



Rustet til kamp

Resistens. Uvettig bruk av antibiotika truer moderne medisin. Sykepleiere spiller en nøkkelrolle for å håndtere smitten og begrense bruken. **26**

● **Hva skjer**
Buffervakter mot sykemeldinger. **20**

● **Sykepleie**
Færre stryker i praksis. **60**

● **Påfyll**
Teater om å få Alzheimer. **66**

● **Meninger**
Religion gir ikke proff omsorg. **76**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,55 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,65 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,55 %.

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

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,63 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 721 834.
Boliglån: Effektiv rente 2,73 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 752 250.
Rammelån: Effektiv rente 2,75 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 758 250.
Prisene er per 19.06.2015 for nye lån og kan bli endret.



NOVARTIS HJERTESVIKTS- AKADEMI *for sykepleiere*



Tid: **Torsdag 10. september 2015**

Sted: **Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, Grønt auditorium**

Vi ønsker nok en gang å invitere til Novartis hjertesviktsakademi. Denne gangen er det fokus på komorbiditeter og oppfølging av hjertesviktspasienten. Møtet passer for sykepleiere som jobber på sengepost eller poliklinikk hvor de i sitt daglige arbeid møter mange hjertesviktspasienter. **Ingen deltageravgift.**

Hjertesvikt - komorbiditeter og oppfølging av hjertesviktspasienten

- 9.30-10.00: Registrering**
- 10.00-10.05: Velkommen**
v/ Solveig Frøiland, Novartis Norge AS
- 10.05-10.50: Nyresvikt og kardiorenalt syndrom**
v/ Bård Waldum, Overlege, MD PhD, OUS Ullevål
- 10.50-11.00: Kaffepause**
- 11.00-11.30: Ekkoparametere ved hjertesvikt**
v/ Jan Otto Beitnes, MD PhD, OUS Rikshospitalet
- 11.30-12.00: Farmasøyt i det tverrfaglige teamet**
v/ Anne Fjørkenstad og Niklas Nilsson, Kliniske farmasøyter, Sykehusapotekene Oslo
- 12.00-13.30: Lunsj**
- 13.00-13.30: Hjertesvikt og jernmangel**
v/ Sigrun Halvorsen, Avdelingsleder og professor, OUS Ullevål
- 13.30-14.15: Hjertesvikt og oppfølging på hjertesviktpoliklinikk**
v/ Kari Korneliussen, kardiologisk sykepleier ved hjertesviktpoliklinikken, Sykehuset i Vestfold
- 14.15-14.30: Kaffepause**
- 14.30-15.00: Behandler vi hjertesvikt i henhold til gjeldende retningslinjer?**
v/ Arne Westheim, dr.med.
- 15.00-16.00: Rehabilitering og livskvalitet**
v/ Helge Istad, spesialist i indremedisin, Feiringklinikken
- 16.00: Pizza**

Ønsker du å delta, meld deg på ved å sende en e-post til solveig.froeiland@novartis.com. Svarfrist: **snarest.**

"Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon."

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blærevæggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk indusert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

**”47 % respondere etter 6 instillasjoner,
60 % etter 10 instillasjoner”**

**”96 % av pasientene opplevde noen form
av forbedring”**

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 40
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**



Noe å tenke på for deg som har mye å tenke på.

Eurocard er mer enn et globalt betalingsmiddel. Vi forenkler også bedriftens betalingsløsninger for at du skal spare tid og penger. Tiden du får til overs kan du bruke til viktige ting, som å tenke ut planer for fremtiden.

Les mer om hvordan vi kan hjelpe deg på eurocard.no

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 fra 22,96 % til 33,87 %
(33,87 % hvis årsavgift kr 645). Kredittkostnad kr 1.441–2.086.



La verden forandres.

Ovesterin® østriol

Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt
Ovesterin® (østriol) er effektivt



Ovesterin® 0,5mg Vagitorier 15 stk Ovesterin® Vaginal Krem 01% m/applikator 15g

Ovesterin® inneholder østriol, som er et av de kvinnelige hormonene (østrogenerne) som kroppen produserer.

Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Under og etter overgangsalderen (klimakteriet) går østrogenproduksjonen ned. Kvinner kan da få plager som irritasjoner og tørrhet i skjeden, smerter under samleie, tilbakevendende urinveisinfeksjoner og urininkontinens.

Ovesterin® vagitorier og krem er hormonerstatningsbehandling som kan brukes for behandling av slike plager.

Ovesterin® Vagitorier og Vaginal Krem er reseptfrie legemidler. Les pakningsvedlegget før bruk.

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic



Innhold



08 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 3. august

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



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 12** Hva skjer – smånytt
- 17** I nyhetene: Liv Skomakerstuen Ødbehr
- 20** En buffer når det trengs
- 26** Tema: Antibiotikaresistens
- 38** Får bedre forståelse for smerte
- 40** – Trenger rause fosterforeldre

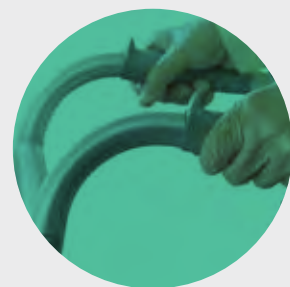


Prosjekt ga økt stilling fra 75 til 92 prosent. **20**



Sykepleie

- 46** Oppfølging gir færre hoftebrudd
- 50** Mindre stress med mindfulness
- 53** Min jobb: Torill Berg
- 54** Trygger eldre som skrives ut av sykehus
- 58** Etikkk: Også sykepleiere må bli hørt
- 60** Få studenter stryker i praksis



Pasienter med hoftebrudd bør følges opp. **46**



Påfyll

- 64** Småstoff
- 65** Liv laga
- 66** Intervju: Hildegun Riise
- 68** Bokanmeldelser
- 69** Hva leser du nå?
- 70** Fakta: Pasient- og brukerombudet
- 72** Quiz og kryssord



Spiller ung kvinne med Alzheimer. **66**



Meninger

- 74** Forbundslederen
- 75** Minneord: Eli Haugen Bunch
- 76** Anlovs arrest
- 77** Innspill: Karin Bell Trældal
- 78** Angelina Belova
- 80** Tett på Helene Gavlen

- 85** Stillinger og kunngjøringer



Helene Gavlen er jordmor og fostermor. **80**

Forsidefoto: Erik M. Sundt

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. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ingvald Bergsagel, Ole Morten Vindorum.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedsjef (91 60 38 12). Maud P. Kaino, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S





Populisme. Når vi tvinger politikere til å oppføre seg som skuespillere, er det lett å bli skuffet.

Showtime!



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

V i ante det allerede i begynnelsen av august. Det bygget seg opp under den såkalte «Arendalsuka». Og så eksploderte det i begynnelsen av september: Politikere har igjen invadert livene våre. Det kjennes nesten ut som om vi får dem inn intravenøst. Du kan ikke skru på radioen uten å få Trine på øret. Du kan ikke surfe på nett uten å få Jonas i fleisen eller zappe foran tv uten at eiendomsskatt, eldreomsorg eller kommunesammenslåing dunderer inn i stua.

PRIMITIVT. Ettersom valget nærmer seg, er det også blitt tiltakende vanskelig å bevege seg på gata uten å snuble over en valgstand der en stakkar står og deler ut små brosjyrer som forbigående diskret forsøker å kvitte seg med ved neste søppelkasse. Kampen om vår oppmerksomhet kan oppleves litt anmasende. Partiene bruker sleggekraft for å få to minutter på distriktssendingen. Nye millioner til et godt formål eller en undersøkelse som viser noe ille. Å innta et primitivt standpunkt som rører ved folks behov for trygghet, er også virksomt.

GLATT. Jeg har i det siste grublet litt på om det er politikere som er blitt mer endimensjonale og glatte med årene – eller om det har skjedd noe med oss selv – velgerne – som gjør det så vanskelig for politikere å framstå som sammensatte mennesker. Jeg tipper på det siste, men registrerer at det finnes en del mennesker som gjennom en lang valgkamp utvikler en slags forakt for dem som kjemper om å bli valgt. Det er bare å lese kommentarfeltene på sosiale medier, så skjønner du hva jeg mener. Der omtales politikere gjerne som en upålitelig og sleip rase. Siste sort.

SIGAR. Mye har skjedd siden min onkel Johan i sin tid ga meg et innblikk i hva en politiker egentlig var for noe. Han satt i den nederlandske nasjonalforsamlingen på 60- og 70-tallet og imponerte meg som barn, mest gjennom sin evne til å snakke livlig uten å ta sigaren ut av munnen. Med sin dype basstemme kunne han komme med lange politiske

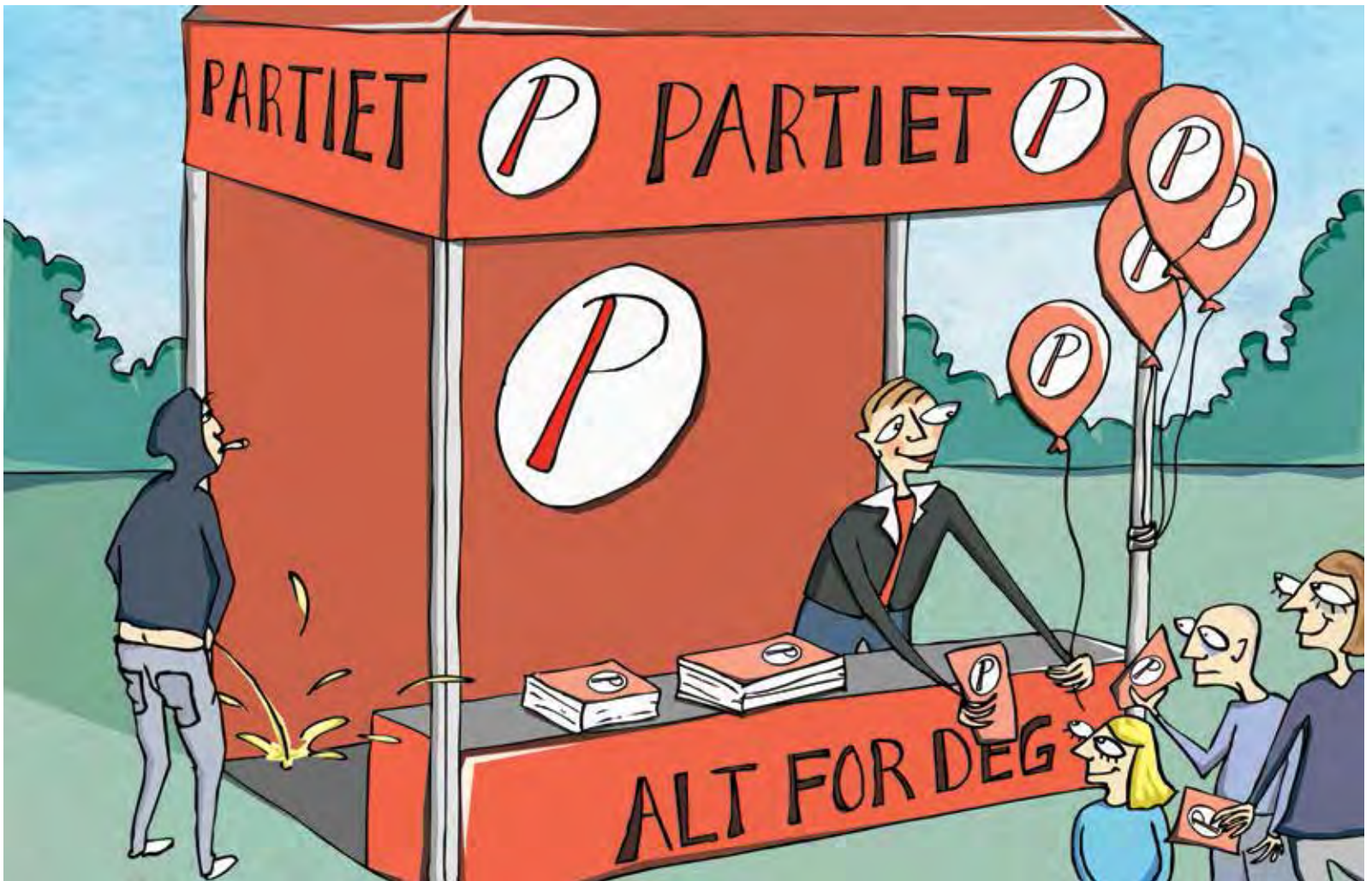
resonnementer mens jeg gradvis mistet tråden, uten at det la noen demper på stemningen.

Onkel Johan ble stadig gjenvalgt, selv om vi aldri hørte ham på radio eller så ham på tv. Det hadde trolig noe å gjøre med at folk stort sett stemte på det samme partiet uansett, avhengig av hvilken samfunnsklasse eller religion de tilhørte. Arbeiderne stemte på Arbeiderpartiet, de kristne på kristendemokratene og kommunistene på kommunistene. Min onkel var heldig som tilhørte et parti som var såpass stort at han alltid fikk plass, bare han holdt en intelligent tale i ny og ne blant sine egne.

DEN TID ER FORBI. I dag oppfører politikere seg mer som om hver dag kan være deres siste. Budskapet skal fram, om det så er i den mest forenklete form. Selv lokalpolitikere må «komme gjennom» i lokalavisa for å lykkes i sitt ærend. De må tilpasse seg spillets regler og framstå som troverdige med et resonnement som ikke kan utgjøre flere enn tre argumenter. De må ha pekefingerne resolutt i været i enhver debatt og dra opp de spissformuleringene som vil gi dem terningkast fire, minst.

Denne utviklingen mot en type politiker som bevisst spiller på vår korttidshukommelse, må likevel ikke nødvendigvis tolkes slik at det er noe grunnleggende galt med de politikere vi har. Det ville være en kortslutning. Her må vi huske at den personen vi ser på tv og i nettdebattene, faktisk ikke er det hele mennesket. Det er bare den personen vedkommende skal framstille når han eller hun formidler sitt politiske budskap. Gjerne etter anbefaling fra partistrateger og kommunikasjonsrådgivere. Kampen om oppmerksomheten har gjort at politikere føler seg nødt til å ikle seg rollen som skuespillere. Valgkampen er deres «showtime».

RESPEKT. Det vi hører i valgkampen, er selvfølgelig ikke det vi får. For når valget er over og mikrofonene skrur av, blir politikere igjen helt vanlige mennesker. Som gjør så godt de kan. Personlig har jeg stor respekt for mennesker som ofrer så mye av sin (fri-)tid for å ta på seg utakknemlige verv mens vi



Illustrasjon: Marie Rundereim

andre går på tur eller ser på tv. De fleste politikere har en vanlig jobb og må – på si – pløye gjennom mengder av dokumenter for å prioritere kommunens penger det er for lite av. All ære til disse vanlige menneskene som orker å være med på sene kommunestyremøter for å diskutere om en skole må legges ned her eller et sykehjem må stenges der.

MISTENKSOMHET. Selvfølgelig, noen kommunepolitikere roter det ordentlig til for seg selv. Når man i Bergen aldri blir ferdig med å snakke om bybanen, eller når det i Oslo er vanskelig å tro på et nytt Munchmuseum, før de faktisk begynner å grave der, er det slett ikke noe reklame for det lokale selvstyre.

Men jeg kjøper ikke den lettvinde politikerforakten som man finner særlig på sosiale medier. I stedet for økende mistenksomhet mot politikernes ærlige hensikter, må vi kanskje spørre oss hva vi, velgerne, egentlig har gjort med politikerne

våre. Er det rart vi får populistiske politikere når vi som velgere oppfører oss som om valget er en slags realityserie?

VERDIVALG. Det er et betenkelig utviklingstrekk at et synkende antall velgere har et trofast forhold til et parti, basert

«Hva har vi gjort med politikerne våre?»

på verdivalg og ideologi. I stedet for å stemme på personer og partier som vet at selv enkle spørsmål av og til krever vanskelige svar, velger vi de som har enkle svar på selv de vanskeligste spørsmålene. Når «showtime» så er over, skjønner vi at politikken ikke er noe skuespill. Men da kan det være for sent. ● Godt valg!



Skinner dine arbeidsklær av din personlighet?

The work that is good enough is the work done by skilled hands, guided by a clear mind inspired by a loving heart



Stetoskop 199 kr



Tunika fra 329 kr



Støttestrømper fra 99 kr



Arbeidssko 599 kr

10% RABATT
Angi koden:
SYKEPLEIEN-4

www.color4care.no



#color4care



Color4care



23 96 09 36



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 08 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema

Opp i stilling: Arbeidstidsprosjektet har gitt Kine-Marita Krüger økt stilling fra 75 til 92 prosent. Det er de økte prosentene som utgjør hennes buffervakter.



Tema. Kampen mot antibiotikaresistens. **26**



«Hvis pasienten spør om det, kan sykepleieren be.»
Liv Skomakerstuen
Ødbehr. **17**



Utdanning. Får bedre forståelse for smerte. **38**

Senket sykefraværet

Bodø. Sentrum sykehjem halverte sykefraværet for andre gang, blant annet ved hjelp av «buffervakter». **20**



Fullt hus: Kantina på Lovisenberg diakonale høyskole var stappet til randen med tilhørere. Foto: Ingvald Bergsagel

Psykedelisk stoff mot depresjon

Danske forskere skal teste det psykedeliske stoffet psilocybin på mennesker. Målet er å finne ut om det har en positiv effekt på psykiske lidelser som depresjon.



– Det ser lovende ut, og siden stoffet har vært kjent i årtusener, er det mindre fare for bivirkninger, sier Sebastian Leth-Petersen.

videnskab.dk

Husk: 116117

1. september fikk alle landets legevakter felles nummer: 116117.

Uavhengig av hvor du oppholder deg, og uansett tid på døgnet, skal 116117 gi deg kontakt med nærmeste legevakt. Nummeret kan ringes både fra fasttelefon og mobil, og er gratis å bruke.

Men du skal fremdeles ringe 113 når det er akutt skade og står om liv.

Helsedirektoratet



Operasjoner uten effekt

Fagfolk og undersøkelser viser at folk over 40 ikke har nytte av operasjon for degenerative tilstander i kneet. Likevel opereres flest i denne aldersgruppen.

– At artroskopi ikke er virksom mot degenerativ menisk, har vi visst i ti, femten år, sier Ole Tjomsland, direktør for kvalitet og fagområder i Helse Sør-Øst.

Dagens medisin



Lover videreutdanning til 15 000

VALGLØFTER: Statsminister Erna Solberg lovet øremerkete midler til videreutdanning av 15 000 sykepleiere og helsefagarbeidere da hun møtte Jonas Gahr Støre til debatt 24. august om bemanningsutfordringer i helsesektoren.

Statsministerens motdebattant, Jonas Gahr Støre, var på sin side opptatt av at det legges bedre

til rette for et helhetlig og fristende yrkesløp for sykepleiere enn det som er tilfellet i dag.

– Dersom unge mennesker ser at mange ferdigutdannede sykepleiere blir møtt med tilbud om deltidsstillinger, lav lønn og usikre forhold, vil nok en del 16–17-åringene tenke seg om to ganger før de velger sykepleierutdanning, mente den tidligere helse- og

omsorgsministeren fra Ap.

Debatten etterlot liten tvil om at helsepolitikk, og ikke minst bemanningssituasjonen, engasjerer i årets valgkamp. 400 fremsatte stoler viste seg å være langt fra nok, og kantina på Lovisenberg diakonale høyskole var stappet til randen med engasjerte tilhørere, tv-kameraer og journalister.

sykepleien.no

Travle pleiere

Trondheim. Minstepensjonisten Bjørg Kulvik (81) leier inn profesjonelle sykepleiere to ganger i uka for at mannen Per (82) skal komme på beina. TV2

Fakta og tall. Valg i Norge

78,2 %

I 1965 var valgdeltakelsen i Norge 85,4 prosent. I 2013 gikk 78,2 prosent av stemmeberettigete nordmenn til valgunnene.

66,9 %

Ved sametingsvalget i 2013 var valgdeltakelsen 66,9 prosent.

61,2 %

Ved kommunevalget i 2011 stemte 61,2 prosent.

59,9 %

Ved fylkestingsvalget i 2011 stemte bare 59,9 av de stemmeberettigete.

80 %

Både Danmark, Sverige og Island har høyere valgdeltakelse enn Norge på over 80 prosent.

SSB



Kroner: Kommuner kan søke om opp til 500 000 kroner.
Foto: Scanpix

Kommunehelse under ett tak

PENGESTØTTE: Helse- og omsorgsdepartementet støtter kommuner med 21,8 millioner kroner for å samle helsetjenester under ett tak.

Kommuner kan søke om opp til 500 000 kroner for å utrede samlokalisering av helsetjenester. Kravene for å få støtte er følgende:

Det må være minst én allmennlege blant tjenestene som er planlagt samlokalisert.

Det må være kommunene selv – snarere enn eksterne konsulentbyråer – som foretar utredningen.

Utredningen må resultere i en sluttrapport med anbefalinger for veien videre.

Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet, og søknader kan sendes inn via direktoratets nettsider. Søknadsfristen for 2015-tildelingen er satt til 1. oktober.

Tiltaket er et av satsingsområdene i regjeringens Primærhelsemelding. Stortinget skal behandle meldingen i løpet av høsten.

– Samlokalisering bidrar til en dør inn for brukerne og legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene. Fysisk nærhet har i mange studier vist seg å bedre kommunikasjon og samhandling, ifølge Primærhelsemeldingen. Dagens medisin

Nordisk akutt-samarbeid

De nordiske landene samarbeider for å forbedre de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Arbeidet omfatter:

Utvikle og samle inn felles nordisk virksomhetsdata og kvalitetsindikatorer.

Sammenstilling og benchmarking av de nordiske tjenestene i 2018.

Alle de nordiske landene har nå oppnevnt sine myndighetsrepresentanter og fagpersoner til arbeidet. Helsedirektoratet





DET ER MANGE FORDELER VED Å VÆRE SYKEPLEIER



Norsk Sykepleierforbund har avtale med Esso MasterCard. Noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

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



Søk om kort online med din BankID, så får du kortet rett i postkassen!
Onlineskjemaet finner du på essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 er 31,13 %.
Kredittkostnad kr 1.947.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Hva skjer. Arbeidsmiljø



Studenter tier om skader

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

PRAKSIS: Det er ikke alltid like lett å si fra når noe går galt. Spesielt om man ikke kjenner konsekvensene, eller frykter det hele er ens egen skyld.

– Skolene må bli flinkere til å gi tilstrekkelig undervisning om hvordan studenter skal takle vanskelige situasjoner de kan komme opp i i praksisperioder, sier leder for NSF Student, Mia Andresen.

– Det er viktig at man snakker om hele spekteret – alt fra forflytningsskader til seksuell og psykisk trakassering.

KUN HALVPARTEN FØLGES OPP.

I en spørreundersøkelse gjennomført av NSF Student kommer det frem at under halvparten av alle sykepleiestudenter som skades i praksis melder fra om dette. Av disse igjen, blir under halvparten fulgt opp av skole eller praksissted.

12 prosent av de spurte studentene oppga at de hadde blitt skadet i praksisperioden. Det er hovedsakelig tre typer skader som går igjen: vold – ikke nødvendigvis bevisst – fra pasienter, stikkskader fra nåler, samt muskel- og ryggplager etter belastning ved løft og liknende.

KUNNSKAP OG TRYGGHET.

Ledelsen i NSF Student er bekymret, både for omfanget av skader, graden av innrapportering og oppfølgingen studentene får fra skole og praksissted. De etterlyser nå større satsing på forebygging og bedre varslingsrutiner.

– Jeg tror at med kunnskap kommer det trygghet og det blir enklere å ta beslutninger, sier studentleder Andresen.

– I starten av utdanningen kan studenter ha vanskeligere for å si fra om de ser at de burde ha gjort noe annet. Spesielt når man er alene, for eksempel i hjemmesykepleiepraksis, eller

i andre situasjoner der man ikke har tid til å rådføre seg.

LÆRER IKKE FOREBYGGING. I undersøkelsen oppga ellers nesten én av fire studenter at de ikke hadde fått opplæring i hvordan man kan forebygge skader i praksisperiodene. Dette til tross for at så godt som alle respondentene i undersøkelsen (98,6 prosent) allerede hadde vært ute i praksis.

OVERRASKET. – Det er viktig at studenter ikke bagatelliserer skader i praksis og at slikt heller ikke bagatelliseres av praksisstedene, sier Liv Hovelsrud, studieleder ved Institutt for sykepleie på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Hun mener at hennes egen skole forbereder sine studenter godt, og at disse er flinke til å rapportere inn skader som oppstår.

– Jeg synes det er overraskende at så få i denne undersøkelsen oppgir at de rapporterer inn. Mange synes nok det kan være vanskelig å si fra og lurere kanskje på om de selv har gjort noe feil.

Hovelsrud mener tallene viser at det er rom for en kulturendring.

– Det er i første rekke noe skolene må ta tak i, men praksisstedene har også et medansvar, mener hun.

LITEN UTVIKLING. NSF student gjennomførte en liknende undersøkelse i 2013. Den gangen spurte man også om skader under arbeid i helsevesenet som ikke var relatert til praksis.

Totalt svarte da 29,3 prosent at de hadde blitt utsatt for yrkesskade, og av disse var 11,3 prosent skadet i praksisperioder, mot, som nevnt, 12 prosent i 2015. Det er med andre ord lite utvikling å spore på feltet de siste to årene. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



– Mer tid til å prate med pasientene

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

MER ENN LØNN: Svenske sykepleiere tjener i snitt 10 000 kroner mer i måneden i Norge enn hjemme. Men det er ikke det økonomiske som er avgjørende for at mange drar til Norge.

Hver tiende svenske sykepleier jobber regelmessig i Norge.

– Livskvaliteten er avgjørende, og arbeidstempoet. Her har vi tid til å prate med pasientene, vi har tid til å lytte til det de har å si. Man har ikke like dårlig samvittighet her, sier Linda Andersson fra Stockholm til Svenska Dagbladet. Hun jobber på Ullevål sykehus i Oslo.

Sine vel tre år som sykepleier på Södersjukhuset i Stockholm beskriver Linda Andersson på følgende måte:

– Det var veldig tungt, man måtte stå på 110 prosent hele tida. I helgene måtte man hvile for å kunne orke å gå på jobb igjen på mandag.

MANGLER 2500. Gjennom flere år har sykepleiermangel vært et voksende problem i Sverige. I dag mangler rundt 2 500 sykepleiere, ifølge offisielle tall. Hele 45 000 utdannede svenske sykepleiere har forlatt yrket. Over 12 000 jobber i Norge, noe som utgjør rundt ti prosent av alle yrkesaktive svenske sykepleiere.

– Det er klart det er en ulempe at folk velger bort den svenske sykepleieren fordi den er for slitsom å jobbe i, og at man ikke blir verdsatt nok for jobben man gjør. Jeg er forundret over at de svenske arbeidsgiverne ikke tenker over dette og tar til seg hva som lokker sykepleierne tilbake til Sverige. Med 10 000 kroner mer i måneden og bedre arbeidsforhold kommer nok mange tilbake, sier Ann Johansson, nestleder i Vårdförbundet, det svenske sykepleierforbundet, til Svenska Dagbladet.

STENGTE SENGER. Første uka i august var rundt 5 000 senger stengt på svenske sykehus. Det viser en oversikt Dagens Nyheter har innhentet fra samtlige regioner og landsting i Sverige. Mange landsting opplyser at de har hatt færre

«Man har ikke like dårlig samvittighet her.» Linda Andersson

aktive senger i år enn året før.

Nå går sommeravviklingen mot slutten, men det er klart at mange av de 5 000 sommerstengte sengerne ikke kommer til å tas i bruk til høsten på grunn av sykepleiermangel. Også i Sverige er mangelen på spesialsykepleiere kritisk. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fakta

Sykepleiere fra Sverige

- I Sverige er det 119 000 yrkesaktive sykepleiere. I tillegg finnes 45 000 sykepleiere som har forlatt yrket og 35 000 pensjonerte sykepleiere.
- Av de yrkesaktive sykepleierne har 23 715 skaffet seg norsk autorisasjon.
- Av Sveriges 8 000 jordmødre har 1 237 norsk autorisasjon.
- Alle svenske sykepleiere med norsk autorisasjon jobber ikke i Norge, men anslagsvis jobber halvparten eller 12 000 i Norge regelmessig.

Kilde: Vårdförbundet og SAK

SABO

- når du vil merkes!

Det du trenger for en god arbeidsdag



NAVNESKILT



KLOKKER



SAKS



JOJO MED ID-KORTHOLDER



Stort utvalg i nettbutikken
www.sabo.no

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@solgullet

Søndagsvakta si det med thaimat, kjempekumper og et lass med flotte kollegaer. Her er det mye latter og masse omsorg



@linebygd

Takk for en flott tur jenter! Sommerens topptur unnagjort fint med fridager i turnus når resten har ferie



@christinasandholm

Vi feire næsjonal dag for danske hospitalskløvne



@christinakva

Jeg vet om ei som elsker jobben sin!



@asteinnleggen

Endelig helg etter å ha holdt Norge igang



@cathrinehuud

Klager ikke på turnusfri i dag



@seterragnhild

Ei hand å hold i



@helenesofia

Love my job



@sinnor90

klargjøring av infusjoner!



Liv Skomakerstuen Ødbehr

Vil ha åndelige sykepleiere

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Anders Gimse**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier, forsker og leder på Institutt for sykepleie på Høgskolen i Hedmark

Alder: 50 år

Bakgrunn: «Religion bør få en mer naturlig plass i eldreomsorgen», skrev forskning.no 9. august. «Savner samtaler om Gud på sykehjemmet», var overskriften i Dagen 18. august. Begge har intervjuet Liv Skomakerstuen Ødbehr, som selv er kristen og har forsket om sykepleiernes erfaringer med å gi åndelig omsorg til demente pasienter. Dette er med i doktorgradsavhandlingen hun leverte før sommeren.

Du vil at sykepleiere skal be med pasientene. Hvorfor det?

– Hvis pasienten spør om det, kan sykepleieren be. Men sykepleieren kan føle at det er fremmed. Da kan man finne en annen. Det må bare ikke bli et ikke-tema.

Hva er åndelig omsorg?

– På et mellommenneskelig plan dreier det seg om livssyn, tro, det eksistensielle og døden. Men det kan også handle om håndlag: Hvordan man møter demente. Verdens helseorganisasjons perspektiv er at sykepleiere skal dekke både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.

Religion er skamfullt å snakke om, har du sagt?

– Vi har ingen kultur for å snakke om tro eller å synge en salme med pasienten. Det virker pinlig for mange.

Sykepleierne har vel nok med å stille og medisinere pasientene?

– Pasientene har helhetlige behov. Det er grunnleggende å ønske å oppleve at noen er glad i dem og vil dem vel. Sykehjemmet er jo hjemmet deres. Hvis pleierne bare er opptatt av å skifte bleie, forlades kjernen i sykepleieomsorgen.

Er synet ditt kontroversielt på skolen?

– Nei, for det er lite om dette i utdanningen. Men Norge blir stadig mer multikulturelt, så disse spørsmålene blir aktualisert. Det trengs oppgradert kunnskap om åndelig omsorg.

Skal sykepleiere be muslimske bøner også?

– Mange kan føle at det er fremmed, slik det sikkert er vanskelig for muslimer å be kristne bøner. Men her må man være løsningsorientert.

Hvilke reaksjoner har du fått på oppslagene?

– Mest positivt. Mange kjenner seg igjen. Men noen mener at så lenge pasientene ikke får dekket grunnleggende behov, hjelper det ikke å ha en hånd å holde i. Men omsorg skal utføres med barmhjertighet. Gjøres det på en uverdigg måte, kan det skade. Dette handler om hva sykepleie er innerst inne.



Overivrige kristne kan også invadere pasienter med sin tro?

– Det kan være en fare for at kristne blir fanatiske. Men de fleste kristne er så redde for å gjøre feil at de trekker seg heller tilbake. De vil ikke påvirke sårbare pasienter. Fanatisme må møtes med kollegiale sanksjoner.

Du er særlig opptatt av demente?

– Etter 20 år på sykehus, også som intensivsykepleier, begynte jeg i undervisningssykehjem. Jeg så hvor knappe ressursene var i kommunene. Særlig demente er underprivilegert. Jeg så at her trengs det mer forskning og kompetanseheving.

Har du selv bedt sammen med pasientene?

– Ja, med onkologi- og traumepasienter ble det sentralt. Men jeg merket restriksjonene og kjente at jeg ble reservert.

Hva har sykepleierne fortalt deg?

– At mange pasienter ønsket å bli bedt for. De roet seg av det. Pleierne kunne synge, holde hånd, møte blikket. De utførte åndelig omsorg, men hadde ikke begreper om det. De fortalte historier de ikke hadde fortalt i avdelingen.

Hva er ditt største ønske?

– En kultur der det ikke er tabubelagt å snakke om åndelige behov. Det kan tas opp på temadager. Det er en forskeroppgave å utvikle kunnskap og implementere det i praksis. ●

marit.fonn@sykepleien.no

De kjente og kjære.....



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



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



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

De ukjente og fremtidens kjære.....



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



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

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

ditt naturlige valg
NATUR
import

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

Hva skjer. Faggrupper



Vil styrke Barnekreftforeningen

• Tekst **Johan Alvik**

NYE OPPGAVER: Leder i NSF's faggruppe Forum for Kreftsykepleie, Britt Ingunn Wee Sævig, skriver i siste utgave av fagbladet *Kreftsykepleie* om hvordan hun ser for seg Barnekreftforeningen arbeid i nær fremtid og hvordan hun vil jobbe for å styrke foreningens posisjon. Wee Sævig er relativt nyansatt fagsjef i foreningen.

Barnekreftforeningen er en frivillig organisasjon som ble stiftet av foreldre til kreftsyke barn i 1982. Foreningen skal gi støtte og informasjon til familier som rammes av barnekreft. Foreningen arrangerer blant annet samlinger og legger til rette for at kreftrammede familier skal hjelpe hverandre ved å være foreldrekontakter, såkalte likemenn. En foreldrekontakt er en samtalepartner som har egen erfaring med å ha et kreftsykt barn.

Wee Sævig skriver at Barnekreftforeningen har en visjon om at ethvert barn og familie som opplever barnekreft ikke skal føle seg alene.

Et viktig arbeidsområde er også å bedre det helhetlige behandlings- og rehabiliteringsstilbudet, samt å bidra til forskning.

«Som fagsjef i Barnekreftforeningen håper jeg etter hvert å kunne bidra til å gjøre foreningen enda mer tydelig både i de ulike fagmiljøene og blant befolkningen generelt,» skriver hun i *Kreftsykepleie*.

Britt Ingunn Wee Sævig har lang erfaring fra å jobbe med kreftsyke barn, og hun mener det vil komme godt med som fagsjef.

«Gjennom flere år har jeg jobbet med denne pasientgruppen og ser det som en svært viktig plattform for å kunne befeste Barnekreftforeningen sin posisjon, også gjennom det å kunne påvirke sosialpolitisk,» skriver hun.



Hun skriver at foreningen har en svært viktig oppgave, blant annet i å tydeliggjøre hvor viktig det er at kreftrammede barn i hele landet får lik oppfølging.

«Oppfølging av familiene på hjemstedet skal ikke være avhengig av om de bor i by eller bygd,» skriver Wee Sævig.

Hun ser for seg Barnekreftforeningen som en sterk og tydelig aktør som bidrar til forskning, faglig utvikling og informasjon om sykdommen.

