

Livredd og forlatt

Wenche Rønning var syv år da hun i 1967 fikk kreft. Oppholdet på sykehuset ble et mareritt og har preget henne resten av livet. **32**



● **Tema**

Oppdrag hoved-
tillitsvalgt. **24**

● **Hva skjer**

Frykter alderdom
mer enn død. **36**

● **Sykepleie**

Håpet er driv-
kraften. **52**

● **Meninger**

Ville Florence fått
NSFs stipend? **80**



Nytt nettsted med fokus på MS og nevrodegenerasjon

www.nevron.no

Multipel sklerose (MS) er primært en nevrodegenerativ sykdom.
Den nøyaktige patologien til multipel sklerose (MS) er ukjent.
Progressiv degenerasjon av grå og hvit substans er en avgjørende del av sykdomsforløpet ved MS og vises ved atrofi av hjernen og ryggmargen.

Ref: Barnett MH, Prineas JW (2004) Ann Neurol; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15048884>

Teva er et av verdens ledende farmasøytiske selskap med hovedformål å fremme helse verden rundt. Et hovedfokus er nevrologi og MS.

TEVA

Live your life

Nye

Uracyst®

– 2% løsnings kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen 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 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com



Helse- og livsstilskonseptet som passer for alle
uansett utgangspunkt!

Kom i form sammen på jobben!

Dytt.no

Din helse – og livsstilsprofil

Sett egne mål og konkurrere med andre!

- ✓ Sett personlige mål
- ✓ Registrer aktivitet og mat
- ✓ Følg din fremgang
- ✓ Tips fra ernæringsfysiolog m.m

+ månedlige helse og livsstilsutfordringer med dine kolleger!





Kun 49 kr

i mnd per ansatt.
Prisen er inkl. mva. og
er uten binding!

Dytt.no - Morsomt, enkelt og engasjerende aktivitetstiltak !

Ta kontroll over din egen helse- og livsstil samtidig som du har det **morsomt og kommer i form** med dine kolleger!

Hver måned starter nye motiverende utfordringer med fokus på helse og livsstil. **Første utfordring starter 1. september** hvor målet er å holde et aktivitetsnivå på 10 000 skritt om dagen.

Bruk egen aktivitetsmåler, kjøp skritteller av oss (149 kr inkl. mva.), benytt DyttApp (kommer høsten 2014) eller aktivitetstabellen på dytt.no.

Skap engasjement på jobben og få med deg dine kolleger. Ved å gjøre det sammen økes sjansen for å lykkes!

1. september

starter høstens første utfordring!



Les mer om høstens første utfordring og registrer dere nå på

www.dytt.no



Følg oss på Instagram:
@Dyttno



facebook.com/
Dytt.no



info@dytt.no
tlf: 22 33 59 00



niferex®



Å finne et jernpreparat som tåles bra er ikke lenger et spørsmål om flaks...

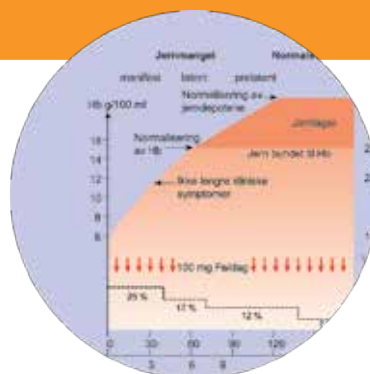
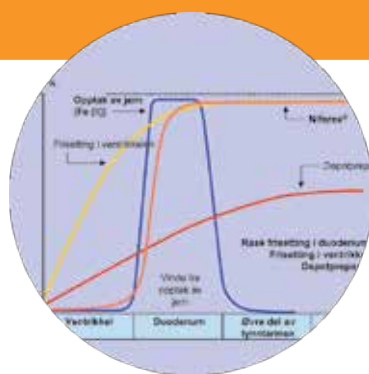
Niferex har flere hundre pH-coatede korn i en gelatinkapsel

- Ikke fritt jern i magesekken = ingen jernindusert dyspepsi
- Meget stor pH-følsom overflate = meget rask frisetting i duodenum
- Høy konsentrasjon av fritt jern i opptaksområdet i tarmen = god effekt
- Stort jernopptak i duodenum gir mindre jern i resten av tarmen = redusert tarmreaksjon
- Gelatinkapselen kan åpnes hvis reduksjon av dosen er ønskelig

Niferex «UCB»

Jernpreparat.

ATC-nr.: B03A A01



**Niferex
er
reseptfri**

Niferex «UCB» Jernpreparat. ATC-nr.: B03A A01

KAPSLER, harde 100 mg: Hver enterokapsel inneholder: Ferroglysulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe^{2+} 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Jernmangel.

Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernlagrene. Behandlingsvarigheten bestemmes ut fra utviklingen av laboratorieverdiene. Daglig dose må ikke overskride 5 mg Fe^{2+} /kg kroppsvekt. **Jernmangel:** Voksne og barn >6 år: 1 enterokapsel daglig. **Ved mer utpreget jernmangelanemi:** Voksne og ungdom >15 år eller som veier minst 50 kg: Kan øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. **Administrering:** Bør ikke tas sammen med mat, og skal tas med tilstrekkelig lange tidsintervaller fra mat (f.eks. på tom mage om morgenen eller mellom to hovedmåltider) da absorpsjonen kan bli redusert av innholdet i maten. Skal svelges hele med tilstrekkelig mengde vann. Må ikke tygges. Ev. kan enterokapslene åpnes, innholdet tømmes over i en skje og svelges, deretter drikkes tilstrekkelig mengde vann.

Kontraindikasjoner: Øsofagusstricture. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Gjentatte blodtransfusjoner. Hemokromatose og andre tilstander med jernoverskudd. Barn <6 år.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved gastrointestinal sykdom som inflammatorisk tarmsykdom, innsnevring i tarmen, divertikulitt, gastritt eller sår i magesekk eller tarm. Ved kronisk nyrelidelse og behov for erytropoietin, bør det gis parenteralt jern, da oralt jern absorberes dårligere ved uremi. Eldre som fremviser blodtap eller tap av jern av ukjent årsak, bør undersøkes nøye for å klarlegge årsaken. Jernpreparater kan gi forgiftninger, spesielt hos barn. Misfarging av tennene kan oppstå, som kan forsvinne spontant etter avsluttet behandling, men tannkrem med slipeeffekt eller fjerning av misfargingen hos tannlege kan være nødvendig.

Interaksjoner: **Kombinasjoner som bør unngås:** I.v. tilførsel av jernsalter: Kan forårsake hypotensjon og ev. kollaps ved hurtig frisetting av jern grunnet metning av transferrin. **Doksosyklin:** Reduserer absorpsjon og enterohepatisk resirkulasjon av doksosyklin. **Kombinasjoner som kan kreve dosejustering:** Jern reduserer absorpsjonen av enkelte legemidler ved dannelsen av chelater. Tidsintervallet mellom tilførselene bør derfor være lengst mulig. **Fluorokinoloner:** Jernsalter gir signifikant reduksjon i absorpsjonen av fluorokinolon. Jern reduserer absorpsjonen av norfloxacin, levofloxacin, ciprofloxacin, gatofloxacin og ofloxacin med mellom 30 og 90%. Fluorokinoloner bør gis minst 2 timer før eller minst 4 timer etter inntak av preparatet. **Metyldopa (L-form):** Tidsrommet mellom inntak av de 2 legemidlene bør være lengst mulig. **Thyreoidahormoner:** Jern hemmer absorpsjonen av tyroksin. Midlene bør gis med minst 2 timers mellomrom. **Tetrasykliner:** Perorale jernpreparater hemmer absorpsjonen. Tidsintervallet mellom inntak av preparatet og tetrasykliner unntatt doksosyklin bør være minst 3 timer. **Penicillamin:** Penicillamin kan chelatbindes til jern, og dermed reduseres absorpsjonen. Penicillamin bør gis minst 2 timer før preparatet. **Bisfosfonater:** Absorpsjonen av bisfosfonat kan reduseres. Tidsintervallet mellom preparatet og bisfosfonat bør være minst 2 timer. **Levodopa:** Samtidig bruk reduserer biologisk tilgjengelighet av levodopa og kardiopoda. Tidsintervallet mellom inntak av preparatet og de 2 midlene bør være lengst mulig. **Ikke-steroidale antiinflammatoriske midler:** Samtidig bruk kan øke irritasjon på mucosa. **Antacida:** Antacida som inneholder oksider, hydroksider eller salter av magnesium, aluminium og kalsium danner chelater med jernsalter. Tidsintervallet mellom tilførselene bør derfor være lengst mulig og minst 2 timer. **Kalsium:** Samtidig inntak reduserer absorpsjonen av jern. Preparatet bør derfor ikke tas sammen med mat og drikke som inneholder kalsium.

Graviditet, amning og fertilitet: Ingen kjente risikoer.

Bivirkninger: **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Ubehag i magen, halsbrann, brekninger, diaré, kvalme, forstoppelse og mørkfarget avføring. **Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$):** Hud: Overfølsomhet, utslett, urticaria og eksantem. **Øvrige:** Misfarging av tenner. **Ukjent frekvens (kan ikke beregnes ut fra tilgjengelige data):** Magesmerter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på forgiftning kan sees etter doser på >20 mg Fe^{2+} /kg. Allvorlige toksiske reaksjoner kan forventes ved doser på >60 mg Fe^{2+} /kg. Doser på 200-400 mg Fe^{2+} /kg er dødelig hvis de ikke behandles. 400 mg Fe^{2+} kan føre til livstruende tilstander hos barn. Symptomer (fra 30 minutter til 5 timer): Rastløshet, magesmerter, kvalme, brekninger og diaré, avføringen viser tydelig misfarging og oppkastet kan inneholde blod. Sjokktilstand, metabolske forandringer som overskudd av syre i kroppen (acidose) og koma kan utvikle seg. Etterfølges ofte av en periode med tilsynelatende bedring som kan vare i opptil 24 timer. Deretter kan det igjen oppstå diaré, sjokktilstand og acidose. Dødelig utgang kan komme etter kramp, uregelmessig åndedrett, koma og lungeødem. **Behandling:** Mageskylling eller fremprovosert brekning kan overveies kort tid etter inntak av overdosen. Deferoksamin er en spesifikk antidot ved overdosering av jern.

Se Felleskatalogen: Giftinformasjonens anbefalinger for jern II-verdig, orale preparater B03A A side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Toverdig jern-preparat. **Absorpsjon:** Enterokapslene inneholder granulat Korn som er uopsløplige i magesaft. Selve enterokapselen løses opp i magen. Granulat Kornene holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen ferroglysulfat raskt. Hos pasienter med tømte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95% av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse.

Andre opplysninger: Preparatet kan gi falsk positiv test for blod i avføringen.

Pakninger: 50 stk. (blister) V.nr. 486182.

Representant i Norge:



Jan F. Andersen A/S
Musmyrveien 3, 3520 Jevnaker

Tlf.: 61 31 49 49 • Faks: 61 31 49 50
E-post: post@jfa.no • www.jfa.no

Innhold



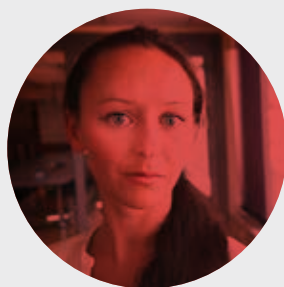
09 | 2014 Sykepleien

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



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 12** I nyhetene:
Mia Andresen
- 18** – Du kan bli sjuk hvis du
ikke kjenner egne grenser
- 24** Tema: Hovedtillitsvalgt
- 34** – Ikke gå fra meg
- 36** – Døden er blitt estetikk
- 42** – Sykepleiere er også
behandlere



Vil presse
moder-
forbundet. **12**



Sykepleie

- 46** Få studenter stryker i
praksis
- 50** Jobber for mindre tvang
- 52** Håp er drivkraften
- 56** Etikk: En vanskelig
pårørende?
- 58** Munnstell av alvorlig
syke
- 62** Hud mot hud
- 64** Min jobb: Vigdis Bache
Semb



Forsker i
klinikken. **64**



Påfyll

- 66** Smånytt
- 68** Intervju: Petter
Vennerød
- 70** Bokanmeldelser
- 72** Fakta: Gravid og stor
- 74** Quiz og kryssord



Hårene reiser
seg og tårene
vil sprute. **69**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By om
legemiddelhåndtering
- 77** Lesermeninger
- 79** Minneord
- 80** Kronikk: Ville Florence
fått NSF-stipend?
- 82** Anlovs arrest
- 83** Innspill:
Anne-Gun Agledal
- 84** Tett på Faduma Hassan



Sykepleier
mellom to
kulturer. **84**

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:** Anners Lerdal. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Forsidefoto:** Privat. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, 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

Fagpressen 
OPPLAGSKONTROLLERT



Utdanning. Hvordan skal vi forberede studenter på hva som venter dem i arbeidslivet?

Forventningsbrist



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Isommer leide jeg et hus i Italia. Jeg hadde funnet det gjennom en fancy nettside. Det var en sjanse å ta selvfølgelig. Hvem stoler vel på hva folk skriver på slike sider? Det var snakk om utsikt, uteplass og bra med utstyr på kjøkkenet. Såkalte anmeldelser som tidligere leietakere hadde skrevet, var også positive. Så jeg bare gikk for det.

Mens vi kjørte nedover begeistret jeg med utstudert selvsikkerhet familien med tanke på den forestående opplevelsen i Bella Italia. Tenk dere! Varmen, vinen, vannet! Men inni meg boblet det likevel litt skepsis: Ville en bråkete vei slynge tvers gjennom hagen? Ville den lovede utsikten forpurres av et stygt hus under oppføring rett foran? Fallhøyden var stor.

Men jeg var heldig. Stedet var rett og slett en perle. Ingen tvil om at nettannonsen egentlig var altfor nøktern! Huset var faktisk finere enn lovet. Utsikten var bedre enn bildene viste. Soverommet var svalt og stille. De positive oppdagelsene utløste en euforisk stemning i familien som jeg beskleden tok imot. Men det minnet meg om hvor vanskelig det er å forberede noen på en opplevelse de ennå ikke har hatt. Lover man for mye om det de vil oppleve, er det en risiko for at mottakeren vil surne med tanke på noe hun ikke fikk. Og lover man for lite, kan det hende folk lar være å dra dit i det hele tatt.

FORVENTINGER – DE HOLDER OSS I LIVE. Tiden fram til en opplevelse kan nesten være bedre enn selve opplevelsen fordi den ikke trenger å bli målt på harde fakta. Baksiden er at jo høyere du flyr, jo bråere kan nedturen bli etterpå. Er det derfor smartere å skru ned forventningene på forhånd?

Sagt og ment

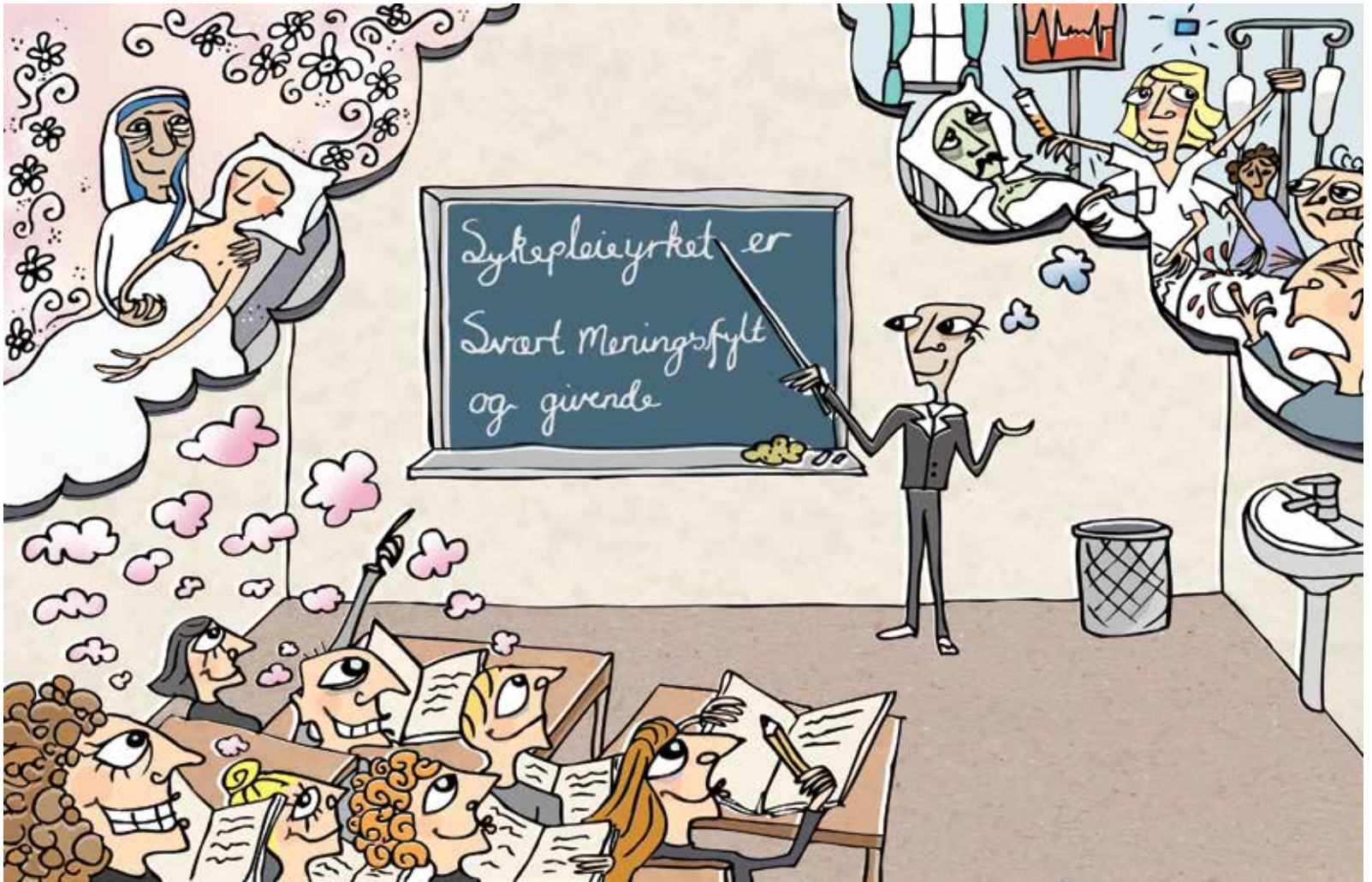
– Det er ingen tvil om at Spekters medlemsverving langt inn i privat sektor gir oss noen utfordringer. Det er å håpe at den nye sjefen, Anne-Kari Bratten, holder seg til de bedriftene som hører hjemme i Spekter. Da blir det forholdet mye enklere, sier nestleder Tor-Arne Solbakken ifølge FriFagbevegelse.

Denne måneden stømmer forventningsfulle studenter til sykepleierutdanningen. De vil ha en drøm om å være til nytte for andre mennesker. Om å gjøre en forskjell i et variert og morsomt yrke. Nå er det opp til utdanningen å gjøre studentene klar til virkeligheten. Men er høyskolen god på det?

Den amerikanske forskeren Leslie Neal-Boylan er i tvil. Hun har nylig skrevet boken «The Nurse's Reality Gap: Overcoming Barriers Between Academic Achievement and Clinical Success». Neal-Boylan har studert sykepleiernes kår og de faktorene som gjør at sykepleierne slutter i yrket. Hun har sett på gapet mellom det studenter lærer på skolen og den virkeligheten de møter i klinikken. Overgangen kan nemlig være brutal: Mens utdanningen framhever riktige prosedyrer, det kliniske blikket og høyverdige etiske refleksjoner, kan sengeposten plutselig fortone seg som et rotterace mot klokka. Om du venter Mor Theresa, men møter Tony Sopranos, er det lett å bli frustrert. Ikke noen bra start på yrkeslivet, med andre ord.

UT AV YRKET. Neal-Boylan viser til at altfor mange sykepleiere i USA forlater yrket og tar seg andre jobber. Også i Norge jobber anslagsvis 20 000 utdannede sykepleiere (av totalt 145 000) utenfor helsetjenesten. Mens det er vanlig å tenke at det er den dårlige lønnen, underbemanningen og den ofte ubekvemme arbeidstiden som gjør at noen finner seg andre beiter, stiller Neal-Boylan spørsmålet om det kan være noe med måten sykepleiere blir utdannet på. Kan det hende at skolen i dag gir studentene et for dårlig grunnlag til å mestre det første møtet med sitt nye arbeidssted? Og bidrar dette til at sykepleiere til slutt kutter ut yrket sitt, fordi de ikke fant det de lette etter?

Sykepleierutdanningen er ikke alene om å bale med denne utfordringen. Arkitekturstudenter som får boltre seg med flotte operabygninger i utdanningen, vil kanskje finne det surt å måtte tegne garasjer og trafokiosker på sitt første arkitektkontor. På samme måte kan det være langt fra Kirkegaard og Løgstrup til rompevask. Men et bachelorstudium er tross alt ikke en håndverkeropplæring. Det skal gi studentene både teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Helt knirkefritt kan overgangen til klinikken aldri gjøres, fordi utdanningen skal favne vidt.



Illustrasjon: Marie Rundereim

Likevel er det grunn å ta Neal-Boylans bekymring på alvor. Nyutdannede sykepleiere møter en helsetjeneste hvor kravet om kunnskapsbasert sykepleie raskt blir satt på en alvorlig prøve. Det må de være forberedt på. Ute av klasserommet er det trange rammer som står på menyen. Det muliges kunst framfor læreboken. Nettopp i dette tørre landskapet er kanskje evnen til kvalitetsforbedring sykepleiernes viktigste redskap. Men de må lære å realisere drømmene sine innenfor rammen av budsjettkutt og ryggsmarter.

Om utdanningen hadde klart denne utfordringen, ville man kanskje unngått at sykepleiere tidlig blir utbrent. I denne utgaven av Sykepleien forteller en psykolog og en fysioterapeut om sykepleiere i slutten av 20-årene som vurderer å slutte fordi jobben er blitt for belastende (side 18).

I møtet med stadig nye, tunge skjebner og dødsfall, opplever de nyutdannede å bli nervøse og usikre. De får kanskje beskjed av kolleger og sjefen om at «dette må du bare takle», men det gjør

de ikke. Har utdanningen en oppgave i å hjelpe studentene til å lære seg mestringsstrategier for å møte denne virkeligheten?

«Det er langt fra Kirkegaard og Løgstrup til rompevask.»

STRÅLENDE. Nå skal jeg innrømme at det ikke alltid er en lett oppgave å skulle skape realistiske forventninger. Spurt av utleieren om å skrive en nettanmeldelse etter vår tid i huset hennes, knotet jeg lenge på et utkast. Skulle jeg skrive at det egentlig var litt langt til butikken? At vi fant noen maur på badet? Eller skulle jeg bare gå for superlativene og overlate til våre etterkommere selv å finne ut av det?

Jeg gikk for det siste. Det var tross alt ferie. ●



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

Skreddersy din lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
i september:
bi.no/helseledelse

For å møte morgendagens utfordringer, må ledere i helsesektoren beherske endrede ledelsesformer. Handelshøyskolen BI har utviklet et eget utdanningstilbud, spesielt for deg som ønsker å bli, eller er leder i helsesektoren. Ta ett program, eller bygg din egen bachelorgrad med fordypning helseledelse.

- Praktisk helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Helselovgivning
- Etikk

TYNGDEN DU TRENGER





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 09 | 2014

Nyhet – Reportasje – Tema



Skyter ikke

Tema. Hovedtillitsvalgt Rita Heidi Standal satser på dialog med arbeidsgivere og politikere. **24**



Møter veggen.

Kontakt med pasienter i krise er belastende. **18**



«Før hadde vi de aldrende i stuen, vi hørte dem, nå er de estetikk på utstilling.»

Runar Bakken. **36**



Ugress i journalen.

– Sykepleiere bør lære å dokumentere bedre. **42**



60 prosent av pasientene hadde en eller flere episoder med urovekkende lave blodsukkerverdier.



Farlig lavt blodsukker

DIABETES: 60 prosent av diabetespasienter ved sykehjem hadde farlig lavt blodsukker, viser ny studie. Forskere mistenker at diabetes overbehandles, melder Dagens Medisin.

Diabetespasienter ved 19 sykehjem i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland deltok i studien. Av 742 pasienter, hadde 116 diabetes. Det utgjør 16 prosent.

– Vi fant at hele 60 prosent av pasi-

entene som hadde fått målt blodsukkeret de siste fire ukene, hadde en eller flere episoder med urovekkende lave blodsukkerverdier, sier stipendiat og førsteforfatter Lillian Mo Andreassen ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hun sier til Dagens Medisin at verdiene tilsvarte hypoglykemi. Symptomer helsepersonell må være oppmerksomme på er skjelvinger, hodepine,

blekhet, svimmelhet og forvirring.

– Dette er gamle og skrøpelige pasienter, og det kan være vanskelig å oppdage kliniske symptomer. I verste fall kan man gå inn i koma når man har så lave verdier, sier Andreassen til Dagens Medisin.

Andreassen tror det høye antallet med lavt blodsukker, kan ha sammenheng med medisineringen av pasientene. Studien er finansiert av Norges forskningsråd.

Kommunehelse til 114 milliarder

Totalt ble det brukt 114 milliarder på de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2013. Pleie- og omsorgssektoren brukte 14 milliarder. Det er en økning på 6,6 prosent fra 2012. Diagnose, behandling og rehabilitering står for broparten av utgiftene, viser en oversikt fra Statistisk sentralbyrå.

NTB



Sikker sex

Jenter har fortsatt sikker sex etter HPV-vaksine, skriver videnskab.dk. Foreldre og politikere i Sverige fryktet at HPV-vaksinen ville føre til mer usikker sex blant unge jenter. Det har ikke skjedd, ifølge en studie publisert i The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.

Videnskab.dk



Vil unngå feil

Springsteknologi. Et dataverktøy er prøvd ut ved St. Olavs Hospital, som viser hvor pasienter og ansatte til enhver tid er og hva de gjør, så arbeidshverdagen kan planlegges bedre. forskning.no

Med livet som innsats

Skal helsepersonell gå inn i potensielt farlige situasjoner før politiet har kommet til stedet? Spørsmålet er sendt ut på høring, med svarfrist 30. september. Helsedirektoratet har laget nye prosedyrer som foreslår at helsepersonell kan gripe inn i livstruende situasjoner selv om politiet ikke er ankommet.

Kjærlighet og fødsel

28,6 år

Mors fødealder ved førstefødte

31,3 år

Fars alder ved første fødsel

23 410

Inngåtte ekteskap 2013

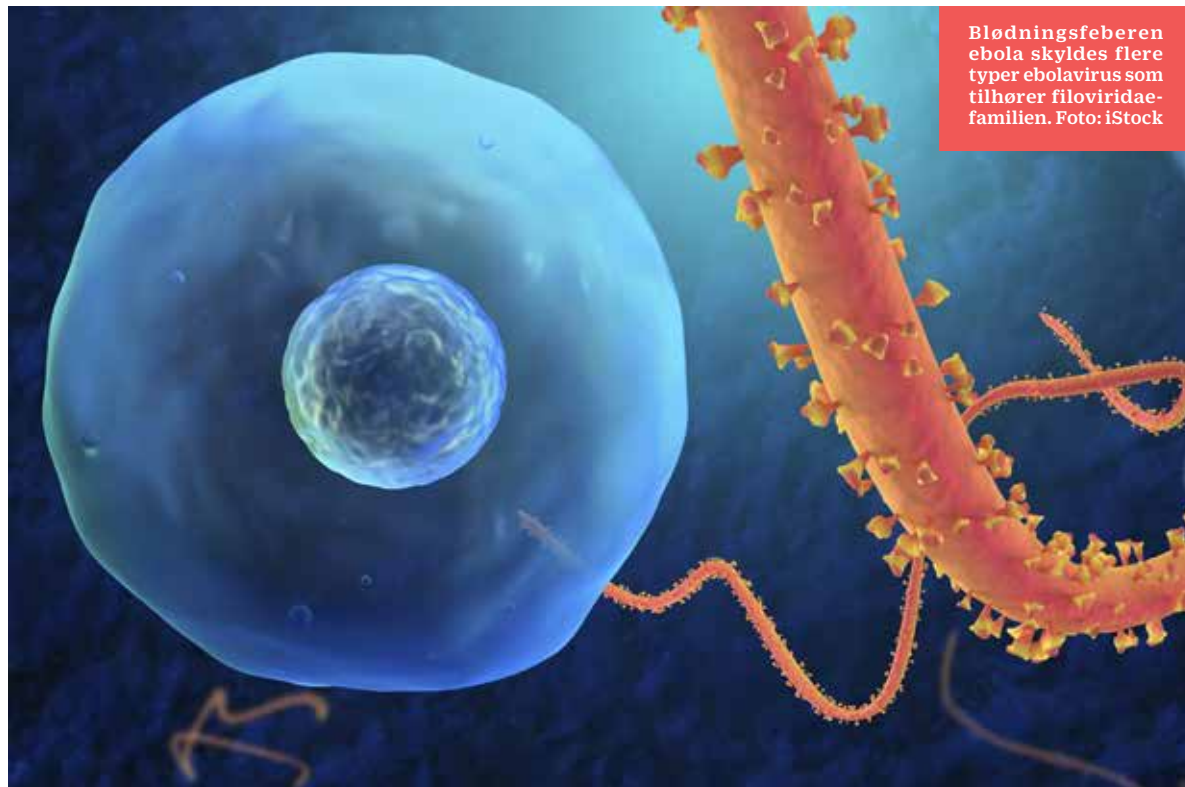
9 736

Antall skilsmisser i 2013

5 124 383

Folketall 1. april 2014

SSB



Blødningsfeberen ebola skyldes flere typer ebolavirus som tilhører filoviridae-familien. Foto: iStock

Forberedt på Ebola

BEREDT: Haukeland er beredskapssykehus for eventuelle Ebola-smittede.

– Lander det en på Flesland med mistenkt ebolasykdom eller smitte, vil flyet ta kontakt med tårnet, som igjen varsler kommunen og oss. Den

smittede vil bli isolert og plassert ved et toalett som er avstengt fra de andre reisende, sier lege Karin Rønning, avdelingsdirektør for smitteovervåkingen ved Folkehelseinstituttet (FHI).

De nærmeste passasjerene og

besetningen som har vært i kontakt med den syke vil følges opp i 21 dager for å identifisere mulig smitte og der ved hindre spredning. Så lang tid kan det ta før smittede utvikler sykdomstegn, forteller avdelingsdirektøren.

Bergens Tidende

Toppidrettsutøvere får hjerteproblemer

Utøvere som har trent mye utholdenhet, har større sjanse for å trenge pacemaker, viser forskning.

Årsaken er lav hvilepuls som kan føre til at blodtilførsel faller under det som kreves. Forskerne har funnet ut at hvilepulsen styres av hjertes egen pacemaker, sinusknoten, og ikke det autonome nervesystemet som de inntil nylig har trodd.

Gemini

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland



Risskov Bilferie nytt i Norge

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme

Bestillingskode
REISE



Vakkert høyfjellshotell som har gått i tre generasjoner over 50 år. Ved foten av Sør-Norges høyeste fjell, er Gaustablikk på 960 m.o.h

🇳🇴 | Østlandet med Oslo | Bestill innen 31.12

Vakre Rjukan & høyfjellsliv

Skinnaebu Høyfjellshotell ★★★

På hotellet hersker en avslappet og behagelig atmosfære og vertskapet gjør sitt ytterste for at du skal føle deg hjemme. Perfekt opphold for tur i marka & deilig fjell-liv.

- 2 x overnatting med frokost
- 2 x 3-retters middag
- 24t gratis kaffe
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 2.821,-

799,-

Ankomst: Inntil 30.12.14



Besøk de ni kurbadene i Montecatini Terme som er den største kurbyen i Toscana. Hotel Le Fonti ligger i rolig omgivelser i nærheten av den store parken "Parco delle Terme".

🇮🇹 | Toscana

Verdenskjent kurby i Toscana

Hotel Le Fonti ★★★

- 3 overnattinger
- 3 x frokostbuffet
- 3 x kveldsbuffet
- 1 x velkomstdrink
- Gratis internett

Ankomst: Inntil 29.10.14

SPAR OPP TIL 171,-

1.119,-

Miljøtillegg 1 EUR / døgn

Europa til lavpris



Dronninglund ligger midt i Østsvenssyssels praktfulle natur med nærliggende fine opplevelser. Kort vei til fine strender og flere av Nordjyllands spenne byer. 30min fra Fredrikshavn

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 20.12

Ferie nær Skagen

Dronninglund Hotel ★★★

- 2 overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3-retters menu/buffet
- 2 x kaffe og småkaker
- 2 x drink før maten

Ankomst: Inntil 19.12.14 | Sesongtillegg fra kr. 60 / døgn

SPAR OPP TIL 1.130,-

549,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn



Opplev Paris & fly selv book RyanAir Oslo-Paris (Beauvais) som er rett ved hotellet
Slottet er det største slottshotellet i hele Frankrike og er i en stor slottspark

🇫🇷 | Paris

Vakkert i Paris nor

Chateau de Montvillargenne ★★★★★

Opplev en hyggelig slottsferie i idylliske omgivelser i Chantilly skogen bare 40 km nord for Paris. Velkommen til elegante omgivelser ved en slottspark med wellness & dampbad

- 2 overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 1 x 3-retters meny
- 1 x velkomstdrink
- 1 fl. vin på rommet

Ankomst: Inntil 30.12.14



SPAR OPP TIL 401,-

1.729,-

www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00

- Vi finnes i Norge, Sverige, Danmark & Tyskland
- Over 500 hoteller i Europa til rabatterte priser
- Mer en 100.000 fornøyde kunder i 2013
- Personlig service fra vårt call - senter

RISSKOV
BILFERIE

Norges beste priser

Bestillingskode
REISE

Så billigt at du ikke har råd til at blive hjemme!



2 timer fra Oslo kan du nyte noen fantastiske dager på vestkysten av Sverige
Bohusgården, som er et moderne, førsteklasses spa hotell med utsikt over Byfjorden

| Götaland

Balkong & havutsikt

Bohusgården ★★★★★

I restauranten serverer vi en stor og fersk frokostbuffé hver morgen. Området ved Byfjorden har også et spektakulært promenade område som gjør hotellet en ekte perle.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Tilgang til SPA-avdelingen
- 1 x 30kr rabatt i restauranten
- Gratis internett & parkering

Ankomst: Inntil 29.08.14



SPAR OPP TIL 200,-

999,-

Ferieopplevelse i Europa til lavpris



Hotel Falken er sentralt beliggende i forhold til mange opplevelser i Midt- og Vest-Jylland, og et opplagt valg for dem som ønsker en opplevelsrik ferie med spennende utfluksmål.

| Jylland | Bestill innen 31.12

Rett ved Ringkøbing

Hotel Falken ★★★

- 2 overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 2-retters meny/buffet
- Gratis parkering
- Gratis internett

Ankomst: Inntil 19.12.14

SPAR OPP TIL 784,-

549,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn



Nære Aalborg & kun 40 minutter i fra Hirtshals er Hotel Søparken
Ligger i koselige grønne områder som grenser til en innsjø

| Jylland | Bestill innen 16.12

Fantastiske Nordjylland

Hotel Søparken ★★★

Perfekt beliggende i Nordjylland bare i kort avstand fra Fårup Sommerland og interessante byopplevelser i Aalborg, ligger det hyggelige Hotel Søparken i Aabybro.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3 -retters meny
- 1 x ettermiddagskaffe & kake
- 1 x velkomstdrink

Ankomst: Mandag - fredag inntil 16.12.14

SPAR OPP TIL 1.013,-

669,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn



Dette hotellet er det perfekte feriested med badepark på 4000 kwd. Lokalisert i den vakre skjærgården ved Langesund. I skoleferiene lager de barnefest på hotellet.

| Østlandet med Oslo | Bestill innen 31.12

Skjærgården familiehotell

Quality Hotel & Resort Skjærgården ★★

- 2 netter
- 2 x frokost
- 1 middag - meny eller 3-retters
- Inngang til badepark
- Gratis internett og parkering

Ankomst: Inntil 30.12.14

SPAR OPP TIL 400,-

1.299,-



www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00



RISSKOV
BILFERIE

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 59,- • Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG • Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.



Mia Andresen

Valgte sykepleien etter ulykken

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Bakgrunn

Mia Andresen

Aktuell som: Ny leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF) Student.

Alder: 27 år

Mia Andresen ble valgt som studentleder på årsmøtet i juni – for ett år, som vanlig. Hun kommer fra Høgskolen Diakonova i Oslo og overtar etter Stian Aasoldsen. Silje Linnerud fra Universitetet i Agder er ny nestleder. Andresen har ett semester igjen av utdanningen og har hatt flere verv i NSF Student i tre år.

Hvorfor vil du være studentleder?

– Jeg vil ha bedre sykepleiere, som er rustet til å møte arbeidshverdagen. Jeg har sett mye manglende engasjement, både blant studenter og lærere.

Hvordan merket du det?

– Jeg studerte først på universitetet, der samfunnsinteressen var stor. På sykepleien var den mye mindre.

Hvorfor er det sånn?

– Mange er unge og usikre på hva yrket innebærer. Få tenker på den samfunnspolitiske sammenhengen sykepleierne står i. Dette vil jeg få mer fram.

Blir NSF Student mer politisk?

– Vi har to viktige saker. Den første er at utdanningen er i endring. Rammeplanen, som har vært svært viktig for oss, skal vekk.

Er det bra?

– Det kommer an på utfallet, hvilken sluttkompetanse sykepleierne får.

Når skjer dette?

– Usikkert. Det kan gå fortere enn vi tror.

Er det profesjonskamp i dette?

– Det likner. Det er jo snakk om felles forskrift for helse- og sosialutdanningene. Det kan ramme kjerneoppgavene til sykepleierne. Vi vil at sykepleie skal forbli et profesjonsfag.

Hvorfor?

– Det viktigste er å sikre praksis i utdanningen. Uten god praksis er ikke teori mye verdt. Vi må sikre at det ikke blir A- og B-sykepleiere med ulik kunnskap i møtet med arbeidslivet.

Den andre viktige saken?

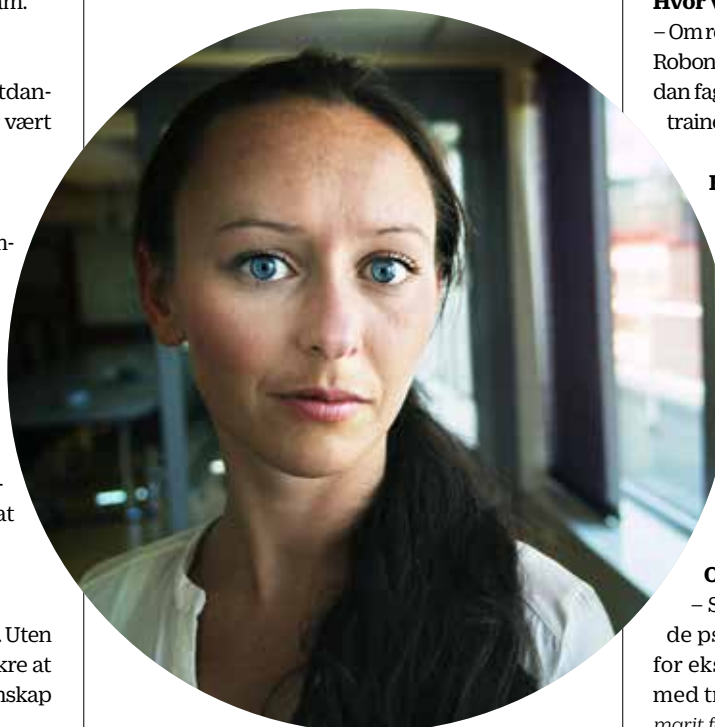
– Lokalt engasjement. Vi ønsker å bli mer synlig. Mange medlemmer savner å se oss.

Noen store overraskelser på studentårsmøtet?

– Egentlig ikke. Men vi diskuterer alltid kjønnsproeng og opptakskrav. Og er alltid uenige.

Fint å ha to jenter på topp?

– Kult at vi fikk denne tilliten, fint å kunne være kvinnelig forbilde. Gutter stiller gjerne til valg, og mange sykepleiermenn blir ledere. Men kjønnsbalanse er best, og i styret møter fire gutter og fire jenter.



Hvorfor vil du bli sykepleier?

– Jeg mistet lillebroren min i en bilulykke. Etter det ønsket jeg meg en meningsfull jobb. Jeg hoppet av master i sosialantropologi fordi jeg ville jobbe tettere på mennesker. Jeg vil jobbe med helsefremmende arbeid, kanskje som helsesøster.

Når skjedde ulykken?

– I 2009. Han var 17 år, jeg var 22. Det var en voldsom opplevelse. Jeg er opptatt av at normale følelser ikke sykeliggjøres. Jeg snakker gjerne om døden, sykdom og sorg. Det mange føler er vanskelig.

Hvor vil du presse moderforbundet?

– Om rekruttering av menn. Og med kritikk av filmen Robonurse. NSF-moderen må ta innover seg hvordan faget skal profileres. Vi samarbeider gjerne om trainee-stillinger, videreutdanning og master.

Har sykepleierstudentene for lavt nivå?

– Det kommer veldig an på utdanningen. Nivået er skremmende lavt når det gjelder naturvitenskap. Vi har mye å jobbe med.

Blir du gammel i yrket?

– Jeg blir nok sykepleier med mange hatter. Sykepleie kan kombineres, for eksempel med antropologi og forskning. Jeg er rastløs, er interessert i alt mulig.

Og glad i yoga?

– Stemmer. Jeg underviste i yoga da jeg hadde psykiatrisk praksis. Det er et godt verktøy, for eksempel for folk i sorg eller for flyktninger med traumer. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Undersøkelse. 107 av 110 pasienter i hjemmetjenesten hadde problemer som kunne relateres til feil medikamentbruk.

Avdekket feil medisinerbruk i Oslo

• Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Det viser en gjennomgang Ly Chur Tang, masterstudent i klinisk farmakologi, har gjort i bydelene i Oslo kommune.

