykehjem. Når noen blir utstøtt, trigger det meg. Vi må ikke frykte og stigmatisere demens og tro at det bare går en vei. Demente føler ofte aggresjon, uro og er forvirret. Det kan jo komme av at de ofte er utstøtte, og at ingen

tror at de kan lære noe igjen?

Eiby kjempet i mange år for å få penger, tomt og ansatte på plass. Etter sju års innsats, åpnet Dagmarsminde med ni rom sist februar. Hva er det som gjør Dagmarsminde så annerledes?

– Vår omsorgsfilosofi er blant annet at demente trenger aktiviteter, mosjon og en god natts søvn slik at de ikke snur døgnet. Alle står derfor opp mellom 7 og 9. Etter frokost er det en time mosjon, etterfulgt av lunsj, hvilestund og aktiviteter. Middagen serveres fra klokken 18, og senest

«I studietiden leste jeg mye omsorgsfilosofi, men da jeg kom ut i arbeidslivet var omsorg nederst på listen.» May Bjerre Eiby, sykepleier og eier

23 er det ro. Alt er planlagt, fra hva slags musikk vi spiller til ulike tider på døgnet til variasjon i belysning og type aktiviteter, sier May Bjerre Eiby.

INGEN ER ALENE PÅ ROMMET

Hun viser frem underetasjen med velværerom med basseng og tredemølle, bibliotek og et rom med seng for pårørende. Et rom hun selv alltid savnet da hennes egen far var dement. I første etasje er det et stort fellesrom med stue og kjøkken samt soverom.

– Soverommene brukes bare til søvn. Ingen sitter våken og alene der. Alarmsnoren ringer bare når huskatten sniker seg inn og leker med den. Alle oppsøker fellesskapet.

Fellesskapet er en del av omsorgen, berøring en annen.

– Vi skal ikke være redde for å komme for tett på. Vi tvinger ikke frem noe, alt kommer naturlig av seg selv da vi tilbringer mye tid sammen. Enten det er turer med eller uten hund, eggheiting hos hønene, mating av geitene eller at vi gir massasje. Vi gir omsorg til beboerne, og de bryr seg om oss tilbake.

FLERE HENDER LØSER IKKE ALT

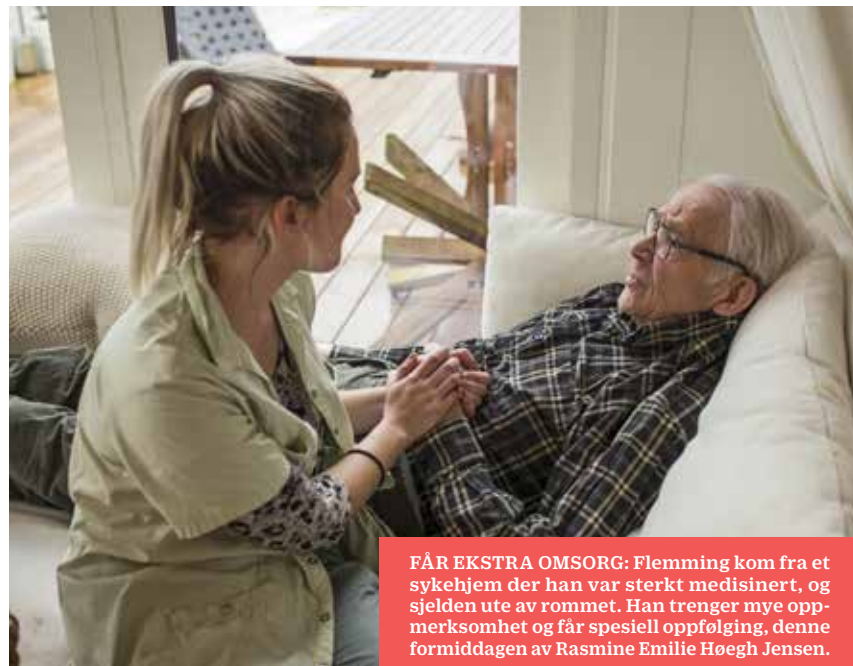
Hvordan får de til alt? Eiby sier at Dagmarsminde ikke har flere penger og ansatte enn andre. Hun sier mye avhenger av hvordan ressursene brukes. Omsorg kan effektiviseres. Det er ikke alltid at flere hender hjelper.

– Alle kan gjøre noe, selv om en har begrenset økonomi. Se på organiseringen. Lytt til den enkelte, selv om du har





EIER OG DRIVER: Sykepleier May Bjerre Eiby eier og driver Dagmarsminde. Hun vil vise at demens er en diagnose med utvikling, og et spennende fagfelt for sykepleiere.



FÅR EKSTRA OMSORG: Flemming kom fra et sykehjem der han var sterkt medisinert, og sjelden ute av rommet. Han trenger mye oppmerksomhet og får spesiell oppfølging, denne formiddagen av Rasmine Emilie Høegh Jensen.

→ hørt samme historien 100 ganger. Kan-skje er de urolige fordi ingen hører et-ter? En jeg møtte i en debatt sa det var tøft å jobbe med mennesker. Det godtar jeg ikke. Det skal være berikende og gjensidig å være med andre mennesker. Hos oss har for eksempel ikke ansatte egne pauserom. Vi er samlet hele dagen, og bruker ikke tid på å springe inn og ut av rom.

Jane Heisell Lund savner ikke at de ansatte er for seg selv. Hun er godt i gang med dagens mosjon for beboerne. Hjernene skal også ha trim.

– Forestill deg at du har en kurv med kaffe, kaker og en rutete duk, og så skal du ned å bade. Hvor kan man bade?

Beboerne tar poenget.

– Vannet!

– Kjempebra! Nå har vi brukt hjernecellene, tid for vekter. Vi forsøker på tysk. Eins, swei, drei.

30 000 PÅ ANTIPSYKOTIKA

Omsorg, fellesskap, struktur og berøring er altså viktige faktorer når beroligende, antipsykotika og sovemedisin er utfaset. I Danmark som i Norge vet en godt at dette ikke trenger å være det beste for de demente.

I Demensplanen 2020 i Norge står det for eksempel følgende: Mange personer med demens har flere sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Dette øker sjansen for unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner og bivirkninger. Beboere på sykehjem bruker i gjennomsnitt sju legemidler, og en av tre beboere bruker minst ett overflødig legemiddel.

Over 30 000 personer i gruppen 70 år og eldre bruker antipsykotika i Norge, selv om terapianbefalinger advarer mot bruk av antipsykotika hos eldre (Selbæk og Nygaard 2009).

– Da vi startet i februar i fjor, var jeg ikke basant på å nekte beroligende medisiner. Men demenspasienter kan bli så urolige at beroligende tabletter blir en del av pleien. Det går ut over ta-

«Soverommene brukes bare til søvn. Ingen sitter våken og alene der.»

May Bjerre Eiby, sykepleier og eier

le, koordinasjon og så videre. Det blir vanedannende, og til slutt blir de så tolerante at demenssymptomene blir verre, sier Eiby.

I samarbeid med de pårørende ble det enighet om at en skulle utfase denne typen medisin. De første legene Dagmarsminde kontaktet var skeptiske. Argumentene var at beboerne har det bra. De byttet til et legesenter som var med på tankegangen.

– Ingen av de pårørende visste at deres foreldre eller ektefelle fikk beroligende og antipsykotika. De var interesserte og nervøse for hvordan dette ville gå, forteller Eiby.

TRAPP NED MED EN PLAN

Lege Joachim Nordahl hos Gribskov lægecenter sa ja til å bli med på utfasingen av flere grunner. Han ble alle beboernes fastlege og fikk vite alt om Dagmarsmindes filosofi.

– Sett fra et legefaglig ståsted, er dette viktige faktorer for å lykkes. Jeg må kjenne alle, samt vite hva sykehjemmet står for. Når en har fått medisin i noen år, kan det godt påvirke demente negativt kognitivt sett. Som lege synes jeg derfor det er viktig å forsøke å fase ut medisin.

Det ble laget en individuell plan for alle. Sju personer hadde fått mye beroligende, antipsykotika, smertestillende og sovemedisin. De andre tre andre noe mindre beroligende.

– Vi trappet langsomt ned, ett preparat av gangen. Det har gått veldig bra. Vi har ikke sett noen negative reaksjoner, tvert imot. Både kognitivt og fysisk er det blitt bedring.

Nordahl understreker på det sterkeste at en skal ikke trappe ned bare for å trappe ned. Det har gått bra på Dagmarsminde, men det er ikke tilfeldig.

– Jeg vet at andre sykehjem har forsøkt uten å lykkes like godt. Det er fordi medisin må erstattes med andre tilbud. På Dagmarsminde har de gode måter å stimulere beboerne på, mange tilbud, tett kontakt med alle og rammer som kan håndtere en utfasing. Det er hele pakken de tilbyr som gjør at det fungerer. En kan ikke nødvendigvis konkludere med at utfasingen alene skaper endring, men den er helt klart med på å gjøre beboerne bedre.



TRIM: En time daglig trimmes hjerneceller og kropp. Jane Heisell Lund (midten) sørger for at Jytte (t.v), Rita og Lis (med ryggen til) får opp pulsen.



AVIS: Henning har valgt sofaen til formiddagsluren, men vil gjerne lese avisen først sammen med Dorte Toft Bank-Mikkelsen.

MORFIN SOM EN KREFTPASIENT

May Bjerre Eiby, de ansatte og alle pårørende fulgte spent med da utfasingen startet. Reaksjonene som kom var at beboerne reagerte mer følelsesmessig. Endringene blir nøye dokumentert. Både i tekst, tale og på film. Eksempelene er mange, fra rullatorer som parkeres til at alle nå kan spise selv. En historie har gjort ekstra inntrykk.

Eiby forteller:

– Kirsten hadde fått like mye morfin som kreftpasienter i siste fase. Hun var sint og trøtt og sa konstant «au». Ingen fant ut hvorfor. Da vi tok vekk morfina, ble hun mer våken, smilte innimellom og brydde seg mer. Sa nei, var kommanderende. Sikkert irriterende for noen, men hun ble mer selvstendig. Så stoppet au-ene helt, som nok hadde vært et signal om at hun hadde psykiske smerter eller opplevde meningsløshet. Humoren kom frem. Det var også det første signalet hos de andre.

Det er et lite unntak på Dagmarsminde når det gjelder medisiner: Noen får Alzheimer-medisin.

– Det er ikke enkelt for forskerne å se hva som virker og hvorfor. Det en ofte ser, er at det har effekt i starten på en diagnose og at det virker i 1–2 år. Mange har store bivirkninger. Men jeg er opptatt av at det skal være plass til forskning, og medisinbruken kontrolleres forskningsmessig, sier May Bjerre Eiby.

FORSKNING PÅ GANG

Veien videre for Dagmarsminde? Arbeidet de gjør er allerede blitt en del av den nasjonale

demensplanen i Danmark. Helseministeren har vært på besøk, og andre fagpersoner ønsker også å komme for å lære mer. Selv har de også satt i gang forskning. En doktorgrad er akkurat påbegynt, med norsk veileder. Målet er å utvikle en teori og et instrument for hvordan en kan behandle demens med omsorg, samt sette søkelyset på humanistiske verdier.

«Når en har fått medisin i noen år, kan det godt påvirke demente negativt kognitiv sett.»

Joachim Nordahl, lege

– Jeg håper også at flere sykepleiere vil se at dette er et spennende fagfeltet, hvor det finnes utvikling og håp!

– FORTJENER FAGLIG OPPMERKSOMHET

– Atmosfæren på Dagmarsminde utstråler ro og velvære, og resultatene fortjener faglig oppmerksomhet, mener Grete Christensen, leder i Dansk Sygeplejeråd.

– Det ville også vært bra hvis det blir rom for forskning, og jeg vet at det jobbes med å få dette til. Vi kjenner ikke til faglig motstand fra leger og sykepleiere. Det kan naturligvis være ulike tanker

rundt medisin og diagnostikk, men det er dette som gjør videre forskning viktig.

– INKLUDERT I FELLESKAPET

Janne Røsvik i det nasjonale kompetansesenteret Aldring og helse understreker at hun ikke har vært på Dagmarsminde. Men på generelt grunnlag mener hun at personsentrert omsorg bør være grunnlaget for omsorg og behandling.

– Som det fremheves i beskrivelsen av Dagmarsminde, er det viktig for personer med demens, som for oss alle, å bli verdsatt og inkludert i det sosiale fellesskapet. «Utagerende atferd» er ofte uttrykk for udekkete behov eller ønsker, og kjennskap til personen og til hvordan han eller hun opplever sin egen situasjon er ofte nøkkelen til å forebygge dette.

Aldring og helse viser til gjeldende faglige retningslinjer som sier at antipsykotika kun bør brukes når personen med demens for eksempel har plagsomme hallusinasjoner og vrangforestillinger, og psykososiale tiltak ikke fører fram.

– Virkningen av antipsykotika skal følges tett, bruken skal trappes ned om medisinene ikke virker, og ellers i tråd med retningslinjene. Det vil si etter tre måneder, mener Røsvik. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

2,8 faste legemidler i snitt ved Bekkelagshjemmet.



Tar kvelertak på hverandre én gang i uka

Hver tirsdag trener personalet på avdeling spesialpsykiatri ved Ahus på å håndtere vold. Miljøet blir tryggere når alle kolleger har felles teknikk og forståelse.

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**

Det er omtrent 14 stykker i rommet, fire av dem menn.

– Gå sammen to og to og få opp pulsen med å prøve å berøre hverandre på beina, sier instruktør Anette Østengen, som er fagutviklingssykepleier ved sikkerhetsseksjonen..

Rommet fylles straks av latter, snakking og pusting. Deltakerne feker mot hverandres bein som om de leker sisten i noen minutter.

De er miljøterapeuter og miljøarbeidere om hverandre. I dag er det frigjøringssteknikker de skal terpe på. De skal øve på å sikre seg selv, pasienten og kolleger.

De begynner med støttegrep med sikring. Østengen forklarer og demonstrerer, hjulpet av miljøarbeider Emil Ruud Lia. Hva gjør du hvis pasienten kommer bakfra, forfra eller presser deg inn i et hjørne?

– Prøv gjerne å lage en scene: «Jeg SKAL ha den røyken!». Så løfter pasienten hånden opp for slag. Tenk hodebeskyttelse og gå inn mot pasientens kropp. Så får du hjelp fra kollega med støttegrep og sikring, foreslår Østengen.

Hun løfter begge armer, setter albuen sammen foran panna og holder knyttnevene sammen over hodet





BESKYTT HODET: Fagutviklings-
sykepleier Anette Østengen viser
sammen med miljøarbeider Emil
Ruud Lia hva som er lurt å gjøre
hvis pasienten tar kvelertak: Ho-
debeskyttelse først, så kan man få
vekk pasientens armer med sine
egne underarmer.



mens hun bøyer seg ned og går mot Lias side når han slår.

KVELERTAK

Så har tiden kommet for frigjøring fra kvelertak. Den effektive måten man lærer på selvforsvarskurs, med å ta hendene opp og slå vekk pasientens armer, er ikke noe de lærer her. Østengen viser den samme hodebeskyttelsen som de terpet på først. I kombinasjon med rotasjon nedover, slår hun vekk pasientens armer med underarmene sine.

– Teknikkene skal være effektive, enkle og med minst mulig risiko for skade. Det kan være teknikker som er mer effektive enn det vi lærer her, men det skal ikke være vondt for pasienten. Det er jo en relasjon midt oppi det hele som vi skal ta vare på, sier Østengen.

OBLIGATORISK KURS

En av kursdeltakerne, sykepleier Adina Ailenei, har jobbet med både utagerende demente og vært alene med skjermete pasienter i psykiatrien. For et år siden begynte hun ved avdeling for spesialpsykiatri hos Ahus på Skedsmokorset.

Avdelingen har tre lukkede seksjoner. En av dem er en sikkerhetsseksjon for pasienter som er dømt til behandling, og pasienter med alvorlige og kompliserte forløp, der vold og utagering kan være en del av bildet.

Som nyansatt fikk Ailenei ikke lov til å være alene med pasienter på skjerming, selv ikke om de var to kolleger sammen. Hun fikk heller ikke være en av to som på hver vakt blir pekt ut til å være dem som skal løpe for å hjelpe til hvis alarmen går.

Først måtte hun delta på et todagerskurs, som alle nyansatte må gjennom. Nå er hun med på den obligatoriske oppfølgingen. Teknikkene må sitte.

Forsvars- og håndteringsteknikkene de lærer skal minske risikoen for skader ved vold og utagering. De lærer også teknikker for å forebygge at episoder eskalerer og ender med vold.

– Jeg syntes det var rart at jeg ikke fikk være med pasienter på skjerming, jeg hadde jo jobbet fem år i psykiatrien og følte at jeg kunne dette. Men etter at jeg hadde deltatt på kurset, forsto jeg hvorfor. Det handler om at vi kolleger skal ha samme retningslinjer så vi tenker likt og kan samarbeide under tilspisete situasjoner, forteller Ailenei.

VERGELØFTET

Avdelingen har trent fysisk konflikthåndtering siden 2003. Prosjektet «vergeløftet» startet for tre år siden.

– Vi ønsket å løfte bunnlinja med kompetanse



«Teknikkene skal være effektive, enkle og med minst mulig risiko for skade.» Anette Østengen

på konflikthåndtering, og alle ble tilleggskurset en halv dag. De fikk også kartlagt kompetansenivået sitt. Noen ble tilbudt nytt kurs og andre ny evaluering etter seks måneders trening, forteller Anette Østengen.

Det er innført krav om minimum åtte timer

trening i året. I tillegg til hver tirsdag klokken halv to til halv tre, er det også mulig å trene enkelte kvelder og netter. Temaene på treningen omfatter frigjøringsteknikker, beskyttelse mot vold, beltelegging, automatisering av teknikkene og overgangen mellom de ulike grepene.

GÅ NED OG INN: Det kan være vanskelig å komme under når pasienten slår. Her trener Adina Ailenei (til høyre) og Vigdis Jenssen på det.



TRYGGERE NÅ: Etter at Adina Ailenei (til venstre) har trent konflikthåndtering i et års tid, kjenner hun seg mye tryggere på jobb. Hun tror den roen smitter over på pasienten.



DYTT TILBAKE VED BITT: Emil Ruud Lia og Anette Østengen viser hva som er lurt å gjøre hvis pasienten (for anledningen gestaltet av Vigdis Jenssen) biter.



SAMARBEID: Støttegrep og sikring er lettere når man er to kolleger sammen som tenker likt. Her trener Anette Østengen sammen med Adina Ailenei på Emil Ruud Lia.

FORANKRET I LEDELSEN

I tillegg har de teoriundervisning om blant annet konflikthåndtering, kommunikasjon, makt og avmakt. Og omtrent en gang i uka har de «falske» alarmer, slik at de som er pekt ut til å løpe på alarm på de ulike vaktene, får trening i det.

Etter tre år har avdelingen ingen tall som kan vise at det har blitt mindre beltelegging eller færre voldelige episoder, men Østengen merker at personalgruppen virker tryggere nå enn før.

– Jeg tror det er mindre eller tryggere

utageringsepisoder. Personlig har jeg i hvert fall vært involvert i færre voldsepisoder. En stor del av suksessfaktoren er at vergeløftet er forankret i ledelsen, sier hun.

Ledelsen stiller krav om kompetanse, trening og kursing. Treningen er lagt i turnus og hver seksjon har sin ressursperson som veileder de andre ansatte og som leder treningene.

VURDERES PÅ HVER TRENING

De ansatte blir vurdert av ressurspersoner på

hver trening, som noterer om de kan det godt nok, eller om de trenger mer trening. Hver ansatte har sitt ark med oversikt over de ulike treningene de har vært med på og tilbakemeldingene de har fått. Dette er grunnlag for vurdering av kompetanse og blant annet medarbeidersamtale.

– Det er som med førstehjelp, det må sitte automatisk. Når man er trygg på hva man skal gjøre fysisk, er det lettere å høre hva pasienten faktisk sier og å stoppe opp og tenke etter om man faktisk selv er med på å eskalere situasjonen med det man gjør, sier Østengen.

ET SISTE RÅD

På slutten av treningstimen får deltakerne med seg et siste råd på veien:

– Hva skal du gjøre om noen tar tak og biter, for

«Jeg har blitt bitt og gjorde det. Og det fungerer!»

Emil Ruud Lia

eksempel i armen din? Refleksen er å rykke fra. Men da risikerer du å få et stort sår. Du skal heller dytte på. Da vil den som biter føle det så ubehagelig at den slipper, sier Østengen.

Hjelpetrener Emil Ruud Lia kan skrive under på det.

– Jeg har blitt bitt og gjorde det. Og det fungerer!

UNNGÅR UNØDVENDIG TVANG

Etter treningen skal Adina Ailenei på kveldsvakt. Hun sitter igjen på treningsrommet og puster ut. Sykepleieren innrømmer at hun til å begynne med ikke var så begeistret for tanken om å trene så ofte.

– Jeg tenkte «Å, herregud, så mye mas. Må jeg dette?». Men nå er jeg imponert. Det er faktisk veldig strukturert og forebyggende. Jeg ser at roen min smitter over på pasienten, for dette handler ikke bare om teknikk, men også om kommunikasjon.

Hun liker også at de på treningene kan ta opp utfordringer de står oppe i på avdelingen.

– Vi kan få råd om hva vi skal gjøre hvis vi har en pasient som for eksempel slår vilt.

– *Har du fått bruk for noen av grepene du har lært?*

– Ikke ennå.

– *Er det noe du savner?*

– Ja, jeg skulle ønske at dette var vanlig i psykiatrien over hele landet. Dette kunne godt vært nasjonale retningslinjer, for det skåner jo pasientene for unødvendig tvang.

Les mer på neste side. ●
eivor.hofstad@sykepleien.no





– Mye uregulert praksis

● Tekst **Eivor Hofstad**

SIKKERHET FOR ALLE: – Fysisk håndtering av utagerende pasienter er ikke et formelt fagområde. Det er mangelfull forskning og mye uregulert praksis, sier daglig leder Pål-Erik Ruud i Verge Opplæring AS.

Verge Opplæring AS er firmaet som avdeling for spesialpsykiatri ved Ahus kjøper tjenester fra når personalet skal kurses i forebygging og håndtering av vold og utagering. Firmaet konsentrerer undervisningen om trygghet, mestring og forebygging av utfordrende atferd, utagering, trusler, vold og selvskading.

– Vår filosofi er at både ansatte og pasienters sikkerhet og integritet er like viktig. Det er et ufravikelig samspill mellom ansatte og deres pasienter som påvirker trygghet og trivsel for begge parter, sier daglig leder Pål-Erik Ruud.

PASIENTENES RETTSSIKKERHET UTFORDRES

– Hvor har personalet i

norsk psykiatri det største forbedringspotensialet?

– Håndtering av utagerende pasienter er krevende og utfordrer rettssikkerheten til pasientene. Fysisk håndtering av utagerende pasienter er ikke et formelt fagområde. Det er mangelfull forskning og mye uregulert praksis. Men dette er ikke unikt for psykiatrien.

Ruud mener det er en nær sammenheng mellom hva ansatte lærer, hvordan dette læres, og hvilke holdninger og faglig/etisk refleksjon som er integrert i opplæringen.

Han anbefaler at ledere og ansatte spør:

- Gir disse metodene opplevelsen av trygghet?
- Er de funksjonelle og minst mulig inngripende?
- Er det samsvar mellom hva vi øver på og praksis?
- Er vi aktive og søkende etter ny kunnskap som bidrar til utvikling?



Foto: Erik M. Sundt

«Det finnes ikke enkle løsninger på disse utfordringene.»

Pål-Erik Ruud, Verge Opplæring



TRYGGE ANSATTE ER FOREBYGGING

– Hva er god forebygging?

– Det er avhengig av trygge ansatte. Og trygge ansatte er avhengig av kunnskap og ferdigheter som gir dem en reell mestringstro. Holdninger og god forebygging påvirkes av de ansattes opplevelse,

både av at egen sikkerhet er ivarettatt og at de metoder som benyttes er minst mulig inngripende ovenfor pasienten. Det finnes ikke enkle løsninger på disse utfordringene, men vi må sammen jobbe for åpenhet og faglig integritet, sier Ruud. ● eivor.hofstad@sykepleien.no

Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Den er like enkel å bruke på mobilen som foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no





Sykepleie

Del 2 Sykepleien 02 | 2017

Fagartikler – Etikk – Intervju



FLERE ÅRSAKER: Lengden på fastlegenes pasientlister kan innvirke på antall overliggere i sykehus. Foto: Sykehuset Østfold

Små fordeler

Østfold. Hvorfor har små kommuner færre overliggere enn store kommuner? **56**



Sped- og småbarn. Nordnorsk fagnettverk. **42**



«Når et barn fødes for tidlig, er det naturlig å lure på hvordan det vil gå.»

Aud M. Misund. **48**



MS. Samarbeider med russerne. **50**



SAMLER FAGKUNNSKAP OM SPED- OG SMÅBARN

Et nordnorsk fagnettverk samler små fagmiljøer slik at de kan dele kunnskap om hvordan familier med små barn kan styrkes.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
30 % praksis
 70 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60132



Inger Pauline Landsem
 Førsteamanuensis og postdoktor

Foreldrenes trygghet i rollen som foreldre har stor betydning for barns utvikling. Dette har blitt dokumentert på mange måter de siste årene. Samtidig er det ikke lett for verken foreldre eller fagpersoner å navigere i jungelen av informasjon, ressurser og tilbud. Det kan oppleves som spesielt utfordrende når man har ansvaret for et barn med særlige behov for oppfølging og støtte. Forskning viser at den mest effektive måten å sikre barns mulighet til å bli den beste versjonen av seg selv, er å styrke foreldrene.



Jorunn Tunby
 Førstelektor og koordinator for Prematurprosjektet i Tromsø

SPREDT KOMPETANSE

En rekke fagmiljøer i Nord-Norge besitter kunnskap og kompetanse om strategier og metoder for å fremme og styrke barns utvikling. Kompetansen kan imidlertid være ujevnt fordelt på grunn av små fagmiljøer, begrensede ressurser til fagutvikling og store geografiske avstander. Det er ressurskrevende å finne felles, fysiske møteplasser.