«Alle som hører om barn med kreft skal tenke på Barnekreftforeningen. Mitt ønske er at Barnekreftforeningen skal være den aktøren som er den naturlige samarbeidspartneren for både det faglige og politiske miljøet,» skriver Wee Sævig. •



FAGSJEF: Britt Ingunn Wee Sævig.



Mødres kamp for verdighet

• Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

AVHANDLING: Kvinner med psykiske lidelser og omsorgsansvar for egne barn, blir ikke spurt om det mest sentrale i deres liv – om det å være mor.

Dette hevder førsteamanuensis Nina Blegen ved Høgskolen i Oslo og Akershus i en artikkel i siste utgave av fagbladet «Psykisk helse og rus». Artikkelen tar utgangspunktet i Blegens egen doktoravhandling «Kallet til livets embete – mødre i helse og lidelse».

KRENKELSER. – Det å være mor handler om noe mer enn å oppfylle sosiale normer og juridiske krav. Det er også noe mer enn å mestre praktiske og dagligdagse gjøremål. Det handler om å oppfylle et indre genuint ansvar som er mennesket gitt og knyttet til dets absolutte verdighet, skriver hun.

Blegen mener at verdigheten hos mødre krenkes når denne dimensjonen bagatelliseres og/eller overses i behandlingsrelasjonen. Mødre beskytter seg selv og sine barn mot krenkelser ved å forholde seg tause og trekke seg tilbake.

FORTELLINGER. Forfatteren har dybdeintervjuet 15 mødre som hadde barn mellom 0 og 18 år. Alle mødrene var frivillig innskrevet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det var også en forutsetning at mødrene ikke hadde vært aktivt psykotiske de siste seks månedene, suicidale eller under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler under intervjuetiden.

Hensikten med studien er todelt. Blegen forklarer at hun ønsker å synliggjøre omsorgens innerste vesen slik den trer frem i helse og lidelse hos mødre som er pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Samtidig ønsker hun å utvikle kunnskap om mødrenes erfaringer av å bli møtt i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

FORTOLKNING. – Omsorgsvitenskapens enhetlige menneskebilde, ideene om omsorg, helse og lidelse som naturlig og menneskelig, har gitt føringer for min fortolkning og forståelse. Omsorg er grunnleggende naturlig for mennesket og består av å stelle/pleie, leke og lære for å skape en tilstand av tillit, tilfredshet, utvikling og kroppslig og åndelig velvære, skriver Blegen.

«Psykisk helse og rus» blir utgitt ut av NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, i samarbeid med Sykepleien. •



sorbact®
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com



En buffer når det trengs

Bodø. Sentrum sykehjem i Bodø har halvert sykefraværet for andre gang. Denne gangen består formelen blant annet av «buffervakter».

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

I 2006 flyttet Sentrum sykehjem i Bodø til nye lokaler i en fireetasjes bygning. Etter lange prosesser med dokumentert behov, ble grunnbemanningen økt. De innførte også en tettere oppfølging av hver enkelt langtids-sykemeldte, og personell med høyt korttids-fravær ble fulgt opp med samtaler. I tillegg ble det gjort tilrettelegging i virksomheten. Summen av alt gjorde at det totale sykefraværet ble halvert på bare ett år, fra nesten 16 til 9 prosent.

Gjetordene gikk om sykehjemets suksess, så til og med daværende kommunal- og regionalminister Magnhild Meltveit Kleppa kom på besøk i 2008 for å plukke opp gode tips. I 2010 fikk sykehjemmet også økt bemanningen med tre fulltidsstillinger.

FRA 14 TIL 5,4 PROSENT. Men akk, snart slet sykehjemmet igjen med høyt sykefravær på opptil 14 prosent, til tross for at alle sykepleiere som ønsket det, hadde fulltidsstillinger. Det høye sykefraværet ga også et underskudd i budsjettet, så trykket fra kommunen på å overholde tildelt økonomisk ramme var stort.

– Høyt sykefravær førte til hyppig innleie av vikarer. Dette førte igjen til ustabile arbeidsforhold og underskudd i regnskapet. Noe måtte gjøres, sier Ida Kristin Hansen, som har vært sykehjemets virksomhetsleder siden 2007.

I februar 2013 startet derfor runde to som fikk navnet «arbeidstidsprosjekt», samtidig med et annet prosjekt de kalte «Ibedrift». I fjor var det totale sykefraværet nede på 7,9 prosent, og siste halvår har det vært på 6,3 prosent. I april var

det på 5,5 og i mai var det på 5,4 prosent.

– Vi holder oss stabile nå, og er veldig fornøyd med det, sier Hansen.

En annen stor forandring er at tallene i regnskapet som før var røde, nå har blitt grønne. I 2014 gikk sykehjemmet med pluss 400 000 kroner i budsjettet.

Her er de viktigste endringene som ble gjort:

AVKLARTE STILLINGENE. – Vi hadde mange langtidssykemeldte. Folk som over år hadde slitt med helseproblemer, som hadde vært fulgt opp og prøvd ulike former for tilrettelegging. Det var viktig å få gjort avklaringer med disse sammen med HR-avdelingen. Noen skulle heller jobbe andre steder og noen fikk redusert stilling som de klarte å stå stabilt i. Der alt annet



Trives som buffer: – Det er et kjempepluss å bli kjent med så mange nye når man går buffervakt og plasseres på ulike avdelinger etter behov, sier Kine-Marita Krüger.

var prøvd og kommunen som arbeidsgiver ikke hadde noe tilbud, ble det gjort oppsigelser, men da med tre års fortrinnsrett, sier Hansen.

– Det lyder dramatisk?

– For flere var det en omfattende prosess. Men det handler om å ta folk på alvor, stille krav og finne de beste løsningene i hver situasjon.

TOK AV VIKARMIDLENE. De var også inspirert av heltidskulturen de hadde hørt om ved Gruben sykehjem i Mo i Rana, og så muligheten til å gjøre noe liknende i egen virksomhet:

– Vi tok vikarbudsjetten for korttidsfraværet og ekstravakter og brukte det til å øke stillinger til deltidsansatte. Til sammen ble det to årsverk. Årsverkene ble fordelt på cirka tolv hjelpepleiere/helsefagarbeidere, slik at de fikk økt

sin stilling med mellom 5 og 40 prosent, beretter Hansen.

Grunnbemanningen ble dermed økt med én pleier per vakt på dag og kveld hele uka. Denne

«Terskelen for å melde seg syk har blitt høyere.» Linn Merete Aftreth, verneombud

kalles «buffervakt» og går inn der det er behov for ekstra hjelp og dekker opp ved fravær. Hvor personen skal jobbe, blir avgjort hver morgen der avdelingslederne ser den vil behøves mest. Det kan

være på flere avdelinger i løpet av en og samme vakt. Ordningen krever derfor et godt samarbeid mellom avdelingslederne.

– Hva synes de om å måtte jobbe på flere avdelinger?

– De liker det mer enn de trodde de skulle gjøre, og tilbakemeldingene er at de blir tatt godt imot av kollegene, sier Hansen.

Det bekrefter også verneombudet, Linn Merete Aftreth.

RENHOLDSPERSONALE. Fordi sykehjemmet har tatt av vikarbudsjetten for å dekke lønnen til buffervakten, er ikke første alternativ å ringe etter vikar når noen er borte. De skal helst ikke bruke overtid, heller.

– Da har vi en omfattende plan B å ty





→ til. Blant annet bruker vi folk fra renhold i pleien, opplyser Hansen.

– Hva sier tillitsvalgte til det?

– Det er uproblematisk, og det er flere institusjoner i regionen som gjør det. Det er fortrinnsvis i helgene at de assisterer i pleie, men kan på vanlige dager også ha pasientrettede oppgaver. Det er unntaksvis at de må inn i hele vakter i pleie, sier Hansen.

– Kan de nok om pleie?

– Ja, de utfører oppgaver som ufaglærte kan gjøre, dessuten kjenner de pasientene ved at de jobber på huset ellers, mener Hansen.

På minussiden kan det gå ut over renholdet.

– Det vises veldig fort når ikke renholdet tas. Det blir ikke så koselig her da, sier verneombud Linn Merete Aftreth.

Hun opplyser at også avdelingslederne av-

«Siden grunnbemanningen er økt, kan buffervakten være med på å avlaste.» Linn Merete Aftreth, verneombud

laster under stell, ved blodprøvetaking og legevisitten.

BLANDETE ERFARINGER. Verneombudet ser både positive og negative sider av den nye ordningen.

– I tillegg til at sykefraværet har gått ned, har også arbeidsmiljøet blitt bedre ved bruk av buffervaktene. Jeg tror det har sammenheng med at de jobber på tvers av etasjer og bogrupper. Disse vaktene frigjør også mer tid til oss sykepleiere så vi kan få gjort mer administrative oppgaver, sier Aftreth.

– Hva sier de ansatte til deg?

– Buffervaktene er fornøyde, men det har ikke bare vært positive reaksjoner. Selv om statistikken viser at vi nå har flere vakter med økt bemanning, går det ut over oss på jobb når vi ikke kan leie inn noen ekstra ved fravær.

Hun legger til at det hender de leier inn ekstra personell likevel, for eksempel ved mye sykdom eller mange dårlige beboere.

– Men terskelen for å melde seg syk har blitt høyere fordi vi vet at det vil gå ut over kollegene hvis de blir borte.

– Er det bra eller dårlig?

– Begge deler, men det er også rom for å kunne gå på jobb selv om man ikke er helt i form, eller har en vond rygg. Siden grunnbemanningen



Fornøyd: Ida Kristin Hansen er mest fornøyd med at arbeidstidsprosjektet kombinert med Ibedrift-prosjektet har gitt økt nærvær på jobb.



Både og: – Verneombud Linn Merete Aftreth ser både positive og negative sider med buffervaktordningen.



Sentralt: Sentralt sykehjem i Bodø ligger i Rensåsgata.

er økt, kan buffervakten være med på å avlaste der det er folk på jobb som ikke er i form.

FÆRRE VIKARER. Hun opplyser at når de ansatte har evaluert ordningen, har det kommet frem flere positive enn negative sider.

– Men det er likevel enklere å huske de slitsomme dagene når vi er underbemanna, sier hun og legger til at det har blitt vanskeligere å finne vikarer nå enn før.

– De dagene vi faktisk har behov for vikarer, har de funnet seg jobb andre plasser. Det har blitt litt færre å ta av.

– Hva skulle den optimale løsningen vært?

– At vi var bemanna riktig og at det var lov å leie inn ekstra ved sykdom, kommer det kontant.

«Tidligere brukte avdelingslederne mye tid på å ringe rundt etter vikarer.»

Ida Kristin Hansen, virksomhetsleder

FORANKRING. Korttidsfraværet for mai lå på 1,9 prosent og langtidsfraværet var 3,5 prosent. Denne gangen ser det altså ut til at sykefraværet holdes stabilt lavt lenger enn ved forrige runde i 2008. Hansen peker på at en viktig faktor for suksess er at hele virksomheten er



Opp i stilling: Arbeidstidsprosjektet har gitt Kine-Marita Krüger økt stilling fra 75 til 92 prosent. Det er de økte prosentene som utgjør hennes buffervakter.

involvert, spesielt avdelingslederne, men også arbeidstakerne.

I tillegg mener hun det har skjedd en holdningsendring, hvor prosjektet de kaller Ibedrift har spilt en rolle.

Ibedrift er et samarbeidsprosjekt mellom NAV, helsesportsenteret og bedriftshelsetjenesten som Bodø kommune har gående over tre år. Der har de 130 ansatte blitt skolert innen muskel/skjelettlidelser og psykisk helse.

ØKT NÆRVÆR. Hansen tror prosjektet har bidratt til å avkrefte en del fordommer, blant annet om ryggplager.

– At man ikke skal ligge i ro og unngå bevegelse når man har vondt rygg, men at det tvert imot er mulig å ta smertestillende og komme

på jobb, for eksempel, sier hun.

Videre har de normalisert psykiske plager og avdelingslederne bekrefter at det nå er lettere å stille de ansatte spørsmål rundt dette enn det var før.

– *Hva synes du har vært den største gevinsten med endringene dere har gjort?*

– Det økte nærværet på jobb. Det har gitt et bedre tilbud til pasientene med mer forutsigbarhet og mer aktiviteter. Tidligere brukte avdelingslederne mye tid på å ringe rundt etter vikarer. Den tiden kan de nå bruke til andre ting. Og sykepleierrollen er mer definert enn før. Det er ikke bare stellet de skal ha med seg, men også bruke det vide blikket og gjøre utredninger. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta

Sentrum sykehjem

- Sentrum sykehjem i Bodø har 130 ansatte fordelt på 80,5 årsverk.
- Alle sykepleiere på dag/aften jobber heltid, med unntak for én som ønsker deltid.
- 60 plasser, målgruppen er personer med demens.
- Plassene er fordelt på ti boenheter, en av boenhetene har korttidsplasser.



Sa opp jobben – fikk tabuprisen

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

TVANG: Erfaringskonsulenten kommenterte den høye tvangs-middelbruken ved sykehuset. Det ville ikke ledelsen ha noe av. Resultatet ble at hun sa opp stillingen. Denne måneden fikk Målfrid J. Frahm Jensen tildelt Tabuprisen 2015 fra Rådet for psykisk helse.

STO ALENE. – Mistilliten mot meg ble stor, og jeg følte jeg sto svært alene mot åtti andre. Arbeidsforholdene

ble veldig vanskelige, sa Målfrid J. Frahm Jensen i mai om hvorfor hun valgte å si opp stillingen som erfaringskonsulent ved Stavanger universitetssjukehus (SUS).

Hun er glad og beæret over å motta Tabuprisen, men ser ikke på det som en revansj mot psykiatrisk divisjon ved SUS.

UREDD STEMME. Frahm Jensen får ikke prisen utelukkende på grunn av sitt arbeid ved SUS.

– Hun har vært en uredd stemme for brukerne av psykiske helse-tjenester. Hun har bidratt til oppmerksomhet mot mange tabuer innen psykisk helse med åpenhet om depresjon, angst, selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, selvskading og tvang, sier generalsekretær Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse.

– I mange år har Frahm Jensen arbeidet for at hennes egne erfaringer med hjelpeapparatet – både

de dårlige og de gode – skal bidra til bedre hjelp for alle. Frahm Jensen har arbeidet for kvalitetssikring og redusert bruk av tvang, bedre rutiner for innsyn i journaler og bedre sikring av personlige opplysninger. Som erfaringskonsulent ved Stavanger universitetssjukehus har hun gjort synlig behovet for at vi alltid må ha et klima for å kunne diskutere tvang og evaluere praksis, sier Gundersen. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

NSFs nasjonale lederkonferanse 2015

«KOMPETENT LEDELSE»



Velkommen til en konferanse med fokus på kompetanse, engasjement og rolle.

Tid: 24. -25. september 2015

Sted: Park Inn Radisson, Alna, OSLO

Målgruppe: Alle ledere, på alle nivå i helse- og omsorgssektoren

Meld deg på nå!

- program og påmeldingslink på www.nsf.no

Arrangør: Norsk Sykepleierforbund, NSFs Landsgruppe for sykepleieledere (NSFLSL) og Sentral fagforum i NSF. NSFLSL arrangerer generalforsamling 23.09.2015 på samme sted.





(15283) arellino

Foto: Bård Ek

Det du skriver i journalen i dag kan redde liv i morgen.

En strukturert journal gir store muligheter. Målinger kan registreres én plass og være tilgjengelig i hele journalen. Du får beslutningsstøtte basert på informasjonen som er registrert, og du varsles om viktige forhold for pasientbehandlingen. Det gir helt andre muligheter til forskning og gjenbruk i ettertid. Derfor lager vi vår nye journalløsning strukturert og basert på åpne internasjonale standarder. Summen av din daglige dokumentasjon kan ende opp som livsviktig informasjon. Det kommer morgendagens pasienter til gode.

Derfor jobber vi for en strukturert og standardisert pasientjournal.





Tema.
**Antibiotika-
resistens**

Mirakelets tid er
nesten forbi. **28**

Skal kutte antibiotika
med 30 prosent. **33**

Klebsielljakten
i Tromsø. **34**

– En stor ekstra-
belastning. **36**

I gult: Silvia Lopez
er vant til å hånd-
tere smitte på in-
feksjonsavdelingen
på Bærum sykehus.



Kjemper mot resistens

Antibiotika. Bakteriene slår tilbake, men sykepleierne har effektive våpen. Hvis de bruker dem.

Tekst **Nina Hernæs og Ann-Kristin Bloch Helmers** • Foto **Erik M. Sundt, Ann-Kristin Bloch Helmers og Nina Hernæs**





Mirakelets tid er nesten forbi.

«Sykepleiere har en essensiell rolle i kampen mot resistens.» Lene Lunde

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**



En gang var penicillin vidundermedisinen som kunne kurere alt. Nå vet vi at penicillin og andre antibiotika har begrenset levetid og skal brukes med varsomhet. Skrekken er at de en dag ikke lenger virker.

ADVARTE TIDLIG. Alexander Fleming, som i 1928 ved en tilfeldighet oppdaget penicillinet, advarte allerede i 1945 mot at bakteriene hadde et mottrekk på lur: Evnen til å utvikle resistens, eller motstand, mot vidundermedisinen.

ETTERLENGTET MIRAKEL. Men tatt i bruk i 1942, i en verden som hungret etter gode nyheter, fikk penicillinet rollen som mirakel. «Thanks to penicillin ... He will come home», står det på en reklameplakat fra 1944 som viser en syk soldat som får behandling i felt.

VIKTIGE FREMSKRITT. Penicillin og andre antibiotika som ble utviklet i 1940-, 1950 og 1960-årene utrettet også mirakler. Mange av fremskrittene innenfor moderne medisin, som kreftbehandling, implantatkirurgi og transplantasjoner ville ikke vært mulig uten effektive antibiotika som forebygger og behandler infeksjoner.

Miraklene skjer også i dag.

– Gleden ved å jobbe her er jo å se kjempesyke pasienter bli friske, ofte nettopp på grunn av antibiotika.

Det sier Lene Lunde, fagutviklingssykepleier på infeksjonsavdelingen på Bærum sykehus. Men hun ser også baksiden av medaljen: Bakteriene som antibiotika ikke lenger biter på.

VRE-UTBRUDD. For antibiotika er både velbrukt og misbrukt. Og jo mer antibiotika som brukes og brukes feil, jo mer resistente blir bakteriene.

MRSA, eller meticillinresistente gule stafylokokker, er allerede en hyppig gjest på norske sykehus. Men også VRE (vankomycinresistente enterokokker) og ESBL (extended spectrum betalaktamase) skaper hodebry for norske leger og sykepleiere. Her på Bærum puster de lettet ut etter et VRE-utbrudd som har pågått siden januar.

– 15. juli var det 3 måneder siden siste positive prøve, og dermed er utbruddet erklært over, sier Lene Lunde og smiler.

VANT TIL RESISTENS. Men vi skal bare noen dager lenger ned i korridoren for å finne resistens. «Isolering pågår» står det på skiltet utenfor ett av de 8 isolatene. Her er det spørsmål om resistent tuberkulose.

Lunde har jobbet på infeksjonsavdeling siden 2001.

«Bakteriene står ikke i døren og venter på å ta deg.» Lene Lunde

Fakta

Sykepleie til pasienter med resistente bakterier

Lene Lunde tok i 2013 master i sykepleievitenskap med en studie om sykepleieres kunnskap og atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier.

Hun fant at sykepleierne på infeksjonsposter hadde mer kunnskap om multiresistente bakterier enn de som jobbet på andre medisinske poster. Uavhengig av post viste sykepleierne hva slags smittevernutstyr som skulle brukes, men de kunne ikke redegjøre for hvorfor. Det gjaldt også noen av sykepleierne på infeksjon.

– Vi så antibiotikaresistens den gangen også, men ikke på samme måte som i dag. «Alle» kjente til MRSA, men i 2008–2009 fikk vi også ESBL. Nå er resistens en del av hverdagen.

REDDE SYKEPLEIERE. I 2013 tok Lunde master i sykepleievitenskap ved å undersøke sykepleieres kunnskap om antibiotikaresistens. Hun hadde erfart at resistente bakterier skaper frykt.

– Jeg synes det var fascinerende med alle sykepleierne som er redde for resistente bakterier, samtidig som det er så enkelt å beskytte seg mot dem, sier hun.

I studien sammenliknet hun sykepleiere som jobber på infeksjonsavdelinger og sykepleiere



Rutinert: Leny Abila kjente litt på frykten i begynnelsen, men nå vet hun hva som skal til for å beskytte seg mot smitte.

som jobber på andre medisinske poster. Som ventet (og håpet) fant hun at sykepleierne på infeksjon hadde mer kunnskap enn de andre sykepleierne. 8 av 10 sykepleiere på infeksjon hadde tilstrekkelig kunnskap, mot 6 av 10 på andre medisinske poster. Det vil også si at 2 av 10 på infeksjonsposter og 4 av 10 på andre medisinske poster ikke hadde tilstrekkelig kunnskap. Selv om resistente bakterier er noe alle sykepleiere må være forberedt på å møte.

– Det overrasket meg ikke. Jeg er mye rundt og underviser, og får mange spørsmål, sier Lunde.

– Men jeg hadde håpet vi var bedre. Det overrasker meg fortsatt at det er sykepleiere som ikke skjønner at man må droppe ringer på jobb.

«Før var jeg nøye med å trekke hanskene helt opp til albue og klemme munnbindet hardt mot nesen.»

Leny Abila, sykepleier

MANGLER KUNNSKAP. For mens resistens er en relativt ny problemstilling, er mottiltakene gamle.

– Det handler om basalt smittevern. Om å utføre riktig håndhygiene, vite hvor man har

hendene og å skape barrierer, påpeker Lunde.

– Resistens i seg selv er et stort problem, men å håndtere det er ikke vanskelig.

Hovedfunnet i masteren hennes er at de fleste sykepleierne vet hva slags smittevern utstyr de skal bruke, men de vet ikke hvorfor. Under halvparten kjente til hvordan MRSA smitter. Enda færre kjente til smittemåten for ESBL.

– MRSA smitter ved kontakt. Det er ikke sånn at bakteriene står i døren og venter på deg. De flyr ikke, de angriper ikke. Vet vi hvordan bakteriene oppfører seg, er det lett å håndtere dem.

SYKEPLEIERNES ROLLE. Studien hennes er liten og kunne med fordel





Endret termometerpraksis: Rektaltermometer byttes ut mellom hver pasient, forteller Lene Lunde.

→ repeteres i større skala. Lunde selv vil gjerne gå videre til doktorgrad og undersøke sykepleieres rolle i jobben med antibiotikaresistente bakterier. Hun sier det ikke er gjort noe på dette i Norge, men sliter med å få støtte.

Planen hennes er å se hvilken rolle sykepleierne spiller i bruken av antibiotika. For smittevern er ikke nok i kampen mot resistens. Aller viktigst er det å redusere bruken av antibiotika. Jo mer antibiotika som brukes, jo bedre kjent blir bakteriene med stoffene, og det blir lettere for dem å utvikle resistens.

OVER TIL TABLETTER. – Legene skriver ut antibiotika, understreker Lunde.

– Men sykepleierne administrerer dem, vi tar imot prøvesvar og vi observerer pasienten. Det er viktig å formidle de rette observasjonene. Informere om prøvesvar som kanskje viser at pasienten kan gå over til et mer smalspektret antibiotikum. Dokumentere klinisk tilstand, som kanskje tilsier at pasienten kan gå over fra intravenøs behandling til tabletter, som gir mindre risiko for resistens. Det krever at vi bruker

«Sykepleiere må vite hvordan bakterier oppfører seg.»

Lene Lunde

det kliniske blikket, tar temperatur, puls, blodtrykk ofte og ikke minst at vi snakker med pasienten selv. Og så må vi videreformidle til legen. Forteller vi ikke hva vi observerer, vet ikke legene det.

TRYGGE. «Isolat, sluse» står det utenfor et av pasientrommene på infeksjonsposten. Sykepleier Leny Abila tar på seg hansker med raske, vante bevegelser. I begynnelsen kunne hun kjenne på usikkerheten i møte med smittsomme bakterier, resistente eller ikke.

– Da var jeg nøye med å trekke hanskene helt opp til albue og klemme munnbindet hardt mot nesen.

Nå er hun trygg.

Fakta

Antibiotika

- Det første antibiotikumet, penicillin, ble oppdaget av Alexander Fleming. Det skal ha skjedd tilfeldig, ved at en skål med stafylokokker ble forurenset av muggsopp og det dannet seg en bakteriefri sone rundt muggsoppen. Altså produserte soppen et stoff som hemmet bakterievekst.
- Utover i 1920- og 1930-årene jobbet andre forskere videre med å rense og produsere stoffet. Først i 1941 er det dokumentert bruk av penicillin.
- Tiden frem til midten av 1960-tallet kalles

antibiotikumets gullalder. Da ble det oppdaget flere nye typer. Men siden 1987 er det ikke funnet noen nye typer antibiotika. Nesten all antibiotika som brukes i dag, er utviklet før 1970.

- Antibiotika kan være smalspektret eller bredspektret, det vil si at de virker på få typer bakterier (smalspektret) eller mange typer bakterier (bredspektret).

Kilde fakta og tidslinje (under): Historien om antibiotika av S Yazdankhah, J Lassen, T Midtvedt og C O Solberg, Tidsskrift for Den norske legeforening 23/24-2013

Antibiotikaresistens

- Bakteriers motstandskraft mot antibiotika. Resistensen kan være naturlig, skyldes mutasjoner eller spesielle genetiske faktorer som kan smitte fra en bakterie til en annen.
- De siste 10–20 årene har det vært en dramatisk økning av bakterier som er resistente mot en eller flere typer antibiotika. Man antar at hovedårsaken er bruk og feilbruk av antibiotika.
- Bakteriene spres over hele verden med mennesker, dyr, planter og varer.
- Norge har hatt lite problemer med resistens sammenliknet med de fleste andre land. Restriktiv bruk av antibiotika antas å være hovedgrunnen.
- Men problemet med antibiotikaresistens er sammensatt og det mangler en helhetlig forståelse av hva som hindrer eller fremmer utvikling av resistens, også i Norge.

Kilde: Store norske leksikon og Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak, rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet, 2014

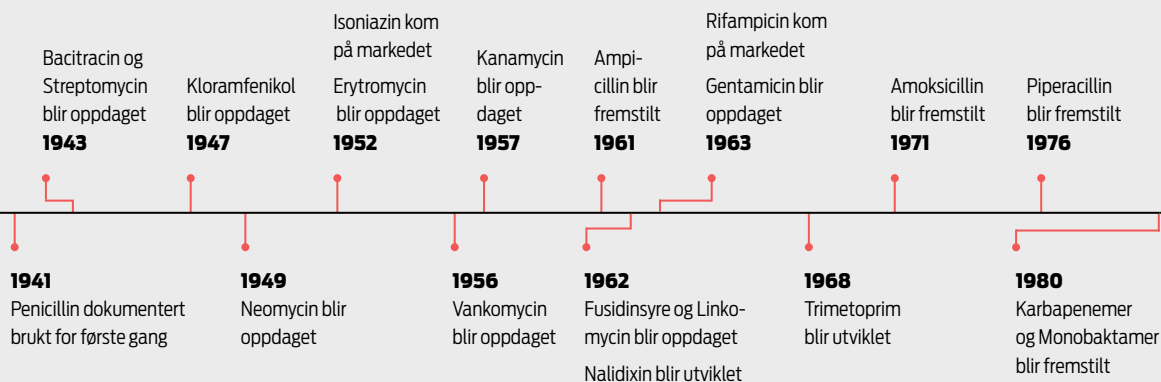
Alexander Fleming
oppdager penicillin
1928

Foto: Scanpix/Science Photo Library

Nasjonale retningslinjer for MRSA

I 2009 kom det nasjonale retningslinjer for å håndtere MRSA. Her spesifiseres det hvilke pasienter som skal testes ved sykehusopphold, for eksempel alle som har vært innlagt i sykehus utenfor Norden. I tillegg er det blant annet retningslinjer for hvordan MRSA skal håndteres i ulike deler av helsetjenesten.

MRSA

- Meticillinresistente gule stafylokokker (Meticillin Resistent Staphylococcus Aureus)
- Etter oppdagelsen av penicillin greide noen gule stafylokokker å utvikle resistens mot penicillin, og derfor ble meticillin utviklet. Men noen gule stafylokokker greide å utvikle motstand også mot meticillin, og disse kalles meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA).
- Gule stafylokokker er vanlig å ha på huden eller i nesen og er som regel ufarlige. Men bakterien kan noen ganger gi infeksjoner i hud og sår. Kan også gi alvorlige infeksjoner.
- Resistente gule stafylokokker gir ikke nødvendigvis oftere eller mer alvorlig sykdom enn vanlige gule stafylokokker, men krever behandling med spesielle antibiotika.
- Kontaktsmitte, man bruker munnbind for å hindre kolonisering i nese.

Kilde: Norsk Helseinformatikk og Folkehelseinstituttet

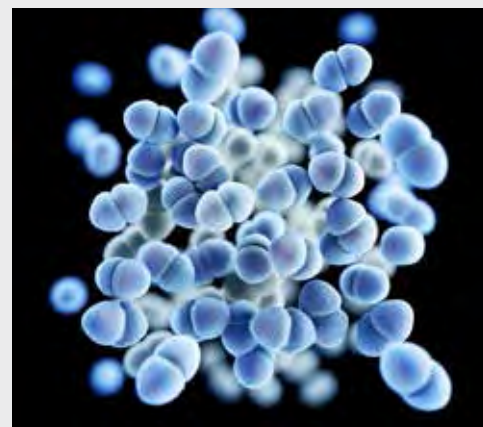


Foto: Scanpix/Science Photo Library

VRE

- Vankomycinresistente enterokokker
- Enterokokker, eller tarmbakterier, som er resistente mot antibiotikumet Vancomycin. Vanligvis smittes man av bakterier fra egen tarm, men i helsevesenet skjer smitten fekal-oral. Oftest ved kontakt med forurenset hud eller forurensete flater.
- Bakteriene spres lett og det har vært flere utbrudd på norske sykehus de siste årene.

Kilde: Folkehelseinstituttet



→ – Det handler om basalt smittevern, sier hun.

– Gode rutiner og god opplæring.

Kollega Silvia Lopez er enig.

– Jeg har aldri syntes smitte har vært skummelt.

Jeg vet hvilke prosedyrer jeg skal bruke for å beskytte meg. Fordelen her på infeksjon er at vi vet at pasientene har smittsomme og noen ganger resistente bakterier. Andre poster kan også ha smittsomme pasienter uten at de er klar over det.

SKYLLEROMSEKSAMEN. Her på infeksjon har vinterens og vårens VRE-utbrudd også medført noe godt.

– Vi har vasket ned avdelingen, gått gjennom alle rutiner og fått bort korridorpasienter, sier fagutviklingspsykepleier Lunde.

– Det var ting vi ikke gjorde bra nok.

De har rettet ekstra oppmerksomhet mot

smittevern, avfallshåndtering og skyllerom, og alle pleiere har hatt skylleromseksamen.

– Det ga en ny giv, en enighet om at vi skal være bedre enn dette.

TERMOMETERSMITTE. Kilden til utbruddet fant de aldri. Men de har en mistanke om hva som kan ha brakt smitten rundt.

Lene Lunde holder frem et rektaltermometer.

– Før brukte vi plasthylse som vi kastet og spritet termometeret etter bruk. Men det er kanskje ikke godt nok. Derfor har nå hver pasient sitt eget termometer. Når de reiser hjem, får de det enten med seg eller det går i søpla.

I tillegg er nå blodtrykksapparat og stetoskop noe som tilhører hvert enkelt rom. Og det er slutt på korridorpasienter.

– Det er takket være VRE-utbruddet, sier Lunde om pålegget fra ledelsen om at det ikke kan

være pasienter på korridor eller behandlingsrom på denne avdelingen.

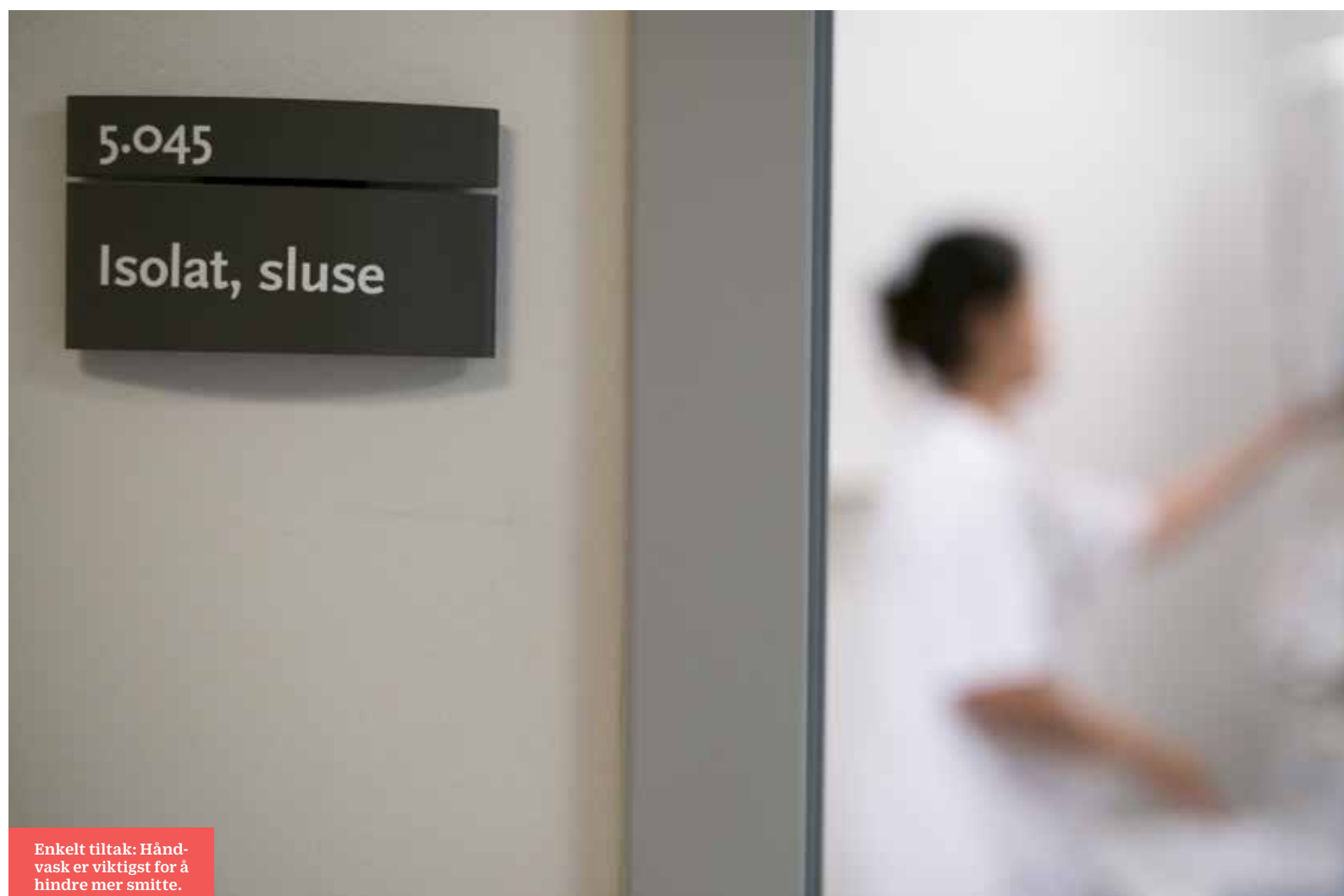
– I 2014 kunne vi ha 25 pasienter, men 16 rom. Det går ikke når flere pasienter må isoleres.