– I mitt materiale er det gjennomsnittlig 5,6 legemiddelrelaterte problemer per pasient. Det er et veldig høyt tall, og viser viktigheten av systematisk gjennomgang av legemiddellistene med farmasøyt, sykepleier og fastlege, sier hun. En av pasientene i undersøkelsen gikk på 24 forskjellige legemidler.

– At bare 3 pasienter av de 110 jeg undersøkte ikke hadde noen legemiddelrelaterte problemer, viser behovet for forbedring på dette området, sier hun.

Nå er ikke alle legemiddelrelaterte problemer like alvorlige. Men det er plagsomt for pasienten, og det kan være livstruende med feil eller unødvendig bruk av legemidler, sier hun.

Til sammen har hun gått gjennom 1405 legemidler som pasientene i utvalget tok. Av 611 legemiddelrelaterte problemer som ble oppdaget, utgjorde unødvendig legemiddel 17,7 prosent av tilfellene. Det ble gitt for høy dose i 10,3 prosent av tilfellene. (Se faktaboks)

ALLERGISK MOT SYKEPLEIER-HANSKER. Bakgrunnen for Ly Chur Tangs studie er prosjektet «Samstemming og legemiddel-

gjennomgang i hjemmetjenestene» som Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo har gjennomført. Prosjektet er en del av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, og det har til sammen innlemmet 211 pasienter.

Sykepleierne Sølvi Andersen og Ingri Østensen har ledet dette prosjektet i Oslo, og de har samme oppfatning som Ly Chur Tang:

– Pasienter har stått på feil me-

«Det kan være livstruende.»

Ly Chur Tang

disiner, de har tatt dem feil, eller det har vært ytre årsaker til at de har brukt medisiner. For eksempel ble en pasient bedre av plagsomt utslett etter at det ble avdekket allergi mot gummi i hanskene som sykepleierne brukte ved påsmøring av liniment, forteller Østensen.

– Etter gjennomgangen av medisinerlistene, har mange fått bedre smertelindring og ernæring, og de trenger mindre hjemmetjenester, forteller Sølvi Andersen.

BEKYMNING. Gjennomgangen har foregått ved at sykepleiere rundt omkring i bydelene har valgt ut de pasientene de faglig sett var mest

bekymret for. Utviklingssenteret ga opplæring i hvordan de skulle utføre gjennomgangen. Bydelsoverlegene deltok i læringsnettverket. Både de og hjemmetjenestene informerte og samarbeidet med fastlegene hvor det var felles pasienter.

Gjennomgangen foregikk i flere etapper, med kartlegging, gjennomgang med fastlege og farmasøyt, tiltak og måling av effekt av tiltak. Prosjektet pågikk fra høsten 2013 til våren 2014.

Hun fant at pasientene i snitt brukte 13 legemidler hver før gjennomgangen. Etter legemiddelgjennomgangene var det i snitt gjort seks endringer per pasient. Det ble til sammen gjort 132 seponeringer. 129 ganger ble det besluttet å følge opp eller vurdere legemiddelbruken. 66 ganger ble det gjort endringer som ble lagt inn i ordinasjonskort og legens liste.

IKKE SAMSTEMT. 51 prosent av pasientene i Ly Chur Tangs undersøkelser hadde ikke samstemte medisinerlister, det var altså forskjell på hva legene hadde notert at de skulle ha, og hva pasienten faktisk brukte.

Beroligende medisiner, smertestillende og sovemedisiner var de legemidlene som pasientene rapporterte flest problemer med. •

aknbh@sykepleien.no

Fakta ●●●●

Dette er funnene:

(Prosent av totalt 611 oppgitte legemiddelrelaterte problemer)

- Behov for tillegg av legemiddel 6,1 %
- Unødvendig legemiddel 17,7 %
- Uhensiktsmessig legemiddelvalg 5,9 %
- For høy dose 10,3 %
- For lav dose 2,6 %
- Ikke-optimalt doseringstidspunkt 1,5 %
- Bivirkning: 3,3 %
- Interaksjon: 2,9 %
- Avvikende legemiddelbruk: Legemidler som administreres av helsepersonell 2,6 %
- Legemidler som administreres av pasient 8 %
- Behov for/manglende monitorering av effekt og toksisitet av legemidler 15,1 %
- Mangelfull føring/uklar dokumentasjon av legemiddelkurve, kardeks/resept 15,5 %
- Annet 8,5 %



– Du kan bli sjuk hvis du ikke kjenner egne grenser

Bodø. – Jeg blir nervøs, usikker og sliten, sier Børre Lekang i Bodø kriseteam. Det tærer på å stadig møte mennesker i dyp krise.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Sykepleiere møter mennesker i dyp krise. Noen har vært utsatt for en traumatisk ulykke eller mistet en nær person, andre har fått en dødelig sykdom. Det krever sine strategier å være profesjonell i møte med mennesker som har stor sorg eller fryktelige traumer å bearbeide.

– Spørsmålet er ikke om man blir påvirket, men hvordan og hva man gjør med det, sier Bente Espeland.

Hun er psykiatrisk sykepleier og en av foredragsholderne i et nettbasert kurs for medlemmer i psykososiale kriseteam (se faktaboks).

22. JULI. Psykiatrisk sykepleier Børre Lekang jobber til daglig i oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus i Bodø. Men han står også på

listen over fagpersoner i det kommunale kriseteamet, og kan tilkalles ved behov. Han ble ringt opp 22. juli 2011.

– Jeg fikk beskjed om å møte ved domkirka klokka 20. Jeg tok på meg nøytrale klær og droppa snusen. Der var helsesøster, prest og mange unge. Vi hadde ikke forberedt oss sammen. Det kunne vi ha gjort. Mange av ungdommene hadde utfordringer fra før, og det økte nå. Fra denne stunden var jeg i

**«Det er verdt det når
pårørende sier at det
jeg gjør er viktig.»**

Børre Lekang

Fakta

Nettkurs for kriseteam

Nettkurset er gratis og utviklet av RVTS Nord (Ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det har en egen modul som handler om å bli berørt som hjelper. Der kan du blant annet lære om hvilke signaler som kjennetegner de tre ulike stadiene for utbrenthet, som du bør være på vakt mot.

Adressen er www.helsekompetanse.no/kriseteam



Psykiatrisk sykepleier Børre Lekang jobbet med pårørende av Utøya-ofre i 2011 og ble kåret til årets sykepleier i Nordland for innsatsen.

konstant beredskap, forteller Lekang.

MEST BELASTENDE. De neste månedene fulgte han en familie som mistet sønnen sin på Utøya. Han ble kåret til årets sykepleier for det i Nordland i 2012, og sa da til lokalavisa at det kjentes rart å skulle bli hedret av andres tragedie.

– Når jeg møter folk i krise, møter jeg også mine egne reaksjoner. Jeg blir nervøs, stressa og usikker på meg selv. Det krever mye av meg å møte noen som har mista en av sine kjære. Jeg blir berørt, og det tar enormt med energi. Det er nesten bare belastende.

Likevel opplever Lekang arbeidet som givende og meningsfylt.

– Det er verdt det når pårørende sier det jeg gjør er viktig.

UTBRENT OG SEKUNDÆRTRAUMATISERT.

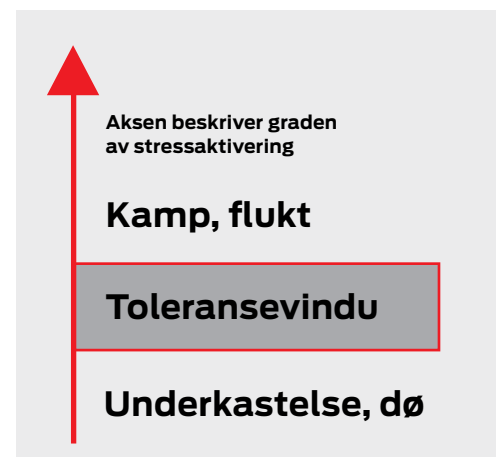
Hvis man ikke er bevisst sine egne reaksjoner, og gir dem den oppmerksomhet de krever i form av faglig oppfølging, avkopling og grensesetting, kan man fort havne i kategorien «utbrent». Noen kan også oppleve fysiske og psykiske reaksjoner lik de vi ser hos mennesker som lider av posttraumatisk stress-symptom, og er da det fagfolkene kaller «sekundærtraumatisert».

Før man er utbrent, går man gjennom tre faser som det kan lønne seg for sykepleiere å kjenne til. Hver fase har sine spesielle kjennetegn som det blir for omfattende å komme inn på her, men som er beskrevet i nettkurset (se faktaboks).

FOREBYGGING. Heldigvis finnes det



Figur: Toleransevindu





→ konkrete tiltak som kan forebygge både utbrenthet og sekundærtraumatisering. Det handler om å ha systemer for å bearbeide inntrykk, gjennom kollegagrupper og eksterne ressurspersoner. Man må ikke bli for lenge i nedbrytende arbeidsmiljø og bør unngå å jobbe med mange alvorlige traumer samtidig. Man må sørge for variasjon i arbeidsoppgaver og ta vare på egne grenser. Faglig påfyll må til, noen kan ha nytte av egenterapi, og alle trenger lystbetonte aktiviteter på fritida, og venner og/eller familie rundt seg.

SLITEN OG LEI. Børre Lekang innrømmer at han blir sliten og til tider også lei av jobben. Det kan oppleves vanskelig å gjøre noe hyggelig privat.

– Du må være i balanse med deg sjøl. Hvis du akkurat har vært gjennom en skilsmisse, er du ikke klar for denne typen jobbing, det har jeg erfart sjøl, men så ifra etter første møte. Du må kunne si nei. Du kan bli sjuk hvis du ikke kjenner egne grenser og sårbarhet.

– *Hva gjør du når du blir sliten og lei?*

– Går på fjellet. Da jeg jobbet med de etterlatte etter Utøya, følte jeg det som helt upassende

hvis folk skulle se meg ta en øl og flire på byen. I stedet tok jeg en fjelltur, fiska og så en ravn som fløy. Traff noen tyske turister som ikke kjente Utøya-historien så godt, som jeg snakket med.

I Bodø har kriseteamet fått rutine på ekstern debrifing. Sammen med systematisk veiledning i teamet før under og etter en oppgave, kollegastøtte, faglig opplæring og påfyll samt god kjennskap til faglig nettverk, synes Lekang at belastningen blir til å bære.

– Jeg føler at jeg vokser som menneske på denne jobben. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Ble nesten utbrent

Atle Dyregrov fikk for mye sorg å forholde seg til da han begynte yrkeslivet. Så tok han grep.

HJALP ALLE. Til og med nestoren innen krisehåndtering, psykolog Atle Dyregrov ved Senter for Krisepsykologi i Bergen, fikk problemer da han først startet opp i 1979. Han jobbet med foreldre som hadde mistet barn, og møtte nesten samtlige som kom til barneklubben ved Haukeland for å få hjelp med dette.

– Etter fire år var jeg nærmest utbrent. Jeg var for lite flink til å fylle på. Jeg så da at jeg i framtiden måtte ha en bedre blanding av oppgaver, uttalte Dyregrov til Tidsskrift for Norsk Psykologforening i 2006.

UETISK. Nå sper han på med forskning og undervisning i tillegg til klinisk arbeid. I juni kom han til Bodø for å snakke om siste nytt innen traumeforskningen til psykiatriske sykepleiere som var samlet til landskonferanse. Han mener kommune og sykehus må sikre god

ivaretagelse av hjelperne.

– Det er rett og slett uetisk hvis vi ikke tilbyr hjelperne hjelp, sa han fra talerstolen og utdyper for Sykepleien etterpå:

– Dessverre er det slik at i tider med innsparing, knipes det ofte inn på ressurser til ivaretagelse av personell, inkludert kurs og annet påfyll. Det er svært uheldig, svekker motivasjonen og øker faren for å bli utbrent.

TRE STRATEGIER FOR MESTRING. Dyregrov peker på tre ulike strategier for å mestre en jobb der du stadig møter folk i krise: Personlige, gruppe- og organisasjonsstrategier. Selv har han kona som også er hans kollega, barn og barnebarn, mosjon, bridge, musikk og lesing som sine personlige strategier.

Gruppestrategier handler om å samtale med kolleger om det man er oppe i, mens organisasjonsstrategier handler om temadager, kursing og oppdatering fra folk utenfra, både om siste forskning og innen ulike metoder. Gode innarbeidete rutiner for ivaretagelse og

ledelsesstøtte hører også med her.

HVILKE SAMTALER VIRKER?

Det er viktig med avlastningssamtaler samme dag noe svært kritisk



«Det er rett og slett

uetisk hvis vi ikke tilbyr hjelperne hjelp.»

Atle Dyregrov

har skjedd. Psykologisk debrifing skjer en av de første dagene etterpå, og er en systematisk gjennomgang i gruppe for å få oversikt og sammenheng etter innsats ved en ekstraordinær situasjon.

– Det er tidkrevende og tar gjerne to og en halv time. Korte

individuelle samtaler på mindre enn en time har ikke effekt. Gruppeoppfølging slik vi anbefaler og benytter, er noe dokumentert, men her trengs mer forskning, sier Dyregrov.

IKKE SOV ETTER TRAUME. Ifølge siste nytt fra traumeforskning som Dyregrov presenterte i Bodø, er det viktig å distrahere hjernen etter en traumatisk opplevelse, slik at minnebildene derfra ikke får lagret seg så godt. Det tar seks timer for minner å konsolideres, derfor skal man ikke legge seg å sove de første timene etter en traumatisk opplevelse.

– Faktisk er det vist god effekt av å spille tetris de første timene etterpå, men her trengs det også mer forskning. Dette gjelder spesielt ved sterke synsinntrykk fordi tetris krever ressurser fra de samme hjerneområder som konsoliderer minnet og således forstyrrer konsolideringen. Kanskje kan man få samme effekt av for eksempel å se en film, sier han. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Møter slitne sykepleiere

Cathrine Ramm møter sykepleiere som ikke får bearbeidet sterke inntrykk. Mange av dem vurderer å slutte i jobben.

TRAUMER. Ramm er kroppsspsykoterapeut/psykomotorisk fysioterapeut, og en kapasitet innen stabiliseringsarbeid etter traumer. I dag jobber hun hos Kompasset ved Blå Kors med voksne barn av alkoholikere. Noen av dem er sykepleiere. Når hun samtaler med dem om senfølgene av oppvekst med foreldre som har alkoholproblemer, kommer hun innom dagens jobbsituasjon.

– Sykepleierne som går hos meg er i slutten av 20-årene, og det er tydelig at de vurderer å slutte i jobben fordi det er belastende. De har også kollegaer som har sluttet på grunn av det.

FÅR DÅRLIG MESTRINGSFØLELSE. – Hva er belastende?

– De har utfordringer i relasjon med pasientene, spesielt de med dødelige sykdommer. Når det skjer dødsfall, får sykepleierne reaksjoner som ikke tas vare på. De får beskjed om at «dette må de bare takle», sier Ramm.

I stedet burde de fått mulighet for samtale og veiledning. Dette er mer vanlig i psykiatrien, men sjelden en rutine i somatikken, har Ramm inntrykk av.

– De bør få lov til å reagere uten å føle at det er feil. Det er normalt å reagere. Når det ikke er akseptert, får de dårlig mestringsfølelse, og når du føler deg svak, tenker du at du må slutte i jobben.

– *Hvem bør gjøre denne veiledningsjobben?*

– Helst ikke sjefen. Det kan være en spesialsykepleier på posten, eller en ekstern person. Det viktige er at det er tilgjengelig hjelp, om ikke på minuttet, så i hvert fall neste dag.

Hun mener man kan bli avstumpet hvis man skal gå og romme så mye vanskelig og trist uten å få debrifing innimellom.

– Vi hjelpere trenger også noe å hvile inn i hvis vi skal gi pasientene noe å hvile inn i. Det gir oss også et større vindu, sier hun og tenker på toleransevinduet.

TOLERANSEVINDU. Ramm mener alle sykepleiere bør vite om begrepet toleransevindu. Det er mye brukt i psykiatrien og er en akse som beskriver grad av stressaktivering (se figur). Under vinduet er vi i underaktivering med høy parasymptikus-aktivering. Der vil det være lav puls og lavt blodtrykk. Klinisk er kjennetegnene blant annet tom-

«Mellom hver pasient går jeg på badet, skyller hendene og børster det av meg.»

Cathrine Ramm

hetsfølelse, at vi ikke orker noe og er inaktiv. Inni toleransevinduet fungerer vi optimalt, mens over vinduet er det høy stressaktivering hvor vi enten kjemper eller flykter. Her er det høy sympatikusaktivering med blant annet høy puls, høyt blodtrykk og økt forbrenning.

Står vi over lengre tid i kamp eller flukt, vil kroppen automatisk sette inn økt parasympatikusaktivitet fordi den ikke makter å stå i så høy beredskap over tid. Vi detter altså ned under vinduet. Hver og en av oss har ulik størrelse på toleransevinduet, mye avhengig av hva vi har opplevd i barndommen, dagsform og belastninger i hverdagen.

– Sykepleierne må kjenne til hvor de selv ligger i dette vinduet, hva de tåler før stresset blir for stort. De må også sørge for å vite



Kroppsspsykoterapeut/psykomotorisk fysioterapeut Cathrine Ramm mener alle sykepleiere må kjenne til begrepet «toleransevindu». Foto Eivor Hofstad

hva de trenger for å beskytte seg, råder Ramm.

SKAL BERØRES. – Hvor går grensen for hvor berørt man skal bli som profesjonell?

– Hvis jeg ikke lar meg berøre emosjonelt, er jeg ikke der jeg skal være og blir ingen god hjelper lenger. Jeg skal være empatisk og romme at jeg blir emosjonelt berørt, men jeg må samtidig ikke speile for mye.

Ramm forklarer at hun for eksempel må romme at pasienten gråter, men helst ikke begynne å gråte selv, da speiler hun for mye.

– *Hvordan klarer du det?*

– Ved å ha en god affekt-toleranse slik at jeg tåler egne og andre følelser. Jeg tenker at det skal gå

gjennom meg. Jeg ser for meg at jeg tar det inn i kroppen, lar det hvile og lar det passere når timen er over.

– *Har du noen triks for å holde ut påkjenningsene i jobben din?*

– For ti år siden begynte jeg med en ny rutine. Mellom hver pasient går jeg på badet, skyller hendene og børster det av meg.

Hun viser det ved å dra hendene over kroppen fra håret og nedover, og det ser ut som om hun drar av seg noe seigt som hun rister av hendene. Til slutt rister hun hele kroppen som en hund som kommer opp av vannet.

– *Virker det?*

– Jeg merker forskjell etter at jeg begynte med det. Jeg blir mindre sliten. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Ensomt med iPad og robotseler?

● Tekst Bjørn Arild Østby

TEKNOLOGI: Eldre mennesker kan bli ensomme av å bruke teknologiske hjelpemidler som er designet feil, advarer forsker.

IPad er en hit blant folk over 65 år. Demente pleiepasienter elsker robotseler. Det satses mye på teknologiske hjelpemidler som kan gjøre at eldre mennesker kan klare seg selv. Men trives de bedre?

SOSIALT ISOLERT. – Tradisjonelt har man tenkt at teknologi kan gjøre eldre mennesker mer uavhengige. Men uavhengighet kan være et

problem hvis man blir sosialt isolert, sier Mark Blythe, som er professor i etnografi ved Northumbria University i Newcastle, England, til videnskab.dk.

– Undersøkelser viser at det kan gå opp til en måned mellom hver gang enslige eldre briter snakker med et annet menneske. Noe av det som øker trivselen vår mest, er sosialt samvær. Målet mitt er å finne ut hvordan teknologi kan gjøre at eldre mennesker kan få det bedre, ikke bare overleve.

Blythe har intervjuet mange eldre

mennesker, både hjemme og ved pleiehjem. Han vil finne ut hvilken form for teknologi de trenger – også for å trives.

MER ENN ALDER. – Folk er jo mye mer enn alderen sin. De er individer med vidt forskjellige interesser og helt ulik bakgrunn. Derfor driver jeg prosjekter som involverer brukerne i designprosessen, sier Mark Blythe.

Den britiske etnografen og kollegene hans har blant annet utviklet et system for eldre mennesker som er dårlige til beins.

De blir satt sammen med en frivillig, det kan være en nabo, som ringer noen ganger i uken, prater litt og tar imot en handleliste og bestiller varene over nettet.

Dermed blir teknologien brukt ikke bare til å løse en praktisk hverdagsoppgave, men også til å skape sosial kontakt.

– Vi kaller prosjektet Net Neighbours Det er et eksempel på hvordan teknologi kan hjelpe eldre i hverdagen og samtidig løse problemet med sosial isolasjon, sier Blythe. ●
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Få sår til å gro raskere med



Woulgan® Biogel er en ny og avansert sårhelingsgel utviklet i Tromsø. Produktet er primært utviklet for behandling av kroniske sår og sår som har vanskelig for å gro, men kan benyttes på en rekke ulike sårtilstander, inkludert mindre alvorlige sår som kutt og rifter.

Ønsker du å prøve? Ta kontakt på info@biotec.no

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg



Ønsker mer brukerstyring

• Tekst Bjørn Arild Østby

PSYKISK HELSE: Brukerstyrte psykiske helsetjenester gir like positive resultater for sine brukere som de fagstyrte, viser internasjonale studier.

Rapporten «Can Consumer-Led Mental Health Services be Equally Effective? An Integrative Review of CLMH Services in High-Income Countries» viser at brukerstyring av en rekke ulike tjenester innen psykiske helsetjenester ikke bare er en mulighet på flere områder enn vi tradisjonelt forestiller oss i Norge, det er mange steder for lengst en realitet.

Forskernes konklusjon etter å ha gått gjennom 29 internasjonale studier på området er at brukerstyrte tjenester rapporterer like positive resultater for sine brukere som tradisjonelle tjenester. Dette gjelder spesielt for praktiske resultater som sysselsetting og bolig, og for reduksjon av sykehusinnleggelser. Dermed reduseres også tjenestenes kostnader.

Brukerinvolvering i tjenestene ser videre ut til å gi jobbmuligheter for mennesker med brukererfaring, og er samlet sett gunstig både for erfaringskonsulentene og tjenestene.

– Oppsummeringen bør inspirere oss til å se grundig på hvilke norske tjenester som med fordel kan designes, influeres, drives og styres av mennesker med brukererfaring. Jeg tror kanskje at vi så langt har hatt for liten selvtilit, eller i hvert fall for liten fantasi, på dette, mener erfaringskonsulent, brukerrepresentant og rådgiver Odd Volden i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

– Rapporten går i liten grad inn på innholdet i tjenestene. Vi kan derfor ikke avgjøre om det er innholdet i tjenestene eller måten de drives på som gjør at kvaliteten er like god som for fagstyrte tjenester. Min hypotese er at brukerstyrte tjenester vil holde god kvalitet

av begge årsaker: Vi vil ha en annen naturlig respekt for brukerne enn fagfolk har, noe brukerne vil merke gjennom et bedre brukergrensesnitt, og vi vil skape nye tjenester, med nytt innhold, fordi vi er mindre bundet opp av profesjonelle tradisjoner, sier Volden.

– De tradisjonelle tjenestene har 150 års forsprang. Brukerstyrte tjenester leveres fortsatt på et felt der de profesjonelle har bukta og begge endene, fra Helsedirektoratet til det enkelte helseforetak og den

«Mindre bundet opp av profesjonelle tradisjoner.»

Odd Volden.

enkelte kommune. Når det er sagt: Den største utfordringen i årene som kommer, blir derfor å arbeide for et system der brukerne får skreddersydde tjenester og tjenestetekombinasjoner, levert av dyktige erfaringskonsulenter og fagfolk, både sammen og hver for seg.

– Hvilke konsekvenser mener du oppsummeringen bør få for tjenestene her i Norge?

– Alle tjenesteledere og tjenesteteytere må umiddelbart spørre seg om hva de kan gjøre for å implementere flere brukerinfluerte og brukerstyrte tjenester i eget system. Myndighetene må for alvor sette brukerstyrte tjenester og ansettelser av erfaringskonsulenter på dagsorden. Hva med å sette ned et utvalg til å se på dette?

Odd Volden mener denne kunnskapsoppsummeringen bør finnes på alle pensumlister på feltet. Den bør leses grundig av alle som arbeider på feltet. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



10% RABATT
Angi koden: SYKEPLEIEN-9



99 kr



fr. 149 kr



fr. 549 kr



49 kr



149 kr



199 kr

www.color4care.no

23 96 09 36

Satser på dialog. **26**
Aldri nok tid. **28**
– Det viktigste vi har. **30**
4 på gangen. **31**

Oppdrag hovedtillitsvalgt

Valgt i tillit. NSF har 426 hovedtillitsvalgte rundt om i landets kommuner. Hvordan mestrer de rollen? Er de frontkjempere eller tinnsoldater?

Tekst **Bjørn Arild Østby** og **Kari Anne Dolonen** • Foto **Erik M. Sundt**



Tema



Rita Standal er NSF's
hovedtillitsvalgt i
landets sjuende stør-
ste medlemskommune
– Fredrikstad.



Vil ikke i skyttergraven.

– Gjennom dialog løser man mye.

Rita Standal

• Tekst Bjørn Arild Østby



Rita Standal har vært Norsk Sykepleierforbunds (NSF) hovedtillitsvalgt i Fredrikstad kommune siden 2010. Før det var hun i ti år plasstillitsvalgt i hjemmesykepleien.

NSF har i dag 548 medlemmer i Fredrikstad kommune. Det er den sjuende største medlemskommunen i landet.

Standal har mange medlemmer i ryggen. Det gir trygghet. Men hun har også mange å ivareta. Det kan by på utfordringer. Mange utfordringer.

SAMARBEID. NSF's hovedtillitsvalgt er medlemmenes talsperson inn mot kommunens administrative ledelse og folkevalgte. Standal deltar i et treparts-samarbeid på lokalt plan, hvor partene gjennom dialog forsøker å komme fram til enighet. Ikke sjelden har arbeidstakere og arbeidsgivere ulike interesser. I slike situasjoner vil hovedtillitsvalgt selvsagt forsvare interessene til egne medlemmer. Enkeltvis og som gruppe.

Fredrikstad kommune deltar i det nasjonale samarbeidsprogrammet «Sammen om en bedre kommune» som gir støtte til lokale prosjekter rundt om i kommunene. Fredrikstads prosjekt er knyttet opp til problematikken heltid/deltid, hvor man lokalt skal prøve ut ulike turnusordninger. Kommunens forslag om økt helgelastning for alle som går i turnus har vært et hett tema denne våren. Det var helt uakseptabelt for medlemmene. Hovedtillitsvalgt måtte på banen.

– Kommunen ønsket å øke helgelastningen til minimum 25 timer per måned. Argumentasjonen fra arbeidsgiver var at dette er en av løsningsene på deltidspromatikk, forteller Standal.

I tett samarbeid med de andre arbeidstakerorganisasjonene i Fredrikstad, og med politisk jobbing, ble forslaget avvist. Hovedprinsippet skal fortsatt være minimum 20 timer helg per måned, som tilsvarer arbeid 3. hver helg.

«Det blir forventet at jeg skal mene noe om alt.» Rita Standal

– Hvordan er samarbeidet med den administrative ledelsen?

– Jeg har sammen med hovedtillitsvalgte fra de andre forbundene møte med administrasjonen hver 14. dag. Et nyttig felles informasjonspunkt. Her blir vi informert om hva administrasjonen holder på med, og hvilke planer de har for framtida. Innblikk i den administrative virkeligheten gjør at vi bruker mindre tid på misnøye og konflikter grunnet misforståelser. Faste møter med de største kommunale etater, som hjemmesykepleie, omsorgssentra, medisinske tjenester og tjenester for funksjonshemmete er også med på å bidra til bedre samarbeid gjennom året.

– Hva kan du bidra med?

– Gjennom min kontakt og møter med

Fakta

Plasstillitsvalgt

En plasstillitsvalgt vil ha ulike oppgaver å ivareta fra arbeidsplass til arbeidsplass. Blant oppgavene er:

- Representere medlemmene og NSF på sin arbeidsplass. Har rettigheter til å opptre som part på vegne av medlemmene
- Være kontaktperson overfor nærmeste leder. Passe på at lov og avtaleverk følges.
- Bidra til å skape og opprettholde et godt samarbeid på arbeidsteden.

Kilde: NSF

Hovedtillitsvalgt

Blant oppgavene er:

- Representere medlemmene og NSF overfor arbeidsgiver.
- Ha kontakt med og påvirke politiske og administrative beslutningstakere.
- Gi råd og understøtte sine plasstillitsvalgte.
- Fordele og koordinere oppgaver blant hovedtillitsvalgsområdets tillitsvalgte.
- Være bindeledd mellom medlemmene og NSF's lokale organisasjonsledd.
- Legge til rette for medlemsinnflytelse.

Kilde: NSF



plasstillsvalgte rundt om i kommunen får jeg et godt bilde av situasjonen ute i de enkelte virksomhetene. Plasstillsvalgte fanger opp utfordringsområder på et tidlig tidspunkt, da de er en aktiv del av ordinær drift. Ved å snakke med medlemmene får de viktig informasjon om utviklingsområder innenfor avdelingen. Informasjon det er viktig å få brakt videre inn i administrasjonen. Uenighet blir ikke borte, men gjennom dialog løser man mye, sier Standal.

– Hva med politikerne?

– Det er også en viktig oppgave å ha kontakt med de folkevalgte. Særlig representantene innen helse og omsorg, og oppvekst. De fatter beslutninger som berører mange av våre medlemmer. Her må vi som hovedtillitsvalgte komme med innspill. Større forståelse og innblikk i virkeligheten ute på arbeidsplassene vil gi politikerne et bedre beslutningsgrunnlag.

Hun er også til stede i bystyret, utvalgsmøter i

Helse og velferd og noen ganger i administrasjonsutvalget når beslutninger som berører hennes medlemmer skal fattes.

INGEN NYBEGYNNER. Standals inntreden i rollen som tillitsvalgt er «klassisk». Virksomheten hvor hun jobbet hadde ingen plasstillitsvalgt. Ingen ønsket å ta på seg vervet.

– Det gikk rett og slett ikke an at en døgndrift med 20 medlemmer ikke hadde plasstillitsvalgt. At kommunen i 2000 nettopp hadde vært gjennom en omfattende omorganisering innen helse- og omsorgstjenestene gjorde det ikke mindre viktig, sier Standal.

Nå har hun vært hovedtillitsvalgt i fire år.

– Hvordan var omstilling fra å være plasstillitsplass til å bli hovedtillitsvalgt?

– Som plasstillitsvalgt er man, som navnet sier, tillitsvalgt for medlemmene i sin virksomhet. Som hovedtillitsvalgt har jeg ansvar for alle virksomhetene i kommunen hvor NSF har medlemmer. Det gjelder sykehjem, hjemmesykepleie, helsestasjon, rusomsorgen, psykiatritjenesten og kommunal administrasjon, for å nevne noen.

Det har blitt mange nye områder å forholde seg til. Etter fire år er det stadig mye nytt å sette seg inn i.

– Det blir mange møter. Bunker med dokumenter. Og telefoner og e-poster som skal besvares. Det blir forventet at jeg skal mene noe på alle områder. Da blir det mye å sette seg inn i og holde oversikt over. Jeg savner mer tid til å bearbeide alt, sier Standal.

Hun prøver innimellom å sette opp møter med seg selv for å ta unna ting, og å sette seg inn i alle sakene. Hundre prosent frikjøpt tid som tillitsvalgt strekker ikke til.

– Heldigvis har jeg 19 dyktige plasstillitsvalgte jeg kan drøfte sakene med. Og så har jeg fylkeskontoret å støtte meg til.

MEDLEMMENE. NSF i Fredrikstad har mer enn 500 medlemmer. Problemstillingene fra arbeidsplass til arbeidsplass er ulike. Spørsmålene er mange og varierte.

– Kontakten med enkeltmedlemmene?

– Når enkeltmedlemmer har spørsmål som gjelder arbeidsoppgaver, arbeidstid, kompetanseutvikling, arbeidsmiljø, ansettelse eller lønn er plasstillitsvalgt den rett å kontakte. Kontakt med hovedtillitsvalgt skal i utgangspunktet skje via de plasstillitsvalgte.

Men ingen regel uten unntak. Her må det brukes skjønn, mener Standal. Fredrikstad er en stor arbeidsplass med mange ansatte, hvor det fra tid til annet oppstår konflikter på den enkelte arbeidsplass.

– Oppstår konflikter internt i en virksomhet, kan det være naturlig at jeg som hovedtillitsvalgt tar de. Det kan dreie seg om konflikt mellom virksomhetsleder og ansatte eller





➔ mellom enkeltmedlemmer av NSF. Det er naturlig at jeg går inn i slike saker. Når saken er løst, kan jeg trekke meg ut. En plasstillitsvalgt har ikke samme mulighet. Plasstillitsvalgt jobber der og skal fungere videre som tillitsvalgt.

Det betyr ikke at hun stenger døren mot det enkelte medlem. Det kommer stadig telefoner med spørsmål om råd. Og det får de. Om ikke samme dag. Her er det snakk om å prioritere. Og prioritet nummer en er de plasstillitsvalgte.

I perioder fungerer hun også selv som plasstillitsvalgt, for virksomheter som av ulike grunner mangler plasstillitsvalgt.

MANGE UTFORDRINGER. Noen problemstillinger går igjen. Ett av dem gjelder turnusplanlegging.

– Turnusprosessen er ingen enkel sak. Ikke hvis man beveger seg ut over grunnturnusen som systematisk gjentas og rulleres. Hvordan turnusen

utarbeides vil ha stor betydning for hverdagen til den enkelte, så det er naturlig at dette engasjerer medlemmene. Sommeravvikling er en ekstra utfordring på de fleste arbeidsplasser, forteller Standal.

«Det er også en viktig oppgave å ha kontakt med de folkevalgte.»

Rita Heidi Standal

Det er ikke tilstrekkelig med sykepleiere til å fylle vaktene.

– Når det gjelder turnusavtale om arbeidstidsordning, som etter arbeidsmiljøloven krever avtale med tillitsvalgte, for eksempel avtale om gjennomsnittsberegning og avtale om unntak fra

arbeidsmiljøloven, inngås dette som regel i samarbeid med hovedtillitsvalgt.

Velkjente problemstillinger for Standal. Andre saker er ikke like enkle å håndtere. Verken for hovedtillitsvalgt eller det enkelte medlem.

– Spørsmål knyttet til IA-avtalen kan være vanskelige. Tilrettelegging slik at ansatte med redusert helse skal kunne komme tilbake på jobb eller klare å stå videre i jobben er utfordrende. Særlig i en tjeneste der man i utgangspunktet har en grunnbemanning som tilsier at alle må være friske på jobb.

Hennes råd til medlemmer som kommer i en slik situasjon er «tenk deg om før du går alene i dialogmøte».

– Ta med plasstillitsvalgt, hovedtillitsvalgt eller en annen person du stoler på. Det er ikke lett å få med seg det som blir sagt under møtet. Da er det lurt å ha noen å snakke med i etterkant.

Aldri nok tid

TURNOVER: Sju av ti hovedtillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund (NSF) har i løpet av det siste året vurdert å kutte ut vervet som hovedtillitsvalgt. Mangel på tid går igjen som den viktigste begrunnelse.

Eller som en av de hovedtillitsvalgte skriver i en kommentar: «Bruker veldig mye av min fritid til hovedtillitsvalgtarbeid. Medlemmene tror jeg er tilgjengelig til alle døgnets tider. Likeså arbeidsgiver.»

Andre årsaker til at det har vurdert å slutte er at de har liten innflytelse i forhold til andre forbund som har tillitsvalgte som er frikjøpt. Noen sier de ønsker at andre skal overta, og flere etterlyser større engasjement blant medlemmene. Men selv om det finnes utfordringer, har flest krysset av at det som beskriver jobben deres best er at den er lærerik og utfordrende.

En hovedtillitsvalgt skriver blant annet: «Jeg tenker på å bytte jobb på grunn av forholdene i kommunen, men vervet som hovedtillitsvalgt får meg til å fortsette, fordi det er så lærerikt.»

HVEM ER DE. Undersøkelsen viser at NSF fortsatt sliter med høy turnover blant sine hovedtillitsvalgte. 45 prosent av de tillitsvalgte i Sykepleiens undersøkelse har sittet i vervet i mindre enn to år. Hele 19 prosent svarer at de har vært hovedtillitsvalgt i mindre enn ett år. Kun 14 prosent har sittet i vervet mer enn seks år.

Over halvparten av de hovedtillitsvalgte svarer at det er belastende å være tillitsvalgt (56 prosent), mens 7 prosent opplever det som svært belastende. 37 prosent synes det å være tillitsvalgt ikke er belastende.

Før de tok på seg vervet som hovedtillitsvalgt hadde 73 prosent erfaring som plasstillitsvalgt i mindre enn to år.

Hva med frikjøpt tid til å drive tillitsvalgtarbeid?

Åtte av ti hovedtillitsvalgte i landets kommuner er enten ikke frikjøpt, eller har under 20 prosent frikjøpt tid til å bruke på tillitsvalgtarbeid. Kun 4 prosent er på 100 prosent frikjøpt tid.

I undersøkelsen er det flere som ytrer ønske om mer frikjøpt tid. En hovedtillitsvalgt skriver: «Gir meg

mye å være hovedtillitsvalgt, men lite tilrettelagt å være det i små kommuner. Skulle ønske frikjøpt tid ble målt opp mot den faktiske mengden arbeid det er å være hovedtillitsvalgt, ikke antall medlemmer.»

FORVENTNINGER. På spørsmål om hvilke saker de hovedtillitsvalgte opplever at medlemmene er mest opptatt av, har 87 prosent krysset av lønn og godtgjøring. Grunnbemanning og kompetanse, samt faglig forsvarelig skårer 64 prosent. Bare 26

prosent har krysset av heltid/deltid som tema medlemmene er mest opptatt av. Det var mulighet til å krysse av flere svaralternativ.

Hva opplever de hovedtillitsvalgte som de største utfordringene? Fire områder skiller seg ut. Det er stram kommuneøkonomi (63 prosent), lokale lønnsforhandlinger (50 prosent), omorganiseringer (48 prosent) og turnusplanlegging (40 prosent). Det var mulighet til å krysse av flere svaralternativ. ●

kari.anne.dolonene@sykepleien.no

Fakta

Undersøkelsen

Sykepleien har utført en spørreundersøkelse blant NSF's 426 hovedtillitsvalgte i landets kommuner. 262 hovedtillitsvalgte har svart. Det gir en svarprosent på 63.

I undersøkelsen kommer det frem at:

- 45 prosent av de hovedtillitsvalgte har sittet i vervet i mindre enn to år.
- 80 prosent er enten ikke frikjøpt eller har under 20 prosent frikjøpt tid til tillitsvalgtarbeid.
- 69 prosent sier at de har vurdert å slutte som hovedtillitsvalgt det siste året.



Sykepleien app

Se mer

Du finner hele undersøkelsen på Sykepleiens nettbrettversjon

En gjenganger er også spørsmål knyttet til lønn. Det engasjerer medlemmene. For flere en hovedgrunn til at de meldte seg inn i forbundet. Nå er det ny runde med lokale lønnsforhandlinger. Et kravskjema er allerede sendt det enkelte medlem.

– Ramma i de lokale forhandlingene er langt fra tilstrekkelig til å etterkomme alle kravene. Det er viktig å få formidlet til medlemmene. Videre er det viktig å samsnakke med de andre forbundene. Vi «slåss» om den samme potten, og ingen er tjent med stridigheter mellom de enkelte forbund. Å fronte viktige prinsipper i fellesskap bidrar til økt tyngde overfor arbeidsgiver.

I forbindelse med de lokale forhandlingene blir det sentralt ofte lagt visse føringer på hvem og hva som skal prioriteres. Det bør det enkelte medlem være oppmerksom på når de sender inn krav, er Standals råd.

STORE ARENAER. Kontakt med plasstillitsvalgte, medlemmer i enkeltsaker, administrasjon og folkevalgte er mer enn nok til å fylle en arbeidsdag. I tillegg deltar Standal i prosjektgrupper. Og det er det mye av til tider.

Kommunen har vært gjennom en stor omorganisering det siste året, hvor virksomheter er blitt slått sammen, avdelinger er blitt større og mange ansatte flyttet på.

– I en slik omfattende omstilling kan man aldri informere nok. «Vet ikke» eller «intet nytt» er viktig informasjon. Da slipper vi spekulasjoner og rykter som det kan ta tid å få rettet opp, sier Standal.

En gang i måneden sender hun ut et kort informasjonsskriv til medlemmene.

Det er ikke bare lokale utspill som påvirker hennes rolle som hovedtillitsvalgt. Da arbeidsministeren Robert Eriksson kort tid tilbake la fram en rekke forslag til endringer i arbeidsmiljøloven

gav han samtidig hovedtillitsvalgt i Fredrikstad nye utfordringer.

– Forslagene kan få dramatiske konsekvenser ned på den enkelte arbeidsplass. Om normalarbeidsdagen utvides som følge av endringer i arbeidsmiljøloven, vil dette påvirke hvordan turnusene i framtida vil se ut. Det vil innebære nye utfordringer for plasstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte.

Hun tror ikke arbeidsministeren har tenkt over hvilke bølger han har satt i bevegelse nedover i systemet.