Nordland, Troms og Finnmark trenger å samle, systematisere og dele kunnskap i en felles ressurs på tvers av organisasjoner, profesjoner og helsetjenestenivåer. Det kan øke muligheten for at familier møter fagfolk med oppdatert kunnskap i alle ledd.

Kanskje det også kan bidra til at familier med sped- og småbarn møter fagpersoner som i større grad enn tidligere kjenner til andre tjenester, og derved samarbeider mer på tvers av faglige og organisatoriske grenser? I troen på dette er et nordnorsk nettsted utformet for å støtte hjelpere:

- i spesialist- og primærhelsetjenesten samt frivillige organisasjoner
- mellom ulike profesjoner og helse- og sosialfaglige etater
- mellom fagmiljøer i små og store kommuner i Nord-Norge

NORDNORSK FAGNETTVERK

Formålet med Nordnorsk fagnettverk er å utvikle og systematisere kunnskap og fremme forståelse som styrker foreldrekompetansen. Dermed styrkes også spedbarns utviklingsmuligheter i Helse Nord. Vi lager en arena for å dele oppdatert kunnskap på tvers av helsetjenestenivåer, tjenestetilbydere og profesjoner i hele Nord-Norge.

I nettverket inviterer vi til kontakt med fagpersoner i hele landsdelen. Dermed får vi mulighet til å samle og videreformidle kvalitets-sikret kunnskap. Denne kunnskapen kan fagpersoner som jobber med sped- og småbarn og deres familier, bruke i sin arbeids-hverdag. Da vi startet utviklingen av nettverket, fokuserte vi på

å informere og styrke alle typer helse- og sosialfaglig personell som har tjenesteroller i sped- og småbarns liv.

Vi har derfor samlet denne kunnskapen på nettstedet «Sped- og småbarn» under læringsportalen til Helsekompetanse (1).

Nettstedet fokuserer på fem hovedtemaer:

- graviditet
- føde/barselen
- utfordrende start
- spedbarnsalder
- småbarnsalder

STYRKER BARNES UTVIKLING

Nettstedet skal gjøre det lettere å samarbeide og utveksle kompetanse slik at nyfødte barn og foreldre i hele Nord-Norge skal ivaretas best mulig. I dette arbeidet legger vi særlig vekt på premature og andre nyfødte i risiko. Når ulike faginstanser samarbeider godt, både med og rundt familier, blir møtene preget av god informasjonsflyt, tillit og gode relasjoner.

Vi håper at nettstedet og nettverket vil bidra til å fremme en felles forståelse for hvor viktig det er med et godt samspill og en god omsorgsattferd, noe som også styrker barnas utviklingsmuligheter. Vi skal bidra til at de ulike fagmiljøene tenker mer likt om betydningen av samspillet og den gode omsorgsattferden. Da vil man

Fakta ●●●

Sammen- drag

Kunnskap om hva som fremmer eller hemmer gode oppvekstmiljøer, er viktig for alle som hjelper barn og familier gjennom sped- og småbarnsalder. Nordnorsk fagnettverk og nettstedet «Sped- og småbarn» skal bidra til at små barn i hele Nord-Norge skal få best mulig oppfølging og hjelp, uansett hvor de bor.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Foreldre
- Barn
- Internett



FELLES RESSURS: Når foreldrekompetansen styrkes, styrkes også spedbarns utviklingsmuligheter. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

på et tidlig tidspunkt kunne identifisere hvilke familier som har behov for støttende tiltak og gode intervensjoner.

ER DET ET REELT BEHOV?

«Trenger dette fagfeltet virkelig enda flere nettsider?» vil noen spørre – og det med rette. Organisasjoner og mange ulike kompetansesentra deler i dag omfattende mengder kunnskap om graviditet, spedbarnshelse, utfordringer i foreldreskapet og så videre. Noen av disse har veldig høy kvalitet og blir regelmessig oppdatert.

I utviklingen av Nordnorsk fagnettverk har vi hentet erfaringer fra slike organisasjoner og sentra. Vi har ikke utviklet alternativer til gode kunnskapsbaserte informasjonskanaler som allerede eksisterer, men heller tatt rollen som

«I dette arbeidet legger vi særlig vekt på premature og andre nyfødte i risiko.»

en gammeldags telefonsentral. Vi binder dem sammen og informerer kollegaer, som kan ha liten tid til å lete i jungelen av tilbud, om at de finnes!

Andre vil stusse over at fagnettverket er nordnorsk. Hvorfor ikke nasjonalt? Bakgrunnen for dette kan oppsummeres med Alf Jakobsens ord: «Det er langt dette landet, det meste er nord». Uavhengig av hvor mange fylker, kommuner og sykehus vi har, er vi ett folk som bor spredt, som kanskje i enda større grad behøver tydeligere strukturer for samarbeidsstøtte enn mer tettbeboede samfunn. Kanskje dette nettverket

kan styrke slike strukturer – og inspirere til liknende nettverk.

Et annet aspekt er at fagstoffet på sikt bør suppleres med samiske tekster.

«A NEVER-ENDING STORY»

Nettverket er ikke ferdig – det er på en måte nå det begynner! Nettsiden som er åpnet, er verdifull i seg selv. Verdien vil likevel øke i takt med at kollegaer kommer med innspill og tilleggsinformasjon om tjenester og muligheter samt deler ny praksisnær kunnskap. Vi arbeider blant annet med et tjenestekart for å informere og inspirere dem som lurer

på hvordan tjenester best kan utformes og synliggjøres i egen organisasjon.

Fagnettverket er hjelpernes nettverk, men er tilgjengelig for hvem det skulle være. Språk og utforming gjør det tilgjengelig for alle som interesserer seg for barns tidlige utvikling, styrking av foreldres kompetanse og mestringstro samt helhetlige, samarbeidende tjenester i nord. ●

REFERANSER:

1. Helsekompetanse. Sped- og småbarn. Nordnorsk nettverk. Tilgjengelig fra: <http://deminste.helsekompetanse.no> (Nedlastet 10.01.2017).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

fagartikler@sykepleien.no



LÆRER Å BRUKE FORSKNINGSARTIKLER

Sykepleierstudenter synes det er vanskelig å finne og ta i bruk forskningskunnskap i praksis.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
 40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60331



Tove Helene Larssen
 Universitets-
 lektor

Sykepleieutøvelse skal være kunnskapsbasert for å sikre at den forankres i oppdatert kunnskap på feltet (1). Sykepleierutdanningen skal sørge for at nyutdannete i faget har lært å arbeide kunnskapsbasert (2). Målet er at studentene utvikler praktisk kunnskap ved å kombinere klinisk erfaringskunnskap, forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap (1). Å arbeide kunnskapsbasert innebærer også evne til å vurdere kritisk de ulike kildene til kunnskap, og å integrere alle kunnskapsformene i en praktisk utøvelse.

En delkompetanse i denne sammenhengen er evnen til å analysere forskningsartikler og å forstå hvordan relevante forskningsresultater kan anvendes i yrkesutøvelsen (3). Denne kompetansen er nedfelt som et læringsutbytte i utdanningens studieplan (4). Vår utdanning bruker ulike pedagogiske tilnæringer gjennom alle de tre årene. Sykepleierstudentene får undervisning og trening i å søke etter, finne og forstå forskningsartikler.

HENSIKT MED ARTIKKELEN

Hensikten med denne artikkelen er å drøfte utfordringer som sykepleiestudenter kan ha når de skal lære å bruke forskningsartikler som en del av kunnskapsbasert praksis (KBP). Utgangspunktet for

diskusjonen er et samarbeidsprosjekt mellom et sykehus og en sykepleierutdanning, der en modell for kunnskapsbasert praksis blir prøvd ut. Studentene er i kirurgisk praksis på en ortopedisk enhet og i femte semester av studiet. Med bakgrunn i studentenes erfaringer ser vi nærmere på hva de syntes var utfordrende, og hvordan studieprogrammet bør utvikles for at studentene skal lære å bruke forskningskunnskap.

Vi ønsket å kartlegge hvor flinke studentene var til å bruke forskningsartikler i praktiske situasjoner. I denne artikkelen beskriver og diskuterer vi erfaringer fra dette pilotprosjektet, særlig de utfordringene som studentene møtte.

VIKTIG MED ENGELSK

Evnen til å vurdere og kritisk lese forskningsartikler er en sentral del av KBP. Litteraturen beskriver ulike metoder for å lære dette (5). Det å kunne lese, forstå og vurdere forskning kritisk er viktig for å se nytten av forskningskunnskap i praksis (6). Det engelske språket i artiklene kan være en hindring for å forstå innholdet (5). Erfaring med å lese engelske artikler er avgjørende, både for studenter, lærere, praksisveiledere og aktuelle samarbeidspartnere i praksisfeltet (7, 8). For å utvikle søke- og vurderingsferdigheter må den videre opplæringen

være integrert med klinisk praksis (9).

LITE FORSKNING I PRAKSIS

Rollemodeller i klinisk praksis har betydning for det å lære å lese forskningsartikler på en kritisk måte (10). Uten å erfare hvordan akademisk kunnskap brukes i praksis, opplever sykepleierstudenter lett at den blir «meningsløs og svevende» (11). Eriksen og medarbeidere (12) viser til at en systematisk opplæring i samarbeid med praksisfeltet vil ha positiv effekt på læring.

Helsepersonell kan ha en positiv holdning til KBP og likevel ikke være aktive med å søke opp og kritisk vurdere forskningsstudier (13). I klinisk praksis kan det være en manglende kultur for å lese oppsummert forskning. Praksis har ofte en sterk «gjør-kultur» som kan innvirke på holdningen til og synet på kunnskap som kommer fra forskning. Sistnevnte er en mer akademisk ferdighet (14). Det gjøres viktige framstøt i utdanningen som har til hensikt å lære kommende sykepleiere å lese og bruke forskning (15).

En oppsummering av den eksisterende litteraturen viser tilsynelatende at utdanningene prøver ut ulike undervisningsopplegg. For at studentene skal kunne bruke og videreutvikle kompetansen fra forskningsartikler, må slik kunnskap implementeres i praksis.

Fakta ●●●

Sammen- drag

Evnen til å vurdere og kritisk lese forskningsartikler er en sentral del av kunnskapsbasert praksis. Når vi prøver ut en modell for kunnskapsbasert praksis, ser vi at sykepleiestudenter har vansker med å finne, lese og forstå forskningsartikler. Denne artikkelen drøfter hvordan sykepleierutdanningen kan integrere ulike pedagogiske tilnæringer for å fremme studenters læring av kunnskapsbasert praksis.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- kunnskapsbasert praksis
- Kunnskapsbasert sykepleie
- Forskningsartikler



PROSJEKT FOR STUDENTER: En bibliotekar lærte studentene å søke etter forskningsartikler, mens en sykepleiere deltok i diskusjoner om funn. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library

SAMARBEIDSPROSJEKTET

Pilotprosjektet gikk ut på å prøve ut en modell for å gjennomføre KBP i praksis. Studieplanen ved vår sykepleierutdanning har et opplegg der teoriundervisning kombineres med obligatoriske studieoppgaver i praksisstudier. Dette opplegget gjennomføres i en bestemt sekvens gjennom tre studieår (4). På praksisstedet i vårt pilotprosjekt hadde sykepleierne, som også var veiledere for studentene, deltatt på kurs i KBP.

I forkant av praksisperioden ble studenter og praksisveiledere orientert om prosjektet. Målet var at studenter og sykepleiere sammen skulle komme fram til nyttig kunnskap for en gitt problemstilling. Studentene skulle stå for søk og innhenting av forskningsartikler. Sykepleierne i

praksis skulle delta på diskusjoner om funn i forskningen og hvilken betydning forskningen kunne ha for praksis. En prosjektgruppe ledet prosjektet og besto av to representanter fra praksisstedet og to fra utdanningen. I tillegg var en bibliotekar med i prosjektgruppen.

Studentenes innsats utgjorde en av studieoppgavene i praksisperioden. Prosjektet viste seg å være populært blant studentene, og deltakelsen i prosjektet ble bestemt via loddtrekning.

PROBLEMER MED SØK

I det første møtet mellom studenter og sykepleiere identifiserte gruppen en sykepleiefaglig problemstilling. Her ble de også enige om databaser og søkeord. De valgte følgende

«I klinisk praksis kan det være manglende kultur for å lese oppsummert forskning.»

problemstilling i pilotprosjektet: «Hvilken betydning har sårprosedyrer for sårtilheling?»

I det andre møtet diskuterte de artiklene som studentene hadde funnet. Hensikten var å se hvordan funnene kunne bidra til å besvare den aktuelle problemstillingen. Pilotprosjektet viste seg å være et ambisiøst

prosjekt med tanke på tiden som studentene hadde til rådighet.

En annen utfordring var at det var vanskelig for sykepleiere i praksis å frigjøre tid til å delta på arbeidsmøtene. Til tross for at bibliotekaren deltok, hadde noen studenter problemer med å søke etter artikler. De fortalte at bibliotekarens undervisning virket forståelig, men da de selv skulle utføre søkene, var det vanskelig. Alle de fire studentene leverte individuelle studieoppgaver, som ble godkjent av praksislærere. Studentenes refleksjoner i studieoppgavene utgjør datagrunnlaget for diskusjonene i denne artikkelen.

TYDDE TIL GOOGLE

Studentene ga uttrykk for at arbeidet med





litteratursøk ikke var så enkelt som de først hadde forestilt seg. En sa det slik: «Vi fikk litt mer opplæring i hvordan vi skulle gå fram i databasesøkingen, og denne gangen [som forrige gang] så dette ut som en enkel sak da bibliotekaren la det fram for oss.»

Fristelsen til å ta snarveier ble for stor; hun søkte på Google. En annen student avdekket også hvor lett det er å ty til enklere løsninger når søket blir vanskelig. Hun hadde brukt Google tidligere i forbindelse med en annen studieoppgave. De beskrev hvordan de seg imellom hadde snakket om at mange av dem hadde løst dette kravet ved å finne artikkelen etter at oppgaven var skrevet. Da søkte de bare i én database – den basen de var tryggest på.

Særlig én student beskrev hvor krevende det var å finne relevante artikler med søkeordene. En skriver det slik: «Grunnet vanskeligheter under søkingen fant jeg lite relevante artikler.»

Studentenes mangelfulle erfaringer med databasen vises i dette utsagnet: «Jeg syns utvalget av databaser var bra, fordi de var veldig ulike og det var forskjellige måter å søke på ... skulle tro at jeg til nå hadde funnet relevante artikler, men så enkelt var det ikke.»

Videre skrev studenten: «[J]eg

var ikke klar over hvor konkret og spesifisert søking må være for å finne relevante artikler ... man vet litt mer om hvordan det er å være i jungelen...»

Det var likevel ikke alle som strevde. En student forteller: «Underveis har jeg konfrontert min frykt i artikkelsøk og funnet ut at det ikke er så vanskelig som før... Deretter prøvde jeg artikkellykken i Cochrane Library.»

LITE RELEVANTE ARTIKLER

Det som kom tydeligst fram, var hvor krevende det var for studentene å finne relevante artikler. Selv om de hadde samarbeidet med sykepleierne for å komme fram til en konkret problemstilling og fylt ut et PICO-skjema, var det vanskelig å finne aktuelle artikler (se faktaboks). Alle beskrev søkene og uttrykte at det ble mange treff. Likevel fant de ikke fram til artikler som var rettet mot problemstillingen. I første omgang leste de abstraktene for å finne relevansen. De fleste artiklene handlet om selve prosedyren. Det var vanskeligere å finne sammenhengen mellom prosedyreutførelse og sårtilheling.

En av de faktorene som gjorde arbeidet vanskelig for studentene, var at artiklene var på engelsk. Som en student sa det: «For min del ble dette egentlig det tyngste med hele prosjektet, ettersom artikkelen var på engelsk, og Google har ikke vært den beste oversetteren ...»

En annen skrev det slik: «Det er en kunst å lese engelske fagartikler.»

MANGLER KOMPETANSE

Erfaringer fra pilotprosjektet viser at studentene syntes det var lærerikt, men også utfordrende å finne kunnskap om temaet. Studentene opplevde mangel på søkekompetanse og engelskspråklig kompetanse som spesielt vanskelig.

Studentene manglet altså søkekompetanse til tross for at skolen vektla dette i undervisningen. Et interessant spørsmål er derfor som følger: Hvorfor har ikke studentene lært eller tilegnet seg søkeferdigheter når det er gitt undervisningstilbud om dette?

Teoriundervisningen kan virke tung, lite relevant og langt fra praktisk sykepleie. Vi kan høre studentene si at kunnskap som ikke brukes i praksis, ikke er verdt å lære. En studie viser at selv om studentene har fått relevant undervisning, kan de ha mangelfulle kunnskaper i forskningsmetode og statistikk (7).

En australsk studie presenterer en integrert undervisningsstrategi. Denne strategien har praktiske aktiviteter, rollespill og e-læring som et samlet undervisningsopplegg for at studenter skal lære seg KBP og forskning (16). I hovedsak er undervisningsopplegget sammensatt av workshop, nettbaserte

studieoppgaver, rollespill og diskusjoner om lærernes egen forskning (16). For å motivere studentene og tydeliggjøre hensikten med KBP, møtes lærere og studenter til workshop. Deretter

gjennomgår studentene moduler i en e-læringskomponent.

Via læringsplattformen får studentene oppgaver som skal løses og problemstillinger som skal presenteres. Her deltar studenter også i diskusjonsgrupper der de vurderer og kritiserer kvalitative og kvantitative artikler, gjerne skrevet av en lærer fra kollegiet (16). Slik kommer studentene tettere på forskerne.

Det ligger antakelig verdifull læring i det å skulle vurdere og kritisere arbeidet til en person de kjenner, både for studenter så vel som lærere.

Burke og medarbeidere (17) viser til hvordan forskningskompetanse må utvikles allerede fra første år på studiet. Studentene skal lære å søke og lese kritisk, forstå og ta kunnskapen i bruk i første praksisperiode (17).

MÅ HA TRENING I ENGELSK

Studentene sier altså at det er vanskelig å lese engelsk. Pensumlistene har flere artikler på engelsk. Det er tydeligvis ikke tilstrekkelig å sette opp engelsk litteratur på

«Da studentene selv skulle utføre artikkelsøkene, var det vanskelig.»

Fakta

PICO

PICO er et verktøy som hjelper med å gjøre spørsmålet (problemstillingen) tydelig og presist i kunnskapsbasert praksis. Etter at du har formulert et presist spørsmål, bør du bestemme hvilket kjernespørsmål du står overfor. Dette hjelper deg når du skal søke etter forskning om spørsmålet.

PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål:

P = Patient/problem

I = Intervention

C = Comparison

O = Outcome

Kilde: kunnskapsbasertpraksis.no

pensumlisten og forvente at litteraturen leses. Studentene bør i større grad trene på å lese engelsk i utdanningen. For eksempel kan studieoppgaver gå ut på å lese engelske artikler og presentere disse i undervisningen. Noe av undervisningen kan til og med foregå på engelsk for å øve opp det engelske fagspråket.

Dette prosjektet var et samarbeid med sykepleiere på sykehus. De fleste steder er KBP ikke implementert som en del av den daglige praksisen. Foss og medarbeidere (18) fant at sykepleiere ofte ikke tar forskning i bruk i praksis, selv om de har en positiv holdning til forskning.

Ifølge Pedersen og Einarsen (11) ble studenter sjelden utfordret på forskningsbaserte begrunnelser i praksis. Når studenter mangler rollemodeller, kan det bli vanskelig å lære å håndtere og ta i bruk kunnskap i praksis. (10, 19) Systematisk opplæring i å lese og vurdere ulike typer forskningsartikler med interaktive læringsmetoder og i samarbeid med praksis antas å ha positiv effekt for studentenes læring (12). Våre erfaringer tilsier at aktive søk etter artikler må legges inn som en naturlig del av praksis, slik at studentene tilegner seg denne kunnskapen.

KONKLUSJON

Hensikten med pilotprosjektet var å gi studentene trening i å søke, finne og kritisk lese forskning som er relevant for aktuell praksis. Vi erfarte at det var flere utfordrende faktorer som påvirket arbeidet med prosjektet.

Fra skolens side kan det være fornuftig å integrere ulike pedagogiske tilnæringer som kan fremme studentenes læring om KBP. Lærerne bør også være tettere på studentene i løpet av studiet. Eksempelvis bør studentene møtes i klassen, løse oppgaver på nett ved å søke i baser med relevante søkeord, og finne artikler.

I tillegg ser vi at KBP må være implementert i praksis for at studentene skal oppleve det som meningsfullt, slik at kvaliteten på praksisutøvelsen øker. ●

REFERANSER:

1. Nordtvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Oslo: Akribe, 2012.
2. Kunnskapsdepartementet. Rammepåplanen for sykepleieutdanningen. Fastsatt 25. januar, 2008. Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammepaener/helse/rammepaen_sykepleierutdanning_08.pdf. (Nedlastet 07.04.2016).
3. Meld. St. 13 (2011–2012). Utanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
4. Universitetet i Nordland. Studieplan kull 13 H – bachelor i sykepleie (2013). Tilgjengelig fra: <http://www.nord.no/no/studier/tidligere-studieplaner/Documents/PHS%202013H/H%C3%B8st%202013%20-%20Sykepleie%20-%20Bachelor%20-%20Bod%C3%B8st%201.pdf>. (Nedlastet 17.01.2017).
5. Undheim LT, Wisløff EMS, Rønning ER. Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter. Sykepleien Forskning 2011;6(1):54–60. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/04/okt-informasjonskompetanse-hos-sykepleiere-og-studenter>. (Nedlastet 17.01.2017).
6. Sandvik K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning 2011;6(2):160–7. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilke-strategier-er-efektive-ved-implementering-av-kunnskapsbasert-praksis-i>. (Nedlastet 17.01.2017).
7. Grønvik K, Julnes S, Ødegård A. En kvalitativ studie av sykepleiestudenters opplevelse av nye læringsaktiviteter i kritisk vurdering av kvantitative forskningsartikler. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2014;10(2):91–105.
8. Kleiven IF, Jøndal S, Snilsberg LM. Studenttett post med fokus på kunnskapsbasert praksis: Videreutvikling av modellen «Studenttett post». Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010-1. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/144266>. (Nedlastet 9.08.16) ISSN: 1890-520X.
9. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? BMJ 2004;329:1071–1077.
10. Perry RNB. Role modeling excellence in clinical nursing. Nurs Educ Pract 2009;9:36–44.
11. Pedersen KL, Einarsen KA. Sykepleiestudenters erfaring med relevansen av vitenskapsteori i praksisstudiene. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2013;9(9):35–49.
12. Erichsen T, Røkholt G, Utne I. Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen. Sykepleien Forskning. 2016;11(1):66–76. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/kunnskapsbasert-praksis-i-sykepleierutdanningen>. (Nedlastet 17.01.2017).
13. Snibsoer AK. Holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis: en kartleggingsstudie. Masteroppgave i helsefag, Bergen: Høgskolen i Bergen, 2011.
14. Scott-Findlay S, Golden-Biddle K. Understanding how organizational culture shapes research use. J Nurs Adm 2005;35(7/8):359–65.
15. Ulvund I, Grønvik CKU. Lærer å jobbe kunnskapsbasert. Sykepleien 2016;10(4):44–7. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/04/laerer-jobbe-kunnskapsbasert>. (Nedlastet 17.01.2017).
16. Sidebotham M, Jomeen J, Gamble J. Teaching evidence based practice and research through blended learning to undergraduate midwifery students from a practice based perspective. Nurse Educ Pract 2014;14(2):220–4.
17. Burke LE, Schlenk EA, Sereika SM, Cohen SM, Happ MB, Dorman JS. Developing research competence to support evidence-based practice. J Prof Nurs 2005;21(6):358–63.
18. Foss JE, Kvigne K, Larsson BW, Athlin E. A model (CMBP) for collaboration between university college and nursing practice to promote research utilization in students' clinical placements: A pilot study. Nurse Educ Pract 2014;14:396–402.
19. Danielsson A, Sundin-Andersson C, Hov R, Athlin E. Norwegian and Swedish preceptors' views of their role before and after taking part in a group supervision program. Nurs Health Sci 2009;11(2):107–13.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



Sykepleien er der du er!

Hold deg oppdatert og gjør Sykepleien til en naturlig del av hverdagen. Papirmagasinet kjenner du godt fra før, og med Sykepleiens app kan du lese magasinet på nettbrett uten nett-tilgang.

Våre nettsider Sykepleien.no fungerer bra på PC, nettbrett og mobil.

Følger du oss på Facebook er det enkelt å følge med og se hva andre sykepleiere mener. Vi har to sider på Facebook: Tidsskriftet Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Vi er her for deg!

Sykepleien



Mødre som reagerte sterkest rett etter fødsel, hadde best samspill med barnet på sikt, viser ny doktorgrad.

Studerte mors reaksjon etter prematur fødsel

• Tekst og foto **Nina Hernæs**

Preatur fødsel kan komme brått og uventet, og situasjonen kan oppleves som veldig dramatisk. Men det har vært liten oppmerksomhet rundt mors opplevelser og hvordan dette kan påvirke samspillet mellom henne og barnet.

I sin ferske doktorgrad har Aud R. Misund funnet at mødre som gjennomgår prematur fødsel har høy forekomst av traumereaksjoner.

UTTRYKTE IKKE PROBLEMER

– Da jeg tidligere jobbet som klinisk sosionom, møtte jeg mange foreldre som hadde vært gjennom en prematur fødsel, forteller hun.

– Jeg antok at de hadde opplevd fødselen som skremmende og dramatisk, og at det kunne påvirke tilknytningen til barnet. Men de uttrykte ikke at dette var problematisk for dem.

Hun fikk det ikke til å rime at mennesker som hadde vært gjennom noe så dramatisk, tilsynelatende ikke hadde følelsesmessige reaksjoner i etterkant.