HELSETRUSSEL. Antibiotikumets gullalder er definitivt forbi. Verdens helseorganisasjon sa i 2012 at resistens mot slike medisiner er en av de største helsetruslene verden står overfor. Dessverre var ikke penicillin mirakelmedisinen som hjelper mot alt. Men det hjelper fremdeles. Håpet er at vi ikke kommer dit at bakterier utvikler resistens mot alle typer antibiotika.

– Og her har sykepleierne en viktig rolle, mener Lene Lunde. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilder: Historien om antibiotika av S Yazdankhah, J Lassen, T Midtvedt og C O Solberg, Tidsskrift for Den norske legeforening 23/24-2013, Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020, Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier av Lene Lunde, Sykepleien Forskning 3/2014.



Enkelt tiltak: Håndvask er viktigst for å hindre mer smitte.

Skal kutte antibiotika med 30 prosent

TILTAK: Sammen med overlege **Jørgen Vildershøy Bjørnholt** legger **Sigurd Høye** siste hånd på regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens. Målet er å kutte bruken med 30 prosent.

– Men det skal kun kuttes i bruk som ikke er nødvendig, sier de.

– Det er den unødvendige bruken vi vil til livs.

LUFTVEIER OG URINVEIER.

Nesten halvparten av antibiotikaen som skrives ut til mennesker er unødvendig, ifølge Center for Disease Control i USA. For eksempel at antibiotika gis mot infeksjoner som skyldes virus, og ikke bakterier.

– Luftveisinfeksjoner er det desidert viktigste området der det kan reduseres, sier Sigurd Høye.

– I tillegg synes det som om det kan reduseres en del når det gjelder forebyggende behandling av urinveisinfeksjoner og langtidsbehandling av kviser.

FASTLEGER. 85 prosent av antibiotikumet som skrives ut i Norge, skrives ut av fastleger. 8 prosent ordineres i sykehjem, 7 prosent i sykehus.

– Det er selvfølgelig viktig å redusere bruk på sykehus også, fordi der brukes det mer bredspektret antibiotika som gir større risiko for resistensutvikling, sier Høye.

– Men vi er nødt til å få med primærhelsetjenesten.

De siste årene har bruken av antibiotika økt i Norge, og de som bruker mest er voksne kvinner. I 2012 ble det i Norge forskrevet 58 646 kilo. Nesten 90 prosent var til mennesker, resten til dyr.

BEHERSKET BRUK. Men problemet med antibiotikaresistens er ikke så stort i Norge som i de fleste andre land.

Høye og Bjørnholt forklarer det med at Norge alltid har vært tilbakeholdne med å ta inn nye medisiner.

– Det har vært en regel om at vi ikke tar inn legemidler hvis de vi har fungerer. Og det har vist seg å være klokt, sier Høye.

En spekulasjon er også at den relativt lave bruken i Norge skyldes et ideal om nøysomhet og at sykdom er noe man skal lide seg gjennom.

– Antibiotikaforbruk skyldes kultur, ikke sykdomspanorama, sier Høye.

REALISTISK MÅL. At målet på reduksjon er akkurat 30 prosent, er hentet fra Nederland. Der brukes det 30 prosent mindre antibiotika enn i Norge, men antall dødsfall som skyldes infeksjoner er ikke høyere enn i Norge.

«Det skal kun
kuttet i bruk
som ikke er
nødvendig.»

Sigurd Høye

Derfor mener de to legene at målet er realistisk.

– Følger legene retningslinjene for antibiotikabruk i større grad, klarer de det.

VEILEDNING. Jørgen Vildershøy Bjørnholt trekker frem kollegabasert terapiveiledning som et viktig tiltak. Det innebærer at allmennleger får veiledning i gruppe og direkte tilbakemelding på egen forskrivingspraksis.

Allmennleger sitter som oftest alene med de kliniske beslutningene og forskning viser at de noen ganger skriver ut antibiotika fordi pasienten ønsker det eller fordi de tror pasienten ønsker det.

REFLEKSJON. – Noen ganger kan nok det å skrive ut antibiotika uten effekt være en beregnet investering i et godt lege-pasientforhold, sier Høye.



Ekspert: Sigurd Høye er allmennlege og forsker. Tradisjonelt er det mikrobiologer og infeksjonsmedisinere fra sykehus som har jobbet med resistens. Nå er også allmennlege trukket inn. Foto: Nina Hernæs.

Men jeg tror bevisstgjøring vil gi større refleksjon, både hos lege og pasient. Kan hende må legene også ta seg mer tid til å forklare pasientene hvorfor antibiotika ikke vil virke i deres tilfelle. Og at antibiotika kan ha ubehagelige bivirkninger. Men har pasienten en klar fordel av antibiotika, skal det skrives ut.

BEKYMRET. Sigurd Høye sier antibiotikaresistens er medisinsens svar på menneskeskapt klimaendringer.

– En forskjell er at mange i

befolkningen ikke synes å tro på menneskeskapt klimaendringer, resistensutviklingen er lettere å se.

Jørgen Vildershøy Bjørnholt sier mange har tillit til den medisinske utviklingen.

– Men vi som jobber innenfor feltet blir mer og mer bekymret. Vi er nødt til å handle. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilde: Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak, rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet, 2014





Klebsiella-jakten i Tromsø.

Det har vært et nitid detektivarbeide for å avsløre smittekilden.

• Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**



I august 2013 ringte telefonen ved Smittevernsenteret på Universitetssykehuset i Tromsø (UNN). I andre enden var mikrobiologisk laboratorium, en annen avdeling ved sykehuset. De hadde analysert noen prøver, og reagerte på utslagene. En av bakteriestammene så ut til å være uvanlig resistent.

ESBL. Klebsiella pneumonia er en bakterie som er vanlig å finne i tarmen hos mennesker.

Det spesielle i disse prøvene, var at klebsiella-stammen hadde ervervet resistens mot de aller fleste typer antibiotika. Den hadde resistensmekanismen ESBL, som betyr at den kan bryte ned betalaktamantibiotika. I tillegg hadde den resistensmekanismer mot flere andre antibiotikaklasser.

LITE HYGGELIG. – Til denne bakterien hadde vi bare ett middel igjen. Og dersom vi bruker dette middelet i for stor grad, kan det være et tids-spørsmål før også det slutter å virke. Det er ikke noen hyggelig situasjon å være i.

Det sier Torni Myrbakk, smittevernoverlege ved avdeling for mikrobiologi og smittevern ved sykehuset.

Myrbakk understreker at multiresistente bakterier ikke er et særskilt problem for UNN, men noe helsevesenet over hele verden må forholde seg til.

Problemet er globalt. Og i august 2013 kom det altså til Tromsø.

BÆRERE. Etter telefonen fra mikrobiologen ble det umiddelbart satt i gang tiltak. De kliniske prøvene viste at to pasienter ved sykehuset var bærere av den ESBL-holdige bakterien Klebsiella.

Pasientene fikk enerom, og pasientforløpene til de to som var smittet ble gjennomgått.

– Ansatte ble minnet om å følge basale smittevernrutiner. Det ble tatt prøver av medpasienter for å se om det var flere som var smittet.

Men de fant ikke noen felles smittekilde.

DETEKTIV. Månedene gikk, og det dukket stadig opp flere pasienter med funn av den samme bakterien.

Detektivarbeidet ble mer omfattende:

– Pasientene hadde tilknytning til forskjellige avdelinger, og det var ingen tydelig link mellom dem.

De snakket med avdelingene, gikk gjennom pasientjournalene. Hvilke undersøkelser var blitt utført, hvilket rom hadde pasienten ligget på, hvilken hjemkommune kom de fra, hvilket sykehjem hadde de bodd på? Hvilke typer operasjon?

«Til denne bakterien hadde vi bare ett middel igjen.»

Torni Myrbakk, smittevernoverlege

Fakta

ESBL

- Extended Spectrum Betalactamase
- ESBL er ikke en spesiell type bakterie, men en resistensmekanisme. ESBL er et enzym som finnes hos ulike bakterier og gjør dem motstandsdyktige mot en rekke vanlige antibiotika.
- Genet som koder for denne resistensen sprer seg lett mellom like bakterier og også mellom ulike typer bakterier. I tillegg kan bakterier med ESBL også bli resistente mot andre typer antibiotika enn de som ESBL gir resistens mot.
- Tarmbakterier smitter fra person til person via urene hender eller andre urene kontaktpunkter, eller via forurenset mat og vann.
- Folkehelsen har nettopp gitt ut retningslinjer for å håndtere ESBL.

Kilde: Folkehelseinstituttet og ESBL – hva er det egentlig? Av Anne Mette Asfeldt, Utposten 5/2014



Foto: Scampix/Science Photo Library

Var det utført skopiundersøkelser? Innleggelseshistorikken til alle ble kartlagt tilbake til januar 2012.

HELSEPERSONELL SPRER SMITTE. Alt dette gjorde de på alle tilfellene som kom inn, til sammen 69 pasienter.

– Vi så også på antibiotikabruken.





Har hatt utbrudd: Smittevernoverlege Tori Myrbakk jakter på klebsiella ved UNN. Foto: Jan Fredrik Frantzen/UNN.



Test: Her på mikrobiologisk laboratorium ved UNN undersøkes bakterieprøvene.



Skapte mye bry: 69 pasienter ble smittet av klebsiella på UNN.



→ Men en felles smittekilde ble fremdeles ikke funnet.

– Hvis man ser på tilsvarende utbrudd i land utenfor Norge, er det ikke uvanlig å konkludere med at man ikke finner en enkelt kilde, men at helsepersonell kan være en viktig faktor i smittespredningen. Altfor ofte skjer det brudd i basale smittevernrutiner, som for eksempel håndhygiene sier Myrbakk.

Den foreløpige utbruddstoppen var høsten 2014. Da ble informasjon om utbruddet og om ESBL-holdige bakterier generelt og hvordan forebyggende smitte intensivert ut til avdelingene.

MYE ANTIBIOTIKA. Fellesnevneren for pasientene var at de hadde høy alder, hadde vært mye inn og ut av sykehus, og at de hadde fått mye antibiotika.

– Det er en utfordrende situasjon, for vi vet ikke når pasienten ble smittet. Man kan være bærer lenge før bakterien dukker opp i kliniske prøver. Dette er heller ikke en type bakterie som er meldepliktig, sier hun, og sender en takk for årvåkenheten fra laboratoriet sin side. Sykehuset har hatt løpende kontakt med andre sykehus og Folkehelseinstituttet for å diskutere situasjonen.

– Problemet med et slikt utbrudd er at det

kan være ulmende i starten. Er det et utbrudd eller er det forventet utvikling med tanke på at disse bakteriene er økende i samfunnet generelt?

Situasjonen per nå, er at det kommer ett og annet tilfelle, men langt sjeldnere enn i 2014.

VIKTIG LÆRDOM. De tre viktigste tiltakene sykehuset har landet på er:

- Fokus på basale smittevernrutiner
- Reduksjon av bredspektrert antibiotika
- Forsterkede smitteverntiltak rundt pasienter som tilhører utbruddet.

– En stor ekstrabelastning

ØKER: At resistente bakterier har blitt vanligere, kan Bente Lis Roaldsen, leder for sykepleierne på Kreftavdelingen ved UNN, skrive under på.

– Økningen i pasienter med ESBL er markant.

PSYKISK PÅKJENNING. På avdelingen er det svært syke pasienter, mange med nedsatt immunforsvar. De skal ikke bli smittet av andre. Men hva når disse pasientene selv blir bærere av en multiresistent bakterie?

– Jeg er ikke i tvil om at det er en stor ekstrabelastning. Pasienten er innlagt med en potensielt dødelig sykdom. I tillegg må man kanskje isoleres fordi man utgjør en fare for andre. Det er en stor psykisk påkjenning. Vi har pasienter med små barn, og pasienten vil selvsagt være mest mulig sammen med barna og gjøre mest mulig normale og hyggelige ting. Fullt smittevern-utstyr og fareskilt på døra gjør ikke situasjonen enklere for verken pasienter eller pårørende.

RETNINGSLINJER. – Sykepleiere, leger og annet helsepersonell er de som kan overføre denne smitten om vi ikke er svært nøye med å

følge retningslinjene for basale smittevernrutiner, sier Roaldsen.

Folkehelseinstituttet har kommet med nye retningslinjer for å hindre spredning og etablering av ESBL-holdige bakterier i norske helseinstitusjoner. Retningslinjene er så ferske at UNN i skrivende stund ikke har fått sett nærmere på dem.

«Økningen i pasienter med ESBL er markant.»
Bente Lis Roaldsen

I retningslinjene frarådes blant annet åpen buffé for pasienter med mistenkt eller påvist ESBL. Bente Lis Roaldsen bekrefter at det til nå har hersket uenighet rundt om buffé er ok eller ikke.

Smittevernssenteret på UNN ønsker ikke at det skal være åpen buffé på sykehuset.

– Det med buffé er et vanskelig spørsmål. Jeg ser helt klart smittevernsgrunner til at vi ikke skal ha den. Samtidig har buffeen en sosial



Diskuterer buffé: Bente Lis Roaldsen sier resistente bakterier gir praktiske problemstillinger, som om det er ok å servere mat fra buffé. Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers.

funksjon, og gir pasientene mer fleksibilitet rundt hva de ønsker å spise når, sier Roaldsen.

IKKE NOK ROM. Det er også andre fysiske hindre for optimalt smittevern på avdelingen:

4 på
gangenEr resistente bakterier en
utfordring i din kliniske hverdag?

Klebsiella-utbruddet har gitt lærdom:

– Det er viktig å være systematisk helt fra starten. Vi vet nå mer om hva vi spesifikt skal se etter som risikofaktorer, og vi er mer oppmerksomme på hvor viktig det er med god informasjon til ansatte og ledere tidlig.

Men om denne bakterien noensinne vil forsvinne helt ut fra sykehuset, er høyst usikkert.

– Håndtering av multiresistente bakterier vil nok dessverre bli mer og mer en normaltilstand ved norske sykehus, slik det allerede er mange andre steder i verden, sier Torni Myrbakk. ●

aknbh@sykepleien.no

– Det er en rommessig utfordring. Vi har rett og slett ikke rom nok til å isolere både de som trenger beskyttende isolat og kontaktisolat. Det er mangel på enerom som i seg selv er et godt smitteverntiltak for å unngå kryss-smitte.

Arbeidsmessig og ressursmessig er det også en ekstrabelastning for personalet:

– Fordi vi ikke har sluser, må vi legge til rette ute på gangen, og må ha en som kan gå til hånde på utsiden av rommet, så det krever en helt annen planlegging.

LEDERANSVAR. – For å unngå spredning, må smittevern alltid være i fokus, og basale smittevernrutiner må følges, uavhengig av om det er kjent smitte, understreker Roaldsen.

– Som ledere har vi et stort ansvar for forebygging gjennom kunnskapsbygging og oppfølging av smittevernrutiner. Blant annet skal lederne gjennomføre månedlige smittevernvisitter i de kliniske avdelingene ved UNN, forteller Roaldsen.

– Det tror jeg bidrar til en bevisstgjøring av alle som jobber ved sykehuset. ●

aknbh@sykepleien.no



Liv Hungnes Astad

Seksjonsleder, nyfødteintensiv, Sykehuset Telemark

Vi har ikke hatt barn her med resistente bakterier, men har stor oppmerksomhet på smittevern. Vi er nøye med håndhygiene, at det ikke brukes smykker og har hatt undervisning i bruk av verneutstyr. Vi er veldig redd for at de nyfødte skal utsettes for smitte. Både leger og sykepleiere er bevisste på bruk av antibiotika. Fordi infeksjoner hos små barn raskt kan bli alvorlige, er vi raske med å starte behandling, men også raske med å avslutte antibiotikabehandlingen dersom den viser seg ikke å være nødvendig.



Arnold Måsøval-Jensen

Hygienesykepleier, Helse Møre og Romsdal og leder for NSF's faggruppe av hygienesykepleiere

Det er et økende problem. Senest i går var det spørsmål om en pasient som hadde en spesiell ESBL-resistens. Jeg hjelper blant annet til med smittesporing og med å finne ut hvordan pasienten er håndtert ved sykehuset så vi kan vurdere hvilke tiltak som eventuelt skal settes inn. Vi har retningslinjer og prosedyrer for å håndtere resistens, men det dukker alltid opp problemstillinger. For eksempel kan det være en utfordring å få romkabalene til å gå opp. Å isolere pasienter er særlig vanskelig på eldre sykehus, der det ofte er få enerom.



Liv Irene Eikefjord

Sykepleier, hudpoliklinikken, Rikshospitalet

Vi ser at forekomsten av resistente bakterier øker. Her er det mest MRSA, jeg antar en til to pasienter i måneden. Vi har mange pasienter med sår og eksem, og har diskutert om vi skal ta bakterieprøver som rutine, men oftest tar vi ikke slike prøver når det ikke er kliniske tegn til infeksjon. Noen pasienter med leggsår forteller at de har fått den ene antibiotikakuren etter den andre, uten at såret har blitt bedre. Det kan synes som om mange fastleger tolker inflammasjon og bakterier i såret som infeksjon. Ved venøse leggsår er det kompresjon som er hovedbehandlingen, ikke antibiotika.



Jo Inge Fuglesteg

Sykepleier 1 på korttidsavdelingen, Valdres lokalmedisinske senter i Nord-Aurdal

Det er ikke noe stort problem hos oss. Men legene er opptatt av ikke å starte antibiotikabehandling bare på grunn av funn på urin stiks. Da sendes urinprøven til laboratorium for dyrking for det eventuelt gis behandling. Med mindre pasienten har symptomer, da vurderes det behandling før prøvesvar. Men legene er alltid nøye med å få resistensbestemmelse. Vi har også en sykepleier som tar videreutdanning i smittevern, blant annet for å sørge for gode rutiner.



Tverrfaglig. – Fryktelig gøy å utvikle et sånt konsept, sier sykepleier Tone Marte Ljoså.

Får bedre forståelse for smerte

• Tekst og foto **Nina Hernæs**

Sammen med lege Lars-Peter Granan kan Ljoså snart ta opp et nytt kull studenter til tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling.

VIL HA FLERE PROFESJONER. Første kull: 16 sykepleiere, 7 fysioterapeuter, 2 leger, 1 vernepleier og 2 akupunktører, er halvveis i videreutdanningen.

I neste kull ønsker Granan seg også psykologer og gjerne noen flere leger.

ULIK KOMPETANSE. Utdanningen tar for seg hele spekteret av smertetilstander, fra dem fastlegen kan håndtere alene til dem som krever hele spekteret av behandlingsoalternativer. Og da kommer behovet for ulik kompetanse, ikke bare ulike profesjoner, men også ulike spesialiteter innenfor én og samme profesjon.

ÅPNE FOR TVERRFAGLIGHET. Det er bred enighet om at smerte kan være så sammensatt at ulike helsearbeidere bør samarbeide for å gi pasientene best mulig behandling. Derfor er denne videreutdanningen tverrfaglig. Ljoså opplever at studentene er åpne for å jobbe på tvers av profesjoner.

– Fra litteraturen ser man at det kan være utfordringer ved å sette profesjoner sammen, men det har

ikke vi opplevd så langt, sier hun.

– Studentene er tolerante overfor hverandre og interesserte i hva andre helseprofesjoner bidrar med i smertebehandling.

IPRAKSIS. – Det er nyttig med innblikk i hva andre jobber med, sier student Jeanette Smedsrud.

Hun er akkurat nå i praksis ved Vikersund kurbad, og går med en fysioterapeut. I forrige praksis, på smerteavdelingen ved Drammen

«Jeg er blitt enda mer oppmerksom på hvor subjektiv smerte er og hvor lett den er å kategorisere og bagatellisere.»

Jeanette Smedsrud

sykehus, gikk hun både med anestesisykepleier, fysioterapeut og lege.

Ett av kravene til praksis er at studentene halve tiden skal gå med en annen profesjon. Det er også et krav at gruppeoppgaven skrives med minst en annen profesjon.

IKKE NOK KUNNSKAP. Til daglig jobber Smedsrud på rehabiliteringsavdeling på et sykehjem i Øvre Eiker kommune i Buskerud. Mange

av pasientene har smerter.

– Jeg følte jeg ikke hadde nok kunnskap til å hjelpe dem. Derfor tar jeg videreutdanning, sier hun.

– Som sykepleier tenker en ofte umiddelbart på smertestillende medikamenter ved smerter. Men smertelindring er så mye mer enn det. Jeg har ikke tenkt over hvor sammensatt smerter er og merker nå hvor lite jeg har visst.

Hennes arbeidsgiver dekker semesteravgift, alle dagene i praksis og halvparten av dagene hun deltar på samling mot binding i to år.

BACHELOR I AKUPUNKTUR.

– Jeg har erfart at pasienter med diffuse, langvarige smerter opplever at de ikke har fått god nok smertelindring, sier Silje Jektvik i Oslo.

Hun tar vakter ved observasjonsposten på den kommunale legevakten, på Trygghetsalarmer og på en skjermet enhet i psykiatrien. I tillegg har hun en bachelor i akupunktur.

– Spesielt etter at jeg begynte med akupunktur har jeg møtt mange pasienter med smerter, forteller hun.

– De oppsøker ofte akupunktør fordi de synes den medisinske behandlingen ikke er tilstrekkelig og opplever at akupunktur lindrer.

HJELP TIL Å MESTRE. Jektvik har

Fakta ●●●●

Tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling

- Videreutdanning på deltid over ett år.
- Gir 30 studiepoeng.
- Tilbys av Høgskolen i Buskerud og Vestfold i samarbeid med Oslo universitetssykehus.
- Opptakskrav er bachelor i helsefag eller profesjonsstudium i medisin, psykologi eller odontologi og minst to års praksis.
- Må være i jobb som er relevant for studiet.
- Nytt kull starter februar 2016.
- Søknadsfrist 15. november 2015.

hatt observasjonspraksis på smerteavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

– Der jobber de i tverrfaglige team, og de samarbeider med pasienten, ulike avdelinger og fastlegen. Mange hadde gått med kroniske smerter i lang tid og var desperate. Noen ganger var det ikke så mye å gjøre med selve smerten, men pasientene kunne få hjelp til å håndtere den. Som å finne måter å distansere seg fra smerten eller redusere andre belastninger som gjør den verre. Mange pasienter sier smertene ikke er det verste, men alt rundt som gjør at de ikke får taklet den.

MED PÅ RÅD. Hun opplever at utdanningen allerede er kommet til praktisk nytte.

– Vi har hatt ufattelig mange gode forelesere og fått mange vinklinger på smerte. På jobb på Legevakten er det gjerne standard prosedyrer for å behandle smerter. Med mer kunnskap er det lettere å foreslå alternativer.

Jektvik betaler for utdanningen selv.

– Jeg er ikke fast ansatt, så det var ikke aktuelt å spørre arbeidsgiver. En fordel er at jeg slipper bindings-tid. Jeg må si at jeg har fått valuta for pengene, men man må være forberedt på intense uker.

I sommer dropper Jektvik ferie og jobber heller ekstra på kreftavdelingen på Haukeland.

– Da får jeg enda mer kompetanse, sier hun.

LETT Å BAGATELLISERE. – Dette har tent noe i meg, sier Jeanette Smedsrud.

– Jeg ser at kunnskap gir bedre pleie. Jeg har fått en bedre forståelse for smerter og dermed også større empati. Jeg er blitt enda mer oppmerksom på hvor subjektiv smerte er og hvor lett den er å kategorisere og bagatellisere. Ta en pasient med lårhalsbrudd. Opplevelsen av smerte kan være veldig forskjellig, og likevel kan det være lett å si ting som «jeg har erfaring med at det ikke gjør så vondt».

Også Smedsrud opplever at hun har mer å bidra med på jobb.



Fagansvarlige: Sykepleier Tone Marte Ljoså og lege Lars-Petter Granan er fornøyd med at de kan videreutdanne et nytt kull i smerte.

«Jeg må si at jeg har fått valuta for pengene.»

Silje Jektvik

– Som å foreslå smertelindrende tiltak og bedre kommunikasjonsferdigheter.

Men hun skulle gjerne hatt mer undervisning.

– Det er litt få samlinger og litt mye på eget initiativ.

Videreutdanningen er på masternivå, og hun opplever at det er mye pensum.

– Når vi har så ulike bakgrunn, kan det være vanskelig å treffe alle på et greit nivå. Skulle jeg ønsket noe annerledes, er det flere samlinger, sier hun.

MÅ VELGE BORT. Tone Marte Ljoså og Lars-Petter Granan forbereder tredje samling for første kull. Det handler om postoperative smerter, akutte smerter, kreft og barn. Store

temaer. Selv om videreutdanningen bare handler om smerte, har de likevel vært nødt til å velge bort noen områder.

– Som hodepine og smerter ved store traumer, sier Lars-Petter Granan.

– Skulle vi få med alt, måtte vi hatt bedre tid.

HENTER INN FORELESERE. De tar begge deler av undervisningen, men bruker også mange eksterne

forelesere. De ser at mange av studentene har behov for kunnskap om ting som ikke er del av deres egen kliniske hverdag.

– Vi underviser ikke i ting vi ikke har kompetanse på selv, sier Ljoså.

– Det morsomme er, at når vi ba studentene evaluere hva de var mest fornøyd med første semester, ble hele spekteret nevnt. Det var ikke én foreleser eller ett tema som skilte seg ut. Det synes vi er gøy, sier Granan. ● nina.hernes@sykepleien.no

Mindre smerte med musikk

Vakre toner kan gjøre underverker, også på operasjonssalen. En ny britisk studie viser nemlig at pasienter trenger mindre smertestillende og blir raskere friske om de hører på musikk. Og de aller beste resultatene kommer om pasientene får velge sine egne melodier. Et forskerteam fra Queen Mary University i London viser til 70 forsøk, som har involvert om lag 7 000 britiske pasienter. Ifølge studien viste det seg at pasientene som hørte på musikk, rapporterte om mindre frykt både før, under og etter operasjonen. De følte mindre smerte og trengte også mindre smertestillende enn dem som ikke hørte på musikk. Studien er publisert i *The Lancet*.

Kilde: BBC News



Omsorg. Sykepleiere er ofte godt egnet til å være fosterforeldre, mener Nina Thorbjørnsen i Bufetat i Bergen.

– Trenger rause fosterforeldre

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Mangelen på gode fosterforeldre er en gjentatt nyhet. Barn og unge som trenger et nytt hjem, må vente.

– Her i region vest er det ventelister. Slik tror jeg det er ellers i landet også, sier Nina Thorbjørnsen, enhetsleder i familiehjemmene Bufetat region vest.

MÅ VÆRE HJEMMEVÆRENDE. Det er mange typer fosterhjem. I et såkalt statlig familiehjem, må en av fosterforeldrene være hjemmевærende, fordi den unge trenger ekstra faste rammer. I kommunene kan man være fosterforelder ved siden av vanlig jobb.

Thorbjørnsen anslår at det er mellom 800–900 familiehjem og beredskapshjem i Norge, og rundt 10 000–12 000 kommunale fosterhjem. I region vest, som strekker seg

fra Jæren i sør til og med Sogn og Fjordane i nord, er det 120 statlige familiehjem.

Oppdragsgiverne får tett oppfølging daglig eller ukentlig av en konsulent, forteller Thorbjørnsen.

– Mens fosterforeldrene mest mulig konsentrerer seg om den daglige omsorgen, jobber konsulent tett med alt rundt, som psykiatri, rusomsorg og skole.

Fosterforeldrene får både veiledning individuelt og i gruppe sammen med andre i familiehjem. Og de kan når som helst ringe til en bakvakt.

Nye familier får opplæring, og alle får løpende opplæring.

– Vi ser familiene som kolleger. De er oppdragstakere. De som har stilling hos oss, altså i staten, har pensjonsordning og yrkesforsikring. Det har ikke fosterforeldre i kommunene, dessverre.



«Det er evnen til omsorg vi ser etter.» Nina Thorbjørnsen, Bufetat

MÅ VÆRE FLEKSIBEL. For å bli fostermor eller -far i et familiehjem må man ha relevant utdanning eller erfaring og være personlig egnet.

– Hvilke egenskaper bør man ha?

– De må kunne samarbeide og ta imot veiledning. Vi legger også vekt på hvordan de klarer å forstå barnets situasjon – og sin egen barndom, sier Thorbjørnsen.

Raushet og fleksibilitet er

nødvendige egenskaper.

– Når vi finner gode familier, så fortsetter de lenge. Det vitner om trivsel. Det blir få brudd og få barn må flytte.

– Er det vanskelig å rekruttere?

– Ja, fordi vi stiller strenge krav. Og vi trenger mange familier.

Region vest arbeider nå med å finne familiehjem til cirka 15 barn og unge. Bufetat bruker mye tid på å finne den rette matchen mellom de enkelte familiene og barna og ungdommene.

– Vi kjenner familiene godt etter hvert og vet hva de kan klare og hva de ikke kan klare.

– Er det fysiske krav til boligen?

– Ungdommen må ha et eget soverom, ellers holder vanlig norsk standard. Vi trenger hjem både i by og på landet.

Lønnen er fra 362 000 til 486 000 kroner, avhengig av utdanning og

Hva er et fosterhjem?

Kilde: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, www.bufdir.no

Et fosterhjem er et privat hjem som tar vare på barn som for en periode ikke kan bo hos foreldrene sine. Fosterforeldre samarbeider med barnets familie og barneverntjenesten i kommunen om barnets behov og barnets fremtid. Det fins flere typer fosterhjem:

Ordinære fosterhjem

De fleste fosterhjem er kommunale. Fosterforeldre får godtgjøring fra den kommunen som har omsorgen for barnet. Fosterforeldrene har den daglige omsorgen for barnet på vegne av barneverntjenesten i kommunen eller på vegne av barnets foreldre (frivillig plassering).

Besøkshjem eller avlastningshjem

Å være besøkshjem innebærer å ta imot et barn eller

en ungdom én eller flere helger per måned. Besøkshjem er et frivillig hjelpetiltak og en støtte til familier med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Besøkshjemmet erstatter ikke barnets hjem hos sine biologiske foreldre.

Fosterhjem hos slekt

Slektninger er ofte godt egnet som fosterforeldre. Det samme gjelder barnets nettverk, som fotballtrenere, lærere eller venner.

erfaring. Hver måned får man også et utgiftstillegg på knapt 8 000 kroner.

Har de to barn, får de 25 prosent ekstra i lønn hvis de er søsken, ellers 50 prosent ekstra.

Familiehjemmene har fast avlastning en helg i måneden. Totalt har de rett på 59 fridager i året.

Fosterhjem i kommunen følges opp av det lokale barnevernet.

UTSATT FOR VANSKJØTSEL. – Til oss kommer barna som tidligere var på institusjon. Nå tenker man at alle har rett til å være del av en familie. Noen kommer til oss fra brutte fosterhjem i kommunene. Når skaden er stor, kommer barna direkte til oss.

Fosterbarna har vært utsatt for ulike former for omsorgssvikt:

– Det kan være fysisk eller psykisk mishandling, overgrep av ulike karakter, vanskjøtsel eller foreldre med rusproblemer.

– Er det å foretrekke at fosterhjemmet har egne barn?

– Noen synes det er bra å ha egne barn, for de fungerer som lynavledere og kan være gode modeller. Men en del av fosterbarna er så hjelpetrengende at de ikke tåler å være i flokk med andre barn, eller de må være yngst. Men små barn i familien kan være vanskelig.

Også enslige kan være fosterforeldre, hvis de har et godt nettverk som kan bistå.

– Seksuell legning betyr ikke noe. Det er evnen til omsorg vi ser etter.

SYKEPLEIERE ER BLANT FAVORITTENE. – Er sykepleierne spesielt egnet?

– Absolutt. De er en av favorittene

våre, sammen med barnevernspedagoger, sosionomer, psykologer og lærere er de blant de viktigste vi rekrutterer. De er ofte godt skolert til en slik jobb.

– Det er ikke for alle å klare å leve så stabilt?

– Du må ha et avklart forhold til deg selv og de rundt. Ikke for mye å stri med sjøl. Vi spøker ofte med at fosterforeldrene våre blir jo ikke skilt. Det må være et eller annet med kvaliteten i familiene, eller noe vi gjør med dem.

Ordningen med familiehjem har eksistert i snart 25 år.

– Barna sier de føler stor grad av trygghet og tilhørighet. De bor ofte i et hjem i mange år.

– Blir de adoptert?

– Nei.

– Hva synes du om å rekruttere fosterforeldre fra andre yrker som også mangler folk?

– Det må være en sak mellom for eksempel sykepleierne og arbeidsstedet. Vi kan ikke ta ansvar for det. Men sykepleierens kunnskap som fosterforeldre vil hjelpe barna og forebygge for hjelpeapparatet. Å tilhøre en yrkesgruppe det er bruk for i mange leire kan gjøre at utdanningen blir ekstra attraktiv. Det kan være en periode i livet at man kan gjøre noe annet og så gå tilbake, sier Nina Thorbjørnsen. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleien

Les mer: Om jordmor og fostermor Helene Gavlen i portrettet side 80.

Beredskapshjem

Beredskapshjem er fosterhjem som på kort varsel kan ta imot barn og unge som er i en akutt situasjon. Barna er i beredskapshjemmet inntil en mer varig løsning er funnet.

Familiehjem

Noen barn og unge har behov for ekstra oppfølging. De kan ha utfordringer som gjør at det ikke er noe alternativ å plassere dem i ordinære fosterhjem. I et statlig familiehjem har en av de voksne oppdraget som fosterforelder på heltid. Familiehjem må ha minimum treårig relevant utdanning på høyskole- eller universitetsnivå (gjelder en av fosterforeldrene) eller relevant erfaring.

Fosterbror: Alexander (t.h.) bor i familiehjem utenfor Bergen. Familien har fire egne barn (på bildet) og en fostersønn til. Les om Alexanders fostermor på side 80.





Skal fellesteste studenter

• Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

EKSAMEN: I løpet av høsten skal sykepleiestudenter ha en felles, nasjonal deleksamen.

Målet er å avdekke kvalitetsforskjeller mellom skolene. Foreløpig er det 12 insitusjoner som er med i forsøksprosjektet, ifølge Nokut.

Studentene blir testet i fysiologi, anatomi og biokjemi.

MISTENKER ULIKHET. – Når en del av eksamen blir lik for alle, vil institusjonene og vi få verdifull informasjon om det faglige nivået på

studentene ved de ulike studiestedene.

– Vi har mistanke om at det er kvalitetsforskjeller mellom studiestedene, uttaler kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen i en pressemelding.

– Nasjonale deleksamener i viktige fag gir en sikkerhet for at de som autoriseres som sykepleiere har et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å praktisere som forventet, sier helseminister Bent Høie.

Regjeringen vurderer også å

skjerpe karakterkravene for å komme inn på sykepleieutdanningen. Et forslag om at Høgskolen i Oslo og Akershus skal kunne kreve karakter 3 eller bedre i norsk, sendes ut på høring i begynnelsen av september.

ETTERLENGTET. – Dette har vi jobbet for lenge, så det er etterlenget at det nå blir en realitet, sier Mia Andresen, leder i NSF Student.

Hun sier at det først ble diskutert en deleksamen i matte, men hun er fornøyd med at departementet og

Nokut nå har landet på å fellesteste studentene i fysiologi, anatomi og biokjemi.