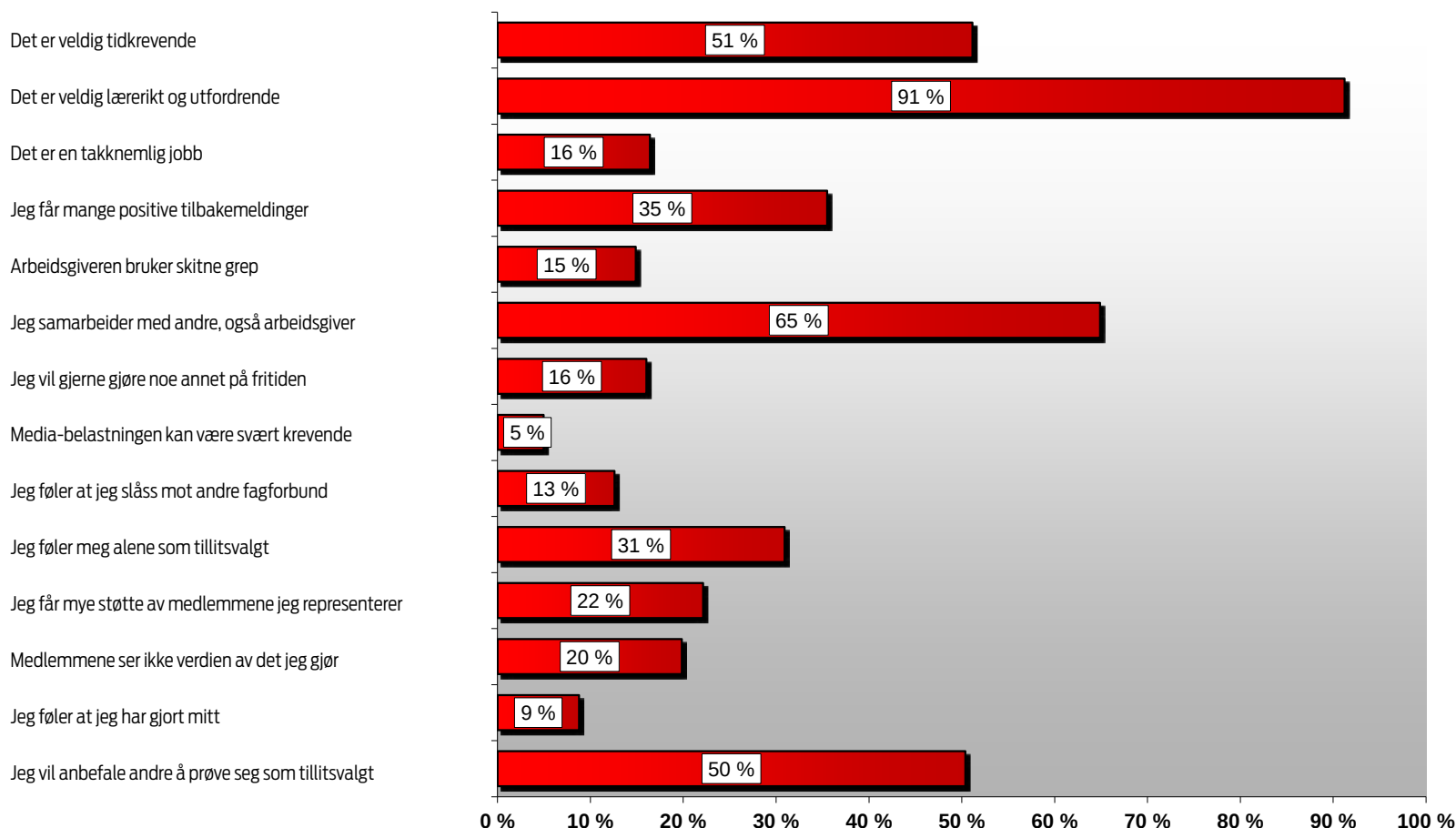
– Jeg ser heller ikke behovet for de foreslåtte endringene. Vi har så langt ikke hatt problemer med å bli enige om fleksible ordninger med arbeidsgivere i Fredrikstad, sier Rita Standal.

Tittelen er hovedtillitsvalgt. Oppdragene er mange. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Hvilke utsagn beskriver jobben din som hovedtillitsvalgt best? (flere kryss mulig)





→ – Det viktigste vi har

VERDIFULLE: – Forbundet er avhengig av at hovedtillitsvalgte gjør en god jobb med å påvirke arbeidsgivere lokalt for å få gjennomslag for NSF's politikk.

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) leder Eli Gunhild By jobber primært inn mot sentrale myndigheter for å få gjennomslag for NSF's politikk. Stikkord er økt grunnbemanning, heltid og deltid, turnusordninger og arbeidstidsspørsmål. Grunnlaget for å lykkes blir imidlertid lagt av de tillitsvalgte lokalt.

– Det er helt avgjørende at det NSF jobber med sentralt også er synlig ute lokalt. Her har vi et stykke vei å gå, men vi jobber med det kontinuerlig, sier NSF's forbundsleder.

IKKE OVERRASKER. Det som kommer fram i Sykepleiens undersøkelse overrasker ikke forbundslederen.

– Svarene er stort sett i tråd med de signalene vi har mottatt, sier hun.

En av utfordringene hovedtillitsvalgte ifølge undersøkelsen har er høy turnover, lite frikjøpt tid og at mange føler seg «alene» om mange store oppgaver.

– Det finnes en hovedtillitsvalgt i hver kommune. Mange kommuner

er små med få medlemmer. Jeg tror ikke frikjøpt tid nødvendigvis er løsningen på alle utfordringer, sier By og siterer Olav H. Hauge: «Du spør om det er vondt eller godt å leve. Då svarer eg: JA!».

DIALOG. Forbundslederen mener noe av det viktigste en hovedtillitsvalgt må få på plass er god dialog med arbeidsgiver og et godt nettverk.



«Vi har utfordringer på noen områder, og de skal vi jobbe videre med.» Eli G. By

– I pressen kan man fort få inntrykk av at forholdet mellom tillitsvalgte og arbeidsgivere bare er vanskelig. Virkeligheten er heldigvis at mange samarbeider godt og får til mye.

I undersøkelsen svarer mer enn 90 prosent av de hovedtillitsvalgte at de har et godt eller tilfredsstillende samarbeid med arbeidsgiver.

– God dialog med arbeidsgiver gjør det lettere å få gjennomslag for viktige saker. Det betyr ikke at man alltid skal være enige med hverandre, men at det finnes rom og

møteplasser hvor partene kan diskutere felles utfordringer, sier By.

Når det gjelder nettverksbygging trekker flere av de hovedtillitsvalgte i undersøkelsen det fram som viktig.

– Det å møte andre tillitsvalgte som har erfaring, er god hjelp. Det å vite at man kan ta en telefon og ringe til andre som står i det samme er viktig. Tilbakemeldingen fra dem som har et slikt nettverk er at de føler de ikke står alene, sier By.

OPPLÆRING. NSF har de siste årene hatt ekstra fokus på tillitsvalgtapparatet.

– Vi har lagt om tillitsvalgtopp-læringen. Vi har gitt alle tillitsvalgte iPad for at de skal kunne være mer tilgjengelige, og vi følger med på utviklingen rundt turnover gjennom fylkeskontorene. I tillegg har vi et prøveprosjekt med å frikjøpe nestledere i fylkenes tillitsvalgte. Resultatet av alt dette vil vi få svar på tidligst til neste år. Først da kan vi trekke konklusjoner, sier hun.

NSF har også gitt ut en serie plattform-hefter som er ment til praktisk bruk for tillitsvalgte og medlemmer.

– Om du er tillitsvalgt eller vanlig medlem er disse heftene ment å kunne brukes i diskusjoner. Forhåpentligvis gjør heftene det enkelt å finne gode, faglige argumenter. Det er i hvert fall slik de er tenkt brukt, forteller forbundslederen.

MÅ BLI HØRT. Gunhild By mener det er viktig å gjennomføre spørreundersøkelser som den Sykepleien hargjort blant de hovedtillitsvalgte.

– Det er helt avgjørende at medlemmenes og de tillitsvalgtes stemme blir hørt. Det er de som er organisasjonen og som skal forme politikken vi sentralt prøver å få gjennomslag for.

Forbundslederen synes gjennomgående at svarene fra de hovedtillitsvalgte rundt om i kommunene er positiv lesning.

– Vi har utfordringer på noen områder, og de skal vi jobbe videre med, lover hun.

I Sykepleiens undersøkelse svarer to av tre hovedtillitsvalgt at stram kommuneøkonomi er blant de mest utfordrende oppgavene.

– Det er fint at de tillitsvalgte ser helheten i kommunen de jobbe.

Lover og avtaler

Som tillitsvalgt må du forholde deg til en rekke lover. De viktigste er:

HOVEDAVTALEN: inneholder de grunnleggende spillereglene i arbeidslivet. Avtalene regulerer hvordan tillitsvalgte skal representere de ansatte, hvilke saker arbeidsgiver skal informere, drøfte og forhandle om og regler for hvordan man skal gå fram hvis partene er uenige om forståelsen av en tariffavtale.

EN TARIFFAVTALE: er en kollektiv avtale mellom en fagforening og en arbeidsgiver/arbeidsgiverforening. Avtalen inneholder konkrete bestemmelser som regulerer lønns- og arbeidsvilkår, sosiale forhold (bl.a. svangerskap, yrkesskadeerstatning), avtalefestet ferie, arbeidstid, ulempetillegg, overtidsgodtgjørelse m.m.

ARBEIDSMILJØLOVEN: er den viktigste loven som regulerer arbeidslivet. Den definerer et minimum av rettigheter for arbeidstakerne. Formålet er å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, og sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon.

4 på
gangen– Hva er din største utfordring
som hovedtillitsvalgt?

Men det er viktig at de ikke tar for stort ansvar. Det er politikernes jobb å sørge for at kommunen har de ressursene den trenger for å løse befolkningens behov. De tillitsvalgte bør ha hovedfokus på medlemmene, lønn og arbeidsforhold, og argumentere for at pasienter og brukere får et best mulig faglig tilbud i sin kommune.

SYKEHUS. Undersøkelsen er kun gjort blant NSF's hovedtillitsvalgte i landets kommuner.

– Tror du svarene ville vært annerledes om Sykepleien hadde gjennomført undersøkelsen blant de hovedtillitsvalgte ved sykehusene?

– Det ville nok vært noen forskjeller. Når det gjelder sykehusene tror jeg omorganisering og arbeidstidsspørsmål ville skåret høyere enn i kommunene, sier By.

Andre forskjeller som sannsynligvis oppleves mindre utfordrende på sykehus er ifølge By frikjøpt tid, faglig ensomhet og turnusplanlegging.

– De fleste hovedtillitsvalgte på sykehus er frikjøpt, de jobber ofte sammen med andre og har derfor flere å støtte seg på. Når det gjelder turnusplanlegging, skjer det ofte på et lavere nivå i organisasjonen. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Hilde Fjellsende

HTV Granvin kommune i Hordaland (11 medlemmer)

Mi største utfordring som hovedtillitsvalgt er å få arbeidsgiver til å forstå hvor viktig det er å kommunisere. Me er to parter i eit samspel, og me skal samarbeida, ikkje kjempa imot kvarandre. Lovar og avtalar seier mykje om våre roller i dette samarbeidet. Utfordringa er å finne ein god tone og å finne ein felles forståing for kvifor dette er viktig! Me er alle menneske, og i vårt tilfelle jobbar me med menneske. Mennesket arbeidsgiver og mennesket tillitsvalgt må difor kunne møtast som menneske, med menneskeleg forståing og respekt!



Synnøve Kveven

HTV Drangedal kommune i Telemark (39 medlemmer)

Det er mange utfordringer en har som hovedtillitsvalgt. Men det som oppleves som den største, og som hele tiden er til stede, er å kunne ivareta medlemmenes interesser på en best mulig måte, samtidig som økonomien er styrende. Innsparinger i kommunen fører ofte til reduksjon av årsverk, som igjen kan bli belastende for medlemmene. Samhandlingsreformen er merkbart ute i kommunene hvor det oppleves mer trykk på tjenestene, samtidig som en har et innsparingskrav. Balansen mellom arbeidsgivers og arbeidstakers behov er en stadig utfordring.



Ellen Langstrand

HTV Namdalseid kommune i Nord-Trøndelag (33 medlemmer)

Turnusplanlegging er den største utfordringen. Samarbeidet med arbeidsgiver er godt på mange områder, men ikke når det gjelder prosessen rundt godkjenning av turnus. Grunnen er at arbeidsgiver ikke overholder drøftingsplikten. Slik har det vært lenge. Blir alltid liggende på etterskudd, og får ikke jobbet nok med turnus før den skal underskrives. Noe som også er blitt påpekt flere ganger. Når vi nå går over fra årsturnus til vanlig grunnturnus er det viktig å få til en bedre prosess. Det er også tilbakemeldingen fra medlemmene.



Anne-Lene Thomassen

HTV Alta kommune i Finnmark (119 medlemmer)

Min største utfordring som hovedtillitsvalgt er slik jeg opplever det et krevende verv med mye arbeid og ikke tilstrekkelig frikjøpt tid. Arbeidsmengde står ikke i samsvar med henvendelser fra medlemmer, arbeidsgiver og møtevirksomhet. Til tider føler jeg at jeg sitter på et evig dugnadsarbeid, som ikke blir verdsatt av verken arbeidsgiver eller medlemmer. De forventer at du stiller opp. Med kun 20 prosent frikjøpt tid føler jeg at jeg kun får drevet med brannslukking.





– Ikke gå fra meg

Ullevål, Oslo. Frem til sent på 70-tallet fikk ikke barn ha foreldrene hos seg på norske sykehus.

Tekst **Sidsel Jøranlid** • Foto **Erik M. Sundt**

Ullevål sykehus 1967: Steintrappen foran den store murbygningen er bratt. Hun tar et fast tak i farens store hånd mens de går de siste trinnene opp mot døren. Det har vært en fin morgen. Nesten som en feriedag, enda sommeren ligger foran dem. Faren som ikke skulle på jobben. De tre sammen rundt frokostbordet. En blanding av høytid og alvor. Hun hadde badet, og moren stelte håret hennes før de begynte tok på seg kjoler.

På toppen av trappen stopper de. Døren er låst, men det er en ringeklokke på veggen. Det kommer en sykepleier for å åpne. De voksne prater sammen, lavmælt og uten smil, mens solen kiler henne i nakken og vil leke. Hun husker ikke hva som blir sagt, eller uttrykkene i foreldrenes ansikt før de skal gå ned igjen den bratte trappen. Men farens hånd som til slutt må slippe taket, og

sykepleieren som trekker henne bort fra lyset og inn i den kjølige gangen, klarer hun ikke å glemme. Så blir den tunge døren lukket bak henne, og deler livet i to.

FJERNET SPEILENE. – Jeg var livredd, og forsto ikke hvorfor foreldrene mine gikk fra meg,

«Jeg var livredd.»

Wenche Rønning

forteller Wenche Rønning (54) om sitt første møte med Ullevål sykehus, 7 år gammel. Hun hadde kreft i munnhulen, og måtte ligge lange perioder på sykehuset, uten at foreldrene fikk være hos henne annet enn på korte besøk. Det er en

opplevelse det fortsatt er vondt å snakke om.

Inne på sykehuset ble hun ført bort til et stort badeværelse, og den obligatoriske vasken alle nye pasienter måtte gjennom. Hun skulle så gjerne hatt moren der da hun måtte ta av seg den fine kjolen igjen. Hun kunne ha holdt fast i den varme hånden hennes da hun gikk opp i det store karet med vann for å bli skrubbet av en fremmed pleier. Kanskje moren kunne ha forklart henne hvorfor hun måtte bade enda en gang denne morgenen?

Med en alvorlig kreftdiagnose tilhørte Wenche en gruppe der bare et fåtall av de små pasientene overlevde denne sykdommen på 60-tallet. Hun måtte ligge på en sengepost med voksne pasienter. Ingen trodde hun ville komme hjem igjen.

– Jeg husker at alle speilene ble





Wenche Rønning var alvorlig syk, men fikk ikke ha foreldrene hos seg på sykehuset. Det har satt varige spor.

Fakta



- Rene Spitz (1887-1974): Amerikansk psykoanalytiker som beskrev anaklitisk depresjon, en tilstand hos spedbarn som skilles fra sin omsorgsperson over flere måneder uten at en annen overtar.
- James Robertson (1911-1988), britisk psykiater og psykoanalytiker som gjennom flere dokumentarfilmer om barn på sykehus bidro til å skape en endring som gjorde at foreldre fikk være sammen med barna sine når de var syke.
- John Bowlby (1907-1990), britisk barnepsykiater og psykoanalytiker, kjent for sin teori om at følelsesmessig tilknytning til omsorgsgiver har fundamental betydning for barnets psykologiske utvikling. Han lanserte begrepet separasjonsangst, som beskriver den redsel små barn fremviser når omsorgsgiver er ute av syne. Bowlbys innsats fra tidlig i 1950-årene var med på å legge grunnlaget for den generelle holdning man i dag har om at det er behandlingsmessig gunstig for barna at foreldrene i størst mulig grad er til stede.

Kilde: Store norske leksikon/Wikipedia



gjernet så jeg ikke skulle se hvordan jeg så ut. De rundt meg visste mer om min situasjon enn det jeg selv gjorde, sier hun og legger til at det kanskje var bra. Da forsto hun heller ikke alvoret, eller oppdaget uroen i blikkene til foreldrene når de var på besøk. Men hun husker at de andre barna hun traff på sykehuset, som også hadde kreft, forsvant. En etter en. Ingen fortalte henne hvorfor.

ET TIDSSKILLE. Det var diagnosen og behandlingen som sto i sentrum, og det var strenge tiltak for å forebygge og redusere smitte. Derfor hadde foreldrene begrenset adgang til sykehussene. Blant helsepersonell var det dessuten en utbredt holdning om at barna hadde det best hvis foreldrene ikke var hos dem. Så fort foreldrene kom begynte barna lett å gråte.

Sent på 60-tallet ble imidlertid både leger og psykologer stadig mer oppmerksomme på de følelsesmessige behovene til barna som lå på sykehuset. I 1969 oppnevnte daværende helsedirektør, Karl Evang, etter påtrykk fra foreldre og Mental barnehjelp, et sakkyndig utvalg som skulle se på forholdene på norske sykehus. Komiteen besto av barnepsykiater Anne-Marie Auestad, oversykepleier på Ullevål sykehus barneavdeling Helga Nyhus, klinisk psykolog Bjørn Killingmo og barnelege Helene Pande.

I 1970 presenterte de resultatet av arbeidet, oppsummert i ti hovedpunkter, gjennom boken «Når barn må på sykehus». Disse punktene skulle bli retningsgivende for barns rettigheter mens de var innlagt på sykehus og ble i sin helhet til Forskrift for barn på sykehus, vedtatt i 1979. Alle barn skulle heretter ha muligheten til å ha en av de foresatte hos seg under hele sykehusoppholdet, og sykehusene måtte nå tilrettelegge for dette. Dermed startet en ny epoke i norsk sykehushistorie.

BEHANDLET SOM EN GJENSTAND. Så annerledes alt hadde vært hvis også hun fikk ha foreldrene hos seg da livet var som tøffest. Så annerledes det hadde vært for dem alle, de som var en del av norsk sykehushistorie, da nesten ingen forsto hvor viktig det var for et lite barn å ha foreldrene hos seg.

– Jeg husker at jeg ble trillet inn i auditoriet i bare undertøyet og plassert foran en gruppe mannlige leger og studenter som hadde morgenmøte. Der ble jeg behandlet som en gjenstand med et interessant sykdomstilfelle. Mine følelser og behov var uvesentlige, forteller Wenche.

Hun husker ydmykelsen. Og skammen over den nakne huden. Det er mange episoder. Minner som har satt seg fast i hukommelsen og som gjør at hun fortsatt blir kvalm hver gang hun må

tilbake på sykehuset for kontroll. Samtalen med legen, der hun måtte sitte uten foreldrene, mens sykdomsforløp og videre behandling ble gjennomgått. Det var skremmende ord og vanskelige spørsmål. Som da legen spurte om det var kjente sykdommer i nær familie.

Det er likevel minnene om de innholdsløse dagene i den store sykehussengen, uten fysisk kontakt og trøst, som har vært tyngst å bære. Sykepleierne som aldri hadde tid, eller kanskje ikke så det tillatt å ta henne på fanget, eller gi henne en trøstende klem. Som sa at hvis hun gråt kom ikke foreldrene på visitt. Nesten femti år senere klarer Wenche fortsatt ikke å gråte.

TRENGER TRØST. For et barn er det å få trøst viktig for å føle tillit og trygghet, og ifølge syke-

«Jeg har tenkt mye på hva vi var med på.»

Gunn Lundquist,
sykepleier

pleier og forsker Trine Klette er det den nærmeste omsorgsgiveren som er den viktigste kilden til trøst. Gjennom doktorgradsavhandlingen «Tid for trøst» har hun undersøkt betydningen av trøst i barndommen, og konsekvensene av atskillelse mellom mødre og barn.

Hun forteller at behovet for trøst er knyttet til opplevelser av frykt, smerte, sorg, uro, sinne og skam. For et barn som legges inn på sykehus vil nettopp disse følelsene være sentrale, slik Wenche også forteller.

– Når foreldrene ikke er til stede, vil også den mest truende følelsen for et barn, nemlig frykten for å bli forlatt av sine nærmeste, dukke opp. Summen av dette kan føre til at barnet «kople seg fra» følelsesmessig, og utvikler en engstelig unnvikende, eller desorganisert form for tilknytning. Men barnets alder og lengden på atskillelsen vil selvsagt spille inn her.

– Forskning viser at det er klare sammenhenger mellom tilknytningsforstyrrelser og til dels alvorlige lidelser og plager videre i livet. Et barn som får tilstrekkelig med trøst, eller nærhet fra sine nærmeste, vil tilsvarende bli trygg og sterk, forklarer Klette.

Selv har Wenche ofte spurt seg selv hvem de var, disse sykepleierne som skulle være hennes omsorgspersoner. Hadde de små barn hjemme? Hadde de et ønske om å ta opp de små barna for å gi trøst og lindring, men opplevde at tiden ikke strakk til? Og hva med hennes egne foreldre? Kunne de ha nektet? Satt ned foten og forlangt å få være sammen med datteren på sykehuset?

GJORDE SOM DE FIKK BESKJED OM. Gunn Lundquist jobbet som barnepleier på barneavdelingen på Ullevål sykehus på 60-tallet, og var også rundt på flere av de andre avdelingene. Hun husker godt hvordan barn og foreldre led under det strenge sykehusregimet, som forbød samvær utenom en kort visittid.

– Jeg har tenkt mye på hva vi var med på. Hvor fortvilet foreldrene var og hvordan vi likevel måtte sende dem hjem mens barna gråt og trengte trøst. Det føltes så galt. Nå, så mange år etterpå, er det fortsatt vanskelig å tenke på dette, forteller hun.

Sammen med tidligere kolleger har hun flere ganger pratet om de strenge forholdene som var på norske sykehus den gangen de jobbet som pleiere. I dag virker det ubegripelig.

– Når vi tenker tilbake på den praksisen som var på sykehuset på 50- og 60-tallet, virker det helt vanvittig. Det er vonde og vanskelige minner. Men på den tiden var det et helt annet sykehusregime, og vi som jobbet som pleiere turte ikke annet enn å adlyde oversykepleiere og leger.

TRAUMEFABRIKKER. Den amerikanske psykoanalytikeren Rene Spitz beskrev på midten av 40-tallet tilstanden hos små barn som ble forlatt av moren eller omsorgspersonen over lengre tid. Disse barna fikk en form for depresjon som han kalte anaklitisk depresjon. Dette var den samme reaksjonen man så hos små barn som lå på sykehuset uten at foreldrene fikk være hos dem.

Ifølge barnepsykolog Magne Raundalen er det deretter to sammenfallende begivenheter som virkelig satte bevegelse i kravet fra foreldrene om å være sammen med barnet på sykehuset. Det første var en gryende bevegelse i barnelegeforeningen, American Association for Pediatrics, på 50-tallet, for å engasjere seg mot barnemishandling.

– Når barnelegene gikk høyt ut på banen for å bekjempe barnemishandling og omsorgssvikt med tilknytningsskader som et sentralt tema, rammet deres eget søkelys etter hvert dem selv. Det vil si barnesykehusets praksis og rutiner som innebar brudd i kontakten mellom barnet i krise og foreldre, sier Raundalen.

Den andre begivenheten fant sted i England der James Robertson tidlig på femtitallet laget dokumentarfilmen, «A Two-Year Old Goes to the Hospital».

– Sammen med barnepsykiater John Bowlbys forskning om tilknytning, separasjon og depresjon, ble filmen et viktig verktøy i foreldrenes kamp for å være med barna sine i en krisesituasjon. Dette er faktisk fundamentet for den erkjennelsen vi står for i dag, sier Raundalen.

Han tror det er mange som bærer på vonde minner, både tidligere pasienter, men også de som jobbet på sykehusene.



Da hun var innlagt som barn, tegnet wenche Rønning tilværelsen uten foreldre.



Wenche Rønning har bitre minner fra Ullevål.

– Når vi vet at barn på sykehus ofte må gjennom langvarige og smertefulle behandlingsopplegg, skremmende operasjoner, og perioder der de har vært så medtatt at de har kjent lukten av død, er det ikke for ille å kalle sykehusene for femti år siden for traumefabrikker.

PRISEN FOR Å OVERLEVE. Wenche var heldig. Hun overlevde den alvorlige kreftsykdommen og kunne til slutt reise hjem fra sykehuset. Kanskje var det viljen som fikk henne gjennom de lange månedene i sykehussengen? Eller leken der hun var både lærer og elev, hvor hun startet hver morgen med opprop og ga seg selv lekser. Skapte struktur i de meningsløse dagene som hun selv måtte fylle med innhold. Hun jobbet seg gjennom hele 2. klasse på den måten, og kunne fortsette i samme klasse da hun ble

«Prisen for å overleve har vært høy.»

Wenche Rønning

skrevet ut fra sykehuset.

Hun er også takknemlig for den kvinnelige pasienten, en lærerinne, som tok henne på fanget for å spille piano. Det skjedde bare noen få ganger, men var nok til at hun følte seg sett. Hun vet ikke hvem denne kvinnen var, eller om hun hadde barn hjemme. De traff hverandre aldri igjen. Men møtene de hadde ved pianoet hadde nok betydning for dem begge. En stund etter at Wenche ble skrevet ut fra sykehuset fikk hun tilsendt et piano fra damen.

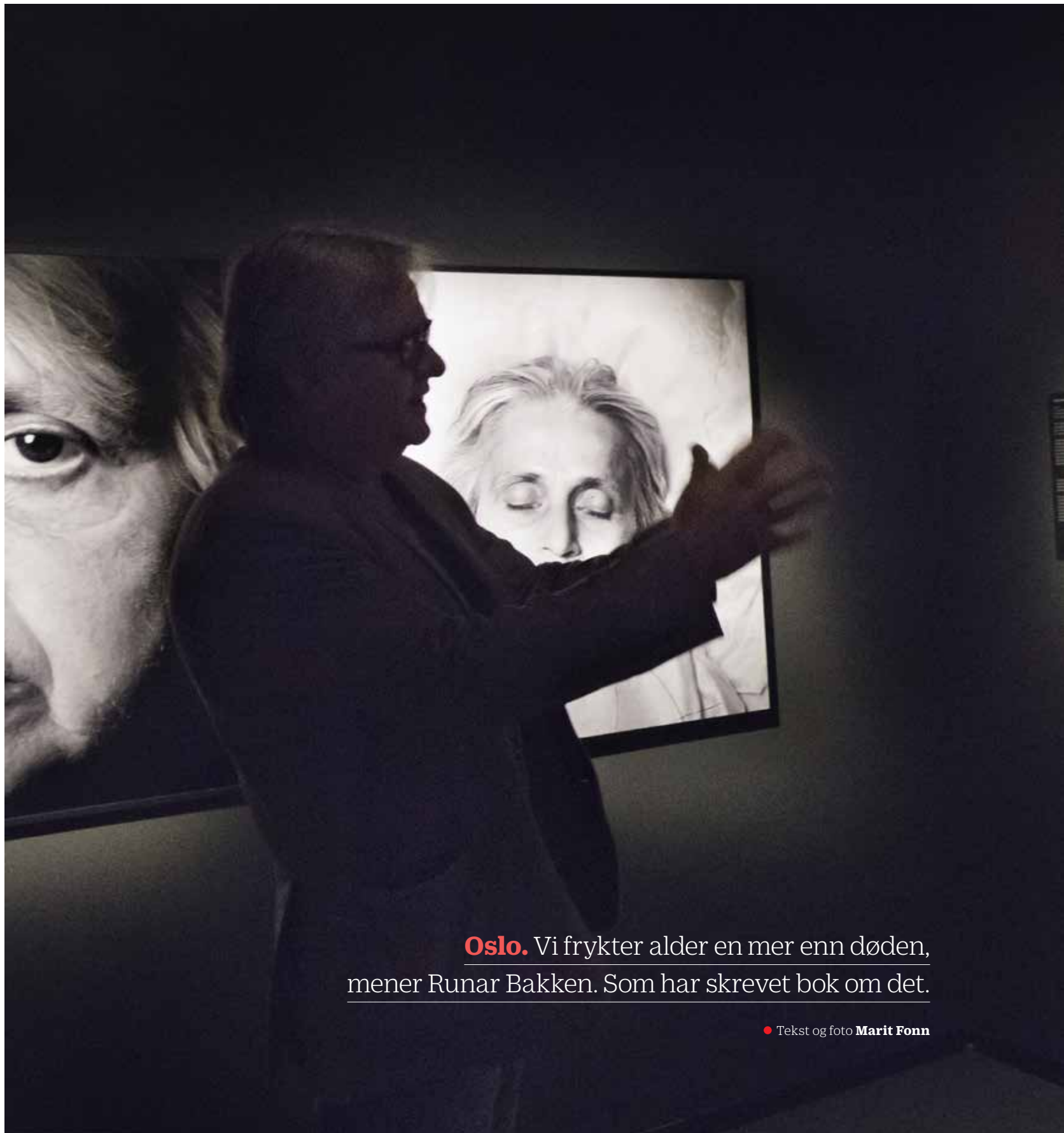
Men sykdommen hadde satt spor. Noen av

senskadene viste seg med en gang, mens andre fortsatt dukker opp. De høye stråledosene mot hodet som førte til at hun senere har fått nye svulster. Kjeven som ikke ville vokse etter behandlingen. Det å måtte trekke alle tennene som 8-åring har kanskje vært noe av det verste.

Det har vært mye smerte, så mye å holde ut. Men midt i alt det vonde har hun likevel klart å rydde plass til et liv. Til ekteskap og tre barnefødsler, til utdannelsen som sykepleier og det meningsfulle arbeidet som kreftsykepleier, selv om hun aldri vil klare å jobbe fulltid. Og så er det barnebarna som gir henne så mye glede. Det har vært mange gode opplevelser. Mye omsorg og mye kjærlighet.

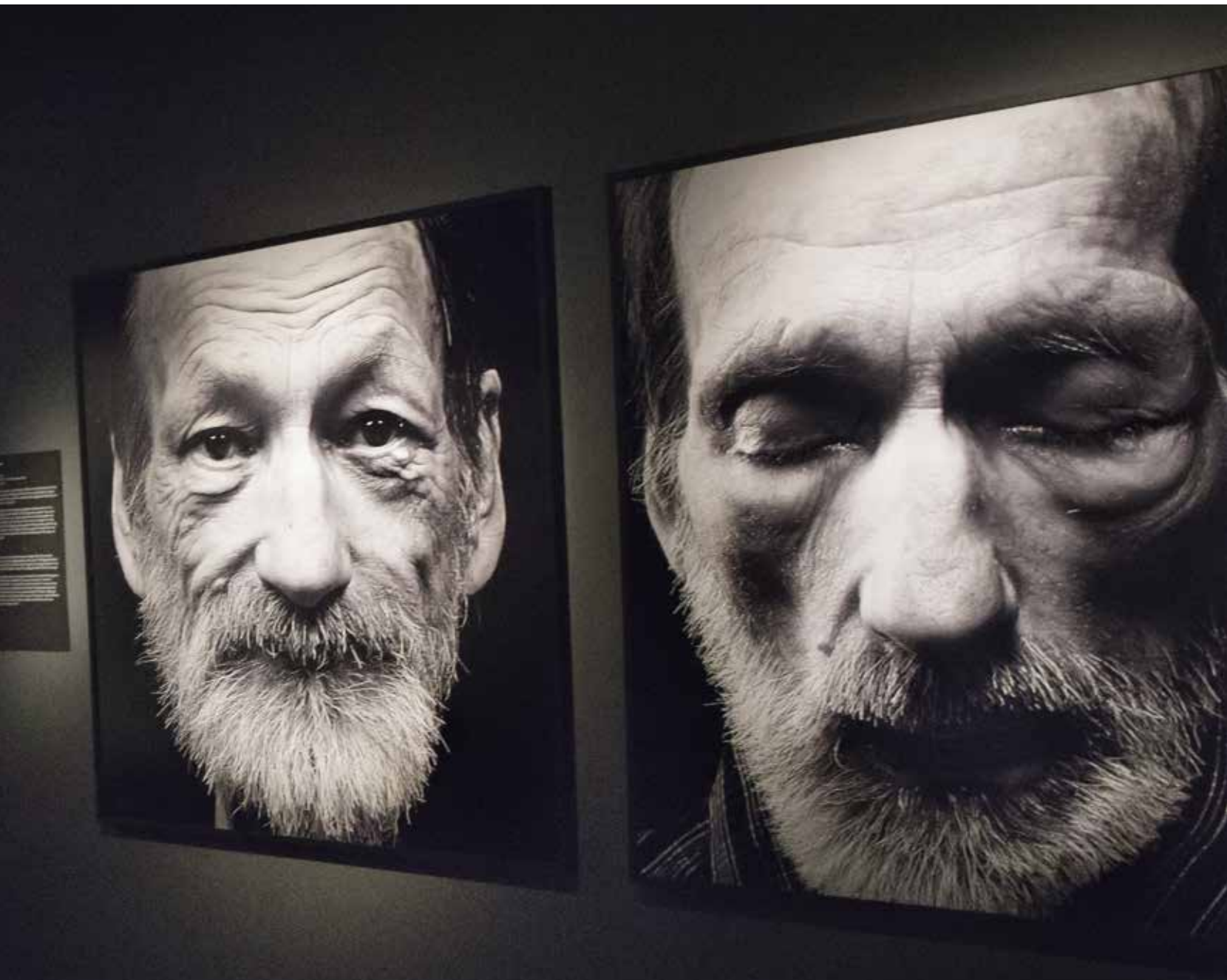
– Men prisen for å overleve har vært høy, sier hun stille. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Oslo. Vi frykter alder en mer enn døden,
mener Runar Bakken. Som har skrevet bok om det.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



– Døden har blitt estetikk

Særlig bildene av den
ne mannen (fotografert
av Walter Schels) har
berørt Runar Bakken.



Yngre enn meg, jo, kommenterer Runar Bakken. Walter Schels har fotografert de levende og døde.

→ **H**un ser ut som hun bare har lukket øynene. Men *han* er tydelig død, sier Runar Bakken.

Han har sett mange døde mennesker. Han er jo sykepleier. Nå har Sykepleien invitert ham til utstillingen «Livet med døden» på Norsk Teknisk Museum i Oslo. Der er mennesker avbildet i live – og som døde.

Bakken har akkurat sendt sitt nye bokmanus til forlaget. Siste tittelforslag er «Frykten for alderdommen». Men den opprinnelige var: «Alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle.» Men han måtte innse det. Den var for lang.

Han vandrer videre i kulissene der vi kan studere trekkene til de døde og levende. Fotoobjektene er i alle aldre.

– Han der skal ikke dø, han, mumler Bakken.

– Han er jo 12 år yngre enn meg. Bare 50 år. Men mannen han snakker om døde. Av hjerne-svulst. Han var sykkelombud og atletisk, kan vi lese. Og der, en ung mann, 27 år. Hiv-positiv, døde av kreft.

«Når du har et lik på låven, er døden nærværende.»

Runar Bakken om farfarens død

IKKE SÅ REDD FOR DØDSØYEBLIKKET. Cicero skrev om det for 2000 år siden, forteller Bakken om den lange tittelen.

– Siden er det blitt et munnhell over hele verden. Det uttrykker et paradoks: Vi frykter alderdommen mer enn døden. Vi er reddere for å være vitne til at alt går i oppløsning, enn selve dødsøyeblikket. Hvis vi ser bort fra det med smerter.

Han synes bildene her er fantastiske og talende. I fjor sommer så han en annen bildeutstilling, om gamle mennesker.

– Det er symptomatisk for vår tid. Vi er reddere for alderdom og død enn før. Før erfarte man dette tidlig i livet, levde med det. Nå møter vi det som estetiske unntak, på utstilling. Som hverdagsmennesker møter vi det ikke.

Bakkens farfar lå død på låven hele vinteren, det var flere meter tæle i jorden.

– Når du har et lik på låven, er døden



Døden har kommet på utstilling. Flott, men her er døden uten lukt og man kan gå sin vei når man vil, påpeker Runar Bakken. Walter Schels har fotografert.

nærværende. Alle erfarte døden, barn døde oftere, de gamle levde hjemme.

Han opplyser at bare Norden, England og Nederland har opphevet lover om at barn har juridisk ansvar for sine foreldre.

– Det ble gjort i humanismens navn, et forsøk på å ta vekk ubehag og rense bort sykdom, lidelse og smerte – alle mørke krefter. Det er jo positivt, men det fjerner oss fra erfaring med alderdom. Hvis ikke du jobber med det, da.

PIRRES AV VOLD. Men det er en dobbelthet:

– For samtidig pirres vi av det vi har tatt vekk, i form av estetiske uttrykk. Det er vold og død på film og bilder. Vi er tett på, vi kan se porene i huden. Men vi kan skru ned lyden, og det lukter ikke. Vi ser, men har distanse til det.

Bakken ser for seg allmennheten, folk som går på Karl Johan eller andre hovedgater i andre byer, og som tror at det de ser er den fulle virkeligheten.

«Alderdommen er der som en skygge, som bøygen.»

– De ser ikke det denne boken handler om. Det er en renset virkelighet. For like ved, opp i oppgangene, bak lukkede dører, ligger de aldrende. Før hadde vi dem i stuen, vi hørte dem, nå er de estetikk på utstilling. Der får de stor oppmerksomhet.

– Har du blandete følelser for utstillingen?

– Ikke når jeg ser den, men mer da jeg så den omtalt i aviser. Hva er dette uttrykk for, tenkte jeg. Men jeg blir berørt.

I boken bruker Runar Bakken empiri, egen og andres forskning, men tar også utgangspunkt i seg selv. Derfor veksler han mellom jeg- og vi-form.

– Jeg er 62 år og har fått et par skavanker.

– Hva da?

– Diabetes 2, for eksempel. Det er familiært. Jeg har prøvd å skrive meg inn i egen framtid, i den kommunale omsorgen. Det er jo hjemmetjenester og sykehjem jeg har erfaring med, ikke sykehus.

Han har intervjuet dem som er i overgang til å bruke tjenester om hvordan det oppleves å eldes.





HOPPET UTFOR FJELLET. Han har også med en historisk del, fra antikken til kapitalismens gjennombrudd.

Der skriver han om da de gamle hoppet utfor fjellet eller ble tatt livet av, indirekte og direkte.

– De ble overlatt til seg selv når de ikke gjorde nytte for seg lenger. Jeg må si det er fantastisk hva vi har vunnet med velferdssamfunnet. Så nå vil alle leve lenge.

«Helsesektoren bør stenges for ufaglærte.»

– Vil også de gamle leve lenge?

– Når man blir ensidig avhengig av andre mennesker for ikke å dø, markerer det et skille. Da er det livet som er levd som forbindes med selve livet. Da begynner overgangen mellom liv til død. Det går bare nedover.

Bakken presiserer at alderdom ikke er lik sykdom. Mange forveksler det, mener han. Av sykdom kan man bli bra, ikke av alderdom. Det er menneskets grunnvilkår.

De som jobber i hjemmesykepleien og på sykehjemmet kan fort glemme at avhengige gamle mennesker skal dø, mener Bakken.

Svaret er å skrelle av de store ordene, mener Bakken, sånne som at «omsorgen skal skinne».

– Trenden nå er aktivitetslinja: Hele livet skal vi være mer aktiv. Eldre skal trenge hjelp i kortest mulig tid. Det kan bli en overgrepsideologi.

– Hvem er interessert i slik påført aktivitet?

– Helsepolitiske myndigheter. Men de eldre vil ha hjelp til det de ikke får til selv.

– Men det kan være gøy å være aktiv? Det gir atspredelse?

– Ja, men det må skje på deres premisser. Ikke fordi helsemyndighetene vil.

– Skjer det?

– Ja, jeg vet det skjer. Det dokumenterer jeg i boken.

VÅR HEMMELIGE SKAM. – Hva skal sykepleierne gjøre?

– Det viktigste er å dekke menneskets grunnleggende behov: Mat, luft, væske, komme på do, å få vaska seg. Måten det gjøres på er avgjørende, og viser verdiene du møter gamle hjelpetrenende med. Som Kari Martinsen påpeker er det måten man setter bekket på; om det er kaldt, for varmt eller passelig, og med hvilken omtanke handlingen utføres på, at kunnskaper og verdier uttrykkes.

Å dekke disse behovene er faglig krevende

fordi 30 prosent er ufaglært:

– Derfor bør sektoren stenges for ufaglærte. Det bør være 50/50 sykepleiere og helsefagarbeidere.

– Hva er gammel?

– Blant gamle er det større individuelle forskjeller enn i noen annen gruppe. Jeg definerer det slik: Når man er ensidig avhengig av hjelp for å leve videre. Da begynner nedtellinga, altså. Men den fysiologiske alderdommen starter i 30-årene. Vi skjuler det godt, det er jo da vi får barn og starter karriere.

– Det er vanskelig å finne seg i aldring?

– Jeg gjør det ikke jeg heller. Vi motsetter oss det.

– Forholder du deg annerledes til alderdommen nå etter to års arbeid med boken?

– Ikke så veldig. Men jeg kan en del om det.

Det åpnet øynene hans da han leste boken «Old Age» skrevet av Simone de Beauvoir i 1972.

– Hun sier det så enkelt: «Da jeg begynte å skrive om alderdom, møtte kollegene meg med alt fra taushet til vrede.» Hun fikk bekreftet sin antakelse om at alderdom er vår hemmelige skam. Vi forsøker å skjule det for oss sjøl og for andre.

SELVBESTEMT DØD. Og Sartre, hennes livsledsager, sa i «Væren eller intet»: Alderdom er et urealiserbart fenomen. Du kan forsøke å ta styringen, men prosjektet vil mislykkes.

– Deprimerende?

– Det er bare å le, ler Bakken.