MANGE REAGERTE PSYKISK

Men da Misund i 2005 gjorde en pilotstudie på nyfødt intensiv på Rikshospitalet, intervjuet hun mødre til premature barn. I motsetning til foreldrene hun tidligere hadde møtt, som hadde vært på sykehus en måned eller lenger, hadde kvinnene hun intervjuet nylig født. Og de ville gjerne snakke om erfaringen med den premature fødselen og sitt nyfødte barn.

Hun bad dem fylle ut skjemaer som er utformet for å kartlegge psykologiske reaksjoner.

Over halvparten av kvinnene (52 prosent) viste seg å ha posttraumatiske reaksjoner. En ganske stor andel, 1 av 4 (23 prosent) hadde fremdeles reaksjoner da barnet var fylt 18 måneder.

REAKSJON PÅ TRAUME

Posttraumatiske stressreaksjoner kan oppstå etter ekstreme belastninger. Eksempler på slike reaksjoner kan være at man gjenopplever selve traumet, at man føler sterkt ubehag ved opplevelser som minner om traumet, at man unngår alt som minner om traumet eller symptomer på psykisk overfølsomhet som søvnvansker, at man er mer irritabel eller sliter med konsentrasjonen.

Før hun gjorde intervjuene var Misund forberedt på at hun kunne møte mennesker med behov for hjelp. Men hun ble overrasket over hvor mange hun fant at hadde behov for bistand.

INGEN KATASTROFE

Samtidig vil hun heller ikke dramatisere funnene.

– Å reagere på en hendelse som en pre-

«Å reagere på en hendelse som en prematur fødsel er normalt.»

tur fødsel er normalt. Samtidig er en fødsel ikke en katastrofe. Det er et nytt liv som kommer til verden, forbundet med håp og glede, og det skiller en prematur fødsel fra andre traumer. Samtidig er det viktig å ta hånd om dem som opplever dette og være klar over at de kan ha sterke reaksjoner.

Disse mødrene får som regel ikke barnet opp på brystet etter fødsel og mange opplever at helsepersonell overtar barnet deres.

Dette kan påvirke tilknytningen de føler til barnet sitt.

NY KUNNSKAP

I sitt doktorgradsarbeid intervjuet Misund 29 mødre med 35 premature barn født før svangerskapsuke 33. Hun intervjuet dem to uker etter fødsel, så to uker etter at de var kommet hjem og videre når barna var 6 og 18 måneder korrigert alder.

Hun understreker at det er en liten undersøkelse.

– Det er en undersøkende studie som har til hensikt å hente frem kunnskap om noe vi ikke vet så mye om, sier hun.

– Men funnene mine kan være et utgangspunkt for større studier.

MEST REAKSJONER, BEST SAMSPILL

Hun var nysgjerrig på hvordan mødrenes stressreaksjoner påvirket samspillet med barna. Og hun ble overrasket over at mødre som viste mest stressreaksjoner rett etter fødsel hadde det beste samspillet med sine barn ved 18-månedersalder. Det var motsatt av hva hun hadde antatt på forhånd.

– Jeg vil understreke at ingen av mødrene jeg intervjuet hadde dårlig samspill med barna, men tendensen var at de med lavere traumereaksjoner skåret lavere på samspillskvalitet. Jeg spurte meg om hvordan jeg kan forstå denne sammenhengen, sier hun og tenker litt.

– Jeg omskriver det til at naturen er laget sånn, at når det gjelder reproduksjon, blir vi stimulert til å yte ekstra. Stressreaksjonen hos mødre gir økt kapasitet til å møte babyens behov. Det kan bety at det er en mulighet for at vi kan vokse på en traumatisk hendelse.



KAN BRUKES POSITIVT:
Aud R. Misund sier funnene hennes kan tolkes som at det er mulig å vokse på en traumatisk hendelse.

BESKYTTER SEG

Et annet overraskende funn var at mødre som hadde hatt blødninger tidlig i svangerskapet, skåret lavere på samspillskvalitet med sine barn. De hadde også mindre stressreaksjoner etter fødsel.

Misund spør om det kan ha sammenheng med båndet man etablerer til barnet i magen.

– Blødninger tidlig i svangerskapet kan tyde på at noe er galt, forklarer hun.

– Det kan tenkes at kvinnen beskytter seg selv ved å forberede seg på komplikasjoner og at det kanskje ikke blir noe barn. Det er veldig interessant, for om dette stemmer, kan det tyde på at mødrene begynner å knytte seg til barna før de fødes. Og om man har vegrer seg for å knytte seg til barnet av frykt for

«Når et barn fødes for tidlig, er det naturlig å lure på hvordan det vil gå.»

at det kan gå galt, er det sannsynlig at man vil måtte gjennomgå en prosess for å åpne opp igjen når barnet faktisk er født.

SATSE PÅ SAMSPILL

– Hva kan funnene dine tilføre sykepleiere på nyfødt intensiv?

– Jeg tenker at det er viktig å skape tid og rom for å snakke med mødrene om det de har vært gjennom, slik at de kan bearbeide det.

Anerkjenne at de kan ha mange vanskelige følelser knyttet til det de har vært igjennom. Når et barn fødes for tidlig, er det naturlig å lure på hvordan det vil gå.

Misund tror at et godt samspill mellom foreldre og barnet er den beste medisin.

– Sykepleiere kan forklare at barnet er i stand til å gi kontakt, selv om det er uhyre lite og skjørt. Og at barnet trenger kontakten med sine foreldre. For barnet er relasjon det viktigste, i tillegg til mat, stell og medisinsk hjelp.

Hun oppsummerer:

– Det er viktig å være klar over at disse mødrene kan streve med det de har opplevd, men at mye kan repareres. ●

nina.hernes@sykepleien.no



NORSK-RUSSISK SYKEHUS-SAMARBEID OM MS

Før ble russiske MS-pasienter behandlet på sanatorier og kurbad.

Et samarbeid mellom Tromsø og Arkhangelsk har gitt dem et

bedre tilbud, men også gitt innsikt tilbake til nordmennene.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
80 % praksis
 20 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60362



Geir Nilsen
 Sykepleier og seniorrådgiver, Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge og prosjektleder

Samarbeid i nord har historiske tradisjoner. Pomorhandelen varte fra 1740 frem til den russiske revolusjonen. Den røde arme frigjorde Finnmark i 1945. Perestrojkaen i 1990 ga ny oppblomstring av samarbeidet mellom naboene. Kirkenes-deklarasjonen kom i 1993.

Arkhangelsk fylke har i dag cirka 1,3 millioner innbyggere og er litt større enn Frankrike i utstrekning. Gjennomsnittlig levealder for menn i fylket er 59 år, og for kvinner 73 år. I tillegg til Archangel Regional Clinical Hospital (ARCH) er det fem–seks regionale sykehus i fylket og flere kommunale sykehus i Arkhangelsk by med ulike oppgaver. Byen har cirka 350 000 innbyggere. Hjemmesykepleien er dårlig utbygd. Syke og eldre som bor hjemme er i stor grad avhengig av hjelp fra familien.

SAMARBEIDET STARTER

En ung lege, Aleksei Novikov, som selv hadde multippel sklerose (MS), tok kontakt med en representant i Barentssekretariatet i 2001 for å høre hvilke tilbud som fantes i Norge med tanke på et samarbeid. Tilfeldigvis kjente denne representanten til tilbudet som tidligere eksisterte ved Mellomveien bo- og rehabiliteringssenter der jeg var leder, og som den gang var

en filial av Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Tilbudet flyttet senere innunder hovedsykehuset. Vi opprettet kontakt, og gjensidige besøk ble avlagt. Mange har mye å takke Novikov for. Selv døde han dessverre av sin MS i 2014. Han rakk å besøke Tromsø i 2002, der han fikk behandling, omvisning og en opplevelse av nordnorsk natur. De tre første årene var flere MS-pasienter fra begge landene med på besøkene sammen med fagpersoner.

For MS-pasienter i Russland fantes det den gang kun private tilbud som det kostet penger å benytte. Tilbudene var mer å sammenlikne med sanatorier og tidligere kurbad, der man kunne få behandling med massasje, ulike elektrostimuleringer, vannbehandling, leirebehandling med mer. Hjemmelagde urteblandinger var, og er, også utbredt. Et eksempel er en ung, dårlig MS-pasient som brukte solsikkeolje blandet halvt om halvt med vodka. Det var et slags siste håp.

UTVEKSLER ERFARINGER

De første tre årene etter at samarbeidet startet, gikk med til å bli kjent med det russiske helsevesenet og utveksle erfaringer. Vi var på omvisninger på andre institusjoner i fylket og på flere hjemmebesøk. Gjennom en fagperson, en fysioterapeut og legen Nadezhda

Kozhevnikova, som var en kjent av noen i MS-foreningen i Arkhangelsk, fikk vi innpass på ARCH, hvor hun jobbet. Her ble det etter hvert opprettet fire til seks senger ved nevrologisk avdeling for rehabilitering av MS-pasienter.

Sykehuset fikk ikke midler til rehabilitering av denne pasientgruppen, men ved å skrive dem inn som dårlige, for eksempel på grunn av shub (se faktaboks), kunne man gi rehabilitering. Dette tilbudet er fortsatt i drift. Vi på UNN bidro til at det ble innført nye metoder for fysioterapibehandling, som å jobbe mer «hands on», som viste seg å ha god effekt. Dermed ble denne ordningen godkjent av Fylkesministeriet i Arkhangelsk fylke.

De positive tilbakemeldingene ARCH fikk, nådde etter hvert også Moskva. ARCH fikk status som regionalt kompetansesenter for MS, og sykehuset fikk midler til å kjøpe inn og prøve ut kostbar medisin som bremser utviklingen av sykdommen.

Prosjektet som handlet om samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten, førte til at det ble opprettet et team for utadrettet virksomhet. Teamet vektla tverrfaglig samarbeid i sammensatte grupper samt praktisk veiledet pasientbehandling av MS og hjerneslag.

PROSJEKTET TAR FORM

I 2011 var en delegasjon fra UNN

Fakta ●●●

Sammen- drag

Å samarbeide med russere er spennende, lærerikt og givende for begge parter. Russere har et annet språk, som gir noen ekstra utfordringer. Dersom man ønsker å prøve seg på et samarbeidsprosjekt, kan Barentssekretariatet i Kirkenes bidra med forslag til prosjektemaer, samarbeidspartnere og midler til et forprosjekt.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Internasjonalt samarbeid
- Traumebehandling
- Rehabilitering



UTVEKSLER ERFARINGER: Norske spesialfysioterapeuter demonstrerer fysioterapi foran russiske sykehusansatte, mens tolken oversetter. Foto: Privat

med direktøren i spissen på besøk hos ARCH. ARCH hadde nylig fått ansvar for å opprette et senter for traumebehandling av trafikkskadete for hele Arkhangelsk fylke. Sykehuset planla et nytt bygg for dette senteret og ønsket bidrag fra UNN til å etablere og drive senteret. De var spesielt interesserte i bidrag til organisering, rutiner, prosedyrer, spesialisert rehabilitering og nytt utstyr.

Begge parter var enige om å søke midler til dette samarbeidet. Audny Anke, professor i fysikalsk medisin og rehabilitering, og jeg ble spurt om å lede et slikt prosjekt siden vi hadde lang fartstid med å samarbeide med russerne. Vi takket ja til dette fordi samarbeidet også skulle innbefatte rehabilitering.

Vi har fått midler både fra Helse- og omsorgsdepartementet

(Barentssamarbeidets helseprogram), og de siste fire årene også fra Helse Nord RHF. Til sammen har de bidratt med 3,7 millioner kroner disse 15 årene. Disse midlene har gjort det mulig at en gruppe på åtte til tolv aktuelle fagpersoner har besøkt hverandre på våren og høsten i løpet av budsjettåret. Økonomiavdelingen ved UNN har tatt seg av regnskap og revisjon.

SPRÅKLIGE UTFORDRINGER

Språket har hele tiden vært en utfordring. Det er få russere som snakker bra engelsk. Vi har hatt stor nytte av en rådgiver ved Kvalitets- og utviklingssenteret ved UNN, Svetlana Manankova Bye, som selv er fra Arkhangelsk. Hun er barnelege og behersker godt medisinsk terminologi. I tillegg har Rehabiliteringsavdelingen en lege i fysikalsk medisin og rehabilitering,

Lena Norli, som har hovedfag i russisk. Det er etter hvert flere russere som har lært seg norsk, og som job-

«En ung, dårlig MS-pasient brukte solsikkeolje blandet halvt om halvt med vodka. Det var et slags siste håp.»

ber på UNN. Når våre russiske kollegaer fra Arkhangelsk hospiterer, benytter vi oss av disse personene.

All kontakt mellom Tromsø og Arkhangelsk går via Utenlandsavdelingen i Helseministeriet i Arkhangelsk fylke. Her jobber tre

damer med gode engelskkunnskaper, som har god kontakt med fagpersoner ved ARCH. De har lang erfaring med å arrangere og ivareta delegasjoner fra utlandet.

BIDRO MED UTSTYR

Begge sykehusene samt andre lokale sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner har arrangert hospiteringer og omvisninger. I begge landene utførte vi øvelser med evaluering, forelesninger på flere sykehus i Arkhangelsk, oversettelse av faglitteratur, demonstrasjon av metoder og planleggingsmøter.

I tillegg har vi bidratt med råd i forbindelse med innkjøp av for eksempel hostemaskin, gangbane og forflytningsduk, som har visst seg å være nyttige hjelpemidler for helsepersonellet på ARCH. De første årene hadde vi med en del





utstyr som blant annet gåstoler, rullestoler og engangskateter. Hovedtemaer på utvekslingene har vært hodeskader, spinalskader, thoraxskader, pasientforløp og spesialisert rehabilitering.

Vi har ikke bare befattet oss med fag, men også blitt kjent med russisk kultur ved å gå på museer, teater, jazzkonserter og markeder. Vi har hatt felles middager og sosialt samvær. Slike kulturinnslag er en viktig del av utveksling mellom landene for å forstå hverandres kultur og bli bedre kjent.

SUKSESSFAKTORER

Viktige suksessfaktorer i prosjektet har vært forankringen i både Fylkehelseadministrasjonen i Arkhangelsk fylke og sykehusledelsen i begge landene. Gjennom hele perioden har partene hatt en gjensidig skriftlig avtale med en felles målsetting, og vi har gjort nødvendige justeringer underveis. Vi har hatt dyktige tolker som har behersket medisinsk terminologi. Det har vært et klart ønske fra sykehusledelsen ved ARCH om å

innføre nye metoder, rutiner og prosedyrer. Begge partene har hatt stor respekt for hverandre. Prosjektledelsen i Norge samt Økonomiavdelingen ved UNN har stått for det økonomiske ansvaret. Regnskapene fra russerne har i alle år vært uten anmerkninger.

Russerne er stolte og gjestfrie. De er gode på dokumentasjon og dyktige klinikere. De har mange pasienter, også pasienter med mer sjeldne skader. Dessuten har de flere pasienter i de ulike diagnosegruppene. De har bedt om bidrag fra oss til organisering av arbeidet, en del rutiner og prosedyrer samt noen nye metoder innen fysioterapi, triage, pasientsikkerhet, pasientforløp, kunnskapsoverføring og forbedringsarbeid.

HAR LÆRT AV RUSSERNE

Russerne har lært oss hvordan man kan gjøre en god jobb med lavere bemanning og færre midler til utstyr. Vi har lært mye om russisk helsevesen og russisk kultur. De er spesielt dyktige på dokumentasjon, statistikk og klinisk arbeid, også for

diagnoser vi har få av. Ved å høre på hverandre har vi også lært mer om egen organisasjon og fått større nettverk på egen arbeidsplass.

37 fagpersoner, derav elleve sykepleiere, ti leger, seks fysioterapeuter, tre ergoterapeuter, en nevropsykolog, to sosionomer, to logopededer og to tolker, har vært

med til Arkhangelsk og holdt forelesninger. Gjennom forberedelse til egne forelesninger har de måttet se nøye på

hvordan de selv jobber.

Det som har vist seg å være nyttigst, er at fagfolk følger fagfolk i det daglige arbeidet, for eksempel innen nevrokirurgi, ortopedi, traumatologi, fysioterapi, intensivsykepleie og rehabilitering.

VEIEN VIDERE

Nåværende prosjekt avsluttes etter planen høsten 2017, men russerne ønsker å fortsette samarbeidet. De ønsker blant annet å starte en egen enhet for spesialisert rehabilitering i traumesenteret. Da er temaer som tverrfaglighet, tidligmobilisering og organisering aktuelle. I tillegg er det behov for gjensidige oppdateringer innen traumatologi. Vi vil nok benytte videokonferanse i større grad enn tidligere og redusere de gjensidige besøkene til én gang i året, mot til nå to besøk i året.

Ledelsen ved UNN er positiv til å fortsette samarbeidet. Oppdragsdokumentet fra Helse Nord fastsetter at UNN skal ha samarbeid med Nordvest-Russland. Det kan bli noen utskiftninger i prosjektgruppen ved UNN, men vi er innstilt på å fortsette å samarbeide med dem jeg vil kalle våre venner i Arkhangelsk.

Representanter fra både Helse- og omsorgsdepartementet og Barentssekretariatet har uttrykt at det er spesielt viktig å ha kontakt med russerne i denne politisk litt vanskelige tiden. ●

«Språket har hele tiden vært en utfordring.»

Fakta

Multipel sklerose (MS)

Multipel sklerose (MS) er en nevrologisk sykdom som rammer sentralnervesystemet (hjerne og ryggmarg). Nervetråder fra nervecellene i sentralnervesystemet er kledd i en isolasjonskappe (myelinskjede) som gjør at signalene ledes raskere mellom sentralnervesystemet og resten av kroppen. Ved MS blir selve ledningssystemet (myelinskjeden) i hjernen og ryggmargen skadet. Dette gjør at nervesignalene hemmes. Symptomene og de nevrologiske skadene forverres ofte gradvis.

Shub eller attack: En forverring av symptomer. Forverringen varer gjerne i noen dager eller uker.

Kilde: hels norge.no

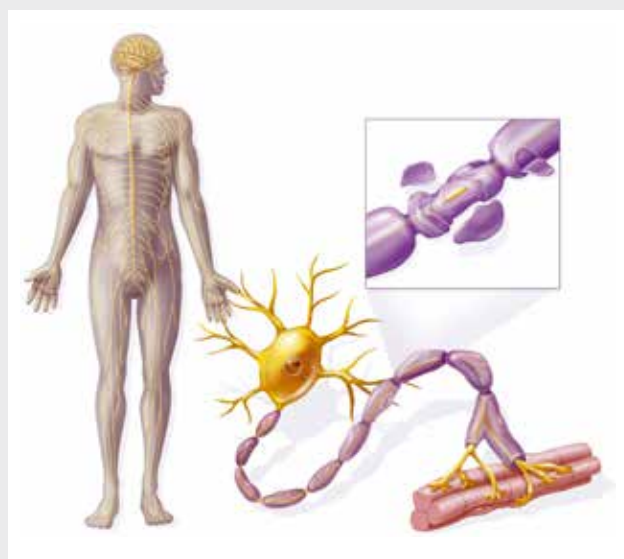


Foto: Science Photo Library/NTB scanpix

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



– Vi kan ikke love noen ting, men vi kan gjøre ting bedre her og nå, sier Eline Svenneby Halvorsen.

Gir omsorg til dem som er unge og alene

● Fortalt til **Nina Hernæs**

Åh, det var ikke dette jeg hadde tenkt», var det første som slo meg da jeg ble tilbudt stillingen som flyktninghelsesøster. Jeg hadde likt godt å jobbe på asylmottak, men som nyutdannet helsesøster så jeg for meg å være på helsetasjon eller barneskole. Så bestemte jeg meg for å prøve i ett år. Nå er jeg her på tredje året, og har ikke tenkt til å slutte.

Jeg er på et transittmottak for enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år. Dette er det andre stedet de kommer til etter ankomst Norge. Det betyr at de er screenet for tuberkulose og liknende, men har ikke fått tildelt fastlege. Som flyktninghelsesøster har jeg ansvar for helsen deres og mitt mandat er å stabilisere. Jeg graver ikke i traumene de har opplevd, men tar utgangspunkt i symptomene her og nå.

Jeg prøver å ha kontordøren åpen hele dagen. De kan bestille time, men mange synes det enkleste er å komme på døren. De kommer med ting som plager dem der og da, som en tett nese, eller mer alvorlige ting som smerter i brystet på grunn av angst. Noen kommer ofte, andre nesten aldri.

De som er i transittmottak er ikke garantert opphold i Norge. Vi kan ikke love dem noen ting. Men vi kan gi dem kunnskap og bidra til at de har det best mulig akkurat nå. Jeg tenker at det å oppleve snille mennesker gir håp.

Mange lurer på hvordan stemningen er på et slikt mottak. Da sier jeg den er veldig god. Det er nesten som en leirskole. Oppe i alt det triste får ungdommene nye venner, de forelsker seg og gjør masse morsomme aktiviteter. Samtidig kommer det sårbare lett frem. Om de slår seg, kan de bli veldig lei seg. Når de vår vondt, vekkes noe i dem. Da trøster jeg, gir ekstra omsorg og er raus med plaster. Det samme om de er forkjølet. Det er mye omsorg i nesenspray og Repsil. De er her uten foreldre, og mye av jobben min er å være en voksenperson.

Jeg har god erfaring med å møte dem i grupper. Jeg samler ungdommer med samme språk og tar opp blant annet søvn og ernæring, smerteuttrykk og hva som er vanlig å slite med i deres situasjon. Om de opplever at de er normale, er det mye lettere for dem å takle hverdagen. «Jeg sov bedre bare av å vite at andre sliter med søvnen», var det en som sa. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2007

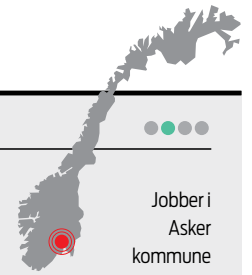
CV

2007-2010: Jobbet med rusmisbrukere i Asker kommune

2010-2012: Sykepleier i flyktninghelsetjenesten i Asker kommune

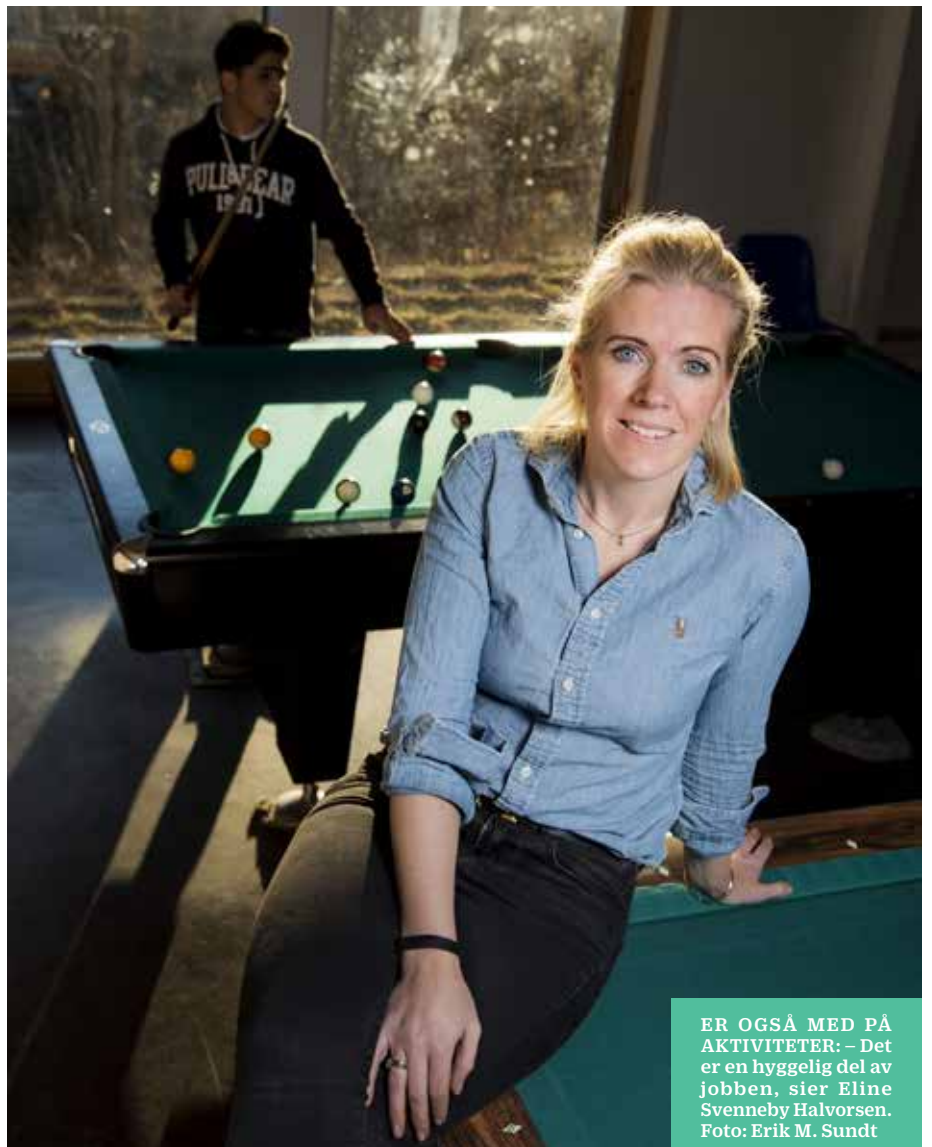
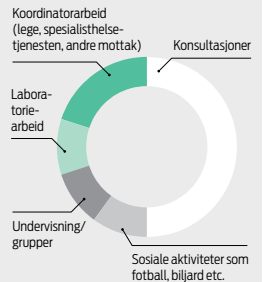
2014: Ferdig utdannet helsesøster

2014-: Flyktninghelsesøster i Asker kommune



Jobber i Asker kommune
59°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



ER OGSÅ MED PÅ AKTIVITETER: – Det er en hyggelig del av jobben, sier Eline Svenneby Halvorsen. Foto: Erik M. Sundt



Ledere som reflekterer over egne verdier,
kan være bedre i stand til å utøve dem.