– Dette er tre viktige fag hvor vi bør sikre at alle uteksaminerte sykepleiere sitter på samme kunnskap, sier hun.

Om mulig karakterkrav 3 i norsk, sier hun:

– NSF Student mener at det bør være karakterkrav på minimum 3 i norsk, engelsk og matte ved alle sykepleieutdanningene. • aknbh@sykepleien.no

EKSKLUSIVT LEDERTILBUD

– INTERNASJONALT LEDERUTVIKLINGSPROGRAM TILBYS ET UTVALG SYKEPLEIELEDERE



NSFs har inngått et samarbeid med International Council of Nurses (ICN) om implementering av lederutviklingsprogrammet «Leadership for Change» (LFC) i Norge. Programmet har fokus på å styrke sykepleieres lederskap gjennom blant annet forståelse av politiske utfordringer og god planlegging av helse- og omsorgstjenester. Programmet har engelsktalende instruktør og deltakerne må kunne lese og kommunisere på engelsk.

Lederprogrammet strekker seg over et år og blir avholdt i Oslo-området på følgende tidspunkt:

Kursuke I: 18. – 22 januar 2016 • Kursuke II: 13. – 17 juni 2016 • Veiledning, evaluering og avslutning: 16. -17 januar 2017 •

Opplæring av instruktører: 18. – 20 januar 2017

MÅLGRUPPE

LFC-programmets målgruppe er sykepleierledere i topp- og mellomlederstillinger i kommune- og spesialisthelsetjenesten, fra utdanningsinstitusjonene og andre posisjoner. For å bidra til best mulig erfarings- og læringsutbytte vil LFC/NSF rekruttere deltakere som representerer ulik erfaring, bredde og kompetanse. LFC/NSF vil også rekruttere aktuelle deltakere fra egen organisasjon, - NSF-politikere, faggruppelidere og eventuelt andre. Antall deltakere: 35

Søknadsskjema og informasjon er tilgjengelig på www.nsf.no.

Søknadsfrist: 1. oktober 2015. Søker må være medlem av NSF.

KOSTNADER

NSF dekker kurs, oppholds- og reiseutgifter. Deltakerne må ved behov søke permisjon fra arbeidsgiver. Ved opptak forplikter deltakerne seg til å gjennomføre kurset.



16 dager
Avreise fra Oslo
den 25/2 2016
Pris **28 998,-**



Tatt av vinden med Charleston og Savannah

En rundreise i USAs sagnomsuste Sørstater, fra jazzfylte New Orleans til stilfulle Charleston

Opplev de fargerike sørstatene der den legendariske kjærlighetshistorien mellom Scarlett O'Hara og Rhett Butler utspilte seg! Vi tar deg med til historiske plantasjer og epokens grandiose bygninger, på båttur i sumpen og til Elvis' eget Graceland. Vi går i Martin Luther Kings fotspor, utforsker det hyggelige French Quarter i New Orleans og opplever sørstatselegansen i Charleston.

Og mens sørstatsjazzen vibrerer i luften nyter vi vår brunch og begir oss etterpå ut på Mississippielva i en gammeldags hjuldamper.

Kjenn historiens vingesus, bli en del av sørstatenes elegante omgivelser og kreolske gateliv, tramp takten til countrymusikk – bli forført av Tatt av vinden!

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo–Atlanta t/r*, utflukter og entréer ifølge program, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, frokost daglig, brunsj dag 8, lunsj dag 3, skatter og avgifter. *Mulighet for å reise fra Stavanger og Bergen, med forbehold om ledige flyplasser, mot et tillegg fra kr 948,-

*Mulighet for å reise fra Stavanger og Bergen, med forbehold om ledige flyplasser, mot et tillegg fra kr 948,-



Julemarked i Reykjavik

Julestemning, spa, nordlys og geysirer

Miniferie i Islands livlige hovedstad når den er kledd i sine festligste julefarger! Island har mange hyggelige juletradisjoner, og på dette lille desember-besøket er du garantert å komme i solid julestemning – i tillegg til å få flotte naturopplevelser.

Du besøker det stemningsfulle julemarkedet i både Reykjavik og Hafnarfjörður, der boder selger kunsthåndverk, godterier og julepynt, og innimellom innkjøpene kan man varme seg på en kopp varm kakao eller dampende gløgg. Det kulinariske nivået er som kjent høyt i Island, og du får også smake forskjellige av landets spesialiteter og meske deg i en nydelig julebuffé.

Reisens varighet: 4 dager
Avreise fra Oslo den 3/12 & 10/12 2015

Pris **5 998,-**

Nyttår i Roma

Møt det nye året i antikkens Roma

Hils det nye året velkommen i Roma! Få en panorama-sightseeing gjennom byens spennende historiske høydepunkter og stift bekjentskap med noen av de mest kjente stedene som Spansketrappen, Trevi-fontenen, Pantheon og ikke minst Romas dagligstue, Piazza Navona. Vi bor sentralt i byen på Hotel Cicerone, som ligger i gåavstand til Peterskirken, og for de som ønsker det blir det også tid til å besøke den storslåtte kirken og til å titte litt i storbyens butikker før vi feierer det nye året med en storslått middag på en av Romas gode restauranter i gåavstand til både hotellet og Piazza Navona. Vin og sprudlende spumante er selvfølgelig inkludert i arrangementet

Reisens varighet: 5 dager
Avreise fra Oslo den 29/12 2015

Pris **10 798,-**

Kulturrundreiser med reiseleder
albatros-travel.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Gjør bestillingen enklere!

Opplys reisekode

SP

Albatros

Reis med hjerte, hjerne & holdning

Oppdag Sykepleiens digitale verden



Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.

Tips!

Skriv inn på www.sykepleien.no i adressefeltet i din nettleser. Du kan komme direkte til ledige sykepleierstillinger ved å skrive www.sykepleienjobb.no i adressefeltet.



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien,

men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).

Tips!

Basert på om du har en iPad eller Android nettbrett, gå du inn i App Store eller Google play. Her søker du etter «Sykepleien» og kan laste ned appen.

Når du går inn på appen kommer du til Sykepleien-kiosken der alle utgavene vil ligge. Velg utgaven du ønsker å lese, last ned og nyt!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)

Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er perfekt tilpasset til mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Tips!

Det kan være lurt å bokmerke nettstedet www.sykepleien.no. På denne måten dukker det opp et ikon på hjemskjermen, slik at du slipper å skrive nettadressen hver gang. Dette gjør du enkelt i mobilens nettleser.

Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



Tips!

Tast inn «Sykepleien» i søkefeltet når du er på Facebook, og du kommer automatisk til vår Facebook-side. Klikk på «Like»-knappen for å følge med på våre oppdateringer. Du kan også besøke facebook.com/Sykepleien En spennende verden venter deg!



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 08 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju

Variasjon: Sykepleiestudenter i praksis vurderes ulikt fra utdanning til utdanning. Arkivfoto: Erik M. Sundt



Lite stryk i praksis

Utdanning. Det er betydelig færre studenter som stryker i praksis enn det er totalt sett. **60**



Fag. Hoftebrudd krever oppfølging. **46**



«Jeg bruker aldri slankeordet. Jeg sier vi skal endre livsstilen.» Torill Berg. **53**



Etikk. Alt helsepersonell kan ta etiske avgjørelser. **58**



OPPFØLGING GIR FÆRRE HOFTEBRUDD

Fall. Etter bruddet-klinikk ledet av sykepleiere kan forhindre nye hoftebrudd.

MASTEROPPGAVE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54970



Elin Engh,
sykepleier,
Mastergrad i
helsetjenester til eldre
Diakonhjemmet

En sykepleieleddet «Etter brudd-klinikk» kan redusere forekomsten av nye brudd på en kostnadseffektiv måte. Sykepleieren må ha kunnskap om årsakene til hoftebrudd, spesielt osteoporose, fallrisiko og ernæring. I tillegg må hun eller han kjenne til bruddforebyggende tiltak, samt gi individuell oppfølging.



Liv Wergeland Sørbye,
Professor,
Diakonhjemmet
høgskole

PÅ VERDENSTOPPEN. Mange eldre lever sine liv uten nevneverdige helseplager, inntil det en dag skjer noe. En slik hendelse kan være et hoftebrudd som følge av fall. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd (1–2), mellom 9 000 og 10 000 personer opereres for hoftebrudd årlig (3). Forekomsten av brudd er synkende, men ikke når det gjelder brudd nummer to. Pasienter med hoftebrudd blir for sjelden vurdert for osteoporose, og får dermed ingen behandling (4). Det internasjonale osteoporoseforbundet har initiert en kampanje om forebygging av nye brudd. Denne kampanjen kalles «Capture the Fracture» (5). Hensikten er å øke bevisstheten rundt osteoporose som årsak til brudd, slik at utsatte personer kan bli identifisert og dermed få tilbud om behandling. De faglige retningslinjene fra Sosial- og helsedirektoratet beskriver behandlingstiltak, og har som hovedformål å

forebygge nye brudd. De sier imidlertid lite om hvordan tiltakene skal iverksettes (6).

Forskning viser at etter brudd-poliklinikker gir bra forebyggende gevinst. En sykepleier har ansvaret for å følge opp pasienten og koordinere ulike tiltak mellom forskjellige

«Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd.»

faggrupper (7). Hensikten med vår studie var å identifisere hvilke pasienter som ville ha nytte av en sykepleieleddet poliklinikk etter hoftebrudd, samt prøve ut en modell for oppfølging av disse (8). Studiens problemstillinger var:

1) Hva karakteriserer eldre pasienter med gjennomgått hoftebrudd?

2) Hva bør kjennetegne en sykepleieleddet poliklinikk for eldre pasienter med gjennomgått hoftebrudd?

METODE. Utvalget består av 50 pasienter rekruttert ved sykehusinnleggelse fra juni 2012 til desember 2013. Inklusjonskriterier var hoftebrudd, 65 år eller eldre,

hjemmeboende og evne til informert samtykke.

Ved rutinekontroll hos fysioterapeut tre måneder etter bruddet, fikk pasienter en konsultasjon med en sykepleier. Sykepleier startet med å spørre nærmere om situasjonen rundt selve fallet og benyttet en standardisert sjekklister for å identifisere risikofaktorer for osteoporose og fall. Hun tok også en beintetthetsmåling. Resultatene av målinger ble vurdert sammen med en revmatolog. Pasientene fikk anbefalinger om behandling eller forebygging av osteoporose og fall, samt råd om ernæring, fysisk aktivitet og generell livsstil. De kvantitative dataene ble behandlet med statistikkprogrammet SPSS versjon 21.

BAKGRUNN. Studien er en selvstendig del av et større forskningsprosjekt om hoftebrudd kalt «Sarkopenistudien». Hovedstudien er godkjent av Regionalt Etisk Forskningsråd, forskningsrådet ved Diakonhjemmet Sykehus og av personvernombudet.

Variabler som inngikk i analysen var valgt ut fra en kvalitetsdatabase for hoftebrudd og på grunnlag av kunnskap fra en litteraturstudie. Vi benyttet følgende data: Kjønn og alder, funksjonsnivå (2), Vitamin D-nivå (9), tilskudd av kalsium (6), kroppsmasseindeks (KMI)

Fakta ●●●

Hovedbudskap:

En hyppig årsak til hoftebrudd blant eldre kvinner er udiagnostisert osteoporose. Denne studien viser at sekundærforebygging av brudd bør vies langt større oppmerksomhet enn hva tilfelle er i dag. En «Etter brudd-klinikk» hvor en sykepleier har det koordinerende ansvaret, kan redusere nye brudd.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

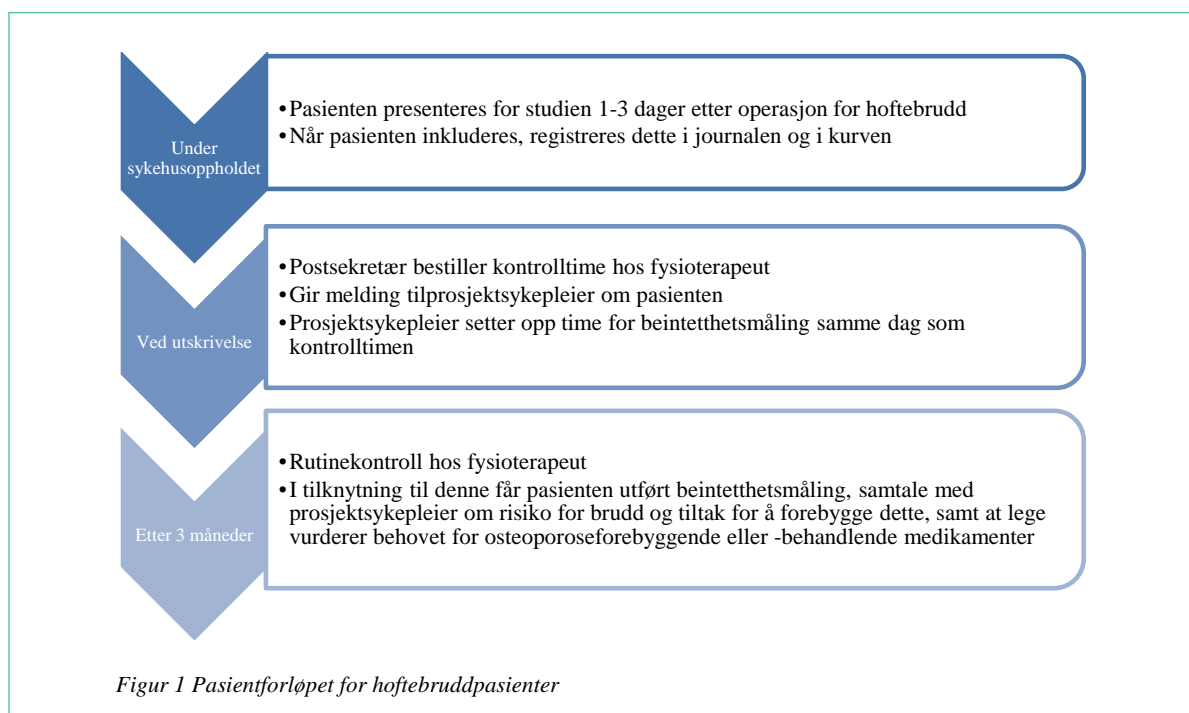
- Hoftebrudd
- Eldre
- Poliklinikk



Bør følges opp. Pasienter med hoftebrudd blir sjelden undersøkt for osteoporose og går dermed glipp av nødvendig oppfølging og behandling. Illustrasjonsfoto. Colourbox

(10), måling av bentetthet og generelle blodprøver. Vi registrerte også årsaker til fall, om fallet hadde skjedd ute eller inne og om vi fant noen årstidsvariasjoner. Det ble vurdert om epikrisen omtalte osteoporose eller beinskjørhet, samt foreskrevne legemidler for å forebygge eller behandle osteoporose og bruk av hjemmetjenester. Figur 1 gir en skjematisk oversikt over pasientforløpet

DELTAKERNE. I utvalget på 50 pasienter med hoftebrudd, var det 24 prosent menn og 76 prosent kvinner. Gjennomsnittsalder for pasientene som deltok i studien var 77 år (76 år for kvinner og 79,5 for menn). Tre måneder etter bruddet skåret 74 prosent av informantene 19–20 poeng på Barthels funksjonsskala. Skalaen går fra 0 til 20: skår 19–20





Figur 2 Elementene som inngår i Fracture Liaison Service



indikerer selvstendighet. Fem av informantene hadde hatt hoftebrudd tidligere; av disse skåret to 14 og to 17, mens den siste skåret 19. Vi registrerte at 14 prosent av informantene mottok hjemmesykepleie eller praktisk bistand før hoftebruddet. Ved tremånederskontrollen hadde antallet økt til 32 prosent, og én person var fortsatt til rehabilitering på sykehjem. For de pasientene som hadde noe funksjonssvikt, var utfallet på gangfunksjon. Disse manglet evne til å gå 50 meter uten hjelpemiddel og/eller vanskeligheter med å gå i trapp og kunne trenge hjelp ved dusjing. Noen hadde problemer med blærekontroll.

I dette materialet hadde 30 prosent en KMI som var lavere enn 22 kg/m. Av de 70 prosent som hadde en KMI lik eller høyere enn 22 kg/m, ble 6 prosent vurdert som overvektige. I dette utvalget var det ingen signifikant kjønnsforskjeller i henhold til KMI-verdier.

D-VITAMIN. Det ble målt D-vitamin (25-OH-vitamin D) på 44 av de 50 personene som deltok. Resultatet viste at 50 prosent hadde lavt nivå av vitamin D, det vil si under 50 nmol/l. Av disse hadde mange nivåer forenlig med svikt. De sju informantene som tok tran, hadde et vitamin D-nivå over 50 nmol/l, men det er usikkert om det var tranen eller noe annet som var utslagsgivende. Ytterligere to tok tran, men der manglet vi verdier for vitamin D. Omstendighetene rundt fallet som førte til brudd fordelte seg på 52 prosent som falt ute og 48 prosent inne. Av dem som falt i perioden desember til mars (N=19), falt flertallet ute (76 prosent).

ÅRSAKER. Informantenes fortellinger bekrefter at årsakene til fall som forårsaket brudd er mange og komplekse:

- En fortauskant som var litt høyere enn beregnet, og som gjorde at hun falt på fortauet.
- To ble dyttet over ende; den ene av en ungdomsgjeng som ikke så seg for på gaten, den andre av en elle vill hund.
- En falt idet T-banen gjorde et bråstopp, hun holdt seg ikke godt nok fast.
- En brakk hoften på vei til fjelltur; støvlene hektet seg i hverandre mens hun sto og ventet på toget og mistet balansen da hun skulle flytte seg.
- Tre informanter snublet i et gulvteppe.
- Seks personer falt i forbindelse med nattlig toalettbesøk. En fortalte at hun ikke skrudde på lyset for å unngå å vekke mannen, snublet og brakk lårhalsen.

MÅLINGER. Ved utskrivelse hadde 38 prosent av informantene fått kalsiumtilskudd, ifølge epikrisen. I tillegg hadde 6 prosent fått benresorpsjonshemmer. Av de fem pasientene som hadde hatt et hoftebrudd tidligere, var det to personer som fikk kalsium. Ingen av dem hadde fått benresorpsjonshemmer eller annen spesifikk osteoporosebehandling.

Ved bentetthetsmåling (DXA) fant vi osteoporose enten i rygg, hofta eller begge steder hos 58 prosent av pasientene og det ble konstatert osteopeni hos 36 prosent. I noen tilfeller konkluderte legen med trolig osteoporose på grunn av at personene hadde sunket mye i kroppshøyde, noe som kan tyde

på kompresjonsfrakturer i ryggen, selv om verdien som fremkom av DXA-målingen var normal. Målingene vil da kunne gi inntrykk av en falsk tettere beinstruktur.

POLIKLINIKK. I flere land har man kunnet vise til gode og lovende resultater med å opprette «Etter bruddet-poliklinikk («Fracture Liaison Service») med en sykepleier som koordinator (7,11–13). Begrepet «liaison» betegner en person som fungerer som bindeledd mellom ulike grupper. I denne sammenhengen er gruppene forskjellige fagpersonene fra ulike nivåer i helsetjenesten, og som alle deltar i oppfølgingen av hoftebruddspasienten. De viktigste elementene i en «Fracture Liaison Service» illustreres i figur 2.

MÅLGRUPPEN. De pasientene som dette oppfølgingstilbudet vårt er tenkt for, er de som allerede har hatt

et lavenergibrudd og derfor har økt risiko for nye brudd. Det innebærer at alle hjemmeboende eldre over 65 år som har hatt et hoftebrudd, er i målgruppen for videre utredning og behandling.

I de faglige retningslinjene (6) heter det blant annet at måling bør begrenses til de som ønsker spesifikke tiltak mot osteoporose. Risikogrupper er blant annet personer med KMI lavere enn 22 kg/m eller som har hatt stort vekttap, personer som røyker, har fått påvist falltendens med ett til to fall i året, eller der arv kan ha betydning.

En utredning etter et hoftebrudd må også kartlegge årsaker til fall, enten det dreier seg om de åpenbare, gjerne ytre omstendighetene, som glatt underlag, men også de mindre synlige, og som kan ha sammenheng med individuelle forhold hos personen.

BEHANDLING. Forebyggende behandling skiller mellom farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling. Den ikke-farmakologiske behandlingen består i anbefalinger om ernæring, fysisk aktivitet, og råd

«Flertallet av informantene var kvinner.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

vedrørende andre livsstilsfaktorer som røyking og overforbruk av alkohol, der dette er avdekket som et problemområde. Som videre oppfølging og kontroll anbefales det at igangsatt behandling blir kontrollert. Fastlege og hjemmesykepleiere kan bistå ved å kontrollere at medisiner blir tatt riktig, og ved å holde øye med ernæringsstilstanden. Eldre med ustabil gange har behov for tilsyn ved forflytning, ut eller inn i seng, og ved dusjing.

FAGLIG INNHOLD. Det faglige innholdet i en sykepleieledet poliklinikk for oppfølging av hoftebruddpasienter må baseres på den kunnskapen vi har om behandling og forebygging av osteoporose og fall, og alt hva det innebærer av risikofaktorer og tiltak. Hva som skal vektlegges i konsultasjonen med den enkelte pasient, bestemmes av hvilke risikofaktorer som avdekkes i den innledende samtalen. For å sanere ytre faktorer som kan forårsake fall, kan det være aktuelt med hjemmebesøk (14). Fysisk trening er et viktig tiltak for å redusere fallrisiko, fordi økt muskelmasse som følge av trening bedrer både gangfunksjon og balanse, også hos eldre (15).

DISKUSJON. Hoftebrudd er et stort folkehelseproblem i mange land, ikke bare i Norge, og det er mye forskning på området. Denne studien omhandler ulike karakteristika av 50 hoftebruddpasientene som har blitt operert på Diakonhjemmet og resultater etter tre måneders oppfølging. Funnene vil bli drøftet i lys av relevant forskning og behovet for en etablering av en sykepleieledet «Etter bruddet-poliklinikk».

RISIKOFAKTORER. Flertallet av informantene var kvinner, dette samsvarer med resultater både i kvalitetsdatabasen og på landsbasis. Gjennomsnittsalder i dette utvalget var sju år lavere enn på de hjemmeboende pasientene som er registrert i kvalitetsdatabasen (8). Yngre personer er gjerne spreker i utgangspunktet og vil derfor ha større sjanse for en vellykket rehabilitering. På den annen side kan det

da være større risiko for at helsevesenet neglisjerer behovet for en målrettet rehabilitering og oppfølging av disse.

Manglende samtykkekompetanse sees ofte sammen med kognitiv svikt og demenssykdom, noe som rammer flere jo eldre en blir (16).

Alvorlig komorbiditet er også oftere assosiert med høy alder (17). I dette materialet var nattlige toalettbesøk en hyppig årsak til fall (12 prosent). Det er påvist en sammenheng mellom lav selvstendighet i dagliglivet og økt falltendens (18). Blant prosjektdeltakerne hadde de fleste en høy grad av selvstendighet, men mange hadde beinskjørhet, osteoporose og vitamin-D mangel samt lav KMI, noe som er en medvirkende årsak til de fleste brudd hos eldre (10, 19–20).

Det er påvist sammenheng mellom bruk av beroligende medisiner og antidepressiva og hoftebrudd (21). En tverrfaglig legemiddelgjennomgang med pasient og eventuelt pårørende er nyttig (22).

En norsk studie fant at bare 17 prosent av kvinner med hoftebrudd og 5 prosent av mennene fikk legemidler mot osteoporose etter bruddet (23). I dette materialet hadde 10 prosent sitt andre lårhalsbrudd. Dette samsvarer med en annen norsk studie, som fant at 10–15 prosent ble innlagt for tidligere brudd (24). Som tidligere omtalt fant vi at bare et fåtall av pasientene fikk adekvat behandling etter hoftebruddet.

KUNNSKAPSHULL. Flere studier peker på et gap mellom den kunnskapen vi har om hoftebrudd og den behandlingen som gis i etterkant av et brudd (25-27). Til tross for dette blir mange eldre med hoftebrudd ikke undersøkt for osteoporose, og får derfor heller ikke adekvat behandling (4). Disse studiene fremholder derfor at sekundærforebygging av brudd kan være et forsømt område i helsevesenet. Det bør vies langt større oppmerksomhet enn hva tilfelle er i dag.

SYKEPLEIERS ROLLE. Det er etter hvert blitt flere poliklinikker der spesialutdannete og erfarne

sykepleiere står for hoveddelen av kontakten med pasienten. De kartlegger symptomer, avdekker risiko-områder, gir veiledning i hvordan man kan forholde seg til sine diagnoser og kan til en viss grad forskrive medisiner. Det vil fortsatt være legen som står som ansvarlig for den medisinske behandlingen. Norsk Sykepleierforbund (28) hevder at sykepleiernes rolle som ansvarlige i helsetjenesten er godt etablert, og at deres arbeid har stor betydning for befolkningens helse. Det å fremme helse trekkes frem som en viktig funksjon ved sykepleierrollen. I denne sammenhengen, i møtet med eldre personer som har hatt et hoftebrudd, vil tiltak som bidrar til mestring av situasjonen og som kan forebygge brudd og redusere fallrisiko, være viktige sykepleiehandlinger.

Sykepleieren må tilegne seg kunnskap på mange områder, både teoretisk og vitenskapelig og ferdighetskunnskap. Dette skal så balanseres opp mot pasientens kunnskap om seg selv, slik at prinsippene om anerkjennelse av enkeltmennesket og dets integritet blir ivaretatt på en god og respektfull måte (29). Slik kunnskap bidra til å utvikle en bedre praksis (30). Sykepleierrollen innebærer både selvstendige vurderinger og handlinger, men også samarbeid med pasient og andre profesjoner.

KONKLUSJON. Erfaringer fra denne studien viste at utløsende årsak til fallet tilsynelatende var tilfeldig. At fallet førte til brudd viser karakteristika ved utvalget som lav KMI, lavt nivå av vitamin D og fravær av medisiner mot osteoporose. De eldre opplevde tremånederskontrollen som nyttig.

Studien bekrefter at eldre pasientene med hoftebrudd har behov for oppfølging som kan gi dem trygghet og innsikt i forebygging av nye fall. En «Etter bruddet-klinikk» kan være en modell hvor en sykepleier har det koordinerende ansvaret. Et bredt faglig innhold kan redusere forekomsten av nye brudd ved å gi råd om forebygging og riktig behandling, på en kostnadseffektiv måte. ●

REFERANSER:

- Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nordseth L, et al. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001;29(5):413-8.
- Ranhoff AH, Holvik K, Martinsen MI, Domaas K, Solheim L. Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC Geriatrics* 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/65>
- Folkehelseinstituttet. Beinskjørhet og brudd – fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd. Folkehelseinstituttet; 2014.
- Kamel H, Hussain M, Tariq S, Perry H, Morley J. Failure to Diagnose and Treat Osteoporosis in Elderly Patients Hospitalized with Hip Fracture. *The American Journal of Medicine* 2000;109:326-8.
- Åkesson K, Mitchell P. Capture the fracture. A global campaign to break the fragility fracture cycle. *International Osteoporosis Foundation*; 2012.
- Sosial- og helsedirektoratet. Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005:79.
- Casentini C, Chiarimonti G, Amedei A, Cioppi F, Falchetti A, Masi L, et al. The bone care nurse project. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism* 2013;1(1):63-5.
- Eng H. Eldre hoftebruddpasienter – en heterogen gruppe med individuelle behov for oppfølging [Helsestjenester til eldre]. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole, Lovisenberg diakonale høgskole.
- Holvik K, Ahmed LA, Forsmo S, Gjesdal CG, Grimnes G, Samuelsen SO, et al. Low serum levels of 25-hydroxyvitamin D predict hip fracture in the elderly: a NOREPOS study. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;3341-50.
- Mow M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2002;122(8):814-5.
- Ahmed M, Durcan L, O'Beirne J, Quinlan J, Pilley I. Fracture Liaison Service in a Non-Regional Orthopaedic Clinic – A Cost-Effective Service. *The Irish Medical Journal* 2013;106(8).
- Vaile J, Sullivan L, Bennett C, Bleasel J. First Fracture Project: addressing the osteoporosis gap. *Internal Medicine Journal* 2007;37(7):717-20.
- Tinetti ME. Preventing Falls in Elderly Persons. *New England Journal of Medicine* 2003;348(1):42-9.
- Bergland A. Fysisk aktivitet og trening gir størst gevinst for de eldste. In: Bondevik M, Nygaard HA, eds. *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
- Engedal K, Haugen PK, Brækhus A, Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. Tønsberg: Aldring og helse; 2009.
- Wyller TB. *Geriatric medicine: Oslo: Gyldendal akademisk*; 2011.
- Sato S, Demura S, Uchiyama M. Risk assessment of and targeted intervention for falls in the elderly based on the relationship between physical function levels and risk factors for falls. *Advances in Aging Research* 2013;2(3):87-93.
- Hånes H, Meyer HE, Søgaard AJ. Beinskjørhet og brudd – fakta om osteoporose og brudd. Folkehelseinstituttet; 2013.
- Folkehelseinstituttet. Vitamin D-mangel øker risikoen for beinbrudd hos eldre. Oslo; 2013.
- Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry. *Age and Ageing* 2013. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/24/ageing.af1009.full.pdf+html>.
- Eng H, Ranhoff AH, Viktil KK. Legemiddelgjennomgang. *Norsk legemiddelhandbøk for helsepersonell* 2013. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbøk; 2013.
- Devold HM, Søgaard AJ, Tverdal A, Falch JA, Furu K, Meyer HE. Hip fracture and other predictors of anti-osteoporosis drugs use in Norway. *Osteoporos Int* 2012;24(4):325-33.
- Omstand TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, et al. Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *Eur J Epidemiol* 2012;27(10):807-14.
- Eisman JA, Bogoch ER, Dell R, Harrington JT, McKeeney Jr. RE, McLellan A, et al. Making the First Fracture the Last Fracture: ASBMR Task Force Report on Secondary Fracture Prevention. *Journal of Bone and Mineral Research* 2012;27(10):2039-46.
- Giles M, Van Der Kallen J, Parker V, Cooper K, Gill K, Ross L, et al. A team approach: implementing a model of care for preventing osteoporosis related fractures. *Osteoporos Int* 2011;22(8):2321-8.
- Goodwin SJ, Walker ND. Improving prescribing of antiosteoporosis discharge medication in fractured neck of femur patient: a completed audit cycle. *Scottish Medical Journal*. 2011;56(1):2-4.
- Flovik AM, Normann L, Mølstad K. Sykepleie – et allsidig og selvstendig fag. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2008.
- Norsk Sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011.
- Kirkevold M. Den gamles integritet. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, eds. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
- Thomassen M. *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.



MINDRE STRESS MED MINDFULNESS

3 minutter. Sykepleiere opplevde at oppmerksomhetstrening reduserte stress i hverdagen.

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54966



Kirsten Olsen,
sykepleier, Sykehuset Innlandet

Oppmerksomhetstrening er en 2500 år gammel buddhistisk tradisjon som har blitt populær i vesten, også i Norge (1). Oppmerksomhetstrening er en metode for selvregulering av helse og livskvalitet med dokumentert effekt.



Marit Berg,
høgskolelektor, Høgskolen i Hedmark

HELSEFREMMEDE. Mange mennesker opplever metoden som helsefremmende. Den kan redusere stress og derfor være et nyttig hjelpemiddel til å takle presset vi utsettes for (2).



Nina Solberg,
geriatrisk sykepleier, Sykehuset Innlandet

Evnen til å være til stede i nuet er vesentlig i sykepleiefaget. Å være oppmerksomt til stede er å være til stede der man befinner seg (3). Oppmerksomhetstrening kan bidra til at sykepleierne blir mer bevisst til stede i arbeidet sitt (4).



Marit Scheide,
sykepleier, Sykehuset Innlandet.

Uavhengig av hverandre har Lie og Kroese kommet frem til oppmerksomhetstrening som en god oversettelse av begrepet mindfulness (5).

UNNGÅ STRESS. Vi utsettes for ytre eller indre stimuli som utløser stressfaktorer i kroppen vår. Det gjør at vi produserer stresshormoner som forårsaker flukt- eller fryktreaksjon. Dette gir økt puls og økt blodtrykk. Dersom reaksjonen vedvarer over tid vil det føre til helseplager. Hvis vi ikke finner en

hensiktsmessig måte å takle stresset på, vil kroppen til slutt bryte sammen, noe som kan føre til alvorlige sykdommer (2).

Ved å være oppmerksomme på stresset vi påføres i en situasjon, kan vi velge hvordan vi vil reagere på det. Dette gir oss muligheten til å omforme en automatisk reaksjon til en bevisst valgt respons (6). Ved bruk av oppmerksomt nærvær kan vi altså unngå det helseskadelige stresset.

STUDIEN. Studien gikk over fire uker. Målet var å se om tre minutters oppmerksomhetstrening

«De fleste klarte å slippe stressende tanker under meditasjonen.»

ters oppmerksomhetstrening to ganger om dagen bidro til å redusere opplevelsen av negativt stress hos sykepleiere i jobb og om det ville ha noen effekt på relasjonen til pasienter eller sykepleiestudenter og kollegaer.

Det var 22 sykepleiere som meldte seg på som deltakere i studien, og 21 av disse gjennomførte prosjektet. Alle deltakerne ble informert om studien. De fikk informasjon om

hvordan oppmerksomhetstreningen skulle foregå, deretter fikk de utdelt et spørreskjema og en link til et lydspor som varte i tre minutter (7). De ble bedt om å trene på oppmerksomhet (meditere) til lydsporet to ganger om dagen.

Vi møtte deltakerne en gang per uke for å høre hvordan det gikk og om det var noe de trengte hjelp til. De fleste gjorde øvelsene daglig, men ikke to ganger. Flere oppga at de glemte å gjøre øvelsen i helgene, men at de husket å gjøre den én til to ganger i hverdagene. Flere medierte på jobb, mens andre gjorde det i fritiden. Etter fire uker hadde vi en gruppesamtale hvor deltakerne fikk snakke fritt om sine opplevelser i løpet av de fire ukene. De fikk så utdelt det samme spørreskjemaet som de fikk før forskningsprosjektet startet opp.

FRIMINUTT. Resultatene fra spørreskjemaet som ble delt ut under studien viser at to tredeler følte seg mindre stresset etter oppmerksomhetstreningen. I gruppesamtalen kom det frem at oppmerksomhetstreningen ga «et lite friminutt»: hode og kropp fikk ro, selv om det var kaos i hverdagen. De fleste klarte å slippe stressende tanker under meditasjonen, og flere opplevde da at «glemte tanker» kom opp igjen. En sa «det kan være noe jeg har glemt å

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Oppmerksomhetstrening kan hjelpe sykepleiere til å takle en stresset hverdag. Artikkelen er basert på en undersøkelse blant 21 sykepleiere som gjorde tre minutters pustemeditasjon to ganger daglig i fire uker. Prosjektet er gjennomført i forbindelse med videreutdanning i Oppmerksomt nærvær i regi av Høgskolen i Gjøvik.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Stress
- Oppmerksomhetstrening
- Meditasjon





MINDRE STRESS:
Alle sykepleierne som deltok i studien rapporterte at oppmerksomhetstrningen ga dem fornyet energi. Illustrasjonsfoto: Colourbox



gjøre eller noe jeg må huske på». Flere sa at de klarte «å befri hodet for urolige tanker». Noen av deltakerne sa de ble mer bevisste, de kalte det en bevisstgjøring. Bevisstgjøringen gikk ut på at de kunne stoppe opp og gjenfinne pusten etter å ha trent på dette, før de gikk inn i en situasjon. Dette førte til at handlinger ble utført med mer oppmerksomhet. Flere sa de ville bruke oppmerksomhetstrening som et verktøy i hverdagen, «få det inn på timeplanen sin».