– Jeg kan bygge en pram, reise til nye steder, skrive en bok. Det kan jeg realisere og lykkes med. Alderdommen derimot er der som en skygge, som bøyggen. Umulig å holde fast og kontrollere.

«Beauvoir fikk bekreftet sin antakelse om at alderdom er vår hemmelige skam.»

– Er det bare sånn?

– Det er bare sånn. Jeg er enig med de Beauvoir, det er bare en løsning: Å holde på med det du holder på med til du stupet.

Foreninger som «Retten til en verdig død» er nok et symptom på vår tid:

– Som individualister vil vi styre maks selv. Troen på et evig liv i himmelen er synkende. Nye generasjoner vil ha selvråderett til siste slutt. Utfallet er at flere tar skjeen i egen hånd.

– Og det er?

– Selvbestemt død. En form for regulering av livet.

Døden har nok ligget i horisonten for alles liv. Enten nær, eller langt vekke.

– Først når vi erkjenner vår egen frykt, kan skammen forsvinne og vitale krefter kan forløses. Da tror jeg vi kan holde på til dauans dag.

Nå lurar forfatteren på hvor mange som orker å lese en bok om det vi helst fortrenger – om dramaet det er å bli gammel.

Han siterer filmskaperen Ingmar Bergman, som sa dette om aldring: «Hvorfor i helvete har ingen sagt til meg hvor krevende det er?» ●

Bakkens bok kommer ut cirka 1. oktober.

marit.fonn@sykepleien.no



Fakta

Runar Bakken

Runar Bakken er sykepleier og dosent ved Høgskolen i Telemark. Han har tidligere gitt ut flere bøker: *Modernmordet* – om sykepleie, kjønn og kultur. *Mann i ingenmannsland* – om menn og omsorg. *Englevakt*. Rekruttering til en eldreomsorg i krise. *Maktens samvittighet* (medforfatter).

Livet med døden

Utstillingen vises på Norsk Teknisk Museum i Oslo fram til 1. september.

De 26 portrettene er fotografert av Walter Schels, både før og umiddelbart etter døden. De fleste er fra ulike hospice i Tyskland.



Ny redaktør i Sykepleien Forskning



MARIT LEEGAARD: (f. 1961) er ansatt som ny redaktør i Sykepleien Forskning fra og med midten av august. Leegaard er utdannet sykepleier ved Statens Sykepleierhøgskole i 1986 og tok videreutdanning i anestesisykepleie ved Rikshospitalet universitetssykehus i 1991.

Hun har bred erfaring fra undervisning og forskning. I 2009 disputerte hun ved Universitetet i Oslo med en doktorgradsavhandling om hvordan kvinner håndterte smerter på egen hånd etter tidlig utskrivning fra hjertekirurgi.

Leegaard jobber også som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo, institutt for sykepleie.

Økt forventningspress

HVOR MYE KAPASITET: Forskere spår at helse-tjenester vil vokse med 20 prosent de neste femten åra.

Sintef Teknologi og samfunn har gjennomført en analyse av utviklingen i aktivitet og kapasitetsbehov for sykehusområdene i Helse Sør-Øst fram mot 2030. Tallene fra 2002 til 2012 viser at mens befolkningen i Helse Sør-Øst økte

med ti prosent i tiårsperioden, økte antallet av øyeblikkelig hjelp med hele 88 prosent i samme periode.

Forskerne kaller det en forventningsvekst. Det betyr at befolkningen forventer en rask avklaring på plagene sine, og dermed etterspør mer hjelp enn tidligere. Det skaper vekst fordi systemet vil svare på forventningene.

Flere erstatningskrav

NY RAPPORT: Det er en stor økning i antall pasienter som søker erstatning etter pasientskader i den private helsetjeneste, viser en ny rapport fra Norsk pasienterstatning (NPE).

Status etter fem år er at NPE har mottatt 1923 saker og utbetalt 65 millioner kroner i erstatning. Antall mottatte saker har økt med nesten 70 prosent i samme periode.

Nesten halvparten av de mottatte sakene gjelder tannbehandling, mens kirurger står for en andel på 19 prosent. Omtrent halvparten av kirurgisakene er plastikkirurgi, rundt 30 prosent er ortopedi, mens gastroenterologisk kirurgi utgjør sju prosent. Øvrige legespesialister og øyespesialister utgjør henholdsvis åtte og sju prosent av sakene.

GPS-sporing av eldre

● Tekst **Astrid Svalastog**

Geriatrisk sykepleie: Norske helsemyndigheter ga nylig tillatelse til elektronisk sporing av personer uten samtykkekompetanse, hvorav personer som lider av demens utgjør en betydelig gruppe.

En GPS (global positioning system) består av en liten enhet som personen skal ha med seg, mens vedkommende befinner seg utendørs. Enheten er koplet til et satellittnavigeringssystem som gjør det mulig for personer med godkjent tilgang til et digitalt kart å finne hvor personen med enheten befinner seg. Forskning viser at ved bruk av velferdsteknologiske løsninger i demensomsorgen, som GPS sporingssenheter, så overføres en rekke oppgaver og ansvar til de pårørende, skriver postdoc stipendiat Hilde Thygesen og rektor/professor Ingunn Moser i siste nummer av Geriatrisk sykepleie.

På den ene siden kan bruk av GPS være et viktig tiltak som kan bidra til økte selvstendighet og aktivitet både for pårørende og for personen med demens. På den andre siden så er det viktig å være klar over kompleksiteten knyttet til de oppgavene og det ansvaret som pårørende blir tildelt, ettersom dette krever både ferdigheter og en form for kompetanse som mange pårørende ikke har. Disse oppgavene og kravene kommer på toppen av en allerede tung pleiebyrde for mange pårørende.



Skeptisk til dyreforsøk

Redaktøren i British Medical Journal, Fiona Godlee, uttaler seg svært kritisk til dyreforsøk i magasinet juniutgave. Redaktøren mener forsøkene er svært upålitelige, ofte lider av dårlig design og at de fleste dyreforsøk ikke kan brukes til å fastslå hvorvidt en medisinsk behandling vil være trygg og effektiv for mennesker.

Sokker som ikke strammer

Kjøp tynne ullsokker



kr 298,- for 5 par

Enkelt å bestille - rask levering! Tlf 72 48 16 67 www.ametrine.no



AMETRINE

- klør ikke
- svært slitesterk
- tåler 60° vask
- nørskutviklet



Kurser sykepleiere. Rune Karlsen mener det er på tide at sykepleiere oppdager faget sitt og dokumenterer det.

– Sykepleiere er også behandlere!

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Se på dette kakediagrammet! Psykiatrisk sykepleier og førstelektor ved Universitetet i Nordland, Rune Karlsen, virker som om han har sett lyset. Han bobler nesten over på podiet foran psykiatriske sykepleiere samlet til landskonferanse i Bodø kulturhus i juni.

Nå peker han på en sirkel fra boken «The Heart & Soul of Change», som viser hva som egentlig virker i terapi. Det største kakestykket er «de utenomterapeutiske faktorene». Nesten like stort er «den terapeutiske relasjonen». Metode og placebo-effekt er også viktige, men virker mindre. Boken er fra 1999.

ANERKJENNER IKKE FAGET SITT. De siste årene har Karlsen gjenoppdaget de store internasjonale sykepleieteoretikerne og føler han har forstått hva de snakker om. Han har pløyd seg gjennom Florence Nightingales mange sider om hvor viktig det er å jobbe med omgivelsene til pasientene. Han har tatt inn over seg Hildegard Peplaus ord fra 1957 om at det er relasjonen til pasientene som er kjernen i psykiatrisk sykepleie.

Samtidig har han reist rundt på ulike psykiatriske sykehusavdelinger, distriktpsikiatriske sentre og kommunale helsetjenester. Der har han kurset personalet i å bli bedre til å føre journaler. I løpet av ti år har han lest minst 200 journaler.

Når han så parer teorien med sine journalerfaringer, blir han nedslått: Sykepleierne anerkjenner ikke sitt eget fag.

– De dokumenter altfor sjelden selvstendige tiltak i journalen. De skriver om «behandleren», og mener da legen eller psykologen, aldri sykepleieren. Selv kaller de seg for «miljøkontakt», sier han.

SYKEPLEIERNES SPESIALITETER. Karlsen mener sykepleiere på den måten er med på å opprettholde det gamle hierarkiske forholdet mellom stab og miljø i behandlingstilbudet. At de viderefører sin historiske rolle som den effektive legeassistent.

«Du kan ikke begynne å samtale når brødet er mugna, tåneglene gror inn i foten og regningene ikke er betalt.» Rune Karlsen

Hans mantra er at det nettopp er de to største kakebitene, de utenomterapeutiske faktorene og den terapeutiske relasjonen, som er sykepleiernes spesialitet. At de nærmest ligger i ryggraden på enhver sykepleier. Slike ting sykepleiere gjør nesten uten å tenke over det.

Hva er så de utenomterapeutiske faktorene? Det kan være pasientrelaterte faktorer som egostyrke, motivasjon for forandring, hvor alvorlig lidelsen er, fysiske symptomer og forhistorie. Men også faktorer i omgivelsene, slik som sosial støtte.

MUGGENT BRØD. Rune Karlsen forklarer med et eksempel: En psykiatrisk sykepleier hadde fått beskjed fra bestillerkontoret om å holde en terapeutisk samtale med en pasient. Da hun kom hjem til pasienten, fant hun muggent brød, inngrodd tånegler og ubetalte regninger. Alle disse «utenomterapeutiske faktorene» tok hun tak i, pasienten fikk sågar kroppslig kontakt med negleklippingen, men det ble ingen samtale. Dermed kunne det se ut som om hun ikke hadde gjort jobben sin, enda det var nettopp det hun hadde.

– Det er viktig å gjøre slike ting først. Du kan ikke begynne å samtale når brødet er mugna, tåneglene gror inn i foten og regningene ikke er betalt. Hva skal du samtale om da? spør Karlsen og legger til at dette har sykepleieteoretikere visst, så langt tilbake som Florence Nightingale.

I 1860 sa hun at sykepleie er å optimalisere miljøet for å fremme healing og best mulig helse. Virginia Henderson sa i 1966 at det handlet om de grunnleggende behov. Ida Orlando skrev om «pasientens

Fakta ●●●●

Sykepleieteoretikere

- Florence Nightingale (1860)
- Hildegard Peplau (1952)
- Ida Orlando (1961)
- Virginia Henderson (1966)
- Joyce Travelbee (1966)
- Martha Rogers (1970)

Landskonferansen

Rune Karlsen var en av foredragsholderne på NSF's faggruppe av sykepleiere innen psykisk helse og rus, SPoR, som holdt tre dagers landskonferanse i juni. Den samlet 70 deltakere på forskningsdagen og cirka 120 de andre to dagene.

umiddelbare behov for hjelp» i 1961, mens Martha Rogers i 1970 formulerte det til «alt som omgir klienten».

MANGELFULL DOKUMENTASJON. Karlsen ønsker at sykepleierne kunne anerkjenne betydningen av disse utenomterapeutiske faktorene og dokumentere når de gjør noe med dem. Han har lest over 200 journaler ved ulike psykiatriske avdelinger, og ser to grupper som utkrystalliserer seg:

De som er sykepleiere, men ikke tør å være det, og de som har vært sykepleiere lenge og skjuler seg bak det de kaller taus kunnskap. – Du kan bli så klok du bare vil, men det hjelper ikke hvis du er stum, postulerer han.

Karlsen savner også at sykepleierne skriver om den terapeutiske relasjonen i journalene. Etter foredraget utdyper han for Sykepleien:

– Den terapeutiske relasjonen anses i dag for å være den viktigste forutsetningen for vellykket terapi, og er det psykiske helsearbeidets absolutte kjerneverdi. Men beskrivelser av etablering og vedlikehold av gode relasjoner er ikke tema i journalene.

– *Hvorfor, tror du?*

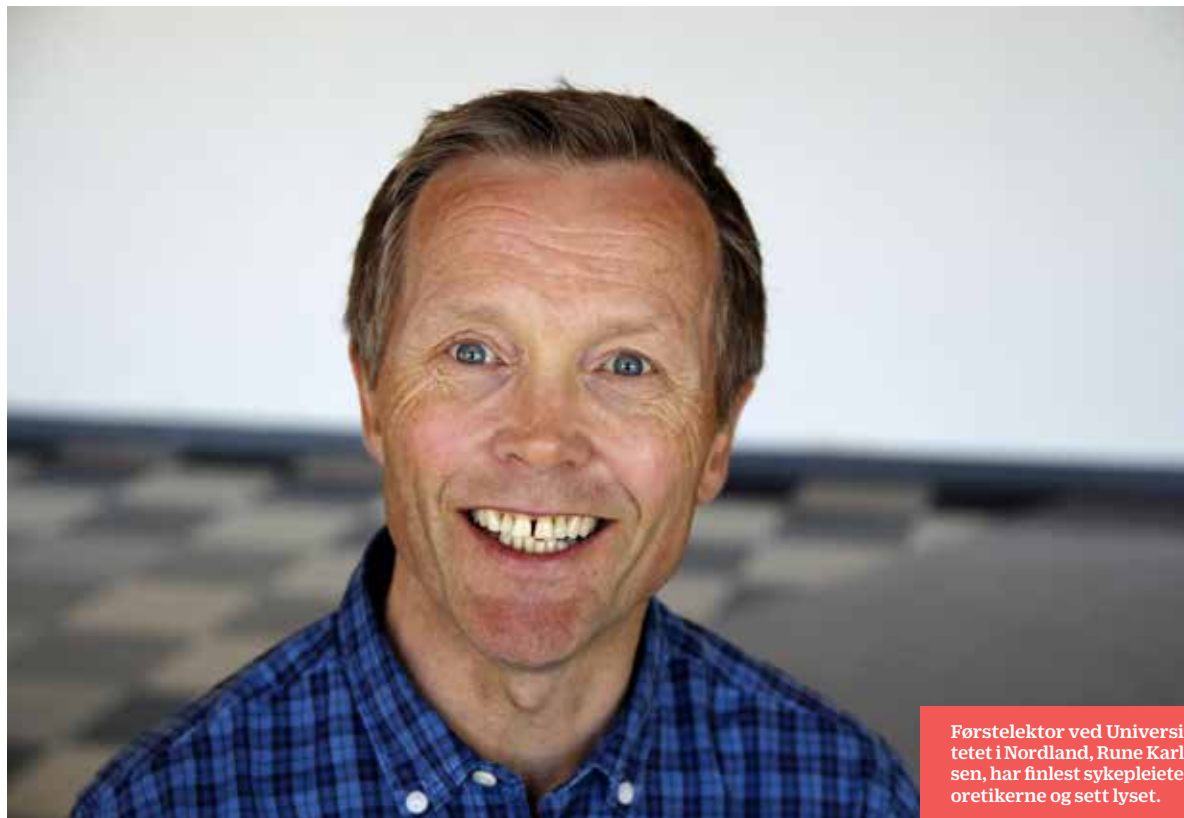
– Vi mangler verktøyene og språket for det. En mulig årsak kan være vår bakgrunn i en muntlig formidlingstradisjon. Presisjonsnivået i muntlige kulturer er lavere enn i skriftlige. Synsinger og meninger tar plassen fra mer presise faglige beskrivelser.

MÅ UTVIKLE RELASJONSSPRÅKET. Førstelektoren mener det er sykepleiernes ansvar å utvikle relasjonsspråket. Da vil også fagområdet selvstendigjøres i større grad enn i dag.

– En god relasjon handler om pasientens opplevelse av å bli forstått, respektert og bekreftet, sier han.

Det innebærer enighet om terapiens mål og arbeidsoppgaver. Det handler også om det emosjonelle bånd mellom hjelper og pasient.

– Pasientens oppfatning er viktigst. Det er grundig dokumentert i forskning om hva som virker i terapi, og det må vi aldri glemme.



Førstelektor ved Universitetet i Nordland, Rune Karlsen, har finlest sykepleietoretikere og sett lyset.

Sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen bør inneholde beskrivelser av disse relasjonselementene. For eksempel: Hva er gjort for å oppnå en god relasjon? Har det virket? I hvilken grad er vi blitt enige med pasienten? Kan vi tilnærme oss denne personen på en annen måte?

– Pasientens ressurser er også viktig å kartlegge og bruke, noe som sjelden blir gjort.

– *Ikke så lett å gjøre alt dette hvis pasienten er tvangsinnlagt?*

– Nei, da er det ikke så lett å enes. Men da vet vi det.

Karlsen forteller om en pasient på en rehabiliteringsavdeling for unge med psykoser. Han var ikke enig i at han led av paranoid schizofreni.

– Personalet valgte derfor å diskutere med ham hva de skulle kalle dette for, og ble sammen med ham enige om en annen beskrivelse; et annet navn på lidelsen.

– *Ble han friskere da?*

– Det er jeg ganske sikker på. Ved å gå i dialog med pasienten og ikke tviholde på sitt eget medisinske

språk, sin egen definisjon av virkeligheten, ble relasjonen forbedret. Pasienten skjønte at personalet var folk det gikk an å prate med, og begynte å delta i aktiviteter som sykepleierne ba ham med på.



«Noen ganger foreligger ikke pleieplan i det hele tatt.»

UGRESS I JOURNALENE. De første årene Karlsen leste journaler, kom han ofte over formuleringer som «pasienten er blid og hyggelig ute i miljøet», eller «pasienten er høflig under samtale», der man tydelig blander private regler for skikk og bruk med psykiatri. Annet vanlig ugress i journalene er å gi et subjektivt stempel av en oppførsel, som at pasienten for eksempel er aggressiv,

kontaktsøkende eller utagerende.

– Slike formuleringer er for vage og bør presiseres og følges opp av konkrete eksempler, råder han.

Men selveste skvallerkålen av ugress i journalene, er beskrivelser av pasientenes bevegelser og atferd, av typen: «Etterpå gikk han til Mega og Mix-kiosken hvor han kjøpte henholdsvis Olden og 1 blad».

– Rapportene er dominert av geografiske beskrivelser med klokkeslett. Det er ikke rart at pasientene på en psykoseavdeling føler seg overvåket, for det er faktisk det de blir, mener Karlsen og legger til at slikt ugress er det mye mindre av nå.

MANGLER SYSTEMATIKK. Sykepleiernes største utfordring i dag er systematikk i evalueringene, sier Karlsen. Han synes også at sykepleiere er for dårlige til å evaluere pasienten i lyset av pleieplanen. Det hører til sjeldenhetene at han finner en journal som viser sammenhengen mellom iverksatt tiltak og effekt.





– Noen ganger foreligger ikke pleieplan i det hele tatt, og det virker som om journalene mer blir brukt som beskjedbøker enn et terapeutisk verktøy.

Karlsen synes det blir en sløsing med offentlige midler, der psykiatriske sykehusavdelinger og distriktpspsykiatriske sentre noen ganger fungerer som et slags venterom, et hotell i særklasse, der pasientene får seng og mat mens de venter på at behandleren (lege/psykolog) skal komme og gi samtale.

– Forholdene i de kommunale helsetjenestene er ikke noe bedre, hevder han.

BRUK SYKEPLEIEPROSESSEN. – Sykepleierne har et stort fag de kan, og de må ha tro på det. Sykepleieprosessen er en metode som er ypperlig å ta utgangspunkt i, mener Karlsen.

Da tar du for deg problem, ressurser, mål, tiltak og evaluering, alt sammen med pasienten.

– *Hvordan unngå legenes og psykologenes vrede når sykepleierne går dem i næringa og kaller seg behandlere?*

– Det er ikke min erfaring.

Karlsen har samarbeidet med personale flere steder med det formål å få fram miljøpersonalets

selvstendige bidrag. Motstanden (gjørne passiv) har kommet fra miljøansatte, ikke fra leger og psykologer.

– Leger og psykologer ønsker vanligvis at sykepleierne skal fremstå som selvstendige fagutøvere. Det er ikke de som holder sykepleierne nede i hierarkiet, det greier sykepleierne godt selv, sier han.

«Det er ikke leger og psykologer som holder sykepleierne nede i hierarkiet, det greier sykepleierne godt selv.»

Det er alltid noen i miljøet som ikke ønsker eller våger å fremstå med et eget faglig bidrag.

– De synes nok det er lettere å synse og mene i en muntlig tradisjon, enn å ta det ansvaret og den arbeidsbyrden det innebærer å være selvstendig og likeverdig. Det behøver ikke være mange slike sykepleiere på et arbeidssted. Men ofte er de tradisjonsbærere og har stor makt gjennom å yte passiv motstand og anvende vikarierende argumenter mot forandringer.

BEGRENSNINGER I SYSTEMET. I lunsjen diskuteres Karlsens foredrag blant sykepleierne rundt bordene. Enhetsleder Ann Torill Kokaas fra Salten DPS ved Nordlandsykehuset påpeker at det ikke er så lett for sykepleiere å begynne å kalle seg selv for behandlere, når terminologien allerede ligger i det elektroniske journalføringssystemet.

– Vi kalles miljøpersonell der, så det kan ha med retorikken i det systemet å gjøre. Det er mange

aspekter i dette. Vi kan heller ikke dokumentere hver minste ting. Da blir det for mye informasjon, og ingen orker å lese journalene som da vil bli uoversiktlige, sier hun og legger til at Nordlandsykehuset har begynt arbeidet med å forbedre journalføringen.

Karlsen er enig i at noen opplever de elektroniske systemene begrensende, men mener man kan tilpasse systemene til faget.

– Hvis det er omvendt, blir det galt. Det papirbaserte journalsystemet Kardex har en egen kolonne hvor pasientens ressurser skal kartlegges. Men de som har laget det elektroniske systemet DIPS, har glemt å utforme rubrikker for det. Når de som kjøper systemet godtar dette, får vi et fagmiljø som godtar dokumentasjonssystemer som ikke gir rom for kartlegging av ressurser, sier han.

FORANDRING PÅ GANG. Etter at Karlsen for ti år siden begynte med sine turer til de psykiatriske miljøene i spesialist- og kommunehelsetjenesten, merker han at mange steder har forandret rutine til det bedre.

– DPS-ene ved Sola og Jæren er gode eksempler. Ved noen enheter ved Nordlandsykehuset er det heldigvis slutt å sitte på vaktrommet og skrive rapport uten at pasienten er involvert.

Men kommunene henger fortsatt etter.

– I en av kommunene jeg har besøkt manglet ressurskartleggingen fullstendig, og det fantes ikke evalueringer av oppleggene.

– *Hva er konsekvensene av mangelfull sykepleiedokumentasjon?*

– Behandlingen av den enkelte pasient blir uoversiktlig og tilfeldig, og sykepleierne får ikke vist at de har et selvstendig faglig tilbud. Det er derfor viktig at å bruke mye tid på å få gjort dette arbeidet skikkelig. Det handler om miljøpersonalets faglige anseelse og vil selvfølgelig også gagne pasientene. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Kom i gang med å redusere pasientskader



Meld deg på Høstsamlingen, Gardermoen 27. og 28. oktober.

Program og påmelding:
www.hostsamlingen.com

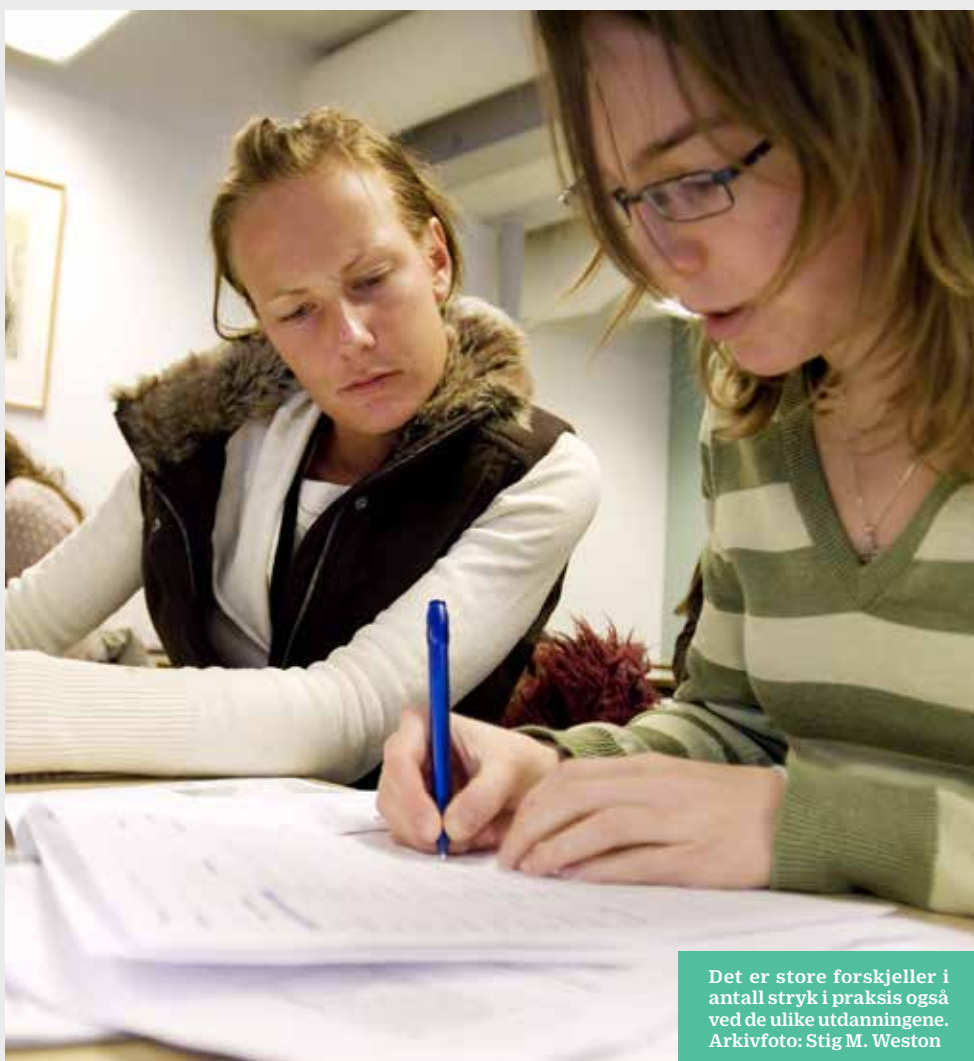
I trygge hender 24/7
pasientsikkerhetsprogrammet.no



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 09 | 2014

Fagartikler – Etikk – Intervju



Lite stryk i praksis

Fagartikkel. En nasjonal oversikt over strykprosenten i praksis kan kvalitetssikre praksistudiene. **46**



«En «vanskelig» pårørende er en pårørende som har det vanskelig.»
Kristin Haugen. **56**



Fagartikkel. Munnstell av alvorlig syke eldre. **58**



Fagartikkel. Mindre tvang i psykiatrien. **50**



Fagartikkel. Hva kreves i rehabiliteringssykepleie. **52**



FÅ STUDENTER STRYKER I PRAKSIS

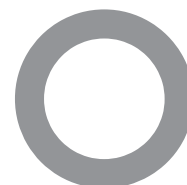
Store variasjoner. En nasjonal oversikt over strykprousenten i praksis kan gjøre det lettere å kvalitetssikre praksisstudiene.

UNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på

0 % praksis

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0101



Kari Westad,
førskolelektor,
Høgskolen i
Molde

I sykepleieutdanningen foregår halve studiet i praksis, det vil si i 50 uker. 36 av disse ukene består av veiledete praksisperioder hvor studenten blir vurdert til bestått eller ikke. Norge har ingen statistikk på nasjonalt plan over hvor mange studenter som per år får underkjent en eller flere praksisperioder (1). Derfor kan vi heller ikke se fordelingen mellom stryk i teori og praksis. En slik nasjonal oversikt finnes heller ikke i England, men Hunt et al. (2) gjennomførte en undersøkelse hvor de sammenliknet vurderingene i teori og i praksis ved alle sykepleieutdanningene i England. Funnene indikerte at svært få studenter strøk i praksis; forholdet mellom stryk i teori og praksis var ved førstegangs eksamen 4:1. Etter at studentene hadde brukt opp alle forsøkene sine, var forholdet 5:1. Det var store forskjeller i antall stryk ved førstegangs forsøk ved de ulike universitetene. Høyeste strykprosenten i praksis var 25,2 prosent og den laveste var 0,09 prosent. Ved 25 prosent av universitetene strøk ingen studenter, mens to universiteter strøk og avbrøt studentens utdanning basert på praksisvurderingen i hvert år av utdanningen. Det andre året i utdanningen viste høyest strykprosent, mens laveste var i tredje studieår.

OVERSIKT. Til tross for manglende nasjonal oversikt, førte disse funnene til at jeg ble interessert i å se hvordan strykprosenten i praksis ved landets utdanninger ser ut. For å få et bilde av situasjonen ba jeg Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) om å få en utskrift over resultatet for alle eksamenene ved alle landets sykepleieutdanninger. På bakgrunn av denne informasjonen fikk jeg regnet ut hvor mange som strøk i teori og praksis i 2011. Det viste seg at utdanningene bruker ulike emnekoder og emne navn på sine praksisperioder.

«Forskning viser at veiledere mangler kompetanse.»

Strykprosentene er derfor ikke 100 prosent korrekt, da tallene bygger på det jeg har klart å tyde som praksis ut ifra utskriften. Avvik fra den totale strykprosenten ved hver enkelt institusjon forekommer, men alt i alt gir oversikten et godt bilde av strykprosenten i praksis i 2011. (Se tabell 1 på neste side.)

Bildet viser store forskjeller

i antall stryk i praksis også ved de ulike utdanningene. En utdanning strøk ingen studenter i praksis i 2011, mens utdanningen med høyeste strykprosent ligger på 9,79. Kan et så stort sprik kun forklares med inntakskvaliteten og studentenes motivasjon? Eller indikerer det at studenter som ikke fyller kravene likevel slipper gjennom i praksis? Likedan ser vi at forholdet mellom antall stryk i teori og praksis er veldig høyt ved mange av utdanningene. Hva kan dette skyldes? Min intensjon er ikke å gå inn på hvor de ulike forskjellene ligger, men derimot vise at en slik oversikt kan benyttes til å stille en rekke kritiske spørsmål til praksisstudienes kvalitet. I denne kritiske vurderingen er følgende tema aktuelle: vurderingsprosess og -dokumenter, veilederens kompetanse, holdninger til det å stryke, samarbeid, og rammefaktorer.

KOMPLEKST. Vurdering i praksis er en kompleks prosess. Vurdering i et praksisfellesskap er langt mer avhengig av relasjoner og kontekst enn vurdering av skriftlige teoretiske prøver (1). Vurderingen i praksis er basert på direkte observasjoner og på verdier som er subjektive og som kan variere fra person til person (3). Rollen

Fakta



Hovedbudskap

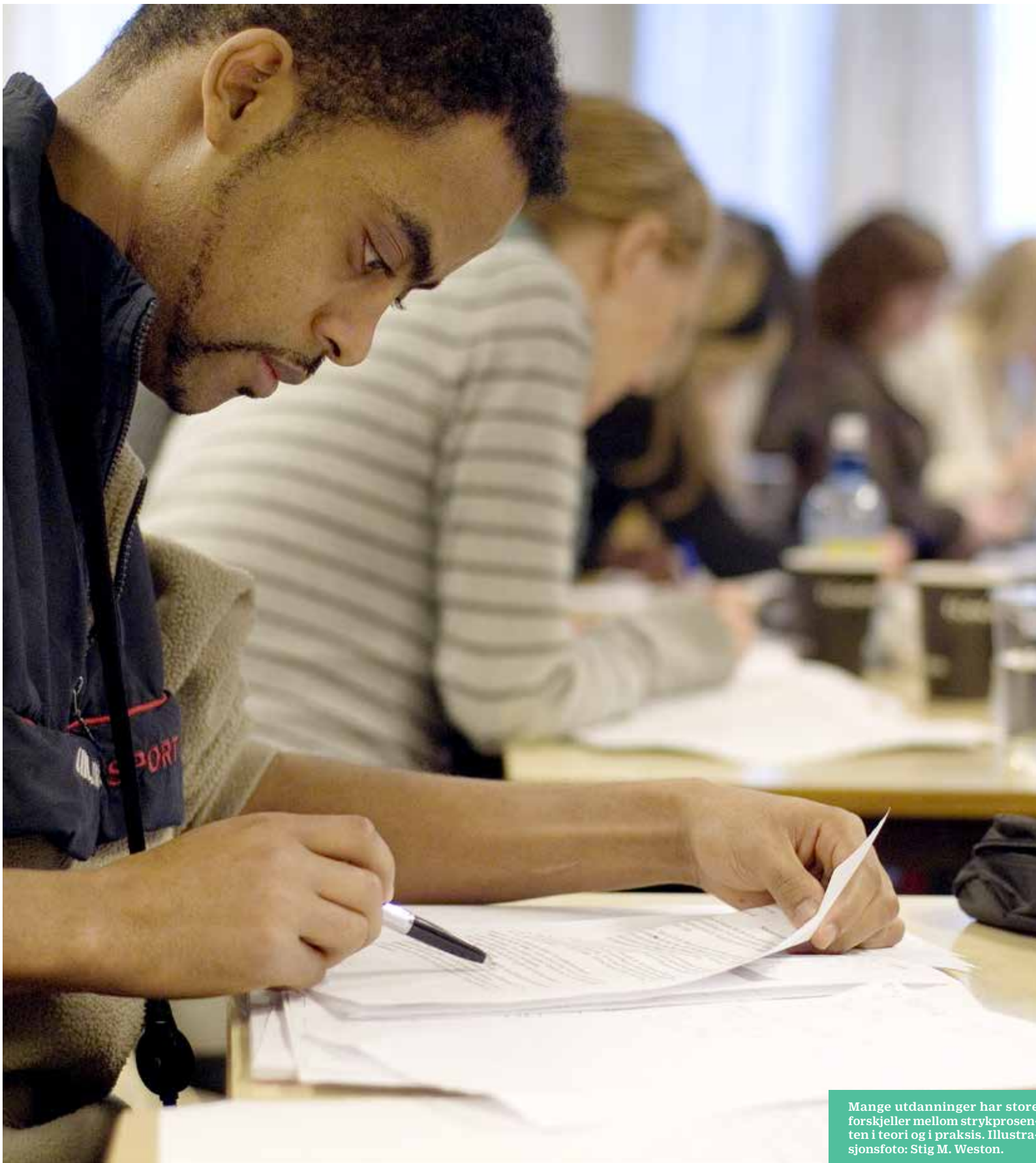
I dag finnes det ingen nasjonal oversikt over antall stryk i praksis i sykepleieutdanningene. En slik oversikt vil danne et viktig grunnlag for å stille kritiske spørsmål til praksisstudienes kvalitet

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på vår nettsider.

- Sykepleierutdanning
- Praksisstudie
- Teori
- Norge





Mange utdanninger har store forskjeller mellom strykprosenten i teori og i praksis. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston.



som veileder er utfordrende i det veileder skal balansere vurderingsprosessen med de daglige oppgavene og omsorg for pasientene (1). Å komme fram til avgjørelsen om ikke bestått praksis for en student vil medføre store personlige og ressursmessige utfordringer, noe som kan føre til at studenten består under tvil selv om det motsatte er mer forsvarlig (1). Forskning viser at inkompetente sykepleiestudenter får passere i praksis (2,4–10).

Praksisveilederne kan oppleve formuleringene i læringsutbyttene som uklare og lite oppdaterte,

og de bruker mye innsats på å fortolke dem (11), eller de kjenner ikke terminologien som blir brukt i vurderingsdokumentene fordi disse blir laget i utdanningen (7). Veiledere har latt svake studenter få passere i praksis på grunn av manglende dokumentasjon (8,12,13). Andre synes det er vanskelig å vurdere holdninger (9). Kriterier for å vurdere holdninger mangler (8), uklare mål gjør ikke stryk mulig eller veiledere tror det var nok å gi uttrykk for sin bekymring muntlig (6). Andre igjen er ikke fortrolige med å konkludere sine vurderinger (12).

«Det er vanskeligere å stryke en student man liker.»

Sentrale spørsmål her er om læringsutbyttene er så tydelige og klare som mulig for dem som skal bruke dem, og om disse er utformet i samarbeid mellom utdanningen og praksis. Videre er det aktuelt å vurdere skoleringsen og bevisstgjøringen rundt det å vurdere.

STORE FORSKJELLER. Forskjellen mellom stryk i teori og praksis er veldig stor ved mange av utdanningene. Dette gir grunn til å spørre om vurderingskriteriene i praksis er like gode som de er i teori. Teoretisk kunnskap er integrert i klinisk kompetanse. Den høye strykprosenten i teori gjør at man også kan spørre seg om kunnskapen studenten skal støtte seg til i praksis er tatt med i praksisvurderingen. Hunt et al. (2) hevder at en slik forskjell kan skyldes at studentene får mer tilbakemelding i praksis enn i teori og at studenten kan oppleve læringen i praksis som mer meningsfull. Hvordan utdanningene definerer stryk vil også spille inn. Sist, men ikke minst, vil forholdet være avhengig av veilederne og hvordan de erfarer sin rolle.

VEILEDERS KOMPETANSE. Forskning viser at veiledere mangler kompetanse. De mangler kunnskap om forventete standarder, og hvordan de skal rapportere svake prestasjoner hos studenten. De har problemer med å identifisere en svak student, og mangler kunnskap om hvordan de kan tilrettelegge mulighetene for bedre prestasjoner når svakhetene først er påpekt (6–9,14). Universitets- og høyskolerådet (UHR) (15) viser at tilgangen på veiledningskompetente praksisveiledere er en gjennomgående utfordring i forhold til å tilby, gjennomføre og kvalitetssikre praksisstudier. Mange utdanninger tilbyr formelle utdanninger eller kortere kurs i veiledning. Et aktuelt spørsmål er om disse er lagt opp slik at veileder ikke bare

Tabell 1. Strykprosent ved høyskolene i 2011

Utdanning	Strykprosent i praksis	Strykprosent i teori
Betanien diakonale høyskole	1,2	2,30
Diakonhemmet diakonale høyskole	1,1	8,60
Haraldsplass diakonale høyskole	0,0	4,50
Høgskolen i Akershus	1,0	12,80
Høgskolen i Bergen	1,53	4,85
Høgskolen i Buskerud	3,01	12,34
Høgskolen i Finnmark	1,62	15,55
Høgskolen i Gjøvik	1,66	15,31
Høgskolen i Harstad	4,70	21,96
Høgskolen i Hedmark	3,14	14,91
Høgskolen i Molde	0,57	11,95
Høgskolen i Narvik	1,83	22,95
Høgskolen i Nesna	0,66	18,02
Høgskolen i Nord-Trøndelag	1,10	13,44
Høgskolen i Oslo	2,45	17,37
Høgskolen i Sogn og Fjordane	2,50	9,59
Høgskolen i Sør-Trøndelag	0,26	13,57
Høgskolen i Telemark	2,02	5,50
Høgskolen i Vestfold	0,68	21,35
Høgskolen i Østfold	0,90	14,30
Høgskolen i Ålesund	1,43	8,70
Høgskolen Stord/Haugesund	2,28	15,64
Høgskolen Diakonova	0,40	8,50
Lovisenberg diakonale høyskole	0,90	9,55
Universitetet i Agder	0,68	11,44

får økt kunnskap, men også gjennom ulike undervisningsmetoder og arbeidskrav får utviklet sin personlige kompetanse og fortrolighet med veilederrollen. Det er videre en utfordring for den enkelte utdanning og for profesjonen nasjonalt sett at antall veiledere som trengs for å ta imot studenter er veldig stort.

Pedersen (1) hevder at å stryke en student i praksis medfører store ressursmessige og personlige utfordringer for den som tar avgjørelsen. I en studie om veileders erfaring med å gi ikke bestått i praksis, var det bred enighet om at det ville vært enklere for veiledere å lukke øynene (16). Dette kan tyde på at for å gi ikke bestått, må veileder være modig, selvstendig og ha et genuint engasjement for sykepleiefaget (1).

VEILEDERS HOLDNINGER. Studier viser at veiledere lar tvilen komme studenten til gode fordi det er for tidlig i utdanningen (6,9), mens andre argumenter med at det for sent i utdanningen (6,8,9). Motviljen mot å stryke en student sent i utdanningen bunner i at veilederne tar hensyn til pengene studenten har investert i utdanningen, og at de ikke vil ødelegge studentens framtid. Flere studier viser at det er vanskeligere å stryke en student man liker (8–10,12), andre oppgir at det å stryke en student strider mot det å vise omsorg (6,8). Studier viser også at veiledere ikke føler seg trygge på å stryke en student før han eller hun setter pasientens liv i fare (4,6).

Holdninger til det å stryke kan være individuelle, men de kan også gjenspeile en hel kultur. Pedersen (1) gjennomførte en undersøkelse hvor hun innhentet opplysninger fra 30 enhetsledere. Noen avdelinger ga ikke bestått i praksis mer eller mindre årlig, ved andre avdelinger skjedde det meget sjeldent. To enhetsledere hadde i løpet av henholdsvis tolv og femten år aldri opplevde at en student hadde fått ikke beslått i praksis. En leder uttrykte: «Vi stryker ingen studenter her! Vi klarer

alltid å få dem gjennom!» (1:134). Et slikt utsagn kan tolkes på flere måter, blant annet som en frykt for å bli stemplet som en «dårlig veileder» eller som en avdeling med «dårlig læringsmiljø». Studier viser at veiledere er bekymret for å bli stemplet som en «dårlig veileder» (8–10). Veiledere (9) frykter at et slikt stempel skal medføre negativ kritikk fra studenter og utdanningen. Veileder kan føle det som et personlig nederlag å stryke en student (7), og kan knytte følelser som skyld og skam til det å stryke en student (6,8). Skjevheter i antall stryk i praksis mellom ulike praksissteder kan bunne i felles holdninger til det å stryke i arbeidsfellesskapet. Det kan også bunne i manglende støtte fra kolleger.