Ledelse og vanskelige valg



Fakta

Kristin Haugen

Medlem i Rådet for sykepleieetikk, seksjonsleder ved NTNU i Gjøvik

En avdelingsleder i kommunehelsetjenesten sier dette om å være leder:

«Ja, for når du tenker på det å være leder innenfor pleie og omsorg, er vel det nesten den tøffeste plassen du kan være leder i hele Norges land, fordi du har en turnus som skal kjøres 24 timer i døgnet, du har pasienter som kommer ut og inn, du har personalet i mange småstillinger, og personalet ditt sitter ikke på kontorer nedover gangen. De er overalt, og noen ser du kanskje nesten aldri fordi de jobber på helg en sjelden gang. Det er en utfordring, og på bakgrunn av det, så burde man jo absolutt tenke på hvordan beholde ledere? Hvordan hjelpe dem til å utvikle seg til å bli trygge i lederoppgavene sine og til å takle utfordringen som de står overfor? Og ikke minst dette her med å kunne si: Hør her, nå tenker jeg sånn og sånn, tenker du det samme som meg?».

Utsagnet er hentet fra min masteroppgave «Ledelse og vanskelige valg. Trenger ledere møteplasser for refleksjon?» (1). Gjennom alle tider har sykepleiere hatt lederstillinger og tatt lederansvar. Mer enn 6000 sykepleiere er i dag ledere med et betydelig ansvar for at helse- og omsorgstjenestene skal nå sine mål (2).

Det stilles store krav til ledelse, og sykepleieledere er sentrale rollemodeller og kulturskapere der de arbeider. Sykepleiefaglig og ledelsesfaglig kompetanse utgjør sammen med Yrkesetiske retningslinjer en viktig forankring for sykepleiere med lederansvar (2).

«Skal jeg si ja eller nei? Skal jeg følge reglene eller gjøre et unntak?»

Å BEFINNE SEG I MELLOMROMMET

Ifølge Aadland er den typiske lederposisjonen å befinne seg i mellomrommet. Det vil si å være presset fra flere kanter (4). Så snart den ene situasjonen er over, meldes en ny sak. Det finnes heller ingen ferdige oppskrifter på hvordan man skal handle når man står i dette mellomrommet. Skal jeg si ja eller nei? Skal

jeg følge reglene eller gjøre et unntak? Skal jeg handle raskt, eller avvente og se hva som skjer?

Aadland peker på at øving og refleksjon over egen praksis kan hjelpe lederen til å finne balansen mellom for mye og for lite, mellom tillit og kontroll, mellom mot og varsomhet og mellom rettferdighet og urettferdighet (4).

Arbeidsgiverorganisasjonen KS beskriver at god ledelse i kommunal sektor er avgjørende for å levere gode tjenester til innbyggerne. Videre at god ledelse handler om å være tydelig i rollen som leder, vise gjennomføringskraft, mestre styring og legge til rette for mestring og motivasjon hos medarbeiderne. I tillegg er det vesentlig å arbeide for å bygge en kultur for godt arbeidsmiljø, læring og nyskaping og høy etisk bevissthet (3).

Det er godt dokumentert at ledere daglig opplever å stå overfor vanskelige valg, og det er en kjent sak at det å være leder kan oppleves som stressende og belastende (1). Ifølge lederteori er det viktig at ledere også reflekterer over egne følelser, tanker og handlinger (1). Hvilke vanskelige valgsituasjoner beskriver avdelingsledere i kommunehelsetjenesten at de står i, og hvordan reflekterer de over egen praksis? Når stopper ledere opp i hverdagen, og har lederne møteplasser for systematisk refleksjon? Dette er noen av spørsmålene jeg ønsket å undersøke nærmere (1).

ÅTTE AVDELINGSLEDERE

Jeg gjennomførte kvalitative intervjuer med åtte avdelingsledere i tre kommuner for å innhente beskrivelser og besvare spørsmålene. Undersøkelsen identifiserte velkjente vanskelige valgsituasjoner for ledere: Krav til nærværende lederskap og mulighet til å faktisk utøve dette beskrev lederne som et av deres daglige dilemmaer. De var førstelinjeledere og hadde i liten grad støttepersoner med personalansvar under seg. De ledet mellom tretti og seksti personer i ulike stillingsstørrelser, som også kunne være lokalisert på flere tjenestesteder.

Lederne hadde ansvaret for medarbeidere i turnus 24 timer i døgnet året rundt. Vanskelige valg knyttet til personalledelse fremkom: tilrettelegging av den enkeltes arbeidshverdag, konflikter mellom medarbeidere, samt det å korrigere personalets holdninger og atferd.

Etiske dilemmaer knyttet til brukere og pårørende fortalte lederne at de daglig sto overfor. De var i stor grad opptatt av å sikre at tjenestemottakerne skulle få de tjenestene de har krav på og sikre pasientenes beste. I stor grad beskrev de at lederrollen innebar å veilede og bistå medarbeiderne i å finne gode og kloke handlingsalternativer.

Å finne balansen mellom å tilfredsstillende organisasjonens krav om rasjonell og økonomisk drift på den ene siden, og krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp på den andre siden, kom frem som en del av lederhverdagen. Lederne som ble intervjuet snakket også om lojalitetskonflikter, og særlig det å finne seg i skjæringspunktet mellom medarbeiderne og toppledelsen.

Studien viste at refleksjon ikke var satt i system. Tema som lederrollen og lederatferd ble i liten grad tatt opp mellom

«I mange av sakene er sykepleielederen en avgjørende part.»

ledere. Derimot fortalte lederne at de hadde høy grad av egenrefleksjon. De snakket med seg selv og stilte seg selv spørsmålene: Hva skjedde nå? Hva kunne jeg gjort annerledes? Hva bør jeg gjøre? I noen grad reflekterte de sammen med lederkolleger, nærmeste leder samt tillitspersoner i egen avdeling, men i mindre grad eksisterte det møteplasser hvor det var satt av målrettet tid til strukturert lederrefleksjon over vanskelige valgsituasjoner som beskrevet over.

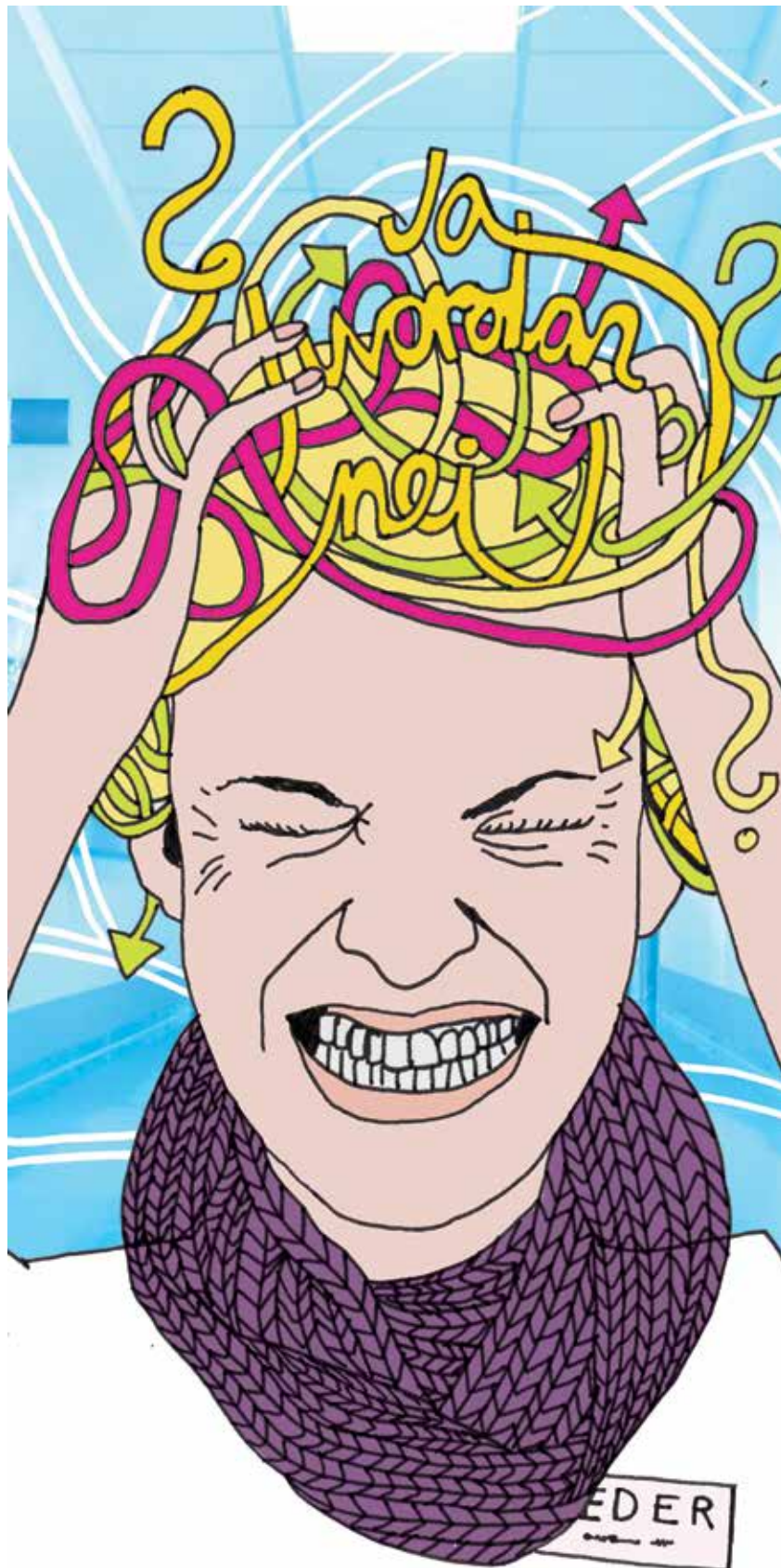
HVERDAGSLEDELSE FORTJENER OPPMERKSOMHET

Marie Aakre skriver i sin bok «Jakten på dømmekraft» at hverdagsledelse der tjenestene utøves bør få større oppmerksomhet. Hun omtaler mellomledernes skvis mellom motstridende ideologier og sammensatte handlingsvalg og hvordan man møter og bærer stort moralsk stress.

I mange av de sakene som Rådet for sykepleieetikk mottar, er sykepleielederne en avgjørende part med et betydelig ansvar. Seks av åtte ledere i undersøkelsen jeg har vist til mente at det bør legges til rette for lederrefleksjon slik at ledere også kan drøfte og tenke systematisk igjennom spørsmål som angår lederrollen slik som: Hvem er jeg som leder? Hvordan bør jeg lede? Hvilke verdier skal være styrende i avdelingen jeg leder? Når ledere har mulighet til å reflektere over egne verdier kan det gjøre dem i bedre stand til å utøve dem (1). Møteplasser for systematisk refleksjon over egen praksis for ledere kan være et tiltak for å gi hverdagsledelse oppmerksomhet. ●

REFERANSER:

1. Haugen K. Ledelse og vanskelige valg. Trenger ledere møteplasser for refleksjon? Diakonhjemmets høgskole: Masteroppgave i verdibasert ledelse, 2009.
2. Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for ledelse 2013–2016.
3. Kommunesektorens organisasjon (KS) Guide til god ledelse. http://www.10faktor.no/filestore/10_FAKTOR/PDF_og_innhold/KS_guidetilgod... (Lastet ned 27.01.2017)
4. Aadland E. Den truverdige leiaren. Oslo: Det Norske Samlaget, 2004.
5. Aakre M. Jakten på dømmekraften. Praktisnært etikkarbeid i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2016.
6. Norsk Sykepleierforbund: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF, 2011.
7. Eide T, Landmark B, Martinsen T. Refleksjonshåndboka – for etisk lederskap i helse- og omsorgstjenestene. http://www.ks.no/globalassets/refleksjonshandboka_for-ledere.pdf (lastet ned 27.01.2017)



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



HVORFOR FÆRRE OVERLIGGERE?

Små kommuner i Østfold har kortere pasientlister hos fastlegen og flere korttidsplasser i sykehjem. I tillegg samarbeider fastlegene bedre med hjemmetjenesten.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
25 % praksis
75 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2017.60451



Hans Knut Otterstad
Spesialist i samfunnsmedisin og helsetjenesteforsker

To viktige reformer har blitt iverksatt etter tusenårsskiftet: fastlegeordningen fra 2001 og samhandlingsreformen fra 2012. Begge har hatt stor betydning for det samlede behandlingstilbudet i norsk helsetjeneste.

Samhandlingsreformen krever et nært samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste for å lykkes, men like viktig er samhandlingen mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Et godt samarbeid vil bidra til å redusere antallet overliggere i sykehus (se faktaboks).

ULIKT I KOMMUNER

Min undersøkelse fra Østfold i 2014 handler om resultatene av

samhandlingsreformen. Den viser at effekten og resultatene varierer fra kommune til kommune. Dette betyr at innbyggernes helsetjeneste varierer med bosted, noe som ikke har vært hensikten med reformene, og som representerer en trussel mot likhetsprinsippet i den norske velferdsstaten.

Undersøkelsen viser også at resultatene er best i mindre kommuner (1). Årsaken er at fastleger og fagfolkene i pleie- og omsorgstjenesten har ulik grad av samhandling. Dessuten er rammebetingelsene for samhandlingen bedre tilrettelagt i slike kommuner.

Det er derfor interessant å se på hvilke utfordringer som disse tjenestene møter i den praktiske hverdagen, og hvordan

ulik kommunestørrelse påvirker tjenesteproduksjonen.

De spørsmålene jeg ønsker å få besvart, er følgende:

- Hva betyr kommunestørrelse, fastlegedekning, sykehjemsdekning og forekomst av pleietrengende hjemmeværende eldre for forekomsten av overliggere i sykehus?
- Hvor stor er variasjonen mellom kommunene?
- Hva er de mest sannsynlige forklaringene på denne variasjonen?

Ovennevnte undersøkelse er spesielt viktig fordi den norske regjeringen i 2014 kom med stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», der det står følgende: «Regjeringen vil skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell som arbeider i flerfaglige team. Dette vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse.» (2) Det burde også stått «bedre samarbeid i primærhelsetjenesten».

DATAMATERIALE OG METODE

Østfold er et folkerikt og geografisk lite fylke med 18 kommuner. Bare 17 er med i undersøkelsen siden Rømskog kommune sokner til sykehusene i Akershus. Min undersøkelse omfatter alle overliggere i sykehus i 2014 fordelt på hjemkommune. Materialet inneholder

Fakta ●●●

Sammen- drag

Etter tre år med samhandlingsreformen viser statistikk fra Østfold et tydelig mønster: Forekomsten av overliggere i sykehus øker med kommunestørrelse. Det synes å være tre årsaker: Små kommuner har bedre dekning av korttidsplasser i sykehjem. Videre er fastlegenes gjennomsnittlige listelengde betydelig kortere i små kommuner. I små kommuner er legesentrene mindre og vanligvis lokalisert nær hjemmesykepleien og andre kommunale tjenestetilbud, noe som fremmer samhandlingen om felles pasienter.

Stikkord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Samhandlingsreformen

Tabell 1. Oversikt over kommunegruppenes antall fastleger, fastlegedekning og dekning av sykehjemsplasser

Kommune-typer	Gj.sn. antall fastlegeårsverk til kurative tjenester	Innbyggere per fastlege	Overliggerdager	Dekning av sykehjemsplasser per 100 som er ≥80 år	Dekning av korttidsplasser i sykehjem per 100 som er ≥80 år
Mindre kommuner	3,1	717	7,4	15	22,9
Mellomstore kommuner	7,2	1076	10,2	16,3	20,1
Større kommuner	39,8	1085	16,9	20,5	15,1

ULIKHET: Innbyggernes helsetjeneste varierer med bosted. Her er Sykehuset Østfold på Kalnes. Foto: Sykehuset Østfold



også data for samtlige fastlegeårverk og sykehjemsdekning. Siden 17 kommuner kan gi et noe uoversiktlig bilde av situasjonen, og siden kommunestørrelse er hovedtemaet for undersøkelsen, er materialet inndelt i tre kommunegrupper:

- kommuner med over 20 000 innbyggere
- kommuner med 3000–20 000 innbyggere
- kommuner med mindre enn 3000 innbyggere

PASIENTUTVEKSLING

Tabell 1 viser betydelige kommuneforskjeller når kommunene inndeles etter størrelse, legedekning og

behandlingstilbud for pleie og omsorg. En hovedkonklusjon er at små kommuner har klart seg best når det gjelder å ta raskt imot utskrivningsklare pasienter i sykehus. Etter tre år med samhandlingsreformen er mønsteret tydelig: De store kommunene har over dobbelt så høy forekomst av overliggere som de små kommunene, mens mellomstore kommuner kommer i en mellomstilling.

Disse forskjellene trenger faglige forklaringer for å få en bedre forståelse av situasjonen og gi mulighet til å mestre utfordringene og forbedre tjenestene. Det trengs også empiriske data for pasientstrømmene

«De store kommunene har over dobbelt så høy forekomst av overliggere som de små kommunene.»

mellom sykehus og kommunehelsetjeneste slik at potensialet for forbedring blir tydeliggjort. Data fra sykehusene viser at for cirka 10 prosent av alle utskrivninger går det ut

melding fra sykehusene til hjemkommunen om at pasienten er utskrivningsklar. I de fleste tilfellene tar kommunen imot disse pasientene uten fristbrudd. Imidlertid tar de ikke imot alle, noe som resulterte i 2027 overliggerdøgn i sykehus i 2014 for pasienter bosatt i Østfold (1).

ULIK MOTTAKSKAPASITET

Kommunene har en begrenset mottakskapasitet på kort varsel, noe som påvirker pasientstrømmen. Begrensningen skyldes størrelsen på to faktorer:

- ledige plasser i sykehjem
- ledig kapasitet i be-





handlingsapparatet i hjemmetjenestene og samarbeidet med fastlegen til disse pasientene. Mottakskapasiteten på sykehjem avhenger av hvordan korttidsplassene brukes, siden langtidsplassene er belagt med pasienter med lange liggetider. Liggetiden i korttidsplassene er vanligvis to til tre uker. For å kunne opprettholde en tilstrekkelig god sirkulasjon, må sykehjemmet ha et godt samarbeid med hjemmetjenestene og fastlegene, slik at disse pasientene ikke blir liggende og blokkere korttidsplasser.

Dermed blir mottakskapasiteten i hjemmetjenestene og hos fastlegene avgjørende på to måter. For det første må tjenestene være godt ledet og tilstrekkelig bemannet. For det andre må fastlegene prioritere de utskrivningsklare pasientene og samarbeide med fagpersonalet på pleiesiden.

FASTLEGENES KAPASITET

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, er behandlingen blitt faglig mer krevende siden det er krav både til kort responstid og til økt medisinsk og pleiemessig kompetanse. Dette skyldes at de utskrivningsklare pasientene som nå skrives ut, er sykere og mer ressurskrevende enn før. Det stiller større krav til legenes faglige kunnskaper og deres tilgjengelighet for denne pasientgruppen i vanlig arbeidstid.

Det er tydelig at suksesskriteriet for kommunene etter 2012 er en faglig opprustet og tilstrekkelig dimensjonert hjemmetjeneste som skal betjene utskrivninger fra sykehus på kort varsel. I tillegg skal den sørge for at utskrivninger fra korttidsplassene i kommunen skjer til avtalt tid. Dette vil pleietjenestene ikke klare uten et nært samarbeid med pasientenes fastlege.

MULIGE ÅRSAKER

Tabell 1 inneholder tilstrekkelige data til å kunne analysere de mulige årsakene til at mindre kommuner i Østfold klarer seg bedre enn store kommuner.

Første skritt i analysen er å se

Fakta

Overligger

Utskrivningsklare pasienter som er for syke til å reise rett hjem, blir liggende på sykehus hvis det ikke er ledig korttidsplass eller sykehjemsplass.

Kilde: tekorev.no

på driften av sykehjemmene, som er en viktig faktor for pasientstrømmen av utskrivningsklare pasienter. Tabellen viser at sykehjemskapasiteten er best utbygd i de mindre kommunene, og dekningen av korttidsplasser er høyere. Konklusjonen blir derfor at dekning av korttidsplasser synes å kunne forklare en del av kommuneforskjellene når det gjelder forekomst av overligger i sykehus.

Neste skritt er å analysere den andre faktoren, som er bemanning og drift av pleie- og omsorgstjenestene og samarbeidet med fastlegene om felles pasienter. Som beskrevet ovenfor er denne faktoren helt sentral, og hjemmetjenestene og fastlegene har to parallelle oppgaver. De skal ta imot ferdigbehandlede sykehuspasienter direkte fra sykehus og samarbeide med sykehjemmene ved å ta imot korttidspasienter fra sykehjemmene til avtalt tid.

FASTLEGEORDNINGEN

Det er viktig å kartlegge hvordan fastlegeordningen fra 2001 fungerte i kommunene i Østfold i 2014. Alle kommunene har løst behandlingsbehovet for de kurative legetjenestene gjennom avtaler med selvstendige næringsdrivende leger, det vil si at de ikke er kommunalt ansatte med linjeledelse. Dette er i motsetning til de kommunale samarbeidspartnere, som er sykepleiere og hjelpepleiere som ledes etter linjelederprinsippet.

Sentralt i fastlegeordningen er at alle legene har en pasientliste som de har et spesielt ansvar for i vanlig arbeidstid. I Østfold er gjennomsnittlig listelengde cirka 1000

personer per fastlege. De fleste av disse pasientene er relativt friske, og et fåtall er pleietrengende. I 2014 fantes det cirka 6500 pleietrengende brukere i hjemmetjenestene i Østfold. Det er denne pasientgruppen som er interessant i samhandlingsanalysen min.

Hvis man fordeler alle de pleietrengende pasientene på de 225 kurative årsverkene til fastlegene i Østfold, vil i gjennomsnitt cirka 30 av listepasientene være pleiepasienter. Tre prosent av personene på lista, altså 30 av 1000, er viktige for samhandlingsreformen og samarbeidet med hjemmetjenestene. Disse relativt få listepasientene befinner seg til enhver tid i en av tre ulike behandlingssituasjoner: De er enten innlagt i sykehus, i korttidsplass i sykehjem eller hjemmeboende med kommunale pleie- og omsorgstjenester, og de har sin fastlege.

DYRT MED OVERLIGGERE

Det viktige spørsmålet er dermed: Hvordan kan kommunene lede de næringsdrivende fastlegene på en slik måte at de vil prioritere de oppgavene som kommunen anser som viktige? Et eksempel er rask oppfølging av de pleietrengende pasientene i hjemmetjenestene eller i

sykehus, det vil si de som er potensielle overligger.

Etter fem års drift ble fastlegeordningen evaluert av Norsk forskningsråd. Rapporten fastslår følgende om den kommunale styringen av pasientstrømmen fra

sykehus til kommune: «[Den] er avhengig av et godt samarbeid og dialog med fastlegene. Sentrale og individuelle avtaler er en type «relasjonelle kontakter» som kjenne-tegnes av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold, og at det legges liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter. Dette kan være et problem i konfliktsituasjoner. Minimumskravene til kommunal styring av legetjenesten er ganske

«Kommuner med mange overliggerdøgn blir straffet hardt rent økonomisk.»

små, og de fleste kommuner har relativt små styringsambisjoner, de er stort sett tilfreds med hvordan legetjenesten fungerer.» (3, s. 13)

Dette kan imidlertid ha endret seg noe etter at samhandlingsreformen ble innført, i og med at kommuner med mange overliggerdøgn blir straffet hardt rent økonomisk med 4000 kroner per overliggerdøgn.

MOTSTRIDENDE KRAV

Når det gjelder den kommunale ledelsen av fastlegenes praksis, er det i tillegg en kompliserende faktor som skyldes den tekniske og økonomiske organiseringen av praksisen til de næringsdrivende fastlegene. De aller fleste har sluttet seg til et privat legesenter som vanligvis er organisert som et aksjeselskap med privatøkonomiske mål. Dette betyr at legen kan komme i en lojalitetskonflikt mellom sin reelle arbeidsgiver, som er aksjeselskapet, og kommunen, som er oppdragsgiveren og avtalepartneren.

Det er ingen økonomiske insentiver i legenes takstsystem, «normaltariffen», til å prioritere behandling av de pleietrengende pasientene på legens liste, og til å samarbeide med hjemmetjenestene. I tillegg blir legearbeidet for de pleietrengende pasientene vanligvis mer tidkrevende og komplisert, både når det gjelder akutte og kroniske medisinske problemstillinger og når det gjelder fastlegens tilgjengelighet for pasient og samarbeidspartnere i hjemmetjenesten.

En hovedkonklusjon blir derfor at de næringsdrivende fastlegene har fått en mer sårbar og problematisk rolle etter at samhandlingsreformen ble operativ. Dette skyldes motstridende økonomiske krav til prioriteringer og overordnet ledelse og vil kunne resultere i betydelige utgifter for kommunene, påført av overliggende pasienter i sykehus.

STØRRELSE AVGJØR?

Faktaene og analysen nevnt over er generelle. Det som imidlertid er hensikten med denne undersøkelsen, er å se nærmere på

dataene i tabell 1. Jeg ønsket å få svar på om kommunestørrelse har betydning for de næringsdrivende legenes rolle som samhandlere med fagpersonalet både i sykehus og kommune.

Tabell 1 synliggjør to viktige forhold:

- tjenestelokalisering
- legedekning

TJENESTELOKALISERING

I de større kommunene var det i 2014 i gjennomsnitt nærmere 40 legeårverk som var øremerket kurative tjenester. I de mindre kommunene var det kun tre slike årverk i gjennomsnitt.

For organiseringen i private legesentre gir dette to helt ulike virkeligheter. I store kommuner med større «marked» innbyr denne situasjonen til stordriftsfordeler i legesentrene, som har opptil seks-sju legeårverk. Dette utløser større økonomiske utfordringer og et betydelig arbeidsgiveransvar. Disse legene blir bundet opp til å måtte være til stede fysisk på senteret i vanlig arbeidstid. Økonomisk sett vil dette være mest inntektsbringende både for den enkelte fastlegen og for legesenteret. Det blir mindre tid til sykebesøk, samarbeidsmøter i pasientens hjem eller andre steder, og mindre utadrettet medisinsk praksis.