VÆRE TIL STEDE. Noen av deltakerne i vår studie sa at de følte skyld fordi de brukte tid på seg selv. Forskning viser at dette fenomenet forekommer når sykepleiere skal bruke tiden på å tenke på seg selv fremfor andre (8). Flere studier viste at som en følge av redusert stress behandlet sykepleiere pasienter, sykepleiestudenter og kollegaer bedre. Vi synes det er interessant å se at sykepleiere føler skyld for å bruke tid på egen oppmerksomhetstrening når vi ser på disse resultatene.

Også privat var det flere som opplevde at oppmerksomhetstreningen ga positive gevinster. En deltaker sa: «Jeg føler meg bedre som mor». Etter cirka ti dager merket enkelte i meditasjonsgruppen endringer i egen væremåte. Et forskningsprosjekt viste at ansatte som minsket sitt eget stressnivå og forbedret egenomsorgen, økte nærværet til pasientene (8).

Før oppmerksomhetstreningen svarte 15 stykker på spørsmål i spørreskjemaet at de overser pasienten eller studenten når de er stresset. Etter å ha praktisert oppmerksomhetstrening i fire uker er det derimot ingen som sier at de gjør dette. Sju deltakere før og tre etter oppgir at de ikke går helt bort til pasienten eller studenten, men står klar til å forlate rommet, og seks deltakere før og en etter gjør ting for pasienten eller studenten istedenfor å la ham prøve selv. Trening på oppmerksomt nærvær er et lovende verktøy for å utvikle evnen til å være til stede, og bedrer dermed kvaliteten i klinisk og relasjonelt arbeid innen sykepleie (4). Resultatene her kan tyde på det samme.

SELVKONTROLL. Oppmerksomhetstrening kan øke selvbevisstheten, selvkontrollen og følelsen av å være til stede (9).

Seks deltakere i studien oppga at de ble irriterte når de var stresset før oppmerksomhetstreningen, mens kun én oppga dette etter.

Åtte deltakere svarte på spørreskjemaet at før de fire ukene studien varte, avbrøt de pasienten eller studenten under en samtale. Etter fire uker med oppmerksomhetstrening er det kun en som oppgir at de gjør dette.

Tolv deltakere oppgir at de tenker på alt det andre de skal gjøre før de har deltatt i studien, mens kun to oppgir dette etter at de fire ukene er gjennomført.

HELSEGEVINST. En deltaker sa at hennes nakkesmerter forsvant ved hjelp av meditasjon. Flere av deltakerne opplevde at meditasjon førte til mindre kroniske smerter og ubehag i kroppen.

Noen opplevde bedre søvn og hadde lettere for å sovne igjen etter oppvåkning på natta.

Flere av deltakerne merket at oppmerksomhetstreningen senket hjertefrekvensen og ga økt varmefølelse og færre tilfeller av hjertebank under arbeidsdagen. Samtlige sa at de merket at oppmerksomhetstreningen ga dem ny energi.

To forskningsrapporter konkluderer med at oppmerksomhetstrening gir helsegevinster (10,11). De fleste opplever at meditasjonen gjør dem godt og gir økt ro. Noe som støttes av annen forskning (4).

Enkelte syntes etter hvert at tre minutter ble litt lite og ønsket seg lengre meditasjon. De følte de bare så vidt fant igjen pusten og fikk kjennes litt på hvordan de hadde det i kroppen, før meditasjonen var slutt.

KONKLUSJON. Vår studie ble gjennomført på tre forskjellige arbeidsplasser. Ved to avdelinger i Sykehuset Innlandet og på Høgskolen i Hedmark, institutt for sykepleie, så vi en klar forbedring av stressmestring og søvnkvalitet hos samtlige som gjennomførte fire ukers oppmerksomhetstrening.

Resultatet av vår studie har felles trekk med forskningsresultater fra USA, Canada, Australia, Iran og Norge. Oppmerksomt nærvær i praksis kan gi positive resultater med oppmerksomhetstrening tre minutter to ganger daglig i fire uker. Det kan medføre at sykepleiere møter stress på en mer hensiktsmessig måte. Deltakerne i vår studie oppnådde økt velvære, ro, bedret søvnkvaliteten og var mer til stede i seg selv. De brukte ordet bevisstgjøring og fikk bedre kontroll over hvordan de møtte utfordringer på jobb og i hverdagen for øvrig. De ble flinkere til å ta vare på seg selv, de lærte et verktøy som kunne brukes i stressende situasjoner. Ved å gjøre pusteøvelser følte de indre ro og forbedret stressmestring. Deltakerne har uttrykt at øvelsene har gjort dem godt og flere kommer til å anvende verktøyet i fremtiden.

Vi antar at dersom sykepleiere bruker tid på å utføre oppmerksomhetstrening regelmessig kan det føre til at han eller hun gir bedre behandling og oppfølging av andre. Vi tror sykepleieren selv vil få en bedre opplevelse av jobben sin og kanskje unngå utbrenthet og flukt fra jobben på grunn av negativt stress. ●

REFERANSER:

1. Johansen V. Indre stillhet; Å leve mindfulness. Oslo: Arneberg forlag, 2013.
2. De Vibe M. Oppmerksomhetstrening (OT) og stressmestring. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, seksjon for kvalitetsutvikling- GRUK, 2008.
3. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
4. Sandvik BA. Mindfulness – det oppmerksomt nærvær. Sykepleien Forskning 2011; 6(3): 274–81.
5. Gran S, Lie KA, Kroese A. Oppmerksomhetstrening: En historisk, psykologisk og praktisk innføring i mindfulness. Oslo: Gyldendal akademisk, 2011.
6. Nordbrenden U. Stress ned og hold deg frisk. <http://www.alternativ.no/art/?id=64> (Nedlastet 03.05.14).
7. Berg M. 3-minutters pustemeditasjon. <https://www.youtube.com/watch?v=rELMMuGlaQM> (Nedlastet 10.05.14).
8. Cohen-Katz J, Wiely S, Capuano T, Baker DM, Deitrick L, Shapiro S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15871591> (Nedlastet 03.05.14).
9. Scheick DM. Developing self-aware mindfulness to manage countertransference in the nurse-client relationship: an evaluation and developmental study. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21420044> (Nedlastet 03.05.14).
10. Smith A. Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21420044> (Nedlastet 03.05.14).
11. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15256293> (Nedlastet 03.05.14).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Torill Berg

Sier ikke «slanking» til barn

Fortalt til **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**

Fakta

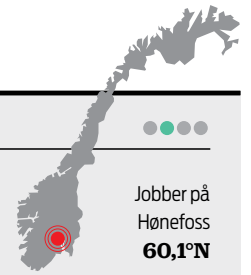
Nyutdannet sykepleier i

1977

CV

2010: Videreutdanning «barn og unge med overvektspromblematikk». Har jobbet ved Rikshospitalet, i kommunen og alle poliklinikker ved Ringerike sykehus.

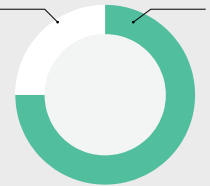
2006-d.d.: Overvektspoliklinikken for barn ved Ringerike sykehus 30%. Barnepoliklinikken 60%



Jobber på Hønefoss 60,1°N

Når jeg jobber ved overvektspoliklinikken driver jeg med

Administrasjon/journalskriving 25% Pasientkontakt 75%



Jeg har en utfordrende, spennende og lærerik jobb som er fantastisk moro når det går bra. Jeg trenger ikke å bestige Kilimanjaro, jeg får nok adrenalinkick når vi har lykket med å behandle et overvektig barn. Jeg er koordinator for overvektsteamet med barnelege, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og klinisk sosionom.

Barna som kommer til oss har en BMI på 30 eller over, som vil si fedme. Noen er også i kategorien overvektig, med en BMI mellom 25 og 29,9. De har ofte en tilleggs lidelse, som magesmerter, obstipasjon, refluks, smerter i kroppen og annet.

Den første dagen møter de barnelegen og meg. Jeg kartlegger barnets og familiens kost og aktiviteter, i tillegg til familiens sosiale og psykososiale forhold. Behandlingen foregår gjennom motivasjonsamtaler og endringsfokuserte samtaler, som er en stor del av jobben min.

Noe av det vanskeligste for barna er når de må spise mindre enn vennene sine. Da må jeg forklare at noen av oss ikke tåler det samme som alle andre, og bruker eksempler. Foreldre tror ofte at barna trenger mer mat enn de gjør, men to brødskeer til en to-treåringer er for mye.

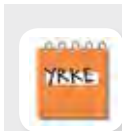
Jeg bruker aldri slankeordet. Jeg sier vi skal endre livsstilen. Er barna for lite aktive, oppfordrer vi familien til å bli mer aktiv. De større ungdommene kan trene hos fysioterapeuten vår.

Vår kliniske sosionom blir med på konsultasjoner der barnet trenger hjelp rundt psykososiale forhold som mobbing eller andre psykiske utfordringer.

Noen kommer en gang i måneden, andre hver fjerde. Noen ble ferdige etter et år hos oss, mens andre har gått her i opptil åtte år. Halvparten går det veldig bra med. 25 prosent endrer en god del uten at det synes på vekten, men får bedre helse. Rundt 10-20 prosent fortsetter å legge på seg, de mangler ofte motivasjon og støtte i nærmeste familie.

Dette er en kjempeviktig jobb som sykepleiere egentlig bare kan sette i gang med. Start i det små! Det er mange barn og unge med overvekt som trenger hjelp. Vi får flere henvist for hvert år. •

eivor.hofstad@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



Adrenalin-kick: Torill Berg trenger ikke bestige fjell. Hun får adrenalin-kick når hun klarer å hjelpe et barn med å bli kvitt overvekten.



TRYGGER ELDRE SOM SKRIVES UT AV SYKEHUS

Trygt hjem. Å utvikle tverrfaglige hjelpemidler på tvers av etater er nødvendig for å øke pasientsikkerheten for eldre i overgangen mellom sykehus og kommune.

PROSJEKTARBEID:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54980

Anne Kvalheim, spesialrådgiver/ sosialantropolog, Haukeland universitetssykehus

Åshild Bjørnethun, fagutviklings- sykepleier, Haukeland universitetssykehus

Trond Eirik Bergflødt, sykepleiefaglig konsulent, Bergen kommune

Tone Elin Mekki, førsteamanuensis, Høgskolen i Bergen

Oddvar Førland, førsteamanuensis, Høgskolen i Bergen og Haraldsplass diakonale høgskole

Onn- og utskrivning mellom hjemmet og sykehus er en sårbar og krevende fase både for den eldre selv, pårørende og for helsepersonell. For den eldre kan fasen være forbundet med bekymringer knyttet til sykdom og helse, endringer i livs- eller bosituasjon og økt avhengighet av helsepersonell og pårørende. For pårørende innebærer fasen ofte utvidete plikter, mer praktisk innsats og nye utfordringer i samarbeidet mellom familiemedlemmer og det offentlige hjelpeapparatet. For helsepersonell innebærer overflyttingen utfordringer knyttet til vurdering av den eldre helse, sosiale situasjon og riktig omsorgsnivå. I tillegg kommer samarbeid med pårørende og annet helsepersonell på ulikt nivå av helsetjenesten.

MANGELFULL. Forskning har vist at informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune ofte er mangelfull (1,2) og at det er økt risiko for at feil oppstår når pasienter overflyttes mellom tjenesteni- våene (3 4). I denne artikkelen oppsummerer vi erfaringer fra 2007 og fram til i dag fra et prosjekt som har hatt slike utfordringer som utgangspunkt. Disse er blitt aktualisert gjennom sam- handlingsreformen og er berørt i

flere offentlige utredninger og meldinger de siste årene (5–10). Andre kommuner og sykehus kan dra nytte av erfaringene fra pro- sjektet i Bergen.

TRYGG OVERFØRING. Prosjektet «Trygg overføring» hadde sitt ut- spring i Medisinsk avdeling ved Haukeland universitetssykehus i 2007. Ansatte ved postene opplev- de det belastende å forholde seg til sykehusinterne forventninger om høy pasientgjennomstrøm- ning, og samarbeidet mellom tje-

«Ved at begge parter bruker sjekklisterne får man hjelp til å være forberedt og strukturert i samtalen.»

nestenivåene var preget av man- gler og svikt fra begge parter. Til tider kunne kontakten mellom sy- kehusansatte og ansatte i kommu- nen bli amper og preget av man- glende forståelse og respekt.

I prosjektets første fase (2007– 2009) kartla man eksisterende

praksis når det gjaldt overføring av pasienter mellom en medisinsk sykehusavdeling og Årstad bydel i Bergen kommune.

FUNN. Sykepleierne koordinerer vanligvis kontakten mellom syke- huset og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Det var derfor viktig å kartlegge og analysere de- res rolle og samhandling i forbin- delse med utskrivning av eldre pa- sienter. For å avdekke gjeldende praksis ble det utført fokusgrup- peintervjuer med ansatte på me- disinske poster ved sykehuset, i hjemmetjenestene og ved forvalt- ningsenheten i kommunen. I til- legg ble det gjort journalgransking i pasientjournalene til 67 eldre pasienter.

Undersøkelsene konkluderte med flere utfordringer i samhand- lingen mellom hjemmetjenestene og sykehusavdelingene (11):

- Ulike vurderinger av pasiente- nes behov og funksjonsnivå.
- Ineffektive kommunikasjonslin- jer.
- Mangelfull samhandling om søknads- og behandlingspro- sesser i forbindelse med oppføl- gingstilbudet i kommunene et- ter endt sykehusopphold.
- Tilspissing mot helg, med økt utskrivningsaktivitet fra syke- huset og kapasitetsproblemer i kommunen. Pårørende risikerte

Fakta ●●●

Hoved- budskap:

Faglige hjelpemidler som guider helseperso- nell og understøtter ønsket praksis er nød- vendig for å skape trygghet når eldre pasi- enter legges inn i syke- hus og skrives ut til hjem eller sykehjem.

Nøkkelord

Les mer og finn littera- turhenvisninger på våre nettsider

- Samhandling
- Trygghet
- Eldre
- Spesialisthelse- tjeneste
- Kommunehelse- tjeneste



Årets bilde 2006: Dette bildet med tittelen «Verdens rikeste land?» av Bjarne Nilsen i Fyllingsdalen i Bergen ble kåret til årets bilde i 2006. Etter en uke på sykehus ble Nilsen sendt hjem i drosje, men siden han ikke kan gå selv på grunn av hofteproblemer ble han liggende i gangen i to timer, ute av stand til å nå leiligheten sin i tredje etasje. Først da ambulansepersonell kom to timer senere fikk han hjelp til å komme seg inn til seg selv. Foto: Morten Wanvik

å bli stående med oppfølgingsansvaret fredag ettermiddag («den farlige fredagen»).

- Kontakten mellom tjenestenivåene baserte seg på sporadiske og til tider ustrukturerte telefonsamtaler, der helhetsbildet av pasientens status og forventet utvikling ble ulikt vurdert og formidlet.

NYE TILTAK. Med bakgrunn i disse funnene ble det i prosjektets

andre fase (2009–2011) utviklet nye tiltak for å støtte samhandlingen mellom sykehus og kommune. Målet var å gjøre samhandling på mikronivå mer forløpsorientert, strukturert og mindre personavhengig. Tidlig og fortløpende kontakt skulle skape et bedre grunnlag for å trygge overføringsløp og riktige tjenester på begge sider.

Sykepleiere, ergoterapeuter, leger og ledere fra sykehuset og kommune ble involvert i

utviklingen av de praktiske tiltakene. I tillegg deltok 70 bachelorsstudenter fra sykepleie- og ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Bergen og Haraldsplass diakonale Høgskole i utviklingsarbeidet. Følgende tiltak ble utviklet:

- Sykepleieopplysningskjema fra hjemmesykepleien som skal følge pasient fra hjem til sykehus, eventuelt via legevakt.
- Sjekklister for dialog og vurde-

ring av behov; forløpsorienterte og komplementære med hensikt å guide samarbeidet mellom personell i kommuner og sykehus.

- Innreise- og utreisekonvolutter m/sjekkpunkter.
- Veiviseren «Tryggere hjemreise» som plakat og brosjyre for å stimulere samtalen mellom pasient, pårørende og helsepersonell.
- For å øke sjansen for





at de nye hjelpemidlene ble tatt i bruk pågikk det parallelt et intensivt arbeid for å integrere dem i EPJ Elektronisk Pasient Journal (EPJ). Det siste viste seg å bli vanskelig i denne fasen. Tiltakene måtte derfor piloteres i papirformat i påvente av å integreres i mer fleksible journal-systemer.

«**FRU NILSEN**». Ved hjelp av et tenkt pasientforløp vil vi beskrive hvordan hjelpemidlene har vært brukt i den daglige samhandlingen:

«Fru Nilsen» bor hjemme og mottar hjelp fra kommunens hjemmetjenester. Ved besøk søndag morgen registrerer hjemmesykepleier at det har skjedd en endring. Sykepleier henter ut skjemaet «Sykepleieopplysninger fra hjemmesykepleien» fra pasientens hjemmemappe. Hun beskriver avviket fra normaltilstand ved bruk av hjelpepunkter i skjemaet og dokumenterer redusert kognisjon, at pasienten ikke går på egne ben og at hun svetter og fryser vekselvis. Sykepleier mener det er behov for legetilsyn og kontakter legevakten.

DOKUMENTASJON. Skjemaet bistår hjemmesykepleier til å fange opp og beskrive bakgrunns- og tjenesteopplysninger og kliniske endringer hos «Fru Nilsen» på en systematisk måte. Punktene bidrar til å sortere hva som bør observeres og tas stilling til, og til å dokumentere observasjonene. Særlig viktig vil slik dokumentasjon være i tilfeller der pasienten har vansker med å gjøre seg forstått og kommer til legevakten uten følge av pårørende eller hjemmetjenestene. Utfylt skjema legges i den standardiserte konvolutten som er laget for å følge pasienten i det konkrete forløpet. På utsiden av konvolutten krysses det av for hvilken dokumentasjon som er lagt ved.

«Fru Nilsen» har høy feber, er sliten, medtatt og delvis uklar når hun ankommer Akuttmottak ved Haukeland universitetssjukehus,

og deretter Medisinsk avdeling samme dag. Medfølgende konvolutt fra hjemmesykepleien med utfyllende opplysninger om hennes normaltilstand sett i forhold til hennes aktuelle tilstand, sammen med innleggelsesskriv fra legevakten, gir avdelingen gode nok opplysninger til å igangsette behandling og pleie raskt og på denne måten bidra til trygghet for pasienten: «Her er det noen som vet hva som har skjedd med meg». Pasienten blir utredet nærmere på sykehuset, får behandling for lungebetennelse og blir værende på sykehuset i fire dager.

SJEKKLISTE. Allerede dagen etter innleggelsen tar sykepleier på sykehus kontakt med kommunen for å varsle om at pasienten er innlagt og samtidig starte dialog og samarbeid om videre forløp. Ved at begge parter bruker sjekklister får man hjelp til å være forberedt og strukturert i samtalen. Sjekklister retter søkelyset mot pasientens funksjonsnivå før og nå, boligforhold, sosialt nettverk, tiltak og hjelpemidler og pasientens opplevelse av egen sykdom og mestring. Vi har erfart at sjekklister bidrar til å skape en felles vurderingsplattform da individuelle vurderinger lett kan skape ulikheter i hva som vektlegges og huskes på.

«Fru Nilsen» har ikke hatt hjelpemidler tidligere, men etter samtale med pasient og pårørende kommer det frem at hun i lengre tid har vært plaget med svimmelhet og ved flere anledninger falt og blitt liggende på gulvet. Hun har også strevd med å holde oversikten over medisinen sine. Ut fra disse opplysningene, og hennes nåværende tilstand, henviser avdelingen henne til ergoterapeut for nærmere utredning av hennes funksjonsnivå.

BEDRE BESKRIVELSER. Et tett samarbeid mellom sykepleierne på avdelingen og ergoterapeuttjenesten bidro til bedre beskrivelser av pasienters funksjonsnivå. Legene ble også involvert og

pasientens funksjonsnivå ble fast punkt på legevisitt. Man erfarte funksjonsbeskrivelsene som viktige i den videre kommunikasjonen mellom sykehus og kommune, spesielt når individuelle tiltak skulle planlegges og tilpasses.

«Fru Nilsen» ble vurdert av ergoterapeut etter noen dager i avdelingen. I tillegg til en konkret beskrivelse av hennes funksjonsnivå ble det ved hjelp av «mini-mental status evaluering» (MMSE-NR) avdekket betydelig nedsatt korttidshukommelse. Etter avtale sender sykehuset søknad knyttet til hjemmetjenestene om administrering

av legemidler. Kommunen sender søknad om ganghjelpemiddel, sørger for at det er på plass ved hjemreise og planlegger besøk i hjemmet for å vurdere behov for andre hjelpetiltak. Det ble også diskutert behov for korttidsplass ved sykehjem, for å kunne observere pasienten over tid og vurdere hennes ressurser og muligheter for å klare seg alene. «Fru Nilsen» ønsker primært

å komme direkte hjem. Det vurderes at hun den første tiden vil trenge hjelp til å ivareta sin hygiene, påkledning, ernæringsmessig oppfølging og at hun vil profitte på gjenopptrening av hverdagsfunksjoner i hjemmet (hverdagsrehabilitering).

INNVOLVERING. Brukerperspektivet har stått sentralt i prosjektet, og helt fra starten har man forsøkt å bygge en kultur der åpenhet og involvering av pasienter og pårørende har sin naturlige plass. Veiviseren «Tryggere hjemreise» henvender seg direkte til pasient og pårørende ved å ta opp spørsmålet «hva du bør tenke på før du reiser hjem». Innholdet er utviklet på bakgrunn av intervjuer med pasienter og pårørende før utreise fra

«Sykepleierne koordinerer vanligvis kontakten mellom sykehuset og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.»

sykehus, og etter hjemkomst.

De siste punktene på sjekklisten tar for seg forberedelser og praktiske forhold som bør være avklart før utreise: Hvorvidt alle involverte parter er informert om utreisen, informasjon om når første besøk fra hjemmesykepleien er avtalt og om resepter, medisiner og medisinsk forbruksmaterie-ll er ordnet. Videre tar man opp om det er ønskelig at pårørende er med på utreisesamtale, samt praktiske forhold som nøkler til bolig, at pasienten har klær, sko og at det foreligger plan for transporten hjem.

HJEMEISE. Utreisekonvolutten som sendes med pasienter som utskrives fra sykehuset til hjemmesykepleien eller sykehjem, er tenkt som en siste huskeliste med sjekkpunkter på utreisedagen. Den er designet med rubrikker for avkrysning, og har plass til kommentarer. Konvolutten har også felt for avkrysning for om dokumentasjon er sendt elektronisk.

Målet med konvolutten er å kvalitetssikre informasjonsoverføringen, og å synliggjøre avtaler som er gjort mellom sykehus og kommune. Det betyr i praksis å samle relevante dokumenter og materiale som skal følge pasienten ved utreise og kvalitetssikre at dette er utført. Mottaker kan dermed raskt få oversikt på situasjonen. Konvolutten er spesielt nyttig når utreisetidspunktet strekker seg over to vakter. Det blir da lett for sykepleier å se hva dagvakten har utført og hva som gjenstår.

«Fru Nilsen» er nå klar til å reise. Hun er litt oppkavet og spent, men blir roligere når hun hører at sykepleier har informert både datteren og hjemmesykepleien om hjemreisen. Det er også avtalt at hjemmesykepleien kommer på tilsyn i løpet av kvelden. Datter ringer selv sin mor og avtaler å komme hjem til henne tidlig på ettermiddagen. Transporten er bestilt og skal bringe henne helt inn i leiligheten. Utreiseskriv fra legen med oppdatert medikamentliste, resepter, nye medisiner for et

par dager og sykepleierappor-ten blir samlet i utreisekonvolutten som «Fru Nilsen» får i hånden. Hun kan da selv lese på konvolutten hva som er utført og «husket på».

EVALUERING. Papirutgavene av sjekklistene og konvoluttene ble pilotert og implementert på tre medisinske poster på Haukeland universitetssjukehus, en bydel i Bergen kommune, samt at Bergen legevakt var involvert. Sjekklistene og konvoluttene ble i 2011 revidert basert på erfaringer med utprøvingen.

Prosjektets to første faser ble evaluert i 2011 og viste at tiltakene hadde bidratt til økt bevisstgjøring omkring innleggelse og utskriving både i kommunen og på sykehuspostene. Likevel var de utviklede skjemaene i varierende grad tatt i bruk blant helsepersonellet. Dette viser at integrering i gjeldende elektroniske pasientjournalssystem er helt nødvendig for at potensialet i hjelpemidlene skal realiseres (12).

VEIEN VIDERE. Erfaringer fra prosjektet er brukt i utarbeidelsen av nye samhandlingsavtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner og dertil hørende rutiner og verktøy. I sykehuset ble det fra 2012 utviklet en elektronisk variant av sjekklisten fra prosjektet som ble revidert i 2013. Innholdet i sjekklisten er relevant, men formatet begrenser opplevd nytteverdi. Fortsatt er det behov for å finne hensiktsmessige hjelpemidler som i tillegg til sjekkpunkter gir rask oversikt og ivaretar kvaliteten i dialogen. Konvolutten som ble utviklet og som følger pasienten fra sykehuset til kommunen er gjort tilgjengelig for alle sykehusets avdelinger og har vist seg å ha stor nytteverdi for dem som har tatt den i bruk. Den blir fortsatt etterspurt både internt i sykehuset og fra kommuner.

REVIDERT. I kommunen ble sjekklisten revidert i november 2012, og lagt ut på kommunens interne side for elektronisk samhandling, men

uten at dette var kombinert med en aktiv implementeringsstrategi. Konvolutten som ble utviklet for bruk i kommunen ble ikke videreført. Skjemaet «sykepleieopplysninger fra hjemmesykepleien» til legevakt eller sykehus er heller ikke implementert aktivt av kommunen, men brukes av noen få bydel. Kommunen var på dette tidspunktet i gang med implementering av elektronisk meldingsutveksling.

ELEKTRONISKE MELDINGER. I 2013 og 2014 har sykehus og kommuner pilotert og innført elektroniske meldinger mellom nivåene. Kontakten som før kun foregikk via telefon, er nå i hovedsak erstattet av elektroniske meldinger. Så langt synes det å tegne seg et bilde av at elektronisk meldingsutveksling har bidratt med en kommunikasjonskanal som er tydelig og der samarbeidspartneren er «tilgjengelig» gjennom etablerte avsender- og mottakeradresser. Bruk av telefon som eneste kommunikasjonskanal var tid- og ressurskrevende. Personell i kommuner og sykehus ønsker seg ikke tilbake til det. Men det er viktig ikke å overse at det fortsatt kan være behov for muntlige faglige drøftinger på tvers av nivåene utover de elektroniske meldingene, for å få avklart status og videre oppfølging. Tilbakemeldinger på bruken av elektroniske meldinger er tydelige på at standardmalene som er tilgjengelige i dag ikke er gode nok. De gir ikke ansatte, verken i kommune eller sykehus, nødvendig guiding for at kvaliteten i innholdet i overføringen mellom nivåene sikres. Flere av de identifiserte utfordringene fra fase 1 av prosjektet synes fortsatt å være aktuelle. Behovet for verktøy eller maler som er intuitive, med søkeord og strukturert innhold og som bidrar til en faglig veiledning, er dermed fortsatt til stede.

KONKLUSJON. Helsepersonellens faglige rutiner og hjelpemidler kan i seg selv ikke skape trygghet for eldre pasienter som innlegges i

sykehus og utskrives til hjemmet eller sykehjem. Like fullt er de viktige for å veilede personellens samhandling i disse sårbare overgangene. Den enkelte helsearbeiders faglige skjønn kan på denne måten i tillegg få støtte og hvile i gode systemer og strukturer. Når slike faglige hjelpemidler utarbeidet på tvers av fag- og forvaltningsnivå, med en intensjon om å gjøre hverandre gode og forankret i pasienters behov, er mulighetene for å lykkes større.

En mer utfyllende versjon av artikkelen med eksempler på tiltakene som beskrives, finnes på sykepleien.no. ●

REFERANSER:

1. Paulsen B, Romøren TI, Grimsø A. A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*. 2013;13:e008.
2. Hellesø R, Sørensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *Int J Med Inform*. 2005;74(11-12):960-72.
3. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007;297(8):831-41.
4. Midlov P, Bergkvist A, Bondesson A, Eriksson T, Hoglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharm World Sci*. 2005;27(2):116-20.
5. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Norges offentlige utredninger. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning; 2011.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: regjeringen; 2006.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Stort.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: regjeringen; 2009.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. Oslo: regjeringen; 2011.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: regjeringen; 2013.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. Meld. St. 26 2014-15, Oslo: regjeringen; 2015.
11. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(1):28-35.
12. Førland O. Evaluering av prosjektet «Trygg overføring»: et samhandlingsprosjekt om inn- og utskriving av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester. Senter for omsorgsforskning Vest, 2011.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Ukultur. Mange steder ignorerer leger samarbeid med andre profesjoner.

Også sykepleiere må høres i etiske vurderinger



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo



Fakta

Lillian Lillemoen

Forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og medlem av Rådet for sykepleietikk

Helseministeren satte like før sommeren ned et nytt utvalg som skal se nærmere på hvordan alvorlighetskriteriet skal anvendes i prioriteringer av helse-tjenester. Før dette leverte Norheimutvalget sin innstilling om prioriteringer i helsetjenesten i november 2014.

Norheimutvalget ville erstatte et prinsipp fra Lønningutvalget I og II om prioritering etter tilstandens alvorlighetsgrad med et kriterium om helsetap over et livsløp. Norheimutvalget hadde en faglig tyngde, overveiende med representanter fra medisin, helseøkonomi, juss og etikk. Sykepleiefaget som har en nøkkelrolle i prioriteringer av helsetjenester både på makro-meso- og mikronivå var ikke representert i utvalget. Det var to tidligere sykepleiere i utvalget, blant annet Sonja Sjølie, aktiv politiker, men ingen sykepleiere i aktiv klinisk eller administrativ tjeneste.

INGEN SYKEPLEIERE. Sammensetningen av det nye utvalget som skal se på anvendelse av alvorlighetskriteriet, er helt rensket for sykepleierepresentanter og representanter fra andre helseprofesjoner enn legene. Også denne gangen er det leger og helseøkonomer som er representert. Dette er etter vårt syn uttrykk for en mer eller mindre systematisk usynliggjøring av en viktig faggruppe, den største i helsetjenesten, en faggruppe som arbeider nært med leger i behandlingsapparatet og i omsorgstjenestene på alle nivå.

Vi har etter hvert mye forskningsmessig dokumentasjon på at viktige medisinske og etiske beslutninger av stor betydning for pasient og familie ofte tas av legegruppen alene med liten eller ingen involvering av dem som arbeider kontinuerlig ved pasientens seng: sykepleierne eller helsefagarbeiderne.

Når sykepleierens observasjoner og faglige råd mange ganger ikke tas med i beslutningsgrunnlaget, ikke innhentes eller direkte overhøres, er dette meget alvorlig fra et pasient-sikkerhetsperspektiv, fra et juridisk perspektiv og fra et etisk perspektiv. Det medfører at viktige beslutninger til pasientens beste ikke er basert på relevant og fullstendig informasjon og kunnskap. Det gir frustrasjon og dårlig samarbeidsklima ved og i institusjonene.

I STRID MED HELSEJUSSEN. En praksis og en kultur som ikke involverer berørte og relevante faglige parter i medisinske og helsefaglige beslutninger, er også i strid med helsejussen. I lov om pasient- og brukerrettigheter § 4.6 heter det at beslutninger om inngripende helsehjelp til myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse skal tas av ansvarlig lege, men *i samråd med kvalifisert helsepersonell*.

I helsepersonelloven § 4 slås det fast at all helsehjelp skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Hvordan kan man sikre at helsehjelpen er omsorgsfull hvis man ikke rådfører seg med den faggruppen som er så sentral i omsorgsarbeidet som sykepleierne?

Vi vet selvsagt at man ikke kan og skal generalisere. Likevel har vi belegg for og vi tør si at det mange steder er en ukultur i helsetjenesten, der samarbeid mellom helseprofesjoner ikke alltid er i samsvar med intensjonene i lovverk og i tråd med pasientens beste og relevante etiske prinsipper. Det er ikke til å undervurdere at legeprofesjonen har en viktig oppgave når det gjelder å gå i seg selv og rydde opp i dette. Samtidig ser man beklageligvis at man langt oppe i statsapparatet ikke har skjønt hvordan helsetjenesten best bør fungere i pasienter og pårørendes interesse.

EN HÅRREISENDE HOLDNING. I et brev sent fra fremtredende representanter for sykehjemsmedisin og etikk til Rådet for legeetikk vedrørende bruk av Liverpool Care Pathway (En tiltaksplan for omsorg for døende og deres pårørende), til sykehjemspasienter med demens, eksemplifiseres denne neglisjeringen av pleiepersonalet, sykepleiere og helsefagarbeidere på en særdeles talende måte. Her står det, sitat: «Den behandlende legen har ansvar for etiske avgjørelser og Advance care planning (Samtaler mellom pasient, ev. pårørende og helsepersonell om framtidige beslutninger om helsehjelp). Pleiepersonalet kan ta opp forberedende samtaler etter gitt opplæring, men de er ikke autorisert til å ta etiske avgjørelser».

Hvis dette er uttrykk for hva brevskriverne virkelig mener, så er det hårreisende. Legen har ansvaret for medisinske beslutninger, men han eller hun har ingen spesiell autorisasjon eller

kompetanse til å ta etiske avgjørelser som ikke annet helsepersonell kan ta. Alt helsepersonell kan og skal ta etiske avgjørelser, selvsagt, og i samarbeid med annet helsepersonell, familie og pasient, der dette er relevant.

Faglige og etiske avgjørelser bør fortrinnsvis være basert på gjensidighet, der alle parter blir hørt og er deltakere i en inkluderende og åpen beslutningsprosess. Det er ikke tilhørighet til

«Det er ikke tilhørighet til profesjon som skal resultere i at en vinner fram i en slik prosess, men gode etiske argumenter.»

profesjon som skal resultere i at en vinner fram i en slik prosess, men gode etiske argumenter. Gode etiske argumenter kan like gjerne komme fra pasienten, den pårørende, fra helsefagarbeideren, sykepleieren som fra legen.

Når man hevder at pleiepersonalet ikke er autorisert til å ta etiske avgjørelser er dette etter vårt syn igjen et uttrykk for en samhandlings- og beslutningskultur som verken er faglig eller etisk og juridisk forsvarlig. Vi snakker snarere om en ukultur. Herved er ballen kastet. ●



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



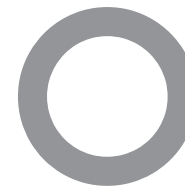
FÅ STUDENTER STRYKER I PRAKSIS

Praksisstudier. Vurdering av studenters prestasjoner i praksis spriker og skaper usikkerhet om kvaliteten på opplæringen.

KARAKTERUNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54974



Eli-Anne Skaug,
høyskolelektor,
Høgskolen i
Østfold

Andelen studenter som ikke består praksisstudiene i sykepleieutdanningen er betydelig lavere enn den gjennomsnittlige strykporsenten i utdanningen. Det kan være mange grunner til dette. Det er viktig å kartlegge og undersøke disse grunnene systematisk for å kunne vurdere og eventuelt iverksette kvalitetsforbedrende tiltak. I denne artikkelen fokuserer vi på hva som er grunnlaget for vurdering i praksisstudiene.

Det er stor variasjon mellom utdanningsinstitusjonene når det gjelder omfanget av stryk. For første periode med praksisstudier varierer andelen fra ingen til 13,9 prosent, og for siste periode er variasjonen fra 0–3,6 prosent (2, s. 8).

Sammenlikner vi omfanget av ikke bestått i praksisstudier med gjennomsnittlig strykporsent for landets bachelorprogram i sykepleie, kommer vi til samme konklusjon som Westad Hauge (1). Andelen som ikke består praksisstudier er betydelig lavere enn andelen som ikke har bestått totalt sett. Ifølge Kårstein og Aamodt (2012) varierer strykporsenten totalt sett fra 8,5 prosent til 10,5 prosent (3, s. 29).

HVORFOR. Mulige forklaringer på det lave antall som ikke består praksisstudiene er sammensatte forhold ved veiledning og vurdering i praksisstudier har vært tema i flere studier. Noe som påpekes er blant annet at vurdering i praksisstudier i større grad er avhengig av relasjoner og kontekst enn vurdering av teoretiske eksamener (4), at veileders arbeidsforhold ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for studentveiledning og vurdering (4–6,8), og at beslutning om å stryke en student innebærer store ressursmessige og

personlige utfordringer for de involverte (4,8).

Variierende kompetanse på veiledning og vurdering hos praksisveiledere er også påpekt av flere (3,6), og noen mener at kriteriene studentens prestasjoner skal vurderes ut fra er uklare (4,6–9).

VARIERENDE FORVENTNINGER. Ved karakterundersøkelsen mottok vi vurderingsdokumenter for første og siste periode med praksisstudier fra 22 av de 25 utdanningsinstitusjonene som i dag utdanner sykepleiere. Disse dokumentene ble blant annet analysert ut ifra innhold, det vil si ut ifra det utdanningsinstitusjonen har planlagt at skal vurderes i den enkelte periode med praksisstudier. Fellestrekk ved innholdet i henholdsvis første og siste periode med praksisstudier ble sammenliknet.

Denne analysen viser stor variasjon i hva som skal vurderes, det vil si i hva som presenteres som forventet læringsutbytte (vurderingskriterier) for de aktuelle perioder med praksisstudier ved de enkelte utdanningsinstitusjonene. Dette gjelder også for praksisstudier på samme nivå. Ved enkelte utdanningsinstitusjoner fokuserer man på studentens interesse og studieinnsats ved vurderingen, ved andre institusjoner

Fakta ●●●

Hovedbudskap:

Det er nødvendig med tydelige kriterier for vurdering av studenter i praksisstudier, noe som vil fremme kvalitet i veilednings- og vurderingssituasjoner. Enhetlige vurderingskriterier på nasjonalt plan vil fremme enhetlig kompetansenivå hos nyutdannede sykepleiere, uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleierutdanning
- Sykepleierstudent
- Praksisstudie
- Teori



Jorunn Saunes,
høyskolelektor,
Lovisenberg
Diakonale
høgskole

REGISTRERING. I studieåret 2011–2012 ble vurderingsresultater for praksisstudier i sykepleierutdanningen registrert for nærmere 90 prosent av landets bachelorutdanninger. Registreringen ble gjennomført i forbindelse med Universitets- og høgskolerådets karakterundersøkelse 2013 og har tilsvarende resultat som Westad Hauge viser til (1).

Det aktuelle studieåret besto nesten 98 prosent (97,7) av studentene første periode med praksisstudier, og nærmere 99 prosent (98,8) besto siste periode. Det vil si at vel 2 prosent av studentene ikke besto første periode med praksisstudier og vel 1 prosent besto ikke siste periode det studieåret.

Praksis: Noen vurderes etter mer konkrete kriterier som «re seng med pasient», andre etter mer generelle kriterier. Arkivfoto: Erik M. Sundt



mer på spesifikt sykepleiefaglige eller mer generelle ferdigheter.

Presiseringsnivå og detaljeringsgrad ved de presenterte kriteriene er svært varierende, fra: «re seng med pasient i», til mer overordnede og generelle kriterier som: «utøver grunnleggende sykepleie basert på kunnskaper».

I tillegg til stor variasjon i kriterienes innhold er språket som benyttes til tider uklart. Dette er som nevnt også påpekt i andre studier. Veiledere i det kliniske feltet har uttrykt at de har vanskeligheter med å tolke og forstå målene i dokumentene fra høyskolen (8). Målene «oppleses som uklare og lite oppdaterte» (10, s. 7), og man bruker mye tid på å fortolke dokumenter fra høyskolen (10). Dette kan føre til at praksisveilederne utformer egne planer og stiller andre krav til

forventet læringsutbytte for studentene, eller at de bruker de yrkesetiske retningslinjene som utgangspunkt for veiledning og vurdering (10). Studentenes læring i praksisstudiene blir da strukturert etter andre «målsettinger» enn det utdanningsinstitusjonen har planlagt, og blir derfor tilfeldig og ikke en del av en større og planlagt sammenheng.

I en undersøkelse av Wangen, Torjuul og Sørli uttrykte veilederne at de la høyskolens mål og vurderingskriterier til grunn for vurderingen av studentenes kliniske kompetanse, men at deres erfaringer som sykepleiere og veiledere hadde større betydning. Veilederne i denne studien vektla særlig studentenes væremåter, forholdet til pasienter, veiledere og ansatte, og handlemåter (11).

TILFELDIG VURDERING. Der som den som skal vurdere studenten ikke oppfatter eller er kjent med hva som skal vurderes

«Veiledere har uttrykt at de har vanskeligheter med å tolke og forstå målene i dokumentene fra høyskolen.»

og selv utvikler kriterier eller bruker annet som måtte være for hånden, for eksempel yrkesetiske retningslinjer, vil vurderingen av den enkelte student bli tilfeldig og

ikke ledd i et planlagt utdanningsprogram. Vurderingene og vurderingsresultatene vil også være vanskelig å sammenlikne når man ikke forholder seg til én standard for forventet kompetanse, verken underveis i eller ved avslutning av studiet.

Norsk Sykepleierforbund har spurt om utdanningsinstitusjonens ulikheter i fagplaner og tilhørende dokumenter gjør at studentenes sluttkompetanse blir ulik, til tross for at alle forholder seg til samme styringsdokument (Rammeplan) (12).

Med mål om å utvikle tydeligere og felles dokumenter for vurdering i praksisstudier opprettet SUFAL (Sykepleierutdanningens faglige lederforum) høsten 2013 en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til felles vurderingsverktøy





→ for praksisstudier i bachelorutdanningene i sykepleie.

Målet for arbeidsgruppen er å utvikle et verktøy med tydelige beskrivelser av forventet læringsutbytte på ulike nivåer i utdanningen. Dette er i tråd med Kårstein og Caspersens (2013) presenterte kriterier og indikatorer for kvalitet og relevans i praksisstudiene «Kvalitet og relevans i praksisstudiene kjennetegnes av at det er klare planer for praksisstudiet, med tydelige mål som blir gjort kjent for alle relevante parter» (13).

GARANTI FOR KVALITET. Kriteriene studenten blir vurdert etter skal være en garanti for kvaliteten på dem som uteksamineres. Vi må derfor arbeide mot at disse kriteriene bygger opp under og speiler det læringsutbyttet som er forventet av en nyutdannet sykepleier.

Tydelige kriterier for denne type vurdering, og enhetlige kriterier på tvers av utdanningsinstitusjoner, vil være et viktig bidrag til å sikre et felles nivå i landets sykepleierutdanninger. ●

REFERANSER:

1. Hauge KW. Få studenter stryker i praksis. Sykepleien 2014; 09:46-49. DOI: 10.4220/sykepleien.2014.0101
2. Rapport Karakterpanel C- Sykepleie og tannpleie, 2013: s. 8
3. Kårstein A, Aamodt PO. Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen. NIFU; 2012. Rapport 14.
4. Pedersen KL. Vurdering av sykepleiestudenten i kliniske studier – et usikkert prosjekt? I: Alvsvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribes; 2007: 133-148.
5. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning 2012; 7 (2): 160-166. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0084
6. UHR. Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene: Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av eksterne, veiledet praksis som del av studieførløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger. 2010.
7. Hiim H, Hippe E. Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere. Oslo: Gyldendal akademisk; 2000.
8. Foss J. Vurdering i praksisstudier-kontaktsykepleierens erfaringer. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Hovedfagsoppgave 2007.

9. Egilsdottir HÖ. Samarbeid og læring i klinisk sykepleiepraksis. Muligheter for forbedring? Universitetet i Oslo. Mastergradsoppgave Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, 2012.
10. Caspersen J, Kårstein A. Kvalitet i praksis: Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere. Oslo: NIFU; 2013. Rapport nr. 14.
11. Wangen MG, Torjuul K, Sørli V. Hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse – en kvalitativ intervjuundersøkelse. Vård i Norden 2010; 4: 43-47
12. Norsk Sykepleierforbund. Innspill til fremtidens sykepleierutdanning. https://www.google.no/search?q=Fremtidens+sykepleierutdanning&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=nsbRVbycOsb_sw-H66bawBw (27.11.2014).
13. Kårstein A, Caspersen, J. Praksis i helse- og sosialfagutdanningene. En litteraturlitertur gjennomgang. Oslo: NIFU; 2014. Rapport nr. 16.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Høgskoleutdanning for sykepleiere innen hudpleie og kosmetisk dermatologi



Senzie Akademiet er den eneste kosmetisk dermatologiske hudpleieskolen i Norden med høgskolestudier. I samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold tilbyr vi videreutdanning for sykepleiere, med studiestart vår og høst. Alle studier har mulighet for finansiering via Lånekassen.

Vi har delt studietilbudet vårt inn i 2 studier:

1. **Kosmetisk dermatologisk sykepleier:** 30 stp., 2 semestre = Hudpleier for sykepleiere + Kosmetisk dermatologisk hudbehandling
2. **Senzie Kandidat:** 70 stp., 4 semestre = Hudpleier for sykepleiere + Kosmetisk dermatologisk hudbehandling + Ledelse og drift av helse- og velværeklippiker

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi, blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og Dr. Kieren Bong fra Skottland.



Dr. Kieren Bong - anerkjent hudlege med på Senzie-laget!

Vi har i flere semestre benyttet Dr. Kieren Bong som foreleser på våre studier. I tillegg til å fortsette som foreleser hos oss, har han nå gått inn i rollen som Medical Director i Senzie Akademiet.

- Dette vil være med på å høyne kvaliteten ytterligere på vårt studietilbud, sier daglig leder Vibeke Sundene.

senzie
akademiet

Les mer på www.senzie.no
Kontakt oss på tlf 911 007 99



Påfyll

Del 3 Sykepleien 08 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



Premiere: Skuespiller Hildegun Riise på Det Norske Teatret spiller i Stykket «Eg heiter Bente». Foto: Erik M. Sundt

Vil åpne dører

Alzheimer. For første gang spiller Hildegun Riise en rolle med en diagnose. **66**



Bok. Synet på graviditet endret i kristen kultur. **64**



«I kommunene får dessverre personalet oftere munnkurv.» Anne-Lene Egeland Arnesen, pasient- og brukerombud. **70**



Bok. Travelheten skygger for rom med lange tanker. **69**



Dikt

Åstedsfrø



Det har gått bra til nå
det sa vi da
men sa vi ikke også
bank i bordet
sådde angst
som overvintret

hva som angår alle
slipper bare politi
og pårørende inn i
et åsted gjerdet inn med teip
hva som bare angår
pårørende
slippes alle inn i

hva vet vi
morgendagene
slår ned som lyn
braket i dem
rekker aldri tidsnok fram

Gud vet ikke
selv for Faens forsyn
finnes grenser
annet enn som
rusk i øyet på en
uoppmerksom englevakt

Oktober forlag, 2015

Om forfatteren

Torgeir Rebolledo Pedersen

Torgeir Rebolledo Pedersen (1949) er en produktiv og allsidig lyriker. Han debuterte i 1983 og har siden markert seg som slampoet, samfunnskritiker, stuntpoet og dramatiker. I Åstedsblomster kretser han inn erfaringer og refleksjoner etter tapet av en sønn i 2008.



Gravid: Jomfru Marias svangerskap er sentralt i den kristne kultur. Illustrasjonsfoto: akg-images/NTBScanpix

Graviditet i kristendom

KROPPSLIG FENOMEN: Graviditet spiller en viktig rolle i kristendommen, og professor i religionshistorie Anne Stensvold har skrevet bok om hvordan synet på graviditet har endret seg innenfor kristen kultur.

Stensvold jobber ved Institutt for kulturstudier og orientalske språk ved Universitetet i Oslo. Hun sier til deres nett-

sider at hun skrev boken med tanke på egne studenter, men at interessen fra medisinske fag har gjort henne oppmerksom på at boken har større nedslagsfelt. I boken viser hun hvordan synet på graviditet i kristendom har endret seg i møte med biologiske teorier og vitenskapelige oppdagelser.

Til universitets nettsider sier hun at

motivasjonen for å skrive boken akkurat nå er en bekymring for at loven om selvbestemt abort kan komme under press fra konservative kristne inspirert av amerikansk abortdebatt.

Boken heter *A History of Pregnancy in Christianity. From Original Sin to Contemporary Abortion Debates* og er utgitt på Routledge.

Ny bok om smittevern

Jørn Stordalens *Den usynlige fare* er kommet ut i femte utgave. Boken handler om hygiene og smittevern og er rettet mot sykepleierstudenter og andre helsefagstudenter.

Jørn Stordalen er sykepleier og førstelektor ved Universitetet i Agder.

Sykepleieren til Elvis med bok

Letetia Henley Kirk har utgitt *Taking Care of Elvis—Memories with Elvis as his Private Nurse and Friend*.

Til The Jackson Sun sier Kirk at fansen kjenner historiene om dop, sex og livet på veien. Hun vil beskrive hvordan dagliglivet var på Graceland.

Kilde: The Jackson News

Om forskning

Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning, er en ny bok av Jørgen G. Bramness.

I boken (med tittel lånt fra Haruki Murakamis *Hva jeg snakker om når jeg snakker om løping*), skriver Bramness om hvordan forskning kan gjøres forståelig uten å bli overforenklet eller fordreid.

Bøker. Tre om barn og psykiatri

De vanskelige samtalenene

BARN SOM PÅRØRENDE: Helsepersonell er lovpålagt å ivareta mindreårige barn av pasienter med psykiske lidelser. Med boken *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern* for voksne har Osen, Relling, Overvik og Glørstad laget en håndbok for å trygge helsepersonell i disse vanskelige samtalenene. Boken er basert på forfatterne mangeårige erfaring og drøfter lovverk, teori og caser med ulike diagnoser og aldersgrupper.



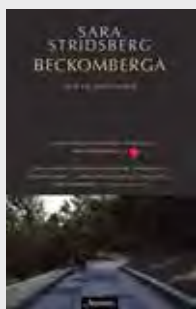
Barn med psykoser

BARNEPSYKIATRI: Fram til tusenårs-skiftet har det vært lite oppmerksomhet rundt psykoser og psykose-lignende tilstander hos barn, hevder psykologspesialist Kjersti Karlsen. Men boka *Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom* ønsker hun å spre kunnskap om temaet i håp om at flere kan bli diagnostisert og få tidlig hjelp og dermed bedre prognoser.



Barneblikk på asylet

ROMAN: Den selvbiografisk baserte *Beckomberga – Ode til min familie* har fått navn etter et gammelt psykiatrisk sykehus utenfor Stockholm. Som forfatter Sara Stridsmanns far ble, blir hovedpersonen Jackies far innlagt etter et pretensiøst selvmordsforsøk. Når hennes familie går i oppløsning trekkes hun mer og mer inn mot sin alkoholiserende og suicidale far og tilværelsen på mentalsykehuset.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Trygghet vs. frihet

Katten min er forsvunnet. I går ettermiddag kom han inn halvtende på tre bein. En hoven pote, sannsynligvis en abscess som sekvele etter et basketak blant gutta i gata. «Best å holde seg inne i kveld, pus», sa jeg. Men han var ikke enig. Jeg forsøkte meg på å lukke ham inne mens vi andre satt i hagen i den skumrende augustkvelden, men fånytttes. Samvittigheten min begynte straks å gnage, og da han satte sine ravgule øyne i meg og sa «Hvem er du til å røve sensommernatten fra en vakker og eventyrlysten yngling?» var jeg fortapt. «Ikke gå langt, da», sa jeg og siden har jeg ikke sett ham.

Saken er at jeg liker ikke å bestemme over andre, eller mer presist; jeg liker ikke å frata andre sin frihet.

En sosialantropolog tegnet en gang opp en linje for meg. I den ene enden skrev han frihet, i den andre trygghet. Ethvert samfunn kan plasseres et sted på denne linja, for det ene vil i de aller fleste tilfeller gå på bekostning av det andre. Jo mer trygghet, jo mindre frihet. Jo mer frihet, jo mindre trygghet. Norge er et samfunn som setter frihet høyere enn trygghet. Vi kan flytte hvor vi vil, gifte oss med hvem vi vil, skille oss, velge livssyn og utdanne oss etter evne og ønsker. Prisen er svake nettverk og lite sosial trygghet. Vi setter friheten høyest. Det er derfor jeg slipper katten ut for å la ham realisere seg selv i augustnatten istedenfor å stenge ham inne i tryggheten til

poten er leget. Må jeg velge, ansporer min samvittighet meg til å velge frihet.

Men jeg har valgt en jobb og en avdeling der jeg stadig må velge bort friheten for andre. Som førsteårsstudent hadde jeg høye idealer om ivaretakelse av pasientens integritet og rett til frihet. Jeg grøsset over paternalistiske pleiere på sykehjem og alle deres små forbud. Jeg lot min demente primærpatient tegne med syltetøy i hendene og fulgte etter henne når hun insisterte på å gå i tøflene ut i vårregnet. Jeg tenkte at bare vi var etisk bevisste, åpne og aldri glemte at pasientene var mennesker som oss selv, ville vi kunne gå gjennom yrkeslivet med rene hender. Men så kom alle de situasjonene der det bare ikke finnes noe riktig svar. De som gir deg vondt i magen uansett hva du velger å gjøre. Mannen som nekter å ta imot sykehjemsplassen hans utslitte kone har kjempet for i et år. Anorexi- og apasientene som nekter å spise, og vil dø om de ikke sondemates med tvang. Den demente damen som ikke husker at hun har tannprotese og som følgelig opplever alle forsøk på å ta denne ut som grove overgrep.

For dette er noe av det vanskeligste vi gjør; å forvalte andre menneskers bevegelser på akse mellom frihet og trygghet. Det er ikke så rent sjelden vi må ofre friheten i trygghetens tegn, men vi skal gjøre det med den største ærbødighet og med litt vondt i magen. ●



Hildegun Riise

Krakelerer på scenen

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**

Alzheimer. I rollen som Bente er hun i unntakstilstand.

Eg har fått konstatert Alzheimer.» Venninnenes latter stopper brått. De ser på Bente, så på publikum. Bente reiser seg og går.

VELLYKKET. Det Norske Teatret setter opp *Eg heiter Bente*, et stykke om sykdom, vennskap og tap av kontroll. Hildegun Riise spiller hovedrollen som 55 år gamle Bente.

– Hun lever et aktivt liv, er en god journalist i en god og seriøs avis og har skrevet bok, beskriver Riise.

– Jeg tror hun er et veldig verbalt og sosialt vesen. Og hun er reflektert. Med utsøkt smak. Så blir hun syk.

KREVENDE. – Alzheimer arter seg sikkert veldig forskjellig fra person til person. Men for Bente, som for andre, er det ekstremt utfordrende å bli konfrontert med at den man er krakelerer, sier Riise.

– Både fysisk og psykisk. Det må være ekstremt krevende å stå ansikt til ansikt med en diagnose det ikke fins medisin mot og som gjør at personligheten din gradvis blir gravd ut av deg.

TAP AV KONTROLL. Den danske skuespilleren Rikke Wölck har skrevet stykket, som i høst også settes opp på Rogaland Teater.

Til danske Lokalavisen Frederiksberg sier Wölck at stykket kan ses som en kontrast mellom det livet vi lever, med full kontroll over alt, og Alzheimer, som det ultimate tap av kontroll over kropp og hjerne.

– Jeg har spilt roller som har vært distré eller glemske. Roller som har hatt psykiske problemer, vært utagerende og uberegnelige. Men ikke en rolle som har en diagnose som Bente, sier Riise, og sier det er utfordrende.

– Det er klart man blir konfrontert med sin egen redsel. Man blir andektig og går varsomt til verks når man skal synliggjøre denne diagnosen. Det har vært viktig for oss å fremstille Bente troverdig. Stykket krever en sannhetsgehalt, og derfor har vi knyttet til oss medisinske eksperter. Jeg har også vært på sykehjem for å drive research.

VENNSKAP. Bente er skilt, har ingen barn, ingen foreldre og ingen søsken. Men hun har venner. Og når hun blir syk, stiller de tre nær-

«Det har vært viktig for oss å fremstille Bente troverdig.»

meste opp. Vera, Hanne og Marie. Marie er pussig nok, som Bente selv sier, sammen med hennes eksmann.

– Det er veldig krevende når noen trenger oss til de grader, sier Riise.

– Og det er interessant hvordan vi reagerer. Blir vi usikre og vender oss bort, eller våger vi å være nær? Man bør være et ansvarlig

menneske og involvere seg, men ikke alle gjør det. Noen skygger banen.

Hun tenker seg ørlite om.

– Det handler kanskje om usikkerhet. For i slike møter blir vi noen andre. Vi kan ikke lenger spille rollene vi er så trygge i, og vi står i fare for å tape ansikt. Det vitner om en stor tilkortkommenhet, en redsel for å være nær det ukjente

Hun retter på skjerfet hun har rundt halsen.

– Kan hende blir man også redd for å miste tid. Man kan føle at den som trenger hjelp tar tiden fra oss, mens det er motsatt: Lar vi det som skjer skje, får vi masse livserfaring. Jeg tror man vokser mer på det enn å lese tusen bøker.

HJELPELØSE. Venninnene viker ikke. De følger Bente gjennom fornektelse, angst, depresjon og sinne. Det er de som må fortelle henne at artiklene hun skriver ikke lenger henger sammen. Det er dem Bente ringer til når hun står på gaten og ikke skjønner hvor hun er. De ler sammen, de banner og sverter.

– Disse venninnene er fantastiske, men de er også hjelpeløse. De er redde og de blir slitne.

BLIR PLEIERE. Bente vil ikke på sykehjem. Når hun blir pleietrengende, går venninnene i vaktordning for å ta seg av henne. Til den grad at det går ut over deres egne privatliv. Vera frykter å miste sin unge elsker fordi hun aldri har tid til ham lenger.

– Men man kan sette spørsmålstegn ved hvem det er som går fra noen i en slik situasjon, kommenterer Riise.

– Men man kommer til en grense.



Fakta

Hildegun Riise

Aktuell med:
Eg heiter Bente

REFLEKSJON. Hun synes det er bra at kunstnere kan belyse diagnoser som Alzheimer.

– Jeg håper at det å ta opp et så ømfintlig tema kan være med å åpne noen dører. Kan hende bidra til å tenke at man kan bli rammet selv, og hvem er der da? Hvem blir jeg når jeg kommer i nød? Kanskje bør man tenke mer på at man skal være mot andre sånn man ønsker de skal være mot en selv.

GÅTE. Mer oppmerksomhet kan også kanskje gi mer penger.

– Det trengs mer forskning, sier hun.

Hun banker på brystet.

– Plakk i årene rundt hjertet kan vi fjerne, men vi vet ikke hva vi skal gjøre med plakk i hjernen.

– Denne boksen er jo oss, sier hun og tar seg til hodet.

– Den er gåtefull nok i seg selv.

HUMOR. «Og så må eg vel seie unnskyld for at eg ... banna her i stad».

Vera, distraherert av presten som har presentert henne som Bentes søster («Eg er Bentes venn»), holder minnetale i Bentes begravelse. Det er tårer og små fnis. Riise understreker at stykket ikke bare er dystert.

– Midt i tragedien og alvoret åpnes det noen dører, sier hun.

– Det er humor og latter. Rått og betagende.

Bente selv sier hun har hatt noen av de beste øyeblikkene i livet etter at hun ble syk.

– Når livet blir satt på vent, når man er i unntakstilstand, blir livet på sitt nærmeste her og nå. Det er også noe å tenke på, sier Hildegun Riise. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Påkledde i dusjen

Av: Wenche Bjørnebekk
Spartacus, 2015
219 sider
ISBN 978-82-430-0832-8

Anmelder: Guri Midtgard, helsesøster

Påkledde ungdommer i uryddig framstilling

ANMELDELSE: Denne boken tar opp et viktig tema. Det handler om det kroppspress som kommer til uttrykk ved at ungdom velger å dusje med lyset avslått etter gymtimen, med undertøy eller badetøy på, om de i det hele tatt velger å dusje. Bruk av deodorant og parfyme kamouflerer da lukt de påfølgende skoletimene.

Forfatteren har master i sosialt arbeid. Det er prisverdig at hun gir dette temaet oppmerksomhet, som i verste fall kan føre til alvorlig psykisk sykdom.

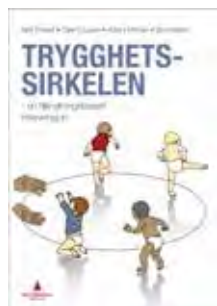
Grunnlaget for boken er Bjørnebekks intervju med 30 elever på ulike ungdomsskoler. Hun ønsker at

boken skal gi politikere, foreldre, de som arbeider med ungdom eller jobber som frivillig i en organisasjon inspirasjon til å snakke med ungdom om kroppspress.

I boken gir hun plass til ungdommenes stemmer. Bjørnebekk henter teori fra filosofer, psykologer/psykiater, sosiologer og gir teoretisk forklaring til ulike aspekter relatert til kroppspress. Skam og skyld knyttet til egen kropp er eksempel på begreper som forfatteren behandler fint. Det refereres også til flere medieoppslag som tematiserer kroppspress, et eksempel er da en norsk barnehage arrangerte Bli ny-dag.

Dessverre er boken uryddig

komponent. Ungdommenes meninger, forfatterens egne erfaringer og refleksjoner, referanser fra teoretikere, – alt blir blandet sammen som i en salat. Dette gjør det vanskelig å gripe det vesentlige. Mye god teori drukner i teksten. Ungdommenes svar blir borte. Bokens mest sentrale begrep, kroppspress, drøftes nærmest tilfeldig et godt stykke ut i boken. Det er flere steder brå overganger fra et tema til det neste innenfor samme kapittel. Som leser hadde det vært enklere å tillegge seg budskapet om dette stoffet hadde blitt presentert mer strukturert slik man serverer tacoen på fredagskvelden; de ulike godsakene i skåler hver for seg. ●



Fakta

Trygghets-sirkelen

Av: B. Powell, G. Cooper, K. Hoffman, B. Marvin
Gyldendal akademisk, 2015
ISBN 978-82-05-47197-9

Anmelder: Guri Midtgard, helsesøster

Større, sterkere, klokere og god

ANMELDELSE: For å forstå et barn så må man forstå både en omsorgsperson og barnet. Med bakgrunn i tilknytningsteori har disse fire forfatterne skapt en modell og en metode som gjør det mulig å observere tilknytning. Videre har de utviklet et verktøy slik at sertifiserte veiledere i prosess med foreldrene/omsorgsgivere kan bidra til å skape endring i uheldige tilknytninger.

Boka beskriver de fire tilknytningsstilene: Den trygge, den utrygge og unnvikende, den utrygge og ambivalente og den desorganiserte. I bokas første del gis det innføring i hva som kjennetegner barnets og

omsorgsgivers atferd i de ulike stilene. Hver enkelt omsorgsgiver bringer med seg et lass av den omsorgen de selv fikk som barn, og dette har skapt deres egne indre arbeidsmodeller. Haimusikk er gjort til et sentralt begrep, det betegner de områder i relasjoner som er farefulle for den voksne og som igjen kan gi uheldig tilknytning med barnet.

Forfatterne gir grundig innføring så vel i teoretisk bakgrunnsstoff som i selve metoden, uten å bli for detaljert. Trygghets-sirkelen og tilknytningen anskueliggjøres ved hjelp av en sirkel. Her finnes barnets behov for trygghet, trøst og kos og dets behov for utforskning og læring. To hender

på sirkelen symboliserer den voksnes evne til å gi barnet en trygg havn og en trygg base.

Behandlingen av utrygg eller desorganisert tilknytning utgjør bokas andre del. Målet er å oppnå en trygg tilknytning hvor omsorgspersonen er større, sterkere, klokere og god.

Dette vil være ei nyttig bok for helsesøstre som ser barn og foreldre sammen på helsestasjonen og hvor det å observere og vurdere barnets omsorgssituasjon er sentralt. Også sykepleiere og andre yrkesgrupper innen rusomsorg, psykisk helsevern, barnevern og barnehage vil kunne ha stor nytte av boka. ●

Hva leser du nå?

Guri Midtgard Hva leser du nå?

LITTERATUR: – I sommer har jeg løpt opp og ned trappene i Napoli sammen med hovedpersonene i *Mi briljante venninne* av Elena Ferrante, forteller Guri.

Hun holder også på med *USAs historie* av Erling Bjøl, en paperback som var så lite leservennlig på grunn av tykkelsen at hun valgte å dele den i to med brødkniven.

Det siste året har hun fordypet seg i 2. verdenskrig, med bøker som Marte Michelets *Den største forbrytelsen*. – Slike bøker gir meg en uhyggefølelse, derfor leser jeg dem helst tidlig på dagen, så jeg får ristet av meg ubehaget før sengetid.

Guri er også med i en lesesirkel som gjerne velger islandske forfattere. En favoritt her er Bergsveinn Birgirsson, og hans *Svar på brev fra Helga*. Skjønnlitteratur er et godt supplement til fagbøker, mener Guri. – Gode forfattere trekker leseren inn mot en dypere forståelse, vi blir rausere og jeg tror det gjør oss sykepleiere bedre rustet til å se helhet og å ta imot pasienters historier.

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Alder: 59

Stilling: Helsesøster, forfatter og bokanmelder i Sykepleien

Helsebringende rom som forsvinner

ANMELDELSE: En påtroppende sjef i akademiet annonserte nylig at hun skulle slåss for «muligheten for å tenke lange tanker». Dette er også det akutte temaet i denne boka, eller med redaktørens ord; langsomme prosesser.

Sykehusprest Tom Kjær Andersen og psykiatrisk sykepleier Kari Martinsen har redigert antologien bestående av bidrag fra ni ulike forfattere med bakgrunn fra teologi og filosofi til sykehjem, operasjonsstuer og helsestasjon. Det er et spennende kobbel av forfatterstemmer, og boka er likeså en veldig interessant tekst om hvordan vi i travelheten overser noe grunnmenneskelig; det sted hvor pusten kan strømme fritt, hvor vi kan sanse, tenke og skrive. Jeg skulle ønsket at boka stilte enda flere spørsmål og ga færre svar.

Forfatterne ønsker å debattere og henvende seg til ulike universitets- og profesjonsutdanninger i helsevesenet, men boka er ofte vanskelig å lese. Det danske språket i enkelte kapitler er for meg en ytterligere barriere, og deler føles som en ugjennomtregelig masse av teoretiske overveielser.

Når det gjelder historiske linjer og filosofiske refleksjoner rundt basale ting som ei ringesnor, er tekstene derimot glitrende. De viser hvor mange lag det er i profesjonell sykepleie, og at det profesjonelle ikke kun må

gjenkjennes i det mer åpenbart avanserte og gjerne medisinsk-teknologiske. Her synes jeg forfatterne klarer å gripe noe av kjernen i sykepleien, og klarer blikket mot det som skiller oss fra andre helseprofesjoner, kanskje særlig medisinen. Sykepleiens miljøterapeutiske rolle løftes fram. Derimot gjør undertegnede seg også noen tanker om at teologer får en så sentral rolle i å fortelle sykepleierne hva de skal gjøre.

Dette er ei bok til begeistring for min del. Teknisk er boka en fryd med gode referanselister etter hvert kapittel, mange tips til videre lesning, stikkordregister og beskrivelse av forfatterne bakerst i boka. Jeg synes også boka er enhetlig tross mange stemmer. Den viser hvordan fruktbare fagfellesskap og tanketråder kan videreutvikles og formidles i bokform. Begeistringens bakside er forfatterens nostalgia. Tematikken trenger ikke godt nok inn i den kontekstuelle sfæren som den kritiserer – det moderne helsevesenet – hvor for eksempel skillet mellom natur og kultur så til de grader problematiseres, hver dag, et komplisert forhold som forenkles i denne boka. Hjerterommet settes opp mot gjøremåls mennesket. Det hele kulminerer i en avsky for helsevesenet, og slik sett blir det vanskelig å skape rom for dialog, tror jeg, noe ei debattbok må make hvis den skal få innflytelse. ●



Fakta

Utenfor tellekantene, essays om rom og rom- melighet

Av: Tom Andersen Kjær
og Kari Martinsen (red.)
Fagbokforlaget, 2015
ISBN: 978-82-7674-591-7

Anmelder: Ingrid Jahren
Scudder, sykepleier og
master i helsefagvitenskap

«Å hjelpe handler om med sin fantasi å gå inn i rom, inn til den annen i rommet, være i rom, i forståelsens fiktive rom.» Kjær og Martinsen i Utenfor tellekantene



Vil brukes. – Kommunale sykepleiere må bruke oss mer.

Det vil både de og pasientene tjene på, sier pasient- og brukerombud.

Ombud ønsker flere klager

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Anne-Lene Egeland Arnesen er jurist og pasient- og brukerombud i Buskerud på femte året. Hun og kollegene har nok å gjøre. Likevel ønsker de seg flere saker fra kommunene. Det samme gjelder de 16 andre pasient- og brukerombudene i landet.

– Vi sliter med å bli kjent i kommunene. Der får dessverre personalet oftere munnkurv. Det blir oppfattet som illojalt å ta kontakt med oss. Slik er det mindre av på sykehusene. Der skjønner de som regel at klager er gull verdt, og bruker oss i forbedringsarbeidet, sier Arnesen.

HJELP MED AVVIKSMELDING. – *Hvordan kan dere bli mer kjent i kommunene?*

– Gjennom opplysning og rolleavklaring. Helsepersonell og kommunal ledelse oppfatter oss ofte som Fylkesmannen. Men det er vi ikke. Vi har ingen sanksjonsmulighet.

Mange vet heller ikke at pasient- og brukerombudet kan være et alternativ hvis man ikke når frem med avviksmeldinger på systemnivå i situasjoner som kan gå ut over pasientsikkerheten.

– Vi er helt avhengig av å vite hva som foregår der ute for å kunne kople oss på. Folk kan tipse oss anonymt også, men uansett er det viktig at ansatte har «fulgt linja» først, altså den vanlige varslingsveien.