SAMARBEID. Veileder må ikke oppleve å stå alene i vurderingen av en svak student (17,14). Betydningen av støtte fra kolleger og lærere kommer fram i flere studier (6,7,10,18). Brown et al. (10) spurte i sin studie når informantene ville søke støtte fra lærer. De største svargruppene viste at 25 prosent ville tatt kontakt idet problemet oppsto, 60 prosent etter at de selv hadde mislyktes i å ta opp problemet og 7,5 prosent rett før eller umiddelbart etter

«Veiledning og vurdering av en svak student er tidkrevende.»

midtvurdering. Her vil et sentralt spørsmål være hvordan samarbeidet er mellom praksis og utdanning. Er lærere tydelige på at veiledere skal slippe å stå alene i en slik situasjon? Viser de gjennom handling at de vil gi nødvendig støtte under forutsetning av at de får vite om at det trengs? Dette fordrer et tett samarbeid mellom praksis og utdanningen på personnivå, men også som UHR (15) påpeker, et bedre og mer

samordnet lovverk og samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet.

Pedersen (1) og Aigeltinger m.fl. (14) hevder at veilederens arbeidsforhold ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for å kvalitetssikre vurderingen. Å være unnlatende til å stryke en inkompetent student kan skyldes mangel på tid (7,8). Personalknapphet fører til at man har mindre mulighet til å observere studenten og bruke nok tid på vurderingen av ham eller henne. Veiledning og vurdering av en svak student er tidkrevende og må kombineres med veilederens normale arbeidsoppgaver (6). Knapphet på tid og den todelte oppgaven, gjør det utfordrende å følge opp en student. Utfordringen blir enda større når studenten er svak. Veiledere med stor arbeidsbyrde som føler seg skyldige når de ikke har hatt nok tid sammen med studenten, kan på grunn av dette ta en avgjørelse som går i studentens favør (6). Disse utfordringene gjør at man må diskutere om det skal settes av mer tid til veiledning i stillingene.

KONKLUSJON. Kvalitetssikring av praksisstudier krever vektlegging av og kritisk vurdering på mange områder; de viktigste har jeg trukket fram her. En nasjonal oversikt vil gjøre det mulig å se om den årlige strykprosenten er noenlunde stabil, om det forekommer variasjoner mellom læresteder og praksisavdelinger i landet. Tallene kan danne grunnlag for en kritisk vurdering av momentene som har størst betydning for å kvalitetssikre praksisstudiene. Målet er ikke at flest mulig studenter skal stryke i praksis, men at man har et system som i størst mulig grad sikrer studentene en god veilednings- og vurderingsprosess. På den måten kan man forebygge både at inkompetente studenter består og at studenter urettmessig opplever å ikke bestå praksis.

En nasjonal oversikt krever at alle utdanningene bruker

emnekode og emnenavn som synliggjør hva som er praksisstudier, i sin rapportering til databasen for høyere utdanning. Saken må derfor behandles på nasjonalt nivå. ●

REFERANSER:

1. Pedersen KL. Vurdering av sykepleierstudenten i kliniske studier – et usikkert prosjekt? I: Alvsåvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring – Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribes AS, 2007: 133–48.
2. Hunt LA, McGee P, Gutteridge R, Hughes M. Nurse Education Today 2012; 32: 351–5.
3. Dolan G. Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 132–41.
4. Lankshear A. Failure to fail: the teacher's dilemma. Nursing Standard 1990; 7:35–7.
5. Watson HE, Harris B. Supporting Students in Practice Placement in Scotland. Glasgow: Glasgow Caledonian University, 1999.
6. Duffy K. Weighing the Balance: A grounded theory study of the factors that influence the decisions regarding the assessment of student's competence in practice. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements of Glasgow Caledonian University for the degree of Doctor of Philosophy. Glasgow: Glasgow Caledonian University, 2006.
7. Rutkowski K. Failure to fail: assessing nursing student's competence during practice placements. Nursing Standard 2007; 22:35–40.
8. Luhanga F, Yonge O, Myrick F. «Failure to Assign Failing Grades»: Issues with Grading the Unsafe Student. International Journal of Nursing Education Scholarship 2008a; 5:1–14.
9. Jervis A, Tilki M. Why are nurse mentors failing to fail student nurse who do not meet clinical performance standards? British Journal of Nursing 2011; 20:582–7.
10. Brown L, Douglas V, Garrity J, Kim SC. What influences mentors to pass or fail students. Nursing Management 2012;19:16–1.
11. Nordisk institutt for studie av innovasjon, forskning og utdanning. Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere. Oslo: Nordisk institutt for studie av innovasjon, forskning og utdanning; NIFU-rapport 14/2013
12. Cleland J, Knight LV, Rees CE, Tracey S, Bond CM. Is it me or is it them? Factors that influence the passing of underperforming students. Medical Education 2008; 42: 800–9.
13. Dudek N., Marks M. B. and Regehr G. Failure to Fail: The Perspectives of clinical supervisors. Academic Medicine. 2005;80,10:584–7
14. Aigeltinger E., Haugan G. og Sørli V. Utfordringer med å veilede sykepleiestudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning. 2012;7:160–6
15. Universitets- og høyskolerådet. Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Oslo; 2010.
16. Pedersen K.L. «Kontaktsykepleieren i dommerrollen» – Når evaluering av sykepleiestudenten blir en utfordring på tålegrensen. Hovedfagsoppgave i helsefag. Bergen: Universitetet i Bergen; 2000.
17. Pedersen K.L. Fortellinger om den kliniske veileder som «dommer» i vurdering av sykepleiestudenten – en analyse basert på Paul Ricoeurs tekstteori. Vård i Norden. 2005;25, 2:21–5.
18. Luhanga F., Yonge O. and Myrick F. Precepting an unsafe student: The role of the faculty. Nurse Education Today. 2008b; 28:227–31

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



JOBBER FOR MINDRE TVANG

Akuttpsykiatri. Et pilotprosjekt på Lovisenberg sykehus tar sikte på å redusere bruken av tvangsmidler.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0102



Martin Veland,
avdelingsleder,
Akuttpsykiatrisk
Inntakspost ved
Lovisenberg
Diakonale
Sykehus



Anders Jacob,
psykolog,
akutteamet
Lovisenberg
DPS og akuttpsykiatrisk avdeling, Lovisenberg Sykehus

Psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg sykehus består av en inntakspost og to sub-akuttposter med til sammen 26 sengeplasser. Akuttavdelingen yter helsehjelp til pasienter fra bydel Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo, og har cirka 900 innleggelser i året. På inntaksposten har vi et prosjekt hvor hensikten er å redusere bruk av tvangsmidler i avdeling. Prosjektet gjennomføres som pilot over ti måneder, og målet er å redusere bruk av mekaniske tvangsmidler, også kalt belter eller remmer. Vi ønsker også å prøve ut nye verktøy som retter seg mot å forebygge generell bruk av tvangsmidler på pasienter som er innlagt i avdeling.

Lov om psykisk helsevern (1), § 4.8, skiller mellom fire typer tvangsmidler:

- mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer, samt skadeforebyggende spesialklær
 - kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede
 - enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt kortvarig fastholding (definert som tvangsmiddel fra 2007)
- En nylig publisert artikkel (2)

viser til tre hovedfaktorer som assosieres med redusert bruk av tvangsmidler på inneliggende pasienter: 1) Pasientmedvirkning, 2) gjennomgang av tvangsepisoder, og 3) god fysisk plass på avdelingen. I tillegg til avdelingens kliniske og formelle kompetanse, ønsker vi å anvende disse studiene som utgangspunkt for å utvikle avdelingens rutiner.

HENSIKT. Hensikten med dette prosjektet er både å få ned antall tvangsepisoder (§ 4.8 vedtak) på inntaksposten; sekundært å redusere bruk av mekaniske tvangs-

finner sted ved å tematisere konfliktsituasjoner og alternative løsningsforslag i samtale med pasienten på et tidlig stadium i innleggelsen. Klinisk erfaring viser en klar og tydelig forbindelse mellom tvang og aggresjon.

RUTINER. Man har vurdert de etablerte rutineene for voldsrisikovurdering på akuttpsykiatrisk avdeling som hensiktsmessige for å estimere potensiell risiko for vold under innleggelse. Per i dag anvendes V-risk 10 (3) rutinemessig ved alle innleggelser. Med dette instrumentet gjennomgår man ti statistiske risikofaktorer for om risikofaktorer er til stede eller ikke. Konklusjonen av en slik vurdering angir en lav, moderat eller høy voldsrisiko. Instrumentet brukes ikke til å forutsi voldelig atferd, men som en formalisert retningsgivende indikator om hvor høy beredskap man bør ha for pasienten. Dersom man vurderer en inneliggende pasient til å ha moderat eller høy voldsrisiko, gjennomføres det en kontinuert voldsrisikovurdering innen 48 timer. Denne vurderingen innebærer innhenting av informasjon fra politi, pårørende og andre behandlingsinstitusjoner ved behov. Hvor farlig man opplever pasienten avgjør ofte hvor grundig man gjør denne

«Vi ser på kortvarig fastholding som mindre invaderende tiltak enn mekaniske tvangsmidler.»

midler (§ 4.8 A), til sist å anvende mindre belastende tvangsmidler som for eksempel kortvarig fastholding, framfor mekaniske tvangsmidler. Vi har som mål å forebygge aggressiv atferd før den

Fakta

Hovedbudskap

Inntaksposten på akuttpsykiatrisk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, gjennomfører et pilotprosjekt for reduksjon av tvangsmidler på innlagte pasienter. Vi ønsker å minimere tvang generelt, men hovedsakelig redusere unødvendig bruk av mekaniske tvangsmidler uten at det går på bekostning av behandlingskvalitet eller miljøpersonalets sikkerhet. Holdningsendringer og nye rutiner står sentralt. Etter åtte måneder har prosjektet vist lovende resultater.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Psykisk helse
- Psykisk lidelse
- Tvang



vurderingen. Dokumentasjon av observerte forvarsler dokumenteres ved bruk av Brøset Violence Checklist (BVC) (4).

INTERVJU OM VOLD. Som del av brukermedvirkning og rutinemessig tematisering av voldsrisiko i avdelingen er det utarbeidet nye retningslinjer på inntaksposten i møte med pasienter med forhøyet voldsrisiko ved innleggelse. Intervju om vold er utarbeidet på inntaksposten av Martin Veland i 2012, og tematiserer ulike aspekter ved aggresjon. Intervjuet omhandler status presens; mestring av sinne/aggresjon, tidligere erfaring med vold; som offer og utøver, fremtidige risikosituasjoner for vold, og sannsynlighet for utagering i avdelingen. Status presens handler om å kartlegge om pasienten opplever psykologisk belastning på sårbare områder som er assosiert med aggressiv atferd. Psykologisk belastning som stress, irritasjon, å føle seg truet eller krenket, blir kartlagt innledningsvis i intervjuet og danner et bakteppe for resten av samtalen. Videre blir pasienten spurt om erfaringer med vold. Dersom pasienten erkjenner å ha brukt vold eller har truet med vold, spør man mer inngående om dette for å kartlegge detaljer. Til slutt ber man pasienten tenke gjennom om det er fremtidige situasjoner som kan utløse voldelig atferd, og hva personalet på avdelingen eventuelt kan gjøre for å forebygge at frustrasjon, aggresjon og vold oppstår i løpet av innleggelsen. Intervjuet skal bidra til at pasienten reflekterer over egen atferd og egne reaksjonsmønstre i situasjoner, som for eksempel å være innlagt mot sin vilje med begrenset frihet i en avgrenset periode. Pasienten oppfordres til å delta aktivt i samtalen for å få frem refleksjoner rundt egen atferd.

AGGRESJONSFOREBYGGING.

Vår erfaring er at å bli holdt tilbake i avdelingen og krav om å ta medisiner er blant de to viktigste faktorene som utløser utagering og

aggressiv atferd på akuttpsykiatrisk sengepost. I forlengelsen av intervjuet om vold gjennomføres en aggresjonsforebyggende samtale hvor pasienten blir spurt om hvordan han/hun kan reagere dersom de blir holdt tilbake i avdelingen, eller pålegges å ta medisiner. Disse spørsmålene stiller vi for å gjøre pasienten oppmerksom på hvilke situasjoner han eller hun kan forvente seg de nærmeste dagene. Hensikten er å gi pasienten bedre mulighet til å forberede seg mentalt på ubehagelig informasjon, og få muligheten til å diskutere problemstillinger før de blir en realitet. Å forberede pasientene på krevende situasjoner som innebærer tvangsmidler, kan bi-

«Vi vil vise at det er mulig å redusere unødvendig tvangsbruk til et minimum.»

dra til at pasienten tar mer hensiktsmessige valg i møte med krav, framfor å handle i affekt og sinne. Slike handlinger kan være forståelige i en presset situasjon, og som helsepersonell ønsker vi å samarbeide med pasienten for å bidra til hensiktsmessig atferd med likeverdig dialog før slike situasjoner oppstår.

Samtalen blir utført av miljøpersonalet, og er utviklet spesielt med tanke på å bygge og utvikle miljøterapeutisk kompetanse på pasienter med forhøyet voldsrisiko. I samtalen fokuserer vi på anerkjennelse av belastningen ved å være innlagt, ofte mot sin vilje, etablering av samarbeid og allianse med behandlingsapparatet. I tillegg vektlegger vi aktiv refleksjon rundt potensielle situasjoner og påfølgende egne handlingsmønstre. Videre søker vi i samtalen å reflektere over konstruktive måter å samarbeide

med miljøpersonalet på for å kunne dempe frustrasjon, ideelt sett før den oppstår, men også som et deeskalerende middel idet situasjonen har oppstått.

BRUK AV TVANGSMIDLER. I tillegg hvor man ikke klarer å forebygge aggresjon med samtale, og tvangsmiddel må iverksettes for å sikre adekvat behandling eller forhindre skade, skal miljøpersonalet tilstrebe minst mulig belastning for pasienten. Vi ser på kortvarig fastholding som mindre invaderende tiltak enn mekaniske tvangsmidler. Etter en åpen diskusjon i personalgruppen har inntaksposten gått bort fra å ha ferdig montert belteseng i posten. At beltesengen er borte er et tydelig signal om at vi ønsker å finne alternative løsninger til beltelegging. I etterkant av tvangsepisoder (§4,8 vedtak) på posten har vi innført en rutinemessig gjennomgang, basert på konklusjoner gjort av Bak et al. (2). Den som er ansvarlig for gjennomføring av vedtak fyller ut en protokoll som kartlegger aktuelle aspekter ved situasjonen, og åpner for å komme med alternative handlingsmåter ved liknende situasjoner i fremtiden. Rutinemessig gjennomgang av tvangsepisoder kan sikre at personalet får gjennomgått tvangsepisoder i etterkant, og slik samle inn informasjon som hele tiden kan forbedre rutiner på sykehuset.

ERFARINGER. Norske tall fra TvangsForsk viser til at det i 2009 ble tatt i alt 8250 vedtak om bruk av tvangsmidler, fordelt på 4426 vedtak om mekaniske tvangsmidler. I 2013 ble det tatt 19 vedtak om mekaniske tvangsmidler på inntaksposten på Lovisenberg Diakonale Sykehus, mot 44 i 2012. I prosjektperioden og i forkant av prosjektstart (oktober 2013–juni 2014), har vi unngått bruk av mekaniske tvangsmidler helt, med kun to uvanlige unntak. Vi løser ikke tvangsproblemet i psykisk helsevern, men vi har stor tro på at inntaksposten kan gå

foran som et eksempel for å vise at det er mulig å redusere unødvendig tvangsbruk til et minimum. Ved å skape miljø for samarbeid, læring og kunnskapsutvikling i møte med potensielt farlige pasienter, har vi gode forutsetninger for å endre praksis slik at alternativer til tvang lettere blir synliggjort uten at det går på bekostning av de ansattes sikkerhet. Vi vil anvende flere utfallsmål for å estimere potensielle endringer før og etter prosjektet gjennomføres, både med deskriptiv statistikk og slutningsstatistikk. Antall tvangsvedtak og type tvangsvedtak er i hovedfokus. Vi skal gjennomgå data og undersøke normalvariasjonen for tvangsepisoder på posten, og sammenlikne dette med pilotperioden. Prosessen med å etablere en normalvariasjon for tvangsepisoder i en akuttpsykiatrisk avdeling er sammensatt, og blir påvirket av en rekke utenforstående variabler som ikke så lett kan kontrolleres. En sammenlikning kan likevel gi informasjon om hvilke relevante variabler som assosierer med en eventuell nedgang av tvangsepisoder, og nyansere bildet på avdelingen. ●

REFERANSER:

1. Loven om psykisk helsevern (1999). <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html> Helse og omsorgsdepartementet.
2. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. Perspectives in Psychiatric Care 2013; doi: 10.1111/ppc.12036.
3. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. European Psychiatry 2009;6:388–394.
4. Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist. International Journal of Psychiatric Nursing Research 1999;4: 489–497.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



HÅP ER DRIVKRAFTEN

Rehabilitering. Artikkelen tar for seg forskjellige perspektiver på rehabiliteringssykepleie og viser hvordan pasientens behov for sykepleie kan sikres i tverrfaglig samarbeid.

STUDIE:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0104



Birgitte Dahl, Leder av kompetanseenheten, Sunnaas sykehus HF



Grace I. Romsland, Fagsjef sykepleie og førsteamanuensis II, Forskningsavdelingen, Sunnaas sykehus HF og Høgskolen i Oslo og Akershus.



Åshild Slettebø, Professor i helsefag, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder.

I denne studien ønsket vi å komme fram til en enkel tilnærming til tverrfaglig rehabiliteringsarbeid for sykepleiere, slik at pasientens behov for sykepleie kan sikres i tverrfaglig samarbeid. Resultatet av studien er en modell som viser hvordan sykepleierspektiver i rehabilitering forholder seg til komponentene i Verdens helseorganisasjons internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF), som er helsemyndighetenes anbefalte modell for alle faggrupper i rehabiliteringsfeltet.

REHABILITERING. Rehabilitering brukes om tjenester for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer. For barn brukes ordet habilitering. Tverrfaglighet i rehabiliteringsarbeidet er bestemt i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (1), der det sies at habilitering og rehabilitering er «tidsavgrensete, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». Sykepleie er ofte grunnleggende for rehabiliteringsprosessen. Likevel

kan sykepleiere ha vanskeligheter med å beskrive sin rolle og sine oppgaver i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid (2–6). Dette har trolig betydning for sykepleiernes virksomhet når det gjelder ICF, som utgjør en felles modell for ulike faggruppers arbeid i rehabiliteringsfeltet (7).

Sykepleiere har hatt problemer med å benytte ICF (5). Selv om ICF er skapt for å ivareta ulike dimensjoner, kan den oppfattes som en statisk helsemodell. I sykepleiefaget derimot, blir helse betraktet som en prosess (8,9). Sykepleiere bygger gjerne sin forståelse på fenomener utgått fra eksistensielle erfaringer, problemstillinger tilpasset slike erfaringer, og på moralsk og fortolkende praksis (10,11). Dette perspektivet blir ikke vektlagt i ICF. Likevel bør sykepleiere i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid kunne basere sine tilnærminger på ICF, på linje med andre faggrupper. Dette er nødvendig for å sikre at pasienten får den sykepleie vedkommende har behov for i det tverrfaglige samarbeidet. Økt oppmerksomhet på sosiale, politiske og kulturelle dimensjoner ved funksjonshemming de siste årene, kan også gjøre ICF til et godt redskap for å utvikle sykepleietenkning og praksis (5). I denne studien ville vi undersøke hvordan rehabiliteringssykepleiere beskriver oppgavene sine.

Resultater fra undersøkelsen førte til at vi ville vurdere sykepleieperspektiver i rehabilitering opp mot ICF-modellen.

SYKEPLEIEPERSPEKTIVER.

Hensikten med studien var å belyse sykepleiernes beskrivelser av sine oppgaver og ansvarsområder i rehabilitering. Hovedmålet var å undersøke hvilke perspektiver sykepleierne hadde i rehabiliteringsarbeid, og å fremheve relevante områder for sykepleieintervensjoner overfor rehabiliteringspasienter. I løpet av arbeidet så vi at sykepleieperspektivene som ble identifisert, kunne være aktuelle innenfor ulike dimensjoner i ICF-modellen. Studiens neste målsetting ble derfor å vurdere om sykepleieperspektivene kunne relateres til ICF.

SPØRRESKJEMA OG INTERVJUER.

Det ble utviklet et spørreskjema med åpne spørsmål, der sykepleierne skulle beskrive sine ansvarsområder. Skjemaet ble sendt til 100 medlemmer av Faggruppe i rehabilitering i Norsk Sykepleierforbund. Det kom inn 36 svar, noe som er et akseptabelt antall i en kvalitativ undersøkelse (12). I tillegg ble det gjort kvalitative intervjuer med fire erfarne kliniske spesialister i rehabiliteringssykepleie.

Fakta



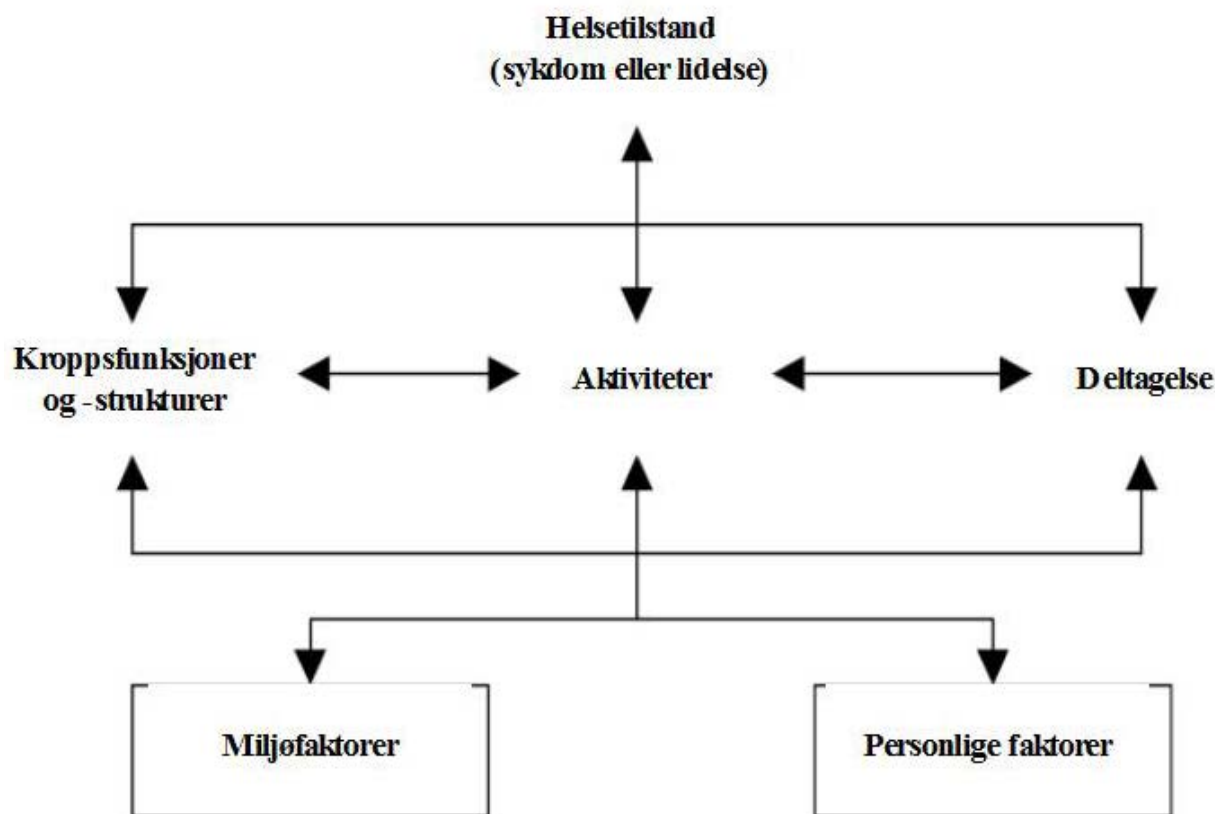
Hovedbudskap

Artikkelen identifiserer seks perspektiver på sykepleie i rehabilitering og viser hvordan disse relaterer seg til ICF-modellen, som er WHOs verktøy for tverrfaglig rehabiliteringsarbeid. Sykepleieperspektivene sett i forhold til ICF kan representere en modell for rehabiliteringssykepleie, som kan hjelpe sykepleiere med å tydeliggjøre oppgavene og strukturere arbeidet sitt i rehabiliteringsfeltet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturrevisninger på våre nettsider.

- Rehabilitering
- Habilitering
- Tverrfaglighet
- Sykepleie



Figur 1: Internasjonal klassifikasjon for funksjon, funksjonshemming og helse (ICF, 7).

ETIKK. Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt, at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg ut. Sykepleierne som deltok i intervjuer signerte en samtykkeerklæring.

PERSPEKTIVER. Sykepleiernes beskrivelser kunne samles i seks teoretiske perspektiver: et relasjonsperspektiv, et brukerperspektiv, et doseringsperspektiv, et mestringperspektiv, et omgivelsesperspektiv og et oversiktperspektiv. Perspektivene ble forankret i persondomenet, helse- og sykdomsdomenet og omgivelsesdomenet i sykepleiens symptomhåndteringsmodell (SMM) (13). Denne modellen ble valgt fordi SMM's tre domener tilsvarer områder som utgjør grunnlaget for begrepet helhetlig rehabilitering (14).

Tilsvarende områder ligger til grunn for ICF-modellen (7).

RELASJONSPERSPEKTIVET. Relasjonsperspektivet er forankret i persondomenet i SMM, og dreier seg om rehabiliteringssykepleiens relasjonelle grunnlag. Følgende faktorer er underlagt relasjonsperspektivet:

- Relasjonen mellom sykepleieren og pasient/bruker
- Arbeid med håp
- Relasjonen til familien/nærstående

Relasjonsperspektivet handler om sykepleiernes forhold til enkeltpersoner og grupper. En sykepleier beskrev hvordan hun la vekt på hyppig kontakt med pasienten og familien den første tiden. «Jeg overøser dem med omsorg,» forklarte hun. «Pasientene må forstå at mine hensikter er gode og at jeg vil deres beste. Det må jeg vise i praksis, ikke bare i teorien. Senere kan jeg begynne

å stille krav.» Krav til rehabiliteringspasienten er nødvendig for å oppnå rehabiliteringsresultater. Håp er drivkraften for å nå målene, og sykepleierne har en spesiell oppgave

«Jeg overøser dem med omsorg.»

med å bidra til pasientens og familiens håp for fremtiden. Både pasient og nærstående møter utfordringer i rehabiliteringsprosessen som håndteres best med fagfolk de føler seg trygge sammen med.

BRUKERPERSPEKTIVET. Brukerperspektivet er grunnlagt i sykepleierens holdning om å ta pasientens perspektiver på alvor og tilrettelegge for brukermedvirkning. Også

brukerperspektivet er forankret i persondomenet. Hovedtemaene under brukerperspektivet er:

- Brukermedvirkning
- Informasjon, både til og fra pasient/bruker og familien
- Verdighet

BRUKERMEDVIRKNING. Brukermedvirkning er grunnleggende i rehabilitering. Medvirkning kan ikke ivaretas uten at personene det gjelder får nødvendig og god informasjon. Sykepleierne la vekt på betydningen av verdighet i denne sammenhengen. «Det er viktig for sykepleierne å være opptatt av verdighet, autonomi og selvbestemmelse. I denne situasjonen er pasientens egne ressurser avgjørende,» forklarte en av dem. Brukermedvirkning er i tråd med etiske prinsipper om retten til



selvbestemmelse, og ligger til grunn for ivaretagelse av verdighet under rehabiliteringen. Brukermedvirkning er anerkjent som viktig for tilfredsstillende resultater i rehabilitering (15).

DOSERINGSPERSPEKTIVET. Doseringsperspektivet viser til hvordan sykepleiere vurderer grad, frekvens og tidspunkt samt varigheten og intensiteten for intervensjoner som iverksettes. Tiltakene «doserer» slik at pasienten etter hvert selv kan utføre egenomsorg. Doseringsperspektivet forholder seg dermed til funksjonstap, og er forankret i SMMs helse- og sykdomsdomene. Doseringsperspektivet var basert på følgende hovedtema:

- Vurderinger av pasientens behov
- Observasjoner
- Terapeutisk tilnærming

Sykepleierne la vekt på observasjon og vurdering av pasientens tilstand. «Det er av stor betydning at vi gir pasienten riktig mengde hjelp og støtte. Vi gjør vurderinger om når pasienten trenger hjelp og når vi kan utfordre dem», kommenterte en sykepleier. Sykepleierne har ansvar for liv, helse og sikkerhet i rehabiliteringen. Den terapeutiske tilnærmingen tar hensyn til at pasienten etter hvert skal ivareta mest mulig av sin egenomsorg selv.

MESTRINGSPERSPEKTIVET.

Mestringsperspektivet er basert på pasientens rehabiliteringsmål og at vedkommende oppnår et liv han eller hun er fornøyd med. Mestringsperspektivet er grunnlagt i konsekvensene av skaden og funksjonsnedsettelsen og knyttes til helse- og sykdomsdomenet. Hovedområdene i mestringsperspektivet skal bidra til et selvstendig liv:

- Egenaktivitet
- Læring
- Empowerment

Mestringsperspektivet handler om opptrening og tilrettelegging. Målet er aktivitet som grunnlag for å kunne delta på de arenaer man ønsker i livet. Å gjøre selv og lære er viktig for mestringsprosessen. En av sykepleierne omtalte dette som sin hovedoppgave: «Å finne den rette balansen

mellom å gi hjelp når det er nødvendig og å bidra til at pasienten kan gjøre ting på egen hånd. Brukermedvirkning og empowerment hjelper pasienten med å ta kontroll over sitt eget liv. La pasienten gjøre selv, bruke ADL – vasking, påkledning, toalettbesøk, som trening for å hjelpe pasienten til å oppnå selvkontroll.»

Empowerment, i betydningen kunnskap og ressurser for å ta makten i eget liv, er en av rehabiliteringsarbeidets grunnpillarer, og helt nødvendig for å mestre egen livssituasjon (15).

Omgivelsesperspektivet tar opp i seg de fysiske, sosiale og kulturelle variabler i miljøet personen lever i. Omgivelsesperspektivet knytter seg derfor naturlig til SMM's omgivelsesdomene. Hovedtemaene er følgende:

- Rehabiliterende omgivelser
- Tverrfaglige samarbeid
- Normalisering av livssituasjonen

OMGIVELSER. Mens relasjonsperspektivet under persondomenet omhandler sykepleierens perspektiv når det gjelder relasjoner til pasient og pårørende, tar omgivelsesperspektivet opp i seg personens relasjoner til sine omgivelser. Sykepleierne i undersøkelsen var mest opptatt av pasientens umiddelbare omgivelser. «Det er viktig å fremme et godt miljø», ble det forklart. «Delta i sosiale aktiviteter i avdelingen, ta med pasienten på turer og så videre». Rehabiliterende omgivelser rundt personen er viktig for resultatene av rehabiliteringsprosessen (16). Tverrfaglig samarbeid, som er en del av omgivelsene, er av betydning for å oppnå best mulig rehabiliteringsresultater (15). Dette var et område der sykepleierne hadde ansvar for tilrettelegging og gjennomføring i enheten.

I sine hjemmemiljøer og i hverdagslivet kan pasienten leve i omgivelser som kan virke funksjonshemmende og hindre aktiv deltakelse. Omgivelsene kan også være funksjonsfremmende. Sykepleiere og andre som er engasjert i rehabiliteringsfeltet og er opptatt av levekår for mennesker med funksjonsnedsettelser, må arbeide

for å bygge ned funksjonshemmende barrierer. Sykepleierne i undersøkelsen var opptatt av at pasienten skulle oppleve anerkjennelse og selv akseptere sin nye livssituasjon, og på den måten oppnå en normalisering av situasjonen. Normalisering av livssituasjonen vil for

«Omgivelsene er viktig for resultatet av rehabiliteringen.»

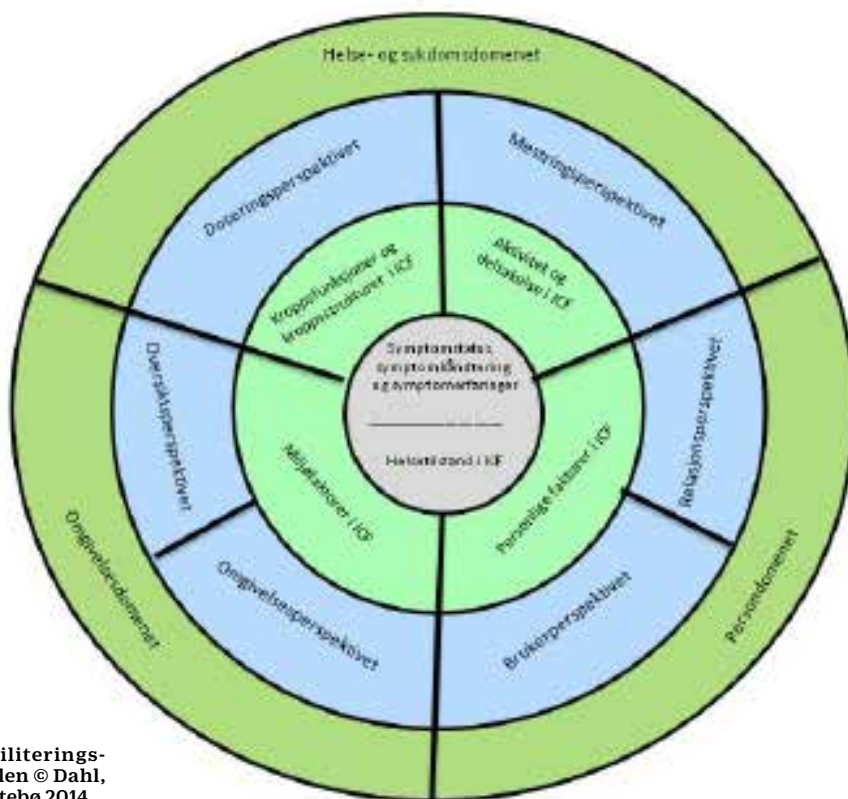
mange være mest knyttet til omgivelser med fravær av funksjonshemmende barrierer.

OVERSIKTPERSPEKTIVET.

Oversiktperspektivet innebærer sykepleierens overblikk over situasjonen på samfunns-, institusjons- og individnivå. Sykepleierne var særlig opptatt av å få frem dette perspektivet. Oversiktperspektivet dreier seg om forhold som er av betydning for pasientens totale situasjon, som ofte ikke sees eller legges vekt på av andre i samarbeidet. Derfor knytter også oversiktperspektivet seg til omgivelsesdomenet. Hovedtemaene under oversiktperspektivet utdyper sykepleierne mange oppgaver i rehabiliteringsarbeidet:

- Oversikt over og administrasjon av nødvendige oppgaver i enheten
- Oversikt over pasienten eller brukerens situasjon på et individuelt nivå
- Samarbeid med kommune, spesialisthelsetjeneste og andre instanser

Sykepleierne i en enhet har oversikt over og er delaktige i innleggelser og utskrivelser, den enkelte pasients avtaler og kollegaers arbeidsoppgaver. De har et administrativt ansvar for at dagen skal fungere både for pasienter, pårørende og ansatte. En sykepleier forklarte det slik: «Jeg har blant annet en administrativ rolle. Jeg skriver rehabiliteringsplaner, rapporter gjennom dagen, ordner møter med rehabiliteringsteamet, tar kontakt med ulike fagpersoner i kommunen, og legger til rette for hjemreise.»



Figur 2: Rehabiliteringssykepleiemodellen © Dahl, Romsland & Slettebø 2014

Oversikten over pasientenes tilstand bidrar til at ulike gruppers intervensjoner ikke går utover pasientens behov. Det kan for eksempel være at personen det gjelder har vært til en slitsom treningsøkt hos fysioterapeut og trenger hvile før time hos nevropsykolog. Sykepleierne beskrev også ansvaret for samarbeid med andre instanser ved at de sørger for kontakter og avtaler. Dette er oppgaver der det er behov for utvikling av rutiner og virkemidler i framtidens helsetjeneste. Alt i alt bidrar sykepleierne til den flyten i hverdagslivet som har betydning for pasientens eller brukerens forhold til sine omgivelser.

REHABILITERINGSSYKEPLEIE-MODELL. De seks sykepleierperspektivene ble sammenliknet med ICF-modellen (7). ICF består av

helsesdomener og helserelaterte domener, som samsvarer med domeneene i SMM (13). En forskjell er at SMM har symptomdimensjoner som forholder seg til domeneene i SMM, mens helsestilstand, som ICF forstår som medisinske diagnoser, er en egen faktor i ICF.

Modellen for rehabiliteringssykepleie skal vise hvordan de seks sykepleierperspektivene kan forholde seg til komponentene i ICF-modellen. Det kan være en hjelp for sykepleiere som skal planlegge, utføre og rapportere sine vurderinger og intervensjoner innenfor rammen av ICF i tverrfaglig rehabiliteringssamarbeid. Når sykepleiere bidrar i planlegging eller rapportering basert på ICF, kan de beskrive vurderinger, observasjoner og intervensjoner knyttet for eksempel til relasjonsperspektivet og brukerperspektivet,

ut fra personlige faktorer i ICF. Under kroppsfunksjoner og -strukturer kan det beskrives observasjoner, vurderinger og tiltak basert på tilnærmingene i doseringsperspektivet. Mestringsperspektivet kan knyttes til ICF-faktorene aktivitet og deltakelse. Her kan sykepleiere beskrive intervensjoner og vurderinger knyttet til egenaktivitet, læring og fremming av empowerment. Ved å relatere omgivelser- og oversiktsperspektivet til ICFs omgivelsesfaktorer, kan sykepleiere beskrive eller rapportere når det gjelder fysiske, holdningsmessige og sosiale omgivelser og formidle samhandlingsperspektiver av betydning for rehabiliteringsarbeidet. Rehabiliteringssykepleiere må utvikle sin kunnskap og praksis på dette området, i tråd med rehabiliteringsfeltets sosiale perspektiver og sykepleiernes

forventete oppgaver i framtidens rehabiliteringstjenester.

AVSLUTNING. De seks perspektivene på rehabiliteringssykepleie som ble funnet i denne studien, belyser sykepleiernes intervensjoner i praktisk rehabiliteringsarbeid og bidrar til en beskrivelse av ansvarsområder og intervensjoner i rehabiliteringssykepleie. Ved å klargjøre sykepleierperspektivene i forhold til komponentene i ICF, tydeliggjører sykepleiens aktualitet i rehabiliteringsarbeidet. Dette kan hjelpe sykepleiere med å strukturere og artikulere sine særegne ansvarsområder i rehabiliteringsfeltet. ●

REFERANSER:

1. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator FOR-2011-12-16-1256 (2001-06-28). www.lovdata.no (10.02.14)
2. Keane SM, Chastain B, Rudisill K. Caring: Nurse – patient perceptions. *Rehabilitation Nursing* 1987; 12: 1824
3. Burton C. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; vol. 32:174–181.
4. Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of the nurse within the multiprofessional rehabilitation team. *Journal of advanced nursing*, 2002; 37: 70–79.
5. Kearney PM, Pryor J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of advanced nursing* 2004; 46:162 – 170.
6. Atwell A, Caldwell K. Do all health and social care professionals interact equally? *Scand J Caring Sci* 2005; 19:268–273.
7. KITH: ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2003.
8. Orlando JJ. The Discipline and Teaching of Nursing Process (An Evaluative Study). New York: Putman, 1972.
9. Dahl K. Dokumentasjon og prosess. Dilemmaer i et historisk perspektiv. *Sykepleien* 2002; 90: 46–50.
10. Martinsen K. Samtalen, skjønn og evidensen. Oslo: Akribes, 2005.
11. Nortvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helseprofesjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
12. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher E, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. Advancing the Science of Symptom Management. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33: 668–676.
14. Normann T, Sandvin JT, Thommesen H. Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse? Oslo: Kommuneforlaget, 2005.
15. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet og deltakelse. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011.
16. Pryor J. Nurses Create a Rehabilitative Milieu. *Rehabilitation Nursing*, 2010; 35: 123–128.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Refleksjon hjelper. Er det riktig av sykepleiere å snakke om pårørende som vanskelige og krevende?

En vanskelig pårørende?



Fakta

Kristin Haugen

Medlem av Rådet for sykepleieetikk. Leder for seksjon for sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik

Når et menneske får en alvorlig sykdom berøres også de som står dem nær. Livet og hverdagen endres, ofte på en uønsket og uventet måte. Pårørende har viktig kunnskap om pasienten, og er i mange tilfeller en vesentlig ressurs i behandlingen av den som er syk. Sykepleiere har en nøkkelrolle i møte med de pårørende.

SKAL IVARETA. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva vi skal strekke oss etter for å sikre god praksis innen profesjonen og i møte med pasienten og pårørende. Yrkesetiske retningslinjer § 3 handler om sykepleieren og pårørende: «Sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende». Dette konkretiseres blant annet ved at «Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt, samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet».

Jeg har gjennom ledelse av refleksjonstid i sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste erfaring med at sykepleiere har hatt behov for å reflektere rundt møter med pårørende som de opplever som vanskelige eller krevende. Når vi som sykepleiere kjenner på dette, er det viktig å stoppe opp og tenke over hva

sykehuset med cellegift og var i stor grad preget av trøtthet, kvalme og «Hvorfor meg»-spørsmål.

Håkon behandles for kreftsykdom og har det siste halve året tilbrakt mange dager på sykehuset. Han bor hjemme med mor og far og hadde i stor grad løsrevet seg fra foreldrene da han ble syk. Men når livet plutselig ble utrygt og uforutsigbart ble det naturlig å ha foreldrene tett på igjen. Særlig mor har vært et godt ankerfeste. Selv om Håkon synes hun er litt kontrollrende og masete overfor sykepleierne, opplever han at hun bidrar til å gjenopprette stabilitet og trygghet.

Synne er sykepleier og har hatt ansvaret for Håkon i dag. I rapporten til kveldsvaktene formidler hun til sine kollegaer at hun synes det er vanskelig å møte Håkons mor. Hun sier hun opplever henne som en ganske krevende, kontrollerende og masete pårørende fordi hun stadig vekk avbryter og stiller spørsmål ved det meste som gjøres. Synne sier hun blir ekstra stresset av dette når dagen fra før av er travel. En av kveldsvaktene bekrefter det Synne forteller og sier at hun selv enkelte ganger er fristet til å snike seg unna noen av situasjonene, for eksempel ved å gå på medisinsrommet når hun ser mora i gangen.