I små kommuner vil denne situasjonen sjelden være like aktuell. Legesenteret og hjemmetjenestene ligger ofte i nærheten. Denne nærheten fremmer et godt, uformelt samarbeidsmiljø med positive faglige relasjoner mellom legene og fagpersonene i hjemmetjenesten. Legene vil dermed gjerne strekke seg lenger for å oppfylle hjemmetjenestens faglige forventninger.

I store kommuner er det ofte flere baser eller avdelinger for hjemmetjenestene og flere legesentre med geografisk spredning i kommunen. Nettverksarbeidet blir derfor vanskeligere å få til, og relasjonene preges av avstanden.

Konklusjonen er at det tverrfaglige samarbeidet i små kommuner gir bedre muligheter for positiv samhandling. At det i de fire minste

kommunene i Østfold ikke var noen overliggere i hele 2014, er en indikasjon på dette.

LEGEDEKNING

Tabellen viser at legedekningen var bedre i de mindre kommunene. Gjennomsnittlig antall innbyggere per kurativt legeårverk var 717 i de minste kommunene, som hadde under 3000 innbyggere. I kommunene som hadde over 3000 innbyggere i 2014, var det gjennomsnittlige tallet 1080. Dette betyr at det var hele 50

«Det var hele 50 prosent bedre legedekning i de små kommunene.»

prosent bedre legedekning i de små kommunene sammenliknet med de øvrige kommunene.

Konklusjonen her er at med en kortere liste vil andelen pleietrengende pasienter utgjøre en større andel av listepasientene enn i større kommuner. Kortere liste vil gi bedre tid til hver enkelt pasient og til tverrfaglig samhandling med den øvrige delen av helsetjenesten i kommunen. Samtidig gir lange lister større inntjening til legesenteret og til hver enkelt lege. Totalt sett vil dette prege samhandlingen med resten av den kommunale helsetjenesten, noe som kan medføre et økonomisk tap for kommunen i form av høyere utgifter på grunn av overliggere.

FIRE KOMMUNER AVVIKER

I alt 13 av de 17 Østfold-kommunene har tall og resultater som passer helt med det mønsteret som er beskrevet i denne artikkelen. Hva så med de fire kommunene som er avvikere?

To av disse kommunene befant seg i gruppen med mindre enn 3000 innbyggere. De hadde i gjennomsnitt 2285 innbyggere og 26 overliggerdøgn i sykehus per 100 innbyggere som var 80 år og eldre. Det vil

si en betydelig høyere forekomst av overliggere enn for gruppen av større kommuner (se tabell 1). De resterende to kommunene var middels store kommuner. En hadde 4700 innbyggere og 21 overliggerdøgn per 100 innbyggere som var 80 år og eldre.

Den fjerde hadde litt over 10 000 innbyggere, men kun 4,5 overliggerdøgn i sykehus mot forventet 10,2, som var gjennomsnittet for denne kommunegruppen.

Det fantes ingen avvik fra det beskrevne mønsteret i de fire største kommunene. Antallet overliggerdøgn styrker det statistiske grunnlaget for konklusjonene i denne artikkelen. En viktig konklusjon er derfor at det ikke er noen automatikk knyttet til kommunestørrelse som forklaringsvariabel. Det er forholdene bak tallene som betyr noe, og tre av de fire avvikerkommunene hadde trolig en svakere ledelse av samhandlingen. Den fjerde utmerket seg sannsynligvis med bedre ledelse og samhandling. ●

REFERANSER:

1. Otterstad HK. Samhandler bedre i små kommuner. Sykepleien 2015;12. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/overligger-i-sykehus-etter-tre-ar-med-samhandlingsreform>. (Nedlastet 27.01.2017).
2. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/en-helhetlig-helse-og-omsorgstjeneste/id2410471/>. (Nedlastet 01.02.2017).
3. Norges forskningsråd. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Tilgjengelig fra: http://www.forskningsradet.no/no/Publikasjon/Evaluering_av_fastlegereformen_20012005/1137743006488?lang=no. (Nedlastet 26.01.2017).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

Fagartikler
på nett

Forsknings-
artikler
på nett

Klikk deg inn på **sykepleien.no** og les våre fagartikler
og fagfellevurderte forskningsartikler

**Slik bruker du
QR-kode:**

Last ned en app for
QR-kodelesing. Åpne appen
og hold mobilen over QR-koden.
Da åpnes nettsiden rett på
mobilen din.





NYLIG PUBLISERT



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

Fagartikkel



Forfattere:

Diagnosane er ikkje gode nok

Eva Marit Svendsen

Problemstilling: Diagnosesystema innan psykisk helse fokuserer på sjukdom og symptom i staden for å sjå heile mennesket.

Hovedbudskap: Det har kome mange kritiske røyster til diagnosesystema ICD-10 og DSM-5 som nyttast innan psykisk helsevern. Hovudkritikken går ut på at dei gir seg ut for å vere vitenskapleg grunna utan å vere det, og kan verke stigmatiserande og begrensande på behandlingstilboda. Det trengst eit skifte frå fokus på sjukdom og symptom til å rette merksemda på den situasjonen pasienten lever i og erfaringane vedkomande har. Då må vi søke eit språk som inkluderer heile mennesket med såra og ressursane sine. Det nyttar ikkje å presse mennesket inn i ein diagnose eller eit manualbasert behandlingsopplegg.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Fagartikkel



Forfattere:

Kombinererte stillinger krever aktiv ledelse

Lars Mathisen og Sigrd Rannem

Problemstilling: Med bedre dialog mellom lederne og de ansatte blir kombinerte stillinger enda mer vellykket.

Hovedbudskap: Kombinerte stillinger korter ned avstanden mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten. Arbeidsgivere som deler en kombinert stilling, kan dra nytte av en arbeidsprosess som oppfordrer til dialog mellom leder og ansatt. Strukturerte spørsmål kan være til hjelp i dialogen. Svar på spørsmålene stimulerer et aktivt lederskap for å fremme karriereutvikling etter oppnådd mastergradskompetanse eller førstekompetanse. De skal også fremme forskning i samarbeidsfeltet mellom akademia og klinikk samt bidra til relevans og bruk av studenters kunnskap og studieinnsats.



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





NYLIG PUBLISERT



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

Sammen drag:



Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse

Bakgrunn: Rusmisbruk kan være svært belastende for rusmisbrukerens pårørende.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke grad av belastning, bruk av mestringsstrategier og psykisk helse, og sammenhengen mellom disse variablene, hos pårørende til rusmisbrukere.

Metode: Forfatterne gjennomførte den kvantitative tverrsnittsstudien høsten 2014. For å rekruttere pårørende kontaktet de hjelpeinstanser og mestringstilbud i Telemark. Spørreskjema inneholdt spørsmål om demografiske og rusrelaterte forhold, belastning (The Burden Assessment Schedule 20), psykisk helse (The General Health Questionnaire 12) og mestring (The Brief Coping Orientation to Problems).

Resultat: 44 kvinner og tre menn (n = 47) deltok i studien. Gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig antall år i pårønderollen var henholdsvis 50 og 15 år. De pårørende viste en betydelig grad av belastning og psykiske symptomer. De rapporterte at de brukte både problem- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier for å håndtere situasjonen som pårørende. Økt belastning viste en sammenheng med økte psykiske symptomer og mer planlegging, mens en større grad av akseptering hadde sammenheng med færre psykiske plager.

Konklusjon: Pårørende til rusmisbrukere har store belastninger og psykiske hel-seplager og anvender både problem- og emosjonsfokuserede strategier for å mestre utfordringene. Når hjelpeapparatet møter de pårørende, bør det fokusere på å gi støtte og bistand slik at de pårørende kan ta bevisste valg av hensiktsmessige mestringsstrategier.

Forfattere:

Tone Larsen Hoel og
Amy Østertun Geirdal



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammen drag:



Viser vektene på helsestasjonene korrekt vekt?

Bakgrunn: Vektmåling er en grunnleggende indikator på trivselen, ernærings- og helse-tilstanden til barn og unge. For at helsesøster kan iverksette korrekte tiltak på bakgrunn av hva barnet veier, er det vesentlig at vekten som brukes, gir presise målinger.

Hensikt: Hensikten var å finne svar på om vektene på helsestasjonene måler korrekt vekt, om det er forskjeller i nøyaktighet mellom medisinsk godkjente og ikke-medisinsk godkjente vekter, og om kontrollrutinene samsvarer med kunnskapsbaserte anbefalinger.

Metode: Klinisk audit ble brukt for å kartlegge vektene og rutinene ved 27 helsestasjoner. Til sammen ble 152 vekter kontrollert: 102 spedbarnsvekter og 50 personvekter.

Resultat: 16 av 152 vekter viste 100 prosent korrekt vekt ved alle kontrollene. 82 av vektene var medisinsk godkjente, og disse var signifikant mer nøyaktige enn de ikke-medisinsk godkjente vektene. Tre av 27 helsestasjoner hadde gode rutiner der spedbarnsvektene ble kontrollert i henhold til satte kriterier. Ingen helsestasjoner hadde rutiner for kontroll av personvektene.

Konklusjon: Få vekter viser 100 prosent korrekt vekt, og det er diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger. Gode kontrollrutiner og en standard om å benytte medisinsk godkjente vekter bør innføres på helsestasjonene. Dette kan kvalitetssikre datainnsamlingen i helsesøstertjenesten.

Forfattere:

Renathe Håpoldøy,
Lena Espenes og
Ragnhild Sollesnes



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Rått fra sykesenga

Bokanmeldelse. Sykepleiens anmelder tar for seg Wenche-Britt Hagebakkens historie om egen sykdom og sorg. **67**

3 STK: Sykepleien anmelder tre bøker på side 66 og 67. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Påfyll

Del 3 Sykepleien 02 | 2017

Bøker – Kultur – Fakta



Show. Bryter taushetsplikten på scenen. **64**



«**Hos gamlinger som er inn hele vinteren, er det ingen som strør.**»

Liv Bjørnhaug Johansen. **65**



Quiz. Er porselensgalleblæren et kunstverk? **68**



Dikt



Rommet ved siden av

Den pårørende står på ett ben
 Den pårørende faller
 i en annen hastighet
 Ingen ser det
 Alle ser bare det beste
 Den pårørende tar trappen, aldri heisen
 Hvert trinn er en tanke, tankeløs og forbudt
 Den pårørende banner bak en skjerm
 Ingen hører det
 Alle hører bare det beste
 Den pårørende slutter ikke å komme
 Døren er rommets vakreste møbel
 Å sørge er et strengt fag
 Den pårørende ligger søvnløs og drømmer likevel:
 Blå melk som koker over
 Den pårørende er utålmodig
 Den pårørende vil ha det overstått
 Ingen vet det
 Alle vet bare det beste
 Den pårørende har sett:
 Å møte blikket til den som faller er umulig
 Hånden visner først, finger for finger
 Smertene er dødens fotgjengerfelt
 Den pårørende hater blomster
 Den pårørende angrer
 Den pårørende vet ikke lenger
 om trappen går opp eller ned
 Trøsten er et trist lasterom
 Når det ikke er plass til mer er det tomt
 Å holde ut er noen ganger ikke til å holde ut
 Den pårørende har ikke visittid
 Den pårørende får aldri besøk
 Ingen tror det
 Alle tror bare det beste
 Den pårørende er grensevakt
 Den pårørende vokter kjærligheten
 På bunnen står det ensomme og kaller

Om forfatteren

Lars Saabye Christensen (1953) haddesitt store gjen-
 nombrudd med romanen Beatles i 1984, men har helt fra
 debuten i 1977 produktivt publisert tekst i de fleste skjønn-
 litterære genre og mottatt en rekke priser. Årets utgivelse
 Kargo er en diktsamling.

EGEN HELSENISJE:
 Jonas Kinge Berg-
 land tar legerollen
 til scenen. Foto: Stig
 M. Weston



Bryter taushetsplikten på scenen

SHOW: Jonas Kinge Bergland er lege og ko-
 miker. Nå er han klar med nytt show.

I forrige show hisset han opp healere, nå går
 Jonas Kinge Bergland til scenen med Doktor Ber-
 gland bryter taushetsplikten. Bergland, som er
 utdannet lege, gjør en form for helse-stand up.

Til Sykepleien har han tidligere fortalt at han
 merker temaet interesserer folk. Å være lege og
 komiker er ikke en vanlig kombinasjon, og Ber-
 gland sa at han har møtt en del legeskepsis,

samtidig som mange leger ikke vet hva han
 driver med. Leger er nok en yrkesgruppe som
 drar lite på stand up, sa han da.

Han vitset også om sykepleiere og det han
 kalte den konstruerte maktbalansen i helseve-
 senet, der det er enkelte ting bare sykepleiere
 kan gjøre og enkelte ting bare leger kan gjøre,
 uten at det er logikk i det.

Doktor Bergland bryter taushetsplikten har
 premiere i februar i Oslo. ●

Syrror fortsetter

Den svenske tv-serien Syrror, som også er sendt
 på norsk tv, får en ny sesong. Det skriver svenske
 Expressen. Serien følger fire sykepleiere på et
 akuttomtak i Stockholm. I Sverige har de fiktive
 sykepleierne gjort stor suksess hos publikum,
 men fått krass kritikk av Svensk Sjukskøterske-
 forening for måten de er fremstilt på.

Ny bok om legemiddelbruk

Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner
 er en ny bok av Jørgen G. Bramness og Tom
 Vøyvik.

Bakgrunnen for boken er at angst og søvnløshet er vanlige lidelser. En halv million nord-
 menn får hvert år minst en resept på angst-
 dempende medisiner eller sovemedisiner.

Bøker. 3 om hjernen

Livet som hjernekirurg

HJERNEKIRURGI: Gjør ingen skade – vi kjenner uttrykket fra Hippokrates ed. Hjernekirurg Henry Marsh (1950) har valgt nettopp disse ordene som tittel på sin bok om sitt fag og praksis. For grensen mellom hjelp og skade er hårfin når du står med en skalpell i noens hjerne. Marsh beskriver opp- og nedturer, etikk, kaos, håp og dilemmaer i sin kritikerroste bok som nå utgis på norsk, oversatt av Inger S. Holmes.



Pelikanen forlag, 2016

Alt om hjernen

POPULÆRVITENSKAP: Sannsynligvis inspirert av fjorårets populærvitenskapelige storsuksess Sjarmen med tarmen, har vi nå fått nevrofysiologiens motsvar: Hjernen er stjernen. Den entusiastiske nevrologen Kaja Nordengen setter seg som mål å formilde hovedtrekk i vår kunnskap om hjernen fra pons til panne-lapp i et tilgjengelig språk og format. Boka er gjennomillustrert av Guro Nordengen.



Kagge forlag, 2016

Alt vi husker og alt vi glemmer

HUKOMMELSE: Nevropsykolog Ylva Østby og forfatter Hilde Østby har sammen laget denne populærvitenskapelige boka om hukommelse. Hva vet vi om hukommelse, hvor mye betyr den for oss og ikke minst, hvor pålitelig er den? I Å dykke etter sjøhester tar de for seg forskningshistorie, psykologi, hukommelsesteknikker og bruker intervjuer og eksperimenter for å sirkle inn hukommelsens mysterier.



Cappelen Damm, 2016

Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Til Sibir i pysjen

Hver vinter når gradestokken kryper under femten blå, trapper og parkeringsplasser er dekket av blåis og alle landets parkerte biler må graves og skapes fram fra snø og is, går mine tanker til hjemmesykepleien.

Min egen hjemmesykepleiepraksis fant sted to iskalde vintermåned. Jeg var forberedt på stress, improvisasjon, tidsnød og krevende arbeidsforhold. Men det var de fysiske prøvelsene den norske vinteren byr på som virkelig tok meg.

Skrap og start en iskald bil. Den kommer aldri til å rekke å bli varm siden du sjelden kjører mer enn 700 meter, så her er det bare å kle på seg. Så er det stopp. Liste eller ake seg over islagte oppkjørsler og trapper. Hos gamlinger som er inne hele vinteren, er det ingen som strør, det har ikke hjemmesykepleien noe vedtak på at de skal gjøre heller, så det er om å gjøre å ta det pent og forsiktig. Så er det av med skoene og inn på iskalde gamle tregulv og soverom på sokkelesten, der frosne, gamle kroppar skal opp og inn i dusjen. Og skal de i dusjen, vil de gjerne ha opp varmen. 30 grader er fint! Og når dampen stiger og stråleloven griller nakken din, er ullundertøyet som virket som en kjempeidé for et kvarter siden nå din verste fiende. Ti minutter senere sitter pasienten din fornøyd med kaffekoppen og frokost foran kaminen. Du er igjen ute i kulda og kjenner straks svetteperlene i nakken fryse til is. Gjenta prosedyren syv til åtte ganger for så å dra tilbake til hovedkontoret for

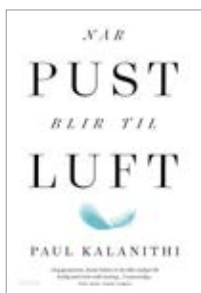
å spise en rask lunsj og høre ledere din klage på høyt sykefravær.

Mannen min blir en gang i året eller så innkalt til øvelser eller oppdrag i sivilforsvaret. Derfor har han fått en kjempebag full av state-of-the-art-absorberende-temperaturregulerende mikrofiber, ull, fleece og goretex for enhver årstid som kan dekke ham fra stortærne til nesetippen. Politiet og Forsvaret har egne vinteruniformer, og alle landets vei- og skinnarbeidere er pent pakket inn i varme klær og sko fra arbeidsgiver. Hjemmesykepleierne

«Hos gamlinger som er inne hele vinteren, er det ingen som strør.»

får den klassiske helsevesen-pysjen, eller ingenting. Men med temperaturendringer på opptil 50 celsius snakker vi arbeidsforhold som en sibirsk gruvearbeider, og da holder ikke tynn bomull og settevarmeren i yarisen til å passe arbeidsmiljølovens krav om helsefremmende arbeidsforhold.

Så, kjære kommuner; vi vil ikke gå i pysj på vinter'n! Vi vil ha spesialtilpassete kjeledresser man kan hoppe ut av på et blunk, elektrisk oppvarmete sko med innfellbare brodder og supermikrofiber under. Få det på plass, så kan dere få lov til å snakke om sykefravær! ●



Når legen blir dødelig

ANMELDELSE: Livet kan snus på hodet på et øyeblikk. Paul Kalanithi var nesten ferdig med spesialiseringen i nevrokirurgi da diagnosen uhelbredelig lungekreft kom og snudde opp ned på alle planer for fremtiden. Plutselig var han selv pasient og kjempende. Den tidligere litteraturstudenten hadde begynt på medisinstudiet for komme i kontakt med lidende mennesker. Han ville undersøke videre det som han ikke fant svarene på i bøkene: Hva gjør menneskelivet verdt å leve, også i møte med lidelse og forfall.

Når pust blir til luft er fortellingen om hvordan et dypt tenkende

menneske forholder seg til sin egen dødelighet, til vissheten om hva som venter ham i sykdomsforløpet, og til livet sitt slik det var da han var frisk. Resultatet er et velskrevet, nært og rørende memoar, hvor kjernen er innsiktsfulle refleksjoner omkring eksistensielle spørsmål knyttet til medisinsk etikk. Kalanithi trekker veksler på sine kunnskaper innenfor flere disipliner, og er en storartet formidler. Han skriver om forholdet til sin kone, sin barndom, utdanning og familie.

Noen ganger har han en treffende humor. Han tenker tilbake på møter med pasienter som har gjort inntrykk på ham, og på sin egen utvikling som

lege. Han beskriver medisin som et komplekst fag, hvor man i tillegg til å se de kliniske fakta må ta på alvor de menneskelige sidene ved situasjoner som, ifølge forfatteren, alle mennesker må forholde seg til før eller siden, og som vanligvis oppstår i en medisinsk sammenheng. Boken har derfor blitt til noe mye større enn en privat historie, og beskrivelsene blir aldri sentimentale.

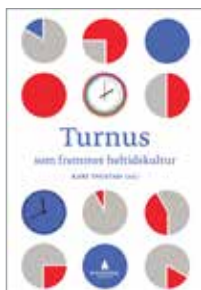
Boken er oversatt fra engelsk. Den er skrevet med et likefremt og ikke-akademisk språk. Det er en liten bok på 235 sider, med stor skrift. Men den er også en stor bok som har blitt plassert i min bokhylle. Og den vil bli tatt frem på nytt. ●

Fakta

Når pust blir til luft

Av Paul Kalanithi, oversatt av Tiril B. Aakre
Forlaget Press, 2016
235 sider
ISBN 978-82-328-0090-2

Anmelder: Line Bolgvåg



Ut av deltidsfloka?

ANMELDELSE: Kari Ingstad, som er redaktør av boken «Turnus som fremmer heltidskultur», vil bidra til nettopp det. Arbeidskraftreserven som finnes hos deltidsarbeidende kan løse en del av problemet med mangel på pleiepersonell i helsevesenet. Og behovet for personell øker.

Boken presenterer den historiske bakgrunnen for utviklingen av deltidskulturen i helsevesenet. Da kvinnene skulle ut i jobb og det ikke fantes nok barnehager, var etterspørselen etter deltidsstillinger stor. Så ble det normen. Og der har vi blitt, fram til nå.

Forfatterne har fått fram både

klasseperspektivet og likestillingsperspektivet som konsekvenser av deltidskulturen. Det øker forståelsen for hvor viktig heltidskultur er i et kvinne-dominert helsevesen. Vi må tenke turnus på nytt. I boken foreslås flere timers arbeid i helgen som løsning på helgeproblematikken. Dette er ikke uproblematisk.

Det nevnes at man i mannsdominerte yrker som politi og brannvesen ikke har den samme kulturen for deltid. Likevel får de turnuser og helger til å gå opp. Det kunne med fordel vært skrevet mer om hvordan arbeidstiden deres organiseres. Eksemplene som er tatt med i boken er i hovedsak

fra helsevesenet, men helsevesenet har kanskje også noe å lære av andre etater.

Dette er en lettlest, oversiktlig og viktig bok i arbeidstidsdebatten. Den er basert på forskning gjort av forfatterne selv, men har også fylldige kildehenvisninger for den interesserte leser. De ulike perspektivene gjør denne boken aktuell for langt flere enn dem som jobber med turnus. Noen av løsningsforslagene vil nok skape debatt, men det er ikke nødvendigvis en ulempe. Da blir vi tvunget til å tenke nytt. Og aller viktigst: Boken slår fast at medbestemmelse er nøkkelen til suksess. ●

Fakta

Turnus som fremmer heltidskultur

Av Kari Ingstad (red.)
Gyldendal Akademisk, 2016
223 sider
ISBN 978-82-05-49034-5

Anmelder: Gro Lillebø

Stein Kyrre Sørensen

LITTERATUR: Det er bøker som har forma hvem jeg er blitt som sykepleier. Må jeg velge bare noen få, vil jeg fremheve Samuel Becketts Malone dør (1951). Becketts språk og narrativ fanger inn en immobil pasients ustoppelige tankestrøm. I møte med terminale og sengeliggende pasienter tenker jeg ofte på Malones indre monolog. Thomas Bernard Pusten (1981) er en grusom, intens og kompromissløs beskrivelse av forfatterens egne opplevelser, som lunge syk attenåring, på et østerriksk sykehus kort tid etter 1945. Boka sier noe viktig om Europas historie gjennom fortellingen til et ungt menneske som føler seg overlatt til et hensynsløst helsevesen. Cecil Helmans Culture Health and Illness (1984) åpna øynene mine for hvordan sykdom og behandling foregår innenfor kulturen pasient og behandler tilhører. Moderne medisin er et uttrykk for en helt spesiell kultur. Det medisinske språket og den vitenskapens sterke fokus på empiri virker ekskluderende på mange – med Cecil som guide kan man lære seg å kommunisere bedre med pasientene. ●



Navn: Stein Kyrre Sørensen
Stilling: Sykepleier ved Infeksjonsisolat på Ullevål sykehus og forfatter. Debuterte i 2016 med spenningsromanen 4 på Kolon forlag.

Rått og autentisk fra sykesenga

ANMELDELSE: Det sies gjerne at man ikke kan skrive god litteratur om hendelser i sitt eget liv før man har bearbeidet dem. Den tesen har Hagabakken herved tilbakevist. Som leser sitter jeg i det stille sentret av en tornado av sorg, tap og desperasjon og får derfra bivåne forfatterens forsøk på å gi mening til kaoset hun lever i. Ikke et sekund tviler jeg på at dette er god litteratur.

Hagabakken opplevde i løpet av et par år å få en serie hjerneslag, feilbehandling, medikamentavhengighet, angst og depresjoner og utallige innleggelse i somatikken og psykiatrien. I løpet av denne perioden dør også moren hennes. Romanen forteller historien om henne og morens tette, men krevende relasjon, og virvler også opp Hagabakkens egen sykdomsfortelling.

Dette er ikke en lineær, stringent fortelling. Alle hjerneslagene har satt sine spor, og skadene former fortellingen. Hun skriver: «Jeg vil rulle opp baklengs og hulter til bulter. Fordi hukommelsen min har blitt som var den offer for en hullemaskin, og jeg prøver å sanke opp det innholdet som en gang var i alle hullene, og som nå ligger strødd som rundinger her og der.»

Gjennom utbrudd, assosiasjonsstrømmer og stadig nye forsøk på å fange et tema folder fortellingen seg ut. Språket hennes er rett fram og ujalte,

men lekent, og i strømmen av hallusinasjoner, refleksjoner og drømmer vokser det fram en rekke virkelig gode metaforer. Det litterære veves sammen med hjerneskadene og skaper en kopling mellom form og innhold som trekker leseren helt inn.

Som sykepleier oppleves dette som urovekkende og viktig lesning. Hagabakkens jeg-person er av typen «vanskelig pasient». En sånn som både hører hjemme i somatikken og i psykiatrien og dermed ikke blir ordentlig godt ivaretatt noen av stedene. Hun møter ikke den kompetansen og forståelsen hun trenger, og flyttes stadig rundt. Hun sendes hjem uten de rammene hun trenger for å klare seg, og hun hater innleggelsene og blir stående uten noe sted hun mestrer å leve. Hun blir avhengig av de beroligende medisinerne som etter hvert blir det eneste trygge punktet. Ja, vi er kanskje flinke til å redde liv, men hvor flinke er vi til å hjelpe folk til å pusle bitene sammen igjen etterpå?