– *Er det helt risikofritt å kontakte dere?*

– Hvis du som sykepleier ikke har gitt de helse-tjenestene du skal, og saken er alvorlig, kan vi ta saken videre til Fylkesmannen. Men som oftest er vi en hjelp for helsepersonell. Av rundt 1000 hendelser i året hos oss, går cirka 40 til Fylkesmannen. Er det spesielt alvorlig, kan de gå videre til Statens helsetilsyn.

INFORMASJONSPLIKT. Helsepersonell har plikt

til å informere pasienter og pårørende om ombudsordningen dersom det har vært en pasientskade.

– Det er de dessverre ikke flinke nok til i kommunene. De pasientene eller pårørende som kontakter oss i kommunene, gjør det fordi de har funnet ut selv at vi finnes.

– *Hvordan jobber dere?*

– Hovedjobben er å hjelpe folk til å hjelpe seg selv ved å opplyse dem om rettigheter og hva som kan være lurt å gjøre videre. Rundt halvparten klarer å gå videre selv, mens den andre halvparten må vi følge opp mer aktivt. Ellers er vi på høyskolene

«Vi løper ikke pasientens ærend for enhver pris.»

og underviser for helsefaglige utdanninger, og kan også jobbe sammen med helsepersonellet og være en drahjelp på systemnivå i kvalitetsarbeidet ved ulike helseinstitusjoner.

– *Hvilke virkemidler bruker dere?*

– Litt ulike, avhengig av sakstype. Vi løser mye på telefon. Pasienter er ofte forvirret og har ikke skjønt informasjonen som er gitt. Da kan det løses ved at vi tar en telefon til helsepersonellet for oppklaring, og forklarer det til pasienten. Vi kan også hjelpe med å fylle ut skjemaene til pasientskadeerstatningen. Ellers er vi med på møter mellom helsepersonell og pasienter/brukere og pårørende.

MØTER OG FASTLÅSTE KONFLIKTER. Arnesen forteller at møter er særlig nødvendig i saker som angår foreldre med funksjonshemmete barn.

– De kan være så slitne at de gråter hele tiden

under møtene. Mange av dem rapporterer at når vi kommer inn, blir tonen fra hjelpeapparatet helt annerledes, og det blir bedre møter. Det er skremmende. Slik skal det jo ikke være.

Ellers kan møter være bra i en sorgprosess, for eksempel der noen har opplevd å miste et barn.

– Der kan vår bistand være viktig for alle involverte fordi det er viktig å huske på at også helsepersonellet har en tøff tid etter slike hendelser.

Arnesen synes det er viktig at helsepersonellet vet at ombudet kan brukes, også i fastlåste konflikter.

– Ofte har helsepersonell kjørt seg fast og når ikke inn hos pasienten eller pårørende. De møter kanskje bare sinne. Da kan de informere om oss, og vi kan kanskje si det samme, men vi opplever å nå inn på en annen måte fordi vi er objektive. Vi kan hjelpe til å flytte eller løse en konflikt. Vi løper ikke pasientens ærend for enhver pris.

En typisk fastlåst sak kan være situasjoner der pårørende opplever at de blir avvist og motarbeidet av de ansatte på sykehjemmet, mens ansatte oppfatter at pårørende er kravstore og skaper så store arbeidsmiljømessige utfordringer at Arbeids-tilsynet koples inn.

– Her har vi flere ganger bidratt til å finne tilbake til et godt samarbeidsklima og gjensidig respekt for hverandres roller til det beste for pasienten.

TID TIL Å LYTTE. «Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter må bli bedre», står det på nettsiden til pasient- og brukerombudet.

– *Hvilken kommunikasjon tenker dere på da?*

– Kapittel 3 i pasientrettighetsloven handler om pasientens rett til medvirkning og informasjon. Dette er en fanebestemmelse som ofte blir satt til side. Mange sykepleiere har for liten tid til å lytte og få tak i hva pasientene trenger.

Hjelper ved avvik: – Kom til oss hvis du ikke når fram med avviksmeldinger som angår pasientsikkerheten, oppfordrer pasient- og brukerombud Anne-Lene Egeland Arnesen.



Først ut: Advokat Inger Benson tiltrådte som landets første pasientombud i Nordland i 1984.

Hjerte: Logoen består av to deler som sammen former et hjerte. Det er kanskje ombudet som hjelper pasienten og helsepersonellet til å samarbeide om en løsning?



Brukermedvirkningen er for dårlig, og helsepersonell er for dårlige til å kommunisere forståelig til pasientene. Helsepersonell bør ta seg bedre tid og tune seg inn på de enkelte pasientenes behov. Det kan gå ut over liv og helse hvis de ikke gjør det, dessuten er det masse penger å spare. Man slipper mange timer med oppklarende telefoner og forklaringer etterpå.

– Hva bør særlig sykepleiere bli flinkere til i kommunikasjonen?

– De må slutte å snakke ned kolleger og andre avdelinger. Har man samhandlingsproblemer og dårlig arbeidsmiljø på arbeidsplassen, må man løse det uten å involvere pasientene. Vi får flere klager

på dette nå enn før. Tidligere var det legene som oppførte seg dårlig, nå kommer dessverre sykepleierne etter. Men jeg vil understreke at dette bare gjelder et fåtall. Stort sett er det et imponerende stykke arbeid som gjøres av sykepleiere der ute.

– Hvilken sak har vært din største triumf som pasient- og brukerombud?

– Vi har en krevende jobb med mye trist og tragisk som møter oss hver dag. Da blir det viktig å legge vekt på de små glimtene der noen sier «takk for at du tok deg tid til å høre på meg». Ellers er det flott å kunne løse opp i floker i de store sakene som har pågått over år, når vi får til møter der kommunen slipper «guarden» og de pårørende slapper av. ●

Fakta

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET:

HISTORIEN: Pasient- og brukerombudsordningen startet i Nordland, for 31 år siden. I 2003 ble ordningen statlig som ledd i den store helse reformen. I 2009 ble ordningen utvidet til også å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fra 2014 måtte også kommuner informere om pasientskadeerstatningen og pasient- og brukerombudsordningen ved pasientskader eller alvorlige komplikasjoner.

TALLENE: Det er 17 pasient- og brukerombud, ett i hvert fylke. Hedmark/Oppland har ett sammen. Det har også Oslo/Akershus. Pasient- og brukerombudene får til sammen 15 000 henvendelser i året og har 90 ansatte.

OPPGAVENE: Kapittel 8 i pasientrettighetsloven handler om pasient- og brukerombudets oppgaver. Her står det blant annet at ombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

INGEN SANKSJONSMULIGHET: Ombudsordningen har ingen sanksjonsmuligheter, men kan i de alvorligste tilfellene sende sakene videre til Fylkesmannen.



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

1 Hva er den folkelige betegnelsen på erysiploid?

- A Potetnese
- B Spekkfinger
- C Vannhode

2 Ordet palliasjon kommer fra latin «palliatum» som betyr:

- A Beroligende
- B Smertelindring

C Dekket over

3 Hva kalles lystgass på dansk?

- A Lattergas
- B Bollegas
- C Tossegas

4 Hva er MRSA?

- A Gule stafylokokker som tåler penicillin
- B Tropesykdom med stafylokokk-infeksjon
- C Antibiotika mot stafylokokk-infeksjon

5 Hva står MRSA for?

- A Multiresistente Staphylococcus Aerobic
- B Meticillinresistente Staphylococcus Aureus
- C Magnetisk resonansspektroskopisk analyse

6 Hva kan minske MRSA hos nyfødte?

- A Rødt lys
- B Blått lys
- C Hud mot hud-kontakt

7 Hvor mange diagnostiseres

med brystkreft i Storbritannia per år *)?

- A 10 000
- B 25 000
- C 55 000

8 Hvor stor del av dem venter mer enn en måned før de oppsøker lege med symptomene*)?

- A En av fem
- B Halvparten
- C To av tre

9 Hva var hovedgrunnene til at de ventet så lenge med å oppsøke lege *)?

- A De fryktet mammografien, eller ville ikke kle av seg på overkroppen
- B De tok ikke symptomene alvorlige, eller fryktet at det var brystkreft
- C De ville ikke bry legen og var redde for å virke hypokondriske

10 Hvor mange er ufaglærte i Sveriges hjemmetjeneste?

- A 20%
- B 40%
- C 80%

*) Kilde: spørreundersøkelse fra Breast Cancer Care



Ny forskning: Vet du hva som kan minske MRSA hos nyfødte?

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- ☺ 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- ☺ 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

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

Randis hypokonderkryssord

☺	MEDIKA-MENT	KREN-KELSE	FLIRE	KROPPS-DELER-UTPOS-NING	▼	FUG-LEN	EXIT-UKJ.	▼	KJ.SYM-BOL	ADELS-MANN	IDRETT-KJ.SYMB.	▼	SYKD.-MØTES	▼	SKIPS-FORK.	GEN-ANTI-STOFF	▼	LEVER-TE	ORGA-NER	KRI-TISK
SOM-MEREN	▼	▼	▼	▼		▼	▼		▼	▼	▼		▼		▼	▼		▼	▼	▼
HETE-TOKT																				
RI			MM			LEVER			ELVA		FISK-ART.				KIKKE			LIKE		
LEVER-YRKE			ORGAN-BE-LEGG				KA-NYLEN								KONJ.-DES-SERT			TIL-LATE		
							RAKTE			DES-SERT			PLAGG-POPGR.							
BE-LEGG						INTERJ.	RAGET	SAKTE			BE-VEGE			YTRE-VOKA-LEN				PRON.-RATT		
TIL-LATER				RYDDE	TOPP-MAS					OBS!		LEVE-PLAGG			F.EKS (NYN.)		DYR-DRIKK			
MÅL (FORK.) PSYKO-LOGEN			HVILE						OR-GANET							GUD				

Se løsning på kryssord side 79.



Meninger

Del 4 Sykepleien 08 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Landlig: Helene Gavlen har god plass til mange barn.

Jord- og fostermor

Kombi. Helene Gavlen er jordmor, men mest tid går med til jobben som fostermor og mor. **80**



Cyberkommunikasjon. Det er viktigere enn noen gang å lære at noe går langsomt. **78**



«Ideen om at tro og omsorg hører sammen er en utdatert floskel.» Anlov P. Mathiesen **76**



Ikke samleband. Ta faget tilbake! **77**



Mangel. Dersom det ikke tas grep, vil vi mangle 30 000 sykepleiere i Norge om 20 år.

Vaktbikkje for regjeringens helseløft



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Det er allerede stor mangel på sykepleiere i kommunene. Dette gjør at våre eldre pleietrengende ikke får god nok behandling og pleie. Fra 2020 blir det en stor økning av våre eldste og behovet for sykepleiere og spesialsykepleiere vil øke ytterligere.

LØFTE. Statsminister Erna Solberg lover at de vil bekjempe mangelen ved å tilby grunn- og videreutdanning til 15 000 helsefagarbeidere og videreutdanning til 15 000 sykepleiere i kommunene fram til 2020. 1,8 milliarder skal øremerkes til målet, noe vi antar er en del av kompetanseløft 2020.

NSF vil selvfølgelig følge med på at de lovte midlene blir satt av i statsbudsjettet. Midlene må gis som lønn under videreutdanningen, slik vi har fått gjennomslag for i sykehusene, og ikke som stipend. På denne måten får sykepleiere stå i sin stilling mens de videreutdanner seg, og beholde pensjon og andre rettigheter.

MÅ HA MER HELTID. Arbeidsgiverne må ta sin del av ansvaret. Vi har en stor arbeidskraftreserve fordi nesten halvparten av sykepleierne jobber deltid. Undersøkelser NSF har utført

«Det må etableres et system som sikrer nødvendig oversikt over spesialsykepleierne.»

viser at halvparten av utlyste stillinger er deltidsstillinger. Vi krever derfor at det må lyses ut hele stillinger.

Arbeidsgiverne må også tilby vaktordninger som gjør det mulig å ha et godt sosialt liv ved siden av jobben. Sykepleiere jobber dag, kveld, natt, helger og helligdager. Slik må det være, men vaktene må settes sammen slik at de ansatte ikke slutter eller går av lenge før pensjonsalder.

Kommunene må gjøre seg attraktive for sykepleierne. Nyutdannete vil helst ikke begynne i kommunehelsetjenesten. Viktige grunner til det er at det er for lite fagmiljø og for lav

lønn. Vi får ikke bukt med sykepleiermangelen før kompetansen verdsettes i form av økte lønnsmidler.

SPESIALIST. Det er ikke bare i kommunehelsetjenesten det er en alvorlig mangel på spesialsykepleiere. Tilbakemeldinger fra våre faggrupper og situasjonen ved enkelte sykehus forteller om mangel også i spesialisthelsetjenesten. I 2014 fikk vi gjennomført en nasjonal kartlegging av status for anesthesi, barn, operasjon og intensivsykepleiere (ABIO). Resultatene fra studien bekrefter at det i dag ikke finnes oversikt over spesialsykepleiere, verken nasjonalt, regionalt eller lokalt.

Det må etableres et system som sikrer nødvendig oversikt over spesialsykepleierne – som grunnlag for å kartlegge fremtidige behov, både innen spesialist- og kommunehelsetjenesten. En slik oversikt må inkludere opplysninger om den enkelte spesialitet. For legespesialister finnes allerede en slik oversikt.

HOSPITERING. Stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste inneholder velkjente tiltak, og er i stor grad i samsvar med NSF's forslag. En av ordningene er en praksiskon-sulentordning, som innebærer at det skal bli mulig for sykepleiere å hospitere med full lønn i andre deler av helse- og omsorgssektoren. Målet er kompetanseutvikling. Ordningen har tidligere kun omfattet leger.

Spesialistgodkjenning av spesialsykepleiere skal vurderes. Vi vil følge med på høstens statsbudsjett og at det inneholder både langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling. ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Minneord Eli Haugen Bunch



1939-2015: Professor emeritus Eli Haugen Bunch døde 28. juni, 76 år gammel. Med hennes bortgang er en pioner og pilar innen norsk, nordisk og europeisk sykepleievitenskap gått bort.

Eli var utdannet sykepleier fra 1962. Hun var psykiatrisk sykepleier og underviste på Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie. I 1982 tok hun som den første norske sy-

kepleier doktorgrad i sykepleievitenskap ved Universitetet i San Francisco i USA. I de påfølgende 8 år ble Norsk Sykepleierforbund Eli sin arbeidsplass. Hennes internasjonale bakgrunn kom her til nytte. Og hun profilerte sykepleiernes rolle i «Helse for Alle 2000»-strategien i WHO Europa-region. Sammen med tidligere forbundsleder Martha Quivey grep hun tak i arbeidet med kvalitet og standard i sykepleie, og hun ledet satsingen for kvalitet og standard i Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Hun var opptatt av dokumentasjon av sykepleiernes bidrag til pasientbehandling i helsetjenesten.

Eli var særlig opptatt av de uløselige etiske problemstillinger. Hun var en pådriver for etableringen av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, som Norsk Sykepleierforbund var med på å finansiere i oppstartsfasen. NSF innstilte

Eli som sykepleierrepresentant til nasjonal forskningsetisk komité da denne ble etablert i 1990. Siden har det vært en sykepleier i komiteen – slik satte Eli en standard for.

Eli var ansatt som professor ved Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo i nærmere 20 år der hun inspirerte, underviste og veiledet utallige master- og doktorgradsstudenter.

Med norsk far og amerikansk mor var Eli tospråklig og internasjonalt orientert. Hun var svært glad i å reise og hun bygget broer mellom kulturer på alle verdenshjørner. Hun var farverik, utadvendt og en åpen person vi alle satte svært stor pris på.

Vi er takknemlig for Elis liv og virke.

Karen Bjørø, 2. nestleder og
Eli Gunhild By, forbundsleder Norsk Sykepleierforbund

Eli Haugen Bunch

1939-2015: Eli Haugen Bunch døde søndag 28. juni 2015 etter lengre tids sykdom. Hun ble 76 år. Eli utdannet seg som sykepleier i 1962. Etter mastergradsstudier i psykiatrisk sykepleie og doktorgradsstudier ved University of California – San Francisco ble hun i 1982 den første norske sykepleier med avlagt doktorgrad i sykepleievitenskap.

Hun var professor i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo da hun gikk av med pensjon. Hennes bidrag til å utvikle sykepleie og forskning i og om klinisk praksis er mange og viktige. Det inkluderer for eksempel etiske dilemmaer, systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og pasienters velvære i klinisk krevende situasjoner. Eli satte søkelyset på klinisk relevante problemstillinger i sin forskning, fra hun studerte samarbeid mellom psykiatriske sykepleiere og personer med schizofreni til etiske og faglige dilemmaer i klinisk praksis i høyteknologi avdelinger, og i slutten av sin karriere sykepleieres bidrag til effektiv symptom håndtering, enten det var hiv/AIDS pasienter eller andre alvor-

lig syke. Eli var en av dem som introduserte den nå anerkjente kvalitative forskningsmetodikken «Grounded Theory» til Norge og Skandinavia. Det er mange master- og doktorgradsstudenter som har nytt godt av hennes kunnskaper og kontaktnett. Hennes siste doktorgradstudent forsvarte doktorgrad nå i 2015.

Eli var nysgjerrig og fargerik. Hun tok gjerne opp problemstillinger som var nye i tiden. Det kunne være tematisering av etiske dilemmaer på 1980-tallet, kontinuitet i sykepleie ved alvorlige sykdommer som hiv/AIDS, nye muligheter med innføring av IT i helsetjenesten på 1990-tallet eller tverrfaglig samarbeid i høyteknologiavdelinger. Eli var for eksempel en sentral drivkraft i etableringen av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Videre bidro hun sterkt til å etablere etiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, og sikret tverrfaglig sammensetting ved at det minimum oppnevnes en sykepleier som medlem i hver av komiteene. Dette satte en standard. Hun bygde et imponerende nasjonalt og internasio-

nalt nettverk, både i tiden som forskningskonsulent for Norsk Sykepleierforbund og som engasjert i aktiviteter i regi av SSN, ICN og WHO etter at hun kom til Universitetet i Oslo. I tillegg til utstrakt forskningssamarbeid med kollegaer ved University of California – San Francisco arbeidet hun de senere årene aktivt med å styrke psykiatrisk helsehjelp i Kambodsja.

Eli var en kosmopolitt og hun var komfortabel i alle verdensdeler. Samtidig når hun var hjemme fikk vi kollegaer og venner møte alle hun fikk besøk av, slik at hun bidro til at mange av oss fikk del i hennes store internasjonale nettverk. Ved hennes bortgang settes det nå punktum for et innholdsrikt, variert og fargerikt liv. Siden hun var første norske sykepleier som avla doktorgrad i sykepleie, er det også slik at vi som sykepleiere kan si at en av våre pionerer nå er gått bort.

Anne Moen, Nina Aarhus Smeby og Randi Nord, kollegaer ved Avdeling for sykepleievitenskap, UiO



Utdatert. Ideen om at tro og omsorg hører sammen er en utdatert floskel. Storsamfunnet kan ikke finansiere overtro.

Religiøs omsorg



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Politisk rådgiver i Mental Helse og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

Den moderne og organiserte omsorgsindustrien i Norge startet med Kirkens Bymisjon og Frelsesarmeen. Sistnevnte oppsto i London i 1878. Bymisjonen startet i 1855 under navnet *Foreningen for indre mission i Kristiania*.

BEHOV. Når Frelsesarmeen reklamerer med «Suppe, såpe og frelse» i 125 år så er det med god grunn. Frelsen står i sentrum, og ideologien bygger på en tanke om at mennesket har tre grunnleggende behov: Det fysiske (suppe), verdighet og selvrespekt (såpe) og Guds kjærlighet gjennom Jesus (frelse). De er en kristen bedrift med «Felleskristne bekjennelser» i sentrum av sitt arbeid, med frelse og helliggjørelse som sentrale begreper.

Andre aktører har i større grad tilpasset seg et moderne publikum, men har like fullt forkynnelse og tro som en del av hverdagen. Evangeliesenteret, Blå Kors, Kirkens Bymisjon, Actis, Kirkens sosialtjeneste m.fl. har fortsatt bibel og forkynnelse av Gud som bærende elementer. «Forkynnelse og frelse» er byttet ut med «varme og raushet», og «gjerningsmisjon» med «lavterskel». «Vekkelse» er erstattet med «verdighet».

De diakonale sykehusene og høyskolene har tunge, religiøse tradisjoner og står sterkt innen utdanning og omsorg i helsevesenet. Lovisenberg diakonale sykehus er landets største private sykehus, og har eiere med tydelige religiøse formål.

OVERTRO. Synet på homofili er et eksempel på hvordan overtro kommer i konflikt med samfunnets felles normer, derfor

samme reglene som gjelder for Frelsesarmeen i 126 land.»

Flere kjendiser trakk seg fra arrangementer denne vinteren på grunn av disse holdningene, og Rosenborg fotballklubb kuttet pengestøtte. Det er grunn til å hevde at staten og Kommune-Norge burde vurdere å gjøre det samme. Frelsesarmeen er blant landets største mottakere av offentlige tilskudd, og det gir myndighetene anledning til å gi signaler om hva som er akseptabel personalpolitikk. Man kan ikke forby tro eller ideologi, selv når den diskriminerer eller bryter med sunn fornuft. Men staten bør definere det som uaktuelt å finansiere slik virksomhet.

METODE. Diskriminering av legning eller etnisitet er åpenbare brudd på kollektive normer. Men det finnes andre, mindre åpenbare elementer ved kristen omsorg som er like lite rasjonelle. Forkynnelse er ett eksempel, ritualer og diakonal pedagogikk to andre. Tilskudd må fordeles etter rasjonelle krav til resultat og forskningsbasert tilnærming. Det sentrale hjelpearbeidet må baseres på etterprøvbare metoder og rasjonelle verktøy. Det behøver ikke være noe galt i å tro på bibelen, men den er ingen troverdig kilde til medisinsk metode.

Felles for de religiøse organisasjonene er at de stammer fra en annen æra. Både fattigdom og sosiale utfordringer var av en annen art på 1800-tallet. Hjemløse, tiggere, fattige og prostituerte hadde ingen velferdsstat å få hjelp fra, og derfor var vekkelsesbevegelsene nyttige og relevante. De religiøse bevegelsene skal ha deler av æren for fremveksten av det sosiale arbeidet. Men i dag bør myndighetene stille langt strengere krav til livssynsfrihet innenfor omsorg. Religiøs omsorg vil alltid ha forkynnelse som et delmål i arbeidet. Det kan ikke storsamfunnet finansiere. ●

Kilder: Frelsesarmeen.no, Blakors.no, Adresseavisen, TV2, Tidsskrift for norsk psykologforening, Statistisk sentralbyrå.

«Tro er ingen troverdig kilde til medisinsk metode.»

kan ikke omsorgsarbeid overlates til troens domene. Og særlig Frelsesarmeens syn på legning har skapt mye debatt. Som da Are Veraas ble forhindret fra å bli korpssekretær i Frelsesarmeen fordi han var homofil (TV2, 03.12.13). Talsmann Andrew Hannevik forklarte at Frelsesarmeen mener samliv må være basert på at mann og kvinne lever i ekteskap, og at synet er basert på «Frelsesarmeens forståelse av bibelen, og det er de



Fakta

Fast skribent

Anlov P. Mathiesen
er fast skribent i Sykepleien.



Kvalitet. Det er mennesker vi pleier,
vi pakker ikke sardinboks på et samleband.

Ta faget tilbake!

Musikkgruppen Katzenjammer sin melodi «Lady Grey» inspirerer til et tankesprang om alderdommen. Sangen er varm og handler om møtet mellom et ungt og vitalt menneske og en eldre dame som er senil dement. Den synliggjør tid og omsorg som ikke kan måles i kroner og øre og en genuin interesse for den eldre damen sitt ukjente levde liv.

De fleste av oss ønsker å få leve lenge og ha verdifulle stunder med gode opplevelser i et rikt og meningsfylt liv. Etter som årene telles skjønner vi før eller siden at vi har færre år igjen enn hva vi hittil har levd. Venner og ektefelle faller fra, og minner om dem må snakkes om, eller vi må hente frem album for å bringe frem stundene med dem.

Noen er heldige og får være både kvikk i hodet og i beina hele livet ut. Det er dessverre ikke slik for alle. Ikke rent få blir sittende eller liggende når helsa svikter. I årene som kommer vil andelen eldre i befolkningen øke betraktelig, og de vil også bli betydelig eldre enn før.

Vi vil rekke å få flere sykdommer og være sykere lengre fordi medisinske fremskritt gjør at vi kan leve lengre med sykdom enn for noen tiår siden. Derfor er det behov for økt satsing på rekruttering til helseyrkene og rett kompetanse på rett plass. De skal ivareta et

stort spekter av behov vi kommer til å ha. Fra det enkleste til de mer tidkrevende og omfattende.

STYKKPRIS OG MINUTTER. Hvem som skal sette rammene og betingelsene for pleie og omsorg til våre eldre vil være helt essensielt for kvaliteten i helsetjenesten.

Det er ikke alt som er like enkelt å tallfeste, og det er også noe som er selve nerven i det å yte omsorg til et annet medmenneske. Et rigid måleregime med innhold om stykkpris og antall minutter tildelt den enkelte er ikke omsorgen verdig og er tilrettelagt mer for økonomer uten helsefaglig innsikt. Det er mennesker vi pleier, vi pakker ikke sardinboks på et samleband.

Det helhetlige menneskesynet ligger som et utgangspunkt for all utøvelse av pleie. Dette er en taus kunnskap som oppøves med erfaring over lang tid i utøvelsen av yrket. Den limes sammen med et etter hvert godt trent klinisk blikk som ingen andre enn sykepleieren og helsefagarbeideren har.

Vi eier faget selv og mener selvfølgelig noe om hvordan det skal organiseres og utføres.

» **«Se meg og vær interessert i meg og mitt levde liv.»**

Organiseringen av helsetjenesten er på flere plasser i dag styrt med det organisatoriske verktøyet og aktørløse New Public Management. Det er overført fra den ofte private fabrikktankegangen med produksjon og effektivitet i høysetet. Det har som konsekvens et måleregime og krav om effektivitet og størst mulig inntjening. Det er ikke forenlig med grunnpilaren av utøvelse av pleie og et helhetlig menneskesyn. Det er ikke alt som kan måles eller for den saks skyld skal måles.

MER ENN ET SÅRSTELL. En dag er jeg selv den gamle damen som kanskje sitter i en stol og ikke er orientert om tid og sted. Da har jeg et inderlig ønske om at den som skal pleie meg har tid til mer enn å dele ut tablettene og stelle et sår på leggen på under 15 minutter. Jeg er mer enn sårstellet og den tid det tar å svelge tablettene. Se meg og vær interessert i meg og mitt levde liv! Hvilke historier er gjemt under mine slitte hender og smilerynker rundt øynene og munnen?

Vi har kanskje noe å lære av hverandre, der du kan få ta stafettspinnen videre, og kanskje er du blitt litt rikere selv om det ikke er i penger. Det er da en forutsetning at faget må stå i sentrum først og rammene legges deretter. Alderdommen skal ikke være en jammerdal. Ta faget tilbake! ●



Fakta

Karin Bell Trældal

Sykepleier,
Stord sjukehus



Teknologi. Hvordan påvirkes sykepleiefaget av den teknologiske utviklingen?

Hvis mobilen vibrerer i lommen



Fakta

Angelina Belova

Lektor ved Høgskolen Stord/Haugesund

Har du sett sykepleiestudenten med mobilen i hånda? Kan det komme noe godt ut av det? Begrepet kommunikasjon får flere nye betydninger i dagens høyteknologiske samfunn. I tusenvis av år har mennesker utvekslet tanker og meninger ved å snakke sammen ansikt til ansikt. I dag kan vi gjøre det ved hjelp av teknologisk utstyr uten å være i det samme fysiske rom med dem vi snakker med. Det å ta frem mobilen, eller nettbrettet for å kommunisere med hverandre, hører hverdagen til. Dette kaller jeg her for teknologisk kommunikasjon.

Den teknologiske utvikling har muliggjort en kommunikasjon som utvilsomt har sine fordeler i det samfunnet vi lever i. Den skaper dynamikk, gir ofte hurtige svar og løsninger og holder for mange kjedsomheten borte fra hverdagen. Mennesker utvikler nye egenskaper i kontakt med teknologien og kommuniserer med hverandre på tvers av verdensdeler. Dette er en form for kommunikasjon som menneskeheten ikke har erfart tidligere.

DE UNGE. De som benytter seg mest av teknologisk kommunikasjon er selvfølgelig de unge. Det sies at gjennomsnittsalderen tar frem mobilen sin 150 ganger per døgn og bruker i

«Det å møte mennesker ansikt til ansikt, bygge personlige relasjoner uten cyberspace som en beskyttende avstandsfaktor, er avgjørende for utvikling av evne til sosial kontakt.»

snitt 7 timer og 38 minutter daglig på underholdende medier (Greenfield, 2010).

Dette skjer kanskje ikke i så stor skala under studietiden. Men at unge studenter ofte tar frem mobiltelefonene sine under forelesninger, i veiledningssituasjoner eller når de er i praksis, er det stor enighet om blant kolleger og pedagoger jeg snakker med i alle fag. Sykepleiestudentene er ikke noe unntak. Men

kan det at mobilene ser ut til å ha blitt en forlengelse av kropp og hjerne anvendes konstruktivt inn i sykepleiefaget? Kan det gi dem kunnskaper og ferdigheter som gjør dem til bedre sykepleiere?

Vi kan ikke endre på det faktum at dagens ungdom (og også voksne) lever i en verden hvor den teknologiske kommunikasjonen utgjør en vesentlig dimensjon i vår måte «å være i verden» på. Den gir en intensitet, hurtighet, informasjonstilgang og en global kontaktflate som er viktig i en tid der det globale integreres mer og mer i det lokale.

En viktig oppgave for oss som arbeider med sykepleiepedagogikk blir å integrere denne utviklingen på en god måte slik at ferdigheter og kunnskap optimaliseres inn i faget vårt. Mange teknologiske framskritt kan tas i bruk i utdannelsen, som for eksempel apper for medikamentregning eller quiz i anatomi og sykdomslære. Medisinsk personell generelt bruker helseapper i dag både som læringsverktøy, som oppslagsverk og ikke minst for å oversette til fremmedspråklige brukere, som ikke kan språket til det landet de befinner seg i (Dasari, 2011).

Sykepleiestudenter i dag kan raskt beregne dråpehastigheten til infusjon, eller kommunisere med pasienter som ikke kan norsk, bare ved å ta fram mobilen. Mobilen kan brukes til å finne fram til aktuelle prosedyrer eller til å lage samarbeidsgrupper i forbindelse med praksis, eksamen eller liknende. Med andre ord har den digitale kommunikasjonsteknologien gitt oss mange nye muligheter når det gjelder objektive funksjoner og ferdigheter i helsevesenet. Det jeg lurer på er om vi «mister noe på veien» i denne hurtige utviklingen og hva det kan være? Det er ofte slik at økt innsats på et område går på bekostning av et annet område.

ANNEN TYPE NÆRHET. Våre studenter utvikler nye egenskaper i kontakt med teknologien og kommuniserer med hverandre på tvers av verdensdeler. Dette er en form for nærhet som menneskeheten aldri har opplevd tidligere. Jeg stiller spørsmål ved om disse kommunikasjonsegenskapene og denne typen nærhet utvikles på bekostning av en annen type nærhet i helsevesenet. Hvordan vil unge sykepleiestudenter

opptre når de sitter ved siden av pasienter som ligger for døden? Hvordan vil de tåle stillheten, sorgen, ensomheten, fortvilelsen og sårbarheten? Hva vil de gjøre hvis mobilen vibrerer i lommen, og kan den da gi dem noen svar og hjelp i slike situasjoner?

Nærhet, omsorg, empati og kommunikasjon til syke mennesker som er i krise kan ikke utøves «hurtig», og den kan ikke læres ved hjelp av moderne teknologi. Denne læringen må skje på den «gammeldagse måten» – ved hjelp av relasjonell kompetanse og dialog mellom levende mennesker.

Den store pedagogiske utfordringen for oss som utdanningsinstitusjoner blir i tiden fremover å håndtere den «hurtige» teknologiske kommunikasjonen (som objektiv fenomen) og den «langsomme» mellommenneskelige kommunikasjonen (som et subjektivt og intersubjektivt fenomen) på en slik måte at den skaper balanse og helhet i sykepleiefaget. Hvordan skal vi klare det? Hva er det som bør prioriteres og legges vekt på for å oppnå balanse?

UTNYTTE TEKNOLOGIEN. Den teknologiske kommunikasjonsevnen og ferdighetene til våre studenter er allerede til stede. De lærer raskt å ta i bruk medisinske apper eller nye programmer på PC-en. Vi trenger bare å utnytte teknologien og legge den til rette for læring av objektive ferdigheter og kunnskap.

Personlig sentrering, relasjonelle- og dialogferdigheter er derimot fenomener knyttet til subjektet. De utvikler seg over tid og krever en vis grad av modning, refleksjon, riktige holdninger og etiske overveielser som utgjør det holistiske verdigrunnlaget i sykepleiefaget.

Nyere forskning viser at unge mennesker er mindre sosiale, dårligere til å kommunisere med hverandre, dårligere til å være alene med seg selv og tåle stillhet og kjedsomhet. Greenfield (2010) argumenterer at hjernen påvirkes av ytre faktorer, og at ulike deler av hjernen styrer ulike egenskaper, ferdigheter og følelser. Hun hevder at det er åpenbart at når barn og ungdom bruker stadig mer tid på å kommunisere gjennom nettsamfunn som Facebook og Twitter, og har sin viktigste læringskilde i ulike nettspill i tillegg til skolen, så betyr det noe for hva de lærer og

hvilke ferdigheter de utvikler. Det å møte mennesker ansikt til ansikt, bygge personlige relasjoner uten cyberspace som en beskyttende avstandsfaktor, er avgjørende for utvikling av evne til sosial kontakt. Derfor stiller Greenfield spørsmål om hvordan barn og ungdom skal lære seg empati gjennom disse mediene. Professor Greenfield baserer sin forskning på undersøkelser i Storbritannia, men jeg tror at realitetene ikke er så forskjellige i Norge.

Vi vil stilles overfor den samme problematikken med dagens ungdom, som blir våre studenter i fremtiden. Evnen til empatisk kommunikasjon og dialog bør vektlegges og trenes på i større grad enn noen gang før. Det betyr at sykepleieutdannelsene i Norge bør prioritere pedagogiske opplegg rundt utviklingen av subjektive og intersubjektive ferdigheter hos våre studenter i tiden fremover. ●

Referanser:
 Dasari, K. B., White, S. M., & Pateman, J. (2011). Survey of iPhone usage among anaesthetists in England. *Anaesthesia*, 66(7), 630–631. doi:10.1111/j.1365-2044.2011.06747.x
 Greenfield, S. (2010). Sosiale medier endrer barns hjerne, 158; hentet fra <http://www.barnevakten.no/article/>

Løsning på kryssord i nr. 8/2015 (se side 72).