Jeg er avdelingssykepleier og overhører tilfeldigvis at det snakkes om en mor som en vanskelig pårørende. Der og da – i travelheten – stiller jeg ikke spørsmål ved dette, men fortsetter mine gjøremål. Når jeg kommer på kontoret banker det plutselig på døren. «Hei, jeg er mor til Håkon – har du litt tid?» Jeg svarer ja til det, og mor tar mot til seg og sier at hun vil snakke med meg om noe hun synes er vanskelig. Jeg lytter og hun forteller. «Jeg opplever at en del av personalet her i avdelingen unngår meg. Det gjør meg utrygg. På et vis har jeg følelsen av at de opplever meg som brysom. Som mor føler jeg meg ganske hjelpeløs nå. Den situasjonen vi er i er helt utenfor min kontroll. Jeg er til stede, men samtidig er det lite jeg som mor kan gjøre. Det er legene og sykepleierne som gjør jobben. Jeg er trygg på at de kan jobben sin, men likevel har jeg et stort behov for å stille spørsmål, vite hva som skjer og følge med...»

«Jeg opplever at en del av personalet her i avdelingen unngår meg.»

Mor til kreftsyk gutt

dette gjør med oss? Hvordan håndterer jeg denne situasjonen? Hvordan opplever pårørende å møte meg som en profesjonell?

Et spørsmål som ofte har kommet frem er også om det er riktig av meg som sykepleier å omtale en pårørende som vanskelig og krevende. Til ettertanke og refleksjon vil jeg dele en egen opplevelse fra praksis. Historien er anonymisert og skrevet om.

HÅKONS MOR. Håkon har nylig fylt 19 år. Bursdagen i år ble ikke en dag med glede, fest og forventning. Den ble tilbrakt på

MØTEPLASSER TIL REFLEKSJON. Et viktig tiltak for å bygge opp etisk kompetanse i personalgruppa er å skape

møteplasser for etisk refleksjon – en plass hvor medarbeidere kan komme sammen for å drøfte verdispørsmål og etiske utfordringer på en strukturert måte. Min erfaring fra slik refleksjonstid er at dette også bidrar til å utvikle en god kultur hvor vi har åpenhet for å stille spørsmål ved egen praksis. Ved å snakke sammen om vanskelige situasjoner og rekonstruere disse kan vi i større grad oppdage og se hvordan egne handlingsvalg og væremåte kan få følger for andre.

«Et viktig tiltak for å bygge opp etisk kompetanse i personalgruppa er å skape møteplasser for etisk refleksjon.»

Jeg har erfaring med at refleksjon kan hjelpe oss til å se forskjellen på en vanskelig pårørende og en pårørende som har det vanskelig. Dette kan igjen bidra til at vi som sykepleiere endrer på hvordan vi imøtegår de pårørende. Møtet med Håkons mor og refleksjon over situasjonen har bidratt til at jeg har vært mer bevisst på å ta ansvar for at vi som sykepleiere går i dialog på et tidlig tidspunkt. At vi ikke utsetter å snakke med en pårørende om hva vi opplever som vanskelig. Dette handler i stor grad om å vise respekt og omtanke for pårørende og den situasjonen de er i. ●

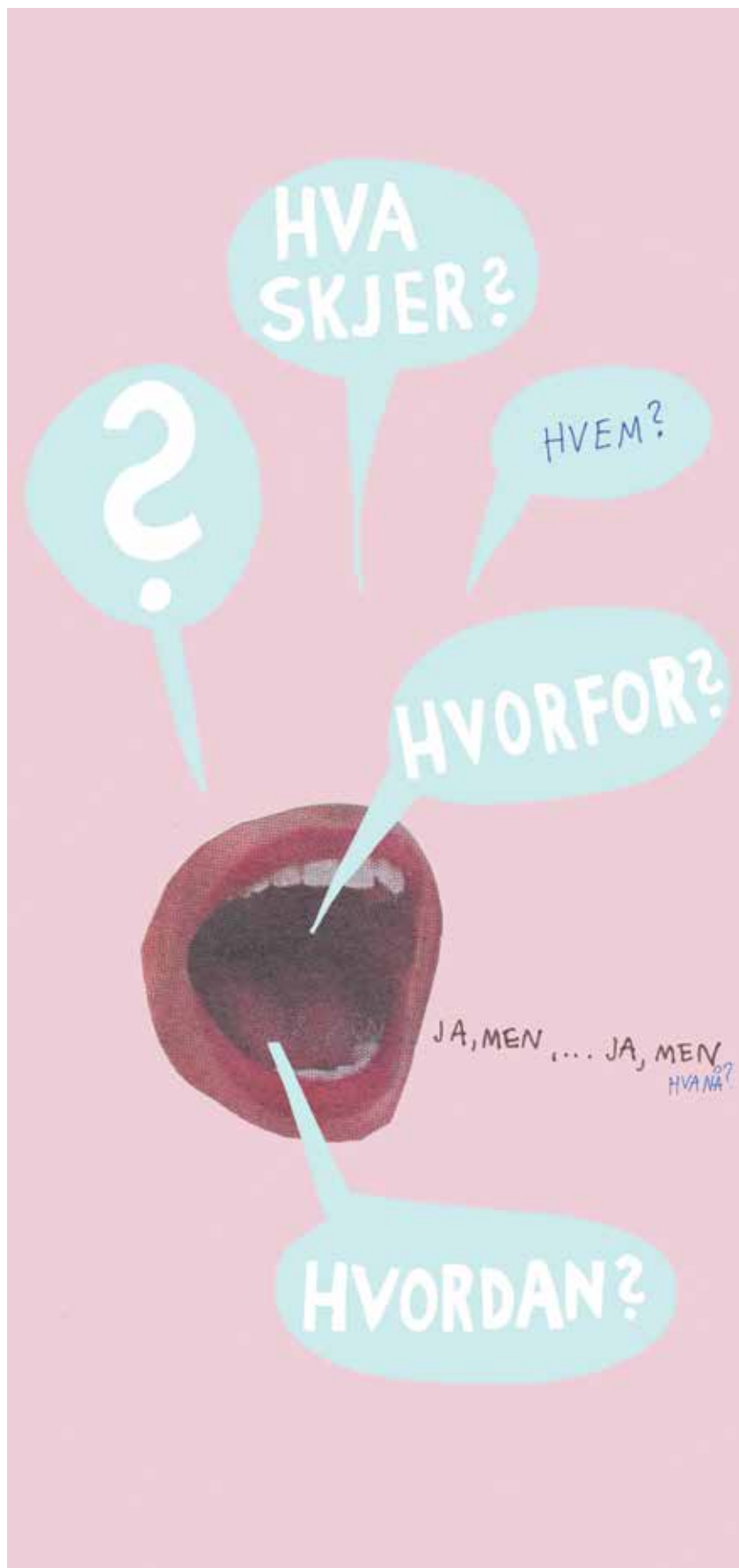


Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





MUNNSTELL AV ALVORLIG SYKE

Munnhygiene. Gode rutiner og prosedyrer for munnstell er viktigere enn valg av produkter.

PROSJEKTARBEID:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0108



Ellen Lykke Trier, fagsykepleier ved Peer Gynt Helsehus



Camilla Jørstad, intensivsykepleier ved Intensiv, Sykehuset Østfold, tidl. ansatt ved Peer Gynt Helsehus

Munntørrehet og munnstell er forsømte områder hos multisyke gamle og døende i kommunehelsetjenesten. Pleiepersonalet trenger kunnskap for å identifisere munntørrehet. Å lytte til pasientenes ønsker samt sørge for at munnstell inngår i daglige rutiner er viktig.

BAKGRUNN. Med anstrengt økonomi blir kompetanseheving til tross for salderingsposten i kommunehelsetjenesten. «Frie midler» fra fylkesmannen i Østfold ga Peer Gynt Helsehus mulighet til å gjennomføre prosjektet «Munnstell hos alvorlig syke og døende – best practice». Samarbeidsprosjektet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Østfold og Peer Gynt Helsehus i Moss pågikk i ni måneder og ble avsluttet 1. oktober 2013. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold hadde oppfølgingsansvar for prosjektene finansiert av «Frie midler» i samarbeid med Fylkesmannen.

MUNNTØRRHET. Dagens sykehjemspasienter har i gjennomsnitt 6,5 diagnoser, bruker 7,2 legemidler fast, bor på sykehjem i 2,1 år og har en gjennomsnittsalder på 82 år (1). Dette viser at pasientene som får plass på sykehjem i dag er alvorlig syke.

Nasjonalt handlingsprogram

med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2) oppgir at inntil 80 prosent av dagens alvorlig syke og døende er plaget av munntørrehet. Munntørrehet skyldes ofte polyfarmasi og kroniske sykdommer og fører lettere til infeksjoner i munnhulen (3). De samme pasientene har også svekket immunforsvar, og mikrober kan da lett finne vei via blodbanen og gi pasienten et langt verre sykdomsbilde. Ivaretagelse av god munnhygiene er derfor infeksjonsforebyggende (3,4).

STORE FORSKJELLER. Våre erfaringer er at munnstell ikke utføres systematisk til sykehjemspasienter og er heller ikke individuelt tilpasset. Vi ser store forskjeller i praksis bare ved samme virksomhet. Vi håper denne artikkelen fører til økt bevisstgjøring av utfordringer vedrørende munntørrehet og betydningen av godt munnstell uavhengig av hvor pasientene befinner seg i «systemet».

Munntørrehet er den subjektive følelsen av tørrehet i munnen på grunn av nedsatt spyttutskillelse (2). Munntørrehet kan utløses av dehydrering, medikamenter, manglende bruk av tyggemusklene, munnpusting, stress og feber. Dette kan føre til sprekker og sår i munnslimhinnen som blir en inngangsport for patogene mikroorganismer (3,5).

MUNNSTELL. Et godt munnstell til eldre kan følge følgende skjema (3,6):

- Fukting av lepper
- Fjerne bakteriebelegg fra tannoverflater og gommer
- Rengjøring av tunge
- Rensing av slimhinner
- Smøring av munnhule
- Fukting av lepper
- Tenner og tannkjøtt inspiseres under hele prosedyren

Hensikten med et munnstell er å fjerne plakk på tenner og i munnhulen samt å forebygge tannkjøtt sykdommer og tannråte. Litteraturen anbefaler å starte og avslutte hvert munnstell med leppepomme (6). Hos pasienter med egne tenner, rengjøres tennene med en myk børste; for eksempel barnetannbørste, med tannkrem uten såpestoffer. Hos pasienter uten egne tenner, kan også munnhulen pusses med samme børste og eventuelle tannproteser rengjøres ved hjelp av en protesetannbørste og vanlig håndsåpe (3). Tungen kan rengjøres med en tannbørste eller en tungeskrape.

SMØRES. Etter at tenner og slimhinner er renset for bakteriebelegg, matrester og slim, smører man hele munnhulen for å bevare et fuktig og beskyttende miljø, dette vil hindre uttørring. Dette punktet er spesielt viktig hos pasienter med munntørrehet og hos munnpuistere

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Inntil 80 prosent av dagens alvorlig syke og døende er plaget av munntørrehet. Munntørrehet skyldes ofte flere medikamenter og kroniske sykdommer og fører lettere til infeksjoner i munnhulen. De samme pasientene har også svekket immunforsvar, og mikrober kan da lett finne vei via blodbanen og gi pasienten et langt verre sykdomsbilde. Ivaretagelse av god munnhygiene er derfor infeksjonsforebyggende.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Kronisk sykdom
- Palliasjon
- Munnstell
- Immunforsvar



Et godt munnstell krever at man lytter til pasientens ønsker. Illustrasjonfoto: Colourbox

(7). God munnhygiene er med på å bidra til god kommunikasjon og opprettholdelse av et sosialt liv. Det stimulerer til bedre inntak av mat og drikke (6), bidrar til å bevare tennene og gir økt velvære (8).

Praktiske hindringer for et godt munnstell kan være ufaglært personale, dårlig tilgang på utstyr, fysisk motstand fra pasienten og stor gjennomtrekk av personale slik at munnstell ikke blir prioritert. De sosiale hindringene er like viktige som de praktiske. Munnstell kan sette pasient og personale i forlegenhet; det blir for intimt, personalet kan ha dårlig selvtilitt med hensyn

til utføring av munnstell, personalet har ikke tid og pasienten ønsker ikke hjelp til munnstell (9).

KJENT PROBLEMSTILLING. På lindrende enhet ved Peer Gynt helsehus er tilpasset munnstell en viktig sykepleieoppgave. Blant annet benytter man kartleggingsverktøyet ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) for å identifisere ulike symptomer, inkludert munntørrehet, så tidlig som mulig (9). Munntørrehet er et symptom som sykepleierne ved Lindrende enhet møter ofte og som de har kunnskap om. Prosjektets mål var å heve

kunnskapsnivået om munnstell og lindring av munntørrehet også ved de andre avdelingene ved Helsehuset, og ved de andre sykehjemmene og bo- og servicesentrene i Moss

«Testingen i seg selv skapte interesse blant de ansatte.»

kommune. Ved å legge prosjektet til andre enheter enn Lindrende enhet, ønsket man å involvere de ansatte der og styrke deres

kompetanse gjennom å delta i prosjektet og ved å utarbeide et undervisningsopplegg.

Prosjektgruppen ønsket å fokusere på brukermedvirkning og inviterte derfor pasientene til aktivt å delta i prosjektet. Gruppen var også opptatt av pårørendes mulighet til å delta for eksempel gjennom å fukte munnen til den døende.

PROSJEKTET. Alvorlig syke og døende var målgruppen for prosjektet, men produktutprøving på døende var utelukket. Vi valgte derfor å ta utgangspunkt i alvorlig syke





pasienter som var samtykkekompetente, og som ønsket å delta i undersøkelsen.

Alle deltakere fikk skriftlig informasjon om prosjektet og skrev under på samtykkeskjema i forkant av prosjektet. Vårt opprinnelige mål om å inkludere 20 pasienter i produkttestingen ble en praktisk utfordring. Peer Gynt Helsehus er et «korttidssykehjem», hvor bare 12 av 53 senger er såkalte langtids-plasser. Vi ble til slutt nødt til å se oss tilfredse med fem pasienter fra fire forskjellige enheter. Kriteriet om at alle pasientene måtte være innlagt i hele prosjektet ble vanskelig å innfri på et helsehus med rask rulling av plassene.

PRODUKTTESTING. Tannpleier underviste prosjektgruppen og ansatte på Helsehuset om konsekvenser av dårlig tannpleie og munntest i forkant av prosjektet. Prosjektet startet opp med møter med hver enkelt pasient som hadde samtykket i å delta. Pasientene fikk utdelt en produktpakke (se faktaboks s. XX) og de fikk skriftlig og muntlig informasjon om pakkens innhold, og instruksjon om hvordan de skulle bruke produktvurderingsskjemaet. Sykepleier ba pasienten angi grad av munntørrhet ved bruk av ESAS-skjema (9). Tannpleier undersøkte pasientene og vurderte munntørrhetsgrad ut fra en belegg- og slimhinneindeks (BSI) (10). I etterkant utarbeidet tannpleier et munntestkort (11) til hver pasient.

Ansatte ble informert og bedt om å følge opp produktutprøvingen i tillegg til tannpuss to ganger daglig med tannbørste og tannkrem fra munntestpakken. Produktutprøvingen foregikk over en arbeidsuke. Tannpleier og sykepleier gjorde nye vurderinger av munntørrhet siste prosjektdag. De innsamlete vurderingsskjemaene ble summert opp og svarene diskutert i prosjektgruppen.

RESULTATER. Pasientenes subjektive opplevelse av munntørrhet

varierte fra 0 til 8 (hvor 0 er ingen munntørrhet og 10 er verst tenkelige munntørrhet). Tannpleierens vurdering stemte i høy grad overens med pasientenes subjektive opplevelse. Tannpleieren benyttet en belegg- og slimhinneindeksskala (BSI) hvor belegg angis på en skala fra 1–4 hvor 1 er intet synlig belegg og 4 er rikelig. SI – slimhinneindeks angis fra 1 som betyr normalt og 4 som angir sterk inflammasjon (10).

Når det gjaldt endringer i grad av munntørrhet fra prosjektets første dag til prosjektets siste dag var det marginal bedring. Pasientenes tilbakemelding var at mange av produktene hadde effekt der og da, men at langtidseffekten var liten.

PRODUKTUTPRØVING. På bakgrunn av pasientenes tilbakemeldinger og de ansattes erfaringer anbefaler prosjektgruppen at man gjør visse endringer i innkjøp ved vår virksomhet. For eksempel kjøper vi inn spyttstimulerende sukkerfrie drops og sugetabletter, da pasientene ga uttrykk for at de hadde sterkere smak og var bedre enn de pastillene vi har i sortimentet i dag.

Flere av dem som var med opplevde at det var mange produkter å prøve ut, og at ikke alle produkter var like aktuelle for deres situasjon. Spyttstatningsmidler som gel eller spray samt munnpensler var det derfor ikke alle som prøvde.

Å gjennomføre en produkttesting i avdeling skapte i seg selv interesse blant ansatte på helsehuset. Siden pasientutvalget var så marginalt er det vanskelig å trekke konklusjoner som er valide for større grupper. Men enkelterfaringer fra prosjektet og pasientenes tilbakemeldinger ga viktig innsikt som vi blant annet kunne bruke i undervisningsopplegget vi utformet.

DISKUSJON. Vi ønsker til slutt å diskutere munntest til døende på bakgrunn av våre prosjekterfaringer, fagprosedyrer og diskusjon med ansatte gjennom flere runder med undervisning i prosjektperioden.

«Produktene har kortvarig effekt mot munntørrhet.»

LEPPEPOMADE. Vi vil anbefale leppepomade med E-vitamin. Den fikk gode tilbakemeldinger fra pasientene samt at vi fant at faglitteratur anbefalte vannbaserte fukteprodukter som inneholder vitamin E og kokos-

nøttolje, fordi de holder lengre på fuktigheten (3) og ikke gir inflammasjoner (8). Hvit vaselin på tube som fordeles i begre og pensles på leppene med Q-tips er mye brukt i sykehjem. Det kan være

økonomisk gunstig, men ut ifra et hygienisk perspektiv og det faktum at hvit vaselin er oljebasert, anbefaler vi pasienter å kjøpe nevnte leppepomade.

BELEGG. Desinfeksjon kan brukes hvis pasienten har belegg i munnhulen. Det er ulik praksis på om man skal benytte klorheksidin eller hydrogenperoksid. Klorhexidin er antiseptisk (3). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen framhever at klorheksidin inneholder sprit som kan gi svie og uttørring i munnhulen, og fraråder derfor bruk av dette til palliative pasienter. Vi anbefaler derfor ikke klorheksidin.

HYDROGENPEROKSID. Hydrogenperoksid 3 prosent er et annet desinfeksjonsmiddel som kan benyttes i munnhulen. Hydrogenperoksid danner oksygen når det kommer i kontakt med kroppsvæsker og effekten varer bare så lenge det frigjøres oksygen, så virketiden er kort. Hydrogenperoksid har effekt på de fleste vegetative bakterier.

I fagprosedyren «Munntest til palliative pasienter» i Helsebiblioteket (7) anbefales Hydrogenperoksid tilsvarende en konsentrasjon på 0,5 prosent (Hydrogenperoksyd 3 prosent: 15 ml i 75 ml vann eller NaCl 9mg/ml). Hydrogenperoksyd har vi tidligere lest at man fraråder fordi det kan skade slimhinnen (3). Anne Watne Størkson (6) som har vært med å utarbeide prosedyren for Fagbiblioteket, understreker

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

at det er viktig at man ikke lager for sterk konsentrasjon. Et mildere alternativ er bruk av lunken Salvieta. Salvieta har bakteriedrepende effekt (3) og brukes blant annet på Hospice Lovisenberg (12).

ARTERIEPINSETT. Thorsen et al. (7) anbefaler arteriepinsett med tupfer framfor munnpensler da de mener at engangspensler er for myke i skaftet og derfor egner seg dårlig. Vi velger allikevel ikke å anbefale bruk av arteriepinsett og tupfere ved munnstell da arteriepinsetten kan skade mucosa og tenner samt at tupferen kan (ved feil bruk av arteriepinsett) havne ned i pasientens luftveier (8). Ved bruk av arteriepinsett må man også påse at det benyttes ren arteriepinsett for hvert stell, og vi opplever ikke at det er ubegrenset tilgang på rene arteriepinsetter på sykehjem.

MUNNPENSEL. Det finnes ulike munnpensler, både fuktige og tørre, samt ferdige sett med tørre pensler og små poser med desinfeksjonsmiddel og fuktighetsgivende midler. Det er imidlertid viktig å huske på at munnpensler ikke fjerner plakk. Elektrisk tannbørste, eventuelt liten tannbørste med myk bust, bør derfor brukes til å pusse tenner så lenge pasienten er bevisst og kan samarbeide om dette.

I neste fase kan munnpensler benyttes til å fjerne mykt belegg, slim og matrester. Munnpensler brukes også til å fukte pasientens munn samt smøre på antimikrobisk stoff når tannbørste ikke kan benyttes (5). Vår erfaring er at munnpensel er et lett tilgjengelig engangsprodukt som kastes etter bruk og dermed gir god hygiene. På sykehjem er det mye ufaglært personale og bruk av låsbar pinsett og tupfere forutsetter mer opplæring. Det er også enklere for pårørende som ønsker å fukte munnen til døende å benytte munnpensler. Vi anbefaler derfor engangs munnpensler ved munnstell til døende.

SMØRE MUNNHULEN. Glycerol er et produkt man fortsatt finner på

mange sykehjem og som mange fortsatt sverger til ved munnstell til døende. Glycerol har en fuktgivende og smørende effekt, men er omdiskutert. Glycerol har en osmotisk effekt som trekker til seg væske fra slimhinne. På kort sikt kan glyserol gi en fuktig slimhinne, mens på litt lengre sikt kan den virke uttørrende (3). Thorsen et al. anbefaler blant annet glyserol, eventuelt med en smakstilsetning, men gjør oppmerksom på at Glycerol må brukes i riktig blandingsforhold, altså 17 prosent løsning. (7).

Ved vårt Helsehus har vi de siste årene forsøkt flere ulike spyttstatningsmidler i form av spray og geler (7) til å smøre munnhulen med. Våre pasienter som har prøvd disse midlene har ulike preferanser når det gjelder smak og konsistens, men er klare på at også disse produktene har kortvarig effekt mot munntørhet.

FUKTING. Så lenge pasientene er bevisste kan ofte det å drikke små slurker vann, suge på isbiter, biter av ananas (7) eller suge på sukkerfrie drops, fluortabletter eller liknende være med på å holde munnhulen fuktig og motvirke plager av munntørhet.

Døende som ikke lenger selv er i stand til å gjøre aktive tiltak og i tillegg puster gjennom munnen trenger derfor å få fuktet munnhulen ofte. Det er i den forbindelse viktig å huske på at pårørende som våker over den døende er en viktig ressurs. Å fukte munnen og smøre leppene til den døende kan oppleves som en meningsfull oppgave i ventetiden for familien, og ikke minst lindrer munntørhet og eventuelt tørstefølelse hos den døende (13).

KONKLUSJON. I litteraturen er det vanskelig å finne evidens for at et munnpleiemiddel er bedre enn noe annet. Tilgjengelighet, brukervennlighet og pris bør derfor ha betydning for valgene man tar. Vi ser det står skrevet flere steder at det er selve handlingen munnstell som utgjør den store forskjellen for å lindre og forebygge munnplager! Å heve kompetansen, endre holdninger og

innføre gode rutiner og prosedyrer for munnstell blir viktig! For å oppnå dette trenger vi å øke bevisstgjøringen omkring farene ved utelatt munnstell samt et sterkt engasjement i pleiegruppa for å gjøre det beste for pasienten.

Ideelt sett burde prosjektet vært gjennomført på et langtidssykehjem, og foregått over flere uker. Utfordringen består i å rekruttere nok samtykkekompetente pasienter i en tid hvor de fleste pasienter ved sykehjem har en eller annen form for kognitiv svikt.

I tillegg er det en stor utfordring å spre kompetanse og sørge for å opprettholde gode rutiner for munnstell i kommunehelsetjenesten når sykefraværet er høyt, vikarene mange og bruk av ufaglærte en del av hverdagen. Hyppig undervisning, god dokumentasjon og enkle prosedyrer som er lett forståelige for ansatte med dårlige norskkunnskaper, bør vektlegges.

Deltakerne i prosjektgruppen understreket betydning av det tverrfaglige samarbeidet og etablering av en tett kontakt mellom helsehuset og tannhelsetjenesten i kommunen som svært nyttig. Også muligheten til faglig fordypning og det å få nye utfordringer som viktig motivasjonsfaktor i en ellers krevende arbeidshverdag ble trukket fram. ●

REFERANSER:

1. Johannessen P. Nye kompetansebehov. Hvilken kompetanse må utvikles i sykehjem under samhandlingsreformen (Internettside). Oslo: Fylkesmannens helsekonferanse 2012. <http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMOA/Helse%20og%20omsorg/Omsorgstjenester/Helsekonferansen%202012/Nye%20kompetansebehov.pdf?epslanguage=nb> (Nedlastet: 12.11.13).
2. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliativ omsorg (Internettside). Oslo: Helsedirektoratet. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord> (Nedlastet: 24.10.13).
3. Flovik AM. Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebærende. 1. Utg. Oslo: Akribi, 2005.
4. McNally ME, Martin-Misener R, Wyatt CCL, McNeil KP, Crowell SJ, Matthews DC, Clovis J. B. Action Planning for Daily Mouth Care in Long-Term Care: The Brushing Up on Mouth Care Program. Nursing Research and Practice. 2012. 11 sider. DOI: 10.1155/2012/368356.
5. Gulbrandsen T, Stubberud DG. Personlig hygiene og velvære. I: Stubberud, DG, red. Intensivsykepleie. 2. utgave. Oslo: Akribi, 2010: 94–126.
6. Watne Størkson A. Munnstell til palliative pasienter. Kreftsyepleie 2012;22–24.
7. Helsebiblioteket. Munnstell til palliative pasienter. Bergen: Helse Bergen. <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/munnstell-til-palliative-pasienter> (Nedlastet: 24.10.13).
8. Helse Møre og Romsdal. Hygienisk munnstell. Ålesund: Helse Møre og Romsdal. http://www.helse-mr.no/ftp/eqspublic/kompetanseportal/docs/doc_271/index.html (24.10.13).
9. Helsebiblioteket. ESAS-Edmonton Symptom Assessment System (Internettside). Oslo: Helsebiblioteket. <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/esas-edmonton-symptom-assessment-system> (24.10.13).
10. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Evaluation of mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. Spec Care Dentist 1999; 19:154–7.
11. Dyvi EB. Klar bedring i tannstatus for eldre. Den norske tannlegeforenings Tidende 2003;113 (16): 854–55.
12. Sundal TE. Munnstell til alvorlig syke og døende. OMSORG 2012;2: 49–51.
13. Kaasa S. Væskebehandling hos pasienter med langt kommet kraft I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: 477–484.

Fakta

Produkt-utvalg

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg gir råd om hva et munnpleiesett bør bestå av. Basert på disse retningslinjene satte vi sammen følgende produktpakke, med noen produkter i tillegg:

- Tannpuss: Zendium tannkrem, tannbørste med myk og mindre bust, ACO-leppepomme med E-vitamin.

- Midler som stimulerer spyttproduksjon: Fluorette tyggegummi, Salivin fruktpastiller, Xerodrops og Xerodent sugetabletter.
- Spyttstatningsmidler: smøring av slimhinner; Zendium gel, Salvia munnpray.
- Munnpensler: Toothette – tørr munnpensel, Ori Salvia – ferdig fuktet munnpensel.



Ingjerd Gåre Kymre

Hud mot hud

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Per Jarl Elle, UNN**

Hudkontakt. Sykepleiere sier det er viktig, men aksepterer at det ikke alltid skjer.

Da Ingjerd Gåre Kymre begynte å jobbe på nyfødt intensiv for 30 år siden, var avdelingen nesten stengt for foreldre.

– Det var heller ikke plass til dem, forteller hun.

– Jeg, og mange andre, stilte nok spørsmål ved dette. Men vi tilpasset oss. Vi lærte av de erfarne og det var få lærebøker om premature nyfødte, mye av kunnskapen var medisinsk rettet.

VIKTIG. Med årene har foreldrene i varierende grad blitt invitert inn på avdelingene. Idealet er mest mulig hud-mot-hudkontakt mellom premature barn og deres foreldre, så lenge det er medisinsk forsvarlig. I doktorgradsarbeidet sitt har Ingjerd Gåre Kymre intervjuet norske, svenske og danske sykepleiere og de bekrefter at de mener mest mulig hud-mot-hud er viktig. Men de aksepterer også at det ikke alltid er mulig å få til.

BREDT. Avhandlingens tittel er *Å iverksette hud-mot-hud omsorg for premature nyfødte barn og deres foreldre – en undersøkelse av praksisens mening og vilkår fra sykepleieres perspektiv*. Kymre har blant annet intervjuet 18 sykepleiere, 6 fra hvert land, i jakten på hva sykepleiere legger av mening i

hud-mot-hud-omsorg.

- Jeg trodde det var litt smalt, sier Kymre.
- Men jeg fant at dette har veldig mange dimensjoner.

FORDELER. Forskning antyder at hud-mot-hud kontakt blant annet er bra for temperaturreguleringen hos det premature barnet, det fremmer tilknytning og samspill mellom foreldre og barn og gjør det lettere å komme i gang med amming. Det er også viktig for modningen av hjernen.

Ifølge Kymre er helsepersonell i en unik rolle for å fremme slik kontakt. Tidligere forskning har vist at sykepleiere på nyfødt intensiv er positive til hud-mot-hud-kontakt, men at praktiske

«Noen sykepleiere har lagt barn mot sin egen hud fordi de mente slik kontakt var så viktig.»

forhold som støy kan være en utfordring. Barrierer kan være bekymring for om det er forsvarlig eller at mødrene vegrer seg. I Norden nevner sykepleiere på nyfødt intensiv mangel på plass.

MENING. Avhandlingen er avlagt ved Universitetet i Nordland, ved studier i profesjonspraksis. Hun legger vekt på at forskningen er gjort ut fra sykepleiernes perspektiv. Det er deres erfaring som er lagt til grunn.

Ifølge Kymre kommer praktisk kunnskap til uttrykk gjennom handling.

– Handlinger er bærere av mening, og ved å intervju erfarne sykepleiere ved nyfødt intensiv har jeg forsøkt å beskrive en essens av mening ved at sykepleiere iverksetter hud-mot-hud kontakt, sier hun.

Hun har brukt en fenomenologisk tilnærming. Ved å intervju både norske, svenske og danske sykepleiere var ikke Kymre ute etter å sammenlikne, men å sørge for variasjon og bredde i erfaringene.

– Jeg var ute etter hva som var essensen, sier hun.

Sykepleierne mener hud-mot-hud kontakt er livsviktig og skal praktiseres så mye som mulig. Men hva de mener med «så mye som mulig» er relativt.

– Noen mener «så mye som mulig» er 24 timer i døgnet, andre at 12 timer er nok. Det vil si at de aksepterer atskillelse mellom barn og foreldre, sier Kymre.

– De sier at de ikke gjør det, men i praksis gjør de det.

Flere sykepleiere uttrykker en uro over barn som ligger mye alene eller barn som er så syke at hud-mot-hud kontakt kommer seint i gang.

– Noen har lagt barn mot sin egen hud fordi de mente slik kontakt var så viktig.

LIV. Alle er opptatt av å fremme hud-mot-hud kontakt med døende barn.

– Men det finner jeg ikke omtalt i større grad og det overrasker meg, sier hun.

– Det er ikke noe de bare er opptatt av å fremme, men noe de iverksetter som noe som haster. De er opptatt av at foreldre skal huske det levende barnet og fornemmelsen av liv på kroppen. Her fant jeg heller ingen nyanseforskjeller blant sykepleierne jeg intervjuet.

I sin avhandling har Ingjerd Gåre Kymre intervjuet 18 sykepleiere.



Sykepleierne er også opptatt av å komme raskt i gang med hud-mot-hud.

– De erfarer at når de først kom i gang, så er det lett å fortsette.

ERFARING. Kymre sier hun hadde forventet en større entusiasme rundt hud-mot-hud kontakt døgnet rundt.

– De er opptatt av det, men jeg har kanskje trodd de er revet med av en bølge. Jeg fant en tilbakeholdenhet i forhold til praktiske ting, som at foreldre trenger å sove. Jeg fant også at diskusjonen om medisinsk forsvarlighet er til stede. Men det er en diskusjon som må være der.

– Hva er begrensningene ved din forskning?

– Den har foregått over så mange år, så ting har skjedd underveis. Verden ser ikke helt lik ut

«Noen mener «så mye som mulig» er 24 timer i døgnet, andre at 12 timer er nok.»

nå som da jeg gjorde intervjuene. Jeg gjorde et utvalg som ga grunnlag for variasjon. Et annet grunnlag ville gitt andre nyanser. Men jeg tror den essensielle meningsstrukturen ville vært den samme.

– Hvordan bør funnene dine påvirke praksis?

– Først og fremst må sykepleiere i enda større grad legge til rette for at barnet er tilgjengelig for foreldrene og foreldrene for barnet, sier Kymre.

– Det er noe de kan påvirke.

– Sykepleiere ser at hud-mot-hud kontakt er bra, både for mor og barn. For døende barn anerkjenner de erfaringen, for da legger de til rette for hud-mot-hud så fort og så mye som mulig. Men ellers stoler de ikke nok på den eksistensielle erfaringen de er vitne til. Vi er så opptatt av at alt kan måles, men det er ikke alt vi kan bevise.

Hun understreker at mer kunnskap er viktig.

– Men vi trenger ikke vente på svarene før vi anerkjenner at hud mot hud er viktig, da tillater vi atskillelse mens vi venter på den medisinske evidensen. Å anerkjenne troen på den gjensidige erfaringens kraftfulle egenskaper er en forutsetning for en mengde fordeler ved at premature nyfødte ligger hud mot hud hos sine foreldre. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Vigdis Bache Semb

Forsker i klinikken

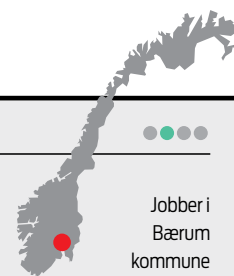
Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Erik M. Sundt**

Fakta

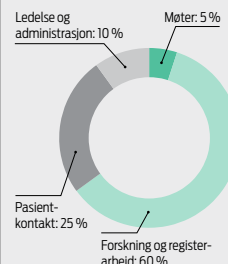
Vigdis Bache Semb
44 år

CV

1995: Utdannet sykepleier
1999: Videreutdanning i ledelse og administrasjon
2004: Ansatt som forskningssykepleier ved Bærum sykehus, Vestre Viken HF
2012: Master i helsevitenskap



Når jeg jobber driver jeg med ...



Mye av arbeidet mitt er basert på pasientregister og inklusjon av pasienter til studier. Derfor blir det en del databehandling og noe møtevirksomhet. Arbeidet mitt består også i evidensbaserte søk, fordypning i annen litteratur og skrivearbeid. Noen av oppgavene mine er dessuten knyttet til prosjektledelse, det vil si igangsetting og gjennomføring av forskningsprosjekter.

Min faste arbeidsplass er på et kontor. Pc-en er mitt viktigste arbeidsverktøy med tilgang til de elektroniske registrene og studiemappene våre. Jeg starter dagen med å planlegge hva jeg skal gjøre, deretter gjennomgår jeg pasientlister for å finne aktuelle kandidater til prosjekter, registrere nye deltakere i forskningsprosjektene og samle inn forskningsdata.

Jeg har pasientkontakt både i kliniske studier, via telefon og brev, i andre prosjekter og i klinikken. Jeg har en variert og spennende hverdag og opplever at det jeg gjør er nyttig. Det er viktig å innhente data som bidrar til god forskning. Dette kan igjen føre til at pasientene får bedre behandling.

Ikke alle faser av et forskningsprosjekt er like spennende. Men fordi jeg deltar i flere parallelle prosjekter, blir det stor sett variert. For tiden jobber jeg med fastlegers oppfølging av pasienter med blodpropp. På grunn av samhandlingsreformen vil oppfølgingen av disse pasientene bli overført til fastleger og prosjektet går ut på å undersøke om pasienten får den samme oppfølgingen hos fastlegen som de ville fått på sykehuset.

Jeg jobber også med en stor hjerteundersøkelse hvor vi inviterer alle født i 1950. Her utfører jeg vanlige kliniske kontroller. I tillegg inkluderer jeg pasienter fra sykehuset vårt til en randomisert studie på et universitetssykehus. Dessuten følger jeg opp pasienter som er inkludert i en sikkerhetsstudie drevet av legemiddelindustrien for å sikre trygg behandling på nye blodfortynnende legemidler.

En annen oppgave jeg har som jeg liker godt er å være prosjektleder for forskningsdagene på Bærum Sykehus. Da har vi stand i sykehusets foajé og arrangerer åpent møte for befolkningen og ansatte hvor vi presenterer forskningsaktiviteten ved sykehuset. •

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Vigdis Bache Semb er opptatt av å innhente data som bidrar til god forskning.



Det er mangel på barnesykepleiere, særlig i Østlandsområdet. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Mangler barnesykepleiere

SPEIELL KOMPETANSE: 2 av 29 sykepleiere er barnesykepleiere på Rikshospitalets kirurgiske avdeling for barn innenfor ortopedi og øre, nese og hals. Det er for få, mener fagutviklingssykepleier Eva Carlsen.

– Dette er barn som krever overvåkning av sykepleiere med spesiell kompetanse. De må ha kunnskap om barn, deres særlige behov, ta hensyn til alder og utviklingsnivå og ta vare

på foreldre og søsken.

Hun får støtte av avdelingssleder Jarle Henriksen.

– I hvert fall halvparten burde vært spesialutdannet, mener han.

På denne posten opereres blant annet barn med medfødte misdannelser og komplekse sykdomsbilder. Ifølge Henriksen er flere av pasientene dårligere enn før.

– Utviklingen gjør at vi kan behandle

barn som før ikke hadde noe tilbud. Det betyr også at de krever en helt annen overvåkningskompetanse, sier han.

Eva Carlsen peker på at det blant annet er langt flere barn med trakeostomi og mange har tilstander som påvirker både respirasjon, ernæring, aktivitet og kommunikasjon. Utfordringen for sykepleierne er å fange opp tidlige tegn på forverring, da barn har mye mindre tydelige tegn enn voksne.

Driking kan gi atferdsvansker

Å drikke for mye før graviditet kan øke risikoen for atferdsvansker hos barnet. Det viser en ny studie med data fra Den norske mor og barnundersøkelsen. Kilde: Folkehelseinstituttet

For lavt blodsukker på sykehjem

6 av 10 diabetespasienter ved norske sykehjem hadde farlig lavt blodsukker. Det viser en studie fra Universitetet i Bergen. 100 pasienter med diabetes ved 19 sykehjem i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland deltok i studien.

Kilde: Dagens Medisin

Ikke mer risikosex etter hpv-vaksine

Det er blitt hevdet at hpv-vaksinen kan føre til mer utagerende sex. Men en ny studie viser at vaksinerte kvinner verken debuterer tidligere, har flere partnere eller bruker mindre prevensjon enn ikke-vaksinerte kvinner.

Kilde: Kreftregisteret



Stipend og ære til Hummelvoll

Jan Kåre Hummelvoll ble i juni tildelt årets Marie Lysnes stipend på 75 000 kroner. Stipendet gis til sykepleiere som vil forske innen sykepleie. Han ble samtidig utnevnt til det første æresmedlemmet i NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Hummelvoll har utgitt en rekke bøker og artikler innenfor sitt fagfelt.

Bøker

Hjelp til å bruke kvalitativ forskning

METODER: Å kunne metode er viktig for å lese forskning. *Hvordan lese kvalitativ forskning* skal gi kunnskap og metodebegreper om prosessen bak forskningen. Eksempelene som brukes er særlig hentet fra kvalitative studier i helse- og sosialfag. Boken er skrevet for bachelorstudenter i disse fagene, og forfattere er Anne Birgitte Leseth og Silje Maria Tellmann.



Om tverrprofesjonelt samarbeid

FORSKNING: Boken *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* har bidrag fra de fremste forskerne som presenterer ny kunnskap. Den består av tre deler. I del en beskrives og drøftes samfunnsoppdraget. I del to presenteres utvalgte sentrale teorier og oppdatert forskning. I del tre gjøres det rede for aktuelle strategier og modeller for samarbeid i helse- og sosialtjenestene. Redaktører er Elisabeth Willumsen og Atle Ødegård.



Helhetlig psykisk helsearbeid

ARBEIDSFORMER: Boken *Å sette farger på livet – helhetlig psykisk helsearbeid* er en oppfølger til *Tusenkunstnerne – mulighet og mangfold i psykisk helsearbeid* og *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Den beskriver kunnskapsgrunnlaget, behovet for kompetanse og aktuelle arbeidsformer og metoder i fagfeltet psykisk helsearbeid. Forfattere er Arve Almvik og Lisbet Borge.



Livet etter jeg så min første skrekkfilm.

Av Tegnehanne



Da jeg var liten og var redd Hufsa skulle åle seg opp fra under senga mi og drepe meg i søvne, ble jeg alltid beroliget av at mor og far virket så trygge. Som at de aldri hadde ofret alle de tusen potensielle farene rundt meg en tanke.



Det ga meg håp å tenke på at jeg en dag også skulle bli voksen, og ured.

Etter hvert som årene har gått, har jeg imidlertid skjønnet at det hele bare var et spill for galleriet.



For jeg kan ikke være den eneste voksne personen som ser livet mitt passere i revy hver gang jeg bøyer meg ned for å vaske ansiktet.

Jeg skylder på skrekkfilmene.



Sykepleien APP

Mer Tegnehanne på nettbrett

Tegnehanne lages av Hanne Sigbjørnsen, som er sykepleier og tegneserieskaper. Last ned Sykepleiens app fra Appstore eller Google Play eller følg lenken fra sykepleien.no



Petter Vennerød

Ikke født i feil kropp

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

Kjønn. Han selv er fornøyd, men håper å gjøre det lettere for dem som ikke føler seg hjemme i egen kropp.