Dette er en bok om sorg, depresjon og håpløshet, men om det til tider er smertefull lesning, er Hagabakkens fortellerstemme så full av livskraft og opprørstrang at vi som lesere aldri blir trukket ned i mørket. Jeg har ikke ledd på ett og et halvt år, skriver hun, men om hun selv er ute av stand til å glede seg, er boka allikevel full av varme, kullsvart humor og skarpt vidd. ●



Fakta

Mor, jeg vil hjem

Av Wenche-Britt Hagabakken
Aschehoug, 2016
318 sider
ISBN 978-82-03-36099-2

Anmelder:
Liv Bjørnhaug Johansen

«Det er ikke sant at man blir så klok av skade. Nei, av skade blir man skadd. Såpass klok er jeg.»

Wenche-Britt Hagabakken



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- 1 Hva forverrer papirløse migranternes psykiske helse i Norge, ifølge Trine Myhrvolds studie?**
- A Å ha jobb og familie
 - B Dårlig kosthold og D-vitaminmangel
 - C Inaktivitet

2 Kan man ringe nødnummer 113 fra låst mobiltelefon?

- A Ja
- B Nei
- C Ja, hvis man slår +47 først

3 Hva fungerer som fosterets lunger, nyrer og mage-tarmkanal?

- A Livmoren (uterus)
- B Navlestrengen (funiculus umbilicalis)
- C Morkaken (placenta)

4 Hvor mange liter fordøyelsesvæske produserer et voksent menneske per dag?

- A Ca 1 liter
- B Ca 3,5 liter
- C Ca 7 liter

5 Hva fører til mest antibiotikaresistens?

- A Bredspektrede antibiotika
- B Smalspektrede antibiotika
- C Antivirale midler

6 Hva er en porselengalleblære?

- A Et kunstverk av Damien Hirst

B Sterkt forkalket galleblære
C Blek galleblære på grunn av anemi

7 Hvilken oppgave har de bartholiniske kjertler?

- A De utsodrer voks på overleppen hos menn med bart
- B De smører skjeden ved samleie
- C De regulerer kroppstemperaturen

8 Hva måles ved Schirmers prøve?

- A Tåreutskillelsen
- B Tarmkanalens evne til å suge opp vitamin B12
- C Ulike blodceller

9 Hva er vitiligo?

- A Pigmentmangel i huden
- B Svimmelhet
- C Høydeskrek

10 Hva er eosinofil?

- A En seksuell preferanse for dem som bare har lyst ved soloppgang
- B En psykiatrisk diagnose som ble tatt bort av diagnosesystemet i 1976
- C Benvævelse for celler eller og vev som farges av det rødgule fargestoffet eosin



BARTEVOKS: Har de bartholiniske kjertler hjulpet på bartefrisyren, mon tro?

- 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 kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1A, 2B, 3C, 4C, 5A, 6B, 7B, 8A, 9A, 10C

Randis hypokonderkryssord

☺	BYLL	SAN- GEN	DATA- UTTR. RI	ANGÅR OR- GANER	TALL	BY	VOM- ERE	ORG.	PLAS- SERING	SPORT- SUTST.	FOR- BUD DRIKK	RED- SKAP	SKISSE PS	URO SY
KLINIK- KENE														
SANG- ER					PLAGG									
SKIPS- FORK.		SANG	PEN HELLIG		SØKE PREP.		ART.	ANO- NYM		LAND YTRET			POL- PARTI	
SYK- DOM					RED- SELEN					MØTES DYR			TINE	
DYR		EKS- TERNE ART.			FUGL- EN ETUI		SYKD.						ØKI REAL	
				DRYPP	FRELSE			TYPE	SKRIK		HYGGE		STOFF	ENER
ARG				BYGE		KLOK- KE	MYNT PREF.			FLIRE	URTE YTE			
☺	HA				DYR		LIVS- LÆRE- SPES.					TYDE		
IM- MUNOL OG														

Se løsning på kryssord side 85.



Meninger

Del 4 Sykepleien 02 | 2017

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett

AKTIV: Helsesøster Solveig Ude er en etterspurt foredragsholder. Foto: Marit Fonn



Så blåmerkene

Pensjonist. Helsesøster Solveig Ude var tidlig ute med å spørre foreldre om de slår. **76**



Doktorgrad. Få forsker videre. **71**



«**Debatten om medisinfri behandling har forståelig nok vært følelsesladet.**» Jan Hammer. **72**



NSF. Vil finne løsninger med arbeidsgiver uten å begrense medbestemmelse. **70**



I en introduksjon til et tema kan en legge premisser for en hel debatt.
Det skjedde da Arbeidstidsutvalget skulle se på særregler for skift og turnus.

Klar tale før valget



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

For oss i Norsk Sykepleierforbund er samarbeidsmodellen i norsk arbeidsliv, det såkalte trepartssamarbeidet, en av våre aller viktigste arenaer. Det er en modell som andre land misunner oss, og som er opparbeidet gjennom lang tid.

I starten av 2016 kom Arbeidstidsutvalget med det som av en samlet arbeidstakerside ble beskrevet som et angrep på den norske modellen og trepartssamarbeidet. Et flertall foreslo at dagens ordning med forhandlinger og avtaler mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte skulle skrinlegges. Den skal etter flertallets syn erstattes av en ordning der arbeidsgiver ensidig kan bestemme turnus- og skiftplaner, blant annet innenfor helse- og omsorgssektoren.

ADVARTE

Utvalget hadde også et mindretall bestående av personer med god kompetanse innen arbeidshelse og arbeidsmiljøforskning som advarte mot de foreslåtte endringene. De viste til at de som jobber i helsesektoren har høy arbeidsbelastning, uforutsigbare dager og høyt stressnivå, og ubalanse mellom innsats og belønning. Medbestemmelse om arbeidstid er viktig for å redusere belastningene, sa blant annet Fafos forskningsleder Kristin Alsos.

Også når det gjelder arbeidsfri mellom vaktene vil Arbeidstidsutvalgets flertall overføre makt fra arbeidstakere og fagbevegelsen til arbeidsgiverne. Mens arbeidsmiljøloven og EUs arbeidstidsdirektiv sier at man skal ha minimum 11 timer hvile i døgnet, ville arbeidsgiver med dette forslaget kunne pålegge ansatte ned til 9 timer hvile – uten å avtale med verken arbeidstaker eller tillitsvalgte.

«Gode løsninger finnes i verktøykassa.»

Flertallet i Arbeidstidsutvalget beskrev at «problemene med å få dekket helgevakter i helse- og omsorgssektoren og konsekvensene dette kan ha, både for bemanningen i helgene og for omfanget av ufrivillig deltid, har vært kjent i mange år». Senere har departementet skrevet «det har vært utfordringer knyttet til avtaler om skift- og turnusarbeid i lang tid». Dette er en virkelighetsbeskrivelse vi ikke kjenner oss igjen i.

ARBEIDSTAKERNE VAR IKKE REPRESENTERT

Motstanden fra en samlet fagbevegelse og landets fremste arbeidslivsforskere til utvalgets konklusjon var entydig. Arbeidstakerne var ikke engang representert i utvalgsarbeidet. Arbeids- og sosialministeren satte derfor før jul ned to partssammensatte utvalg for å se på viktige deler av arbeidstidsutvalgets forslag.

I all hovedsak kommer man til enighet rundt om på arbeidstedene. Det finnes løsninger for å styrke bemanningen på helg uten at det går på helsa løs. I boken «Turnus som fremmer heltdskultur» som nylig ble utgitt, vises det både til løsninger som langvakter, vikarpooler og arbeid på tvers av enheter. Gode løsninger finnes i verktøykassa, og vi som sykepleiere er vant til å finne dem. Vi er nemlig ikke bare kjent for å arbeide til alle døgnets og ukens tider. Vi er også vant til å ta ansvar og finner derfor nesten alltid løsninger der vi møter arbeidsgivere i gjensidig forståelse og respekt for hverandres roller. Det er solid vitenskapelig enighet om at mulighet for medbestemmelse og for å kunne påvirke egen arbeidssituasjon er en av de mest forebyggende arbeidsmiljøfaktorene.

LOKKER IKKE DE UNGE

Norsk helsevesen står overfor store rekrutteringsutfordringer i årene som kommer, og vi vet allerede nå at sykepleiere er den gruppen norske kommuner sier det er vanskeligst å få tak i. Redusert medbestemmelse og forverrete arbeidsvilkår er ikke noe bidrag til heltid, mindre sykefravær eller økt yrkesdeltakelse frem til pensjonsalder.

Foran høstens stortingsvalg blir det en prioritert oppgave for Norsk Sykepleierforbund, sammen med andre arbeidstakerorganisasjoner, å ta rede på hvordan de folkevalgte stiller seg til et forslag som kan få dramatiske konsekvenser for rekrutteringen til helsevesenet og pasientbehandlingen i årene fremover. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Altfor få som har doktorgrad, fortsetter med forsknings- og utviklingsarbeid. Det må vi gjøre noe med.

Doktorgraden er i boks, men hva skjer videre?



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og redaktør i Sykepleien Forskning.

Gratulerer til alle dere som har fullført en doktorgrad i sykepleie de siste årene! Vi ser at antallet øker for hvert år, men så kommer det store spørsmålet: Hva gjør du når doktorgaden er i boks? Nå kommer en krevende periode som vi pleier å omtale som postdoktor. I Wikipedia defineres dette som «en vitenskapelig stilling for en forsker med doktorgrad som ønsker å kvalifisere seg videre med sikte på å oppnå professorkompetanse».

MISBRUK AV SYSTEMET

Postdoktorstillingen skal sørge for at de beste kandidatene kan fortsette å kvalifisere seg til vitenskapelige toppstillinger gjennom et nytt selvstendig forskningsarbeid. En postdoktor ansettes alltid på åremål. Ved Universitetet i Oslo krever de at søkeren skal legge frem forslag til prosjekt og plan for gjennomføring av prosjektet, som hovedregel over tre år.

Ulempen med slike åremålsstillinger er at de blir misbrukt av universitetene. I en undersøkelse fra 2016 har Forskerforbundet vist at snau 20 prosent av dem som fullfører en doktorgrad, fortsetter med forsknings- og utviklingsarbeid.

Mange får også problemer med å skaffe seg faste stillinger, og spesielt stort er problemet med midlertidige stillinger innen universitetssektoren. Mange postdoktorer blir tilsatt som midlertidige prosjektforskere eller tillagt alminnelig arbeidsplikt i et slikt omfang at stillingen tilsvarer en ordinær kombinert vitenskapelig stilling.

«Snaue 20 prosent av dem som fullfører en doktorgrad, fortsetter med forsknings- og utviklingsarbeid.»

TRENGER MER OFFENSIV SATSING

Hvor blir det av alle med en lysende fremtid innen forskning i sykepleie?

Vi som har tatt en doktorgrad mens vi jobbet som lærere i høyskole- og universitetssystemet, har vært bortskjemte så

langt. En fullført doktorgrad har automatisk ført til opprykk som førsteamanuensis. Dette har gitt oss høyere lønn og mer FoU-tid.

I sykepleie har vi så langt ikke hatt tradisjon for å lyse ut postdoktorstillinger, fordi vi har prioritert å gi flere doktorgrad for å bygge opp førstekompetansen.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har innsett behovet, og i 2016 ga de stipend til en postdoktorstilling og to doktorgradsstipendiater. Det er flott at NSF gir midler til forskere som ønsker å utvikle seg videre, men hvorfor kan de ikke være mer offensive i satsingen?

SE TIL FYSIOFONDET

Et eksempel til etterfølgelse er Fysiofondet, et fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter. I 2016 bevilget de hele 10 millioner til Miljø for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi. I tillegg ga de 2,5 millioner til utvikling av forskningsprosjekter.

Vi ser at stadig flere institusjoner ønsker å lyse ut stillinger som postdoktor i sykepleie, men det avhenger av at de klarer å skaffe ekstern finansiering fra for eksempel Norges forskningsråd.

Jeg har tidligere beskrevet kampen om forskningsmidlene innen helsefagene. Konkurransen blir tøffere for hvert år, og dette krever bedre søknader og sterkere forskningsmiljøer.

Vi trenger flere med professorkompetanse i sykepleie, som kan gi konkurransefortrinn og økte muligheter for å skaffe finansiering til både doktorgradsstipendiater og postdoktorstillinger. NSF har penger og store muligheter til å utgjøre en forskjell ved å opprette et fond tilsvarende Fysiofondet! ●



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard
er fast skribent i Sykepleien.



Hvorfor er debatten om valgfrihet og medisinfri behandling blitt en markeringskamp mellom motstanderne og forkjemperne?

På vei mot et paradigmeskifte?



Fakta

Jan Hammer

Spesialsykepleier og master i klinisk helsearbeid, ansatt i Vestre Viken

I sitt innlegg «Pasienter og behandlere på kollisjonskurs» (1) i siste utgaven av tidsskriftet *Sykepleien* belyser journalist og redaksjonssjef Bjørn Arild Østby de forskjellige synspunktene og tilsynelatende polariserende holdningene i debatten om medisinfri behandling i psykisk helsevern. Mitt eget engasjement som aktiv debattant (2) i denne saken har gått mer og mer over i en noe bekymret undring over hvordan debatten foregår og forløper.

Jeg vil nå gjøre et forsøk på å løfte blikket og prøve å forstå hvordan denne saken som er så helsepolitisk viktig og betyr så mye for mange mennesker, nærmest har blitt borte i en markeringskamp mellom motstanderne av og forkjemperne for medisinfri behandling.

HVA HANDLER UNDRINGEN OM?

Den 25. november skrev journalist i *Dagbladet*, Inger Merete Hobbestad, en kommentar om hvordan ideen om en åpen samfunnsdebatt (3) har blitt borte underveis. Selv om kommentaren ikke var relatert til debatten om medisinfri behandling, synes jeg at særlig følgende ord fra Hobbestad er illustrerende også for denne debatten: «Spørsmålet er ikke hva du sier, men hvem du er. Ideene du kommer med, vurderes ut fra hvilken gruppe du antas å tilhøre. Det er blitt vanskelig å snakke sak, fordi debattanter først må trenge gjennom en vegg av ofte svakt funderte fordommer om hvilke skjulte hensikter de antas å ha.»

På den ene siden ser vi at vitenskapelige funn som går imot

følelsesladet. Men graden av anklager og bruk av nedlatende betegnelser har gjort debatten lite konstruktiv. Hvorfor har det blitt slik? For å gi et mulig svar på spørsmålet velger jeg å diskutere det i lys av teorien om paradigmeskifter.

STORMEN I FORKANT AV ET PARADIGMESKIFTE?

I 1962 introduserte den amerikanske vitenskapshistorikeren og filosofen Thomas Kuhn begrepet paradigme i sin bok *Vitenskapelige revolusjoners struktur* (4). Et paradigme er en vitenskapelig forståelsesramme med egne lover, instrumenter, teorier og anvendelsesmåter, og en premissleverandør for undervisning, formidling, praksis og videre forskning.

Siden et paradigme representerer summen av en vitenskapelig praksis innen et fagområde, blir det sjeldent uttalt eksplisitt. I dag er det blant annet diagnosesystemer og nasjonale retningslinjer, i tillegg til lovverket som rammer inn behandlingen vi gir. Og selv om psykososiale modeller utvilsomt har sin plass (5), så er det fortsatt en biomedisinsk forståelse av alvorlige psykiske lidelser som rår i både forskning (6) og behandling (7). Denne forståelsen er forankret i naturvitenskap, epidemiologi og statistikk, og fokuset er kun rettet mot kroppen som biologisk og avgrenset system. Målet er å finne årsaker til sykdom og å forebygge eller behandle denne.

Dette tydeliggjøres ved at det i psykisk helse-feltet tildeles flest midler til forskning som fremmer den biologiske, genetiske og nevrologiske kunnskapsutviklingen (8). Ved å forske videre på og utdype de allerede eksisterende teorier, antas man til slutt å komme frem til en endelig sannhet; å ha løst gåten om hva psykiske lidelser skyldes og hvordan de best vil kunne behandles.

Å oppdage nye fenomener utenfor paradigmet vil være mindre interessant. Vitenskapsmenn kan ifølge Kuhn faktisk være nokså intolerante overfor andres teorier. Samfunnsviktige problemstillinger kan av den grunn isoleres og avvises som ikke relevante når de ikke er innenfor paradigmet.

STILLER IKKE SPØRSMÅL

Ledende vitenskapsmenn innenfor et paradigme vil ikke stille spørsmål ved selve paradigmet. For eksempel stiller ingen

«Krisen er nødvendig for utviklingen av nye teorier.»

den etablerte forståelsen, blir avfeiet som ubetydelige enkeltstudier. Forfattere av psykiatri-kritiske bøker blir direkte latterliggjorte. På den andre siden kan det virke som om psykiaterne som profesjon blir beskyldt for kun å være opptatt av å forsvare sin maktposisjon og sine påståtte «lukrative» forbindelser til legemiddelindustrien.

Debatten om medisinfri behandling har forståelig nok vært

spørsmål ved kravet om empiri i form av randomiserte kontrollerte studier som grunnlaget for behandlingen som tilbys. Det kan være en grunn for at det blir så utfordrende å anerkjenne et krav om medisinfri behandling. Det synes å være vanskelig for både klinikere og vitenskapsmenn å se på denne problemstillingen fra utsiden av det eksisterende paradigmet, altså å betrakte den som et verdispørsmål (9) som handler om menneskers iboende valgfrihet (10), heller enn om empiri.

Det er ifølge Kuhn vanlig at tilhengere av konkurrerende paradigmer som betrakter samme fenomenet, ikke ser det samme. Dette fordi paradigmen er inkommensurable, altså mangler et nøytralt sammenlikningsgrunnlag, herunder kriterier og fakta som er nøytrale og paradigmeuavhengige.

ANORMALIER OPPSTÅR

Kuhn mente imidlertid at det etterhvert vil oppdages resultater som ikke kan innpasses i paradigmet, såkalte anomalier. Eksempler kan nettopp være de foruroligende funnene om langtidsvirkninger av antipsykotika eller den manglende effekten av tvungen behandling i hjemmet.

Slike anomalier vil så lenge som mulig møtes med å bli overhørt, fortrent og avvist. Ifølge Kuhn vil anomaliene ikke anses som moteksempler, og tilhengerne av det eksisterende paradigmet vil ikke gi avkall på sitt paradigme på grunn av dem. I debatten ble for eksempel manglende evidens for medisinfri behandling løftet frem, mens funnene knyttet til langtidsbehandling med antipsykotika ble avfeiet med «at vi ikke har gode og mange nok studier til å kunne si at antipsykotika påvirker forløpet negativt» (11).

Videre ble polariseringen mellom dem som er for og dem som er imot medisiner kritisert, samtidig som det ble fyrt opp under polariseringen relatert til medisinfri behandling. Blant annet ble det påstått at medisinfrie enheter vil føre oss tilbake til «tiden før antipsykotika ble introdusert» (11), «hvor pasienter måtte sperres inne» (12) og «hvor flere uheldige behandlinger ble gjennomført» (13), og at slike enheter i verste fall kan føre til at liv kan gå tapt (14).

Kuhn mente at mange vitenskapsmenn vil tviholde på det eksisterende paradigmet, mens de strider mot tilhengerne av et nytt paradigme. De gjør dette fordi de har oppriktig tro og stort tillit til paradigmet de arbeider innenfor. Å rokke ved paradigmet gjøres gjennom kamp, noe som kan være grunnen til en til dels angripende tone i debatten om medisinfri behandling.

VITENSKAPELIG REVOLUSJON

Ifølge Kuhn fører oppdagelsen av stadig flere anomalier før eller senere til at den felles oppfatningen utfordres. Dette resulterer i at paradigmet rammes av en krise. Krisen er nødvendig for utviklingen av nye teorier som skal løse anomaliene. Et paradigme blir først forkastet når det aksepteres et alternativ som viser veien ut av den forutgående krisen.

Kuhn betegnet denne prosessen som en vitenskapelig revolusjon. Når det nye paradigmet blir rådende, snakker vi om et paradigmeskifte. Paradigmeskifter er ifølge Kuhn essensielt for kunnskapsutviklingen både fordi den ikke bare er en lineær og kumulativ prosess innenfor ett paradigme, og fordi et paradigmeskifte løser problemer, anomaliene, kun løses innenfor nye paradigmer.

DET ER NOE I EMNING

Jeg vil ikke gå så langt å påstå at det eksisterende paradigmet er i krise. Men det er noe i emning. Det hadde nok ikke ennå blitt en så omfattende debatt rundt medisinfri behandling hvis det kun hadde vært et fåtalls brukere og en håndfull fagfolk som hadde protestert.

Også myndighetene har flere ganger tidligere, men på en nokså uforpliktende måte, oppfordret til etablering av medisinfrie tilbud uten at dette har ført til en forandring. Det at temaet nå har blitt løftet opp til en samfunnsdebatt, er nok et resultat av at helseministeren så tydelig har gått i front og satt krav og tidsfrister.

KIMEN TIL ET NYTT PARADIGME?

Det kan være nyttig å se dynamikken i debatten om medisinfri behandling i lys av Kuhns teori om hva som skjer når et nytt paradigme utfordrer det eksisterende. Det er mye som står på spill for alle involverte. For å unngå at debatten blir sittende fast (15) i en diskusjon om for eller imot, kan det være hensiktsmessig å åpne opp for perspektiver som ligger utenfor det eksisterende paradigmet.

I recovery-tenkningen som har vokst frem de siste årene, fokuseres det på at brukeren får hjelp til å leve et godt liv basert på integrasjon i nærmiljøet med tette relasjoner, et sted å bo og noe meningsfullt å drive med. Alt dette til tross for den psykiske lidelsen.

Personens perspektiv på et godt liv stilles foran de profesjonelles perspektiv. Ambisjonen om å redusere symptomer kan dermed havne langt nede på prioriteringslisten. At mennesket stilles i sentrum er i takt med overordnede helsepolitiske verdier og føringer om medbestemmelse, valgfrihet og likeverd. Den amerikanske professoren Larry Davidson og hans kolleger (16) tydeliggjør forståelsesrammen ved å si at spørsmålet ikke er hvilken rolle recovery spiller i behandlingen, men hvilken rolle behandlingen spiller i recoveryprosessen. Her ligger muligens kimen til et paradigmeskifte (17). Debatten om medisinfri behandling som valgmulighet kan være et tegn på at noe er satt i bevegelse. ●

REFERANSER:

- 1 Bjørn Arild Østby. Pasienter og behandlere på kollisjonskurs. Sykepleien, 11, 2016. <https://sykepleien.no/2016/11/pasienter-og-behandlere-pa-kollisjonskurs>
- 2 Jan Hammer. Etisk å eksperimentere med medisinfrie tilbud. Dagens Medisin, 5.7.2016. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/05/etisk-a-eksperimentere...>
- 3 Inger Merete Hobbestad. Tanken om en fornuftsdrivet debatt var alltid for god til å være sann. Dagbladet, 25.11.2016. <http://www.dagbladet.no/kultur/tanken-om-en-fornuftsdrivet-debatt-var-al...>
- 4 Thomas Kuhn. Vitenskapelige revolusjoners struktur. Oslo: Spartacus forlag. Utgitt på norsk 1996.
- 5 Svein Opjordsmoen Ilnes. Medisiner hjelper, men ikke alene. Dagens Medisin, 19.7.2016. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/19/medisiner-hjelper-men-l...>
- 6 Norment: Norsk senter for forskning på mentale lidelser <http://www.med.uio.no/norment/>, eller
- 7 Jan Ivar Røssberg. Det er langt fra sikkert at det riktige er å innføre medisinfritt behandlingstilbud. Aftenposten, 13.6.2016. <http://www.aftenposten.no/mening/debatt/Det-er-langt-fra-sikkert-at-de...>
- 8 Andersen, A. J. W., Borg, M., Karlsson, B. E., & Larsen, I. B. (2016). Mer av det samme? En studie av tildelingspraksiser i Program for psykisk helse, Norges forskningsråd i perioden 1995–2015. *Scandinavian Psychologist*, 3, e13. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e13>
- 9 Tor Levin Hofgaard. Kunnskapsløst om medikamentfri behandling. Dagens Medisin, 9.12.2016. <https://www.dagensmedisin.no/blogger/tor-levin-hofgaard/2016/12/09/kunns...>
- 10 Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp. <http://medisinfrietilbud.no/fellesaksjonen/>
- 11 Jan Ivar Røssberg. Medisinfrie tiltak - ideologi eller vitenskap? Dagens Medisin, 10.7.2016. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/10/medisinfrie-tiltak-id...>
- 12 Kristian Gundersen i Uviten: Medikamentfri psykiatri - eksperiment uten forskning. Aftenposten, 8.12.2016. <http://www.aftenposten.no/viten/Kristian-Gundersen-i-Uviten-Medikamentfr...>
- 13 Ole A. Andreassen. Helseminister undergraver kunnskapsbasert behandling. Aftenposten, 4.7.2016.
- 14 Tor K. Larsen. Helseministeren på ville veier. Dagens Medisin, 29.7.2016. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/29/helseministeren-pa-vill...>
- 15 Jan Hammer. Fare for at debatten blir sittende fast. Dagens Medisin, 20.7.2016. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/20/fare-for-at-debatten-bl...>
- 16 Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*, 57, 5. <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2006.57.5.640>
- 17 Borg, M., Karlsson, B., Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapsoppstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://samforsk.no/Publikasjoner/Recoveryorienterte%20praksiser.pdf>



Det er ikke bare den totale mengden arbeid og fritid som har betydning for helsen. Det har også fordelingen av den.