SMIL	MEDIA	AREN	FLURE	SIKRE	Ø	FLUG	EXIT	U	IL	AGEL	PRETT	I	BYKO	H	SIKS	SEN	A	LEVEN	OSKA	STI	
S	O	L	B	R	E	N	T	H	E	T	S	S	E	S	O	N	G	E	N		
O	V	E	R	G	A	N	G	S	A	L	D	E	R	S	P	L	A	G	E		
V	E	M	O	A	L	E	R	A	E	R	A	S	P	A	K	S	E	L	A	G	G
E	R	K	N	E	N	A	L	E	N	E	O	G	L	A							
O	P	T	I	K	E	R	A	N	T	E	G	A	I	S	S	I	N	G	L	E	T
I	R	R	R	I	N	T	E	R	A	S	A	S	I	D	I						
L	A	R	T	S	S	E	L	B	O	R	E	V									
L	M	R	A	S	T	E	N	E	B	B	E	T	T	O	R						
D	E	P	R	E	S	J	O	N	S	B	E	H	A	N	D	L	E	R	E	N	



Helene Gavlen

Hvorfor: Fordi hun er sykepleier og jordmor som har tatt et uvanlig valg. Som fostermor hjelper hun ungdom som har hatt en vanskelig start.

Stilling: Fostermor, og jobber litt som jordmor i Fjell kommune

Utdanning: Hjelpepleier, sykepleier, jordmor.

Alder: 39 år

Mor, jordmor og fostermor

Livsstil. Jordmor Helene Gavlen har seks barn å ta vare på. Da kan hun ikke være et petimeter.

Selv om hun har tatt et uvanlig valg, har hun bruk for utdanningen.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Raus: Som fostermor nytter det ikke å være fastlåst. Helene Gavlen er tilbakeleient, men tydelig når det trengs.





Tilhører dere en spesiell sekt? Det spørsmålet har Helene Gavlen ofte fått. En familie med seks barn er ikke et vanlig syn. Svaret er nei. Det dreier seg mer om livsstil. Helene Gavlen bor på Sotra, tjue minutter med bil fra Bergen. Her på landet er det god plass til et hus på 400 kvadratmeter, en romslig parkeringsplass og en hage som består av svaberg og lyng. Nå står hun brun og blid i døråpningen. Hun viser vei opp i annen etasje til kjøkkenet. Det er merkelig stille i en bolig som huser åtte mennesker. Men det er søndag. I går kveld kom de hjem etter en ukes ferie i Tyrkia. Et par av barna har allerede dradd for å spille fotballkamp. Én er på ferie et annet sted. To er ute og leker med venner. Én har ennå ikke stått opp.

For å ta det med en gang: Gavlen har født fire av barna selv: Adrian (13), Henriette (9), Miranda (8) og Andrea (7). I tillegg har familien to fosterbarn, som er 15 og snart 20 år. I de åtte siste årene har Gavlen vært fostermor i full stilling.

LIKER Å HA FOLK RUNDT SEG. Utenfor kjøkkenvinduene er det en velbrukt trampoline, sklie og sandkasse. Et solid trebord med benker rundt har plass til en hel barnehage. Ingen

«Du må tåle å bli avvist.»

prydbusker er i sikte, ikke et blomsterbed. Men utsikt er det i alle retninger, helt til havs.

Uken i Tyrkia var et kjærkomment avbrekk, men ikke uten dramatik. Eldstedatter Henriette var ikke helt i form da de dro, uten at det bekymret mor. – Men så ble hun helt elendig, hadde vondt i ører og hals, fikk høy feber. Vi dro til sykehuset, og der ble hun innlagt.

Ingen snakket engelsk, og personalet satte straks i gang med intravenøs antibiotikabehandling.

– De pøste på med poser. De var til og med hengt opp uten navn. Til slutt sa jeg nei. Jeg fjernet veneffonen, og så dro vi bare. Jeg er glad jeg har helsefagbakgrunn. Jeg skulle jo ikke vært der, siden jeg er gravid.

– Hva?

– Ja, så jeg skal på sykehus om noen måneder. Jeg vet jo at når man har vært på utenlandsk sykehus er det regler for smittevern for å unngå MRSA-spredning. Men jeg er helt frisk, forsikrer hun og ser helt avslappet ut.

(Etter intervjuet får hun sjekket at alt er i orden.)

Høy og sterk som hun er, er ikke magen iøynefallende ennå. Men inni der ligger hennes femte barn, en gutt. Han ventes til verden i oktober.

– Det var ikke akkurat planlagt. Det er mye arbeid med småunger, men kjekt og. Vi gleder oss veldig. Det er litt hvordan

man ser på det. Vi har kapasitet, og jeg liker ikke å være mye alene.

Gavlen, som er oppvokst her på Sotra, utdannet seg først til hjelpepleier. Så sykepleier. Deretter jordmor. Underveis ble hun fostermor. Akkurat det samme har lillesøsteren Åshild gjort. Hun bor i et like stort hus noen meter nedenfor.

Helene ringer til henne, spør om hun også vil komme og snakke med journalisten. Det vil hun.

Enda lenger nedi bakken, rundt en sving, bor mor og far. De ble fosterforeldre da Helene var 17 og er det fortsatt.

VILLE HA UNGDOMMER. Mens vi venter på Åshild, forteller Helene hvordan det begynte.

Da hun var 23 var hun på byen og traff Dag, som var 33. De ble kjærester. Han drev med salg av stillas, men begynte så å jobbe med ungdom, først på institusjon, så var han ekstrarfamilie for Kalfaret akuttinntak for ungdom.

– Han likte det så godt.

De hadde mange korte plasseringer av ungdom, som i et beredskapshjem. Andre året på sykepleieskolen, som hun tok på Stord, ble deres første barn Adrian født. Da var det far som passet barn.

– Da jeg var ferdig utdannet, gikk vi over til langtidsplasseringer.

Da bodde ungdommene hos dem i flere år, i såkalt familie-hjem. Helene jobbet som sykepleier noen år på sykehjem. Så kom de tre jentene tett, og hun var stort sett i perm.

Det er hele tiden ungdom de har tatt hånd om. Det har vært er bevisst valg.

– Det er bra at det er en aldersforskjell på mine egne og fosterbarna. Jeg vet ikke om vi ville hatt like mye overskudd til et fosterbarn på fem når våre egne var på samme alder.

– Hvordan klarer dere dette ansvaret?

– Det er en livsstil, det er hva man gjør det til selv. Vi prioriterer på en annen måte. Du kan ikke kave deg opp over alt mulig, og du må velge dine kamper. Vi er så mange. Noen har spesielle behov, og det går ikke å være et petimeter.

MÅ VÆRE RAUS. Dessuten må man tåle en støyt, fastslår hun

– Hvordan da?

– Du må tåle å bli avvist og bli målt. Du må tåle å se at de strever, og tenke at de får det bedre. For å kunne hjelpe dem, må du tåle historien deres. Men tydelige grenser er viktig så de vet hvor de har deg som voksen.

Samtidig hjelper det å bruke humor og å tørre å dumme seg ut.

– Noen ganger må vi tenke at det ikke er så nøye akkurat nå, det får gå seg til. Du må være raus, også med deg selv, og du må like å ha folk rundt deg.

Rot må man også tåle:

– Det blir mye gris og mye klesvask. Jeg kan ikke ta så tungt på det. Det er det som gjør at det fungerer.



Fostersønn: Alexander har hatt Helene som fostermor i fire år. Nå er han 20, men vil fortsette å bo hos familien. Han har fått jobb og får snart sertifikat. Han ser lyst på framtiden.

Søstre: Åshild Gavlen (t.v.) er jordmor og fostermor slik som storesøster Helene. På ferien i Tyrkia ble hele Helenes familie fotografert.



Hun har hatt full stilling i staten for ansvaret for den eldste fostersønnen. Nå er han blitt 20, og det er kommunen som betaler lønnen. Stillingen er redusert, slik at hun kan jobbe som jordmor ved siden av. Men snart er det fødselspermisjon.

– Jeg har det ikke så travelt som dem som har barn og går i full jobb. Jeg ser jo hvordan venninner har det. Jeg får huset opp å gå og holder orden på klær mens barna er på skolen, og vi spiser i tre-fire tiden. Da blir det ikke så hektisk på ettermiddagen.

IKKE BARE HUSMOR. Innimellom slår det henne: Ikke har hun kolleger, hun får ikke brukt utdanningen, hun er bare en husmor. Da minner hun seg selv på at hun har verdens beste jobb og kan ta seg av både egne og andres barn slik hun ønsker. Hun slipper den berømte dårlige samvittigheten.

– Men jeg må ut av og til. Man blir ko-ko av bare å gå hjemme.

Derfor har hun tatt ekstravakter i helgene som jordmor på kvinneklinikken.

Mannen Dag grisler stillferdig ved kjøkkenbenken, og nå kommer Åshild, som også heter Gavlen, og setter seg ved kjøkenbordet. Det er ikke lenge siden søstrene har sett hverandre,

for de var sammen i Syden. Åshild har selv to sønner, men akkurat nå ingen fosterbarn. Hun har pålagt friperiode inntil neste oppdrag.

– Vi tok jordmorutdanningen i lag, forteller de.

– Det gjorde godt med et avbrudd og få nye impulser. Det er viktig når du har gått mye hjemme. Ellers blir du fort lei, i

«Du kan ikke kave deg opp over alt mulig.»

hvert fall når du er så unge som vi er. Da jeg gikk på skole, overtok Dag ungdommene vi hadde. Han fikk stillingen, forteller Helene.

– Men som fostermødre har dere valgt vekk yrket dere har utdannet dere til?

– Når du jobber som sykepleier eller jordmor, har du lyst til å bli supergod. Det er klart at du blir dreven hvis du er i 100 prosent stilling i en avdeling. Det blir ikke det samme når du går ekstravakter. Men det er veldig kjekt å være jordmor. Og jeg vil påstå at jeg er god nok, sier Helene.



– Det er mange som jobber redusert selv om det er for få jordmødre? Er det betenkelig?

– Alle har en grunn til det de gjør. Og når det gjelder karriere: Jeg kan alltid bli bedre og lære nytt som mor og fostermor også.

Å følge en fast oppskrift nytter ikke når du har fosterbarn:

– Noen må ha mest hjelp til det sosiale, det viktigste blir å veilede om oppførsel og å ta rette valg. For andre er det viktigste å få hjelp med leksene. Vi er alle forskjellige, sier Helene.

Nå har også datter Henriette stått opp. Hun finner seg et glass melk bak ryggen på mor og tante.

– Blir dine egne barn sjalu på fosterbarna?

– Det har vi ikke opplevd, kanskje på grunn av aldersforskjellen. Mange spør om ikke det går ut over egne barn. Hvis det hadde det, ville vi ikke gjort det. Jeg opplever at de har glede av det. Fosterbarna har også nytte av å komme til en familie

«Det er tungt når det ikke går.»

med barn. De har måttet lære seg å ta hensyn og å dele. De har kunnet leke uten at det er flaut, fordi det er yngre barn i familien. Og de har lært å gi en klem.

HAR HATT 40 FOSTERBARN. Helene og Dag har hatt fire fosterbarn over tid, og nesten 40 i beredskapshjem, fra noen dager til noen måneder.

– Det var alltid spennende – hvem får vi nå? Hvem er du? Men jeg hadde jo lyst til å beholde dem. Tror jeg passer best til å ha dem i hulen lenge.

Det er godt å ha noen hjemme å diskutere med. Moren har to fosterbarn for tiden. Fosterungdommene i de ulike husene har også glede av hverandre, de er jo i samme båt.

– Fordelen er at vi som fosterforeldre kan diskutere og hjelpe hverandre så vi gjør det riktig, sier Åshild.

For de unge blir det dessuten vanskeligere å lure dem, påpeker hun:

– Vi har knepet dem på mange ting, fordi vi er så mange som følger med.

En gang i måneden møter de andre fosterforeldre, snakker om barna og får felles veiledning.

MANGE HAR RUSET SEG. – Har dere hatt nytte av utdanningen?

– Absolutt. Begge deler er omsorgsyrker, det gjelder å ivareta andre. Det er mange måter på vise omsorg på. Vi blir jo glad i dem, det går ikke å tenke annet enn at det beriker. Det er det som driver oss.

Som jordmødre kan de snakke naturlig om kvinnehelse, prevensjon og kjønnsykdommer. Også til gutter:

– Vi kan snakke om hvordan de bør oppføre seg i parforhold.

Og hvordan de kan beskytte seg mot kjønnsykdommer, sier Helene.

– Vi blir jo gode personkjennerne, mener Åshild.

– Det er som å være jordmor: Vi må sanse, vi kommer så tett på, sier Helene.

Åshild følger opp:

– Ja, vi må trø varsomt. Fange opp. Akkurat som på ammeveiledning. Vi kan se at for noen er det vanskelig å amme fordi de har opplevd ting. På samme måte kan de unge ha problemer med tilknytning, de må lære seg å stole på folk. De prøver seg, tester ut, mange har ruset seg, også på tunge stoffer. Det er mange skjebner.

NOEN GANGER RAKNER DET. Begge søstrene har måttet gi opp noen.

– Det er tungt når det ikke går, sier Helene.

– Ja, når vi ser hvilken vei det bærer. Vi klarer ikke å hente dem inn, sier Åshild.

– Vi har jobbet så intenst, så ser vi at det rakner, og vi må slippe taket, sier Helene.

Hun fortsetter:

– Det er mange triste skjebner. Gud, hva de har opplevd. Vi må tenke at de får det bedre hos oss. Vi kan vise vei så de får det best mulig i livet. Men vi når ikke alltid opp. Men målet er at de skal nå det lengste de kan. Sånn er det jo med egne barn også – noen kan bli professor, noen tar fagbrev og må være godt fornøyd med det.

Fosterhjem er mangelvare og søstrene treffer mange som sier de godt kunne tenke seg å ha fosterbarn.

Helene: – Jeg tror mange har kapasitet. Men det må passe i livssituasjonen. I mange tilfeller kan man jobbe utenom. Den største bøygen er å si opp jobben sin.

Åshild: – Men gjør man det, slipper man den evige kampen mot klokken. Man får tid til alle, uten kaos. Det gjør at vi har overskudd til å ha dem.

– Hva når barna deres vokser til?

– Det er langt fram i tid. Man kan ta en pause som fostermor, jobbe som jordmor en stund og så gå tilbake. Det er det som er greit med å ha utdanning i denne jobben her. Man står ikke på bar bakke, sier Åshild.

Helene er usikker:

– Nå har jeg blitt min egen sjef. Jeg vet ikke om jeg får lyst på en 100 prosent stilling på Haukeland, sier Helene. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleien

Les mer:

Hva er fosterhjem? Se side 40.

JOB

Sykepleien 08 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no

NORLANDIA CARE GROUP AS driver barnehager, pasienthotell og sykehjem. Vi er til stede i Norge, Sverige, Finland og Nederland. Vi er et norsk selskap med 5500 ansatte og en omsetning på 2,8 milliarder kroner. Vi ser på våre ansatte som vår viktigste ressurs og investerer systematisk i de ansattes kompetanse. Vi arbeider for et godt liv, hver dag. Foruten Oppsalhjemmet drifter vi Tåsenhjemmet og Madserudhjemmet i Oslo, Gullhaug i Bærum, og Orkerød i Moss. Vi har også omfattende eldreomsorgsvirksomhet i Sverige.

Sykepleier

OPPSALHJEMMET



Vi søker en faglig dyktig og ambisiøs sykepleier. Oppsalhjemmet er helt i front når det gjelder utvikling av faget.

Vi tilbyr en spennende arbeidsplass for deg. Sykepleie ved et sykehjem er ikke hva det var, eller kanskje ikke det du tror. Samhandlingsreformen gir i økende grad komplekse problemstillinger hos beboere som krever sterk faglighet. Du vil oppleve et sterkt fellesskap og engasjement i et tverrfaglig team bestående av flere leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, og musikkterapeut. Hos oss er du aldri alene som sykepleier. Som sykepleier vil du også ha tid til å delta i det sosiale livet sammen med beboerne og bidra til deltagelse i Oppsalhjemmets brede kulturtilbud. Du vil erfare et faglig berikende samarbeid med andre sykepleiere ved andre sykehjem innen Norlandia. Også samarbeidsmøter med andre sykepleiere i regi av Sykehjemsetaten gir impulser og jevnlig fornyelse.

Norlandia er en stor virksomhet med varierte karrieremuligheter for de som ønsker det.

Oppsalhjemmet har kort vei til flott turterreng i Østmarka og til Østensjøvannet med sitt rike fugleliv.

Mer informasjon

Se mer om betingelser, personalgoder og krav til kvalifikasjoner på sykepleienjobb.no eller på finn.no. Send en søknad på mail eller ta kontakt med daglig leder Elin Haug Nygård, oppdl@norlandiacare.no 483 10 101

 **norlandia**

www.norlandiacare.no



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.



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.

Vi søker førsteamanuensis/ førstelektorer til MEVU-avdelingen

For å styrke fagmiljøet ved mastergradsprogrammet i avansert klinisk sykepleie og høgskolens videreutdanninger, vil høgskolen øke antall ansatte som kombinerer akademisk og klinisk kompetanse.

LDH lyser ut 100% stillingsressurs, engasjement til 30.06.17. Det er mulig å søke på hele eller deler av stillingsressursen og vi ber søkere spesifisere ønsket stillingsandel.

Noen ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Videreutvikle høgskolens kliniske videreutdanninger og masterprogram
- Planlegging og gjennomføring av undervisning og veiledning, inkludert klinisk veiledning

Søknadsfrist 13. september 2015.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



Vi søker programansvarlig til Videreutdanning i palliasjon

LDH lyser ut 100% stillingsressurs som engasjement for perioden 01.01.16 - 30.06.17, med programansvar for videreutdanning i palliativ omsorg. Stillingen vil også være del av lærerteamet knyttet til master i avansert klinisk sykepleie og høgskolens øvrige videreutdanninger.

Det er mulig å søke på hele eller deler av stillingsressursen og vi ber søkere spesifisere ønsket stillingsandel.

Noen ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Programansvarlig for videreutdanning i palliativ omsorg
- Videreutvikle høgskolens kliniske videreutdanninger og masterprogram
- Planlegging og gjennomføring av undervisning og veiledning, inkludert klinisk veiledning

Søknadsfrist 13. september 2015.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



Søndre Land kommune

Tilhører Gjøvikregionen og er en perle ved Randsfjorden, med 30 minutter til Gjøvik og halvannen time til hovedstaden. Vi har full barnehagedekning, godt oppvekstmiljø, rikt kulturliv og flotte muligheter for friluftsliv på åsene.

Hjemmesykepleien:

Vi er 18 sykepleiere som nå trenger ny medarbeider. Vi yter sykepleiertjenester til hjemmeboende i alle aldre med forskjellige behov for sykepleie.

Vi søker medarbeider som er faglig dyktig, viser engasjement og tar initiativ, kan jobbe både selvstendig og i team, og har godt humør.

Vårt verdigrunnlag er respekt, tillit og mot.

Hjemmesykepleien har ledig en sykepleierstilling på natt i stillingsstørrelse 62,4 %. Stillingen er ledig fra 01.11.15

Vi har et høgskoletillegg på kr 15 000,- og et funksjonstillegg på kr. 12 000,- pr år.

Vi har også behov for tilkallingsvikarer..

Kontaktperson: Marianne Ege Lundberg, tlf. 61 12 65 37

Hovli sykehjem avd. 1

100 % fast stilling som fagansvarlig sykepleier med arbeid hver 4.helg

70 % fast stilling som sykepleier natt med arbeid hver 3.helg

2 x 50-100 % fast stilling som sykepleier med arbeid hver 3.helg.

Vi har et høgskoletillegg på kr 15 000,- pr år.

Kontaktperson: Stein Bollum tlf. 61 12 91 21.

Hovli sykehjem 2 etg:

2 faste sykepleierstillinger i 50 - 100 %.

Vi har et høgskoletillegg på kr 15 000,- pr år.

Kontaktperson: Randi Brenner tlf. 61 12 91 31

For fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadskjema, se vår hjemmeside: www.sondre-land.kommune.no



Lebesby kommune

Lebesby kommune er en kyst- og fjordkommune i Midt-Finnmark. Kommunesenteret er Kjøllefjord som ligger på Nordkinnhalvøya. Lebesby kommune har ca 1350 innbyggere, hvorav ca 1000 bor i kommunesenteret Kjøllefjord. Næringsveiene i kommunen er fiskeri jordbruk, havbruk og offentlig tjenesteyting, samt privat handel og service. Lebesby er også kraftkommune med inntekter fra vannkraftverk og en vindpark. Lebesby er kjent for sin optimisme og stå på-vilje, aktive ildsjeler og mangfoldet av lag og foreninger. Bolyst og omdømmearbeid står i fokus.

Ledige stillinger i Lebesby kommune

Sykepleier 100%, fast

Det er ledig 1 x 100 % fast stilling som sykepleier.

Arbeidssted for stillingen er i sone Kjøllefjord.

For nærmere informasjon, kontakt avd.leder Lill Britt Myhre Lauritsen tlf. 979 90 876

50% Helsesøster

Helsesøster 50 % fast stilling ledig ved helsesøstertjenesten, samt 50 % sykepleierstilling ved hjemmebasert omsorg sone Kjøllefjord i Lebesby kommune.

For nærmere informasjon, kontakt Leder for helsesøstertjenesten, Maj Kristin Pohjanen, tlf. 97 99 08 90 / 95 23 18 10.

Søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på :

www.lebesby.kommune.no/ledige-stillinger og

www.sykepleienjobb.no

Søknadsfrist: 6 oktober



Lovisenberg diakonale høyskole (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.

Vi søker en førsteamanuensis/ førstelektor til ferdighetsseteret

LDH satser på kvalitet i praksisstudier, og ferdighetsseteret inngår som en viktig læringsarena. Det utlyses 100% fast stilling som utviklings- og driftsansvarlig for ferdighetsseteret. Stillingen innebærer ansvar for videreutvikling av aktiviteter ved ferdighetsseteret i samarbeid med avdelingenes fagansatte, samt for daglig drift etter vedtatt driftsmodell. Det er ikke knyttet personalansvar til stillingen.

Noen ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Være pådriver til helsefaglig og pedagogisk utvikling knyttet til å anvende ferdighetsseteret som læringsarena for ulike utdanningsprogram på flere nivå: bachelor i sykepleie, samt ulike videreutdannings- og masterprogram
- Undervisnings- og veiledningsoppgaver i ferdighetsseter basert på varierte undervisningsmetoder som inkluderer bruk av digitale verktøy

Søknadsfrist 10. september 2015.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



Er du sykepleier og har lyst til å arbeide i utlandet en periode?

Seksjon for Behandlingsreiser

Seksjon for behandlingsreiser har ledige engasjementsstillinger.

Sesongen 2016 har vi ledige engasjementsstillinger ved to behandlingssteder i utlandet; Balcova (Izmir, Tyrkia) og Igalo (Montenegro).

Varighet: Balcova ca 1. april til 30. oktober, Igalo ca. 15. april til 15. oktober. Behandlingsreisereisens team på hvert behandlingssted består av en avdelingssykepleier og 5-6 sykepleiere.

Pasientgruppen er voksne med revmatisk diagnose som er på 4 ukers behandlingsopphold. Teamet samarbeider med leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre behandlere på behandlingsstedet.

Arbeidsoppgaver:

- Variert arbeid som omfatter forberedelse og mottak av pasientgrupper, individuell oppfølging av pasientene, undervisning, oppfølging av rutiner og prosedyrer samt ivareta sosiale og trivselskappende tiltak.

Kvalifikasjoner:

- Minimum 3 års erfaring etter endt grunnutdanning. Vi oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innen revmatologi å søke. Det er ønskelig at søker har erfaring med undervisning. Det kreves at man behersker grunnleggende bruk av PC. Arbeidsspråk: norsk og engelsk.

Personlige egenskaper:

- Vi søker sykepleiere som kan jobbe selvstendig og målrettet. Det er viktig å vise stor fleksibilitet. Søker må ha gode evner til samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid. Han/hun må være komfortabel med å undervise/snakke i plenum. Personlig egnethet vektlegges.

Vi tilbyr:

- Fri reise fra/til Norge - arbeidsstedet i utlandet, gratis bolig og forsikringsordning. Arbeidstid 35,5 timer/uke. Turnusarbeid med bakvakt hjemme. Siden jobben er i utlandet følges landets helligdager. Lønn etter ansiennitet (Spekter). Ubekvem arbeidstid kompenseres med et fast kronetillegg. Det trekkes 2 % lovfestet pensjon til KLP. Det holdes 2 introduksjonsdager i Oslo før avreise og ca. 10 dagers opplæring på behandlingsstedet før første pasientgruppe ankommer. Det utbetales ikke kostgodtgjørelse.

For mer informasjon om behandlingsreiser, se vår hjemmeside: www.oslouniversitetssykehus.no/behandlingsreiser. Vi gjør oppmerksom på at det meste av kommunikasjon vedrørende stillingene vil skje via e-post. Kun søkere som søker elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Hilde Mogan tlf. 922 41 811 eller ass. seksjonsleder Kari Berg tlf. 916 06 980

Ref.nr. 2605793465

Søknadsfrist: 20.09.2015

www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Beiar kommune

- for felleskap, tradisjon og nye utfordringer!

Fagkoordinator

Helse- og omsorgsavdelingen har opprettet stillinger som fagkoordinatorer i hjemmetjenesten og på Beiar sykehjem.

Stillingen er en 100 % turnusstilling med arbeid hver tredje helg. Det vil bli avsatt dager som er administrative, men deler av stillingen vil inngå som vanlig sykepleier. Krav til kompetanse: Offentlig godkjent sykepleier. Relevant videreutdanning er ønskelig, men ikke et krav. Ved internt opprykk, blir det ledig en 100 % sykepleierstilling.

Spørsmål om stillingene kan rettes til virksomhetsleder Ørjan Kristensen mob. 976 53 657 eller kommunalleder Lisbeth Movik tlf. 75 56 91 57.

Fullstendig utlysning og søknad finner du på www.beiar.kommune.no

Søknadsfrist: 25.09.15

frantz.no

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 Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 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 hjertemedisin

Hjertemedisinsk laboratorium, Elektrofysiologisk lab

Spesialsykepleier/sykepleier

100 % vikariat, 6 måneders varighet, men mulighet for fast ansettelse. Stillingen er en dagstilling med arbeidstid innenfor tidsrommet 07.30 - 18.00

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Venke Fagerheim, tlf. 72 82 77 33/415 59 387 eller avdelingsjef Gunn Marie Husby, tlf. 480 33 902.

Søknadsfrist: 27. september 2015

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



frantz.no

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

OPERASJONSSYKEPLEIER MED FAGANSVAR

Dagkirurgisk avdeling, Bærum sykehus

Referansnr. 2747489796 Søknadsfrist: 11. september 2015

Stillingen er ca 40% operasjonssykepleie til dagkirurgiske pasienter og ca 40% fagansvar for hele det dagkirurgiske fagfeltet.

Dagkirurgisk seksjon har pasienter innen gastro, plastikk kirurgi, urologi, generell kirurgi, ortopedi og gynekologi.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Anne Dorthe Røsvik, avdelingssykepleier, tlf. 900 13 717.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no



Slagsykepleier/helsefaglig rådgiver fast 100 % stilling

Bruk din kompetanse på en ny, spennende og utfordrende måte

Hjerneslag er et nytt satsningsområde i LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Vi søker derfor etter en slagsykepleier i fast stilling.

Søknadsfrist: 10. september. Tiltredelse snarest. For nærmere informasjon, kontakt avdelingsleder Helle S. Grøttum, mobil 996 24 139. Søknad sendes på e-post til helle.grottum@lhl.no

FINN-kode: 63444825

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke | lhl.no



Høgskolen i Bergen (HiB) er en av de største høgskolene i landet med omlag 7300 studenter og 750 tilsatte. Vi tilbyr profesjonsutdanninger på bachelor- og mastergradsnivå innenfor lærerutdanning, helse- og sosialfag, ingeniørutdanning samt økonomisk-administrative fag. Høgskolens profesjonsutviklende forskning legger grunnlaget for utvikling av egne doktorgradsutdanninger, og på sikt har vi som mål å oppnå universitetsstatus. Høgskolen holder til på ny campus på Kronstad og i Møllendalsveien.

Stipendiatstilling innen forebyggende og helsefremmende arbeid med ungdom

Ved Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag er det ledig en stipendiatstilling innen forebyggende og helsefremmende arbeid med ungdom. Vi søker fortrinnsvis etter kandidater med helsesøsterutdanning og relevant mastergrad, eventuelt sykepleiere med relevant helsefaglig mastergrad. Erfaring med prosjektarbeid innen forebyggende helsearbeid er en fordel

Søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på: www.hib.no/ledige-stillinger/

Kontaktperson: Professor Frode Thuen: 55 58 72 03
Søknadsfrist: 1. oktober 2015

Kristiansund og Averøy kommune har ledig

100% stilling for jordmor
Tiltredelse snarest mulig.
Søknadsfrist: 21. september 2015.

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema finner du på www.kristiansund.no



MODUMBAD

- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykiatrisk sykepleier/vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid

Ved Avdeling for spiseforstyrrelser blir det ledig en 70 % stilling, med midlertidig utvidelse til 100 %, som psykiatrisk sykepleier/vernepleier.

Tiltredelse: Januar 2016.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Ingunn Aune Hennum på tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via

www.modum-bad.no

Her finner du også

fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 20. september 2015

www.modum-bad.no



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER (FPS)
3528 HEDALEN I VALDRES

Til vår døgnavdeling vil det bli ledig en 100% stilling for

PSYKIATRISK SYKEPLEIER (Sykepleier kan søke)

FPS består av døgnet, poliklinikk med ambulant team og Fekjærtunet overgangsboliger. Institusjonen ligger naturskjønt til i Hedalen i Valdres, ca 12 mil fra Oslo. Døgnetens målgruppe er vesentlig voksen ungdom i aldersgruppen 18 – 35 år med ulike diagnoser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser. Behandlingsformen bygger på aktiv miljøterapi. Psykiatriske sykepleiere har blant annet en nøkkelrolle med utvikling og evaluering av behandlingsplan.

Fullstendig utlysningstekst finner du på www.fekjar.com og www.sykepleienjobb.no

søknadsfrist: 25. september 2015

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BERGEN

NARVIK - TROMSØ - ALTA

mediyoga.no +46 85 40 882 80



Fra 23. september på Marie Treschow Sykehjem

FØDSELSHISTORIER

Vi har alle vår egen historie og våre levde liv og evnen til erindring blir aldri helt borte. Hilde Helmine Leknes bestemte seg for å finne skjulte skatter i beboernes livsløp.



Attendo Maribu AS og sykepleier og jordmor Hilde Helmine Leknes vil presentere fødselshistoriene til flere av våre kvinnelige beboere. De har fortalt om fødslene sine og historiene er skrevet ned og viderefremidlet av Leknes.

Åtte av disse unike historiene ble presentert i juninummeret av tidskriftet Sykepleien og prosjektet har mottatt svært gode tilbakemeldinger.

I dagens eldreomsorg hører man ofte om demens, alzheimer og kognitiv svikt. Dette er også virkeligheten for oss på Marie Treschow. De fleste kvinnene som har fortalt sine historier, har en eller annen form for kognitiv svikt, men til tross for dette er historiene deres fulle av detaljer.

Vi gleder oss til å dele disse unike fødselshistoriene med publikum.

Sykepleien

Attendo



Spesialsykehuset for epilepsi – SSE ønsker velkommen til kurs om:

EPILEPSI OG UTVIKLINGSHEMMING

Sandvika 17. og 18. september 2015

Sted: Spesialsykehuset for epilepsi - SSE, G. F. Henriksensvei 23, 1337 Sandvika.

Målgruppe: Helsepersonell som jobber i habiliterings- pleie- og omsorgstjenesten eller skolehelsetjenesten.

Pris: 2500,-

Bindende påmelding innen 10. september 2015

Kurset er søkt godkjent av Norsk sykepleieforbund som 12 timer for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

For mer informasjon eller tilsendelse av program, telefon: 67 50 13 27.

Påmelding sendes på e-post: AKEundervisning@ous-hf.no

Programmet ligger også på: http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/kompleks-epilepsi_/Sider/kurs-.aspx



LHL-klinikkene
Glittre

Tverrfaglig lungerehabiliteringskurs 5 – 6. november 2015

Kurset gir en innføring i grunnlagsforståelse for hva rehabilitering er. Videre gir kurset også kompetanse for å ivareta pasienter med lungesykdom ved å lære hvordan man kan påvirke funksjonsnivå, redusere tung pust og bedre livskvalitet. Dette vil styrke deres mestring av sykdommen og hverdagen.

Kurset er for ansatte i hjemmebaserte tjenester, sykehjem, legesentre, rehabiliteringsteam, frisklivssentraler, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Program, informasjon og påmelding:

<http://www.lhl.no/klinikkene/kurs-og-konferanser/kurs/>
Kurset søkes godkjent til klinisk spesialist.



HELSEARBEIDERE SE HER!

Kjøp utstyr som gjør din jobb enklere!

Vi leverer det **meste** av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner.

Besøk www.vaktrommet.no.



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497

Nye Clogs i butikken!



Vi lager alle typer skilt!



Høstens Store Aktivitetskonkurranse med dytt.no

7 uker – 7 storbyer
– Tar dere utfordringen?

**17. september –
5. november**



Ansatte fra helsesektoren i hele landet gjør seg nå klare - **Kom i form og ha det gøy sammen på jobben!**

Få med deg dine kolleger på Høstens Store Aktivitetskonkurranse! Målet i konkurransen er å sette fokus på hverdagsaktivitet på en morsom og motiverende måte. Med 10 000 skritt om dagen vil dere på 7 uker ta dere gjennom 7 storbyer i Europa!

10 000 skritt for bedre helse

En aktivitetskonkurranse er både engasjerende og effektiv. Det er ikke så mye som skal til før du føler deg friskere, gladere og med mer overskudd! For å klare konkurransen må du holde et daglig aktivitetsnivå på 10 000 skritt*.

Alle aktiviteter teller

Etttersom all aktivitet regnes med i konkurransen kan du velge hva du vil gjøre, enten du trener på helsestudio, spiller fotball eller tar trappa i stedet for heisen.

Lagkonkurranse på jobben

Dere konkurrerer i lag, da blir det både morsommere og mer motiverende. Utfordre andre avdelinger og sykehus!

Vinn en storbyferie hver uke i konkurransen!

Hver uke trekker vi en reise til storbyen vi har «gått i» blant alle som holder snittet på 10 000 skritt.



* 10 000 skritt om dagen er Helsedirektoratets anbefaling for daglig fysisk aktivitet

Slik fungerer konkurransen

Hver deltaker får en personlig nettside på dytt.no. Inne på siden går dere sammen i lag. Målet er at laget skal holde et daglig aktivitetsnivå på 10 000 skritt.

Benytt skrittelleren fra Dytt, skrittelleren i Dytt App, eller aktivitetstabellen som regner om aktiviteter til skritt.

Etter hvert som du og laget registrer aktivitet vil dere se fremgangen i et spennende virtuelt kart gjennom 7 storbyer i Europa!

Hver uke trekker vi en reise til storbyene:

London – Berlin – Paris – Roma – Reykjavik – Amsterdam – Wien



299 kr per deltaker*

(239 kr uten skritteller)

*NB: prisen er eks. mva.

Påmelding:

www.dytt.no/host

Meld dere på innen 11. september!

 **dytt.no**

Friskere og Gladere medarbeidere

Har du pasienter som ikke tåler melk?



Send SMS med kodeord **“Laktosepakke”** til 2401 og få tilsendt gratis informasjonspakke til deg og dine pasienter.



Informasjonspakken inneholder:

- Faktaark for egen faglig oppdatering
- Pasientbrosjyrer
- Matdagbok for kost- og symptomregistrering
- Flere nyttige verktøy på: www.laktoseintoleranse.no