Emma har langt, lyst hår. Sped kropp og trillende, feminin latter. Til kameraet sier hun: «Jeg har vært gutt før».

Hun er med i dokumentaren «Født i feil kropp», som vises i seks episoder på TV2 fra 18. august. Regissør Petter Vennerød har nettopp vist den første for 120 mennesker. Alle tilknyttet Harry Benjamin Ressurssenter, en brukerorganisasjon for dem som er født i feil kropp og deres pårørende. De som er med i dokumentaren var der også.

– Det var mye nerver, sier Vennerød og puster ut.

– Men folk grein og lo om hverandre. De var veldig begeistret.

VANLIGE. Nerver hadde han også.

– Jeg har laget mest feature og drama der jeg dikter historien selv. Her har jeg sugd ut av andres liv. Det er ekstremt følsomt, og de er både få og utsatt.

Tone Maria Hansen, som tok initiativet til Harry Benjamin Ressurssenter i 2000, har stor tro på at dokumentaren vil åpne øynene til folk flest. At de vil se at dette er helt vanlige mennesker som

ikke trenger merkelapper. Det tror og håper også Vennerød.

Sammen med Svend Wam er han kjent som en av norsk films «enfants terribles», og har aldri vært redd for å tale minoriteters sak. Allerede tidlig på 1970-tallet ville han lage film om kjønnsidentitet, men den var umulig å finansiere. Han mener samfunnet er mer åpent nå, men at folk født i feil kropp fremdeles blir undertrykket og diskriminert.

TILLIT. I dokumentaren portretterer han mennesker fra 12 til 69 år. Ulike, helt genuine mennesker med én felles erfaring: De er født i feil kropp.

Alle har kommet til ham.

– Jeg ville at folk selv skulle ta valget helt selv om de ville være med i serien eller ikke. Uten påvirkning av noe slag. Men gjennom internbladet til Harry Benjamin Ressurssenter fortalte jeg om dokumentaren og bad folk ta kontakt.

Starten var vanskelig. Flere trakk seg fordi det ble for tøft. «Hei, dette går ikke», tenkte Vennerød. Men så meldte det seg flere.

– Jeg klarte å skape tillit, de skjønnte at jeg ville dem vel. Jeg er ikke ute etter å eksponere mennesker det er noe gærent med, bare hjelpe dem til å være med i samfunnet. Jeg vil fortelle hvordan det kjennes og føles å være i deres situasjon.

SÅRT. En av dem er Lise Marie, som er 19 år. Født gutt, som nummer to av tre brødre. For

«Jeg har ikke tenkt på at alt jeg gjør og sier er basert på at jeg er mann.»

snart to år siden fortalte hun familien at hun er jente. «Jeg har alltid følt meg som en kvinne», sier hun. Gamle filmklipp viser en liten gutt som tviholder på en Barbie-dukke. I dokumentaren tar foreldrene til tårene. «Hun har hatt det ganske vanskelig oppigjennom, skjønner vi nå», sier faren. «Og vi har ikke skjønnet hvorfor. Det er sårt å tenke på.»

– Hva tenker du om å eksponere så unge mennesker som Emma og Lise Marie?

– Jeg har grublet på det, og diskutert mye med dem. De stiller opp fordi de vil hjelpe andre og er veldig tydelige på at dette er noe de vil. Jeg opplever at de er til enorm støtte for mennesker i samme situasjon. Og det å være med i filmen er en stor hjelp for dem selv.

TOLERANSE. Lise Marie sier familien har reagert helt ok. De støtter henne. Ikke alle historier er slik. Vennerød har hørt om både mobbing og fysisk avstraffelse.

Han opplever at det er områder i landet som er langt mer tolerante enn andre.

– Og områder der dette er noe man ikke snakker om. De som trakk seg, kom selvfølgelig fra slike steder.

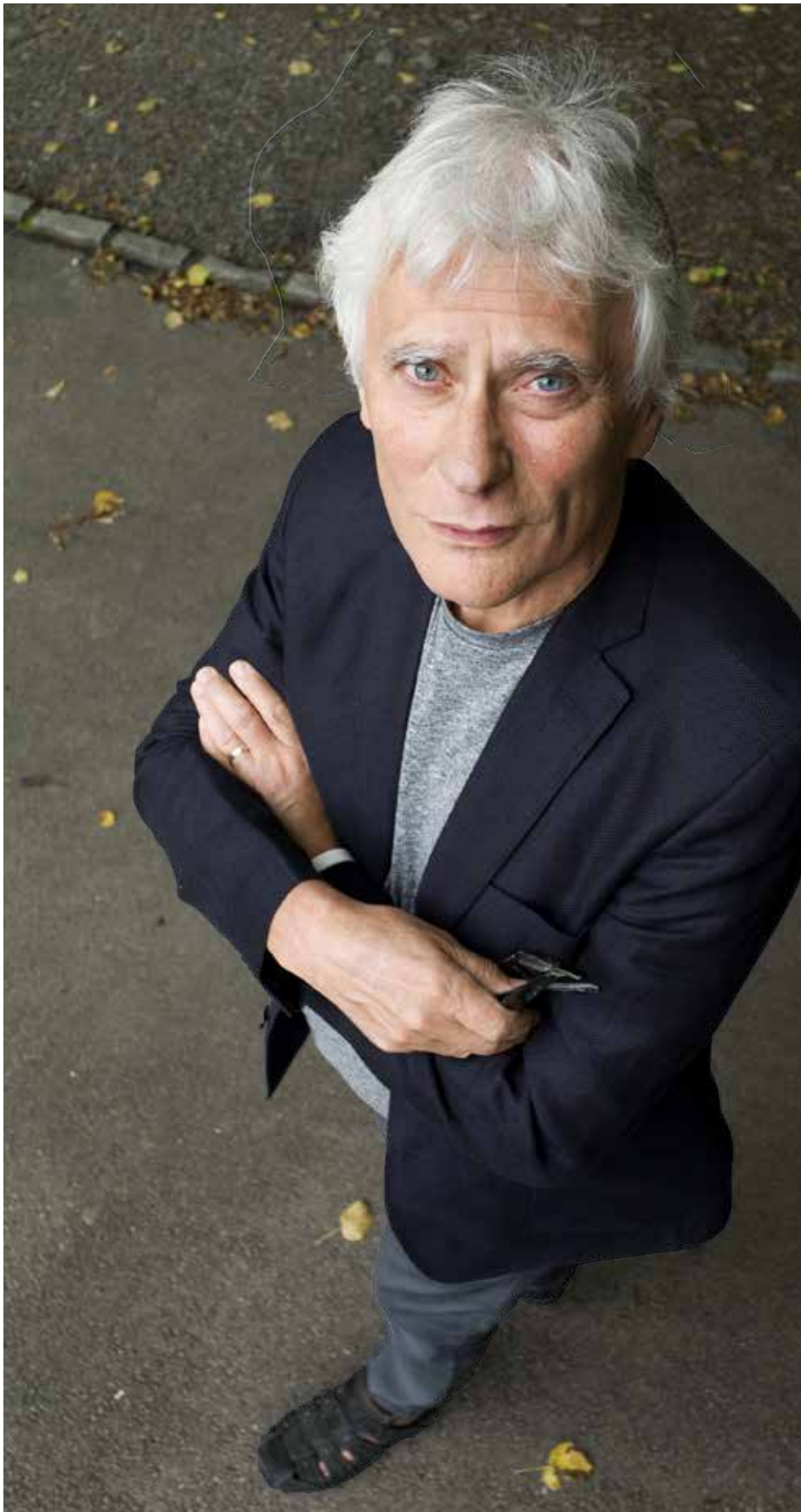
– Har du fått noen aha-opplevelser?

– Det har vært en aha-opplevelse å merke hvor sterkt min identitet er knyttet til hvilket kjønn jeg er. Jeg har ikke tenkt på at alt jeg gjør og sier er basert på at jeg er mann.

– Men hva er det å være mann?

– Det har jeg ikke svar på. Det er noe jeg er.

FEELGOOD. For menneskene i dokumentaren handler det om identitet. 30 år gamle André, småbarnspappa og født som jente, sier det ikke er snakk om valg. For ham handlet det om å bli



Fakta

Petter Vennerød

Filmskaper

Aktuell med: Dokumentarfilmen «Født i feil kropp»

mann eller ikke leve. «Man kommer til det punktet at man sitter og tenker over mulighetene man har til å gjøre slutt på livet», sier han.

André har tatt hormoner, operert bort brystene og «gjort en kraftig ombygging nedentil». Ikke alle som er med, har gjort det.

– Noen ønsker å vente, enten fordi det er store og kompliserte operasjoner, eller fordi tilbudet i dag ikke er helt optimalt, sier Vennerød.

– Men det virker som om målet og ønsket deres er å bli helt lik det kjønn de føler de tilhører.

– *Hvordan er det å komme tett på sånne erfaringer?*

– Jeg skjønner at selvmordstankene og trangten til selvskading kommer. Jeg forstår at noen må foreta seg noe helt fundamentalt.

– *Hva har berørt deg mest?*

– Når jeg snakker med veldig unge mennesker som sier de er født i feil kropp, er det som om hårene reiser seg og tårene vil sprute på samme tid. Eller når jeg snakker med vår eldste deltaker på 69 år, som ville bli dame da hun var 20. Hun var over 50 før hun ble det.

– *Er det triste historier du forteller?*

– Nei. Dette er feelgood. Man kommer til å gråte, men også le. Det er noen triste skjebner, og mange har hatt en vanskelig start. Mange har langt igjen, og noen innser at de aldri blir helt ferdige. Men når de får være den de egentlig er, blir de lykkeligere.

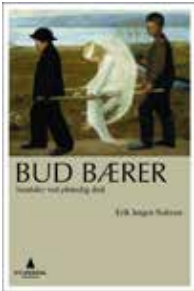
GJENNOMTENKT. Vennerød opplever dem som er med som veldig hele mennesker.

– De har tenkt godt gjennom hvem de er. De har vært gjennom alt.

– *Er de representative?*

– Ja, men de er ekstra modige. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Bud bærer – Samtaler ved plutselig død

Av Erik J. Stabrun
Gyldendal
akademiske 2014
164 sider
ISBN: 9788205463943

Anmelder: Liv Wergeland
Sørbye, professor

Hvordan snakke om død som kommer plutselig?

ANMELDELSE: Forfatteren har arbeidet som politiprest i Oslo. Erfaringer fra samtaler med pårørende, eget og andres arbeid, er samlet til en god enhet. Budbærerrollen er belyst med aktuell litteratur og kloke betraktninger. På forsiden er maleriet «Såret engel» av Slimberg. To gutter med uttrykksfulle ansikter bærer båren. Maleren ville at den enkelte skulle tolke bilde selv. «Sannheten bor i betrakterens øyne», mente han.

I palliativ omsorg forholder vi oss til en forventet sorg. Ved uventet død er ofte budskapet dramatisk. For budbæreren er det viktig å ha sentrale faktaopplysninger før det ringes på

hos de pårørende. Det kan ta tid, og det er uheldig når media sprer nyhetene først.

De etterlatte har behov for å se den avdøde og stedet det skjedde, få stille spørsmål, dele sorgen og for å finne mening. Pårørende skal få hjelp, men forfatteren påpeker at en ikke må frata den pårørende egen mestring. Der barn er involvert er det viktig å skape trygghet.

Forfatteren beskriver behovet for opplæring, veiledning og støtte til personalet.

Det er sterke historier som presenteres. To gutter på fire og seks sitter og ser på TV med hver sin lørdagsgodtepose, da politiet kommer. Moren

hadde vært så lenge på badet, døra var låst. Eldstegutten bebreider seg at han ikke hadde ringt før. Moren hadde tatt overdose.

Forfatteren illustrerer hvor vanskelig det er å finne, veie og velge ord. Han formidler en ydmykhet overfor budbærers rolle som maner til ettertanke og refleksjon.

Forfatteren er noe spørrende til at all hjelp skal være livssynsnøytral, når de fleste har en religiøs eller annen livssynstilknytning. I møtet med døden finner mange støtte og trøst i familiens tradisjoner og tro. Gamle symboler gir felles tilknytning.

Boken avsluttes med et opplegg for samtalegrupper. ●



Fakta

Gruppa

Av Anna Fiske
No Comprendo
Press 2014
96 sider
ISBN: 978-82-8255-035-2

Anmelder: Ingrid
Ovlien-Mikalsen,
spesialsykepleier i psykisk
helsearbeid

Virkelighetsnære historier om sosial angst

ANMELDELSE: I denne tegneserie-romanen møter leseren seks kvinner og menn i ulike aldre. Karakterene treffes hver uke i en gruppe for mennesker som plages av lettere sosial angst. De snakker om familierelasjoner, forhold til venner og kollegaer, ensomhet og hvordan man best kan takle dagliglivets utfordringer; det være seg på arbeidsplassen eller det å gå og handle på matbutikken. Det er tydelig at det er en godt etablert gruppe som beskrives, noe som gjenspeiles i at karakterene kjenner hverandre og er komfortable med å dele det som

er vanskelig. Boken viser et sterkt samhold mellom karakterene, og det er åpenbart at de føler det godt å møte andre i samme situasjon som en selv.

Forfatter Anna Fiske er erfaren og dyktig innen denne sjangeren. Boken gir leseren en følelse av å være en flue på veggen, og man gis korte, virkelighetsnære innblikk i vekselvis gruppemøter og karakterenes utfordrende hverdagssituasjoner. Boken har dermed ikke en klar begynnelse eller slutt, noe som kler den godt. Språket har en muntlig og avslappet stil, noe som harmonerer med de sjarmerende

og hverdagslige illustrasjonene. Dette gjør at boken er lett å lese, samtidig som man føler for å stoppe opp og reflektere over historiene underveis. Forfatteren tar opp det alvorlige temaet med en lun humor, og viser på en god måte viktigheten av å ha gruppetilbud som dette i dagens samfunn.

Gruppa er en bok som engasjerer leseren, og jeg opplever at den kan være relevant for alle med interesse for temaet som tas opp. Historiene gir realistiske innblikk i det å leve med lettere sosial angst, og understreker viktigheten av å ikke føle seg alene når livet oppleves vanskelig. ●

Hva leser du nå?

Torhild N. Vedeler **Det er mange «pinnsvin» blant oss**

LITTERATUR: Torhild Næss Vedeler leser mye og veksler mellom fag og skjønnlitteratur. Hun tar ofte tar frem Muriel Barbery's bok «Pinnsvinets eleganse» der portnerkonen Reneé er sentral.

–Det jeg sitter igjen med er vår tendens til å sette mennesker i bås, ut fra hvilken rolle de har og hva vi tillegger rollen. Vi ser ikke mennesket bak rollen.

Hun synes boken viser en utenforstående tanke om rollen som portnerkone og hva den skal være, men også hvordan en selv setter begrensninger på en selv om hva og hvem en skal være.

–Jeg tenker det er mange «Pinnsvin» også i Norge. Det er en bok jeg koser meg med. Den setter fart på refleksjoner som er nødvendige å ta stilling til for å bli en god rollemodell i dagens samfunn, der mange må starte med jobber de ikke skulle vært i, men må bevise for å komme videre. ●

karlhenrik.nygaard@gmail.com



Alder: 51

Yrke: Pasientsikkerhetskoordinator
på Haukeland universitetssykehus.

Nyttig om selvfokuserte terapiformer

ANMELDELSE: Forandrer vi verden gjennom å forandre menneskene, eller forandrer vi menneskene ved å forandre verden? Dette er et viktig perspektiv når jeg leser denne boken.

Psykologen Ola Jacob Madsen er kritisk til den økende makt psykologifaget har fått innen helse og samfunn. Det gjelder ikke minst det sterke fokuset på individet innen moderne psykologi. Det har i all hovedsak sin opprinnelse i USA og gjenspeiler seg i ordtakene om at enhver er sin egen lykkes smed.

I boken går forfatteren grundig inn på den såkalte selvhjelps litteraturens enorme utbredelse, dens ideologiske grunnlag og kommersielle side. Selvledelse har fått et eget kapittel. Det har også analysen av kognitiv psykologi der det særlig fokuseres på nevrolingvistikk-programmering (NLP). Metoden forklares som en metode for å lære og å avlære visse handlingsmønstre. Det handler om å hjelpe mennesker med å bli mer bevisste i hvordan de ubevisst har programmert seg selv, og å lære dem hvordan de kan programmere seg selv på nye og bedre måter og dermed bedre håndtere sitt eget sjelsliv. NLP inngår som et viktig element i litteratur og terapi knyttet til

selvledelse, selvfølelse, selvkontroll og mindfulness.

Bokens presentasjon og kritikk av mindfulness er tidsaktuell og interessant. Metoden har dokumentert medisinsk effekt innen en del områder og anvendes når det gjelder mestring av stress. Madsen diskuterer godt en relevant medisinsk forskning knyttet til klinisk bruk av metoden. Han avviser ikke metoden, men stiller nødvendige kritiske spørsmål. Han mener den kan fungere godt som individuell oppskrift til å mestre tilværelsen eller å holde ut et vanskelig liv. Den kan imidlertid lett overdrives og lede til en uheldig selvfokusert væremåte.

Boken får godt frem potensielle politiske utfordringer knyttet til de selvfokuserte og innoverskuende terapiformene. Madsen trekker frem aktiv handling som viktig. Verdens politiske utfordringer løses ikke ved at mennesker trekker seg inn i seg selv. De kan imidlertid godt forenes med den politiske handlingsberedskap som menneskeheten trenger i dag.

Boken bør etter min mening være et førstevalg for både de som bruker NLP-baserte metoder og de som er søkende i det konglomerat av individuelle terapier som nå tilbys i det alternative helsemarkedet. ●



Fakta

**Det er
innover vi
må gå – En
kulturpsykologisk
studie av
selvhjelp**

Av Ole Jacob Madsen
Universitetsforlaget 2014
220 sider
ISBN: 978-82-15-02182-9

Anmelder: Karl-Henrik
Nygaard, rådgiver

**«Arbeid er synliggjort
kjærlighet.»** Kahlil Gibran



Risiko. På Adipol følger de opp gravide som har stor mage fra før.

Gravid og stor

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

I gangene på Rikshospitalets fødeavdeling går fødeklare kvinner og nybakte mødre. Bak en dør, til det som egentlig er et undersøkelsesrom, driver Unni Tryti poliklinikk for gravide som veier for mye.

Til henne kan det komme kvinner med kroppsmasseindeks på 48. De kan veie 160 kilo. Men det er også kvinner som har mer beskjeden overvekt. Målet er ikke å slanke dem, men å veilede dem til et sunt kosthold for å forebygge komplikasjoner.

– Særlig viktig er det å forebygge svangerskapsdiabetes, fordi det kan få konsekvenser både for mor og barn, påpeker hun.

Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes har for eksempel økt risiko for å utvikle diabetes type 2.

FØDE. Mange overvektige gravide opplever at kroppen ikke er på lag med dem.

– En viktig del av jobben er å gi dem troen på at de kan føde, forteller hun.

– For å få til det, er det viktig med kontinuitet i oppfølgingen. Det er viktig for alle gravide, men særlig for disse.

Overvektige gravide har økt risiko for komplikasjoner ved keisersnitt.

– Jeg opplever at de fleste ser betydningen av en vaginal fødsel, og heldigvis er det mange som går gjennom graviditet og fødsel uten komplikasjoner, sier hun.

TIPSER. Kvinnene som kommer hit, er enten henviset fra primærhelsetjenesten eller de har tatt kontakt selv. Tryti opplever at gravide tipser hverandre. Hun tror leger og jordmødre er glade for å kunne henvise, fordi de trenger støtte i omsorgen for disse kvinnene.

– Rent fysisk er de vanskeligere å undersøke. De kan være vanskelige å lytte på og det kan være

vanskelig å vurdere leie og vekst. Det er ikke lett å danne seg et bilde av hvordan barnet vokser, og derfor følges kvinnene opp med ekstra ultralyder for å følge med på vekst og trivsel på barnet.

Hun synes det er et privilegium å få tid og kapasitet til å følge opp disse kvinnene. Men hun ser også at de trenger mer enn hun kan gi dem.

– Å endre livsstil er en lang prosess, påpeker hun.

– Svangerskapet kan være en begynnelse. Å skulle bli en familie kan være en motivasjon for å gjøre de riktige valgene. Et barn skal vokse inn i deres vaner.



«En viktig del av jobben er å gi dem troen på at de kan føde.»

Unni Tryti

Men det krever mer enn matveiledning.

– Ikke minst er det et psykisk aspekt som vi ikke har mulighet til å gå i dybden på.

RESPEKT. Hun har konsultasjoner en til en, men er ikke i tvil om at det kunne være en fordel å møtes i grupper.

– Mange overvektige gravide tror de er alene i verden, erfarer hun.

Og ikke alle blir møtt med like stor respekt.

– Det er historier om kvinner som følte ting skjedde over hodet på dem og historier om flåsete bemerkninger. Det synes jeg er ille. Alle pasienter har krav på respekt, sier hun alvorlig.

Mange hun møter lengter etter gravidmagen.

Fordi de er overvektige, synes ikke svangerskapet på dem. Ingen reiser seg på bussen og ingen ber om å få kjenne at det sparker.

– Det oppleves mange som sårt.

ET UBEHAGELIG MØTE. Slike negative erfaringer har Hilde Hatlestad fått sin del av. Da hun ble gravid for første gang, satt legen som et spørsmålstegn.

– Jeg sa til ham at jeg kunne se at han kanskje var skeptisk til meg og situasjonen min, forteller hun, som den gangen veide 55 kilo for mye.

– Det bekreftet han. Så gikk han rett på hvor viktig det var at jeg ikke la på meg under graviditeten. Det siste jeg trengte var flere kilo på en allerede for stor kropp.

Han sa det beste hun kunne gjøre, var å slanke seg for å bedre oddsen til barnet.

– Faren for spontanabort var så stor at jeg ikke trengte å håpe på noe.

RÅD. Noen dager etter fikk Hatlestad komme til en privat jordmor.

– Jeg følte for å ha noen å prate med, noen jeg kanskje kunne få saklige og gode råd av, sier hun.

– Men det første jordmoren sa var at det var et mirakel at jeg hadde klart å bli gravid, at man egentlig bare kan drømme om å få barn når man er så stor. Jeg satt der med tårer i øynene og fant ikke mot til verken å spørre om det jeg lurte på eller til å forsvare meg.

Hun gikk derfra med en skikkelig vond følelse i magen. Akkurat som legen sa jordmoren at hun ikke kunne håpe på at dette gikk bra og at abortfaren var overveldende stor.

NEGATIVT. De to møtene skapte en uro i kroppen, og hun fikk angst for å møte helsevesenet igjen.

– I et par uker fikk jeg ikke sove, jeg gikk konstant

Fakta

ADIPOL: Poliklinikk på Rikshospitalet i Oslo for overvektige gravide. Er åpen hver torsdag. Drives av jordmor, ernæringsfysiolog og lege. Overvektige gravide kan henvises, eller selv ta kontakt.

ØKT RISIKO MED OVERVEKT: Overvektige gravide har økt risiko for spontan abort, føtale misdannelser, svangerskapsforgiftning, svangerskapsdiabetes, høy fødselsvekt, intrauterin fosterdød, langvarige fødsler, skulderdystoci, akutt keisersnitt, postpartum-blødninger, maternelle infeksjoner, overflytting nyfødtenhet.

Kilde: Norsk gynekologisk forening, veileder i fødselshjelp 2014

KEISERSNITT: Keisersnitt er et stort inngrep og overvektige gravide har økt risiko for komplikasjoner som kan være svært alvorlige. For eksempel sårinfeksjoner og blodpropp i etterkant av inngrepet.

BMI: I Norge er 1 av 4 fertile kvinner overvektige, 1 av 10 har fedme. Overvekt defineres som en kroppsmasseindeks på over 25. Fedme som en kroppsmasseindeks på over 30. Det fins ikke en eksakt grense for når kroppsmasseindeksen utgjør en risiko for svangerskap og graviditet.

SVANGERSKAPSDIABETES: Norge er 1 av 4 fertile kvinner overvektige, 1 av 10 har fedme. Overvekt defineres som en kroppsmasseindeks på over 25. Fedme som en kroppsmasseindeks på over 30. Det fins ikke en eksakt grense for når kroppsmasseindeksen utgjør en risiko for svangerskap og graviditet.

og tenkte på at hver minste ubehagelige følelse i magen sikkert var begynnelsen på den aborten legen og jordmoren hadde sagt sannsynligvis ville skje.

Å lage mat fikk hun seg ikke til å gjøre.

– Bare tanken på å legge på meg enda mer og skade babyen gjorde at jeg fikk helt panikk for hva jeg stappet i meg.

Etter hvert som andre fant ut at hun var gravid, ble det enda mer oppmerksomhet på alt det

«Jeg var jo fullt klar over hvor stor jeg var.» Hilde Hatlestad

negative. Igjen fikk hun høre at hun sikkert ville abortere, og at hvis ikke det skjedde, ville hun antakelig få en baby som var alt annet enn frisk.

SAKLIG. I dag er Hilde Hatlestad nybakt mor til nummer to. Første svangerskap gikk fint. Etterpå slanket hun seg kraftig og ble slankeoperert. Da hun ble gravid på ny, var vekten normal. I dette svangerskapet har møtet med lege og jordmor vært helt annerledes.

– Det har ikke vært noen negative kommentarer, tvert imot. De påpekte hvor flott vekt jeg hadde og jeg fikk god oppfølging, sier hun.

Når hun ser tilbake på første svangerskap, skulle hun ønske helsepersonell hadde tatt opp overvekten på en mer saklig måte.

– Jeg var jo fullt klar over hvor stor jeg var. En skikkelig lege eller jordmor ville gjort meg klar over den på en fin måte, og heller gitt råd og tips om hva jeg kunne gjøre for å minimere den, uten å være nedlatende.



LA OM. Allerede da hun fikk positiv graviditetstest, fikk hun dårlig samvittighet.

– Jeg fikk absurde tanker som at «hva hvis ungen ikke får plass til å vokse på grunn av alt fettett mitt?» og «tenk om den forsyner seg såpass mye av fettlaget at den går inn i sukkersjokk?».

Så begynte tankene å dreie seg mer og mer over på hva hun kunne gjøre for å minimere risikoen for å gå opp i vekt.

– Jeg ville ikke aktivt slanke meg, men kuttet tolt ut brus og energidrikke, omtrent på dagen. Jeg unte meg et glass cola hver lørdag og begynte å spise oftere og mat med fiberinnhold.

FORTALTE. Hun skulle også ønske venner og familie hadde møtt henne med en mer «realistisk optimisme».

– Et vanlig «gratulerer» hadde holdt i lange baner for meg. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Quiz

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

1 Hvilken sykdom kan høye fosfatnivå lede til?

- A Hjerte- og karsykdom
- B Osteoporose
- C Astma

2 Finnes det noe vi kan spise eller drikke for å unngå myggbit?

- A Ja, hvitløk
- B Ja, kaffe
- C Nei

3 Og hva tiltrekker oss mygg?

- A Sannsynligvis eddik og sitron
- B Sannsynligvis Limburgerost og alkohol
- C Ikke noe spesielt

4 Myggen elsker over 300 stoffer mennesker skiller ut. De mest kjente er:

- A Melkesyre, karbondioksid og ammoniakk
- B Feromoner og en rekke hormoner
- C Parfyme og andre kunstig tilførte dufter

5 Hva er ictus fulminis?

- A Lynnedslag
- B Kaktusstikk
- C Igler som har sugd store mengder av blodet

6 Hvor snakker man om «hårnål»?

- A Innen plastisk kirurgi
- B Innen genforskning

- C Innen geriatri

7 Hva koster medlemskapet i NSF for nyutdannede?

- A 52 kroner måneden
- B 1,45 prosent av lønna
- C 223 kroner i måneden

8 Hva betyr SPOR?

- A Screening for pleie og omsorg
- B NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus
- C Sykepleie i postoperativ rehabilitering

9 Hvor mange kvinner har ledet Legeforeningen?

- A Ingen
- B Halvparten av hittil 41 presidenter
- C Kun Hege Gjessing og Torunn Jansbu

10 Er barn med skilte foreldre mer overvektige?

- A Det er ingen forskjell sammenlignet med andre barn
- B De har 50 prosent mindre andel med overvekt eller fedme
- C De har 50 prosent større andel med overvekt eller fedme



Hjelper det mot vampyrer, må det vel hjelpe mot mygg?

- 😊 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Slikker 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: 1a, 2c, 3b, 4a, 5a, 6b, 7c, 8b, 9c, 10c

Randis hypokonderkryssord

😊	TEP- PET SALAT	LIKE	KON- SERT- START ELV	NARKO	KRAM- PER	ØY- BOER	MAS VOKAL- ER	LESE- STOF- FET	TALL	OND- SKAP	ORG.	FORF.	DYR	DIARE- EN	LENG- TE	FASE	IRRITA- SJON- ER
PLAG- GENE																	
NATTE- RAVN																	
	TIRRA	RES- SURSER ORGAN									VÅPEN	SKUESP.				ART.	
LETT VRI				VOKALER			NB! LIKE		GLI!			TITTE UKJENT			LEVER LETTE		
			ORGAN					SANG- DEL	SKRIFT- ENE								
SVI!			SLURK			BIB.- NAVN			VITEN							ØK!	
UNIK						POL. PARTI	ORD BOD		TALL		KLAG- ES						
EKSEM				JØKEL					PRON.		FLÅ						
					RESPI- RERTE					TRO							

Se løsning på kryssord side xx.



Fag. Anestesisykepleiere vil kunne gjennomføre anestasier uten at hvert enkelt legemiddel er spesifikt ordinert av lege.

Utvidet ansvar for legemiddelhåndtering

Forskrift om legemiddelhåndtering er under revisjon. Dette innebærer i hovedsak to større endringer: minimumskrav for tilberedning av legemidler i sykehus og andre helseinstitusjoner, og at sykepleiere og annet kompetent helsepersonell selvstendig skal kunne administrere legemidler til behandling i særskilte situasjoner hvor det ikke er praktisk mulig at lege ordinerer.

I HJEMMET. Vedrørende minimumskravet til tilberedning av legemidler i sykehus og andre helseinstitusjoner, har NSF i sitt høringssvar påpekt at forskriften også må omfatte tilberedning av legemidler i pasienters hjem – en situasjon som er stadig mer aktuell.

Prinsippet om selvstendig administrering av legemidler i spesielle situasjoner er allerede ivare tatt i helsepersonelloven. Kravet er at det er etablert forhåndsgodkjente helsefaglige prosedyrer og at helsepersonellet har relevant kompetanse. Eksempler på arbeidsområder hvor dette vil være aktuelt er i sykehjem, i ambulansetjenesten og under gjennomføring av anestesi, knyttet til anestesisykepleiernes selvstendige og særegne kompetanse, funksjon og ansvar.

HØRINGSSVAR. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har sammen med Sykehuset Østfold HF sendt et felles høringssvar til Helsedirektoratet. Dette er en oppfølging og videreføring av et samarbeid mellom sykehuset, NSF og Helsedirektoratet gjennom prosjektet «Pasientsikkerhet, samhandling og trygg anestesi» (PaSTA).

Et av de fire delprosjektene her var «Legemiddelhåndtering og tverrfaglig samarbeid under anestesi».

PaSTA-prosjektet ble derfor invitert til å delta i revisjonen av legemiddelforskriften. Som et resultat av dette arbeidet ble

«PaSTA-prosjektet er et godt eksempel på hvordan NSF arbeider.»

begrepet prosedyrestyrt rammeordnasjon innført. Det innebærer at anestesisykepleierne kan gjennomføre anestasier uten at hvert enkelt legemiddel er spesifikt ordinert av lege. En rammeordnening gjennom prosedyre vil medføre en lovhjemlet anestesiologisk praksis for anestesisykepleiere.

VIKTIG GODKJENNING. NSF og Sykehuset Østfold understreker at kravet til faglig forsvarlig praksis gjelder for både formell kompetanse, faglig ajourføring og kvalitetssikrede prosedyrer. NSF har i en årrekke jobbet for en offentlig myndighetsgodkjenning av anestesisykepleiere, hvor det blant annet er utviklet et system for faglig ajourføring og vedlikehold av kompetansen.

KVALITETSSIKRING. NSF er spesielt positiv til virksomhetsleders tydelige ansvar for solid kvalitetssikring av ansattes kompetanse, og at den individuelle vurderingen av helsepersonells formelle og reelle kvalifikasjoner blir sammenholdt med tildeling av oppgaver innen legemiddelhåndtering.

PaSTA-prosjektet er et godt eksempel på hvordan NSF arbeider, og viser at det nytter å jobbe faglig og politisk for å påvirke – til beste for pasientene.

På denne måten er Norsk Sykepleierforbund, med 100 000 medlemmer i ryggen, en sterk bidragsyter for utvikling og innovasjon i helsevesenet. ●



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund



Modernisering?

ANSETTELSE: I dag, 11/6, kommer det bakholdsangrepet fra regjeringen som vi advarte mot, og fryktet, før valget i september -13. Endringer i Arbeidsmiljøloven har ansatte i norske bedrifter, både offentlige og private, vært redde for. Disse blir nå med all sannsynlighet gjennomført uten at sedvanen med å, på forhånd, ta med partene på råd er gjennomført. Dette markerer, som Unios leder Anders Folkestad helt riktig påpeker, et markant linjeskifte for hvordan arbeidslivsutfordringer og – spørsmål blir løst på i Norge. Den «norske modellen» som alle på arbeidsgiversiden også skryter av i sine festtaler kan med dette være skrotet. Dette er svært beklagelig da alt tyder på at nettopp dette samarbeidet har vært Norges fordel i en ellers krisepreget verden. Dette er et kapittel for seg og kun fremtiden vil vise om mine antakelser er riktige.

Arbeidsgiverorganisasjonene NHO og Spekter, med flere, jubler for «moderniseringen». En modernisering som skruer klokka mange år tilbake i tid og som medfører at arbeidstakere igjen skal måtte stå med lua i hånda og hoppe akkurat så høyt som arbeidsgiverne krever og når de krever dette. Spekter hadde sågar helst sett at FrP hadde tatt av maska helt og lagt hele tillitsvalgtdelingen bakerst på hylla slik at det er ledere, og KUN dem, som skal diktere når og hvor-

dan man skal jobbe i blant annet helsevesenet. Arbeidsgiverne mener at de nå vil kunne fylle på med funksjonshemmete og alenemødre i arbeidslivet. Jeg kan ikke med mine beste evner se at arbeidsgivere til nå har vært forhindret fra å ansette verken funksjonshemmete eller alenemødre. Dagens godt fungerende og svært fleksible arbeidsmiljølov har i alle fall ikke vært til hinder. Jeg ser også at de funksjonshemmetes egne interesseorganisasjoner vil ha seg frabedt å tas til inntekt for ytre-høyre-politikk. Det bør regjeringen og Venstre legge merke til. Det som også bør veie tungt er unges, funksjonshemmetes og alenemødres reduserte muligheter til å etablere seg i boligmarkedet. Der er det galoperende priser og stadig høyere krav til egenkapital og nettopp faste stillinger. Når det bare er arbeidsgiversiden som jubler, da har Venstre, Høyre og FrP vist hvem de egentlig lager politikk for. Dette forsterkes når alle som endringen «skal fungere godt for» rister på hodet og ikke helt forstår hvordan dette på noen måte skal få en positiv effekt. Jeg hadde ønsket meg politikere som faktisk var ærlige og som åpent sa hvem de legger til rette for. Vær vennlig, ikke selg inn dette arbeidsgivertiltaket som et tiltak hvor de nederst ved bordet skal få det så mye lettere. Vi forstår bedre og vi gjennomskuer dette fåfengte forsøket på å sukre pillen.

Kenneth Sandmo Grip, hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund

Avkledd

ET MØTE: «Mannen i 50-årene har hatt problemer med vannlating og blærespeng etter TUR-P, en operasjon av prostata. Etter å ha vært timer på legevakten kommer han på sykehuset for å få blæreskyl og observasjon av hans tilstand.

Det er kveld, og jeg er inne på tremannsrommet. Jeg lukker vinduet og trekker for gardinene. «God natt», sier jeg. «God natt», sier han og smiler. Jeg lukker døren. 10 minutter senere ringer det, og jeg går tilbake til tremannsrommet. Han sitter i sengen. «Jeg må ha hjelp, det har gått galt». Det er blod i hele sengen, og jeg småspringer for å hente veilederen min. Inne på rommet til pasienten sitter han fremdeles. Han tar av seg underbuksen, mens veilederen min prøver å undersøke hva som har skjedd. Hun vrir på ledningene og ut kommer et stort koagel. Mannen reiser seg og går ut på badet, forbi de to andre mennene som ligger på rommet med han. Inne på badet, kommer han med et stort sukk idet han slenger av seg den blodige pasientskjorten. Han står helt naken framfor speilet. «Jeg er så lei, så vanvittig lei», sier han og lener seg tungt med hendene på vasken. Jeg ser på mannen. Han er en vakker mann. Jeg legger et dusjhåndkle over skuldrene hans, for å gjøre hans nakenhet mindre synlig. «Jeg vet ikke helt hva jeg skal si», forklarer jeg. Det blir stille. Så møtes blikkene våre i speilet, og vi gir hverandre et bekræftende nikk. Jeg skal finne deg en ny skjorte, sier jeg mens blikkene våre fortsatt holdes. «Takk». Han slår blikket ned og skruer på vasken.

Det ble et kontrastfylt møte. Både kroppslig og mentalt var han avkledd, hvor hans nakenhet ble forsterket av min profesjons hvite klær. Jeg valgte å dekke hans skuldre for at han skulle bli mindre blottstilt og samtidig bevare integritet. Eller kanskje var det mitt eget behov jeg ønsket å dekke. Ubehaget av min egen handlingslammelse og av å komme så tett på et fremmed menneskes nakenhet. Jeg vet ikke om han reflekterte over at han var avkledd. Kanskje kjente han mest på følelsen av frustrasjon og av å være trett. For meg ble det et møte med menneskets sårbarhet. Det var ingen prestasjoner, ingenting var tilgjort, ingenting tilslørt. Det var bare ærlighet og fylt av liv, hvor medmenneskelighet ble formidlet gjennom taushet og kroppsspråk.

Så er vi i grunn bare mennesker.»

Refleksjonsnotatet skrevet av **Marianne Helen Vik** som fikk sin bachelor i juni ved Haraldsplass diakonale høyskole

Løsning på kryssord i nr. 9/2014 (se side 74)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Lytt til ALLE sykepleiere, herr statsråd!

ARBEIDSMILJØLOVEN: Arbeidsministeren bør lytte mer til organisasjonen som representerer over 100 000 sykepleiere enn til tre sykepleiere som har meldt seg ut av sin organisasjon.

Arbeids- og sosialminister Eriksson har annonsert en oppmykning av arbeidsmiljøloven (aml.). Når han i media redegjør for sitt forslag viser han til samtaler han har hatt med tre sykepleiere som deler hans syn på at dagens lov er for rigid. Disse tre meldte seg ut av fagforeningen de var medlem av (Fagforbundet) for å få den fleksibiliteten de så sårt manglet, noe han tar til inntekt for at fagforeningene ikke er i takt med medlemmene sine i denne saken.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) kan ikke se at vi har noen medlemsflukt der vår arbeidstidspolitikk oppgis som årsak til eventuell utmelding. Vi

får tvert imot flere og flere medlemmer uke for uke. I stedet for å basere seg på en samtale med tre «tilfeldige» sykepleiere burde kanskje ministeren vurdere å snakke med oss som representerer over 100 000 sykepleiere?

De tre sykepleierne Eriksson snakket med gjorde ham overbevist om at noe måtte gjøres. Det var nemlig helt umulig for sykepleiere å få jobb annenhver helg. Han fremhevet hvor ille dette var for alenemødre som hadde behov for fri når barna skulle være hos mor. De fortjente en mindre rigid arbeidsmiljølov, og av omsorg for disse og andre ofre for et rigid system vil nå regjeringen ta ansvar og foreslår det de kaller en oppmykning av lovverket.

For NSF høres dette ut som vikarierende

argumenter. Det er ingenting i dagens lovtekst som hindrer fleksibilitet. Arbeidsmiljøloven er en rammelov som inviterer til fleksibilitet og det inngås avtaler hver eneste dag som beviser dette. Avtaler som ivaretar både arbeidsgiver og arbeidstaker sitt behov. En sykepleier som er alenemor hindres ikke av dagens lovverk i å kunne arbeide annerledes (for eksempel annenhver helg) i perioder. Og vi som fagforening hindrer heller ikke det. Ministeren ønsker seg et trygt og familievennlig arbeidsliv. For undertegnede er det ingenting familievennlig ved at mor eller far må belage seg på å jobbe flere helger, lengre vakter eller mer overtid.

Arbeidsministeren er også opptatt av mulighet for flere midlertidige ansettelser. Hovedargumentet er angivelig at det vil sikre at flere kommer seg inn på arbeidsmarkedet. For meg og NSF er det en selvfølge at arbeidslivet skal være basert på faste ansettelser. Det gir forutsigbarhet og er viktig for den enkelte. Uten hele og faste stillinger vil mange av våre medlemmer stå uten mulighet til for eksempel å ta opp lån til boligkjøp. Økt adgang til midlertidig ansettelse er et angrep på retten til fast ansettelse. Jeg tviler på at lovendringen gjør at flere kommer inn på arbeidsmarkedet, men jeg tviler ikke på at den vil bidra til et utstøtende arbeidsmarked.

Arbeidsministerens drøm om en trygg, fleksibel og familievennlig aml. er allerede oppfylt. De endringene han ønsker å gjøre vil gjøre drømmen langt mindre behagelig for et stort antall arbeidstakere.

NSF mener det er klokt av arbeidsministeren å lytte til såkalt vanlige folk – og ta deres meninger og innspill på alvor. Utfordringene kommer når man rammes av selektiv hørsel og avgrenser innspillene til de som passer med ens egen politiske agenda – i dette tilfelle tre sykepleiere som ikke nødvendigvis representerer vanlige folk. De representerer i alle fall ikke hovedvekten av NSF over 100 000 medlemmer. Verken disse eller det vi oppfatter som vanlige folk for øvrig har krevd en massiv oppmykning av arbeidsmiljøloven og mer arbeid på ubekvemme tider. Snarere tvert imot.

Nina Horpestad, fylkesleder i NSF Rogaland

Siden sist

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



Nr. 8 | 2014 Sykepleiens nye app

Sykepleien kan nå leses på lesebrettene iPad, og flere versjoner av Android. Noen lesere har opplevd å ikke finne Sykepleien i Appstore eller Google play, og årsaken til det er trolig at de har søkt med telefonen. Da vil ikke apper som ikke fins i det formatet bli funnet.

Redaksjonen



Sykepleien.no

Tips oss

Har du mistanke om at noe i din kommune eller ditt helseforetak er alvorlig galt? I vår fikk Sykepleien en pris for undersøkende journalistikk. La oss sjekke saken!

Redaksjonen@sykepleien.no

Minneord

Catherine Mulhearn Evensen

1942–2014: Hun ble født 30.04.1942 i England og vokste opp i en søskenflokk på fire og hadde en stor og nær familie selv om den ikke bodde i Norge.

Som liten drømte hun om, enten å bli ballettdanserinne eller sykepleier. Hun kunne sikkert gjort det stort som ballerina, men heldigvis valgte hun sykepleien.

Etter sykepleierutdanning og spesialisering innen psykiatri i England, kom Catherine til Norge og jobbet ved Sørlandet sykehus i Arendal fra tidlig på syttitallet.

Hun hadde også kompetanse innen sykepleiefaglig veiledning og i perioder veiledet hun sykepleiere slik at de bedre kunne takle vanskelige jobbsituasjoner og dermed gi en bedre pasientbehandling.

Catherine betydde mye for så mange. Hun hadde evnen til å se sine kollegaer og pasienter og å lytte til dem. Samtidig som hun sa klart ifra og satte grenser når det var nødvendig. Derfor passet hun så utrolig godt som psykiatrisk sykepleier.

Hun var liten av vekst, men en stor kvinne. En måtte ikke la seg lure av størrelsen, når hun trodde på noe så sto hun på til siste slutt. Det så vi både i forhandlinger og når hun hadde vanskelige medlemssaker. Hun ga ofte uttrykk for at hun var stolt over å være sykepleier og hun levde til fulle opp til Sykepleierforbundets visjon: Tydelig – Modig – Stolt

Catherine var nøktern og sparsommelig, men hun var også forfengelig, likte å pynte seg og leppestiften var aldri langt unna.

Hun trivdes godt ved symaski-

nen og som synlig bevis har vi flere «uniformer» hun sydde til vårt tidligere trommekorps. Under Norsk Sykepleierforbunds 100 års jubileum i 2012 ble de samme uniformene brukt både på regional feiring i Kristiansand og under den nasjonale feiringen i Den norske Opera.

Catherine var en dyktig politiker, både partipolitisk og ikke minst som politisk valgt fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund i Aust-Agder. Hun var alltid lojal, var det vi kaller «hel ved» og hun ble et forbilde for mange av oss. Hun jobbet som rådgiver i Sykepleierforbundet i seks år før hun ble valgt til fylkesleder, et verv hun hadde i ti år. Hun omtales som en bauta i organisasjonen og mange utenfor fylkets grenser spør etter henne når Sykepleierforbundet er samlet.

Catherine mistet sin kjære Ole for åtte år siden og hun kom ikke ordentlig over tapet. Savnet var stort og tungt å bære.

Hun fikk flere barnebarn og hadde stor glede av å være sammen med dem, men samtidig kjente hun på sorgen av at hun og Ole ikke fikk felles opplevelse av å være besteforeldre.

Vi på kontoret og i fylkesstyret visste at Catherine hadde vært alvorlig syk en tid, likevel var telefonen om at hun var gått ut av tiden 12. juni tung å få. Døden kommer så ubeleilig og vi kan aldri være forberedt på den.

Våre tanker går til Rakel og John Trygve, deres ektefeller og barnebarna. Vi lyser fred over ditt minne, Catherine.

Kirsten Stensrud, fylkesleder Norsk Sykepleierforbund i Aust-Agder

Minneord

Per-Inge Vintervold

1956–2014: Det er med stor sorg vi må innse at Per-Inge ikke lenger er blant oss, han døde 8. mai i år. Vi har mistet den faginteresserte, aktive og glade Per-Inge som alltid stilte opp enten det var verv eller seminarer eller turer som dreide seg om faget. Han var alltid til stede når noe faglig foregikk.

Per-Inge ble utdannet operasjonssykepleier ved Ullevål sykehus i 1998. Han mottok stipend fra Lillehammer sykehus under videreutdanningen og var ansatt i operasjonsavdelingen der siden sommeren 1997, og der ble han. Blant sine kolleger ved Lillehammer sykehus var han kjent som en fagperson som gjerne stilte opp og bidro til å synliggjøre operasjonssykepleien gjennom undervisning i faget og med sine meningers mot når fagdiskusjonene var i gang. Som tidligere journalist anvendte han sitt lynne til å være godt orientert og oppdatert om arbeidsplassen og operasjonssykepleiefaget, og han stilte alltid opp for det han trodde på.

Per-Inge trodde på og stilte opp for faggruppen i hele sin tid som operasjonssykepleier. I 1999–2002 var han medlem i styret i Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere (NSFLOS). Sin tidligere journalistfering anvendte han også til beste for faggruppen som redaktør i fagbladet Overblikk i perioden 2003–2008. Per-Inge gjorde en stor innsats for å holde det

populære fagbladet på bena i papirversjon; han sørget for interessant innhold og refererte alltid fra diverse seminarer og særlig de årlige seminardagene til NSFLOS. Han skaffet også inntekter til driften ved å sørge for tilstrekkelig med annonser i fagbladet. Det var mange operasjonssykepleiere i landet vårt som så frem til fagbladet, som kom ut fire ganger i året. I 2008 ble Overblikk innhentet av nåtiden og ble omdannet til elektronisk fagtidsskrift. Selv ikke med Per-Inges innsats kunne papirversjonen lønne seg i det lange løp.

Lokalgruppen Oppland (NSFLOS) fikk også nytte godt av Per-Inges faglighet og innsats. Han deltok i styret i lokalgruppen fra 2010 og frem til sin død. Først ivaretok han vervet som sekretær, og fra 2012 ble han valgt til lokalgruppeleder. Han er dypt savnet av sine kolleger i lokalgruppen og i styret, og både vi i NSFLOS-styret og lokalgruppelederne savnet ham på siste lokalgruppelederseminar i 2014. Hans fravær var tydelig for oss, og vil også være det i årene som kommer. Vi er takknemlige for Per-Inges innsats i faggruppen, og vi minnes ham med glede og med savn. Vi lyser fred over Per-Inges minne.

Styret i Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere (NSFLOS) v/ nestleder Vivi-Ann Sandersen



Forskning. NSF's forskningsmidler bør bidra til gjennomføring av gode, avgrensede kliniske studier som i dag har få muligheter til finansiering.

Ville Florence fått NSF-stipend?



Fakta

Magnus Strømmen

Forskningssykepleier,
St. Olavs Hospital og
PhD-student NTNU

Flere og flere sykepleiere i klinikken tilegner seg forskningskompetanse. Kan vi derfor vente oss en strøm av publikasjoner om kliniske problemstillinger? Tvilssomt, og slettes ikke med støtte fra NSF.

Virkeligheten for mange sykepleiere med vitenskapelig mastergrad eller PhD er at klinikkene langt ifra tilbyr stillingshjemler med krav og tid til forskning. Selv å bli del av eksisterende forskningsmiljø ved universitetssykehusene kan være vanskelig. For manges del forvitrer forskningskompetanse og -initiativ, og en del av dem som lykkes med å forske gjør det trolig mer på tross av enn på grunn av systemet.

ØNSKER DEBATT. Nå skal vi heller ikke forvente å bli tatt imot med åpne armer. Mange har utvilsomt urealistiske forventninger, noe som gir næring til arbeidsgivers lett nedlatende diagnostikk av oss som mastersyke. Det skal jeg la ligge, men ønsker her å reise en debatt knyttet til andre begrensede faktorer for våre vilkår for klinisk forskning, faktorer vi selv rår over.

Som profesjon har vi ingen forskningstradisjon å vise til, selv om vi paradoksalt nok gjerne holder forskeren Florence Nightingale frem som et forbilde. Ironisk nok har hun kanskje størst stjerne hos epidemiologene, som i stor grad er leger. I en kultur hvor taus kunnskap og erfaringskunnskap er honnørord, stiller forskning og evidensbasert kunnskap derfor i utgangspunktet med handikap.

Universitetssykehusene rår over store forskningsmidler,

Samtidig vet enhver sykepleier at den kliniske hverdagen ikke utelukkende dreier seg om medisinsk og teknologisk spisskompetanse. Helsepersonell utøver prosedyrer og intervensjoner på mange nivåer og i alle ledd av helsetjenesten. Dette er tiltak vi forventer har en positiv effekt – kanskje basert på vår erfaringskunnskap – men som ofte mangler evidens. Slik står sykepleiere i klinisk praksis daglig oppe i situasjoner hvor systematisk kunnskap burde etterspørres. Nærheten til pasienten gjør i neste omgang implementering av ny kunnskap sikrere, hvilket understreker berettigelsen av forskningskompetanse bedside.

Hvis vi er enige om dette perspektivet, er det tre forhold vi må gjøre noe med.

SYKEPLEIEFORSKNING. Begrepet sykepleieforskning brukes ukritisk, og ingen nevner bivirkningene. Å snakke om sykepleieforskning er uproblematisk i høyskolens skjermte sfære. Men i sykehusverden er maktforholdene annerledes, og vi ttrer på oss motstand ved å signalisere at vår forskning er noe eget. For hva mener vi egentlig? At vi forsker på oss selv? For oss selv?

Skal en forskningskompetent sykepleier i klinikken lykkes, må han bevise fra første mulighet at han kan håndverket å forske. Da blir det dumt om lite gjennomtenkt begrepsbruk nedarvet fra høyskolen signaliserer at vi gjør ting annerledes enn de andre. Sykepleieforskning hører hjemme ved lærestedene, ikke i klinikken.

En annen negativ side ved begrepet er dets implisitte disiplinering av hva det er legitimt for sykepleiere å beskjeftige seg med. Dette kommer noen ganger direkte til uttrykk når sykepleieakademikerne kritisk spør en forskende sykepleier om relevansen for sykepleie. I beste fall er dette tegn på stor avstand mellom lærested og klinikk – i verste fall en hersketeknikk. Motiverende er det iallfall ikke.

Samtidig må sykepleiere som forsker på kliniske problemstillinger vende blikket opp fra sykepleietidsskriftene og bort fra egen menighet. Klinisk kunnskap hører hjemme i diagnosespesifikke journaler med et bredere publikum.

«Sykepleieforskning hører hjemme ved lærestedene, ikke i klinikken.»

men velger å styre kronene i retning sine sterkeste forskningsmiljø. Ressursforvaltning etter Matteusprinsippet gjør at de som har, får mer. Frukten er eliteforskning, noe som i seg selv selvsagt er bra, men her når sykepleiere sjelden opp. Vi treffer ikke tematisk, vi skårer lavt på kvalitet, vi mangler meritterende publikasjoner, og står uten de tunge nettverk.

KLINISK FORSKNING. Jeg betviler ikke at det er noe som med rette kan kalles sykepleieforskning, eksempelvis fagdidaktikk og profesjonsforhold, ei heller at dette er berettiget i noen grad. Det er imidlertid synd at NSF's forskningsmidler spesielt favoriserer et slikt introvert fokus. Overdreven interesse for oss selv signaliserer grunnleggende usikkerhet på egen funksjon og legitimitet.

Det er rimelig at lærestedene ivaretar noe av dette fokuset, men vårt hovedansvar som forsknings- og klinikkompetente sykepleiere må være nettopp klinisk forskning. Hvem som gjør intervensjonen bør være likegyldig – oftest er dette et tverrfaglig produkt: Pasientene møter en helsetjeneste mer enn de møter en isolert sykepleietjeneste. Og hvorfor skal ikke en sykepleier for eksempel forske på en intervensjon gjort av andre?

«**POSTMASTERMIDLER**». NSF har valgt å legge seg på samme linje som de store pengesekken ved å prioritere PhD-løp og post-dok. Dette harmonerer dårlig med sykehusverden hvor få får anledning til å doktorere, og de som gjør det forsvinner.

Derimot er det en økende andel dyktige klinikere med MSc som vasser i forskbare problemstillinger. Mange av disse vil i motsetning til et PhD-løp greie seg med relativt begrensede forskningsmidler. Paradoksalt nok er det knapt noe sted å søke penger for rimelige, mindre studier til tross for at de tilfredsstiller krav til originalitet og kvalitet.

ET EKSEMPEL. Ved kontroll av en tidligere fedmeoperert forteller hun meg hvordan alkohol har blitt et problem. Kvinnen er normalvektig, men helsen er på mange måter mer truet nå enn da hun var fet. Litteraturen sier ganske lite om hvordan alkoholisme kan være en komplikasjon til gastric bypass. Mellom andre plikter får jeg omsider beskrevet en studie for å se på ulike fedmekirurgiske prosedyrers konsekvenser for førstepasasjemetabolisme av etanol.

Sykepleieforskning, spør noen? Nei, klinisk forskning basert på farmakokinetiske prinsipper, men høyrelevant for kirurg så vel som sykepleier i utredningen og valg av pasientforløp for disse pasientene. Og nettopp fordi problemstillingen hentes fra praksis, står klinikkens tverrfaglige team klar til å implementere resultatene når de foreligger.

Driftsmidler var og er fortsatt en utfordring. Studien er ikke del av et PhD-løp, det tematiske fokuset treffer ikke, min CV er tynn og jeg mangler internasjonale samarbeidspartnere i teamet jeg etablerte. Studien ble imidlertid mulig fordi det finnes noen få finansieringskilder med såkalt frie forskningsmidler. Dette er sårt tiltrengte ventiler som muliggjør studier utenfor de store satsingsområdene.

Det er nettopp slik jeg mener NSF's forskningsmidler bør anvendes. Vi må bidra til gjennomføring av gode, avgrensede kliniske studier som i dag har få muligheter til finansiering. Effekten av en tildeling kan dreie seg om et være eller ikke-være for den det gjelder i klinikken. Det kan bli den første studien etter fullført MSc (eller PhD), og kan for den det gjelder bidra til å synliggjøre en sykepleier med et godt metodisk og klinisk øye. I et større perspektiv vil sykepleiere som leverer kliniske studier som endrer praksis være av strategisk verdi for hele profesjonen vår.

Nettopp derfor må NSF nå omdisponere forskningsmidlene. Slik det er i dag ville ikke engang Florence fått penger. ●

Sykepleien har ca. 100 000 abonnenter. Tidsskriftet, som utgis av Norsk Sykepleierforbund, henvender seg til landets sykepleiere. Redigeres etter redaktørplakaten. Redaksjonen holder til i sentrum av Oslo.

Vi søker:

Frilans medarbeider med ansvar for bøker

Sykepleien søker snarest en frilansmedarbeider som skal ha ansvaret for Sykepleiens boksider. Vedkommende har i oppgave å fylle to sider med anmeldelser av bøker som er relevante for sykepleiere. I tillegg skal han/hun skrive spalten «Hva leser du nå?» og levere tre korte bokomtaler.

Oppdraget innebærer:

- Ta imot pressemeldinger og anmelder-eksemplarer fra relevante forlag.
 - Vurdere hvilke bøker som skal anmeldes og fordele disse bøkene til aktuelle anmeldere.
 - Holde kontakt med anmeldere og sørge for at de forholder seg til Sykepleiens veiledning for anmeldelser.
 - Samarbeide med anmelderne om et best mulig resultat.
 - Når anmeldelsen er ferdig, sendes den, et bilde av forfatter og scannet omslag til redaksjonen for desking og språkvaske. Han/hun kan også selv bidra med anmeldelser inntil 10 ganger i året og skal holde redaksjonen løpende orientert om bøker og forfattere som er aktuelle for redaksjonell oppfølging/omtale.
- Vedkommende får adgang til å bruke Sykepleiens verktøy for redaksjonell planlegging.

Kvalifikasjoner

Det er ønskelig at du har:

- Minst tre år høyere utdanning
- Innsikt i hva som er interessant (fag-)litteratur for sykepleiere
- Evnen til å kommunisere og samarbeide med eksterne anmeldere
- Skriveerfaring

Honorar etter avtale.

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf 408 52 179 eller til journalist Nina Hernæs, tlf 906 91 411

Søknader sendes snarest til: barth.tholens@sykepleien.no
merket «Boksider»

Sykepleien



Tenk nytt. Vår eldrepleie er redusert til grensehandel:

Mest mulig, billigst mulig. Eldreomsorgen må reorganiseres.

Seniorskammen

V i skal alle dø. Rik, fattig, stor og liten. Livets siste kapittel er fra biologiens side krevende. Som samfunn har vi bidratt til å gjøre den ekstra besværlig. Våre eldre er redusert til overmedisinerte objekter uten verken nytte eller mening. Det som bør være en siste verdig reise er blitt et glorete og innholdsløst ventrom.

Som gruppe er de eldre lite annet enn en offentlig øvelse i kostnadsminimering og effektivisering av tjenester. Som individer er de derimot godt stoff, brikker i et spill om folkets gunst, en kappestrid om sympati.

MASKINELL OPPBEVARING. Det er oppsiktsekkende hvor lite kreativitet og innovativitet vi viser i eldreomsorgen. Jeg har selv arbeidet med både demente og oppegående seniorer, og få deler av samfunnet er så blottet for innovativ kraft. Den maskinelle strukturen vitner mere om statens behov for oppbevaring enn menneskelige ønsker om omsorg. For oppbevaring er vi dyktige til. Pleiere over hele landet er eksperter på løfting, stell, vask og tidtaking. Det er ikke sarkastisk ment; det er få yrkesgrupper jeg respekterer mere. Påstanden er snarere at pleiernes potensial ikke utnyttes. For vi glemmer viktige aspekter ved omsorgen: Den menneskelige, etiske og filosofiske utfordringen som ligger i å sørge for de eldste, de syke og de som skal dø.

Vi henfaller ofte til lokale og fysiologiske løsninger på større biologiske utfordringer. Konsekvensen er at omsorgen blir ren oppbevaring. En vente-på-døden-tilstand som ingen egentlig ønsker seg. Men fordi alle deltar, slipper vi å ha dårlig samvittighet. Vi forleder oss selv til å tro at det er slik det skal være.

Når jeg sier vi, så er det av ren høflighet. For selv om omsorgen angår oss alle, så må ansvaret hvile et sted. Og dette er et lederansvar. Det må skapes insentiver for variasjon og private initiativ. Organisasjoner, privatpersoner, bedrifter og kommuner må stimuleres til å tenke nytt. Og med privat mener jeg ikke den banale anbudsiveren som deler av høyresiden benytter som en trylleformel. Vi må tenke like tverrpolitisk som vi må tenke tverrfaglig. Det nytter ikke å ikke tenke i polariserte slagord.

KUNNSKAP OG AKTIVITET. Samtidig som vi stimulerer til nye ideer bør vi innføre mer helhetlige eldre-samfunn. Småsamfunn der det både produseres, underholdes, og driftes av og med brukerne selv. For «medvirkning» er en nøkkel. Til omgivelser, naboer, venner og eget liv.

» **«De fleste fag kan med hell inkorporere eldre.»**

Eldre bør også benyttes i utdanning. De fleste fag kan med hell inkorporere eldre. I en overgangsfase kan det fremstå underlig å så å si reinnføre seniorer i skoler, barnehager og arbeidsplasser. Men etter et par turbulente og lærerike år vil det fremstå som den naturligste ting i verden. Det vil raskt bli et hvorfor-tenkte-vi-ikke-på-dette-før-element. Dette kan igjen utløse statlige tiltak, der man gir insentiver til bedrifter for å nyttiggjøre de eldres kunnskaper.

For å øke kontakten og respekten for både eldre og arbeidet med dem, kan vi også innføre en ny siviltjeneste. Ett obligatorisk omsorgsår for alle mellom 18 og 21. Det vil akselerere muligheten for en dypere reorganisering av eldreomsorgen og samtidig skape et hav av nye møteplasser mellom generasjonene.

NYE IDEER HASTER. Før vi vet ordet av det vil dagens omsorgsmodell tvinge kommunene i en ubehagelig knestående som det kan bli umulig å reise seg fra. Vi må hjelpe lederne våre til å tenke langsiktig og human. Men før vi kan gjøre noe som helst må pleierne selv få en annen status. Vi må lære oss å forstå hvor viktig jobb de utfører. Lære oss å lønne dem anstendig. Deretter bør de stimuleres til å skape en ny hverdag for våre eldre. Til nytte for samfunnet og til glede og mening på livets siste kapittel. ●



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, fast spaltist i Sykepleien, styreleder i Fønix Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gatemagasinet «Oslo. «Årets redaktør» i 2012.



Kreftkoordinator. Telefonstøtte gir mindre deprimerede pårørende.

Pårørende etterspør støttesamtaler

Jo tidligere familiemedlemmer til døende får omsorg i form av telefonbasert støtteprogram, desto bedre livskvalitet får de. Dette viser resultater fra ENABLE 3-studien, som ble lagt frem på den prestisjetunge kreftkongressen American Society of Clinical Oncology i Chicago i mai 2014.

Familieomsorgspersoner er en viktig del av teamet for pasientbehandlingen. Fordi trivsel til den ene påvirker den andre på en gjensidig måte, kan begge parter dra nytte av at omsorgspersonen får palliativ omsorg, sier forskerne bak studien, Marie Bakitas og Marie L. O'Koen ved University of Alabama School of Nursing i Birmingham.

Forskerne har undersøkt to grupper av omsorgspersoner som mottok palliativ oppfølging via telefon fra sykepleiere. En gruppe fikk støtten umiddelbart, mens en annen gruppe startet tolv uker senere.

Forskerne fant at pårørende hadde mindre depresjon, bedre livskvalitet og var mindre tyngt av omsorgsoppgaver når de fikk palliativ støtte fra tidspunktet for når pasienten fikk sin fremskredne kreftdiagnose.

LAVTERSKELE. Kreftkoordinator skal være synlig og tilgjengelig og

være et lavterskeltilbud. En viktig oppgave er å være en ressursperson for krefttrammete og deres pårørende, å vise vei i en vanskelig livssituasjon.

Det varierer hva pårørende trenger av meg som kreftkoordinator. Som oftest er det en å snakke fortrolig med, andre ting de etterspør kan være hjelp til å finne ut av praktiske ting, kurstilbud, spørsmål i forbindelse med sykdom og behandling og bivirkninger mm. Samtalene skjer både via telefon og ved hjemmebesøk.

Kreftforeningen delfinansierer kreftkoordinatorstillinger i cirka

«Hvis ikke du hadde vært der, vet jeg ikke hvem jeg skulle ringt»
Pårørende

halvparten av landets kommuner, og rapporter fra kommunene viser at det er støttesamtaler pårørende etterspør mest.

TAKKNEMLIGE. Min erfaring er at tidlig oppfølging gir god gevinst for pårørende. Flere pårørende sier at det gjør hverdagen lettere at de har en kontaktperson å

forholde seg til og at de kan ta direkte kontakt og slipper en «kannossagang» mellom forskjellige tjenester.

«I tråd med anbefalinger i Hagen-utvalgets og Kaasa-utvalgets utredninger vil regjeringen utforme en politikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort. Regjeringen legger i denne meldingen fram et program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk. I første fase av programperioden legges det vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende: fleksible avlastningsordninger, pårørende støtte, informasjon, opplæring og veiledning, samspill og samarbeid, forbedring av omsorgslønnsordningen, forskning og utvikling.» (Morgendagens omsorg 2012–2013 – Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement).

Tilbakemeldinger fra pårørende:

«Takk skal du ha for at du også var til stede for meg og ikke bare for min syke datter»

«Hvis ikke du hadde vært der, vet jeg ikke hvem jeg skulle ringt»

Min opplevelse er at kreftkoordinator fyller en rolle som er etterspurt og dette viser også tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere. ●



Fakta

Anne-Gun Agledal

Stilling: Kreftkoordinator, Drammen kommune



Hjem for å bidra

Bedre liv. Hun har vokst opp i Vegårshei og er utdannet sykepleier i Oslo. Men nå jobber 32 år gamle Faduma Hassan i Somaliland.

● Tekst og foto **Espen Røst**





Faduma Hassan

Hvorfor: Hun er sykepleier mellom to kulturer, og velger bort Norge for å bidra til utvikling i hjemlandet

Stilling: Sykepleier på spedbarnsklinikken, Hargeisa Group Hospital, Somaliland

Utdanning: Sykepleier fra Høgskolen i Oslo

Alder: 32 år

Faduma Hassan forlot Norge for å bidra til Somalilands utvikling. På det største sykehuset i Hargeisa jobber hun på spedbarnsklinikken. I dag har hun tre livstruende syke barn i sin varetekt.



I huset i bydelen Gurasamo i Somalilands hovedstad Hargeisa viser gradestokken 32 grader. Inne er det kjølig dunkelt. 12 år gamle Isak spiller dataspill med to kompiser fra nabolaget. De minste leker på gulvet. Det er fredag, som en søndag – og familietid.

Faduma Hassan ser på dem.

– Mange somaliere tenker de vil flytte tilbake, men få velger å gjøre det. Et dårlig utbygd helsevesen, dårlige jobbmuligheter og et skolesystem som ikke kan måle seg med det norske, er blant årsakene, sier hun.

VILLE BIDRA. Borgerkrigen i Somalia brøt for alvor ut i Hargeisa i 1988. Faduma Hassan bodde to år i flyktningleir i Etiopia, før hun flyttet til Vegårshei som åtteåring. Senere har hun bodd 15 år i Oslo og blant annet utdannet seg som sykepleier ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Så bestemte hun seg for å ta med sine fem barn og flytte tilbake til Somaliland.

«I Norge ville det helt klart vært en lege i dette rommet nå.»

– Ja, vi kunne bare fortsatt å bo i Norge. Mannen min og jeg hadde faste jobber, og familien levde et godt liv på Romsås i Oslo. Men vi bestemte oss for å returnere etter at vi hadde vært her på sommerferie. Det var første gang jeg var hjemme siden vi flyktet. Da jeg så fattigdommen og utfordringene, skjønte jeg at jeg kunne gjøre en forskjell. Jeg ville bidra med kompetansen jeg har fra Norge.

Faduma Hassan innrømmer at kultur og religion var viktig i diskusjonen da familien tok avgjørelsen om å dra fra Norge.

– Både jeg og mannen min har opplevd barndommen og ungdommen i Norge. Det har vært et kjempegodt liv, men likevel har begge følt en slags splittelse. Kløften mellom det norske og somaliske, både kulturen og religionen, har vært tøft for oss begge, så vi tenkte at vi kunne spare barna for det. Samtidig så vi at barna kunne leve et roligere og på mange områder bedre liv her.

– Føler du at du har kommet hjem?

– Jeg føler i hvert fall en ro. Men det har vært mye usikkerhet i å tilpasse meg et helt nytt samfunn som jeg ikke kjente. Man blir sett på som en som kommer hit med vestlig bakgrunn – både som en ressurs og som en trussel. Jeg har jo med meg en del verdier fra Norge som er fremmed for mange i dette landet. Ting som gjør at jeg skiller meg ut.

Men hun opplever likevel at folk i nabolaget kommer til henne og spør om hjelp og råd.

– De aller fleste ser på meg som en ressurs, spesielt i jobben min som helsearbeider.

RØDHETTE OG ULVEN. Mens Faduma Hassan snakker har Isak avsluttet videospillingen og leser for de to mindre søsknene Makha (7) og Jonis (5). Alle får lokal bakst, sambusa og goora. Og boka som leses er «Rødhetten og ulven».

– Selv om jeg ikke ser norsk ut, har jeg verdier og et tanke sett med meg fra Norge. Det kan skape kræsje også her, så jeg lever fortsatt mellom to kulturer. Det kan handle om familiere lasjoner, oppdragelse av barn – ja hvordan man skal leve livet, sier Faduma Hassan.

– I Norge har jeg lært meg at jeg må ta vare på meg selv, og for meg handler ikke livet bare om å være en god mor. Det må være plass til meg oppi dette også, og den type tankegang står nok i sterk kontrast til slik mødre i dette landet tenker: De skal «ofre alt» for barn og mann. Jeg gjør som i Norge – passer på å ha kvalitetstid for meg selv, passer på forholdet, går ut og spiser med mannen min.

– Tror du de verdier du har med fra Norge kan bidra til å forandre noe i Somaliland?

– Absolutt. Jeg påvirker i alle de sammenhenger jeg opptrer på jobben eller i nabolaget. Bare det at jeg har en jobb viser et annet perspektiv enn det man er vant til her. Mange vil nok mene at jeg ikke trenger å jobbe, at det er tåpelig når jeg har fem barn. Jeg burde være hjemme med dem. Da sier jeg at det er mitt valg. At det er viktig for meg. At jeg faktisk jobber, gjør at mine verdier befester seg i samfunnet.

Faduma Hassan, to fettere og to kusiner tar med barna på restauranten Dalxiis i sentrum av Hargeisa. Men når gjesten vil sitte ute, forsvinner de to kusinene inn i restauranten.

– De liker ikke å spise ute, de er redde for at menn skal se dem. De synes vi satte oss på det mest synlige stedet i restauranten.

PUPP UNDER HIJABEN. Jeg har respekt for den kulturen de er vokst opp i. Men fra Norge er jeg vant til å spise ute blant folk. Alle menn vet jo at kvinner også må spise, så jeg kan ikke skjønne hvorfor man må skjule det. Men se deg rundt, her er ingen andre kvinner enn meg. De får bare bli vant til at jeg er her. Det er slike ting som må til for å skape forandring, sier Faduma Hassan og smiler.

– Men jeg ville nok ikke turt å amme her. Det ville vært å pushe det norske litt langt.

Men det, skal det vise seg, må hun revurdere ti minutter senere: Minstemann Yusuf på 6 måneder gråter og gråter. Matroen rundt både dette og andre bord «forstyrres». Faduma bestemmer seg for å ta grep, og skyver den lille gutten opp under hijaben:

– Det er vel bedre at jeg gjør dette, så vi alle får litt matro.

HELT FORKASTELIG. «Mere fart, mere fart – eller så får du melkebart!» Vi har flyttet oss fra Dalxiis til lekeplassen Kaah i utkanten av Hargeisa. Makha sitter på husken. Mor dytter. Hver uke kommer familien hit for å leke, siden det ikke finnes lekeplasser inne i byen slik barna er vant til fra Norge.

Ettermiddagssolen steker. Pause i skyggen, der servitøren byr på somali-tea med kamelmelk. Barna får brus. Faduma Hassan har fortalt om sitt engasjement, sin overbevisning, om tvilen og valget. Det er umulig ikke å la seg imponere av fembarnsmoren som forlot Norge med et ønske om å bidra til



– Det har vært vanskelig å tilpasse seg, og jeg føler også her at jeg lever mellom to kulturer, forteller Faduma Hassan.



En gutt har infeksjon fra kloakken og ligger i konstante kramper. Det ser ikke bra ut.

utviklingen av hjemlandet. Et land hun knapt nok husket.

Hassan er ikke sikker på om det er lurt å flagge høyt hva hun mener om flerkoneri ute blant folk i Hargeisa, men spørsmålet om omskjæring er noe annet.

– Det er jeg ikke redd for å stå opp mot eller snakke høyt om. Dét er helt forkastelig, sier hun alvorlig.

– Jeg skal aldri utsette jentene mine for det. Og det står heller ikke beskrevet i Koranen, det er kulturelt betinget. Jeg bruker mye tid på jobben på å gi helseopplysninger til kvinner jeg møter om risikoen ved omskjæring. Det er et helt forferdelig inngrep der man skjærer bort kjønnsleppene og klitoris og syr igjen – bare et lite hull for menstruasjon er igjen. Man frarøver jo barnet en del av kroppen.

– *Hvilke argumenter møter du her for omskjæring?*

– Det er mange, men den viktigste er at mannen skal se at jenta er jomfru.

Hassan skulle gjerne hatt tilgang på miljøer med unge jenter der hun kunne snakket om dette, for det er en lang vei å gå.

– Jeg skal bruke verdisettet og kunnskapen min for å kjempe mot, og jeg kan spille en rolle gjennom den jobben jeg har på sykehuset, der vi nå også driver en kampanje mot omskjæring.

For å stoppe dette må informasjonen ut til kvinner, og det skal jeg kjempe for helt til jeg går i graven.

DETTE VAR ILLE. Dagen etter møter jeg Faduma Hassan på Hargeisa Group Hospital, Somalilands største sykehus, hvor hun som norskutdannet sykepleier sitter på en kompetanse få andre har. Men hun har svært begrensede ressurser, og mangler det meste av det avanserte utstyret hun er opplært ifra Norge. I dag er det heller ikke vann i springen.

Før det har gått en time har hun tre spedbarn som er livstruende syke å ta hånd om. Et for tidlig født tvillingbarn som veier 660 gram – søsteren døde under fødselen og én født med ryggmargsbrokk og vannhode.

Det tredje er et spedbarn funnet i kloakken etter at moren ikke turde beholde barnet på grunn av voldtekt.

– Dette var ille, sier Faduma Hassan.

Den lille bylten av en gutt har infeksjon fra kloakken og ligger i konstante kramper. Det ser ikke bra ut.

– Han kan overleve selv om han har det veldig vondt akkurat nå, med kramper, surstoffmangel og høy feber. Det som er så fint med å jobbe med spedbarn, er at sykdomsbildet fort kan endre seg





til det bedre. Om en ukes tid kan han være helt frisk. Men da er det viktig at alt gjøres riktig, sier Hassan og skifter en venefflon som har sittet i for lenge.

– Jeg tror han vil klare seg, men det er vondt å se ham slik.

Faduma Hassan beveger seg over til den lille bylten på 660 gram. Hun forteller at den minste de tidligere har klart å redde her ved sykehuset veide 900 gram.

– Vi er det største sykehuset i Somaliland, men har egentlig ikke kapasitet til å ta imot så kompliserte pasienter som disse tre. Vi mangler kvalifisert personale og vi mangler utstyr. I Norge ville det helt klart vært en lege i dette rommet nå. Her må vi bare gjøre det beste ut av situasjonen, sier hun og klipper til en bleie så den skal passe den lille jenta.

– Vi har ikke bleier som passer så små barn. Og ikke har vi munnbind heller, så jeg bruker bare sløret. Hadde jeg jobbet på Ahus nå hadde jeg hatt alt det utstyret som trengs tilgjengelig. Og kolleger jeg kunne strekke meg mot og sparre med. Det hadde gjort jobben min lettere, men de trenger meg mye mer her.

– Med utdannelsen fra Norge, sitter du på en kompetanse kollegene dine her ikke har?

– Kunnskapen er den samme. Men jeg har en helt annen tilnærming i å se hvordan ting fungerer og henger sammen. Et eksempel er det å føre journaler slik at man kan følge en pasients sykdomsforløp. Det har de ikke rutiner på, og der har jeg med min bakgrunn en opplærende funksjon. Det helhetlige bildet, det etiske, det er de tingene de trenger å få på plass. Men jeg lærer mye av dem også.

– Hvordan kan det at mange somaliere har flyttet ut til hele verden, bidra til utvikling i Somaliland?

– Økonomisk har det veldig mye å si. Men videreføring av kunnskap er kanskje det viktigste. Jeg kommer jo hit med en utdannelse jeg aldri ville kunne fått om jeg vokste opp her. Å drive opplæring av helsearbeidere, som i mitt tilfelle – eller lærere, politifolk og andre, der kan det helt klart bidra.

«Å amme på kafe ville være å pushe det norske litt langt.»

– Som sykepleier er det nok omsorgen og yrkesetikken som er det viktigste jeg har tatt med meg. Som medborger er det et norsk verdsett: En annen måte å tenke på, om det er omskjæring, familieverdier eller rollefordeling. Men det viktigste uansett hvor du kommer fra, er å være et godt menneske – et godt forbilde, sier hun.

KULTURFORSKJELLER. 32 åringen forteller at det har vært et vanskelig valg, å forlate familie og venner i Norge.

– Men vi har tenkt nøye gjennom det og funnet ut at det var riktigst å dra nå, når barna er små. Det vanskeligste med å flytte hit, bortsett fra å bo fra mannen min en periode, har nok vært å hjelpe barna å tilpasse seg. Det er jo et helt annet liv for dem her: Ny skole og nye venner. Det har vært slitsomt og utfordrende – men nå går det fint.

Hun forteller at det vanskeligste for henne selv i møtet med Somaliland har vært å finne sin rolle; en tilhørighet og en plass i samfunnet. Både på arbeidet og sosialt.

– Hvordan møter man kulturforskjeller uten å trække folk på



Barna Isak (12), Makha (7), Jonis (5, ikke med på bildet), Medina (2) og Yusuf (6 mnd) er født i Norge.

tærne? Jeg har følt mye på at jeg må tilpasse meg. Jeg kan jo ikke bare komme med mine holdninger og eksempelvis si til en annen mor at hun ikke skal denge barna sine. Om hun har et barn som skulker skolen, hjelper det jo ikke å slå – hun må ha dialog med barnet for finne ut hvorfor. Slik tenker vi i Norge, og i slike tilfeller må jeg trå varsomt. Men jeg tror at om jeg lever mitt liv slik jeg mener er riktig, så vil de rundt meg se hvordan jeg er – og jeg tror jeg kan være et godt forbilde for andre. Det er viktigere enn å formane verdier, sier Faduma Hassan.

– Hva savner du mest med Norge?

– I Norge kunne jeg bare gå rundt hjørnet til Kaffebrenneriet når som helst. Eller i butikken og finne 17 brødsorter. Det var lekeplasser for barna og svømmehallen. Eller bare det å gå på kino med en venninne. Jeg savner nok mest luksusen, at alt er så enkelt.

Men hun legger til at man fint kan klare seg uten alle disse tingene.

– I stedet har jeg funnet en ro og lever et mye mer harmonisk liv her. Og så har barna fått andre verdier. De setter pris på helt andre ting – det er godt å føle på.

Selv om det finnes enorme utfordringer er Faduma Hassan optimistisk om Somalilands fremtid.

– Jeg har hatt et godt liv i Norge. Det var ingen som mobbet meg eller viste meg fingeren, men jeg måtte reise hjem for å bidra: Noen må ta ansvar slik at Somaliland igjen kan blomstre. ●

(Intervjuet har også stått på trykk i Bistandsaktuelt.)
redaksjonen@sykepleien.no



**Opplev Beijing
& Shanghai**

FRA KR.

13.998,-

Kina fra nord til sør

**Orientens dronning Shanghai, keiserbyen Beijing og spennende togreise
– med Albatros-reiseleder, 9 dager**

Besøk Kinas to største og mest spennende byer.

I Beijing venter store opplevelser: Oppfyll drømmen om å gå på Den kinesiske mur, tre inn i Den forbudte by og stå på Den himmelske freds plass. Hils på Mao i Maos mausoleum. Stå ansikt til ansikt med de hellige Ming-gravene. Og gjør et kupp på de spennende kinesiske markedene. Opplev det ekte Kina på en spennende togreise. Ta pulsen på hypermoderne Shanghai. Speid utover byen fra 88. etasje i Jin Mao-bygningen. Seil på Huangpu-elva og besøk byens gamle fascinerende basar. La deg fortrylle av idylliske kanalbyer.

Avreise 20. november 2014

Kr. 13.998,-

Enkeltromstillegg kr. 1.898,-

DAGSPROGRAM

Dag 1 Avreise fra Norge

Dag 2 Ankomst til Beijing og Himmelske tempel

Dag 3 Beijing. Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Den forbudte by og Kullhøyden

Dag 4 Beijing. Cloisonné-fabrikk, Ming-gravene og Den kinesiske mur

Dag 5 Beijing – Shanghai. Hutong-besøk, Sommerpalasset og hurtigtog til Shanghai

Dag 6 Shanghai. Jinmao, Yuyan-basaren, The Bund og seilas på Huangpu-elva

Dag 7 Utflukt til tradisjonell kanalby og akrobatikkshow

Dag 8 Tid på egen hånd og avskjedsmiddag

Dag 9 Shanghai – Norge

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Beijing og Shanghai – Oslo med SAS, utflukter og entreer ifølge program, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, hurtigtog Beijing – Shanghai, helpensjon unntatt lunsj dag 8, skatter og avgifter.

Medl. DK RGF. Med forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger.

Les mer på www.albatros-travel.no/SYK

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Åpent man–fre 8:30–17:00. Helgeåpent jan–mar 10:00–15:00. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros

NOVARTIS HJERTESVIKTS- AKADEMI *for sykepleiere*



TORSDAG 11. SEPTEMBER 2014 - FELIX, AKER BRYGGE, OSLO

Novartis Hjertesviktsakademi for sykepleiere henvender seg i utgangspunktet til sykepleiere som ønsker en grundig innføring i hjertesvikt. Dette passer for alle sykepleiere som jobber på hjertepost, eller som i sitt daglige arbeid møter mange hjertesviktspasienter. Kurset gir en basal innføring i anatomi og fysiologi relevant ved hjertesvikt. **Ingen deltageravgift.**

Program:

09.30-10.00	Ankomst
10.00-12.00	Velkommen v/ Solveig Frøiland, Novartis Norge Hjertet/kar: Anatomi og fysiologi v/ Yvonne Hagen, Overlege, Sykehuset Innlandet HF Hamar
12.00-13.00	Lunsj
13.00-16.00	Kronisk hjertesvikt - Patofysiologi, etiologi, diagnostikk og behandling v/ Erik Øie, Seksjonsoverlege, dr.med, Diakonhjemmet sykehus Akutt hjertesvikt - Patofysiologi, etiologi, diagnostikk og behandling v/ Geir Øystein Andersen, Overlege, dr.med, Oslo Universitetssykehus, Ullevål
17.00	Middag

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 helse-personell 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."