Bør arbeide med sola



Fakta

Svein Arne Thrana

Foredragsholder i arbeidstidplanlegging og forfatter

Antall sysselsatte i det norske samfunnet økte fra 2,1 millioner i 1996 til 2,6 millioner i 2013. Av den totale arbeidsstokken jobber cirka 70 prosent dagtid, det vil si mellom kl. 07.00 og 17.00 fra mandag til fredag, mens 30 prosent jobber ulike skift- og turnusordninger.

Imidlertid er det også en del ansatte som regelmessig arbeider kveld og natt, eller som regelmessig arbeider lørdager og søndager. Tall fra arbeidskraftundersøkelsen 2010 viser at av alle ansatte arbeidet 775 000 utenom ordinær arbeidstid. Under halvparten av dem som jobber ulike arbeidstidsordninger, jobber på søn- og helgedager.

FLEST DELTIDSANSATTE I HELSE OG SOSIAL

Helse og sosial teller over en halv million arbeidstakere. Cirka 45 prosent, eller 230 000, av disse jobber deltid. Dette er nesten halvparten av alle deltidsansatte kvinner i det norske samfunnet. De fleste av disse er ansatt i kommunene og yter pleie- og omsorgstjenester.

TRENGER 11 TIMERS HVILE

Hensynet til arbeidstakernes helse er en hovedårsak til at det er lovbestemmelser som regulerer arbeidstiden. Lengden på arbeidsøktene, lengden på hvileperiodene, arbeidets fordeling over tid, arbeidets plassering og dets innhold er alle forhold som påvirker arbeidstakernes helse.

Vi har i gjennomsnitt behov for omkring åtte timers søvn i pe-

«En turnusplan som mennesker mistrives med, er en dårlig plan.»

rioden mellom kl. 22.00 og 08.00. Forskning viser at vi trenger om lag elleve timer hvile i døgnet for å bygge oss opp igjen etter en arbeidsøkt. Med dette som utgangspunkt bør arbeidstidsordninger inneholde perioder for normal hvile og søvn i løpet av døgnet på minst elleve timer, hvis ikke ordningen skal virke helsemessig belastende over tid.

FLERE DAGER BELASTER

Forskning viser også at det ikke bare er den totale mengden arbeid og fritid som har betydning for helsen, men også fordelingen av den. Det er mer belastende å arbeide flere lange dager etter hverandre, eller mange nattskift etter hverandre, for så å ha lengre friperioder, enn det er å arbeide etter en fast rytme med mindre daglig belastning.

Undersøkelser viser at arbeid i søvntiden på natten vil forstyrre de aller fleste alvorlig. Nattarbeid er helsebelastende og gir økt forekomst av hjerte- og karsykdommer, økte plager fra mage- og tarmsystemet, økt forekomst av psykiske plager, samt i gitte arbeidssituasjoner betydelig økt ulykkesrisiko. Skift som er lagt opp til at arbeidstakerne skal arbeide med sola, det vil si morgen, ettermiddag og natt, er mindre belastende enn en skiftordning mot sola.

RISIKOEN FOR Å UTVIKLE SYKDOM

Magnar Kleiven påpeker i boka «Tåler vi turnus?», utgitt av NSF i 2006, at nattarbeid gjør noe med mennesker. Når turnusarbeidere arbeider til ulike tider på døgnet, kommer en i utakt med denne rytmen. Det skaper problemer for kroppen, og turnusarbeid gir risiko for å utvikle sykdom. Deretter har det innvirkning på familieliv og annet sosialt liv, på sikkerhet, og søvn.

Undersøkelsen bekreftet denne anbefalingen fordi roterende tre skift mot klokken avdekket et økt behov for hvile og en generell dårligere helse. Videre ble det funnet sammenheng mellom skifttyper som roterte med klokken, og færre konflikter mellom arbeid og familie, og dessuten bedre søvnkvalitet. Konklusjonen må være at det eksisterer svært få argumenter for å lage en skiftplan som går den andre veien. Mange undersøkelser har altså bekreftet det vi kunne anta, nemlig at turnusarbeid påvirker søvnkvalitet og søvnmengde, spesielt i forbindelse med nattskift.

Å lage gode turnusplaner er alltid et kompromiss mellom det de ansatte trives med og hva som kan være konsekvenser på langt sikt. Uansett tror jeg at en turnusplan som mennesker mistrives med, er en dårlig plan – uansett hvor mange hensyn man har tatt for å forebygge sykdom og for å øke sikkerheten. Aller viktigst er det å lage en turnusplan som reduserer risikoen mest mulig. Så enkelt og så vanskelig.

ARBEIDSMILJØLOVEN

Vi fikk store endringer i arbeidsmiljøloven i januar 2006. En sentral avveining er hvordan loven best mulig kan ivareta både arbeidstakernes, virksomhetenes og samfunnets behov. Arbeidslivsutvalget understreker at reguleringene i arbeidslivet må bygge på, og avveie, mange hensyn og interesser. For det første er det hensynet til arbeidstakernes trygghet, helse og velferd. For det andre arbeidslivets og samfunnets interesse i å forebygge helseskader hos arbeidstakere og tredjeperson, og å sikre at yrkesdeltakelse kan kombineres med fødsler, omsorgsoppgaver og et aktivt liv privat og som samfunnsborger. For det tredje er det hensynet til verdiskaping, som også er nødvendig av vesentlige grunner, som å skape et materielt grunnlag for velferdsordninger. Arbeidslivsutvalget pekte på at hensynene kan tenkes å komme i konflikt med hverandre.

Arbeidslivsutvalget (NOU 2004 nr. 5) gjennomgikk arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser med sikte på å utvide mulighetene for den enkelte til å tilpasse arbeidstid slik det passer deres livssituasjon best, samtidig som virksomhetenes behov ivaretas. Utvalget skulle legge stor vekt på forenkling og tydeliggjøring av reglene, men har etter min mening ikke lykket med det. De enkelte rammer og vilkår for arbeidstidens lengde og plassering skal vurderes med sikte på å oppnå mer fleksibilitet både for den enkelte arbeidstaker og for virksomhetene.

UNNGÅ FARER, FREMME VELFERD

I forbindelse med reguleringen av arbeidstid minner utvalget om at grunnlaget for reguleringene på den ene siden er å sette grenser for arbeidstiden slik at det ikke oppstår farlige situasjoner eller direkte skade på helsen på grunn av overarbeid. På den andre siden er et hovedformål med å sette grenser for arbeidstid også å skape en mulighet til å ha en fullverdig tilværelse utenom arbeidet.

Mange klager på at helse og sosial er yrker som er svært krevende, og ønsker på det grunnlaget ikke å jobbe i full stilling. Vi har et høyt sykefravær innenfor denne sektoren. Hadde landets kommuner greid det Mandal kommune har klart, nemlig å stabilisere sykefraværet på 5,6 prosent, ville vi ha hatt 20 000 flere personer på jobb hver dag i kommunal sektor.

Kan slitasjen ha noe med turnusplanen(e) å gjøre? Vi vet at det å rotere mot klokken gir helseproblemer, dvs. sen-tidlig problematikken, mens de fleste i helsevesenet likevel gjør det. Personlig har dette vært en stor utfordring i helsevesenet, og svært vanskelig å endre, selv om mange har klaget på akkurat dette.

TRENGER EN HOLDNINGSENDRING

Jeg tror vi må ha en holdningsendring i helsevesenet rundt turnusplanlegging og hviletidsbestemmelsene.

Den andre store utfordringen er det store antallet med deltidsansatte innenfor sektoren. Vi må ha en heltidskultur fordi arbeidsgiver da vil oppnå en bedre tjeneste, bedre omdømme og attraktivitet som arbeidsgiver. For arbeidstakerne blir det bedre lønns- og arbeidsvilkår, bedre balanse mellom arbeid og familie og sist men ikke minst økt trivsel og lavere sykefravær. Fra en brukers perspektiv vil en heltidskultur bety mer forutsigbarhet og kontinuitet og færre mennesker å forholde seg til. Deltidsstillingene har svært mye å gjøre med arbeidshelgene.

Den tredje utfordring er det høye sykefraværet. ●



DØGNRYTME: Turnusarbeid gir risiko for å utvikle sykdom.
Foto: Colourbox



Solveig Ude

Hvorfor: Fordi hun ble årets osloborger i 2016 for sitt arbeid for å forebygge og avdekke vold mot barn.

Stilling: Pensjonist. Var helsesøster på Alna helsestasjon og Tveita barneskole i Oslo inntil 30. september

Utdanning: Sykepleier og helsesøster

Alder: 69 år





Blå- merke- bevisst

«Slår du barnet ditt?» Direkte tale på helsestasjonen har ført til heder og ære for Solveig Ude.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



MODIG: En helsesøster må tåle ikke å bli likt, mener Solveig Ude.



Hvordan håndtere en ettåring som er i ferd med å rive ned stueplantene dine? La barnet stryke og lukte på planten. Ikke kjeft!

– Det er nøkkelen, sa Solveig Ude på telefon. Hun hadde vært barnevakt for ett av sine åtte barnebarn.

– Man må ha tålmodighet. Neste gang vil hun jo bort og undersøke igjen. Det er forskertrangen.

OPPDAGET BLÅMERKENE

Et enslig flagg lyser opp i gaten øst i Oslo. I eneboligen med flagget vinker helsesøsteren med grå krøller fra vinduet. Dette bus-tehodet har saumfart utallige babyer og skolebarn. Mange foreldre har hun oppmuntret – noen har blitt sinte. Hundrevis av ganger har hun meldt bekymring til barnevernet. Noen få til politiet.

Hennes egne barn er godt voksne, men bursdag er bursdag. Yngste datter er 37 år i dag, og da må selvfølgelig flagget til topps.

«Betalingen er skammelig.»

Jubilanten skal forresten komme hit for å bidra til intervjuet.

Udes berømmelse kom i 2014 da hun skrev kronikken *Derfor spør jeg foreldrene om de slår* i Aftenposten. Så ble hun årets helsesøster i 2015, og fikk Stine Sofies barnerettspris samme år. Like før jul ble hun årets osloborger, kåret av Aftenpostens lesere.

– Det er første gang en sykepleier har fått den prisen, opplyser Ude.

Selv tror hun at hun fikk den fordi hun har satt markante spor for barns ve og vel. Hun tror også hun var godt hjulpet av artikkelen *Hva skjedde med Jakob?* i A-magasinet i november: Der forteller Ude om støkket hun fikk da hun oppdaget blåmerkene på spedbarnets kropp. Knappe to timer senere var gutten på Ahus. Jakob hadde nitten ribbeinsbrudd.

HAR SJU SØSTRE

Bare en dempet skarre-r røper at hun er fra Voss. I militærleiren like ved gården der hun vokste opp, oppdaget 15-årige Solveig en knakende kjekk rekrutt fra Trondheim. Nå kommer trønderen inn i stuen og spør hva han skal gjøre med de nyvaskete dukene.

– Ikke ta den lilla i rulla, sier Solveig, og mannen forsvinner i vaskekjelleren.

Udes far var dypt religiøs og vegetarianer. En asket.

– Sukker kalte han hvit gift. Jeg fikk med meg ballasten om at ernæring er viktig for en god helse. Men man får jo lyst på det man ikke får, forteller hun i salongen.

– Det lærte du av far?

– Veldig. Han hadde rett, sunn hverdagskost er bra, men det var vanskelig å forstå at julekaker ikke er bra. «Det er mykje man

kan ha lyst på, men vetet må koma føre lysta», sa far.

2 000 høner hadde de på gården.

– Oj. Økologiske?

– Frittgående! Eggene var viden kjent. Kvalitetssegg.

Solveig er nummer tre i rekken på åtte søstre. Sveitservillaen hadde plass til mange, også bestefar, som var hestehandler, og besta.

– Inne hos dem var fristaten. Vi søstre hørte radio Luxemburg og fikk godterier. En karamell ble delt i fire, det ble en kvart karamell i ganen.

Oppdragelsen var: Bli gangs menneske, del på godene, vis omsorg. Det var 20 år mellom eldste og yngste søster.

– Vi hadde alltid noen å være med, og samholdet var godt. Mor var opptatt av rettferdighet. Hun pleide å si: «Alle kan noe, ingen kan alt.» Mor var drivkraften på gården og aktiv i Senterpartiet.

– Du havnet ikke langt fra stammen?

– Hjemmet er den viktigste arena for hvor personligheten utvikles. Den preges av samtalen rundt bordet, dryppene man får. Men dette var jo før barnehagens tid.

Selv var hun hjemme tre måneder med første barn. Ett år med neste, så to år. Fjerde gang, med eneste sønn, ble hun hjemme i tre år.

ULYKKESFUGLEN

Etter et pliktår i Trondheim, var hun sykepleier på Ullevål sykehus i flere år.

– Jeg begynte på kirurgen. Det var hektisk – men hva vi klarte!

Vossadialekten la hun fort fra seg. «Skal du ha ei pota te? Ei skjeva?» Nei, pasientene i Oslo skjønte ikke sånt.

Røde Kors-sykepleier ble hun i Bergen i 1969.

– Det var «learning by doing». Som elever gikk vi inn som arbeidskraft. Det var ikke mye veiledning. Prosedyrene ble vi vist, men hvem gikk sammen med oss og reflekterte? Og i psykiatrien – hva forsto jeg av skjebnene der? Null. Det var galskap. Men vi ble kanskje mer selvstendig.

Hun skynder seg å si at hun har sett masse bra sykepleie.

– Jeg ser det med en gang. Hvem som har det i seg. Jeg har vært mye på sykehus og legevakt.

– Hva skjedde med deg?

– Jeg er en ulykkesfugl.

Hør bare: Foten i gressklipperen. Ribbeinsbrudd etter fall fra stillas. Påkjørt av sykkel. Brukket håndledd. Tannpirker i kneet. Fot i klemme mellom bil og mur i oppkjørselen.

– Det med foten kunne gått virkelig galt.

Hun rister på hodet av seg selv.

– Det handler om at jeg driver med multitasking. Alt skal gå fort. Bake brød, passe barn, skrive foredrag. Jeg har knust mange ting. Der har jeg blitt bedre, men mannen min vil vaske glassene selv.

Den pensjonerte ingeniøren passerer nå iført arbeidsklær, med øreklokker rundt halsen. Han skal ut og sage.



TIDLIG UTE: Solveig er 15 år når hun treffer sin Emil Johnny på Voss, der han er rekrutt. Foto: Privat



FJELLGLADE: Solveig og Emil Johnny Ude er kløppere til å plukke molter.



VENNINNER: Solveig Ude (t.v.) og bestevenninen Astrid gikk sammen på Røde Kors-skolen i Bergen. Foto: Privat

– IKKE SLUTT, SA SKOLEBARNNA

I høst ble det brått slutt. Tanken var å jobbe litt som pensjonist.

– Så skjønnte jeg at jeg bare kunne jobbe tre timer, og det til 190 kroner timen. Da bare gikk jeg.

Men hun ble takket av senere på høsten.

– «Du må ikke slutte, du er den beste vi har hatt, ingen kan bli som deg», sa skolebarna til meg.

Men å jobbe for 190 kroner timen er ikke aktuelt.

– Betalingen er skammelig. Men når man har yteevne igjen og kunne ha veiledet de som kommer etter, er det en fornærmelse å bli avspist med knapper og glansbilder.

Nå holder hun heller foredrag. Det blir fire-fem i mars. Ingen i februar, for da skal hun til Kanariøyene.

Mannen er ferdig med saken, og beskriver gjerne sin kone:

– Faglig dyktig. En stayer. Aldri i tvil om hva hun vil: Barne først, foreldrene etterpå. Privat kan hun være heftig, men omsorgsfull.

– Og hvis du er uenig med henne?

– Da taper jeg, sier han lurt.

Så skryter de av hverandres kokkekunster. Fruen bekrefter at det har vært mange følelser i sving i samlivet.

– Men selv om vi kan være som hund og katt, trives vi i hverandres selskap. Vi deler turgleden, og vi nyter god mat og god vin.

MOREN OG DATTEREN

– Hei, vetle dokko!

Datteren gjør entre og får bursdagsklem av mamma. Her følger et kort utdrag av mor-datter-samtalen:

Datter: – Som mor er du bevisst det du ikke har gjort riktig.

«Hei, vetle dokko!»

Mor: – Alle gjør så godt de kan. Men man kan be om unnskyldning.

Datter: – Mange foreldre har ikke evne til å se at de har gjort feil. Vi gjorde alt vi kunne, sier de. Det er ikke bra for barnas helingsprosess.

Mor: – Bra sagt!

Datter: – Du sier du ikke har gjort alt rett, det gjør det lettere for oss.

Hun forklarer til journalisten:



– Mamma har strukket seg for langt, villet være alle steder. Engasjementet for jobben har tatt mye plass.

Mor: – Nydelig. Du er så ærlig.

Datter: – Men du var til stede likevel. Alle vi barna er opp-tatt av barns ve og vel. Men vi to er vel de som er mest like.

Mor: – Vi er begge multitaskere!

Datter: – Du leste meg når det var vanskelig. Da det var konflikt mellom deg og pappa, sa du at «nå har vi det vanskelig», og at det ikke var vår feil. Konflikter er god erfaring for barn så lenge vi snakker om det.

Mor: – Du får sagt det! Hvis ikke det er konflikter, er det ikke følelser.

Det har gått to timer, og Ude kommer på at hun verken har bydd på vått eller tørt.

– Kaffe? Te?

Hun forsvinner på kjøkkenet, er straks tilbake med tre krus svart kaffe og et fat med påsmurte julebrødsiver.

Datteren fortsetter der de slapp:

– Det har alltid vært lett å gråte hos deg. Du sa ikke: Ikke gråt. Du sa: Bare gråt.

Mor: – Jeg ser gråten som en forløsning. Gråt er et blodviktig tema på foreldrebesøk. Selv i de beste familier kan man få lyst til å riste en skrikende baby. For spedbarnsgråt er sånn, den skal høres, de skal jo overleve.

Sånn kunne de ha fortsatt. Til slutt får datter mer klem og går.

– MANGE SKYLDIGE GÅR FRI

Jakobs far ble dømt for vold til fengsel i ett år og åtte måneder. Dommen er anket, og er derfor ikke rettskraftig.

– Mange saker blir henlagt etter bevisets stilling. Barnet har ingen stemme, men man kan ikke dømme uten bevis. Jeg reiser spørsmålet om bevisbyrden bør bli annerledes i sånne saker. Så vidt jeg vet er ingen dømt for psykisk vold mot barn.

«Gråt er et blodviktig tema.»

– Bedre at ti skyldige går fri enn at én uskyldig blir dømt, heter det?

– Men må det være sånn? Jeg tror ekstremt mange skyldige går fri fordi overgrep ikke kan bevises.

Hun vil ikke devaluere foreldrene:

– Vi skal støtte, men også finne barna som er i fare for omsorgssvikt.

Mannen i huset har nå tatt på seg en svart hatt med brem, klar for handletur. Det skal være fisk til middag. Men hvilke grønnsaker?

– Du kan bestemme, sier Solveig.

REDDET LIVET HANS

Alt hadde gått så fort. Så sa legen at hadde det skjedd en gang

til, ville Jakob ha dødd. Ude skjønte hun hadde reddet livet hans.

– Jeg håper at alle helsesøstre ville ha reagert som meg. Hvis jeg hadde tatt feil, ville det vært fantastisk!

Fra å være støttespiller, må en helsesøster noen ganger bli en angiver:

– Det krever mot. Man må tåle ikke å bli likt. Det er blitt mer stuerent å snakke om vold, men det er strevsomt å spørre om det. Hva er det som gjør det så vanskelig? Helsesøstre driver kontroll, men liker ikke å si det, for det er negativt ladet. Men de må utfordre foreldrerollen. Alt som er viktig, er vanskelig å snakke om. Det er en sabla god setning!

Møteplikt på helsestasjon, har Ude foreslått. Nå kan foreldre som har noe å skjule la være å møte.

– Vi kan ikke følge opp hvis foreldrene bryter relasjonen til oss. Jeg vil at helsestasjonen skal være en rettighet for barn heller enn frivillig for foreldrene.

– Verken barneombudet eller faggruppelederen støtter ditt utspill om møteplikt?

– Det lever jeg godt med. Det reiser debatt.

MAGER, GRÅTENDE BABY

Ude får mange telefoner. Nylig fra en eldre sykepleier. Hun hadde sett en ung mamma med en mager baby som gråt så forferdelig. Hun fulgte etter og sa: «Jeg tror barnet ditt er sultent.»

– Etterpå fikk hun ikke fred. Hadde hun gjort nok? Kanskje de ikke gikk på helsestasjonen? Jeg sa at hun hadde gjort mer enn de fleste ville gjort. Jeg ville ta fra henne den dårlige samvittigheten.

Ude vil ikke kritisere egen yrkesgruppe.

– Men jeg var ganske ensom om å snakke om vold i mange år. Støtten har kommet de siste tre årene.

Hun legger til:

– Jeg snakker ikke bare om vold, altså.

«Fortell om barnet ditt» er en ypperlig åpning for samtale, syns Ude:

– «Hun er så nydelig, jeg blir glad når jeg ser henne», sa noen. Andre sa: «Vet du hva, jeg sover ikke, det er bare slit.» Hvis det var siste versjon, kunne jeg si: «Det høres strevsomt ut. Hva gjør du da?»

Og slik har hun nøstet og nøstet i mange år.

Ude treffer stadig skolebarn på butikken.

– Den mentale avslutningen har ikke kommet ennå.

En sjelden pause.

– Det var stort for meg å bli osloborger. Men jeg gjorde bare jobben min. Samtidig, jeg er ikke sikker på om alle ville ha reagert på blåmerkene. De var ikke store. Jeg føler meg rik som får avslutte med en sånn pris for jobben jeg har gjort.

Hun føyer til.

– For luselønn. Det kan du skrive. ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 02 | 2017

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no



HELSESØSTER - SOGNDAL HELSESTASJON

Det er ledig inntil 150% helsesøsterstillinger i vikariat/prosjektstilling ved Sogndal helsestasjon. Stillingane er ledig i tida 01.04.2017 – 31.03.2018.

Kontaktpersonar:

Leiande helsesøster Wenche Sollid, tlf. 992 86 123,
e-post: wenche.sollid@sogndal.kommune.no

Kommunalsjef oppvekst Ole Gunnar Krakhellen, tlf. 57 62 96 15 /
926 48 081, e-post: ole.gunnar.krakhellen@sogndal.kommune.no

Søknadsfrist: 26.02.2017.

Fullstendig utlysingstekst og søknadsskjema for stillinga finn du på nettsida: www.sogndal.kommune.no og via vår facebookside.



SJUKEPLEIAR – PLEIE OG OMSORG

Det er ledig 60% fast stilling som sjukepleiar ved tenesteeininga Pleie og omsorg frå 01.05.2017.

Stillinga inngår for tida i turnusordning for sjukepleiarar ved Sogndal omsorgssenter.

Kontaktpersonar:

Avdelingssjukepleiar Karita Nes, tlf. 481 41 645,

e-post: karita.nes@sogndal.kommune.no

Tenesteleiar Jarle Helge Skaar, tlf. 57 62 98 16,

e-post: jarle.helge.skaar@sogndal.kommune.no

Søknadsfrist: 26.02.2017.

Fullstendig utlysingstekst og søknadsskjema for stillinga finn du på nettsida: www.sogndal.kommune.no og via vår facebookside.

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

Klinikk for Lunge- og arbeidsmedisinsk avdeling

Lungemedisinsk avdeling poliklinikk

Anestesisykepleier

Vi har ledig 100 % fast stilling.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til Gunvor Broholm, seksjonsleder, tlf. 72 82 71 15 eller Marit Setvik, operasjonsykepleier, tlf. 72 82 81 79.

Søknadsfrist: 02. mars 2017

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!





Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo, i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Ledig stilling som studieleder ved Lovisenberg diakonale høgskole

Fast undervisningsstilling med funksjon som studieleder i hel stilling for avdeling bachelor i sykepleie.

Lovisenberg diakonale høgskole er blant landets største studiesteder for bachelorutdanning i sykepleie og legger vekt på å utdanne sykepleiere som imøtekommer dagens og morgendagens krav til kompetanse. Vi legger stor vekt på å utdanne til faglig lederskap i ulike roller og kontekster, og søker derfor etter en studieleder som deler LDHs faglige visjoner og kan utøve godt lederskap.

Noen ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Resultatansvar for utdanningsprogram og forsknings- og utviklingsvirksomhet ved avdelingen
- Personalansvar og økonomisk ansvar for avdelingen
- Ansvar for systematisk kvalitetsutvikling av enhetens studietilbud
- Ansvar for studentsaker av faglig karakter

Søknadsfrist 28. februar 2017.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



LEDIG STILLING

Vil du bruke din fagkompetanse til å hjelpe helsepersonell til en bedre hverdag?

ACOS søker dyktige sykepleiere som ønsker å jobbe med vårt elektroniske journalsystem ACOS CosDoc.

Har du interesse for IT, digitalisering og helsefag? Da bør du se hvilke muligheter ACOS kan tilby deg.

Se stillingen på www.acos.no



SYKEPLEIER

Hol kommune v/ Geilotun Bo- og behandlingssenter på Geilo, har følgende stilling ledig:

- Sykepleier 85 % fast stilling, med hovedsakelig nattarbeid
- Sykepleier 80 % fast stilling

Stillingen inngår i turnus med arbeid hver 3. helg

Se hele utlysningsteksten på: <http://www.hol.kommune.no/ledige-stillinger/>

Søknadsfrist: 28.02.2017



Skjervøy kommune med ca. 3 000 innbyggere hvorav 2.500 på tettstedet, er en øy kommune i Nord-Troms beliggende nær eksotiske havstrøk som Lopphavet og Fugløysbanken. Kommunen er ei naturperle med flott friluftsliv- og turterreng sommer som vinter, og er en livlig sjøretta småby med industri og handelsvirksomhet. Tettstedet har avgiftsfri fastlandsforbindelse via undersjøisk tunnel, daglig hurtigruteanløp, hurtigbåt til Tromsø flere ganger pr. uke og småflyplass i nabokommunen. Fra år 2000 ble nytt helsesenter tatt i bruk med lege- og fysioterapiavdeling, sykestue, sykehjem, skjermert enhet, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

FERIEVIKARIATER FOR OFF.GODKJENTE SYKEPLEIERE

Pleie- og omsorgstjenesten har behov for ferievikarer i tidsrommet 26.juni til 20.august 2017:

- Skjervøy sykestue og sykehjem inkl. avdeling for personer med demenssykdom
- Hjemmetjenesten
- Psykiatritjenesten inkl. Omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser

Vi driver med aktiv sykestue slik:

- Akutt medisinsk behandling m/legevaktfunksjon
- Behandling av barn
- Avansert medisinsk behandling
- Videre sending til UNN
- Postoperativ behandling etter utskrivelse fra UNN

Hjemmetjenesten og institusjonen er samlokalisert i helsesenteret. Psykiatritjenesten er samlokalisert i Skoleveien 2.

Søkere til hjemmetjenesten og ROP tjenesten må ha førerkort for bil.

Lønn og arbeidsvilkår etter lov- og avtaleverk.

Vi tilbyr fri reise på billigste måte, og bolig for ferievikarer. I forhold til boliger kan flere dele på sammen i leilighet hvor boligen har flere soverom.

Ferievikarer som arbeider 4 uker vil få et tilskudd på kr. 4.000 og dette stiger til

kr. 5.000 for 5 uker, 6.000 for 6 uker. Jobber du fra 26.06 og i 7 uker får du kr. 10.000 og fra 26.06 og i 8 uker kr. 14.000. Det forutsettes at man jobber sammenhengende i tildelt stilling og ikke har fravær i perioden.

Nærmere opplysninger fås ved å kontakte leder ved Skjervøy sykestue og sykehjem tlf. 77 77 5742, leder av hjemmetjenesten tlf. 77 77 5732, leder i Skoleveien 2 tlf. 77 77 55 63 eller helse- og omsorgssjef tlf. 77 77 55 50

Søknad med kopi av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og omsorgssjefen **innen 03.mars 2017.**

Les mer om oss under helse- og sosialtjenestene på www.skjervoy.kommune.no



Fitjar kommune

HELSE- OG SOSIALSJEFSjå [www.fitjar.kommune.no/ledige stillingar](http://www.fitjar.kommune.no/ledige_stillinger)

ID 400

KAJALUND SYKEHJEM

Kajalund sykehjem har 27 beboere fordelt på 3 grupper og har avtale med Oslo kommune.

Vi er kjent for høy kvalitet og å ha alle fagstillinger besatt.

Vi søker

- 50-75 % SYKEPLEIER - turnus 3. hver helg
- VIKARSYKEPLEIER

Nærmere opplysninger fås fra daglig leder Geir Karlsen 22 51 01 55

Søknad med CV sendes Kajalund sykehjem Sollerudveien 35 0283 Oslo innen **26.02.17**. Geir.Karlsen@kajalund.no



Gol kommune

Gol er ein kommune med ca. 4.700 innbyggjarar. Kommunen er eit viktig kommunikasjonsmessig knutepunkt, med eit allsidig næringsliv, særleg innan reiseliv, handel og jordbruk. Kommunen kan by på gode moglegheiter for aktiv fritid, både innan friluftsliv og kultur. Gol har eit koseleg og innbydande sentrum, og er ein populær handleplass med mange og varierte butikkar. Kommunen har ny grunnskule og snart ny fleirbrukshall, god barnehagedekning og eit variert skuletilbod innan vidaregåande skule.

Vi treng:

100 % fast, 75 % fast og 100 % vikar sjukepleiarstilling i heimetenesta. 2 x 50 % fast, 80 % fast med moglegheit til 100 % og 100 % vikar sjukepleiarstilling ved Gol helsetun

Gol Helsetun er ein sjukeheim med 32 plassar for kort/rehabilitering- og langtidsplass. Vi har dyktige medarbeidarar med høgt fagleg kompetanse, og triveleg arbeidsmiljø. Stillingane er i turnus med dag- og kveldsvakter og arbeid kvar 3. eller 4 helg.

Heimetenesta:

Vi har 2 timer til næraste sjukehus, så sjukepleiaroppgåvene i vår kommune er litt annleis retta enn andre kommunar med sjukehuset tett på. Vi er ein stor heimeteneste med fleire omsorgsbustader. Gol kommune satsar på heimetenester, kvardagsmeistring og rehabilitering. Stillingane er i turnus med dag- og kveldsvakter og arbeid kvar 3. helg.

På begge tenesteområda samarbeider vi tett tverrfagleg med lege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykisk helseteneste og med fleire for å få til eit heilheitleg pasientforløp. Organisasjonen er under endring og vi er i ferd med å etablere Mestringseining med fokus på tidleg intervensjon og rehabilitering.

Kvalifikasjonar:

- Autorisert sjukepleiar
- Nasjonal norskprøve nivå 3
- God samarbeids- og kommunikasjonsevner
- Fordel med erfaring frå geriatri, demens, kreftomsorg, palliasjon og velferdsteknologi
- Må kunne arbeide sjølvstendig og ta ansvar
- Ynskjeleg med evne til å jobbe i miljø i omstilling
- Førarkort til bil i heimetenesta
- Personlege eigenskapar vil bli vektlagt

Arbeidsoppgåver:

- Vi arbeider etter primærkontaktsystemet
- Dokumentasjonsoppgåver, legemiddelhandtering og utføring av medisinske forordningar
- Utarbeiding og oppfølging av tiltaks-/pleieplaner
- Opplæring og fagleg veiledning av kollegaer
- Veiledning av elevar, læringar og studentar

Vi tilbyr:

- Triveleg arbeidsplass med god opplæring, oppfølging med fadderordning og veiledning
- Varierte arbeidsoppgåver med moglegheit for å påverke og utvikle tenestene
- Kurs, opplæring og relevant hospitering
- Deltaking i fagleg forum
- Støtte til relevant vidareutdanning
- Konkurransedyktig løn med eit rekruttere/behalde tillegg på 20.000kr i året (v/100 % stilling)
- Eit breitt spekter av utfordringar med pasientar i alle aldersgrupper og ulike hjelpebehov
- Turnus kvar 4. helg med langvakter om ønskeleg i Gol Helsetun, elleskvar 3. helg
- Vi jobbar med utvikling av demensomsorg og velferdsteknologi
- Fin natur med gode turmoglegheiter

For stillingane gjeld:

- Tilsetting etter gjeldande lov og avtaleverk
- Pensjonsordning i KLP
- Arbeid dag og kveld, vi har egne nattevakter

Vi ynskjer at:

- Du er sjølvstendig og strukturert
- Du har gode kommunikasjons-, samarbeidsevner og er fleksibel
- Du kan bruke IKT-verktøy, - vi har Gerica og Lifecare Mobil

Pleie i heimetenesta:

- Du likar utfordringar og er fagleg fokusert
- Du har fokus på nærvær og godt arbeidsmiljø
- Du bidreg til fagleg og tverrfagleg samarbeid

Kontaktpersonar:

Velin Eikrehagen, områdeleiar heimetenesta, tlf 91673952
Linda Anderssen, områdeleiar Gol helsetun, tlf 91673979
Helen Svensrud, områdeleiar Gol helsetun, tlf 91673977

Søknadsfrist: 28.02.2017

Send søknad: For innsending av elektronisk søknad, sjå Gol kommune si heimeside: www.gol.kommune.no – Ledige stillingar



**HAMMERFEST
KOMMUNE**

Hammerfest kommune har 10 500 innbyggere og er en kommune i vekst og utvikling. Våre verdier, **Lagånd, Ha trua, Åpen og Stolt**, skal prege vårt arbeid og bidra til at Hammerfest kommune fremstår som en attraktiv arbeidsgiver med et arbeidsmiljø preget av trivsel og arbeidsglede.

Sykepleiere

Et antall faste dag-/aften- og nattstillinger, samt vikariater ved:

- Hjemmesykepleien
- Kirkeparken omsorgssenter
- Rypefjord sykehjem

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Søknadsfrist: 23.2.17

Jobbnorge.no

Sammen for Hammerfest!



FØDELOFTET/ SPESIALPOST 7H SØKER AVDELINGSJORDMOR

Kontakt: avdelingssjef Erik Andreas Torkildsen, tlf.nr.: 51519491 eller jordmor-og sykepleiefaglig koordinator Oddrun Hompland, tlf.nr.: 51519467.

Søknadsfrist: 23.03.2017

Les mer og søk stillingen på www.sus.no.

Sykepleien kåret til beste Fagblad!

Sykepleien vant selveste Fagpresseprisen 2016 i konkurranse med hele norsk fagpresse.

Løsning på kryssord i nummer 2/2017 (se side 68).

☺	BYLL	SAU	DATA	W	ANGAR	A	TALL	È	BY	VOLA	ERE	ORG	PLAS	BERAG	SPORT	FOL	T	MEI	U	SKISS	JURD	N	
KLIPP	A	V	V	E	N	N	I	N	G	S	A	N	S	T	A	L	T	È	N	E			
SANG	B	I	E	B	E	R				PLAGG	S	P	A	R	K	E	B	U	K	S	E	R	
BIRK	S	S	BANG	REN	S	Ø	T			BRØ	T	Y	ART	AND	I	LAD							
STU	C	A	N	S	E	R				RE	M	A	R	È	N								
DIV	E	Y	T	R	E					PU	E	A	B	I	N	F	A	R	K	T			
A	S	È	N							PRE	R	È	D	D	E								
AND	S	I	N	T						BYG													
☺	HA	E	I	È						RE	S												
SA	M	A	T	A	L	L	E	R	G	I	S	P	E	S	I	A	L	I	S	T			



Masterstudier i spesialsykepleie Universitetet i Stavanger

Vil du øke dine kunnskaper og kompetanse innen spesialsykepleie? Her finnes mulighetene!

Master i spesialsykepleie

- spesialisering i anestesisykepleie
- spesialisering i intensivsykepleie
- spesialisering i operasjonssykepleie

Søknadsfrist
1.mars

Oppstart: August 2017

Omfang: 120 studiepoeng (heltid)

Les mer på:

<http://www.uis.no/studietilbud/helse-og-sosialfag/master/sykepleie/>



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
+46 85 40 882 80



IGA
Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI

IGA tilbyr et tverrfaglig **utdanningsprogram i gruppepsykoterapi**. Hovedutdanningen starter med en 2-årig basisdel (Trinn A). Kandidater uten tilstrekkelig teori- og erfaringsbakgrunn for opptak på Trinn A, kan starte med et 1-årig Grunnleggende trinn. Det er også mulig å ta Grunnleggende trinn alene, som en innføring i gruppepsykoterapi. For å gjøre utdanningen tilgjengelig for hele landet, arrangeres den som blokk-kurs med fem årlige samlinger á tre dager. Utdanningen består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. I tillegg deltar alle i lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene.

Grunnleggende trinn formidler grunnleggende kunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi, med sikte på å kunne lede grupper i førstelinjen og fungere som koterapeut i terapigrupper i behandlingsinstitusjoner innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Trinn A utdanner kandidaten til å kunne arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå. Trinn A kan søkes av de som har fullført Grunnleggende trinn eller som har tilsvarende teori- og erfaringsbakgrunn, se egen informasjon om inntakskriterier på IGAs hjemmeside.

Etter Trinn A er det mulig å ta en 2-årig fordypningsdel (Trinn B).

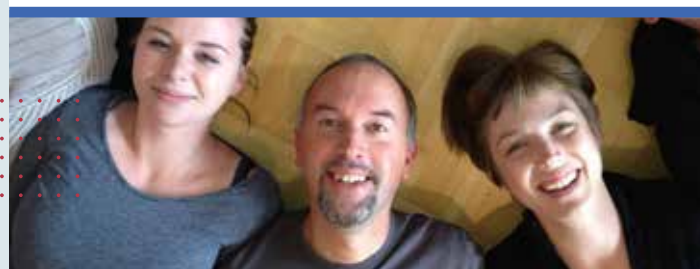
IGA starter høsten 2017 **nytt Grunnleggende trinn og Trinn A** på Voksenåsen kurs- og konferansehotell.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside www.iga.no.
Søknadsfrist 15. april 2017.

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
Tel: 466 11 630, E-post: iga@iga.no

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

Høgskolestudium
Samlingsbasert deltidd
60 studiepoeng



Psykoterapi: Integrativ terapi

Studiet passer for deg med helse/sosial/psykologifaglig bachelor som vil bli psykoterapeut. I tillegg kan studiet inngå som en mastermodul i Klinisk helsearbeid.

Integrativ terapi er en helhetlig psykoterapeutisk retning som integrerer metoder fra ulike terapiformer, med vekt på bl.a. kreative medier og kropporientert forståelse. Terapiformen har solid teoretisk og faglig forankring.

usn.no/psykoterapi



Behandling av svært overvektige barn og unge ved Jens Christian Holm

Jens-Christian Holm tilbyr kurs for behandling av svært overvektige barn og unge.

Kursene er en introduksjon til en pedagogisk metode som fører til vekttap hos 75 - 85 prosent av svært overvektige barn. Ikke bare mister de vekt, de får også redusert høyt blodtrykk, kolesterol og fettlever. Metoden er effektiv og gir resultater raskt. Årsaken til dette er den effektive kommunikasjonen som tar for seg årsaker bak problemstillingene, og som også inneholder omsorg for den som behandles.

Kurs 1: Introduksjonskurs. Vektregulering, Komplikasjoner ved overvekt, behandlingsmetode og pedagogikk.

Kurs 2: Oppfølgingskurs. Forventninger til behandlingsforløp, kroppssammensetning, justering av behandling, tilbakefall, droppe ut, normalisering og avslutninger.

Kurs 3: Nyansering, empati, kommunikasjonsflyt, autentisitet, selv-identifikasjon, utfordringer, etikk og behandlingens direkte og indirekte resultater.



Vist på
Generation XL
på DR1 og BBC
World Health
Check

Sitater fra kursdeltakere,
bydel Alna, september 2016:

"Ekstremt profesjonelt. Tydelig i forhold til gjennomføring."

"Faglig godt kurs. Troverdig. Gode eksempler."

"Dette er med på å endre måten jeg møter pasienten på."

Se: www.jenschristianholm.dk - Mail: overvaegt.behandling@gmail.com Facebook: **Jens-Christian Holm** - Twitter: **JC_Holm**

KUNNSKAP for KVALITET

NSFs 4. utdannings- og forskningskonferanse

HOLMENKOLLEN
PARK HOTEL
2017
19. OG 20. OKTOBER

PREKONFERANSER 18. OKTOBER

Frist for innlevering av abstrakter: 15. mai
ufk2017@nsf.no

www.nsf.no



Bli kosmetisk dermatologisk sykepleier hos oss!

Senzie Akademiet er en hudpleieskole som satser spesielt på videreutdanning av sykepleiere til kosmetisk dermatologiske sykepleiere. Vi har et tett samarbeid med Høgskolen i Sørøst-Norge, og er de eneste i Norden som tilbyr kosmetisk dermatologisk hudpleieutdanning med studiepoeng. Studiene gjøres på deltid over ett år og gir 30 stp. Studiested er på høgskolen, som ligger sentralt og vakkert til på Papirbredden i Drammen.

Mange undervisningsinstitusjoner i Norge tilbyr kurs innen hudpleie og kosmetiske behandlinger. Vi ser at det blir mer og mer viktig å ha en formell utdanning i faget – for å skape tillit og trygghet når man etter hvert skal praktisere.

Les mer på www.senzie.no, eller kontakt Senzie Akademiet på tlf 911 007 99.

senzie
akademiet

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

Tett på gleden

Møt livet og hele mennesket med en Bachelor i sykepleie.

Bli Student på Høgskolen Diakonova. Du blir en faglig kompetent sykepleier samtidig som du utvikler deg som et helt menneske. Et lite og oversiktlig studentmiljø gjør at du får tett oppfølging og mer igjen for din utdanning.

Les mer på tettpaalivet.no

Høgskolen Diakonova tilbyr:

- Bachelor i sykepleie
- Master i sykepleie
- Helsesøsterutdanning
- Kreftsykepleie
- Kristen sjelesorg

diakonova.no



NSFs 4. nasjonale lederkonferanse:

VIL(LE)KÅR FOR LEDELSE?

- rammebetingelser for god ledelse

THON HOTEL OSLO AIRPORT

2017

28. OG 29. SEPTEMBER

SETT AV DAGENE!
PÅMELDING ÅPNER 15. MARS.

Utfyllende program
og informasjon om
påmelding kommer
på www.nsf.no



Institutt for helsevitenskap Ålesund

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER

Er du klar for faglig påfyll?

MASTER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE

Mastergraden kvalifiserer for klinisk arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

SYKEPLEIEFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

Videreutdanning i demensomsorg. Utdanningen kan gi innpass i mastergrad i avansert klinisk sykepleie.

TVERRFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER

- Tverrfaglig videreutdanning i ReHabilitering
- Tverrprofesjonell veiledning
- Flerkulturell forståelse
- Etikk i praksis for helse- og sosialtjenesten

Søknadsfrist: 15.april

ntnu.no/videre

All undervisning er lagt til NTNU i Ålesund på dag- eller ettermiddagstid.

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

Søknadsfrist 15. april - (1. mars for tidlig svar)



Avansert geriatrisk sykepleie (master - 4 år deltid)

Det samlingsbaserte deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering innen geriatrisk sykepleie. Du lærer systematiske kliniske undersøkelser gjennom variert undervisning og mer enn 400 timer veiledet praksis.
www.uio.no/ags



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

Har du interesse for tverrfaglig helseforskning og fagutvikling? Studiet gir sykepleiere solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskningsmiljø.
www.uio.no/helseforskning-master



Sykepleievitenskap (master - 2 eller 3-4 år)

Få kompetanse til å initiere og delta aktivt i faglig utviklingsarbeid og forskning slik at du kan være med å forme fremtidens helsetjenesten. Fordypningskurs i normal aldring, innovativ praksisutvikling og pasientlæring.
www.uio.no/sykepleievitenskap-master

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

HSN tilbyr høsten 2017 følgende studier innen helse- og sosialfag:



CAMPUS DRAMMEN

Videreutdanninger:

- Psykososialt arbeid med familier med barn 0-4 år (30 stp.)
- Rusproblemer i et livsløpsperspektiv – lokalt rusarbeid (15 stp.)
- Psykoterapi: Integrativ terapi (60 stp.)
- Kunst- og uttrykksmetoder i coaching og teamarbeid (60 stp.) Oppstart juni!*
- Hjerneslag- tverrprofesjonell behandling, rehabilitering og kunnskapsutvikling (30 stp.)
- Ernæring og helse – ernæringsarbeid i folkehelse, utdannings- og helsesektoren (30 stp.)
- Sår- forebygging, behandling og lindring (30 stp.)
- Tverrprofesjonell videreutdanning i Smertebehandling (30 stp.)
- Kunnskapsbasert praksis (15 stp.)
- Danse- og bevegelsesterapi (30 stp.)*

*Med forbehold om godkjenning

Masterstudier:

- Klinisk helsearbeid, studieretning geriatrisk helsearbeid (120 stp.)
- Klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid (120 stp.)

CAMPUS PORSGRUNN

Videreutdanninger:

- Aldring og eldreomsorg (60 stp.)
- Helsesøster (60 stp.)
- Psykisk helsearbeid (60 stp.)

- Samspill og tilknytning mellom barn og nære omsorgsgrupper (30 stp.)
- Aktiv omsorg (15stp.)
- Barnevern i et minoritetsperspektiv (15 stp.)

Masterstudier:

Forebyggende arbeid med barn og unge (120 stp.)

CAMPUS VESTFOLD

Videreutdanninger

- Operasjonssykepleie (90 stp.)
- Kreftsykepleie (60 stp.)
- Geriatrisk vurderingskompetanse (30 stp.)
- Tverrfaglig videreutdanning i Psykososialt arbeid med barn og unge (60 stp.)
- Tverrfaglig videreutdanning i Personorientert helserett (30 stp.)
- Diabetes for sykepleiere (30 stp.)*
- Munnhelse (30 stp.)*
- Hygiene og smittevern (50 stp.)*
- Global helse (15 stp.)

*Med forbehold om godkjenning

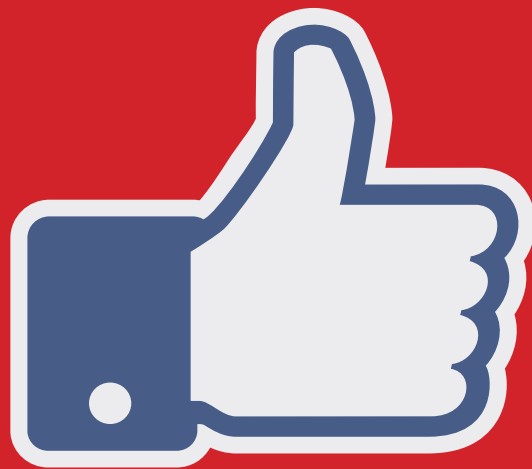
Masterstudier:

- Helsefremmende arbeid (120 stp.)
- Anestesisykepleie (120 stp.)
- Intensivsykepleie (120 stp.)
- Avansert klinisk sykepleie (120 stp.)
- Påbygg master i jordmorfag (40 stp.)
- Påbygg master anestesisykepleie (60 stp.)
- Påbygg master intensivsykepleie (60 stp.)

usn.no/studier

58.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



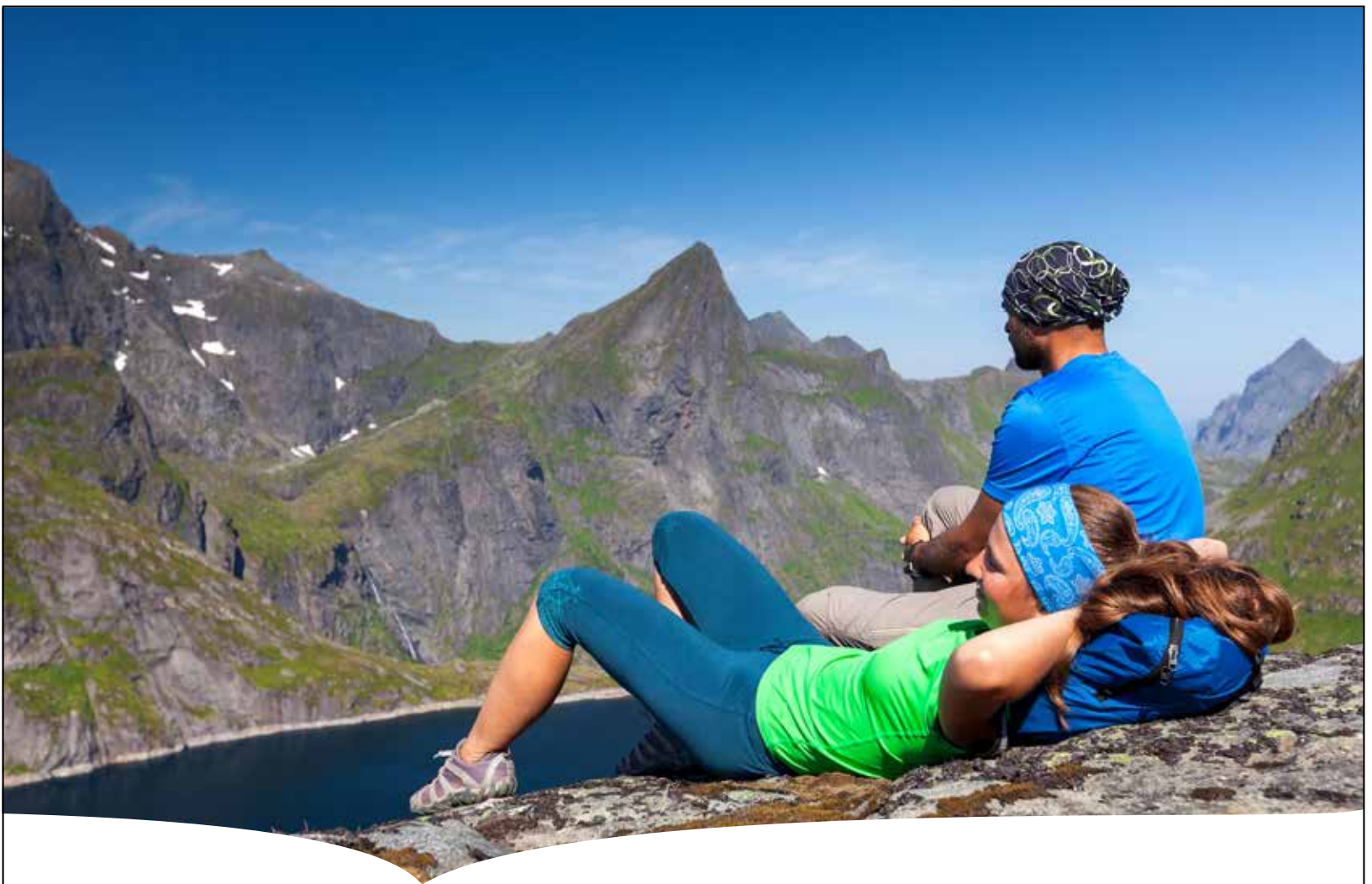
facebook.com/Sykepleien

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss du også om du ikke allerede gjør det!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien



Frihet i praksis!

Vi tilbyr deg frihet i praksis. Du bestemmer selv hvordan du vil jobbe. Du kan allerede nå bestemme ferien til sommeren uten å vente på plassering i feriepulje. Du kan bestemme deg for skihelg med venner og julaften trenger du aldri mer jobbe om du ikke vil. Det er frihet i praksis.

Vi tilbyr deg fast ansettelse, svært gode lønnsbetingelser, pensjonsavtale med KLP og gode forsikringsordninger. I tillegg får du din egen bemanningsrådgiver som selv har utdanning og erfaring fra helsevesenet. Vi vet hvordan arbeidshverdagen er for sykepleiere.

Dedicare har avtale med alle sykehus i Norge samt over 100 kommuner og private virksomheter.

Arbeider du for oss, vil du merke at vi bryr oss om deg.

Snakk med oss i dag om din drømmemiks mellom arbeid og fritid.

Og vent ikke med å ta kontakt om du vil sikre deg sommerjobb.

Husk: De beste jobbene går alltid først!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse